



**Efectos de un programa multidisciplinar
sobre el estado de salud y procesos psicológicos
en personas con Fibromialgia.**

Tesis Doctoral

Presentada por:

Ester Abad Navarro

Dirigida por:

Dra. María Ángeles Pastor Mira

Dra. Sofía López Roig



Dña. MARIA ÁNGELES PASTOR MIRA, profesora del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

INFORMA

Que la presente memoria, titulada “Efectos de un programa multidisciplinar sobre el estado de salud y procesos psicológicos en personas con Fibromialgia”, ha sido realizada bajo mi dirección, en el Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche, por Dña. ESTER ABAD NAVARRO. Constituye su tesis para optar al grado de Doctora y cumple los requisitos para su defensa.

Para que conste, en cumplimiento de la legislación vigente, autoriza la presentación de la referida tesis doctoral ante la Comisión de Doctorado de la Universidad Miguel Hernández de Elche,

San Juan de Alicante, 16 de Junio de 2017

M^a ÁNGELES PASTOR MIRA





Dña. SOFÍA LÓPEZ ROIG, profesora del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

INFORMA

Que la presente memoria, titulada “Efectos de un programa multidisciplinar sobre el estado de salud y procesos psicológicos en personas con Fibromialgia”, ha sido realizada bajo mi dirección, en el Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche, por Dña. ESTER ABAD NAVARRO. Constituye su tesis para optar al grado de Doctora y cumple los requisitos para su defensa.

Para que conste, en cumplimiento de la legislación vigente, autoriza la presentación de la referida tesis doctoral ante la Comisión de Doctorado de la Universidad Miguel Hernández de Elche,

San Juan de Alicante, 16 de Junio de 2017

SOFÍA LÓPEZ ROIG





D. JUAN CARLOS MARZO CAMPOS, director del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

INFORMA

Que la Tesis Doctoral titulada “Efectos de un programa multidisciplinar sobre el estado de salud y procesos psicológicos en personas con Fibromialgia”, ha sido realizada por Dña. ESTER ABAD NAVARRO, bajo la dirección y supervisión de D^a SOFÍA LÓPEZ ROIG y D^a M^a ÁNGELES PASTOR MIRA, profesoras del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche, y que el Departamento ha dado su conformidad para que sea presentada ante la Comisión de Doctorado.

Para que así conste a los efectos oportunos, emite este informe en,

Elche, a 19 de Junio de 2017

Fdo. Dr. JUAN CARLOS MARZO CAMPOS
Director del Departamento de Psicología de la Salud



Dedicatoria

Este trabajo va dedicado a personas muy especiales, que han estado a mi lado apoyándome y dando lo mejor de sí para que siga progresando personal y profesionalmente.

Dedico este trabajo:

A mis padres, es difícil expresar con palabras la gratitud que siento hacia vosotros. Vuestra bondad, fortaleza, esfuerzo y tesón me han servido de modelo en la vida, sin vosotros no habría logrado ser la persona que soy. Gracias por haberme inculcado grandes valores, ayudarme cuidando de las niñas, gracias por todo el amor que nos dais, por los tupperwares de comida, por la comprensión en mis momentos de estrés, por esas horas de conversación contándoos mis preocupaciones y mis desesperaciones. Mi más sincero agradecimiento por vuestra ayuda y apoyo incondicional, en todas las acciones que he emprendido a lo largo de mi vida. Os quiero.

A mi marido y compañero de vida. Comenzamos juntos este camino hace más de diecinueve años, y soy consciente de que este trabajo nos ha robado muchísimas horas, pero de algún modo las recuperaremos. Gracias por apoyarme, ayudarme, animarme en los momentos más difíciles y por cuidar de nuestras hijas y de mí. Gracias por tus diseños y ayudas informáticas, que también han hecho posible que este trabajo se haya hecho realidad. Te quiero “niño de mis ojos” por ser y estar.

A mis hijas, con dos y cuatro años sois muy pequeñas y seguramente no entendáis por qué mamá ha estado ausente y tantas horas sentada frente al ordenador, pero ya está. Sois mi motor, mi vida y mi alegría. Os quiero infinito y más allá.

Al resto de mi familia, que sois muy importantes para mí. A mis hermanos porque siempre habéis cuidado de la pequeña de la casa, a mis cuñadas por estar ahí y a mis sobrinos, que os llevo siempre en mi corazón. A mis suegros por ser como unos segundos padres para mí y a Susi y Craig que aunque estemos lejos físicamente, no lo estamos en alma y corazón (gracias también por vuestras traducciones).

A Ester, hemos crecido juntas, casi como hermanas. Las veces que hemos hablado de este y otros trabajos, entre niños, casas, parques y ludoteca. Sabes lo mucho que te quiero, en este trabajo también estás tú.

A Noelia, supe que seríamos amigas nada más conocerte. Eres una gran persona, en altura y en valores. Hemos compartido y seguiremos compartiendo muchos momentos, salidas, risas y experiencias de la vida.

Agradezco los ánimos de amigas/os que me han brindado su apoyo y han sabido entender mis ausencias en momentos especiales.

A mis compañeras Terapeutas Ocupacionales, en especial a Alicia, Miriam y Paula. Sois unas grandes defensoras de la Terapia Ocupacional, admiro vuestro saber estar, vuestra constancia y profesionalidad, sois las mejores compañeras.

A tres personas fundamentales de la Unidad de Fibromialgia del Hospital de Sant Vicent del Raspeig y grandes compañeros de “batallas” el Dr. Ortín (“mi Paco”), Ana y Maika. Hemos compartido muchos momentos juntos, buenos y malos, gracias por vuestros ánimos, fuerza, conversaciones, consejos y risas. Me siento afortunada de haber tenido la oportunidad de trabajar con vosotros.



Agradecimientos

En todo trabajo de investigación participan numerosos agentes, personas e instituciones, que gracias a su participación lo hacen posible. Esta tesis doctoral no es una excepción, de ahí, que deseo expresar mis más sincero agradecimiento a quienes directa e indirectamente han participado en su ejecución.

En primer lugar agradezco enormemente a mis directoras de tesis, M^a Ángeles Pastor y Sofía López Roig la atención y el tiempo que han dedicado a orientarme, enseñarme y formarme. Por el apoyo que me han dado durante el desarrollo de este trabajo, por los consejos para mejorarlo que he recibido y por las múltiples revisiones y correcciones a esta tesis. Me siento muy afortunada de haber podido trabajar con vosotras. Gracias por haber hecho realidad este trabajo, sin vosotras no hubiera sido posible, sois muy grandes a nivel personal y profesional.

Quiero agradecer este trabajo a todos y cada uno de los pacientes que han participado en el programa multidisciplinar de la Unidad de Fibromialgia del Hospital de Sant Vicent del Raspeig y han hecho posible que este trabajo se haya podido llevar a cabo, ellos son otro de los pilares fundamentales de esta tesis.

Quiero agradecer a todos los compañeros que están o han estado en la Unidad de Fibromialgia y han ido dejando su “trocito”, su aportación a nivel personal y profesional: Dr. Luis de Teresa, Dra. Carmen Bernabeu, Dra. Pilar Bernabeu, Dr. Humberto Gómez, Dr. Francisco Ortín (“mí Paco”), Dra. Sonia Fuentes, Dr. Francisco Clemente, a las tres mejores enfermeras y compañeras que se pueden tener (Noelia Pujalte, Maika Rodríguez y Ana Moyano), al grupo de psicólogos Silvia Ramos, José María Ruiz, Carmen Gómez, Belén Piñol, Carmen González, Juanjo y administrativos Vicente, José y Fini. También a los equipos directivos y supervisores, que han impulsado y apoyado la continuidad de dicha Unidad.

Reconocer al Dr. Emilio Rodríguez, al Dr. Rafael Reig y a María Del Carmen Huesca, por la aportación a este trabajo en el apartado de la reseña histórica del Hospital de Sant Vicent del Raspeig.

Quiero agradecer a mis compañeros del Grado de Terapia Ocupacional, el apoyo prestado y los ánimos que me habéis dado durante todo estos años, somos un gran equipo y tenemos la mejor profesión. Me siento dichosa de poder trabajar con vosotros.

A los profesionales de la Escuela Universitaria de la Creu Roja de Terrassa, por haber recibido de ella mi formación profesional como Terapeuta Ocupacional y por las excelentes profesoras de los que tuve la oportunidad de aprender.

Por último gracias a ti, que estás leyendo este trabajo.
Gracias.



ÍNDICE GENERAL	15
ÍNDICE DE TABLAS	17
ÍNDICE DE GRÁFICOS	18
ÍNDICE DE FIGURAS	19
ABREVIATURAS UTILIZADAS	20
RESUMEN.....	23
I. INTRODUCCIÓN	27
1. FIBROMIALGIA	29
1.1 Definición	30
1.2 Criterios diagnósticos	32
1.3 Diagnóstico diferencial.....	36
1.4 Prevalencia y aspectos sociodemográficos.....	38
1.5 Mecanismos etiopatológicos de la fibromialgia	39
1.6 Evolución y pronóstico	46
2. TRATAMIENTO EN FIBROMIALGIA	47
2.1 Tratamiento farmacológico.....	48
2.1.1 Control de dolor	48
2.1.2 Control de otros síntomas	50
2.2 Tratamiento no farmacológico.....	52
2.3 Tratamiento multidisciplinar	58
3. UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL DE FIBROMIALGIA DEL HOSPITAL DE SAN VICENTE	61
3.1 Reseña histórica	61
3.2 Funcionamiento de la Unidad de Fibromialgia	66
3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	67
3.2.2 Descripción del proceso de intervención	67
3.2.3 Descripción del programa multidisciplinar.....	72
II. OBJETIVOS	95
1. OBJETIVO GENERAL.....	97
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	97
3. HIPOTESIS	97
III. MÉTODO.....	99
1. PARTICIPANTES.....	101
2. DISEÑO Y PROCEDIMIENTO	101
3. VARIABLES E INSTRUMENTOS.....	103
3.1 Variables sociodemográficas	103
3.2 Variables psicosociales	103
3.3 Variables clínicas.....	104

3.3.1 Comorbilidad.....	104
3.3.2 Historia ginecológica.....	104
3.3.3 Historia de la fibromialgia.....	104
3.3.4 Características del dolor.....	105
3.3.5 Otros síntomas que acompañan al dolor	105
3.4 Variables de percepción de estado de salud	105
3.4.1 Síntomas	106
3.4.2 Estado funcional	107
3.4.3 Estado emocional	108
3.5 Variables psicológicas.....	108
3.5.1 Ansiedad rasgo	108
3.5.2 Pensamiento catastrofista	109
IV. RESULTADOS	113
1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO	115
1.1 Variables sociodemográficas	115
1.2 Variable psicosocial.....	121
1.3 Variables clínicas.....	122
1.4 Variables de percepción de estado de salud	132
1.5 Variables psicológicas	139
2. EFECTO POST-TRATAMIENTO EN EL ESTADO DE SALUD	141
3. PREDICTORES DEL CAMBIO	147
3.1 Efecto en el impacto de la fibromialgia.....	147
3.2 Efecto en la ansiedad	149
3.3 Efecto en la depresión.....	151
V. DISCUSIÓN	155
VI. CONCLUSIONES.....	171
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	175
ANEXOS	207
ANEXO I: Protocolo de evaluación inicial	209
ANEXO II: Protocolo de evaluación final	240
ANEXO III: Cuestionario de satisfacción general	261
ANEXO IV: Pruebas de normalidad	262

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Síntomas asociados a la fibromialgia	31
Tabla 2. Índice de síntomas experimentados en fibromialgia	34
Tabla 3. Tabla de diagnóstico diferencial	37
Tabla 4. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en fibromialgia.....	55
Tabla 5. Tabla resumen de las variables e instrumentos	110
Tabla 6. Descripción de la edad	115
Tabla 7. Nivel educativo	117
Tabla 8. Estado civil.....	118
Tabla 9. Número de personas con las que vive	119
Tabla 10. Personas con las que vive.....	119
Tabla 11. Situación Laboral	120
Tabla 12. Situación Laboral y expectativa sobre el futuro laboral	121
Tabla 13. Funcionamiento y apoyo familiar	121
Tabla 14. Comorbilidad mujeres y hombres	123
Tabla 15. Quién realizó el diagnóstico.....	124
Tabla 16. Historia de la fibromialgia	124
Tabla 17. Características del dolor.....	126
Tabla 18. Factores que alivian el dolor en mujeres.....	127
Tabla 19. Factores que alivian el dolor en hombres.....	128
Tabla 20. Factores que empeoran el dolor en las mujeres	129
Tabla 21. Factores que empeoran el dolor en los hombres	130
Tabla 22. Otros síntomas que acompañan al dolor	131
Tabla 23. Percepción de estado de salud.....	132
Tabla 24. Intensidad de dolor actual y media en las 2 últimas semanas	133
Tabla 25. Intensidad de fatiga actual y media en las 2 últimas semanas	134
Tabla 26. Discapacidad percibida	136
Tabla 27. Depresión y Ansiedad Estado-Rasgo	138
Tabla 28. Pensamiento catastrofista	141
Tabla 29. Efectos post-tratamiento significativos en el estado de salud.....	142
Tabla 30. Efectos post-tratamiento significativos en las variables psicológicas.....	145
Tabla 31. Predicción del cambio clínico en impacto de la fibromialgia	149

Tabla 32. Ansiedad estado inicial	150
Tabla 33. Predicción del cambio clínico en la ansiedad estado	151
Tabla 34. Predicción del cambio clínico en depresión.....	152

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución del sexo	115
Gráfico 2. Histograma de edad de las mujeres.....	116
Gráfico 3. Histograma de edad de los hombres	116
Gráfico 4. Nivel educativo mujeres.....	117
Gráfico 5. Nivel educativo hombres	117
Gráfico 6. Estado civil mujeres	118
Gráfico 7. Estado civil hombres	118
Gráfico 8. Histograma funcionamiento y apoyo familiar en las mujeres.....	122
Gráfico 9. Histograma funcionamiento y apoyo familiar en los hombres	122
Gráfico 10. Edad de aparición del dolor y la edad del diagnóstico de fibromialgia por sexo.....	125
Gráfico 11. Tiempo desde diagnóstico y tiempo desde el dolor por sexo	125
Gráfico 12. Percepción de estado de salud en mujeres-hombres	132
Gráfico 13. Impacto percibido de la fibromialgia en mujeres-hombres.....	133
Gráfico 14. Intensidad de dolor actual y media en las 2 últimas semanas por sexo	134
Gráfico 15. Intensidad de fatiga actual y media en las 2 últimas semanas	135
Gráfico 16. Síntomas en mujeres (dolor y fatiga)	135
Gráfico 17. Síntomas en hombres (dolor y fatiga)	136
Gráfico 18. Discapacidad percibida (FIQ) en mujeres-hombres.....	137
Gráfico 19. Discapacidad percibida (FHAQ) en mujeres-hombres	137
Gráfico 20. Depresión (BDI) en mujeres-hombres	139
Gráfico 21: Ansiedad Estado (STAI-E) en mujeres-hombres.....	139
Gráfico 22: Ansiedad Rasgo (STAI-R) en mujeres-hombres	140
Gráfico 23: Pensamiento catastrofista en mujeres-hombres	141
Gráfico 24: Evolución pre y post en el impacto de la fibromialgia por sexo.....	142
Gráfico 25: Evolución pre y post en la intensidad de dolor por sexo	143
Gráfico 26: Evolución pre y post en ansiedad estado por sexo.....	144

Gráfico 27: Evolución pre y post en depresión por sexo	144
Gráfico 28: Evolución pre y post en indefensión por sexo	146
Gráfico 29: Evolución pre y post en magnificación por sexo	146
Gráfico 30: Evolución pre y post en rumiación por sexo.....	146
Gráfico 31: Evolución pre y post en ansiedad rasgo por sexo	147
Gráfico 32: Predicción del cambio clínico en Impacto de la fibromialgia.....	148
Gráfico 33: Predicción del cambio en ansiedad estado.....	151
Gráfico 34: Predicción del cambio en depresión	153

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Puntos sensibles para el diagnóstico de la fibromialgia.	32
Figura 2. Índice de Dolor Generalizado (WPI).	34
Figura 3. Modelo patogénico multifactorial.....	46
Figura 4. Cuadro resumen del proceso de intervención de la Unidad de Fibromialgia.	68
Figura 5. Distribución de los talleres de la Unidad de Fibromialgia.....	73



ABREVIATURAS UTILIZADAS

APS American Pain Society

ACR Colegio Americano de Reumatología

OMS Organización Mundial de la Salud

CIE Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades

EEUU Estados Unidos de América

WPI Índice de dolor generalizado

SS Gravedad de síntomas

EPISER Estudio de Prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española de la Sociedad Española de Reumatología

EULAR European League Against Rheumatology

MSPSI Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

LCR Líquido cefaloraquídeo

SNC Sistema nervioso central

REM Movimiento ocular rápido

EEG Electroencefalograma

EULAR Liga Europea Contra el Reumatismo

ATC Antidepresivos tricíclicos

MG Miligramos

ISRS Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

IRNS inhibidores dobles de recaptación de Serotonina y Noradrenalina

FDA Administración de Alimentos y Medicamentos

AINES Antiinflamatorios no esteroideos

EC Ensayos clínicos

ECA Ensayos clínicos aleatorizados

TCC Terapia Cognitivo-Conductual

EPOC Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

AISN Administración Institucional de la Sanidad Nacional

INSALUD Instituto Nacional de la Salud

PALET Pacientes Ancianos, de Larga Evolución y Terminales

HACLE Hospitales de Asistencia a Crónicos y Larga Estancia

AVD Actividades de la Vida Diaria

FIQ Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia

FHAQ Fibromyalgia Health Assessment Questionnaire

BDI-II Inventario de depresión de Beck-II

STAI-E Inventario de ansiedad estado

STAI-R Inventario de ansiedad rasgo

PCS Escala de catastrofismo de dolor





RESUMEN

Introducción: El dolor crónico es una experiencia única e individual y un fenómeno complejo en donde intervienen distintos factores como los sensoriales, afectivos, cognitivos y conductuales. De los distintos trastornos de dolor crónico, el presente trabajo se centra en uno de ellos, la fibromialgia.

La fibromialgia se caracteriza principalmente por la presencia de dolor crónico generalizado y difuso. Adicionalmente al dolor, la fibromialgia incluye otra serie de síntomas como fatiga, problemas de sueño, rigidez y demás de desórdenes emocionales como ansiedad y depresión (Lozano, 2004; Mease et al, 2007).

En España, se ha estimado que un 2.4% de la población mayor de 20 años padece fibromialgia (Carmona, Ballina, Gabriel y Laffon y grupo EPISER, 2001; Collado y Torres, 2016; Mas et al., 2008) por lo que se puede hablar de un millón de pacientes en España. De esta cifra, casi el 90% son mujeres, con una prevalencia entre los hombres de un 0.2% frente a un 4.2% en las mujeres (Mas, Carmona, Valverde y Ribas, 2008; Villanueva et al., 2004).

El impacto en la salud y la calidad de vida es quizá uno de los aspectos más característicos de esta enfermedad. La sintomatología afecta a las áreas personal, familiar, laboral y social, provocando una gran limitación funcional, además de consecuencias como absentismo laboral e impacto económico, problemas familiares, aislamiento social, reducción del tiempo dedicado al ocio y a la actividad física, uso excesivo de fármacos y problemas emocionales (principalmente ansiedad y depresión) (Arnold et al., 2008; Kersh et al., 2001; Rivera, 2011).

Para el abordaje efectivo de los pacientes con fibromialgia, se recomienda el tratamiento multidisciplinar en el que el tratamiento farmacológico se combina con el ejercicio físico y el tratamiento cognitivo-conductual (Burckhardt et al., 2005; Häuser et al., 2010; Macfarlane, 2016; MSPSI, 2011).

Objetivo: Este trabajo tiene como objetivo identificar el perfil socio-demográfico, psicosocial y clínico de las personas que reciben tratamiento multidisciplinar en la Unidad de Fibromialgia del Hospital de San Vicente (Alicante) y describir el efecto post-tratamiento del programa multidisciplinar, en el estado de salud y en procesos psicológicos relevantes en la fibromialgia, así como sus predictores.

Metodología: Se ha realizado un estudio cuasi-experimental de un solo grupo, con medidas pre y post tratamiento. La muestra está formada por 624 personas, 592 mujeres y 32 hombres, diagnosticadas de fibromialgia y atendidas en la Unidad de Fibromialgia del Hospital de Sant Vicent del Raspeig.

Resultados: El programa de intervención multidisciplinar, en el caso de las mujeres, reduce de manera significativa el impacto percibido de la fibromialgia ($t=7.4$, $p=0.000$), la ansiedad estado ($t=7.3$, $p=0.000$) y rasgo ($t=7.5$, $p=0.000$) la depresión ($t=7.0$, $p=0.000$), el catastrofismo ($t=10.2$, $p=0.000$) y todas sus dimensiones componentes. En el caso de los hombres se produjeron reducciones significativas en el impacto percibido de la fibromialgia ($t=3.2$, $p=0.003$), la depresión ($t=2.2$, $p=0.038$), el catastrofismo ($t=2.2$, $p=0.038$) y en dos de las dimensiones de constructo (la rumiación y la magnificación). El programa multidisciplinar funciona mejor en las mujeres con impacto de fibromialgia severo y peor en las que tienen más síntomas que acompañan al dolor. Las mujeres muestran mejores efectos del programa cuanto mayor ansiedad, depresión y catastrofismo presentan al inicio del tratamiento.

Conclusiones: La población atendida en la Unidad tiene el perfil clínico y sociodemográfico mayoritario de esta patología. Tras el programa de intervención multidisciplinar, se evidencian mejoras significativas en las mujeres en el impacto percibido de la fibromialgia, la ansiedad estado y rasgo, la depresión, el catastrofismo y en todas las dimensiones de este último constructo y en los hombres en el impacto percibido de la fibromialgia, la depresión, el catastrofismo y en dos de las dimensiones del constructo (la rumiación y la magnificación). Nuestro programa multidisciplinar funciona mejor en las mujeres con impacto de la fibromialgia severo, cuanto mayor ansiedad, depresión y catastrofismo presentan al inicio del tratamiento. Considerando el valor pronóstico del catastrofismo, el programa produce una mejora en el curso general de la enfermedad, pudiendo afirmarse, que nuestro estudio apoya la mejoría que obtienen los pacientes que son tratados en programas multidisciplinarios.

Palabras clave: fibromialgia, intervención multidisciplinar, estado de salud, estado funcional, estado emocional y catastrofismo.

SUMMARY

Introduction: Chronic pain is a unique and individual experience and a complex phenomenon where various factors such as the sensory, affective, cognitive and behavioral are involved. Of the various chronic pain disorders that exist, this paper focuses on one of them, fibromyalgia.

Fibromyalgia is characterized mainly by the presence of chronic widespread and diffuse pain. In addition to pain, fibromyalgia includes a number of symptoms such as fatigue, sleep problems, stiffness, as well as emotional disorders such as anxiety and depression (Lozano, 2004; Mease et al, 2007).

In Spain, it has been estimated that 2.4% of the population older than 20 years old are suffering fibromyalgia (Carmona, Ballina, Gabriel and Laffon and EPISER 2001 group; Collado and Torres, 2016; Mas et al., 2008) so that you can consider there to be approximately one million patients in Spain. Of this, almost 90% are women, with a prevalence among men 0.2% versus 4.2% in women (Mas, Carmona, Valverde and Ribas, 2008, Villanueva et al, 2004).

The impact on health and quality of life is perhaps one of the aspects that characterizes this disease. Symptomatology affects personal, family, work and social areas, causing a functional limitation, as well as consequences such as absenteeism and economic impact, family problems, social isolation, reduced leisure time and physical activity, excessive use of drug and emotional problems (mainly anxiety and depression) (Arnold et al, 2008;. Kersh et al, 2001; Rivera, 2011).

For effective management of patients with fibromyalgia, the recommended treatment is multidisciplinary treatment in which drug treatment is combined with physical exercise and cognitive behavioral therapy (Burckhardt et al, 2005; Häuser et al, 2010; Macfarlane, 2016; MSPSI, 2011).

Objective: This study aims to identify the socio-demographic and clinical profile of individuals receiving multidisciplinary treatment at the Fibromyalgia Unit in the Hospital San Vicente (Alicante) and describe the post-treatment effect of the multidisciplinary program in the state of relevant health and psychological processes in fibromyalgia.

Methodology: This was a quasi-experimental study of a single group, with pre and post treatment measurements. The sample consists of 624 people, 592 women and 32 men, all patients diagnosed with fibromyalgia and treated at the Unit Fibromyalgia Hospital Sant Vicente del Raspeig.

Results: The program of multidisciplinary therapy in the case of women, significantly reduces the perceived impact of fibromyalgia ($t = 7.4$, $p = 0.000$), anxiety state ($t = 7.3$, $p = 0.000$) and trait ($t = 7.5$, $p = 0.000$) depression ($t = 7.0$, $p = 0.000$), catastrophizing ($t = 2.10$, $p = 0.000$) and all its component dimensions. For men there were significant reductions in the perceived impact of fibromyalgia ($t = 3.2$, $p = 0.003$), depression ($t = 2.2$, $p = 0.038$), catastrophizing ($t = 2.2$, $p = 0.038$) and in two dimensions construct (rumination and magnification). The multidisciplinary program works best in women with severe fibromyalgia and worse in those with more symptoms associated with pain. The program shows better results on women who present with higher levels of anxiety, depression and catastrophizing at baseline.

Conclusions: The population served in The Unit all demonstrate the clinical and sociodemographic profile of this disease. After the multidisciplinary intervention program, significant improvements are evident in women in the perceived impact of fibromyalgia, anxiety, depression, catastrophizing and in all dimensions of the latter construct and in men significant improvements are evident in the perceived impact of fibromyalgia, depression, catastrophizing and two of the dimensions of the construct (rumination and magnification). Our multidisciplinary program works best in women with severe fibromyalgia with higher anxiety, depression and catastrophizing present at baseline. Considering the forecast catastrophism value, the program produces an improvement in the overall course of the disease, it can be said that our study supports the idea that improvement is obtained in patients who are treated in multidisciplinary programs.

Keywords: fibromyalgia, multidisciplinary intervention, health status, functional status, emotional state and catastrophism.

I. INTRODUCCIÓN

“Usa el dolor como piedra en tu camino, no como una zona para acampar”.

Alan Cohen



1. Fibromialgia

La palabra Fibromialgia deriva de "FIBROS" (tejidos blandos del cuerpo), "MIOS" (músculos) y "ALGIA" (dolor), es decir "dolor músculo-esquelético". El dolor difuso músculo-esquelético se conoce desde la antigüedad. En el siglo XVIII se le dio carácter de enfermedad, siendo Richard Mannigham en 1750 (Mannigham, 1750 citado en López y Mingote, 2008) quien describió su "Febrícula o Pequeña Fiebre", aportando las observaciones clínicas de sus pacientes, los cuales presentaban una gran diversidad de síntomas y quejas, tales como cansancio y dolor, sin encontrar correspondencia con ninguna causa clínica. Esta descripción se ha relacionado con posterioridad con el Síndrome de Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica.

En el siglo XIX se estableció como un tipo de reumatismo muscular o de partes blandas, caracterizado por la presencia de zonas de dolor y rigidez localizadas en tejidos blandos y en músculos. Se describieron nódulos en el "músculo reumático", atribuyéndolo a un proceso inflamatorio del tejido conectivo; además de puntos sensibles y algunas características de la enfermedad (Uceda, González, Fernández y Hernández, 2000). La enfermedad fue descrita como una inflamación en el tejido fibroso, de lo que derivó su primer nombre: fibrositis (Gowers, 1904). A falta de mayor evidencia, durante muchos años la inflamación fue considerada como la causa de esta enfermedad.

En la primera mitad del siglo XX van apareciendo otros conceptos y síndromes relacionados, así como otras explicaciones etiopatogénicas. Se encuentra etiquetado como el «síndrome doloroso miofascial», con mención a los puntos dolorosos característicos de la fibromialgia (López y Mingote, 2008). Del mismo modo, también se encuentran explicaciones como la existencia de una excitabilidad aumentada del sistema nervioso central, producida por enfermedad o estrés (Kelly, 1945; citado en Herch, 1989) o el concepto de «reumatismo psicógeno o reumatismo tensional», al descartarse inflamación del tejido conectivo y ante la ausencia de hallazgos demostrables que justificasen la sintomatología (Boland, 1947; citado en Culture, science and the change nature of fibromyalgia (Wolfe y Walitt, 2013).

En la segunda mitad del siglo XX, aparece un primer dato específico de laboratorio: una alteración de la fase IV del sueño por ondas alfa, (Moldofsky, 1960; citado en Ballina, García, Martín, Iglesias y Cueto, 1995). En esa época, se acuñó el término fibromialgia, sustituyendo

al de fibrositis al no haber ninguna evidencia de inflamación. (Hench, 1975; citado en Uceda et al., 2000) y se clasifica la fibromialgia en: localizada o regional, primaria, secundaria y concomitante.

Sin embargo, no es hasta 1990, en el II Congreso Mundial de Dolor Miofascial y Fibromialgia, donde se establecen los primeros criterios de clasificación de la Fibromialgia por el American College of Rheumatology (ACR) (Wolfe et al., 1990) que se han utilizado como criterios diagnósticos hasta la publicación de los utilizados en la actualidad (Wolfe et al. 2010).

En 1992 fue reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en 1993 incorporada al Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código "M79.0". En 1994 también fue reconocida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y clasificada con el código X33.X8a. (Merskey et al. 1994).

El día 12 de mayo ha sido designado como Día Internacional de la Fibromialgia, conmemorando el nacimiento de Florence Nightingale, afectada por la enfermedad y que fue pionera de la enfermería moderna y figura decisiva en la creación de la Cruz Roja Británica.

1.1. Definición.

En 1992 la fibromialgia fue definida como un estado doloroso no articular, que afectaba predominantemente a los músculos. Entre sus características principales está el dolor generalizado y una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos. Típicamente se asocia con fatiga persistente, sueño no reparador y rigidez generalizada que frecuentemente se acompaña de otros síntomas corporales (Lozano, 2004) (Tabla 1).

Tabla 1. Síntomas asociados a la fibromialgia

De tipo neurológico
<ul style="list-style-type: none">▪ Cefaleas tensionales▪ Dificultad para la concentración y la memoria reciente▪ Parestesias de distribución atípica▪ Disminución de la tolerancia al ruido▪ Sensación vertiginosa▪ Fatigabilidad de los músculos oculares
De tipo torácico
<ul style="list-style-type: none">▪ Palpitaciones▪ Dolor torácico inespecífico▪ Prolapso de válvula mitral sin alteración orgánica
De tipo gastrointestinal
<ul style="list-style-type: none">▪ Colon irritable▪ Dismotilidad esofágica▪ Pirosis
De tipo genitourinario
<ul style="list-style-type: none">▪ Polaquiritia y urgencia miccional▪ Menstruación dolorosa y vulvodinia
De tipo osteomuscular
<ul style="list-style-type: none">▪ Talalgia▪ Hiperlaxitud articular▪ Disfunción de la articulación temporo-mandibular
Otros
<ul style="list-style-type: none">▪ Depresión▪ Trastornos del sueño▪ Fatiga y cansancio▪ Dermografismo inmediato

Fuente: Lozano, J. A. (2004).

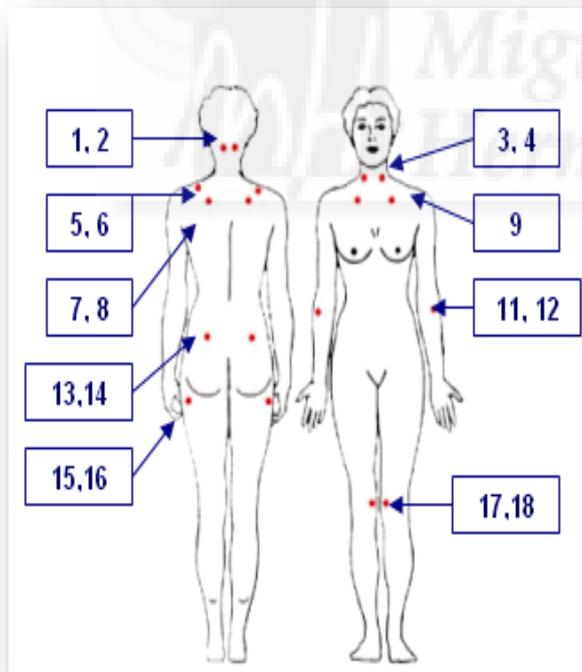
La fibromialgia se confunde con otras enfermedades, porque casi todos sus síntomas son comunes a otras alteraciones sin una causa orgánica conocida. Es frecuente que antes de que se llegue al diagnóstico definitivo, se haya acudido a diferentes médicos de diversas especialidades (digestivo, cardiólogo, psiquiatra, entre otros).

1.2. Criterios diagnósticos.

La evaluación de la fibromialgia se ha realizado utilizando los criterios del ACR de 1990 (Wolfe et al., 1990). Están basados en estudios de casos y controles realizados en EE.UU. y Canadá, a partir de los cuales se estableció un método y unos criterios que discriminaban la fibromialgia de otros síndromes de dolor crónico de tipo reumático.

Estos criterios utilizados como diagnóstico de la fibromialgia implicaban:

- Historia de dolor generalizado de más de tres meses de duración. Considerándose como tal el que se produce en todo un hemicuerpo, por encima o por debajo de la cintura y en todo el esqueleto axial, descartando la existencia de otras patologías.
- Dolor a la presión en al menos 11 de los 18 puntos sensibles situados de forma específica a lo largo del cuerpo (Figura 1). Se debe aplicar aproximadamente cuatro kilogramos de presión (blanquear el lecho ungueal) a un punto sensible, y el paciente debe indicar que puntos son dolorosos.
- Ausencia de alteraciones radiológicas y analíticas.



1-2 Cervical bajo: bilateral, en la parte anterior de los espacios intertransversos C4-C5, C5-C6, 3-4 Segunda costilla: bilateral, en la segunda unión condroesternal, 5-6 Epicóndilo lateral: bilateral a 2 cm distal del epicóndilo, 7-8 Rodilla: bilateral en la almohadilla grasa media próxima a la línea articular, 9-10 Occipucio: bilateral en la inserción del músculo suboccipital, 11-12 Trapecio: bilateral, en el punto medio del borde superior, 13-14 Supraespinoso: bilateral, el origen sobre la espina de la escápula próximo al borde medial, 15-16 Glúteo: bilateral cuadrante superior externo de la nalga en la parte abultada del músculo, 17-18 Trocánter mayor: bilateral, posterior a la prominencia trocantérea.

Figura 1. Puntos sensibles para el diagnóstico de la fibromialgia. Fuente: Wolfe, F., et al., (1990).

Estos criterios tienen una sensibilidad del 88,4% y una especificidad del 81,1%.(Wolfe et al., 1990).

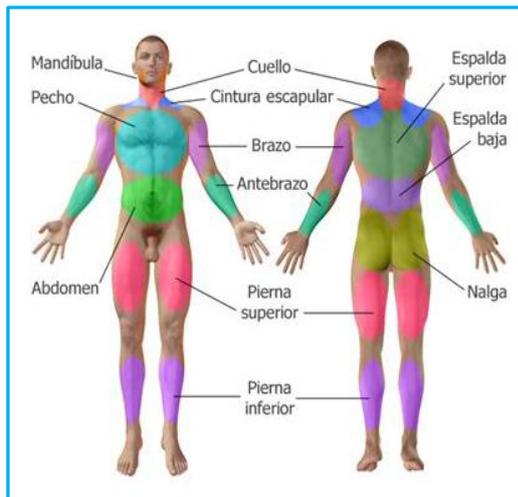
Es evidente que los criterios de clasificación del ACR supusieron un enorme avance en la investigación y en el tratamiento de la fibromialgia, pero con el tiempo, aparecen una serie de objeciones. En primer lugar, el recuento de puntos dolorosos (tender points) rara vez se realiza en atención primaria (donde se diagnostica el mayor número de casos de fibromialgia) o son valorados de forma incorrecta (Chaves, 2013). Además, se han producido discrepancias entre los autores acerca del significado que debía otorgarse a los tender points. Así, mientras algunos indican que los puntos sensibles son marcadores de severidad y malestar (Clauw, 2007; Wolfe et al., 1990) otros no han encontrado relación directa entre estos puntos y el impacto generalizado de la fibromialgia (Giesecke et al., 2003).

En segundo lugar, no consideran la importancia de los síntomas que cada vez más se aprecian como característica clave de la fibromialgia, por ejemplo la fatiga, el sueño no reparador o los trastornos cognitivos, entre otros (Mease et al. 2007).

En tercer lugar, estos criterios producían una sobre clasificación de las mujeres frente a los hombres.

En los nuevos criterios diagnósticos de la fibromialgia del ACR (Wolfe et al., 2010), la palpación de los puntos sensibles deja de tener relevancia y se tiene en cuenta esos otros síntomas, hasta ahora no considerados. Así el examen de los puntos sensibles se reemplaza por el índice de dolor generalizado (Widespread Pain Index, WPI) y una escala de gravedad de síntomas (Symptom Severity, SS).

El WPI evalúa la presencia de dolor localizado en diferentes áreas corporales, no explicable por la presencia de otras enfermedades como artritis reumatoide o lupus. Los pacientes pueden marcar 19 regiones del cuerpo, en las que se ha experimentado el 0-19.



Cintura escapular izquierda	Pierna inferior izquierda
Cintura escapular derecha	Pierna inferior derecha
Brazo superior izquierdo	Mandíbula izquierda
Brazo superior derecho	Mandíbula derecha
Brazo inferior izquierdo	Pecho (tórax)
Brazo inferior derecho	Abdomen
Nalga izquierda	Cuello
Nalga derecha	Espalda superior
Pierna superior izquierda	Espalda inferior
Pierna superior derecha	

1 punto por cada localización

Figura 2. Índice de Dolor Generalizado (WPI). Extraído de la Sociedad Española para el Dolor

El SS examina la presencia e intensidad de síntomas experimentados en la última semana. Concretamente, evalúa la intensidad de los síntomas comunes (fatiga, sueño no reparador y problemas cognitivos) y la presencia de un total de cuarenta síntomas, menos habituales como vómitos, espasmos vesicales y trastornos auditivos, entre otros (Tabla 2). Los números asignados a cada uno de los síntomas se suman y su puntuación oscila entre 0 y 12.

Tabla 2. Índice de síntomas experimentados en fibromialgia

Dolor muscular	Dolor en la parte alta del abdomen	Intestino irritable
Picores	Fatiga/cansancio extremo	Convulsiones
Visión borrosa	Problemas para pensar o de memoria	Ojos secos
Urticaria	Dolor/ calambres en el abdomen	Sequedad bucal
Vómitos	Respiración entrecortada	Pérdida de apetito
Dolor de cabeza	Pitidos al respirar, silbilancias	Erupciones, sarpullido
Dolor torácico	Fenómeno de Raynaud	Sensibilidad al sol
Ansiedad	Debilidad muscular	Zumbidos en los oídos
Mareos	Entumecimiento, hormigueo	Caída del cabello
Insomnio	Moratos frecuentes (hematomas)	Micción frecuente
Depresión	Acidez de estómago	Micción dolorosa
Estreñimiento	Aftas orales (úlceras)	Espasmos vesicales
Diarrea	Pérdida o cambios de gusto	Fiebre
Náuseas	Trastornos auditivos	

Según estos nuevos criterios, para el diagnóstico de fibromialgia es necesario que se cumplan tres requisitos:

- WPI mayor o igual que 7 y SS ≥ 5 o WPI 3-6 y SS ≥ 9 .
- Los síntomas han estado presentes de manera similar durante al menos 3 meses.
- El paciente no tiene una patología que pueda dar explicación al dolor.

Según la literatura, este nuevo método clasifica correctamente el 88,1% de los casos diagnosticados por los criterios del ACR 1990 y, dado que fundamentalmente se basan en la información aportada por los pacientes, no requiere del examen físico y no necesita un entrenamiento especializado del observador, además de que su uso parece más adecuado en Atención Primaria (Wolfe et al., 2010). Inicialmente se diseñaron para ser aplicados por el médico mediante entrevista en consulta. Sin embargo, posteriormente se han adaptado para ser auto-administrados (Bennett, et al., 2014).

Los análisis habituales y las radiografías en esta enfermedad son normales y sirven fundamentalmente para descartar otras enfermedades que se puedan asociar a la fibromialgia. Respecto a métodos diagnósticos como la resonancia magnética nuclear o el escáner cerebral, no son necesarios, pudiendo ser útiles para el estudio de problemas concretos independientes de la fibromialgia (López y Mingote, 2008).

Establecer el diagnóstico de fibromialgia es un componente esencial para una gestión más eficaz de la enfermedad (Goldenberg, Burckhardt y Crofford, 2004). Muchos pacientes con fibromialgia han estado viviendo con el dolor crónico, otras molestias y síntomas incapacitantes durante períodos de tiempo prolongados.

La investigación muestra que el diagnóstico de fibromialgia no tiene ningún efecto negativo sobre los resultados clínicos (Arnold et al., 2011). De hecho, los pacientes recién diagnosticados mejoran la satisfacción de su salud, con un menor número de síntomas a largo plazo (Blanco, Nielson, Harth, Ostbye, 2002). Además, varios estudios han indicado que la utilización de los recursos sanitarios y los costes asociados disminuyen después de un diagnóstico de la fibromialgia (Annemans et al., 2008; Hughes, Martínez, Myon, Taïeb y Wessely, 2006).

1.3. Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico de la fibromialgia no es un proceso fácil, ya que se precisa descartar otras patologías de tipo inflamatorio y enfermedades sistémicas, como el hipotiroidismo. Existe el riesgo tanto de sobre-diagnosticarla y pasar por alto otras enfermedades que tienen un tratamiento eficaz diferente, como de infra-diagnosticarla sobre todo cuando hay otras enfermedades osteomusculares y la fibromialgia es secundaria o concomitante.

El diagnóstico diferencial (Tabla 3) se plantea con diversas enfermedades, generalmente sistémicas, que pueden cursar con dolor crónico y rigidez generalizada.

La ausencia de datos clínicos sugestivos aportados por una anamnesis cuidadosa, una exploración física detallada y un estudio analítico y radiológico básico permitirá, en la mayoría de los casos, descartar otras enfermedades (Lozano, 2004).



Tabla 3. Tabla de diagnóstico diferencial

Enfermedades reumáticas
<ul style="list-style-type: none">▪ Polimialgia reumática▪ Lupus eritematoso sistémico▪ Artritis reumatoide▪ Síndrome de Sjögren
Enfermedades musculares
<ul style="list-style-type: none">▪ Miopatías inflamatorias▪ Miopatías de causa metabólica
Enfermedades endocrinometabólicas
<ul style="list-style-type: none">▪ Hipotiroidismo e Hipertiroidismo▪ Hipoparatiroidismo e Hiperparatiroidismo▪ Insuficiencia suprarrenal▪ Osteomalacia
Enfermedades infecciosas
<ul style="list-style-type: none">▪ Síndrome posviral (Epstein-Barr. VIH)▪ Enfermedad de Lyne▪ Brucelosis
Enfermedades neurológicas
<ul style="list-style-type: none">▪ Enfermedad de Parkinson▪ Miastenia gravis▪ Síndromes misteniformes
Enfermedades neoplásicas
<ul style="list-style-type: none">▪ Mieloma múltiple▪ Enfermedad tumoral metastásica
Enfermedades psiquiátricas
<ul style="list-style-type: none">▪ Síndrome depresivo▪ Trastorno por somatización▪ Trastornos de ansiedad
Síndrome de fatiga crónica
Síndrome miofascial

Fuente: Lozano, J. A. (2004).

Por otra parte, procesos reumáticos específicos incluidos en el diagnóstico diferencial pueden también preceder o acompañar a la fibromialgia. En algunos casos, se hace difícil el diagnóstico diferencial con algunas entidades como el síndrome de fatiga crónica, el síndrome doloroso miofascial regional o el dolor somatoforme. Los límites conceptuales de la fibromialgia con estos cuadros no están del todo definidos y, en determinados pacientes, puede

superponerse la sintomatología, de forma que el paciente puede ser diagnosticado en diferentes momentos de uno u otro cuadro (Andreu, Barceló y Figueras, 1996).

Los pacientes con fibromialgia son entre un 2.2% a 7.1% veces más propensos a tener una o más de las siguientes condiciones comórbidas: depresión, ansiedad, dolor de cabeza, síndrome del intestino irritable, síndrome de fatiga crónica, lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoide (Weir et al. 2006).

La depresión puede preceder o acompañar a la fibromialgia. Debe valorarse como una condición asociada y no como causa del síndrome. Los antecedentes de depresión se encuentran entre el 50-70% de los pacientes con fibromialgia, sin embargo, sólo un 20% de los pacientes presentan criterios de depresión mayor en el momento del diagnóstico (Soriano, Gelado y Girona, 2000).

En definitiva, la exposición realizada muestra la complejidad y la multidimensionalidad del problema de salud que nos ocupa.

1.4. Prevalencia y aspectos sociodemográficos.

De acuerdo con los estudios sobre la prevalencia de la fibromialgia, esta varía entre un 0.66 y un 20 %, según la población estudiada (Sildan y Horchberb 1993; Wolfe et al., 1995). En EE.UU. se ha estimado que un 2% de la población general tiene fibromialgia (Wolfe et al., 1995) Además, los estudios epidemiológicos han demostrado la preponderancia de la fibromialgia en las mujeres frente a los varones con una ratio aproximada de 9:1 (Katz et al., 2010). La prevalencia en la población general europea es del 2.9% (Branco et al., 2010).

En España la prevalencia de la fibromialgia es del 2.4% en la población general mayor de 20 años, (Carmona, Ballina, Gabriel y Laffon, y grupo EPISER 2001; Collado y Torres, 2016; Mas et al., 2008) por lo que se puede hablar de aproximadamente un millón de pacientes en nuestro país, lo que genera importantes costes sociales (Pastor, Lledó, López-Roig, Pons y Martín-Aragón, 2010). Constituye, además, la tercera causa de consulta en las unidades de reumatología (precedida por la artrosis y la artritis reumatoide), suponiendo un 5.7% de las consultas de medicina general, además de que es una entidad muy frecuente en las unidades de rehabilitación (López y Mingote, 2008).

En nuestro país la fibromialgia también se presenta con un claro predominio en mujeres 4.2% frente al 0.2% en hombres (Mas, Carmona, Valverde y Ribas, 2008; Villanueva et al., 2004) lo que supone una relación mujer hombre de 20/1 (Valverde, Juan, Rivas, Carmona, 2001).

La fibromialgia se ha diagnosticado en todos los grupos de edad, en adolescentes e incluso en niños (Conte, Walco y Kimuro, 2003). El pico de prevalencia se encuentra entre los 40 y 49 años, siendo infrecuente en personas que superan los 80 años de edad (Munguía y Legaz, 2007).

En la población española, los factores más importantes asociados al padecimiento la fibromialgia son: ser mujer, pertenecer a un nivel sociocultural bajo y mostrar mayor presencia de comorbilidad de hipertensión, hipercolesterolemia y depresión (Álvarez, Alonso, Alegre, Viejo y Marañón, 1996; Albornoz, Povedano, Quijada, De la Iglesia, Fernández y Pérez, 1997; Campus 2000; Carmona, et al., 2001; Mas et al., 2008).

Se da con igual frecuencia en países, culturas y grupos étnicos diferentes y no hay evidencia de que ocurra en mayor medida en países industrializados (Clauw, 2015; Jones et al., 2015).

Los familiares de las personas con fibromialgia tienen un riesgo más alto de padecerla; es decir, existe cierta predisposición familiar. Concretamente los parientes de primer grado de pacientes con fibromialgia presentaron una probabilidad de tener fibromialgia ocho veces mayor que los familiares del grupo control de pacientes con artritis reumatoide (Arnold, 2004; Woolf, 2011). Los factores ambientales, como traumatismos o lesiones físicas, infecciones (por ejemplo, enfermedad de Lyme y hepatitis C) y otros factores de estrés (por ejemplo, trabajo, vida familiar e historia de abuso) suponen un riesgo adicional (Mease, 2005).

1.5. Mecanismos etiopatológicos de la fibromialgia.

No se conoce con exactitud la base etiopatogénica de la fibromialgia, lo que provoca la coexistencia de diversas líneas de investigación, con diversidad de hipótesis explicativas que intentan identificar la etiología de esta enfermedad.

La comprensión de los mecanismos subyacentes mejoraría la capacidad diagnóstica y la eficacia del manejo de la fibromialgia (Arnold, Clauw y McCarberg, 2011).

Se describen a continuación los modelos causales con mayor relevancia científica, aunque la investigación realizada hasta la fecha no ha podido encontrar una única alteración que explique satisfactoriamente todo el cuadro clínico.

Inicialmente, se planteó que la fibromialgia era el resultado de múltiples **microtraumas en los tejidos musculares**, pero actualmente se considera que es un trastorno de la función y no una consecuencia de posibles lesiones estructurales (Escolar y Durán, 2011).

Estudios con pruebas de metabolismo energético del músculo, histoquímicas, de oxígeno y con Resonancia Magnética Espectroscópica sugieren que los pacientes con fibromialgia tienen **alteraciones en el metabolismo energético muscular** (Bennett et al., 1989; Lund, Bengtsson y Thorborg, 1986). Pero no se ha confirmado en otros trabajos (Hakkinen, Hakkinen, Hannoneb y Alen, 2000; Simms et al., 1994).

Otras líneas de investigación se dirigen a la detección de **alteraciones en el sistema nervioso:**

Disfunción del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal demostrado por la aparición en estos enfermos de una supresión de dexametasona anormal, niveles bajos de cortisol urinario libre, hiper respuesta de ACTH al CRF e hiporespuesta del cortisol frente a controles sanos. El hipocortisolismo que se encuentra también en otras enfermedades como el trastorno de estrés postraumático, se asocia a hiperalgesia y alodinia, con una percepción aumentada del dolor. (Rusell, 1989)

Alteración de algunos neurotransmisores. Se han observado niveles bajos de varias aminas biógenas en el líquido cefalorraquídeo (LCR), implicadas en la regulación del dolor, particularmente la serotonina, que es un neurotransmisor muy importante en la regulación central del dolor, sueño y humor, tres parámetros alterados en la fibromialgia. También está disminuido los niveles del L-triptófano (precursor sanguíneo de la serotonina cerebral) y las concentraciones de Noradrenalina y Dopamina en el LCR son más bajas en los pacientes con fibromialgia, que en los controles sanos. (López, Gozalo, Mingote y Borobia, 2008; Rollman, 1993).

Umbral del dolor disminuido debido a una anomalía funcional en el sistema nervioso central (SNC) asociada a un metabolismo y flujo sanguíneo regional cerebral más bajo del normal, relacionado con varias alteraciones bioquímicas cerebrales: disminución de la

dinorfina, una endorfina cerebral (lo cual explicaría la sensibilidad al dolor) y aumento de la sustancia P, junto con las alteraciones de los neurotransmisores ya mencionados (López et al., 2008).

Alteración del sueño, concretamente del sueño no REM (Rapid Eye Movement). El sueño se divide esencialmente en sueño No REM (un sueño caracterizado por un umbral de vigilia relativamente alto y en el que no existe supresión del tono muscular) que se divide a su vez en fases 1-4 (siendo las dos últimas de ondas lentas características tanto teta como delta) y el sueño REM o de ondas rápidas, alfa, o sueño paradójico (de movimientos oculares rápidos caracterizado por un aumento del metabolismo cerebral, y en el que se da la mayor actividad onírica). Moldofsky consiguió reproducir los signos y síntomas fibromiálgicos interrumpiendo con estímulos auditivos el sueño no REM de individuos control. Al hacer un EEG mientras dormían se comprobó que el sueño de las fases 3 y 4, las ondas teta y delta de baja frecuencia, eran interrumpidas por otras ondas alfa de alta frecuencia, a lo que se denominó fenómeno de intrusión de ondas alfa, por lo que se concluye que los pacientes con fibromialgia tienen un sueño fragmentado y de peor calidad. Los estadios 3 y 4 del sueño se encuentran relacionados con la secreción de hormona del crecimiento, en ellas se produce entre el 50 y el 80% de la producción total diaria de dicha hormona, en forma de picos nocturnos. El Eje GH-Somatomedina C se ha demostrado que es importante en los procesos de homeostasis y reparación muscular. Una disminución de la hormona del crecimiento predispone al microtrauma muscular y retarda la curación normal del músculo por un anabolismo reducido. Los adultos con disminución de esta hormona también presentan disminución de la fuerza muscular (Moldofsky, 1989; Povedano, 2000).

Otras teorías contemplan la posibilidad de que la fibromialgia sea consecuencia de **alteraciones inmunológicas**. La fibromialgia tiene síntomas comunes con otras enfermedades reumáticas que son de carácter autoinmune, como es la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico. Se ha identificado mayor proporción de pacientes con fibromialgia con autoanticuerpos antiserotonina respecto de otros pacientes con enfermedades reumáticas (Klein, Bansch y Berg 1992). Estos resultados pueden explicar la disminución de los niveles plasmáticos de serotonina y de 5HIAA en LCR en estos enfermos en comparación con controles sanos, reflejo de una alteración de los mecanismos centrales del dolor, una disfunción neuroendocrina inmunológica compleja.

Se ha sospechado, dada su sintomatología, que pudiera tratarse de una enfermedad provocada por una **bacteria o un virus**. Se han encontrado cifras elevadas de anticuerpos antinucleares y anticuerpos serotoninérgicos (Werle, Fischer, Muller y Fiehn, 2001), pero no hay evidencia clara que apoye la hipótesis de un trastorno de la función autoinmune ni la de una infección vírica, ya que no se ha identificado ningún virus (Ang y Wilke, 1999).

Otras hipótesis defienden que el origen pueda deberse a **déficits en la microcirculación y del metabolismo energético** (Fassbender y Wegner, 1973) o el aumento de la actividad simpática (Campbell, Meyer, Davisk y Raja, 1992). También se ha apuntado que puede existir algún **componente genético**, dado que hay un mayor grado de anomalías alélicas en genes que codifican receptores de serotonina (Buskila, Sarzi-Puttini y Ablin, 2007).

La hipótesis más aceptada en la actualidad es la **sensibilización central** (Forbes y Chalmers, 2004; Forseth y Gran, 2002; Staud y Rodríguez, 2006) que plantea la existencia de un trastorno de los mecanismos de percepción, transmisión y modulación del estímulo doloroso, de origen central, con descenso del umbral del dolor, existiendo una mayor sensibilidad a los estímulos no dolorosos, sugiriendo también alteraciones del sistema nervioso periférico. Las causas por lo que esto ocurre son desconocidas, siendo probable que sea la consecuencia de la interacción de múltiples factores (Gutiérrez, Feroso, González, Reig y Merchán, 2001).

También se ha investigado sobre las **variables psicosociales** como posibles factores desencadenantes de la fibromialgia, a continuación se nombran algunas de las hipótesis.

Una de las variables psicosociales estudiada por su interés como posible factor etiológico, ha sido la personalidad. Diversos estudios han encontrado que las personas que padecen fibromialgia tienen una **personalidad con tendencia compulsiva a la sobrerealización**. Se han descrito como personas muy activas con demandas excesivas de triunfo, perfeccionistas, exigentes, con rasgos obsesivos, que trabajan demasiado y que son incapaces de plantear límites ante las demandas de otras personas (Van Houdenhove, Neerinx, Onghena, Lsysens y Vertommen, 2001). Se habla también de una personalidad sobreimplicada y neurótica (Malt, Olafsson, Lund y Urson, 2002). Aunque se han planteado diferentes teorías, los resultados de la investigación son inconclusos y no permiten afirmar al papel etiológico de estos rasgos en el desarrollo de la enfermedad.

También han sido consideradas y estudiadas las **experiencias traumáticas**. Esta hipótesis plantea que, la mayor experiencia de sucesos negativos en las etapas tempranas del aprendizaje psicosocial, aumenta el riesgo de afianzar una personalidad ansiosa e hipersensible, que a su vez, propicia el desarrollo de un umbral más bajo de tolerancia al dolor (Cigarán, 2012).

Es ampliamente reconocido que cuando las personas experimentan situaciones traumáticas se desencadena un conjunto de procesos fisiológicos y psicológicos. Para muchas personas, estas perturbaciones fisiológicas se normalizan una vez que el trauma se ha resuelto. Sin embargo, el estado inicial de hiperexcitación puede convertirse en crónico para algunos individuos (Ciccone, Elliott, Chandler, Nayak y Raphael, 2005) y generar conductas de evitación, catastrofismo sobre los síntomas y amplificación de la experiencia de la enfermedad (Liebschutz et al., 2007).

Walker et al. (1997) compararon pacientes con fibromialgia con otros problemas de dolor crónico y encontraron mayor prevalencia de victimización, así como diversos traumas infantiles en el grupo con fibromialgia.

Anderberg, Marteinsdottir, Theorell y Von-Knorrning (2000), señalan que una mayor proporción de personas con fibromialgia, en contraste con la proporción de sujetos sanos, había sufrido acontecimientos adversos en la infancia y adolescencia, considerados como muy negativos.

En un estudio realizado en la Unidad de Fibromialgia del Hospital Clínico de Barcelona (Collado et al., 2016) se evaluaron los factores desencadenantes de fibromialgia en una muestra consecutiva de 764 casos y concluyeron que es frecuente observar que los cuadros de dolor crónico se inician en el contexto de circunstancias vitales estresantes, pero este hallazgo no parece específico de la fibromialgia.

En una revisión sistemática con metaanálisis realizada por Häuser y colaboradores (2011) se confirmó la asociación de pacientes de fibromialgia con abuso físico y sexual, pero destacan que algunos de estos estudios presentan importantes limitaciones metodológicas que impiden asegurar su papel etiológico.

El modelo de **evitación de síntomas** propuesto por Surrawy, Hackmann, Hawton y Sharpe (1995) postula que una infección aguda en combinación con estresores psicosociales

graves, inicia la condición persistente de fatiga en el síndrome de fatiga crónica. Este modelo podría ser relevante para la fibromialgia y se aplica para explicar la fatiga crónica (Robbins, Kirmayer y Kapusta, 1990). Así, al remitir esta infección aguda, el individuo continúa temiendo la actividad, creyendo que los síntomas aumentarán. En este caso, los pacientes experimentan una ansiedad anticipatoria asociada con la probabilidad de futuro dolor, desarrollando una especie de evitación fóbica a las actividades. Con el tiempo, los pacientes se vuelven más sensibles incluso a los síntomas de intensidad más baja, así comienzan a evitar y a limitar su nivel de actividad, creando un círculo de conductas de evitación, que puede conducir a una mayor susceptibilidad ante el dolor y peor funcionamiento. (Afar et al., 2014)

Otros autores han encontrado mayor nivel de **trastornos de ansiedad y de depresión** en pacientes con fibromialgia, a diferencia de otros pacientes sanos o con dolor crónico (Davis, Zautra y Reich, 2001; Pérez-Pareja, et al., 2004; Yunus, Ahles, Aldag y Masi, 1991) Malt, Olafsson, Lund y Urson (2002) encontraron mayor malestar general, mayor neuroticismo y menores sentimientos de autocontrol y eficacia entre los sujetos con fibromialgia, que entre los sujetos sanos. En cambio, Netter y Hennig (1998) no consiguieron hallar diferencias, en cuanto a síntomas depresivos y ansiosos entre pacientes con fibromialgia y sujetos sanos. En el estudio de Birnie et al. (1991) se compararon tres grupos de pacientes: un grupo de dolor crónico, un grupo de dolor no crónico y un grupo de pacientes con fibromialgia. Las puntuaciones del grupo afectado de fibromialgia y la del grupo de dolor crónico fueron muy parecidas. Los autores concluyeron que muchos aspectos psicológicos de la fibromialgia, pueden ser considerados como aspectos psicológicos del dolor crónico.

Existen discrepancias al respecto en la literatura revisada, por este motivo no se puede concluir que los trastornos de ansiedad y de depresión sean fundamentales en la causa de la enfermedad, pero sí en el aumento de los síntomas (López y Mingote, 2008).

Otra de las líneas de investigación con más relevancia en el ámbito de la fibromialgia es el **estrés**. Según diferentes autores, el comienzo de la enfermedad coincide, en muchas ocasiones, con la presencia de estrés físico o psicológico (Catley, Kaell, Kirschbaum y Stone, 2000; Dailey, Bishop, Russell y Fletcher, 1990; Van Houdenhove y Luyten, 2006, Zautra, Hamilton y Burke, 1999). Además, es frecuente que esta enfermedad se asocie a síndromes, asociados al estrés (Branco, 2010; Dailey, et al., 1990; Uveges, et al., 1990) como cefaleas tensionales o colon irritable, entre otros, que pueden hacer que se agrave o se desencadene.

El hecho de padecer una enfermedad crónica, así como el padecimiento de dolor se consideran como estresores, que a su vez pueden generar una serie de estresores adicionales, como disminución de las relaciones sociales, alteraciones en la limitación funcional, incapacidad laboral y por ende dificultades económicas, entre otros. Esto ha generado que haya interés en investigar el impacto del estrés en la adaptación de las personas con fibromialgia (Van Houdenhove, Egle y Luyten, 2005).

También se ha propuesto un modelo de **sensibilidad anormal al dolor**, que puede estar **provocado por el estrés** (Kersh, et al., 2001). Por otro lado, Okifuji y Turk (1999) desarrollaron un modelo basado en la perspectiva de la diátesis-estrés sobre salud y enfermedad que podría acercarnos a la explicación de la fibromialgia (Velasco, 2010).

Así, mientras los modelos iniciales sobre estrés y fibromialgia, se basaban únicamente en la consideración de uno de sus elementos (eventos vitales traumáticos) y se planteaban como modelos explicativos, los modelos actuales entienden el estrés como un proceso dónde desempeñan un papel fundamental, no sólo la vivencia de esos estímulos vitales, sino la valoración y afrontamiento de los mismos. Desde esta nueva concepción los modelos actuales, lejos de ser etiológicos y deterministas, entienden el estrés como un factor adicional para explicar el proceso de cronificación del dolor crónico (Peñacoba, et al., 2011).

A modo de conclusión, en la actualidad se reconoce la existencia de problemas psicológicos en las personas que padecen fibromialgia, pero se asume que son consecuencia y no causa de la enfermedad (Pastor, Lledó, Pons y López, 2011).

Pese a la diversidad de hipótesis que intentan identificar la etiología de la fibromialgia, ninguna de ellas posee una capacidad explicativa y global de la enfermedad, tratándose de aproximaciones parciales. Las alteraciones deben ser contempladas desde un concepto multifactorial (Figura 3) que genera un déficit en cascada de distintos sistemas y sustancias, con trastornos de la esfera afectiva y vegetativa, con posible implicación genética (Gutiérrez, Feroso, González, Reig y Merchán, 2001).

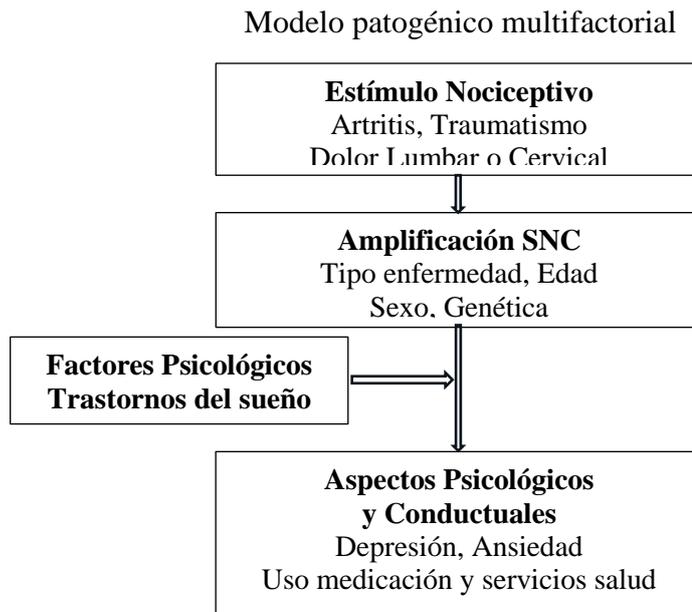


Figura 3. Modelo patogénico multifactorial.

Fuente: Gutiérrez, E.; Feroso J., González, R., Reig, E., Merchán, M. (2001).

1.6. Evolución y pronóstico

La fibromialgia es una enfermedad crónica y la mayor parte de pacientes continúan con la fibromialgia toda su vida. No es una enfermedad degenerativa o progresiva (Fitzcharles, Da Costa y Pöyhiä, 2003; Wolfe et al., 1997).

Kennedy y Felson (1996) realizaron el estudio longitudinal más largo publicado, llevando a cabo un seguimiento de pacientes con fibromialgia durante catorce años después del diagnóstico. El 55% refirió seguir padeciendo dolor de moderado a grave, alteraciones del sueño y fatiga, mientras el 66% se sentía mejor, que en el momento del diagnóstico. Se constató que 2/3 de los pacientes con fibromialgia a los catorce años de su diagnóstico continuaban con la enfermedad y seguían trabajando.

Wigers (1996) realizó un seguimiento de cuatro años y medio en pacientes con fibromialgia y comprobó que en este tiempo se había doblado la proporción de casos que estaban recibiendo algún tipo de pensión, parcial o total, del 27% al 63%. La proporción de pacientes que seguía trabajando pasó de un 43% a un 38% al final del seguimiento.

Fitzcharles, Da Costa y Pöyhiä (2003) siguieron, a lo largo de una media de cuarenta meses, una muestra de 70 mujeres con fibromialgia. La mitad de la muestra informó mejoría clínicamente significativa en el estado general, de manera que 28 de ellas dejaron de cumplir los criterios de clasificación de la fibromialgia definidos por la ACR.

Teniendo en cuenta los estudios, anteriormente citados se puede concluir que el trascurso de la fibromialgia no es igual para todos, varía dependiendo de cada caso, en unos los síntomas remiten y en otros se produce una mayor invalidez.

Así pues, es importante señalar que la evolución, severidad e impacto de los síntomas varía entre diferentes personas y entre distintos momentos temporales. Las remisiones espontáneas y exacerbaciones sintomáticas, forman parte del curso habitual de la fibromialgia. Por lo tanto, la evolución dependerá de varios factores, incluyendo las comorbilidades que el paciente presente, factores familiares, soporte social, nivel socioeconómico, entre otros. Uno de los factores que influyen más en el pronóstico de la fibromialgia es la capacidad del paciente para asumir la propia enfermedad, evitando actitudes catastrofistas y aprendiendo a asumir sus síntomas, siendo a la vez lo más activo posible (Goldenberg, 2003; Nielson y Jensen, 2004; White, Speechley, Harth y Ostbye, 1999).

Se trata de un problema de salud que excede la atención del sistema sanitario en sí mismo y que afecta al ámbito laboral, social y comunitario en general (Rivera, 2011). La naturaleza multidimensional del problema y la inclusión de factores psicológicos y sociales en el mismo hace, además, que este problema de salud deba ser abordado desde una estrategia también preventiva y de promoción de la salud y no únicamente desde la versión más clásica de intervención y rehabilitación del problema.

2. Tratamientos en la Fibromialgia

Recientemente, la European League Against Rheumatism (EULAR) (Macfarlane, et al., 2016) en una revisión de las recomendaciones para el tratamiento de la fibromialgia, concluye la necesidad de los tratamientos consensuado con el paciente y desde un enfoque gradual, en el que se recomienda iniciar el tratamiento con la educación al paciente y la opción por tratamientos no farmacológicos como el ejercicio físico. En caso de falta de respuesta, se incluirían más terapias que deben adaptarse a las necesidades específicas de la persona con el

problema, como terapias psicológicas (para aquellos pacientes con trastornos del ánimo o estrategias de afrontamiento inadecuadas), farmacológicas (para aquellos con afectación severa del dolor, sueño y otros síntomas asociados) o un programa de tratamiento multidisciplinar-multimodal (para discapacidad grave). Por ello, tras la evaluación individual de cada paciente, se debe planificar el tratamiento basándose en la mejor evidencia disponible sobre las distintas modalidades terapéuticas. De hecho, desde hace algún tiempo los principios básicos del tratamiento en estos pacientes, son el conocimiento que la persona adquiera sobre su enfermedad, la realización diaria de ejercicio físico moderado, la terapia cognitivo conductual y el tratamiento farmacológico (Rivera, Alegre, Ballina, Carbonell, Carmona, Castell et al., 2006). Por ello, en este apartado desarrollaré cada una de estas modalidades terapéuticas.

2.1. Tratamiento farmacológico.

Es imprescindible individualizar el tratamiento en cada caso, buscar el fármaco o la combinación más adecuada, introducir los tratamientos progresivamente y explicar con claridad al paciente lo que se espera de ellos, ya que muchos de estos medicamentos tienen efectos secundarios elevados y además los pacientes con fibromialgia con mucha frecuencia manifiestan intolerancias farmacológicas múltiples. Los objetivos de este tipo de tratamientos son dos: el control del dolor y el control de otros síntomas asociados (trastornos del sueño, fatigabilidad-astenia, alteraciones del estado de ánimo).

2.1.1 Control del Dolor.

El tratamiento analgésico intenta disminuir el dolor generalizado, especialmente los dolores axiales y de las contracturas musculares dolorosas, localizadas y frecuentes. También se debe tener en cuenta que en los pacientes de fibromialgia, además de dolor miofascial, puede existir dolor articular, neuropático y visceral, por lo que se necesitarán medidas específicas según la fuente.

Durante años se han empleado numerosos fármacos para tratar el dolor de la fibromialgia, pero sólo unos pocos han demostrado alguna eficacia. Ninguno de ellos se comporta como un analgésico absolutamente eficaz para estos pacientes.

Los antidepresivos: antidepresivos tricíclicos (ATC) son los fármacos más eficaces (Arnold, Keck y Welge 2000; Häuser, Ablin, Fitzcharles, Littlejohn, Luciano, Usui, y Walitt,

2015). La amitriptilina es el medicamento de elección por ser el de mayor eficacia, aunque no hay evidencia de que existan diferencias entre los diversos ATC. La dosis diaria oscila entre los 10 y 75 mg con administración nocturna. Aunque otros fármacos de este grupo como la Doxepina (25-50 mg/día), Clorimipramina (25-75 mg/día), Maprotilina (25-75 mg/día), entre otros, también puedan ser eficaces por su similar mecanismo de acción, no existen estudios controlados suficientes que lo indiquen, pero la experiencia en grupos de pacientes con dolor crónico apoya la utilización de estos fármacos cuando la amitriptilina no es bien tolerada por sus efectos secundarios (Rivera, Vallejo y Esteve-Vives, 2012). La ciclobenzaprina (10 mg/día), un fármaco de la familia de los relajantes musculares y de estructura similar a los ATC, también se ha demostrado con una cierta eficacia en el alivio del dolor de estos pacientes (Tofferi, Jackson y O'Malley, 2004). Cuando con la amitriptilina no se consigue controlar el dolor, algunos antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina (20-40 mg/día), parecen aumentar el efecto analgésico de los antidepresivos tricíclicos utilizados conjuntamente (Goldenberg, Myskiy, Mossey, Ruthazer y Schmid, 1996). Sin embargo, los ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina, y citalopram) no han demostrado efectividad cuando se utilizan como único fármaco (Rao, 2012). Por otra parte los inhibidores dobles de recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRNS), como la Venlafaxina (75-375 mg/día), están teniendo resultados controvertidos en el alivio del dolor, probablemente relacionado con las dosis utilizadas ya que su efecto dual sobre los dos neurotransmisores lo consigue a dosis elevadas (superiores a 225 mg/día) (Häuser, Urrútia, Tort, Üçeyler y Walitt, 2013). Los ensayos clínicos realizados con Minalcipran (Viton, Gendreu, Kranzler y Rao, 2004) y Duloxetina (Arnold, et al., 2005) han ofrecido beneficios con respecto al placebo, con unos resultados similares a los publicados con tricíclicos y superiores a los publicados con ISRS.

Otro de los fármacos utilizados en el tratamiento de la fibromialgia son los **anticonvulsiantes o antiepilépticos** como la pregabalina, resulta ser uno de los medicamentos aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) de EE.UU., para el tratamiento de la fibromialgia; Utilizado a dosis de 75 a 450 mg/día, reduce la liberación de varios neurotransmisores implicados en los mecanismos del dolor, como el glutamato y la sustancia P, por tanto alivia el dolor, mejora la calidad y la cantidad de sueño (Straube, Derry, Moore y McQuay, 2010). La gabapentina, un antiepiléptico similar a la pregabalina, también ha

mostrado su eficacia en la disminución del dolor y la mejora del sueño de las personas con fibromialgia (Arnold, et al., 2007).

Dentro del grupo de los **analgésicos**, los fármacos que son más empleados en la fibromialgia son el Tramadol, los AINES (antiinflamatorios no esteroideos) y los Opioides. El Tramadol, fármaco con débil acción agonista sobre receptores opiáceos, al mismo tiempo que inhibe la recaptación de noradrenalina y Serotonina, ha demostrado una efectividad moderada (Rusell, et al., 2010). La dosis a emplear oscila entre 50 y 400 mg diarios, aconsejando que se empleen pequeñas dosis al inicio del tratamiento e ir aumentando progresivamente. Los AINES son poco efectivos. A pesar de no haberse demostrado eficaces, el paracetamol y el ibuprofeno son los que mejor tolerancia tienen por tener un menor perfil de toxicidad. Las dosis oscilan entre 1 y 4 g diarios para el paracetamol y entre 1,2 y 2,4 g /día para el Ibuprofeno. Deben utilizarse exclusivamente cuando el dolor es de origen osteoarticular y durante periodos cortos de tiempo. El resto de los AINES no han demostrado beneficio y, por tanto, debe evitarse su utilización crónica por su toxicidad potencial (Estrada et al., 2010). Una revisión Cochran del año 2014 concluyó que no hay estudios relevantes sobre el papel de los opioides en el tratamiento del dolor de los pacientes con fibromialgia y, por tanto, no están indicados en el tratamiento de la misma (Collado, Torres, 2016). De todas maneras no se puede olvidar el gran valor analgésico de estos fármacos (brupenorfina, oxycodona, fentanilo, morfina, metadona, entre otros) en el tratamiento del dolor por exceso de nocicepción, que a veces está presente en pacientes con fibromialgia en determinadas regiones y se debería tener en cuenta su utilización en situaciones especiales (Mease, Dundon y Sarzi-Puttini, 2011).

Los tratamientos hormonales y los productos de herbolario y parafarmacia, no han demostrado hasta la actualidad, su eficacia en ensayos clínicos, por lo que tienen escasa utilidad en el tratamiento de la fibromialgia (Rivera, 2011).

2.1.2. Control de otros síntomas.

Trastornos del sueño

Antes de iniciar una ayuda farmacológica para mejorar la calidad del sueño, se deben intentar medidas higiénicas, como la abstención de cafeína u otros estimulantes en las horas previas, realizar ejercicios aeróbicos durante el día y no cerca de las horas del sueño, entre otros. También se deben utilizar, en primer lugar, la terapia cognitivo- conductual, especialmente las

técnicas de control de estímulos y la de restricción del sueño, que se han demostrado eficaces en el tratamiento del insomnio a corto y largo plazo (Sateia y Nowell, 2004).

Los agentes farmacológicos más utilizados son los antidepresivos tricíclicos, los hipnóticos no benzodiazepínicos y las benzodiazepinas.

En un metaanálisis realizado por Häuser et al (2009) se concluyó que entre los antidepresivos tricíclicos, la amitriptilina es la que posee mayor efecto sedante. La ciclobenzaprina, un fármaco de estructura similar sin efectos antidepresivos, obtiene resultados similares con dosis bajas de 5-10 mg/día. En los ensayos practicados con ambos medicamentos los pacientes mejoraban el descanso nocturno, aunque no se registran cambios significativos en el electroencefalograma (EEG). Dado que estos medicamentos se utilizan también en el tratamiento del dolor y de otros síntomas, son los fármacos de primera elección (Prados y Miró, 2012).

En aquellos pacientes que no se consiga regularizar el sueño, se utilizarán los hipnóticos no benzodiazepínicos inductores del sueño, como la zoplicona (7,5 mg/día) o el zolpidem (10 mg/noche) (Russell, et al., 2011).

Conviene resaltar la necesidad de identificar situaciones específicas que afectan al sueño y que se asocian con la fibromialgia, como el síndrome de piernas inquietas, presentes en un porcentaje de pacientes que pueden beneficiarse de un tratamiento coadyuvante con carbidopa (25-50 mg/día) , clonazepan (0,5-2 mg/día) o Pramipexole (0,5-1 mg/día).

Fatigabilidad-Astenia

Una vez más, los antidepresivos tricíclicos parecen ser los medicamentos más efectivos. Sin embargo, el Modifilino (dosis de 50 a 200 mg/día) o el metilfenidato han sido utilizado ocasionalmente, especialmente cuando la fatiga es profunda y se acompaña de hipersomnía. Algunos autores propugnan tratamientos discontinuos con estos fármacos, mientras que otros alertan de sus efectos "rebote" (Macfarlane, et al., 2016).

Alteraciones del estado de ánimo

Antes de iniciar una ayuda farmacológica para mejorar el estado de ánimo, se deben utilizar, la terapia cognitivo-conductual. En algunos casos con sintomatología depresiva asociada, puede ser efectivo añadir al tratamiento un inhibidor selectivo de la recaptación de

serotonina, tipo Fluoxetina, Paroxetina, Citalopram (dosis de 20-40 mg/día), Sertralina (dosis de 50-200 mg/día) un inhibidor de la recaptación de Serotonina y Noradrenalina como la Venlafaxina (dosis de 150 a 375 mg/día) o Duloxetina (dosis de 60 a 90 mg/día) (Rivera, 2011).

En pacientes con ansiedad manifiesta o con sintomatología de angustia (pánico) puede ser útil asociar alprazolam en dosis 0,25-0,50 mg cada 8 horas. Estos pacientes con trastorno de ansiedad pueden también ser tratados con la misma pauta de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, teniendo en cuenta que el tratamiento debe iniciarse con dosis menores (10 mg/día) con aumentos cada tres días hasta la dosis efectiva, para evitar la aparición de crisis de angustia que no favorecerían el cumplimiento correcto del tratamiento.

2.2. Tratamiento no farmacológico.

Las terapias no farmacológicas más estudiadas en el tratamiento de la fibromialgia son tres, la educación, la terapia cognitiva conductual (TCC) y el ejercicio. Todas tienen una fuerte evidencia (nivel de evidencia 1A) sobre su eficacia en la fibromialgia (Clauw, 2014). La magnitud de la respuesta al tratamiento para estas terapias a menudo supera a la de los productos farmacológicos. El mayor beneficio se observa para la mejora de la función, que debería ser el principal objetivo para el tratamiento del dolor crónico (Goldenberg, Burckhardt y Crofford, 2004; Williams, et al., 2002). El acceso, la adhesión y el incumplimiento del tratamiento, son las limitaciones más importantes cuando se trata de aplicar en la práctica clínica (Clauw, 2014).

La terapia farmacológica puede ser útil para aliviar algunos síntomas, pero los pacientes rara vez logran mejoras significativas sin adoptar estrategias de autocuidado (Clauw, 2014), donde está incluida la práctica de ejercicio físico, la reducción del estrés, mejora del sueño, entre otras.

Es importante analizar la eficacia de las modalidades de tratamiento no farmacológico y de las terapias alternativas y complementarias solicitadas con frecuencia por los pacientes de fibromialgia.

Las terapias no farmacológicas comprenden todas aquellas intervenciones que no tienen en los fármacos su objeto de interés ni su medio de intervención. Debido probablemente a la etiología desconocida de la enfermedad y ante la ausencia de un tratamiento único y definitivo, existen diferentes modalidades terapéuticas no farmacológicas empleadas en el tratamiento de la fibromialgia que se describen a continuación.

Ejercicio físico

Es uno de los tratamientos más estudiado para la fibromialgia durante los últimos años (MSPSI, 2011; Sañudo et al., 2010), más recomendado por las guías de manejo de la fibromialgia (Ablin, et al., 2013) y por recientes publicaciones como las recomendaciones EULAR (Macfarlane, et al., 2016), meta-análisis de Häuser et. al (2015) y Clauw (2014).

Se deben valorar fundamentalmente tres alternativas:

1. Ejercicio aeróbico, en cualquiera de sus modalidades (caminar, natación, bicicleta, ejercicios en el suelo, danza, entre otros). Este ejercicio utiliza grandes grupos musculares involucrándolos en movimientos repetidos, con aumento de la frecuencia cardiaca pero sin superar el umbral anaeróbico (hasta 70-85% de la frecuencia cardiaca máxima para la edad). En los pacientes con fibromialgia es necesario comenzar con una intensidad de entrenamiento menor (del 60-75% de la frecuencia cardiaca máxima) y una frecuencia mayor, para que una vez adaptados a la práctica de ejercicio pueda incrementarse la intensidad y disminuir la frecuencia (Collado, et al., 2011).

2. Ejercicios de fortalecimiento muscular, que pretenden mejorar la fuerza, resistencia y potencia muscular realizando contracciones musculares contra determinadas resistencias como bandas elásticas, pesas o el propio peso de la persona.

3. Ejercicios de estiramiento o flexibilidad, cuyo objetivo es mejorar la flexibilidad muscular y de los tejidos blandos.

Muchos estudios han demostrado que el ejercicio es beneficioso para los pacientes con fibromialgia: reduciendo la intensidad del dolor y la fatiga, mejorando la función física, la calidad del sueño y el estado de ánimo (ansiedad y depresión) y aumentando la percepción del bienestar y la calidad de vida (Arcos-Carmona et al., 2011, Busch et al., 2008; Häuser et al., 2010). Una revisión Cochrane, considerando 47 intervenciones de ejercicios diferentes (Busch, et al., 2008), concluye que el ejercicio aeróbico se asocia con mejoras en el dolor y en la función física. Busch et al., (2013) revisaron cinco ensayos con 219 participantes y concluyen que con el entrenamiento de resistencia se obtiene una mejora significativa en el dolor, así como en la función en comparación con el control. Hay una cierta coherencia con respecto a ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento, aunque no estudios suficientes para sugerir la superioridad de

uno sobre el otro; respecto al ejercicio en suelo y el acuático parecen igualmente eficaces (Bidonde, et al., 2014).

Así, el ejercicio aparece como un tratamiento de elección en estos pacientes (con fuerte evidencia) (Macfarlane et al., 2016), sin embargo, debe administrarse teniendo en cuenta las diferentes recomendaciones de la literatura científica analizada:

- Respecto al tipo de ejercicio las tres opciones principales son, ejercicios aeróbicos (evitando actividades de alto impacto como carreras o saltos), ejercicios de fortalecimiento o programas mixtos que combinan ambas opciones (Cadenas y Ruiz, 2014; Macfarlane et al., 2016).

- Para que un programa de ejercicios sea eficaz un requisito esencial es que el paciente lo tolere y lo realice. Muchos pacientes temen que el ejercicio empeore los síntomas. Un análisis realizado por Jones, Adams, Winters-Stone y Burckhardt (2006) de 46 EC concluyó que la intensidad inicial para el paciente con fibromialgia debe ser inferior a la recomendada para la población general, para evitar el abandono de los programas de ejercicio. Posteriormente debe irse incrementando hasta llegar a un nivel de intensidad moderado.

- La adhesión a medio-largo plazo, es uno de los grandes problemas. Si el paciente con fibromialgia deja de realizar los ejercicios o no incrementa su nivel de actividad física, los efectos conseguidos se pierden pronto (Da Costa, et al., 2005). Así la adhesión a medio-largo plazo debe ser un objetivo prioritario y se deben introducir estrategias para facilitararlo (Richards y Scott, 2012; Rooks, 2008). Para ello se debe conseguir que el ejercicio resulte agradable, sea simple y que el paciente lo pueda incorporar en su rutina diaria. La supervisión inicial por un profesional (fisioterapeuta o educador físico) aumenta el cumplimiento (Collado, et al., 2011). Los ejercicios en grupo pueden favorecer la interacción social y aumentar la motivación (Franco, Cardona y Cardona, 2015).

Tratamiento psicológico

Existen varias modalidades de tratamiento psicológico, existiendo acuerdo en que las más frecuentemente utilizadas y más eficaces en el tratamiento de la fibromialgia están la educación y la TCC (Rivera, Alegre, Nishishinya y Pereda, 2006). El objetivo que se persigue con el tratamiento psicológico cognitivo-conductual, es que el paciente modifique las creencias

sobre la enfermedad y aprenda técnicas de afrontamiento que permitan responder adecuadamente al dolor y otras manifestaciones clínicas.

El TCC es la intervención psicológica que ha demostrado más eficacia para el tratamiento de la ansiedad y la depresión (Barlow, Lawton y Vitali, 1998), el dolor crónico (Díaz, Comeche y Vallejo, 2003) el dolor inflamatorio (Keefe y Caldwell, 1998) y la fibromialgia (Häuser, et al., 2015; Macfarlane et al., 2016; Wells-Federman, Arnstein y Caudill-Slosberg, 2003). Como se ha comentado, la TCC va dirigida a la readaptación de conductas, comportamientos, pensamientos, emociones y a la enseñanza de nuevos afrontamientos del dolor y la enfermedad. Se compone de diferentes procesos relativos a la psicoeducación, información, aprendizaje de técnicas de relajación, técnicas de afrontamiento del dolor, programación de actividades de la vida diaria, habilidades sociales, hábitos de vida saludables, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, técnicas de distracción y prevención de recaídas (Del Valle, 2011). Implica tratamientos con diferentes características y duración, el número de sesiones de tratamiento puede variar de 6 a 24 y se puede aplicar de forma adecuada en grupo, entre otras razones porque además de reducir el coste de la terapia, es beneficioso en sí mismo, ya que el paciente puede identificarse con otros que se encuentren en su misma situación y esto le permite exponer problemas y posibles soluciones que ayuden al resto del grupo (Díaz, Comeche y Vallejo, 2003). Una revisión sistemática de Collado y Torres (2016) de 23 estudios clínicos, pone de manifiesto la mejoría en diferentes dominios de la enfermedad (Tabla 4).

Tabla 4. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en fibromialgia.

Dominio	Tamaño del efecto Leve (DEM)	Tamaño del efecto Moderado (DEM)
Dolor	0,33	0,60 (TCC)
Sueño		0,46
Función		0,46
Depresión	0,33	
Afrontamiento	0,33	

DEM: diferencia estandarizada de la media.

Fuente: Adaptada de Collado, A. y Torres, X. (2016).

Terapias complementarias

Se entiende como tales, el conjunto de prácticas que forman parte de la propia tradición o han sido asimiladas sin integrarlas al sistema sanitario. Se nombran a continuación las modalidades de terapias complementarias más utilizadas en fibromialgia.

El *masaje terapéutico* es la manipulación de los tejidos blandos de todo el cuerpo que genera una mejoría generalizada de la salud a través de la relajación, la mejoría del sueño o el alivio de los dolores musculares (Vickers y Zollman, 1999). Brattberg (2009) en un estudio aleatorizado indica que los masajes del tejido conectivo mejoran significativamente la calidad de vida, los síntomas de depresión y el dolor de manera temporal. Sin embargo, no se puede sacar conclusiones válidas sobre la eficacia de los masajes en pacientes con fibromialgia, ya que los estudios disponibles son de baja calidad metodológica (Field, et al., 2002; Lauche, Cramer, Häuser, Dobos y Langhorts, 2015; Nishishinya, Rivera, Alegre, Pereda y Carbonell, 2006).

La *balneoterapia*, es el conjunto de cuidados, tratamientos y curas donde se utilizan los baños, puede consistir en baños de agua de mar (talasoterapia) o agua de manantial. Existe evidencia para afirmar que la balneoterapia, ayuda a mejorar síntomas como el dolor de la fibromialgia (Macfarlane, 2016; Terhorst, Schneider, Kim, Gozdich y Stilley, 2011).

En cuanto a la *quiropaxia*, tanto la osteopatía como la quiropaxia tienen un origen común y ambas modalidades se incluyen entre los tratamientos manipulativos. Los quiropáticos trabajan sobre huesos, músculos y tejido conectivo utilizando las manos para realizar el diagnóstico y el tratamiento de las alteraciones de estructura y función (Vickers y Zollman, 1999). Los estudios controlados no han mostrado que las manipulaciones quiropáticas sean efectivas en la mejora de los pacientes con fibromialgia (Martínez, 2012; Lauche, Cramer, Häuser, Dobos y Langhorts, 2015).

La *acupuntura* se utiliza frecuentemente en el tratamiento de la fibromialgia (Sim y Adams 2002; Itoh y Kitakoji, 2010). La teoría general de la acupuntura se basa en la premisa de que existe una energía vital, llamada Qi, que fluye por todo el cuerpo a lo largo de los canales meridianos y que es esencial para mantener la salud. La enfermedad se produce por un desequilibrio de la energía Qi y puede restablecerse la salud, por medio de los puntos de acupuntura apropiados (360 a lo largo de los meridianos). Además de la forma tradicional de

acupuntura, existen otras modalidades que incluyen la electro-acupuntura, el calor, la presión y la luz generada por láser (Vickers y Zollman, 1999). Los estudios sobre la eficacia del tratamiento con acupuntura en pacientes con fibromialgia muestran resultados mixtos. La mayoría de los estudios que muestran los efectos beneficiosos de la acupuntura en el tratamiento de la fibromialgia están basados en series de casos no controlados, y únicamente unos pocos estudios controlados han contrastado la eficacia de la acupuntura, por tanto se necesitan estudios de mejor calidad metodológica y a más largo plazo que permitan evaluar la eficacia de la acupuntura en fibromialgia (Cao, Liu y Lewith, 2010; Lauche, Cramer, Häuser, Dobos y Langhorts, 2015).

También se emplea en el tratamiento de la fibromialgia los *campos electromagnéticos*, los productos magnéticos son populares como alternativa en el tratamiento de los trastornos dolorosos osteomusculares. Los campos electromagnéticos de pulsos de baja frecuencia, fueron aprobados en 1979 por la FDA y se utilizan comúnmente para el tratamiento de las fracturas óseas y las lesiones del tejido conectivo. Pero la evidencia sobre la eficacia de los campos magnéticos en la fibromialgia es heterogénea y de moderada a baja calidad (Nishishinya, Rivera, Alegre, Pereda y Carbonell, 2006).

La *ozonoterapia*, es otro de los tratamientos aplicados, pero no existen publicaciones que demuestren la eficacia de la misma en la fibromialgia (Lauche, Cramer, Häuser, Dobos y Langhorts, 2015).

Terapias que combinan el movimiento, acompañados de ejercicios respiratorios y meditación como son el *tai-chi*, *yoga* y *el qi-gong*, hay cada vez más evidencia científica que muestran su eficacia en la mejora de los síntomas de la fibromialgia (Langhorst, et al., 2012; Martínez, 2012).

La *homeopatía* fue desarrollada por el médico alemán Hahnemann a finales del siglo XVIII a partir de la hipótesis de que «las cosas similares se curan con cosas similares». Los homeópatas tratan las enfermedades con dosis bajas de preparaciones a base de productos naturales (Vickers y Zollman, 1999). No se puede sacar conclusiones válidas sobre estos ECA, ya que evalúan la eficacia de distintos componentes homeopáticos en la fibromialgia y además son de baja calidad metodológica. Se necesitan más estudios y con mayor número de

participantes para poder establecer la eficacia de la homeopatía en los pacientes con fibromialgia (Bell, et al., 2004; Lauche, Cramer, Häuser, Dobos y Langhorts, 2015).

Existe una amplia gama de prácticas en la *nutrición complementaria*, que puede dividirse en tres categorías: suplementos nutricionales (vitaminas, minerales, productos vegetales y animales), modificaciones dietéticas (cambios en el patrón dietético, dietas vegetarianas, vegas, entre otros) y sistemas terapéuticos (consiste en la eliminación de productos de la dieta, por ejemplo, por alergia, intolerancia y la naturopatía) (Vickers, y Zollman, 1999). Actualmente no se dispone de evidencia válida sobre el efecto de las distintas modalidades dietéticas y de los suplementos dietéticos en la fibromialgia. Esto se debe a la falta de estudios y a que los pocos que se han realizado son de baja calidad, por lo que tienen una validez externa cuestionable (Nishishinya, et al., 2006).

2.3 Tratamiento multidisciplinar.

Debido a la variedad de síntomas en diferentes áreas que presentan los pacientes con fibromialgia, cabe pensar que el tratamiento más adecuado sea el multidisciplinar, es decir, aquel que tiene por objetivo la intervención en componentes psicológicos, funcionales y físicos. El enfoque terapéutico integral incluye diferentes modalidades. Dos de ellas, se corresponden con la TCC y la educación (MSPSI, 2011). Estas dos modalidades constituyen la base del programa multidisciplinar cuya efectividad, se pretende estudiar en la presente tesis doctoral.

Hay evidencia de resultados positivos en los tratamientos multidisciplinarios que incluyen psicoeducación (Burckhart, Clark y Bennett, 2005; Luciano et al., 2011; Van Abbema, van Wilgen, Van der Schans y Van Ittersum, 2011). Los programas de psicoeducación aportan información al paciente sobre el manejo del dolor, proporcionan un mejor afrontamiento, resaltan la importancia de la actividad física y del apoyo social y le proveen de estrategias para el manejo de la enfermedad.

Para el abordaje efectivo de los pacientes con fibromialgia, tanto la Asociación Americana del Dolor (American Pain Society [APS]) (Burckhardt, et al., 2005), la guía canadiense para el diagnóstico y manejo de la fibromialgia (Fitzcharles, et al., 2013), la guía clínica israelí para el diagnóstico y tratamiento (Ablin, et al., 2013), como la Liga Europea contra el reumatismo (European League Against Rheumatism [EULAR]) (Macfarlane, et al., 2016) y en España, tanto la Guía del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI,

2011), como el Documento de Consenso Interdisciplinario Español (Alegre, et al., 2010), recomiendan el tratamiento multidisciplinar en el que el tratamiento farmacológico se combina con el ejercicio físico y la TCC, o al menos, con uno de los dos (Häuser, et al., 2010; Rivera, et al., 2006).

King et al. (2002) realizaron un estudio en el que compararon la eficacia de tres grupo de intervención: programa educativo (n=21), programa de ejercicio físico (n=30) y grupo de intervención multidisciplinar que combinó los dos programas anteriores (n=26), con un grupo control en lista de espera (n=18). La intervención se realizó durante 3 meses, y se evaluó el impacto de la fibromialgia, a través del FIQ (Burckhardt et al., 1991), la autoeficacia, la capacidad física y el número de puntos de dolor. Tras la intervención, el grupo multidisciplinar mejoró la autoeficacia y la sensación de control sobre los síntomas. La capacidad física mejoró en los grupos que incluían ejercicio físico, pero sólo se mantuvo en el seguimiento en el programa de ejercicio físico. Además no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones del FIQ en ninguno de los grupos. Por lo tanto, el tratamiento multidisciplinar mejoró significativamente la percepción de autoeficacia, y el ejercicio físico mejoró la capacidad física en el seguimiento. En la misma línea, Cedraschi et al. (2004) evaluaron la eficacia de un programa de intervención multidisciplinar. Para ello, compararon un grupo de intervención que incluía, ejercicio físico en el agua, intervención educativa y aumento de la autonomía (n=61) y un grupo control en lista de espera (n=68). El programa de intervención se llevó a cabo durante 6 semanas y al finalizar el mismo, se comprobó que en el grupo de intervención disminuyó el impacto de la fibromialgia (puntuación total del FIQ), el dolor, la fatiga y la depresión (escalas del FIQ) y el bienestar psicológico general, sin embargo, no se encontraron mejoras en la calidad de vida medida a través del SF-36.

Hammond y Freeman (2006) evaluaron la eficacia de un programa de 10 semanas en el que se combinó la intervención educativa desde la TCC y el ejercicio físico. Se compararon los resultados entre el grupo de intervención multidisciplinar, (n=71) y un grupo control que realizó relajación (n=62). Tras la aplicación de ambos programas se observó que en el grupo de intervención multidisciplinar disminuía el impacto de la fibromialgia, medido a través del FIQ y aumentaba la percepción de autoeficacia a los 4 meses post finalización del programa.

Carbonell-Baeza et al. (2010) realizaron un estudio en el que se evaluó el impacto en variables físicas de un programa de intervención multidisciplinar de 12 semanas que integró

ejercicio físico (dos sesiones a la semana, de ejercicio en agua y una sesión de ejercicio en seco) y terapia psicológica basada en TCC (una sesión a la semana). Se comparó el grupo de intervención multidisciplinar con un grupo control en lista de espera. Después de finalizar el programa, el grupo de intervención obtuvo mejorías significativas en el umbral del dolor en los puntos de dolor y en la flexibilidad, en comparación con el grupo control. Esta intervención también disminuyó el peso, y aumentó el equilibrio de las participantes.

En un meta-análisis de ensayos clínicos controlados aleatorios realizado por Häuser et al. (2009) se concluye que existe una fuerte evidencia de que el tratamiento multidisciplinar tiene efectos beneficiosos a corto plazo sobre los principales síntomas de la fibromialgia. El principal problema, reside en mantener los efectos positivos de la terapia multidisciplinar después de la finalización del tratamiento para que los beneficios se mantengan a largo plazo. La gestión de las condiciones de adhesión a los programas terapéuticos es un aspecto al que se le está prestando cada vez mayor atención (Ang, et al., 2013; Thomas y Blotman, 2010).

Uno de los estudios más recientes sobre los efectos del tratamiento multidisciplinar en fibromialgia (Salvat, Zaldivar, Monterde, Montull, Miralles y Castel, 2017) concluye que los pacientes sometidos a tratamiento multidisciplinar han mejorado el estado funcional, el nivel de actividad física y el ejercicio practicado con regularidad. Además, cabe destacar que mejoras funcionales se mantuvieron un año después de la terminación del tratamiento.

Macfarlane et al (2016) del consenso EULAR propone un enfoque graduado, se sugieren las siguientes cuatro etapas principales respaldadas por la toma de decisiones compartida con los pacientes: el tratamiento inicial debe incluir educación al paciente y centrarse en terapias no farmacológicas, en caso de falta de respuesta, más terapias que se deben adaptar a las necesidades específicas del individuo y pueden incluir terapias psicológicas (para trastornos del ánimo y estrategias de afrontamiento), tratamiento farmacológico (para afectación severa del dolor y/o sueño) o un programa de tratamiento multidisciplinar (para discapacidad grave).

En cualquier caso, parece lógico pensar que la combinación de varias de las modalidades terapéuticas disponibles para el tratamiento de estos pacientes debe de ser superior al uso de cualquiera de ellas en solitario. En este sentido, parece existir acuerdo en la literatura revisada en torno a la propuesta como tratamiento básico en los pacientes con fibromialgia de una combinación de ejercicios físicos, TCC y tratamiento farmacológico.

3. Unidad de Atención Integral de Fibromialgia del Hospital de Sant Vicent del Raspeig

3.1 Reseña histórica.

El actual Hospital de Sant Vicent del Raspeig fue concebido y planificado en los últimos años de la década de los 50 como sanatorio antituberculoso por el Patronato Nacional Antituberculoso y de Enfermedades del Tórax, que dependía del Ministerio de la Gobernación. Se acabó de construir durante la primera parte de la década de los 60, en un momento en que la epidemia tuberculosa que atenazó a España desde finales de la Guerra Civil (1936-39), justamente acababa. Entonces, desde Madrid, se pensó qué finalidad podía darse a un edificio de sólida construcción, situado en un lugar de clima cálido y benigno, próximo a los 75 metros sobre el nivel del mar, a las afueras de una población fundamentalmente industrial de unos entonces 19.000 habitantes.

El Patronato Antituberculoso tenía de antemano una vocación sanitaria que no se limitaba al problema antituberculoso estricto, por eso, en un determinado momento, se añadió aquello de "y de Enfermedades del Tórax". La especialidad médica de tórax abarcaba desde sus comienzos embrionarios el corazón y el pulmón, la denominación "Especialista en Corazón y Pulmón" se mantuvo durante muchos años, hasta que el desarrollo de los conocimientos especializados en ambos hizo necesaria la separación. Como ya se había experimentado en Madrid con algún hospital de la red del Patronato (como la Escuela Nacional de Enfermedades del Tórax), se pensó en dedicar el hospital a enfermedades cardiovasculares en exclusiva. Y así nació el Sanatorio Nacional Cardiovascular de Sant Vicent del Raspeig.

El Sanatorio fue concebido para tratamiento médico de los problemas cardiovasculares. Fue desechado el tratamiento quirúrgico de la patología cardíaca, que quedaba sólo para los cirujanos que operaban en los grandes hospitales de Madrid y Barcelona. La primera consecuencia fue la transformación en biblioteca del pequeño quirófano existente para intervenciones torácicas relacionadas con la tuberculosis. Cuando el hospital es inaugurado en 1965, ya no queda nada de aquel antiguo quirófano.

La dedicación del hospital, a pesar de su origen, cerraba la puerta a la tuberculosis, pero la dejaba abierta a otras enfermedades pulmonares, tales como la silicosis, la canabosis, la asbestosis o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el asma o las neumonías.

Una vez inaugurado el hospital, comienza una evolución en relación estrecha con el desarrollo hospitalario general y de la sanidad en España. Se puede concretar en tres etapas la historia de la evolución del Hospital Sant Vicent del Raspeig: etapa cardiovascular (1965-1985), etapa de transición (1985-1995) y etapa de enfermos crónicos y de larga estancia (1995 hasta la actualidad).

Etapa cardiovascular (1965-1984)

Comprendería desde la inauguración del hospital hasta el cierre de la Unidad Coronaria (1984). La etapa comporta períodos muy característicos marcados por situaciones políticas diferentes: monarquía orgánica, régimen de transición a la democracia y monarquía constitucional de 1978.

Con el nombre de Sanatorio Nacional Cardiovascular comienza a funcionar el hospital bajo la dirección del Dr. Antonio Barbero Carnicero. El periodo se caracteriza por los primeros cateterismos cardiacos y las primeras intervenciones cardiovasculares a corazón cerrado (estenosis mitral, embolectomías). El periodo abre una expectativa especializada cardiovascular que aspiraba a la alta cirugía cardíaca, expectativa que tropezaba con los intereses de los cirujanos madrileños. La dirección del Dr. José Valdivia Lillo (periodo entre 1974 y septiembre de 1983) se caracteriza por un periodo de inestabilidad política del Estado y el proyecto de Cirugía Cardíaca se estanca. Entre tanto, en 1975, el Patronato Nacional Antituberculoso y Enfermedades de Tórax desaparece y es absorbido, con otros hospitales estatales, en un nuevo organismo, la AISN (Administración Institucional de la Sanidad Nacional) y se perfila un proyecto unificador de todos los hospitales del Estado, incluidos los de la Seguridad Social, bajo un mismo organismo, que la AISN y la Seguridad Social se disputan dirigir. La dirección del Dr. Alfonso Moreno de Arcos (periodo desde septiembre de 1983 a septiembre de 1985) coincide con una nueva orientación del hospital dentro del entorno sanitario regional, el hospital empieza a denominarse Hospital Cardiovascular de Sant Vicent, abandonándose la denominación obsoleta de Sanatorio.

De toda esta etapa, se debe resaltar la labor de la comunidad religiosa de las Hermanas Salesianas del Sagrado Corazón de Jesús, que residieron en el Hospital durante muchos años y desempeñaron actividades muy diversas, junto a las primeras enfermeras procedentes del Sanatorio Flor de Mayo de Barcelona, que acababa de clausurarse poco antes de la inauguración

del Cardiovascular. Las superiores de la comunidad religiosa en el Hospital (tituladas en enfermería) fueron jefes de las enfermeras hasta la creación de la Dirección de Enfermería que siguió a las nuevas normas de organización hospitalaria en toda España, y que se desarrollaron en la etapa siguiente.

En esta primera etapa el Sanatorio Nacional Cardiovascular a nivel provincial, fue pionero en realización de cateterismos, cirugía cardíaca, la creación de la primera unidad de vigilancia intensiva coronaria y en el inicio de algunos trabajos innovadores de investigación, como el tratamiento trombolítico con estreptoquinasa en los embolismos arteriales. Esta etapa estuvo caracterizada por el abandono progresivo de la funcionalidad monográfica cardiovascular y la dedicación creciente a enfermos crónicos. Se potencia la Unidad de Radiología y el Laboratorio de Análisis Clínicos, creándose, además, una Unidad de Microbiología.

El hecho más importante de este periodo es la absorción administrativa del hospital por la Seguridad Social: el Real Decreto 187/1987, suprime la AISN y el hospital se integra en el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Igualmente, por el Real Decreto 1612/1987, el hospital es traspasado a la Comunidad Valenciana (hasta entonces había sido administrado por el Estado central) y los servicios del INSALUD se encuadran en el Servei Valencià de Salut.

Etapa de transición (1985-1995)

La etapa de transición se enmarca ya totalmente dentro de la época autonómica de la Comunidad Valenciana y, políticamente, es el Partido Socialista Obrero Español (PSOE) el que gobierna en la Generalitat. A esta etapa corresponde la separación de las tres direcciones: médica, de enfermería y de gestión, si bien la dirección médica conserva, además, poderes gerenciales.

Durante la etapa de transición sigue el predominio absoluto de la patología cardíaca y respiratoria en el hospital, pero son nombrados tres internistas para hacer frente a nuevas patologías emergentes. Durante 1988 se procede a la homologación voluntaria del personal de la antigua AISN al régimen estatutario del Servei Valencià de Salut y se aplica la Ley de Incompatibilidades de los funcionarios públicos.

El 2 de septiembre de 1994, por resolución de la Conselleria de Sanitat i Consum, se autoriza la apertura y funcionamiento de una Unidad Básica de Rehabilitación en el Hospital de Sant Vicent del Raspeig.

Etapa de enfermos crónicos y de larga estancia (1995-2006)

La Orden de 30 de marzo de 1995 de la Conselleria de Sanitat creaba el programa PALET (Pacientes Ancianos, de Larga Evolución y Terminales) que, todavía de una manera informal, destinaría al Hospital Sant Vicent para este tipo de patología. Durante la segunda parte de esta etapa, en la década de los 90, el Hospital pasa a formar parte del área gerencial 18 y del Director Gerente del Hospital General de Alicante, con lo cual el Hospital Sant Vicent pierde la autonomía gerencial y pasa a ser un hospital complementario del General, cuyo gerente lo es también del de San Vicente. Algunos médicos del Hospital Sant Vicent son asimilados por el Hospital General de Alicante para dotar la Unidad de Hemodinámica de aquel hospital.

La etapa se caracteriza por la adaptación progresiva a la funcionalidad PALET que definía la Orden de 20 de marzo de 1995. Políticamente, el Partido Popular asume el mando de la Generalitat Valenciana.

En la primera parte de la etapa, se desvincula al Hospital Sant Vicent del Raspeig de la tutela del Hospital General de Alicante, y el director recupera los poderes gerenciales que había detentado anteriormente. El hospital recobra autonomía administrativa y económica con respecto al entorno hospitalario, dependiendo directamente de la Consellería. La Orden de 13 de octubre de 1997, firmada por el Conseller de Sanidad Dr. Joaquim Farnós Gauchía, definía los servicios básicos que debían tener los hospitales de crónicos y de larga estancia. En el Anexo de aquella orden, enumeraba la relación de hospitales de la Comunidad Valenciana dedicados a esta actividad, eran cuatro, entre ellos el Hospital de Sant Vicent del Raspeig. Como el Hospital había tenido una larga tradición en la asistencia de enfermos agudos y una proyección indudable de esta actividad en el entorno poblacional y hospitalario, la dedicación PALET que la administración propugna se complementa con el tratamiento de enfermos crónicos reagudizados. La remisión espontánea de enfermos agudos, por propia decisión de ellos o de los hospitales vecinos, obliga a mantener servicios de atención de agudos que en las épocas de congestión asistencial de áreas vecinas servirán de apoyo en la asistencia de patologías

determinadas. El desarrollo de la Orden de 13 de octubre de 1997 promovía la creación de un Servicio de Medicina Interna. La formación de este servicio completará la dotación especializada que el Hospital necesitaba. Una población en rápido crecimiento, como la de San Vicente del Raspeig, permitía la creación en el Hospital de un repertorio de consultas médicas y quirúrgicas especializadas (Ginecología, Traumatología, Neumología, Cirugía General, Oftalmología, Dermatología, Medicina Interna, Digestivo, Vascular Periférico, Reumatología y Cardiología) que facilitaran el acceso a consultorios locales especializados en el mismo hospital.

Las necesidades asistenciales en todo el territorio valenciano apuntan hacia los enfermos crónicos, de larga estancia y paliativos. Consecuencia de estas necesidades es también la creación de la Unidad de Alzheimer y la de Fibromialgia en el Hospital Sant Vicent del Raspeig.

Etapa HACLE

El Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud contemplaba en sus claves de futuro la reorganización de los servicios asistenciales para adaptar su oferta a las nuevas demandas sanitarias y una de esas claves era el impulso de las Asistencia Sociosanitaria, mediante el desarrollo de nuevas fórmulas organizativas más flexibles, mejor coordinadas, más eficientes, que pudieran proporcionar respuestas más acertadas a los nuevos problemas de salud. En este contexto nacen los Hospitales de Asistencia a Crónicos y Larga Estancia (HACLE). Después de la "Jornada de Presentación de la Cartera de Servicios de los HACLE's", de 4 de mayo de 2006 en Valencia, las Unidades Básicas de Hospitalización quedan bien asentadas y también las Unidades Centrales y servicios o unidades de apoyo, los programas de actuación, la hospitalización de día, las consultas externas y las principales líneas a seguir, dejando un campo singular para las otras unidades que existían según las características específicas de cada hospital con HACLE's.

La etapa actual se centra en el desarrollo progresivo para transformar el Hospital de Sant Vicent del Raspeig, en un hospital HACLE altamente especializado. Así las unidades de hospitalización se han ido especializando dando lugar al esquema actual:

- Unidad de Convalecencia
- Unidad de Larga Estancia

- Unidad de Cuidados Paliativos
- Unidad de Daño Cerebral.

El Hospital Sant Vicent del Raspeig, por el Decreto 74/2007, de 18 de mayo que regula la estructura, organización y funcionamiento de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana, pertenece a la red HACLE, siendo este el hospital de referencia de los departamentos de salud de Alicante, Elche, Elda, Orihuela, San Juan y Torrevieja.

En la actualidad el Hospital Sant Vicent del Raspeig, atiende a personas con enfermedad crónica y dependencia, además de la atención especializada de las consultas de especialidades clínicas, entre las que se encuentra la Unidad de fibromialgia.

3.2 Funcionamiento de la Unidad de Atención Integral de Fibromialgia.

En abril del 2004 se creó la Unidad de Referencia para la Atención Integral para la Fibromialgia, RESOLUCIÓN de 21 de abril de 2004, del Conseller de Sanidad, por la que se autoriza la creación de la Unidad de Referencia para la Atención Integral para la Fibromialgia del Hospital Sant Vicent del Raspeig [2004/M5982].

La Unidad de Fibromialgia presta asistencia sanitaria en régimen ambulatorio a aquellos pacientes derivados (bien por Atención Primaria o Especializada) y diagnosticados de Fibromialgia, actualmente de la Comunidad Valenciana.

En estos doce años de existencia la Unidad ha contado con un extenso equipo de profesionales: Medicina Interna, Reumatología, Médicos de Atención Primaria, Psicología, Enfermería, Terapia Ocupacional, Administrativos. En la actualidad el equipo multidisciplinar está compuesto por un Médico, un Psicólogo, una Enfermera, una Terapeuta Ocupacional y una Administrativa.

La Unidad de Fibromialgia está ubicada actualmente en la cuarta planta del Hospital de Sant Vicent del Raspeig y cuenta con cinco consultas, una para cada miembro del equipo, y cuatro salas (de formación, de terapia, de extracciones y polivalente) para los diferentes usos terapéuticos.

En la Unidad se asume la variabilidad de los pacientes derivados, puesto que, aun compartiendo un diagnóstico como el de la fibromialgia, no todos los afectados presentan el mismo grado clínico, la severidad de la sintomatología varía de un paciente a otro, además de

que la intensidad de esta sintomatología puede ser fluctuante en el tiempo. Por ello se personaliza el plan de tratamiento para que se adapte a las necesidades individuales de cada paciente.

3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión.

Teniendo en cuenta que la Unidad de Fibromialgia del Hospital de Sant Vicent del Raspeig es de tratamiento y seguimiento de la enfermedad y no una Unidad de diagnóstico, el primer criterio de inclusión a tener en cuenta es, que aquellos pacientes que acuden deben estar diagnosticados de Fibromialgia, cumpliendo los criterios del American College of Rheumatology (ACR) antiguos (1990) y/o los actuales (2010) (Moyano 2015). La edad para ser atendido ha de ser comprendida entre los 16 y 80 años (ambas inclusive). También es necesario que la persona hable y entienda correctamente el castellano.

Serán excluidos inicialmente de la intervención en la Unidad de Fibromialgia, aquellas personas que:

- no cumplan los criterios de ACR,
- sean menores de 16 años y mayores de 80 años,
- no entiendan, ni hablen el castellano,
- con deterioro cognitivo, por la dificultad para la comprensión de los talleres educativos, que son la base terapéutica de la intervención en la Unidad.

3.2.2 Descripción del proceso de intervención.

El proceso de intervención general de la Unidad de Fibromialgia se esquematiza en el siguiente cuadro resumen.

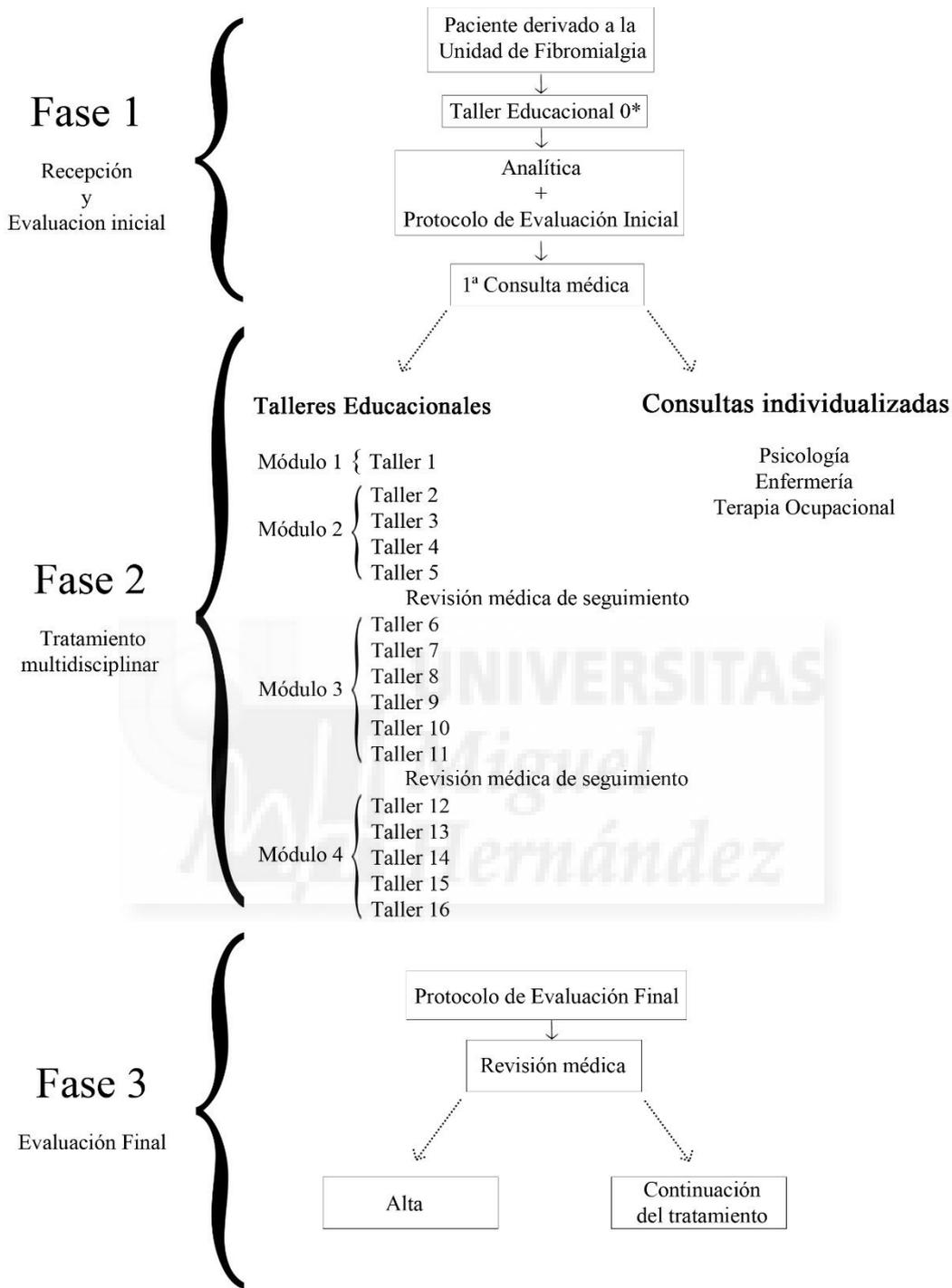


Figura 4. Proceso de intervención de la Unidad de Fibromialgia.

El proceso de intervención en la Unidad de Fibromialgia sigue tres fases diferenciadas.

Fase 1 de recepción y evaluación inicial

Recepción de la propuesta del paciente

Por diferentes vías (fax, correo postal, correo interno, en persona) llegará a la Unidad de Fibromialgia la respectiva solicitud, procedente de Atención Primaria o de un especialista. Dicha solicitud será registrada y atendida por orden de entrada, cuando llegue su turno el paciente es llamado por la administrativa del servicio para tramitar la primera citación en la Unidad de Fibromialgia.

Taller Educativo 0

El paciente acude por primera vez a la Unidad de Fibromialgia, donde es atendido por la administrativa, la cual le solicitará y comprobará una serie de datos administrativos (nombre y apellidos, fecha de nacimiento, SIP, dirección y teléfono). Una vez realizado esto asisten a un primer taller grupal (Taller 0) impartido por el médico coordinador de la Unidad. Tras la finalización del taller, la administrativa les programa la siguiente visita.

Evaluación Inicial

El paciente acude a la Unidad en ayunas, donde la enfermera le realizará una extracción de sangre con los siguientes parámetros: hemograma, bioquímica, función tiroidea, pruebas reumáticas. A continuación el paciente, si lo desea, podrá desayunar y posteriormente iniciar la cumplimentación del primer protocolo de evaluación (Anexo 1).

La cumplimentación del mismo se lleva a cabo en la sala polivalente, se hace en grupos de 6 pacientes, bajo supervisión continua de la enfermera y terapeuta ocupacional de la Unidad, resolviendo cuantas dudas surjan respecto a las preguntas que contiene la prueba y/o para cumplimentárselo aquellos pacientes, que por diversos motivos, no pueden o saben leer o escribir. El protocolo de evaluación inicial contiene información sociodemográfica, laboral, historia de dolor, tratamiento farmacológico actual, escalas y test multifactoriales, entre otros (en el apartado de variables de estudio e instrumentos se explica detalladamente). Estos datos permiten una amplia evaluación del paciente, fuera del tiempo de atención individualizada para aportar más dinamismo en la consulta, sin reducir significativamente la calidad de la

exploración. Tras la finalización del protocolo de evaluación inicial, la administrativa les programa la siguiente visita.

Primera consulta médica

Se realiza conociendo de antemano los resultados analíticos y las puntuaciones de los diferentes instrumentos de evaluación. La analítica permite hacer un diagnóstico diferencial con otras causas que puedan tener una clínica similar y al mismo tiempo disponer de una analítica basal por si se ha producido algún cambio mientras es atendido.

En esta visita se realiza una anamnesis (antecedentes personales, familiares, historia del dolor, síntomas acompañantes) una exploración de los Tender Point (número de puntos sensibles), una valoración de la estática, una valoración articular y una valoración muscular. También se tienen en cuenta informes de otros profesionales sanitarios y exploraciones complementarias previas, como por ejemplo pruebas radiológicas, otras analíticas, etc. También se realiza una confirmación diagnóstica de la Fibromialgia, se ajusta y programa el tratamiento farmacológico y el físico, si las condiciones actuales de la paciente lo permiten.

Es el médico quien decide la inclusión o no del paciente en el programa de tratamiento multidisciplinar de la Unidad de Fibromialgia y también si el mismo, se realizará de forma completa o parcial dependiendo de cada caso. Tras de la consulta médica puede ocurrir lo siguiente:

Que el paciente inicie el tratamiento multidisciplinar en la Unidad de Fibromialgia, que suele ser lo más habitual.

O que el paciente sea dado de alta, bien porque no tiene un diagnóstico de Fibromialgia, o por otras cuestiones médicas, familiares, sociales, laborales, entre otras.

Fase 2 de tratamiento multidisciplinar

Diferentes estudios indican que la educación sanitaria en pacientes con fibromialgia modifica su percepción de calidad de vida y aumenta su conocimiento sobre la enfermedad, disminuyendo así su dependencia a los servicios sanitarios. Existe además una tendencia a disminuir los niveles de ansiedad y depresión (Mayorga, 2010).

El paciente tratado debe tener conocimiento de la importancia del cumplimiento e implicación en los tratamientos y de su propia disciplina con los programas, para conseguir una

mejoría. La educación sanitaria, la información y la comunicación con otras personas afectadas, son base fundamental del tratamiento que se ofrece en la Unidad de Fibromialgia.

En esta fase se desarrolla un programa multidisciplinar que consta de diecisiete talleres educativos desarrollados por los diferentes profesionales de la Unidad, el médico, la psicóloga, la enfermera y la terapeuta ocupacional (figura 5).

La finalidad de dicho programa es

- proporcionar información al paciente y familiares de las características del síndrome,
- eliminar falsas creencias y aportar toda la información que la evidencia científica ha demostrado en Fibromialgia,
- e implementar distintas técnicas que inciden en el control del dolor y en el afrontamiento de la enfermedad.

El paciente realiza los diferentes talleres siguiendo inicialmente el orden establecido de los mismos, hay casos excepcionales en los que el orden se ve alterado, debido a dificultades de desplazamiento y laborales, entre otras.

Revisiones médicas de seguimiento

Tras finalizar cada módulo de talleres se realizarán revisiones médicas de seguimiento en consulta individualizada, programadas desde la primera consulta. Esto es así para evitar o al menos disminuir la citación a demanda del paciente, que en determinadas ocasiones puede ser innecesaria desde el punto de vista médico. En estas revisiones médicas se va ajustando la medicación y se va evaluando la necesidad de apoyo en consultas individualizadas de otros profesionales de la Unidad como psicología, terapia ocupacional, enfermería o incluso con algunos especialistas de área, como puede ser el neurólogo, reumatólogo, psiquiatra, entre otros.

Fase 3 de evaluación final

Evaluación Final

Tras la finalización por parte del paciente del programa multidisciplinar, se realiza una evaluación final, la cumplimentación del cuestionario se lleva a cabo en la sala polivalente, en grupos de seis pacientes, bajo supervisión de la enfermera y de la terapeuta ocupacional de la

Unidad, resolviendo cuantas dudas surjan respecto a las preguntas que contiene la prueba y/o para cumplimentarlo junto con aquellos pacientes, que por diversos motivos, no pueden o no saben leer y/o escribir.

El protocolo de evaluación final (Anexo 2) contiene las mismas pruebas que en la evaluación inicial, por lo que se evalúa la situación del paciente, tras haber realizado el programa multidisciplinar y permite compararla con la situación inicial. También complementan de forma anónima, un cuestionario de satisfacción general con la Unidad de Fibromialgia (Anexo 3).

Visita Médica

Es realizada en consulta individualizada con el médico que según la situación particular de cada paciente puede darle de alta, por haber mejorado o por agotamiento terapéutico en la Unidad de Fibromialgia o decidir que continúe en la Unidad por necesitar repetir algún módulo de talleres educacionales, o trabajar algún aspecto puntual que no se ha resuelto.

3.2.3. Descripción del programa multidisciplinar.

Los talleres del programa se distribuyen en cuatro módulos (ver figura 5).

DISTRIBUCIÓN DE LOS TALLERES DE LA UNIDAD DE FIBROMIALGIA

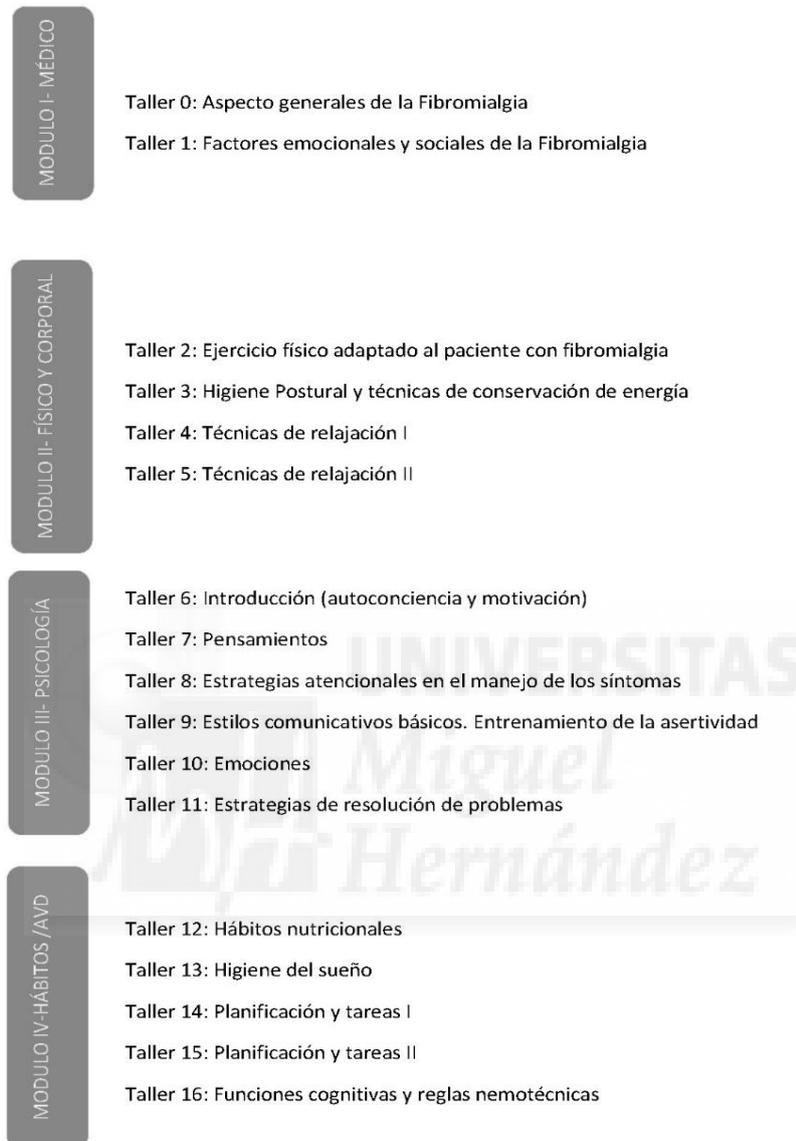


Figura 5. Distribución de los talleres de la Unidad de Fibromialgia.

Módulo I - Médico

Se tratan aspectos relacionados con la enfermedad, tales como conocimiento científico sobre la fibromialgia, qué síntomas produce, porqué se producen y cuál va a ser el esquema de tratamiento. Además se dan nociones farmacológicas básicas, para que entiendan cómo deben manejar los más habituales.

La metodología de estos dos talleres son sesiones grupales de aproximadamente quince pacientes, impartidos por el médico, en la sala de formación del hospital, con una duración estimada de una hora, en la cual los últimos cinco minutos se destinan a resolver posibles dudas. A dichos talleres los pacientes pueden acudir acompañados de algún familiar. El material necesario para llevar a cabo el módulo I de talleres educativos son sillas, mesas, ordenador, proyector, pizarra, rotuladores y borrador.

Taller 0: Aspectos generales de la Fibromialgia.

Es importante en esta patología eliminar falsas creencias y aportar información que la evidencia científica ha demostrado, dado que algunos pacientes que acuden a la Unidad de Fibromialgia tienen un total desconocimiento a cerca de su enfermedad y el manejo o el conocimiento no es el más adecuado, debido a informaciones erróneas adquiridas por diferentes vías.

Objetivos generales

- Proporcionar información al paciente y familiares de las características del síndrome.
- Eliminar falsas creencias y aportar toda la información que la evidencia científica ha demostrado en fibromialgia.

Objetivos específicos

- Adquirir conocimientos básicos de la enfermedad.
- Obtener información sobre el manejo de la fibromialgia, para el control de la sintomatología.

Contenido

- Concepto de la fibromialgia.

- Epidemiología.
- Síntomas.
- Fisiopatología.
- Pronóstico.
- Tratamiento farmacológico.

Taller 1: Factores emocionales y sociales de la Fibromialgia. Tratamiento no farmacológico.

Es necesario dotar al paciente de estrategias para el correcto manejo de la enfermedad y hacer que el paciente adquiera un papel activo para el control de la fibromialgia.

Objetivos generales

- Proporcionar información al paciente respecto a los factores emocionales y las consecuencias que provocan a nivel físico.
- Eliminar falsas creencias y aportar información que la evidencia científica ha demostrado, en el tratamiento de la fibromialgia.

Objetivos específicos

- Entender la importancia del manejo de las emociones, para conseguir una disminución del dolor.
- Comprender la necesidad de implicación personal en la mejora de su sintomatología.
- Entender el funcionamiento y dinámica de la Unidad de Fibromialgia.

Contenido

- El papel que juegan los factores emocionales en el proceso del dolor.
- Tratamiento no farmacológico en fibromialgia.
- La importancia de la implicación por parte del paciente, en el tratamiento multidisciplinar.
- Explicación del tratamiento de la Unidad de Fibromialgia.

Módulo II - Físico y Corporal

Se llevan a cabo cuatro talleres educacionales en los que se tratan aspectos relacionados directamente con el cuerpo: el ejercicio físico, el correcto posicionamiento en la realización de las actividades de la vida diaria, la conservación de la energía y diversas técnicas de la relajación. Es importante tratar este aspecto, dado que el impacto directo de la enfermedad se produce sobre el propio cuerpo, sobre el que destaca la característica clínica principal de la fibromialgia que es el dolor, el cual puede afectar a diversas funciones relacionadas directamente con el movimiento (Villanueva, 2004).

Se han realizado estudios combinando ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación y se ha concluido que estas técnicas contribuyen a mejorar el descanso nocturno, la ansiedad rasgo y la calidad de vida en pacientes con fibromialgia (Arcos-Carmona, 2011).

El contenido de los talleres es teórico-práctico en los que se incluyen debates y demostraciones para que entiendan los mecanismos del cuerpo, la importancia del ejercicio físico, de la relajación y el correcto posicionamiento en la realización de las actividades de la vida diaria.

Taller 2: Ejercicio físico adaptado al paciente con fibromialgia.

El ejercicio es uno de los pilares fundamentales del tratamiento de la fibromialgia. La falta de actividades físicas cotidianas debidas a la alteración de la funcionalidad en estas personas, puede ocasionar una pérdida progresiva de su autonomía (Häuser, 2010). La inactividad y la falta de actividades físicas cotidianas, reduce la movilidad de las articulaciones y ello se traduce en limitación de los movimientos, músculos débiles, contracturas y dolor (Mist, 2013).

Objetivos generales

- Concienciar a los pacientes de fibromialgia de la importancia del ejercicio físico en su vida cotidiana.
- Dotar al paciente de los conocimientos necesarios, para que sea capaz de crear su propia rutina de ejercicio.

Objetivos específicos

- Ser capaz de introducir en su vida el ejercicio o actividad física.

- Explicar qué tipo de ejercicios pueden realizar, cómo y cuánto tiempo hacerlo.
- Conseguir a través de la práctica del ejercicio que el paciente encuentre mejoría funcional, alivio del dolor y satisfacción personal.

Metodología

Este taller es impartido por la enfermera, en la sala de terapia de la Unidad de Fibromialgia, en una sesión con dinámica grupal de aproximadamente ocho-diez pacientes, con una duración estimada de una hora y cuarto. Los últimos minutos se destinan a la aclaración de dudas. Dado el contenido teórico-práctico del taller se recomienda que los pacientes no entren acompañados de familiares. Tras la finalización del mismo se les entrega un dossier con recomendaciones y ejemplos de ejercicios (que se han visto en el taller) a desarrollar en casa.

Contenido

Está compuesto de tres partes:

- Importancia del ejercicio físico en la fibromialgia
- Abanico de posibilidades y ejercicios
- Pequeña práctica de estiramientos

Material necesario

- Sillas
- Ordenador y proyector
- Bandas elásticas
- Fotocopias sobre el contenido del taller para entregárselo a los pacientes que asistan a la sesión.

Taller 3: Higiene postural y técnicas de conservación de energía.

En la vida diaria se realizan una serie de actividades que suponen adoptar ciertas posiciones de forma automática; si estas posiciones son incorrectas pueden ocasionar diferentes molestias (Peña, 2002). Con este taller se pretende que el paciente aprenda a realizar sus actividades de la vida diaria de manera correcta, economice energía y disminuyan así sus dolencias.

Objetivos generales

- Enseñar los principios básicos de higiene postural y ahorro de energía.
- Evaluar si se necesita algún producto de apoyo, que permita realizar las actividades de la vida diaria de manera más sencilla.

Objetivos Específicos

- Que el paciente sea capaz de reconocer las posiciones y esfuerzos inadecuados, para posteriormente corregirlos.
- Conseguir que el paciente aprenda adoptar posturas simétricas y estables.
- Promover la seguridad y comodidad en las actividades de la vida diaria.
- Lograr que el paciente adquiera un mayor control de la fatiga en el desempeño de sus tareas.

Metodología

Este taller es impartido por la terapeuta ocupacional, en la sala de terapia de la Unidad de Fibromialgia, en una sesión grupal de aproximadamente ocho-diez pacientes, con una duración aproximada de una hora y cuarto. Los últimos minutos se destinan a la aclaración de dudas. Tras la finalización del mismo se les entrega un pequeño dossier con los principios básicos de higiene postural y ahorro de energía. A dicho taller los pacientes pueden acudir acompañados de algún familiar.

Contenido

- Definición e importancia de conocimientos tales como higiene postural y conservación de energía.
- Conceptos básicos relacionados con higiene postural y conservación de la energía.
- Explicación, demostración y puesta en práctica de posturas correctas para la realización de actividades de la vida diaria comunes: sedestación, bipedestación, sentarse y levantarse de una silla/sillón, caminar, acostarse y levantarse de la cama, levantar y transportar peso, entre otros.

Material necesario

- Sillones y sillas
- Colchoneta
- Dos almohadas
- Productos de apoyo: pinza de alcance, abretarros Dycem, esponja con mango largo y ergonómico, calzador largo, tubo de plastazote.
- Fotocopias sobre el contenido del taller, para entregárselo a los pacientes que asistan al taller.

Taller 4 y 5: Técnicas de relajación I y II.

Las personas con fibromialgia suelen tener problemas para relajar su musculatura, esto puede ser motivo de fatiga e incremento de sus dolores musculares como afirma Vilanueva (2004), al relajar los músculos se va a liberar parte de la tensión en ellos propiciando así el alargamiento de las fibras musculares en contraposición al acortamiento que acompaña a la tensión o contracción muscular. La relajación nos ayuda a reaccionar ante las situaciones estresantes de manera tranquila y calmada (Payne, 2009) facilita el alivio del estrés y el poder afrontar dificultades con calma permitiendo así pensamientos más claros y eficaces (Davis, 1993).

Con estos dos talleres se pretende que el paciente de fibromialgia aprenda nociones básicas para relajarse, controlar su mente y su cuerpo.

Objetivos generales

- Enseñar conocimientos y habilidades en técnicas de relajación.
- Ayudar al paciente a comprender, manejar y controlar momentos de ansiedad y tensión.

Objetivos específicos

- Comprender e interiorizar los fenómenos que intervienen en el proceso de tensión y al entrenamiento de las técnicas de relajación adecuadas.
- Aportar una visión diferente de cómo actuar o reaccionar.

- Tomar conciencia de que lo que hacíamos con nerviosismo y estrés, ahora lo podemos hacer desde la calma, acumulando menos cansancio y obteniendo mejores resultados.

Metodología

Estos dos talleres son impartidos por la enfermera o la terapeuta ocupacional, en la sala de terapia de la Unidad de Fibromialgia, las sesiones son teórico-prácticas, durante las cuales se da una interrelación y comunicación permanente entre el profesional sanitario y el paciente. Son sesiones grupales de aproximadamente ocho-diez pacientes, con una duración estimada de una hora y cuarto. Dado el contenido teórico-práctico de los talleres se recomienda que los pacientes no entren acompañados de familiares, dado que en el momento de la práctica alguien puede sentirse incomodado. Tras la finalización del mismo se les entrega un dossier con información sobre qué es la relajación, beneficios, recomendaciones y las técnicas de relajación propiamente dichas que se han visto en los talleres, para su posterior puesta en práctica en casa.

Contenidos generales de los talleres de relajación

- Breve exposición teórica sobre la relajación y sus beneficios.
- Recomendaciones generales sobre relajación.
- Descripción de la técnica para incrementar el interés y aliviar los posibles temores a lo desconocido. Se tratan diferentes técnicas de relajación: la respiración, recorrido mental por el cuerpo, relajación progresiva de Jacobson, visualización (más adelante se detallan).
- Otras técnicas de relajación (se explican pero no se practican en las sesiones).

Material necesario

- Sillones, colchonetas y cojines (el paciente decide si prefiere realizar las técnica de relajación tumbado sobre la colchoneta o sentado-reclinado sobre el sillón)
- Equipo de música
- CD con música de relajación
- Fotocopias del material para entregárselo a los pacientes que asistan a las sesiones.

Técnicas de relajación utilizadas:

Respiración abdominal

Consiste en potenciar la respiración diafragmática y un ritmo lento, profundo y regular, ya que la respiración está asociada directamente con el sistema nervioso autónomo que controla la estimulación fisiológica. Por lo tanto conseguiremos asociar esta respiración a un estado relajado del individuo, el cual experimentará sensaciones de autocontrol, tomando conciencia de su respiración, sintiendo nuevas sensaciones en la mayoría de los casos.

Recorrido mental por el cuerpo

Consiste en prestar especial atención a nuestro cuerpo, realizando un recorrido mental por el mismo, dirigiendo los pensamientos a las distintas zonas del cuerpo que vamos nombrando en el ejercicio y notar las sensaciones que habitualmente ignoramos porque no les prestamos la debida atención, al recorrer las distintas zonas del cuerpo intentamos liberar la tensión que pudiera existir en ellas. La persona poco a poco debería ir sintiendo sensaciones de relajación profundas.

Relajación progresiva de Jacobson

Jacobson descubrió que, tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda (Payne, 2009).

Visualización

Relacionada con la función creativa del pensamiento, invoca y usa los sentidos, se trata de una visualización guiada a escenas de la naturaleza, suele reducir la ansiedad el estrés creando en la persona sensaciones agradables.

Módulo III – Psicología

Se llevan a cabo seis talleres educativos en los que se tratan aspectos relacionados con la reestructuración cognitiva y el entrenamiento para la resolución de problemas basado en la TCC. Actualmente la TCC es la intervención psicológica que ha demostrado más eficacia para el tratamiento de la fibromialgia (Angst et al., 2006; Bernardy, et al., 2010; Glombiewski et al., 2010; Lera et al., 2009; Stuifbergen et al., 2010). El uso de estrategias cognitivo-

conductuales integradas en un programa de tratamiento multimodal donde a través de la psicoeducación, el entrenamiento en técnicas específicas y la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento adecuadas, tiene por objetivo que la persona con fibromialgia mejore su afrontamiento de la enfermedad logrando re-conceptualizar sus problemas en términos plausibles y convincentes, corrigiendo creencias o esquemas erróneos y distorsionados y desarrollando experiencias de mejora que permitan el desarrollo de sentimientos de autoeficacia, autoestima y sensación de control, lo que generará un mayor bienestar a nivel bio-psico-social.

La metodología de estos seis talleres son sesiones grupales de aproximadamente ocho-doce pacientes, semiestructuradas y participativas, con una duración estimada de una hora, impartidos por la psicóloga, en la sala de formación del hospital. Tras la finalización de los mismos se entrega un dossier con documentación sobre la información dada en las diferentes sesiones, y se les sugiere una serie de tareas para la práctica en casa.

El material necesario para llevar a cabo el módulo III de talleres educacionales de psicología son sillas, mesas, ordenador, proyector, pizarra, rotuladores, borrador, fotocopias sobre el contenido de los talleres para entregárselo a los pacientes que asistan a la sesión y tareas para casa.

Taller 6: Introducción (autoconciencia y motivación).

La autoconciencia es el proceso de adquisición de conocimiento acerca de uno mismo que determina la forma de pensar, sentir, comportarse y relacionarse consigo mismo y con los demás, así como las actitudes que se poseen y todo aquello que a uno le interesa. Permite desarrollar la capacidad de automotivación que es el motor para iniciar y mantener comportamientos que conducen a la satisfacción de las necesidades e intereses personales e implica la puesta en marcha de diversas actividades a nivel emocional, conductual y cognitivo.

Objetivo general

- Facilitar el desarrollo de una actitud de preferencia donde se encuentre el equilibrio entre la auto-aceptación y la realización de las posibilidades.

Objetivos específicos

- Sensibilizar al paciente sobre la importancia de adquirir/fomentar estrategias de afrontamiento que mejoren el bienestar y la calidad de vida.
- Identificar las variables fisiológicas, cognitivas, emocionales y conductuales que de forma directa o indirecta influyen en la percepción y manejo de la sintomatología.
- Facilitar estrategias motivacionales que permitan cambiar la valoración subjetiva de la persona de pasivo, reactiva e indefensa a activo, competentes y con iniciativa.
- Incrementar la expectativa de autoeficacia y el umbral de tolerancia a la frustración.
- Ajustar expectativas.
- Reducir el posible rechazo a la asunción de su responsabilidad en consecución de la mejora.

Contenido

- Estrategias de afrontamiento y motivacionales.
- Autoeficacia y aumento del umbral de tolerancia a la frustración.
- Expectativas y responsabilidad en consecución de la mejoría.

Taller 7: Pensamientos.

Este taller está enfocado a tomar conciencia de que la persona construye activamente su realidad mediante la codificación, elaboración e interpretación de la información que percibe de sí mismo y del mundo. Los pensamientos, emociones y conductas están en estrecha conexión y consecuentemente nuestro estado emocional y conducta depende de la interpretación de lo que sucede más que de los hechos en sí. Por este motivo ante la presencia de pensamientos automáticos negativos, catastrofistas e irracionales y distorsiones cognitivas, estos deben ser hechos conscientes y re-estructurados a fin de crear un marco emocional y cognitivo adaptativo que favorezca el contraste de los pensamientos con la realidad y un comportamiento que genere más bienestar.

Objetivo general

- Identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que producen emociones y conductas negativas.

Objetivos específicos

- Enseñar las relaciones recíprocas entre pensamientos emociones y conducta y la influencia de estos en el afrontamiento y curso de la enfermedad.
- Combatir la visión catastrófica de la enfermedad y facilitar la adquisición de estrategias de reestructuración cognitiva que promuevan pensamientos, conductas y emociones más adaptativas.
- Internalizar pensamientos adaptativos y de afrontamiento.

Contenido

- Cogniciones desadaptativas.
- Pensamientos-emociones-conducta.
- Estrategias de reestructuración cognitiva.

Taller 8: Estrategias atencionales en el manejo de los síntomas.

La atención es la capacidad que nos permite atender a estímulos específicos sin ser distraídos por otros estímulos, internos y/o externos. Sin embargo ante la presencia de una percepción corporal vivenciada como negativa, síntomas como el dolor, la fatiga, el insomnio, entre otros, pueden monopolizar la atención y llegar a disminuir e incluso anular la capacidad de dirigir la atención a vivencias o estímulos más satisfactorios y agradables. No obstante se puede redirigir el foco atencional para que los síntomas no absorban nuestra atención a través de estrategias de focalización y desviación de la atención.

Objetivo general

- Aprender a dirigir el foco atencional a actividades y distractores externos y/o externos distintos de la sintomatología.

Objetivos específicos

- Comprender la naturaleza de la atención y su papel en la percepción del dolor.
- Valorar el manejo de la atención por los pacientes en su vida cotidiana.

- Practicar técnicas de manejo de la atención basadas en la distracción y la imaginación.

Contenido

- Estrategias atencionales en el manejo de los síntomas.

Taller 9: Estilos comunicativos básicos. Entrenamiento de la asertividad.

Las habilidades sociales y más concretamente la asertividad son habilidades básicas para nuestro desenvolvimiento en la vida diaria. Las personas tenemos intereses y formas de ver el mundo distintas, por lo cual la comunicación y los problemas surgidos en el desarrollo de esta, cuando dichas habilidades no están lo suficientemente desarrolladas o se emplean de forma equivocada, conducen a la frustración, conflictos interpersonales e insatisfacción.

Objetivo general

- Mejorar la habilidad para expresar nuestros deseos, ideas, intereses, necesidades, de una manera abierta, clara y adecuada, teniendo en cuenta las necesidades propias interna y externas y manteniendo el respeto a la forma de sentir y pensar de los demás.

Objetivos específicos

- Identificar estilos comunicativos básicos: pasivo, asertivo y agresivo.
- Detectar los aspectos verbales y no verbales que afectan a la comunicación.
- Desarrollar estrategias asertivas de comunicación a través de mensajes yo.
- Mejorar la escucha activa.
- Desarrollar la capacidad de autoafirmación.
- Establecer actividades y relaciones positivas con los demás.

Contenido

- Estilos comunicativos básicos.
- Entrenamiento de la asertividad.

Taller 10: Emociones.

Es destacable la presencia de emociones negativas como la tristeza, ansiedad, vergüenza, ira, entre otras, en personas con fibromialgia y si bien éstas no causan la enfermedad, si contribuyen a agravar sus síntomas. La mejora en la competencia emocional mejorará el afrontamiento de la enfermedad y contribuirá a incrementar la estabilidad emocional, la sensación de control, motivación y flexibilidad cognitiva.

Objetivo general

- Mejorar la habilidad para tomar conciencia de las propias emociones y las de los demás y aprender a regularlas.

Objetivos específicos

- Facilitar la autoconciencia emocional, asimilando la emoción en el pensamiento.
- Reconocer, discriminar, conectar y comprender las emociones propias y las de los demás.
- Facilitar mecanismos de auto-regulación emocional disminuyendo el impacto de las emociones negativas y potenciando las positivas.
- Fomentar la motivación intrínseca.
- Desarrollar habilidades para generar emociones positivas y la tolerancia a la frustración.

Contenido

- Emociones (propias y de los demás).
- Auto-regulación emocional.

Taller 11: Estrategias de resolución de problemas.

El proceso cognitivo-afectivo y conductual que las personas desempeñan a la hora de afrontar los problemas puede facilitar una mejora en la sensación de auto-eficacia y competencia a la hora de enfrentarse a situaciones conflictivas. El trabajo sistemático y eficiente en el proceso de resolución de problemas ayuda a que la persona se comprometa y responsabilice en la mejora de su bienestar, y en dedicar tiempo y energía a estrategias resolutivas.

Objetivo general

- Aceptar los problemas como una parte normal y esperable de la vida y desarrollar estrategias de solución de problemas ajustadas a la situación.

Objetivos específicos

- Incrementar la creencia en la propia capacidad para resolver problemas de forma efectiva.
- Utilizar y etiquetar el malestar y los síntomas fisiológicos como claves para identificar la presencia de un problema y la puesta en marcha el proceso de solución de problemas.
- Inhibir la tendencia natural a responder de forma emocional ante las situaciones problema.
- Adoptar una postura realista con respecto al proceso de solución de problemas, diferenciando entre problemas reales solucionables y no solucionables.
- Explorar las opciones disponibles y sus límites.
- Desarrollar un proceso de solución de problemas asumiendo la necesidad de dedicar tiempo y esfuerzo.

Contenido

- Aceptación los problemas.
- Resolución efectiva de los problemas.

Módulo IV - Hábitos de vida. Actividades de la Vida Diaria (AVD)

La fibromialgia tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las personas que la padecen. Los síntomas de la fibromialgia ocasionan limitaciones en la productividad, vida personal, familiar, así como una disminución de la capacidad para la realización de las AVD (Silverman, 2010). Es importante aprender, adquirir y consolidar hábitos adecuados, afianzar el automanejo y la autoeficacia, para ello es importante la actuación de enfermera y de otros profesionales dentro de los programas de intervención (Pérez Velasco, 2015).

En este módulo se van a impartir cinco talleres en los que se van a tratar hábitos de la vida diaria, para mejorar aspectos como la nutrición, el descanso, la productividad, el ocio y el autocuidado.

El material necesario para llevar a cabo el módulo IV de talleres educativos son sillas, mesas, ordenador, proyector, pizarra, rotuladores, borrador, fotocopias sobre el contenido de los talleres para entregárselo a los pacientes que asistan a las sesiones.

Taller 12: Hábitos nutricionales.

Se aborda la nutrición de los pacientes, ya que la misma forma parte de sus hábitos y estilos de vida y quizás algunas personas tienen que realizar cambios en sus modos de alimentarse para conseguir mayor bienestar (Rodríguez, 2010). Como afirma Arranz (2010), cuanto más elevado es el índice de masa corporal (peso en relación a la altura) peor son los síntomas y la calidad de vida de pacientes con fibromialgia.

El cansancio, el dolor o la ansiedad afectan a la vida cotidiana de la persona con fibromialgia y también a sus hábitos alimenticios, pudiendo aparecer en muchos casos desequilibrios nutricionales tanto por la falta de actividad, como por el mal reparto de las calorías (Arranz, 2010).

En el taller se intenta ayudar a que se produzcan cambios en los modos de reorganizar sus hábitos alimenticios, teniendo en cuenta algunas recomendaciones.

Objetivo general

- Actualizar los conocimientos en alimentación saludable, para promover en los pacientes la adquisición de habilidades y actitudes que les ayuden a vivir saludablemente.

Objetivos específicos

- Aprender a comer bien.
- Ser capaz de elaborar sus propias dietas introduciendo cambios saludables.
- Eliminar falsas creencias, aportando información que la evidencia ha demostrado.

Metodología

Este taller es impartido por la enfermera, en la sala de formación del hospital. Se trata de una exposición teórica con dinámica grupal, de aproximadamente diez pacientes, con una duración estimada de una hora y cuarto, donde los últimos minutos se destinan a la aclaración de dudas. A dicho taller los pacientes pueden acudir acompañados de algún familiar. Tras la finalización del mismo se les entrega un dossier con recomendaciones y pautas sobre alimentación vistas a lo largo de la sesión.

Contenido

- Conocimientos generales sobre nutrientes principales y su función.
- Consejos para una adecuada alimentación en fibromialgia.
- La alimentación como fuente de energía, reparto de nutrientes a lo largo del día, ventajas de una buena alimentación.

Taller 13: Higiene del sueño.

Muchos de los pacientes con fibromialgia sufren trastornos del sueño, se sienten cansados al despertarse con la sensación de no haber dormido, experimentan problemas tanto en el inicio como en el mantenimiento del sueño; Se desconocen los motivos, hay investigaciones que apuntan a interrupciones en las etapas 3 y 4 del sueño, fases más profundas y restauradoras (García, 2008).

Funciones biológicas relacionadas con el sueño, la mayoría de secreciones hormonales están sujetas a variaciones circadianas, algunas de estas sustancias están asociadas a determinadas fases del sueño, existen estudios que apuntan la alteración de alguna de estas hormonas en los pacientes con fibromialgia, como la hormona del crecimiento y también de algunos neurotransmisores como la serotonina (Moldofsky, 2002). Los individuos funcionamos a modo de reloj biológico que regula nuestro funcionamiento según los ciclos de luz-oscuridad, con una periodicidad de 24h. A veces al reloj biológico le damos la vuelta, existiendo una estrecha relación entre el funcionamiento del sistema circadiano vigila-sueño y el estado de salud. Como afirma Gállego (2007) en los trastornos del sueño existe una alineación errónea entre el patrón de sueño del individuo y el deseable, la persona no puede dormir cuando el sueño

es deseado, ocurren a veces episodios de sueño en horas inadecuadas y vigilia en momentos que no se desean.

Objetivos generales

- Adquirir conocimientos para saber de qué forma puede mejorarse el descanso.
- Transmitir que es posible corregir algunos comportamientos de forma sencilla, para poder invertir algunas rutinas erróneas y conseguir un sueño más reparador.

Objetivos específicos

- Aprender a desconectar en los pasos previos al sueño.
- Percibir que la energía y vitalidad se alcanza con el nivel de descanso profundo.

Metodología

Este taller es impartido por la enfermera, en la sala de formación del hospital, es una exposición teórico-práctica, de aproximadamente diez pacientes, con una duración estimada de una hora y cuarto, donde los últimos minutos se destinan a la aclaración de dudas. A dicho taller los pacientes pueden acudir acompañados de algún familiar. Tras la finalización del mismo, se les entrega un dossier con un resumen de lo que se ha hablado y de las normas de Higiene del Sueño.

Contenidos

- Insomnio y posibles causas, fases del sueño.
- Normas de la Higiene del sueño.
- La importancia de mantener horarios regulares. Rutinas.
- La necesidad de comodidad y tranquilidad del dormitorio.
- Evitar estimulantes.
- La siesta y lo que no se ha de hacer.

Taller 14: Planificación y tareas I.

Desde el punto de vista ocupacional, podemos decir que el impacto de la fibromialgia en el desempeño ocupacional de las actividades de la vida diaria es muy importante, resultando ser el dolor y la fatiga los síntomas más frecuentes que generan mayor discapacidad,

interfiriendo en el desempeño de actividades diarias como son el aseo personal, el vestido, la realización de tareas cotidianas (limpiar la casa, hacer la compra) o el uso del transporte público entre otras (Cigarán, 2011; Townsend, 2007).

Friedberg y Jason (2001) destacan por ejemplo que la persona que tiene fibromialgia debe entender la importancia de darse la oportunidad de disfrutar y participar en actividades placenteras, identificando y explorando intereses, actividades con bajas demandas de esfuerzo que sirvan para la distensión, relajación, interacción social, desarrollo de la creatividad, crecimiento personal o autoconocimiento. Desde esta perspectiva ocupacional, resulta imprescindible planificar y valorar la forma de incluir en la rutina nuevas actividades de ocio o retomar antiguos intereses que se dejaron de realizar (Cigarán, 2011).

Objetivos generales

- Aprender a analizar la distribución de las AVD.
- Entender la importancia de los descansos y la incorporación de estos en las AVD.
- Aprender a organizar y programar el tiempo en base a un equilibrio ocupacional.

Objetivos específicos

- Analizar el propio patrón de actividad diario.
- Reconocer los límites en la realización de las AVD.
- Que el paciente sea capaz de incluir en su día a día periodos de descanso.
- Que sea capaz de incluir en su rutina diaria actividades de autocuidado y ocio.

Metodología

Este taller es impartido por la terapeuta ocupacional, en la sala de formación del hospital, en una sesión grupal de aproximadamente doce pacientes, con una duración estimada de una hora y cuarto. A lo largo de la sesión se realizan prácticas de diferentes ejercicios de forma verbal, dinámicas y reflexiones. Tras la finalización del mismo se les entrega un pequeño dossier con un resumen del contenido de la sesión. A dicho taller los pacientes pueden acudir acompañados de algún familiar.

Contenido

- Importancia de una buena distribución del tiempo para la salud.
- Asumir un exceso de roles.
- El equilibrio ocupacional.
- Importancia del autocuidado y ocio en el estilo de vida de las personas.

Taller 15: Planificación y tareas II.

Síntomas característicos de la fibromialgia como el dolor, cansancio, rigidez, etc. interfieren en las AVD, en las rutinas y en el desempeño de los roles de la persona; Afectando a las áreas ocupacionales y en muchos casos al equilibrio ocupacional (Arroyo, 2011). Muchos de los pacientes con Fibromialgia tienen una disminución de las actividades de ocio y una incorrecta distribución del tiempo para la salud (Romero, 2006). Es de suma importancia enseñar al paciente de Fibromialgia a conseguir una buena distribución del tiempo para la salud e incorporar actividades de autocuidado y ocio adecuado en su día a día.

Objetivos generales

- Reestructurar el equilibrio ocupacional reduciendo la repercusión de la sintomatología asociada a la fibromialgia.
- Aprender a delegar y pedir ayuda.

Objetivos específicos

- Ser capaz de incorporar nuevos patrones de actividad más equilibrados.
- Identificar la necesidad de delegar, pedir ayuda y la priorización de las tareas.

Metodología

Este taller es impartido por la terapeuta ocupacional, en la sala de formación del hospital, en una sesión grupal de unos doce pacientes, con una duración aproximada de una hora y cuarto. A lo largo de la sesión se realizan prácticas de diferentes ejercicios de forma verbal, dinámicas y reflexiones. Tras la finalización del mismo se les entrega un pequeño dossier con la información vista a lo largo de la sesión. A dicho taller los pacientes pueden acudir acompañados de algún familiar.

Contenido

- El equilibrio ocupacional en la mejora de la percepción de la calidad de vida.
- De qué manera lo que hago afecta a como me siento-modulación del dolor.
- La necesidad de delegar y pedir ayuda. Prioridades.
- Claves terapéuticas.

Taller 16: Funciones cognitivas y reglas nemotécnicas.

Es frecuente que los pacientes con fibromialgia refieran problemas de tipo cognitivo y de forma más concreta, problemas relacionados con la memoria y la concentración (Castell, 2008; Glass, 2006). Con este taller se pretende que el paciente conozca cómo funciona la memoria y que adquiera estrategias para mejorar algunas funciones cognitivas (atención, concentración y memorización).

Objetivos generales

- Identificar los diferentes factores que puedan estar influyendo. negativamente sobre los problemas cognitivos.
- Dotar al paciente de estrategias que le permitan incrementar o mantener activa su memoria.

Objetivos específicos

- Identificar interferencias en las actividades de la vida diaria, ocasionadas por los fallos cognitivo.
- Proporcionar al paciente unos conocimientos acerca de la memoria y de las fases que intervienen en el proceso.
- Incorporar en el día a día, estrategias para mejorar la atención, concentración y memorización.

Metodología

Este taller es impartido por la terapeuta ocupacional, en la sala de formación del hospital, en una sesión grupal de unos doce pacientes, con una duración aproximada de una hora y cuarto. Los últimos minutos se destinan a la aclaración de dudas. Se tratan contenidos teóricos y

prácticos, con la incorporación de ejemplos, preguntas abiertas y algún ejercicio práctico. Tras la finalización del mismo se les entrega un pequeño dossier con reglas nemotécnicas y consejos para preservar la atención, concentración y memorización. A dicho taller los pacientes pueden acudir acompañados de algún familiar.

Contenido

- Breve exposición teórica sobre algunas funciones cognitivas (atención, concentración y memorización).
- Tipos de memoria, que fases interviene en la memorización.
- Como se producen los olvidos, identificación de los más frecuentes, interferencia en las AVD.
- Técnicas específicas, reglas nemotécnicas.
- Recursos y estrategias desde terapia ocupacional para mejorar las quejas del paciente con fibromialgia, relacionados con la memoria y la concentración.

La fibromialgia no es una enfermedad sencilla, cuando se pretende hacer sólo una atención a nivel primario, se comprueba que no es suficiente. Por ello es necesario que existan unidades especializadas y multidisciplinares. En la red sanitaria pública Española, hay diversidad de Unidades del dolor, pero muy escasas para exclusivamente el tratamiento multidisciplinar de la Fibromialgia. Un referente es la Unidad de Fibromialgia del Hospital Clínic de Barcelona y la Unidad de Fibromialgia del Hospital de Sant Vicent, en esta el tratamiento multidisciplinar desarrollado busca ser lo más completo y abarcar todas las áreas afectadas por los pacientes.

II. OBJETIVOS

“Establecer metas es el primer paso para transformar lo invisible en visible”. Anthony

Robbins



Objetivo general

Identificar el perfil socio-demográfico y clínico de las personas que reciben tratamiento multidisciplinar en la Unidad de Fibromialgia del Hospital de San Vicente (Alicante) y describir el efecto post-tratamiento del programa en el estado de salud y en procesos psicológicos relevantes en la fibromialgia.

Este objetivo general se concreta en los siguientes objetivos específicos:

Objetivos Específicos

1. Identificar el perfil socio-demográfico, psicosocial y clínico de mujeres y hombres con fibromialgia.

2. Describir el efecto post-tratamiento en el estado de salud, considerando la percepción de estado de salud, el impacto percibido de la fibromialgia, la percepción de síntomas, la discapacidad percibida y el estado emocional.

3. Identificar los predictores sociodemográficos y clínicos del cambio obtenido en las variables resultado post-tratamiento arriba mencionadas.

4. Describir el efecto post-tratamiento en variables psicológicas en términos de pensamiento catastrofista y ansiedad rasgo.

5. Identificar el grupo de personas que obtienen mayor beneficio en el tratamiento multidisciplinar, considerando el estado de salud percibido al inicio del tratamiento.

6. Estudiar el papel del catastrofismo como predictor del resultado del tratamiento.

Hipótesis

Dadas los contenidos del programa de talleres de la unidad de fibromialgia y las características de la población a la que se atiende, esperamos que:

H1: existan diferencias en las variables de estado de salud (percepción de estado de salud, impacto de la fibromialgia, intensidad del dolor, discapacidad percibida y estado emocional) entre la evaluación pre- y post-tratamiento.

H2: existan diferencias en las variables psicológicas (catastrofismo y ansiedad rasgo) entre la evaluación pre- y post-tratamiento.

H3: el estado de salud inicial, en términos de impacto de la fibromialgia, será un predictor significativo de la mejoría obtenida con el programa, de forma que, a mayor impacto inicial, mayor beneficio.

H4: el catastrofismo será un predictor significativo del resultado del programa, de forma que, a mayor catastrofismo inicial, mayor beneficio en términos de impacto de la fibromialgia y estado emocional (ansiedad y depresión).



III. MÉTODO

“Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber.” Albert Einstein



1. Participantes

En este estudio participaron 624 (592 mujeres y 32 hombres), del total de 4199 personas atendidas en la Unidad de Fibromialgia del Hospital de Sant Vicent del Raspeig (Alicante), en el período comprendido desde julio de 2005 a septiembre de 2015. Las personas participantes cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Derivación a la Unidad de Fibromialgia por otra especialidad médica.
- 2) Diagnóstico de Fibromialgia según los criterios del American College of Rheumatology (Wolfe et al., 1990).
- 3) Edad comprendida entre los 18 y 80 años.
- 4) Hablar y entender correctamente el castellano.
- 5) Sin diagnóstico psiquiátrico.
- 6) Haber finalizado el tratamiento multidisciplinar de la Unidad.

2. Diseño y procedimiento

El trabajo que se presenta es un estudio cuasi-experimental de un solo grupo, con medidas pre y post tratamiento.

Todos los cuestionarios fueron cumplimentados de forma auto-administrada, en las instalaciones de la Unidad de Fibromialgia y en una sala multifuncional grupal (máximo 6 personas). Su aplicación tuvo lugar en la segunda y en la última sesión en la Unidad (protocolos de evaluación: Anexos I-II) tal y como se ha descrito en apartados anteriores de este trabajo (ver capítulo 3).

Como se ha mencionado los cuestionarios fueron auto-administrados, salvo en casos puntuales donde se requirió la ayuda de alguna de las profesionales presentes (la terapeuta ocupacional y la enfermera). Además de estas sesiones de evaluación, todos los pacientes realizaron un total de 17 talleres educativos, también en formato grupal, con una frecuencia quincenal (aunque hay excepciones en algunos casos por motivos laborales, familiares o dificultades para desplazarse, entre otros). La duración habitual de una sesión, incluidas las de evaluación, es de una hora y cuarto (ver capítulo 3). Finalizada la evaluación post-tratamiento, los pacientes son citados con el médico para posible alta o continuación de otros tratamientos.

El tiempo medio transcurrido entre la evaluación pre y post-tratamiento es de 15.4 meses en las mujeres y de 13 meses en los hombres.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se ha realizado utilizando el programa SPSS 23.0, para Windows.

Para la descripción de la muestra, hemos aplicado el paquete de análisis descriptivo y de frecuencias. La normalidad de las distribuciones de las variables se ha comprobado mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

En la descripción de las variables se han obtenido los índices de tendencia central, dispersión, asimetría, curtosis y percentiles de Tukey. Las estimaciones de medias se han realizado calculando el intervalo de confianza, con un nivel del 95%.

Hemos realizado análisis de consistencia interna obteniendo los coeficientes Alfa de Cronbach (α) de cada escala y subescala.

Para el cálculo de diferencias entre las medidas pre- y post se ha utilizado la prueba t de Student para muestras relacionadas. Se ha tenido en cuenta el resultado de la prueba de Levene para comprobar la igualdad de las varianzas. La estimación de la diferencia de medias se ha realizado calculando el intervalo de confianza, con un nivel del 95%. Estos análisis se han aplicado a la muestra de mujeres. En el caso de los hombres, dado el tamaño pequeño de la muestra, solo se realiza un estudio descriptivo. Por la misma razón, tampoco se han comparado las muestras de hombres y mujeres.

Para el estudio del cambio clínico mínimamente significativo en las variables resultado, se han considerado diferentes puntos de corte que se exponen en el apartado de variables. Para el estudio de los predictores de ese cambio, hemos realizado una serie de análisis de regresión logística binaria. En primer lugar, hemos realizado una preselección de las variables para el ajuste por medio de análisis de regresión logística univariante con cada una de ellas. Se han seleccionado como potenciales variables confundidoras aquellas que han obtenido valores $p < 0.20$ (Mickey & Greenland, 1992). En segundo lugar, hemos seleccionado las posibles interacciones según una prueba estadística de significación (prueba Ómnibus sobre los coeficientes de los términos de interacción, χ^2) obtenida mediante el procedimiento de exclusión por pasos hacia atrás y la prueba de Razón de verosimilitud. Con el modelo máximo que incluye

los términos de confusión seleccionados y los de interacción que resultan significativos, hemos realizado el análisis con el mismo procedimiento hacia atrás. Finalmente, hemos estimado la solución final incluyendo los predictores significativos. Se han obtenido los índices de bondad de ajuste de Hosmer Lemeshow y el Área bajo la curva con la obtención de la curva ROC. El nivel de confianza aplicado es del 95% (Doménech, y Navarro, 2010).

3. Variables e instrumentos

En este estudio, y a efectos didácticos, los diferentes tipos de variables se han agrupado en las siguientes categorías: variables sociodemográficas, clínicas, psicosociales, de estado funcional, estado emocional y variables psicológicas. Todas ellas se pueden consultar en el Anexo I y se encuentran resumidas en la Tabla 5.

3.1 Variables sociodemográficas.

Se registra la edad, el nivel educativo, el estado civil, las personas con las que se convive, la situación laboral actual, las expectativas sobre el futuro laboral, la percepción del funcionamiento y el apoyo familiar.

El nivel educativo, el estado civil y la convivencia son variables operativizadas en cinco categorías cada una y valoradas mediante un cuestionario elaborado al efecto: nivel educativo (no lee/escrbe, lee/escrbe, estudios primarios, medios y estudios universitarios), estado civil (soltero/a, casado/a, separado/a, divorciado/a, viudo/a), convivencia (pareja/cónyuge, hijos, padres, solo y otros). La situación laboral se clasifica con siete categorías (amo/a de casa, estudiante, activo/a, desempleado/a, incapacidad laboral temporal (ILT), incapacidad laboral permanente (IPP), jubilado/a), también las expectativas sobre el futuro laboral se clasifican en cuatro categorías (continuar trabajando, encontrar trabajo, no trabajar, conseguir invalidez).

3.2 Variables psicosociales.

Para la percepción de la función y apoyo familiar se emplea el cuestionario Apgar familiar. Este cuestionario fue diseñado en 1978 por Smilkstein (1978). El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnertship), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve). Se trata de un cuestionario que consta de cinco ítems y que utiliza una escala tipo

Likert de tres opciones (casi nunca, a veces, casi siempre) para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. La puntuación se obtiene del sumatorio de las respuestas obtenidas, en un rango de 0 a 10, donde los puntos de corte son: normo funcional entre 7 - 10 puntos (familia funcional), disfuncional leve entre 6 - 3 (posible disfunción familiar leve) y disfuncional grave entre 2 - 0 puntos (posible disfunción familiar grave) (Bellón, Delgado, Luna y Lardelli, 1996).

3.3 Variables clínicas.

3.3.1 Comorbilidad.

Se les pregunta a los pacientes si tienen o no (en una escala dicotómica) cada uno de los siguientes factores de riesgo y patologías: alergia a fármacos, hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, tabaco, alcohol (sí, no, ocasionalmente), intervenciones quirúrgicas y en caso afirmativos se especifica el número y el tipo de cirugía clasificadas en (abdominal, ginecológica, hernia discal, prótesis articulares, síndrome de túnel carpiano, otras).

3.3.2 Historia ginecológica.

Se emplea una escala dicotómica preguntando por la menopausia, en caso afirmativo se indica la edad de la aparición, el número de hijos y si ha tenido abortos, en caso afirmativo se especifica el número.

3.3.3 Historia de la fibromialgia.

Tiempo de padecimiento del problema: Tiempo transcurrido desde el inicio del padecimiento del dolor generalizado hasta la actualidad.

Tiempo de padecimiento del problema sin diagnóstico: Tiempo transcurrido desde la aparición del dolor generalizado hasta el diagnóstico.

Especialista que realizó el primer diagnóstico: Con siete opciones (médico de atención primaria, reumatólogo, traumatólogo, rehabilitador, médico internista, unidad de dolor, otros).

Antecedentes familiares de dolor generalizado y antecedentes familiares de diagnóstico de fibromialgia: ambas medidas con una escala dicotómica (sí/no).

3.3.4 Características del dolor.

Frecuencia del dolor: Escala categórica con tres opciones (diario, igual o más de 3 veces/semana, igual o más de 14 días al mes).

Número y tipo de factores que alivian el dolor: valoradas mediante una escala dicotómica. En caso afirmativo la persona selecciona mediante una escala de opción múltiple, aquellos que cree conveniente de entre las ocho opciones (reposo, relajación, ejercicio físico suave, calor, frío, tratamiento médico, tratamientos alternativos y otros).

Número y tipo de factores que empeoran el dolor: Valoradas mediante una escala dicotómica, en caso afirmativo la persona selecciona mediante una escala de opción múltiple, aquellos que cree conveniente de entre las nueve opciones (reposo, ejercicio físico suave, sobreesfuerzos, trabajo, disgustos, estrés, frío, calor y otros).

3.3.5 Otros síntomas que acompañan al dolor.

Número de síntomas percibidos: Se valora la presencia de 17 síntomas observados habitualmente en las pacientes con fibromialgia mediante una escala categórica (si/no). En concreto, rigidez, cefalea, hormigueos, mareos, problemas de memoria, problemas de concentración, molestias abdominales, hinchazón abdominal, gases/flatulencias, digestiones pesadas, estreñimiento, diarrea, problemas para conciliar el sueño, problemas para mantener el sueño, cansancio, picores de cuerpo e hinchazón de cara o manos.

3.4 Variables de percepción de estado de salud.

Percepción de estado de salud: Evaluada mediante una escala numérica de once puntos presentada con una línea de 10 cm. con un extremo marcado con “0 = peor estado de salud” y otro extremo que indica “10 = mejor estado de salud”. El paciente marca en la línea el punto que mejor describe la percepción de estado de salud actual.

Impacto percibido de la fibromialgia: Evaluada con la puntuación total de la adaptación española del Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (Fibromyalgia Impact Questionnaire, FIQ: Burckhardt, Clark y Bennett 1991). En el trabajo de Burckhardt et al. (1991) se concluyó que el FIQ era un instrumento válido tanto para la investigación como para la clínica. Este cuestionario ha sido adaptado y validado a diferentes idiomas como el sueco, alemán, turco,

hebreo, entre otros. De la versión española se encuentran diferentes trabajos que valoran sus propiedades psicométricas (Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia Blanco y Alegre de Miguel, 2007; Gracia, Marcó, Ruiz y Garabieta, 2001; Monterde, Salvat, Montull y Fernández-Ballart, 2004; Rivera y González, 2004). Para el presente estudio, utilizamos la versión del FIQ de Esteve-Vives et al. (2007).

EL FIQ es una medida específica del impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional y en el estado de salud de la persona. Consta de 10 ítems, el primero (escala de función física: FF-FIQ), está formado por 10 sub-ítems todos con escala de respuesta tipo Likert de cuatro niveles (0=siempre a 3=nunca). En el segundo ítem el paciente debe señalar el número de días de la última semana en los que se sintió bien. Los siguientes (tercer y cuarto) evalúan la actividad laboral del paciente y los seis ítems restantes evalúan dolor, fatiga, cansancio matutino, rigidez, ansiedad y depresión. Los ítems 4-10 se evalúan con escalas numéricas de 10 cm (0=el mínimo, 10= el máximo) Mayor puntuación indica peor estado de salud o, dicho de otro modo, mayor impacto de la fibromialgia. El rango de puntuación se encuentra entre 0 y 100. Todos los ítems pueden alcanzar valores entre 0 y 10. La puntuación total es la suma de las puntuaciones de todos sus ítems. En el caso de que hubiera quedado alguno sin contestar, la suma se divide por el número de ítems contestados multiplicándola por 10. Se han establecido los siguientes intervalos de gravedad del impacto de la fibromialgia utilizando la puntuación total del FIQ: <39 (impacto leve), ≥ 39 hasta <59 (impacto moderado), ≥ 59 (grave) (Bennet, Bushmakin, Cappelleri, Zlateva y Sadosky, 2009). Estos autores plantean que un cambio del 14% en la puntuación total del FIQ constituiría el cambio mínimo clínicamente relevante. Sin embargo, estos datos no están validados en población española, por lo que deben ser considerados como una guía (MSPSI, 2011). La consistencia interna del instrumento es del $\alpha=0.80$, para este estudio fue de $\alpha=0.77$.

3.4.1 Síntomas.

Intensidad del dolor actual (en el momento de la entrevista): Evaluada mediante una escala numérica de once puntos presentada con una línea de 10 cm. con un extremo marcado con “0 = sin dolor” y otro extremo “10 = el peor dolor imaginable”, donde el paciente marca en la línea el punto que mejor describe la intensidad de dolor que siente en ese momento. Este es

el único síntoma del que se dispone de datos suficientes en la evaluación posterior a la realización del programa.

Intensidad media de dolor en las dos últimas semanas: Valorada con la misma escala de respuesta utilizada anteriormente, pero aludiendo al periodo señalado.

Intensidad de fatiga actual (en el momento de la entrevista): evaluada mediante una escala numérica de once puntos presentada con una línea de 10 cm. con un extremo marcado con “0 = sin fatiga” y otro extremo “10 = la peor fatiga imaginable”, donde el paciente marca en la línea el punto que mejor describe la intensidad de fatiga que siente en ese momento.

Intensidad media de fatiga en las dos últimas semanas: Valorada con la misma escala utilizada anteriormente, pero aludiendo al periodo señalado.

Una reducción de aproximadamente dos puntos o una reducción de aproximadamente el 30% en la escala numérica de dolor de 11 puntos, representa una diferencia clínicamente importante (Farrar, 2001).

3.4.2 Estado funcional.

Discapacidad percibida: Valorada con el primer ítem del FIQ arriba mencionado. Este contiene 10 sub-ítems, cada uno de ellos se puntúa entre el 0 y 3, se suman todas las puntuaciones y se divide entre el número de sub-ítems 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. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor grado de discapacidad percibe el paciente.

En este trabajo la discapacidad percibida también se valora con la puntuación total obtenida en el Fibromyalgia Health Assessment Questionnaire (FHAQ: Wolfe et al., 2000). El FHAQ es un cuestionario derivado del Health Assessment Questionnaire (HAQ: Fries, 1982) cuya versión en castellano ha mostrado una validez de constructo superior al FF-FIQ y similar a la del HAQ, con la ventaja de ser más breve, más sencillo de responder y más fácilmente cuantificable (Esteve-Vives, Rivera, Vallejo, 2010). El cuestionario consta de ocho ítems. Se obtiene la puntuación media, en un rango de 0 a 3, donde mayor puntuación indica mayor impacto funcional percibido.

3.4.2 Estado emocional.

Depresión: Valorada con la puntuación total en el Beck Depression Inventory-II (BDI-II: Sanz y Vázquez 1999). El BDI-II es un cuestionario que proporciona una medida de la presencia y de la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Está compuesto de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso, entre otros. El formato de respuesta de los ítems es tipo Likert con cuatro categorías de respuesta de 0 a 3, variando los extremos según las preguntas realizadas. La puntuación total se obtiene sumando las respuestas y oscila entre 0 a 63. Esta variable tiene los siguientes niveles, en función de los puntos de corte establecidos: ausencia de depresión (puntuaciones entre 0-9), depresión leve (puntuaciones entre 10-18), moderada (puntuaciones entre 19-29) y grave (puntuaciones entre 30-63). Otro punto de corte recomendado para personas con dolor crónico es = 21 (Geisser, Roth y Robinson, 1997; Hamilton y Shapiro, 1990), que es el que hemos empleado para nuestro estudio. La consistencia interna de este instrumento para poblaciones psiquiátricas y no psiquiátricas es de, $\alpha=0.76$ y $\alpha=0.95$ respectivamente (Beck, Steer y Harbin, 1988). En la muestra de este estudio el valor fue $\alpha=0.88$.

Ansiedad-estado: Valorada con la puntuación total en la versión española del State-Trait Anxiety Inventory- S (STAI-E: Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1982) que permite medir el nivel actual de ansiedad con los veinte ítems de la sub-escala correspondiente. Cada ítem describe cómo se siente la persona en ese momento. Se contesta con una escala Likert de cuatro opciones de respuesta (0 =nada a 3=mucho). La puntuación oscila entre 0-60. Puntuaciones más altas indican mayores grados de ansiedad. Los percentiles en población general adulta para mujeres son: $P_{50}= 22$, $P_{75}= 31$, $P_{85}=36$, $P_{99}= 53$; y para hombres: $P_{50}= 19$, $P_{75}= 28$, $P_{85}=33$, $P_{99}= 47$ (Seisdedos, 1988). Presenta una consistencia interna entre $\alpha=0.90$ y $\alpha=0.93$ para ansiedad-estado (TEA, 1982). Para este estudio el valor de la subescala de ansiedad-estado fue $\alpha=0.93$.

3.5 Variables psicológicas.

3.5.1 Ansiedad-rasgo.

Valorado con la puntuación total de la versión española del State-Trait Anxiety Inventory-T, (STAI-R: Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1982) que permite medir la

predisposición de la persona a responder al estrés. Con los veinte ítems de la subescala Rasgo, se identifica como se siente la persona habitualmente. Medido en una escala Likert de cuatro opciones que van de 0=nada a 3=mucho. La puntuación oscila de 0-60, indicando las puntuaciones más altas, mayores niveles de ansiedad. Los percentiles en población general adulta para mujeres son: P₅₀= 22, P₇₅= 29, P₈₅=33, P₉₉= 49; y para hombres: P₅₀= 19, P₇₅= 25, P₈₅=29, P₉₉= 46 (Seisdedos, 1988). Presenta una consistencia interna entre $\alpha=0.84$ y $\alpha=0.87$ para ansiedad-rasgo. (TEA, 1982). Para este estudio el valor de la subescala de ansiedad-rasgo fue $\alpha=0.87$.

3.5.2 Pensamiento catastrofista.

Se obtiene la puntuación total de la adaptación española del Pain Catastrophizing Scale (PCS: Shullivan, Bishop y Pivik, 1995) (García-Campayo et al., 2008), que es uno de los instrumentos más utilizados para medir el catastrofismo ante el dolor crónico (Edwards, Clifton, Bingham, Bathon y Haythornthwaite, 2006). Para cumplimentarla, los pacientes toman como referencia sus experiencias dolorosas pasadas e indican el grado en el cual experimentan cada uno de los trece pensamientos o sentimientos, respondiendo en una escala Likert de 5 puntos (0=nunca, 1=pocas veces, 2=algunas veces, 3=muchas veces, 4=continuamente).

En este estudio también se han considerado las puntuaciones independientes para cada una de las dimensiones componentes del constructo: a) rumiación (la preocupación constante y la incapacidad de inhibir pensamientos relacionados con el dolor), b) magnificación (la exageración de lo desagradable de las situaciones de dolor y las expectativas de consecuencias negativas) y c) indefensión o desesperanza (la incapacidad frente a situaciones dolorosas) (García-Campayo et al., 2008). El intervalo teórico del instrumento se sitúa entre 13 y 52, indicando las puntuaciones bajas escaso catastrofismo, pero no hay un punto de corte específico validado. Para su uso en la práctica clínica se puede considerar un paciente como de mal pronóstico con puntuaciones por encima de 35 (MSPS, 2011), que es el que hemos tenido en cuenta para nuestro estudio. La consistencia interna en su validación en población española de Fibromialgia fue $\alpha=0.79$ (García-Campayo *et al.*, 2008). En este estudio la consistencia interna para la escala completa fue $\alpha =0.93$, para la escala de rumiación $\alpha =0.85$; para la subescala de magnificación $\alpha =0.76$ y para la subescala de indefensión $\alpha =0.87$.

Tabla 5. Tabla resumen de las variables e instrumentos.

VARIABLES	INSTRUMENTOS
Sociodemográficas *	Cuestionario elaborado al efecto
Psicosociales*	
<i>Función familiar</i>	Apgar familiar (Bellón, 1996)
Clínicas*	
Comorbilidad <i>HTA, diabetes, dislipemia, alergia a fármacos, intervenciones quirúrgicas, tabaco, alcohol</i>	Cuestionario elaborado al efecto
Historia ginecológica <i>Menopausia, edad aparición, n° hijos, n° abortos</i>	
Historia de la FM <i>Tiempo dolor, Tiempo dx, especialista que hizo dx, antecedentes familiares</i>	
Características del dolor <i>Frecuencia del dolor, n° y factores que alivian el dolor, n° y factores que empeoran el dolor</i>	
Otros síntomas acompañar al dolor <i>N° síntomas percibidos</i>	

Tabla 5. Tabla resumen de las variables e instrumentos (continuación)

VARIABLES	INSTRUMENTOS
Percepción de estado de salud	
<i>Percepción de estado de salud</i>	Escala numérica (11 puntos)
<i>Impacto percibido de la FM</i>	Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) (Esteve-Vives, et al., 2007)
Síntomas	
<i>Intensidad del dolor actual</i>	Escalas numéricas (11 puntos)
<i>Intensidad media de dolor*</i>	
<i>Intensidad de fatiga actual*</i>	
<i>Intensidad media de fatiga*</i>	
Estado funcional	
<i>Discapacidad percibida</i>	Fibromyalgia Health Assessment Questionnaire (FHAQ) Primer ítem del FIQ
Estado emocional	
<i>Depresión</i>	Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (Sanz y Vázquez 1999).
<i>Ansiedad-estado</i>	State-Trait Anxiety Inventory-S (STAI-E) (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1982).
Psicológicas	
<i>Ansiedad-rasgo</i>	State-Trait Anxiety Inventory-T (STAI-R) (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1982).
<i>Pensamiento catastrofista</i>	Pain Catastrophizing Scale (PCS) (García-Campayo et al, 2008)

(*) Variables evaluadas solo en la evaluación pre.



IV. RESULTADOS

“Después de escalar una montaña muy alta, descubrimos que hay muchas otras montañas por escalar”. Nelson Mandela



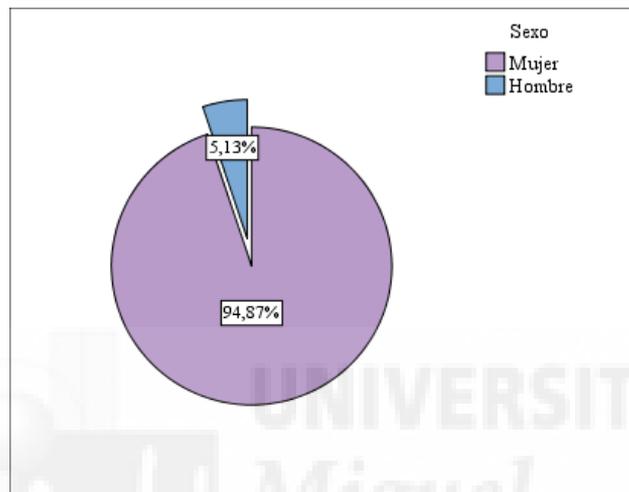
1. Perfil sociodemográfico, psicosocial y clínico de mujeres y hombres con fibromialgia

1.1 Variables Sociodemográficas.

Sexo.

La muestra está formada por 624 pacientes, de ellos 592 son mujeres (94.9%) y 32 varones (5.1%).

Gráfico 1. Distribución del sexo



Edad.

La media de edad es de 51.2 años (DT=10.0). Las mujeres tienen una media de edad más alta que los hombres. La mediana en las mujeres es de 51.6 años y se distribuye entre valores de 19.3 a 77.5 años (Tabla 6).

Tabla 6. Descripción de la edad

Sexo	Media	DT	IC 95%	Mín.	Máx.	Asi	Curt	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅
Mujer	51.4	10.1	[50.6-52.2]	19.3	77.5	-0.1	-0.2	44.2	51.6	58.4
Hombre	47.1	7.9	[44.3-49.9]	31.3	61.5	-0.1	-0.9	40.0	46.3	53.7
Total	51.2	10.0	[50.4-51.0]	19.3	77.5	-0.1	-0.2	44.2	51.6	58.4

DT= desviación típica; IC= Intervalo de confianza; Mín= Mínima; Máx= Máximo; Asi=Asimetría; Curt=Curtosis; P=Percentil.

Gráfico 2. Histograma de edad de las mujeres

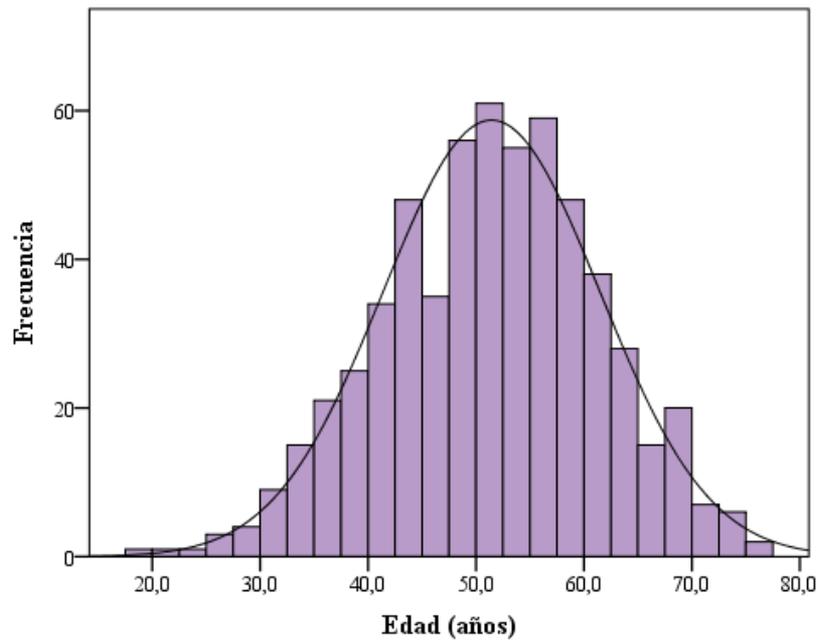
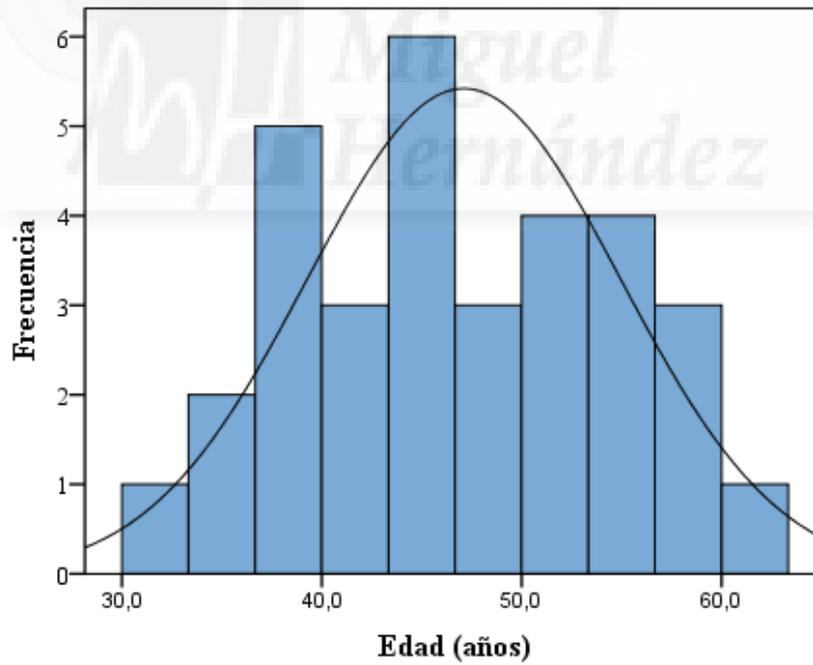


Gráfico 3. Histograma de edad de los hombres



Nivel educativo.

La mayoría tiene un nivel educativo de estudios primarios (43.2%). En las mujeres hay un 6%, de iletradas y un 11.7%, que tienen estudios universitarios (Tabla 7).

Tabla 7. Nivel educativo

Nivel educativo	Mujeres	Hombres
	n (%)	n (%)
No lee/escribe	6 (1.0)	0 (0.0)
Lee/escribe	62 (10.5)	2 (6.3)
Estudios primarios	249 (42.1)	18 (56.3)
Estudios medios	200 (33.8)	12 (37.5)
Estudios universitarios	69 (11.7)	0 (0.0)
Total	592 (99.0)	32 (100)

Gráfico 4. Nivel educativo mujeres

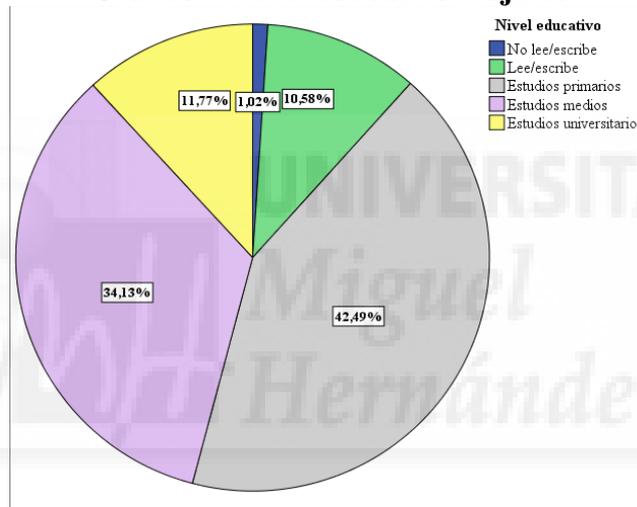
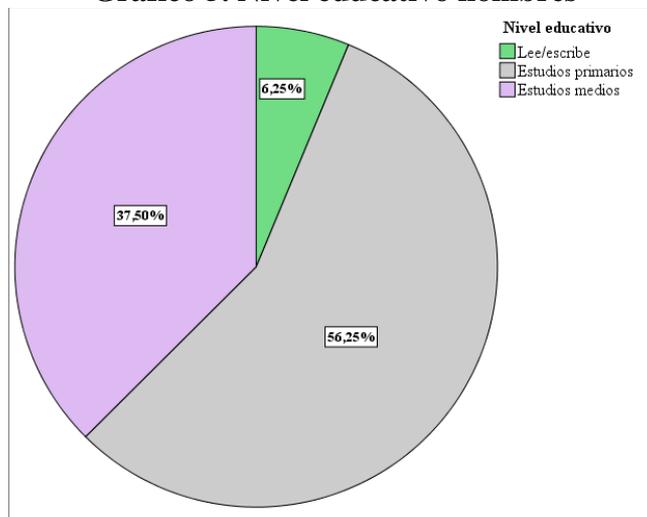


Gráfico 5. Nivel educativo hombres



Estado Civil.

La mayoría están casadas/os, un 69.4% de mujeres y un 71.9% de los hombres. Un 14.9% de las mujeres están divorciadas-separadas frente a un 6.3% de los hombres. Un 5.6% de las mujeres son viudas frente al 0% de los hombres (Tabla 8).

Tabla 8. Estado civil

Estado civil	Mujeres n (%)	Hombres n (%)
Soltera/o	60 (10.1)	7 (21.9)
Casada/o	411 (69.4)	23 (71.9)
Viuda/o	33 (5.6)	0 (0)
Divorciada/Separada/o	88 (14.9)	2 (6.3)
Total	592 (100)	32 (100)

Gráfico 6. Estado civil mujeres

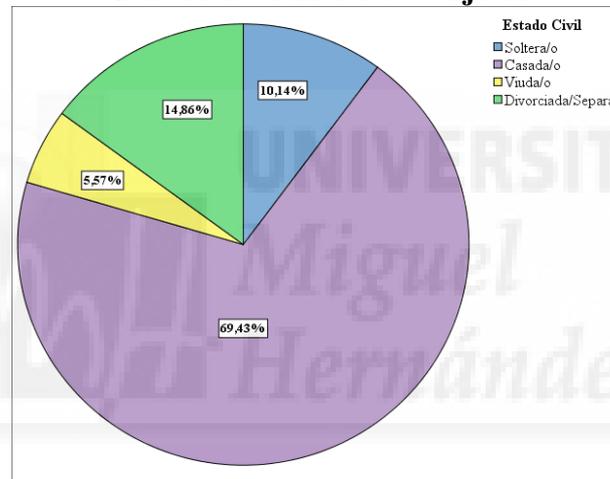
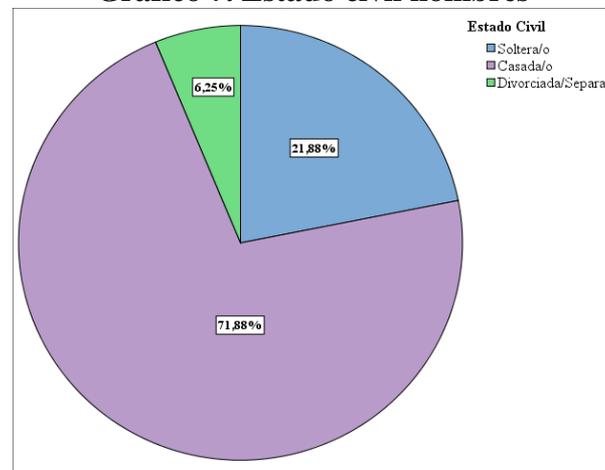


Gráfico 7. Estado civil hombres



Personas con las que convive.

La mayoría de los pacientes vive con una (43.1%) o dos personas (50.7%). Un 93.6% de las mujeres y un 96.1% de los hombres vive con una o dos personas (Tabla 9).

Tabla 9. Número de personas con las que vive

Nº personas con las que vive	Mujeres n (%)	Hombres n (%)
1	185 (43.6)	9 (34.6)
2	212 (50.0)	16 (61.5)
3	26 (6.1)	1 (3.8)
4	1 (0.2)	0 (0.0)
Total	424 (100.0)	26 (100.0)

La mayoría vive en pareja y/o con los hijos y otras personas (72.6%), en el caso de las mujeres un 72.2% y en el caso de los hombres un 80.8% (Tabla 10).

Tabla 10. Personas con las que vive

Vive con	Mujeres n (%)	Hombres n (%)
Esposo/ Hijos/ Otros	306 (72.2)	21 (80.8)
Hijos/ Otros	54 (12.7)	0 (0.0)
Otros	29 (6.8)	4 (15.4)
Sola/o	35 (8.3)	1 (3.8)
Total	424 (100.0)	26 (100.0)

Situación laboral.

En el caso de las mujeres un 38.2% está en activo y de éstas un 28.2% lo hace por cuenta ajena y un 7.3% de forma autónoma. Un 28.7% son amas de casa, un 17.7% en paro y un 12.8% están jubiladas. En el caso de los hombres un 40.6% está en activo, de estos un 25.8% lo hace por cuenta ajena y un 16.1% de forma autónoma (Tabla 11).

Tabla 11. Situación Laboral

Situación laboral	Mujeres n (%)	Hombres n (%)
Ama/o de casa	170 (29.0)	0 (0.0)
Estudiante	4 (0.7)	0 (0.0)
En activo	226 (38.6)	13 (41.9)
En paro	105 (17.9)	8 (25.8)
ILT	4 (0.7)	0 (0.0)
ILP	1 (0.2)	0 (0.0)
Jubilada/o	76 (12.8)	10 (32.3)
Total	586 (100.0)	31 (100.0)

ILT=Incapacidad Laboral Temporal; ILP=Incapacidad Laboral Permanente

Expectativas sobre futuro laboral.

En relación a las expectativas laborales, tanto en las mujeres (37.7%) como en los hombres (41.4%) desea continuar trabajando. En el caso de las mujeres un 35.3% de las amas de casa espera no trabajar, un 100% de las estudiantes espera encontrar trabajo, un 71.6% de las que están en activo espera continuar trabajando, un 56.4% de las mujeres en paro su expectativa es encontrar trabajo y un 72% de las jubiladas espera no trabajar (Tabla 12).

En el caso de los hombres un 83.3% de los que están en activo espera continuar trabajando, un 37.5% de los hombres en paro su expectativa es encontrar trabajo y el otro 37.5% conseguir la invalidez y un 44.4% de los jubilados espera no trabajar (Tabla 12).

Tabla 12. Situación Laboral y expectativa sobre el futuro laboral

Situación laboral	Expectativa sobre el futuro laboral			
	Continuar trabajando n (%)	Encontrar trabajo n (%)	No trabajar n (%)	Conseguir invalidez n (%)
Mujeres				
Ama de casa	6 (7.1)	26 (30.6)	30 (35.3)	23 (27.1)
Estudiante	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
En activo	156 (71.6)	13 (6.0)	6 (2.8)	43 (19.7)
En paro	6 (5.9)	57 (56.4)	5 (5.0)	33 (32.7)
ILT	2 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)
IPP	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Jubilada	3 (6.0)	4 (8.0)	36 (72.0)	7 (14.0)
Total	174 (37.7)	102 (22.1)	77 (16.7)	108 (23.4)
Hombres				
En activo	10 (83,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (16,7)
En paro	1 (12,5)	3 (37,5)	1 (12,5)	3 (37,5)
Jubilado	1 (11,1)	2 (22,2)	4 (44,4)	2 (22,2)
Total	12 (41,4)	5 (17,2)	5 (17,2)	7 (24,1)

1.2 Variables psicosociales.

Función familiar.

Apenas hay diferencias entre la percepción de función y apoyo familiar entre los diferentes sexos. En el caso de las mujeres la media es de 7.8 (DT=2.4) y en los hombres es de 7.6 (DT=2.5) (Tabla 13, Gráfico 8 y 9).

Tabla 13. Funcionamiento y apoyo familiar

Sexo	Media	DT	IC 95%	Mín.	Máx.	Asi	Curt	R.I	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅
Mujeres	7.8	2.4	[7.6-8.0]	0.0	10.0	-1.9	0.8	3.5	6.5	9.0	10.0
Hombres	7.6	2.6	[6.7-8.6]	2.0	10.0	-0.9	-0.3	4.0	6.0	9.0	10.0

DT=Desviación Típica; IC=índice de confianza; Mín.=Mínimo; Máx.=Máximo; Asi=Asimetría; Curt=Curtosis; R.I=Rango Intercuartil; P=Percentil.

Gráfico 8. Histograma funcionamiento y apoyo familiar en las mujeres

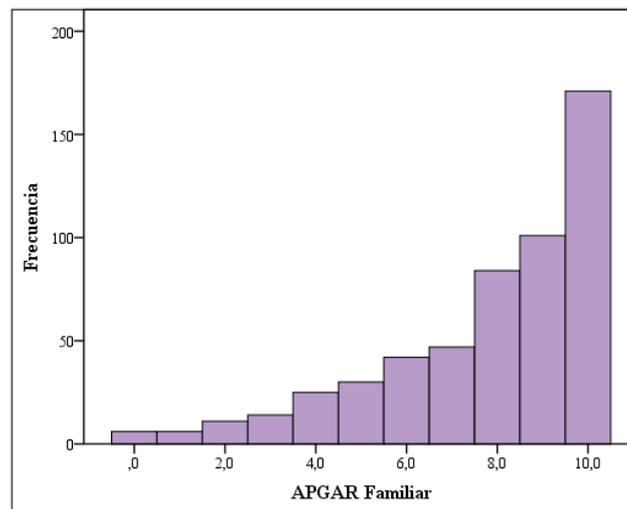
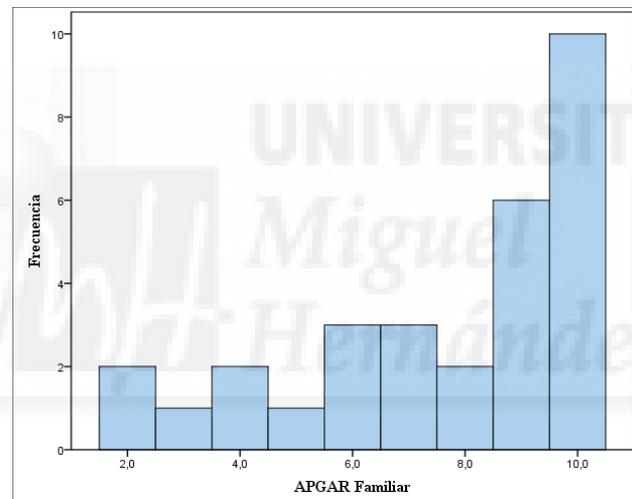


Gráfico 9. Histograma funcionamiento y apoyo familiar en los hombres



1.3 Variables Clínicas.

En este apartado se describen las variables clínicas de comorbilidad, historia ginecológica, historia de la fibromialgia, características del dolor y otros síntomas que acompañan al dolor.

Comorbilidad.

Un 72.3% de las mujeres no son fumadoras, un 61.8% no consumen alcohol y del 38.2% que sí lo hace, un 36.6% lo hace de forma ocasional y un 1.5% de forma habitual. La mayoría no son diabéticas, ni hipertensas, ni presentan alergia a fármacos (Tabla 14).

En cuanto a los hombres un 35.5% no son fumadores, un 54.8% no consumen alcohol y del 43.7% que sí lo hace, un 40.6% lo hace de forma ocasional y un 3.1% de forma habitual. La mayoría no son diabéticos, ni hipertensos, ni presentan alergia a fármacos (Tabla 14).

Tabla 14. Comorbilidad mujeres y hombres

Comorbilidad	Mujeres n (%)	Hombres n (%)
Alergia a fármacos	162 (28.7)	6 (19.4)
Tabaquismo	156 (27.7)	11 (35.5)
Consumo alcohol	215 (38.2)	14 (43.7)
Diabetes	51 (9.0)	4 (12.9)
Hipertensión arterial	158 (28.0)	11 (35.5)
Hipercolesterolemia	219 (39.1)	15 (48.4)
Antecedentes quirúrgicos	484 (85.8)	21 (70.0)

Respecto a los antecedentes quirúrgicos un 85.8% de las mujeres ha sido intervenida, de ellas un 12.2% ha sido intervenida más de cinco veces. En los hombres un 70% ha sido intervenido, un 5% más de seis veces.

Historia ginecológica.

Un 88.1% de las mujeres tiene hijos, un 19.1% tiene un hijo, un 46.9% tiene dos y un 14.6% tres, un 7.6% de las mujeres tiene cuatro o más hijos. Un 36.3% ha tenido al menos un aborto.

Respecto a la menopausia de las 592 mujeres, un 54.4% la tiene y de éstas un 7.1% la ha tenido precozmente (antes de los 40 años) y tardía un 31%.

Historia de la fibromialgia.

Un 85% de mujeres y un 80.6% de hombres estaban diagnosticadas de fibromialgia, antes de iniciar el tratamiento en la Unidad. En ambos casos el primer diagnóstico lo realizó el médico de atención primaria (Tabla 15).

Tabla 15. Quién realizó el diagnóstico

Especialidad médica	Mujeres n (%)	Hombres n (%)
Medicina Interna	91 (17.4)	2 (7.7)
Atención Primaria	328 (62.8)	14 (53.8)
Reumatología	37 (7.1)	3 (11.5)
Rehabilitación	17 (3.3)	2 (7.7)
Unidad de dolor	10 (1.9)	2 (7.7)
Traumatología	14 (2.7)	1 (3.8)
Otros	25 (4.2)	2 (7.7)
Total	522 (100)	26 (100)

Un 51.1% de las mujeres tiene antecedentes familiares de dolor y un 15.4% tiene antecedentes familiares de fibromialgia. Respecto a los hombres un 51.6% tiene antecedentes familiares de dolor y el 22.6% antecedentes familiares de fibromialgia.

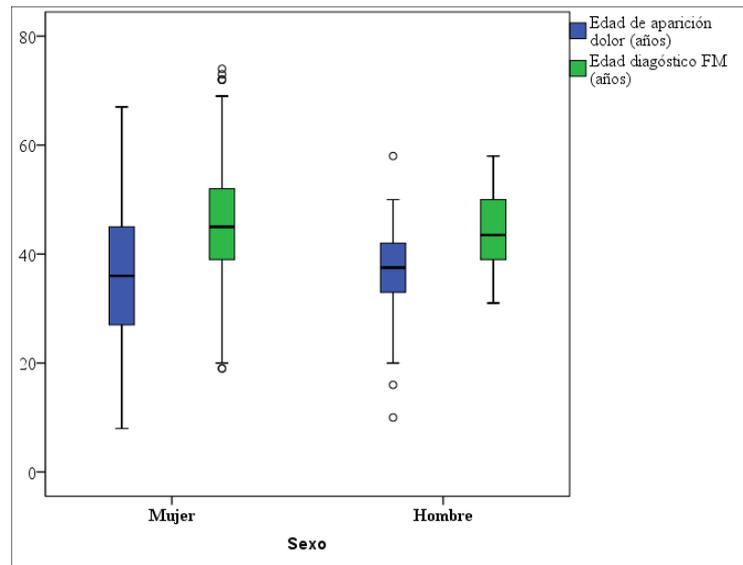
La edad de aparición del dolor en ambos sexos es en el caso de las mujeres 34.5 años y en los hombres 36.2 años y respecto a la edad del diagnóstico de fibromialgia hay una diferencia de 1.5 años, en las mujeres a los 45.6 años y en los hombres a los 44.1 (Tabla 16 y Gráfico 10).

Tabla 16. Historia de la fibromialgia

(Años)	Media	DT	IC 95%	Mín.	Máx.	Asi	Curt	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅
Mujeres										
Edad ap dolor	34.5	12.7	[33.4-35.6]	8	67	-0.3	-0.5	27.0	35.0	45.0
T desde dolor	16.7	12.3	[15.7-17.8]	0.3	52.9	0.9	0.1	7.0	13.0	24.4
Edad dx FM	45.6	9.7	[44.7-46.4]	19	74	0.1	-0.0	39.0	45.0	52.0
T dx FM	5.7	5.8	[5.2-6.2]	0.0	40.1	1.8	4.6	1.4	3.4	8.3
Hombres										
Edad ap dolor	36.2	11.3	[31.6-40.8]	10	58	-0.5	0.1	29.5	38.5	42.8
T desde dolor	10.8	9.3	[7.1-14.6]	0.5	39.9	1.5	2.6	4.3	7.3	15.9
Edad dx FM	44.1	7.2	[41.2-47.2]	31	58	0.2	-0.8	38.8	43.5	50.3
T dx FM	2.9	4.6	[1.0-4.7]	0.0	17.3	2.6	5.9	38.8	43.5	50.3

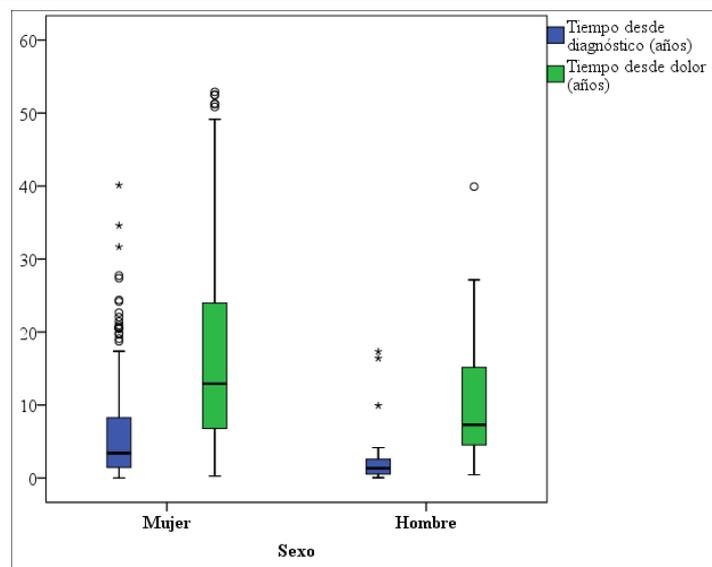
N_{Mujeres}= 507; N_{Hombres}= 26; ap= Aparición; T= Tiempo; Dx= Diagnóstico; FM= Fibromialgia; DT= desviación típica; Mín= Mínimo; Máx= Máximo; Asi=Asimetría; Curt=Curtosis; P=Percentil.

Gráfico 10. Edad de aparición del dolor y edad del diagnóstico de fibromialgia por sexo



Respecto al tiempo desde el diagnóstico de fibromialgia y al tiempo desde el dolor sí hay diferencias destacables entre ambos sexos. El tiempo desde el diagnóstico en las mujeres es de 5.7 años, respecto a los 2.9 años en los hombres. El tiempo desde el dolor en las mujeres es de 16.7 años, respecto a los 10.8 años en los hombres (Tabla 16 y Gráfico 11).

Gráfico 11. Tiempo desde diagnóstico y Tiempo desde el dolor por sexo



Características del dolor.

Un 94.2% de las mujeres tiene una frecuencia de dolor diaria, frente a más de tres veces por semana (3.1%) o más de 14 días al mes (2.7%). En los hombres un 93.8% tiene una frecuencia de dolor diaria, frente a más de tres veces por semana y más de 14 días al mes (3.1%).

Respecto de los síntomas que acompañan al dolor, los participantes seleccionaron entre 0 y 18 síntomas. El número de factores que alivian o que empeoran el dolor muestra valores de 1 a 6 (Tabla 17).

Tabla 17. Características del dolor

	N	Mí	Máx	Media	DT	Md	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅
Mujeres									
Nº Sínt acompañan dolor	589	0	18	12,2	2,7	14	10.0	12.0	14.0
Nº Fact alivian el dolor	363	1	6	2,2	1,1	2	1.0	2.0	3.0
Nº Fact empeoran dolor	414	1	6	3,2	1,3	3	2.0	3.0	4.0
Hombres									
Nº Sínt acompañan dolor	32	5	17	12,4	2,7	11	11.0	13.0	14.0
Nº Fact alivian el dolor	24	1	4	2,0	1,0	1	1.0	2.0	3.0
Nº Fact empeoran dolor	25	1	6	3,6	1,5	5	2.0	4.0	5.0

Nº Sínt.= Número de síntomas; Nº Fact= Número de Factores; Mí= Mínimo; Máx.= Máximo; DT= Desviación Típica; Md=Moda; P=Percentil.

Entre los factores que alivian el dolor en las mujeres, el reposo, el tratamiento médico y el calor son los factores seleccionados con mayor frecuencia, independientemente del número de factores totales que alivian el dolor. La relajación fue seleccionada con mayor frecuencia que el tratamiento farmacológico, cuando el número de factores que alivian son cuatro (Tabla 18).

Tabla 18. Factores que alivian el dolor según el número de factores seleccionados en mujeres

Factores	N° de factores que alivian el dolor n (%)						Total
	1	2	3	4	5	6	
Reposo	26 (24.1)	69 (54.8)	51 (60.7)	30 (90.9)	9 (90.0)	2 (100)	187
Tratamiento médico	36 (33.3)	61 (48.5)	53 (63.1)	21 (63.6)	8 (80.0)	2 (100)	181
Calor	22 (20.4)	48 (46.0)	63 (75.0)	29 (87.8)	9 (90.0)	2 (100)	173
Relajación	11 (10.2)	20 (15.9)	41 (48.8)	25 (75.7)	8 (80.0)	2 (100)	107
Ejercicio	4 (3.7)	24 (19.1)	19 (22.7)	23 (39.4)	7 (70.0)	2 (100)	79
Ttos. alternativos	2 (1.9)	10 (7.9)	12 (14.3)	8 (24.3)	6 (60.0)	2 (100)	40
Otros	6 (5.6)	6 (4.8)	10 (11.9)	4 (12.1)	3 (30.0)	0 (0.0)	29
Frío	1 (0.9)	4 (3.2)	3 (3.6)	2 (6.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10
Total (*)	108 (100)	126 (100)	84 (100)	33 (100)	10 (100)	6 (100)	

(*) Número de sujetos que ha seleccionado cada número de factores.

En los hombres cuando son tres el número de factores que alivian, la relajación alcanza un porcentaje mayor que el tratamiento médico y el calor (Tabla 19).

Tabla 19. Factores que alivian el dolor según el número de factores seleccionados en hombres

Factores	Nº factores que alivian el dolor n (%)				Total
	1	2	3	4	
Reposo	3 (3.3)	4 (57.1)	5 (83.3)	2 (100)	14
Tratamiento médico	4 (4.4)	2 (28.6)	3 (50.0)	2 (100)	11
Relajación	0 (0.0)	2 (28.6)	5 (83.3)	1 (50.0)	8
Calor	0 (0.0)	2 (28.6)	3 (50.0)	2 (100)	7
Otros	1 (11.1)	3 (42.9)	0 (0.0)	1 (50.0)	5
Ejercicio	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (33.4)	0 (0.0)	2
Ttos. alternativos	1 (1.1)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2
Frío	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
Total (*)	9 (100)	7 (100)	6 (100)	4 (100)	

(*) Número de sujetos que ha seleccionado cada número de factore

Hay un 69.9% (N=414) de mujeres que sufre un empeoramiento del dolor y en los hombres un 78.1% (N=25). El número de factores que empeoran el dolor muestra valores de 1 a 6.

Los factores que empeoran el dolor en las mujeres son prioritariamente los sobrefuerzos, el estrés, los disgustos y el frío (Tabla 20).

Tabla 20. Factores que empeoran el dolor en las mujeres

Factores	N° de factores que empeoran el dolor n (%)						Total
	1	2	3	4	5	6	
Sobrefuerzos	26 (33.3)	46 (63.9)	101 (87.9)	100 (92.6)	47 (94.0)	17 (94.4)	337
Estrés	4 (8.0)	25 (34.7)	88 (75.9)	99 (91.7)	49 (98.0)	17 (94.4)	282
Disgustos	4 (8.0)	22 (30.5)	70 (60.3)	94 (87.0)	50 (100.0)	17 (94.4)	257
Frío	4 (8.0)	23 (31.9)	50 (43.1)	83 (76.9)	46 (92.0)	16 (88.9)	222
Reposo	4 (8.0)	6 (8.3)	11 (9.5)	18 (16.7)	19 (38.0)	13 (72.2)	71
Otros	5 (10.0)	8 (11.1)	12 (10.4)	16 (14.9)	16 (32.0)	8 (44.4)	65
Ejercicio	2 (4.0)	8 (11.1)	12 (10.3)	15 (13.9)	16 (32.0)	9 (50)	62
Calor	1 (2.0)	6 (8.4)	4 (3.4)	7 (6.5)	7 (14.0)	11 (61.2)	36
Total (*)	50 (100)	72 (100)	116 (100)	108 (100)	50 (100)	18 (100)	

(*) Número de sujetos que ha seleccionado cada número de factores.

Respecto a los hombres los factores que más empeoran el dolor son los mismos que en las mujeres pero seleccionados en distinto orden, son los sobrefuerzos, los disgustos, el estrés y el frío (Tabla 21).

Tabla 21. Factores que empeoran el dolor en los hombres

Factores	Nº de factores que empeoran el dolor n (%)						Total
	1	2	3	4	5	6	
Sobrefuerzos	0 (0.0)	4 (66.7)	3 (100)	5 (100)	7 (87.5)	1 (100)	20
Disgustos	0 (0.0)	1 (16.7)	4 (66.7)	5 (100)	8 (100)	1 (100)	19
Estrés	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100)	4 (80.0)	8 (100)	1 (100)	16
Frío	2 (100)	3 (50.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	7 (87.5)	1 (100)	15
Ejercicio	0 (0.0)	1 (16.7)	2 (33.3)	1 (20.0)	3 (37.5)	1 (100)	8
Reposo	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	1 (20.0)	4 (50.0)	1 (100)	7
Otros	0 (0.0)	2 (33.4)	0 (0.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	4
Calor	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (25.0)	0 (0.0)	2
Total (*)	2 (100)	6 (100)	3 (100)	5 (100)	8 (100)	1 (100)	

(*) Número de sujetos que ha seleccionado cada número de factores.

Otros síntomas que acompañan al dolor.

Los síntomas predominantes que acompañan al dolor en las mujeres son el cansancio (97.4%), los problemas para conciliar y mantener el sueño (94.4%), la rigidez (90.9%) y los problemas de concentración (90%). En los hombres un 96.8% presenta rigidez, cansancio y problemas para conciliar y mantener el sueño (Tabla 22).

Tabla 22. Otros síntomas que acompañan al dolor

Síntomas	Mujeres n (%)	Hombres n (%)
Rigidez	529 (90.9)	31 (96.9)
Cefaleas	465 (79.4)	25 (80.6)
Hormigueo	512 (87.7)	28 (87.5)
Mareos	397 (68.9)	26 (81.3)
Hinchazón abdominal	414 (75.5)	19 (65.5)
Gases	417 (75.0)	25 (80.6)
Digestiones pesadas	363 (65.4)	24 (77.4)
Estreñimiento	384 (65.9)	14 (45.2)
Diarrea	173 (31.3)	18 (58.1)
Molestias abdominales	74 (78.7)	2 (6.3)
Dolor temporo-mandibular	35 (54.7)	3 (9.4)
Cansancio	568 (97.4)	31 (96.9)
Problemas conciliar el sueño	553 (94.4)	31 (96.9)
Problemas mantener el sueño	553 (94.4)	31 (96.9)
Síntomas alérgicos (picores)	380 (65.6)	20 (62.5)
Hinchazón de cara y manos	347 (62.6)	15 (48.4)
Problemas de memoria	498 (85.6)	26 (81.3)
Problemas de concentración	522 (90.0)	28 (87.5)

4. Variables de percepción de estado de salud.

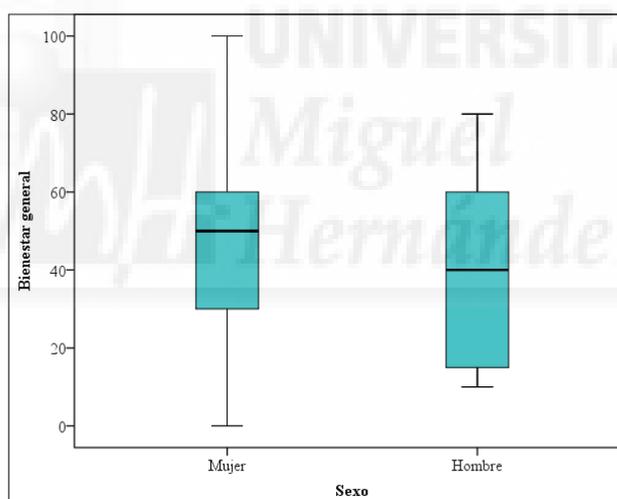
La media de la percepción del estado de salud en las mujeres es de 44.6 y en los hombres inferior, de 38.9 (Tabla 25 y Gráfico 12).

Tabla 23. Percepción de estado de salud

	Media	DT	IC 95%	Mín.	Máx.	Asi	Curt	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅
Mujeres										
E. salud	44.6	22.3	[42.8-46.4]	0	100	-0.0	-0.5	30.0	50.0	60.0
Imp. FM	73.2	13.0	[72.2-74.3]	19.5	100	-0.6	0.3	65.1	74.4	83.2
Hombres										
E. salud	38.9	21.8	[38.9-46.8]	10	80	-0.0	-1.2	12.5	40.0	60.0
Imp. FM	76.2	12.2	[71.7-80.6]	53.6	99.6	0.2	-0.8	67.2	73.8	86.5

N_{Mujeres}= 585; N_{Hombres}= 32; E= Estado; Imp.= Impacto; FM= Fibromialgia; DT = Desviación Típica; IC= Índice de Confianza; Min.= Mínimo; Máx.= Máximo; Asi.= Asimetría; Curt.= Curtosis; P= Percentil.

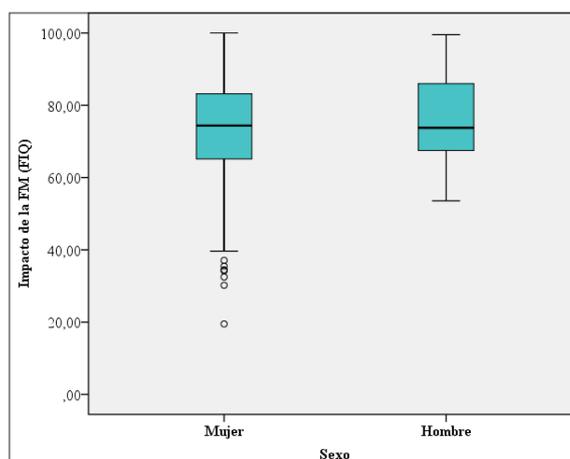
Gráfico 12. Percepción de estado de salud en mujeres-hombres



La media del impacto percibido de la fibromialgia en las mujeres es de 73.2 y en los hombres de 76.2 (Tabla 23 y Gráfico 13).

De las mujeres, un 86.5% presenta un impacto severo (puntuación ≥ 59), en un 12.3% impacto moderado ([39-59]) y un 1.2% leve (< 39). Respecto a los hombres en un 93.8% el impacto es severo y en el resto moderado.

Gráfico 13. Impacto percibido de la FM en mujeres-hombres



Síntomas.

Intensidad del dolor actual y media en las dos últimas semanas.

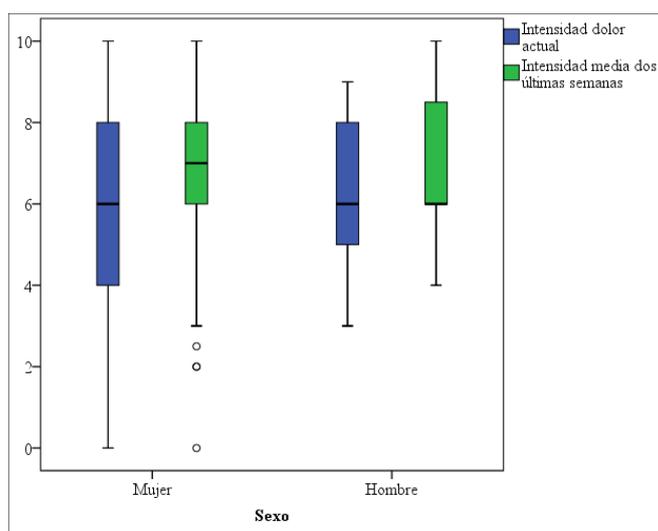
La intensidad de dolor actual en ambos sexos coincide, es de 5.9 y la media de dolor en las dos últimas semanas en las mujeres es 7.0 y en los hombres 6.9 (Tabla 24).

Tabla 24. Intensidad de dolor actual y media en las 2 últimas semanas

	Media	DT	IC 95%	Mín.	Máx.	Asi.	Curt	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅
Mujeres										
Int dolor actual	5.9	1.9	[5.8-6.1]	0.0	10.0	0.1	-0.3	4.0	6.0	8.0
Int 2 últ sem	7.0	1.9	[6.9-7.2]	0.0	10.0	-0.3	-0.4	6.0	7.0	8.0
Hombres										
Int dolor actual	5.9	1.8	[5.3-6.6]	3.0	9.0	-0.0	-1.1	4.9	5.8	8.0
Int 2 últ sem	6.9	1.8	[6.8-7.5]	4.0	10.0	0.1	-1.1	5.9	6.0	8.3

N Mujeres= 550; N Hombres= 30; Int= Intensidad; últ sem= última semana; DT = Desviación Típica; IC= Índice de Confianza; Mín.= Mínimo; Máx.= Máximo; Asi.=Asimetría; Curt.=Curtosis; P=Percentil.

Gráfico 14. Intensidad de dolor actual y media en las 2 últimas semanas por sexo



Intensidad de fatiga actual y media en las dos últimas semanas.

La intensidad de fatiga actual en ambos sexos es similar, en las mujeres de 6.3 y en los hombres de 6.6 y la media de fatiga en las dos últimas semanas en las mujeres es 7.2 y en los hombres 7.1 (Tabla 25).

Tabla 25. Intensidad de fatiga actual y media en las 2 últimas semanas

	Media	DT	IC 95%	Mín.	Máx.	Asi	Curt	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅
Mujeres										
Int fatiga act	6.3	2.1	[6.1-6.5]	0.0	10.0	-0.1	-0.4	5.0	6.0	8.0
Int 2 últ sem	7.2	2.0	[7.1-7.4]	0.0	10.0	-0.7	0.3	6.0	8.0	9.0
Hombres										
Int fatiga act	6.6	2.2	[5.8-7.4]	2.0	10.0	-0.2	-0.4	5.0	6.0	8.0
Int 2 últ sem	7.1	2.0	[6.4-7.9]	4.0	10.0	-0.1	-1.2	5.0	7.0	9.0

N_{Mujeres}=550; N_{Hombres}=30; Int= Intensidad; últ sem.= última semana; DT = Desviación Típica; IC= Índice de Confianza; Min.= Mínimo; Máx.= Máximo; Asi.=Asimetría; Curt.=Curtosis.

Gráfico 15. Intensidad de fatiga actual y media en las 2 últimas semanas por sexo

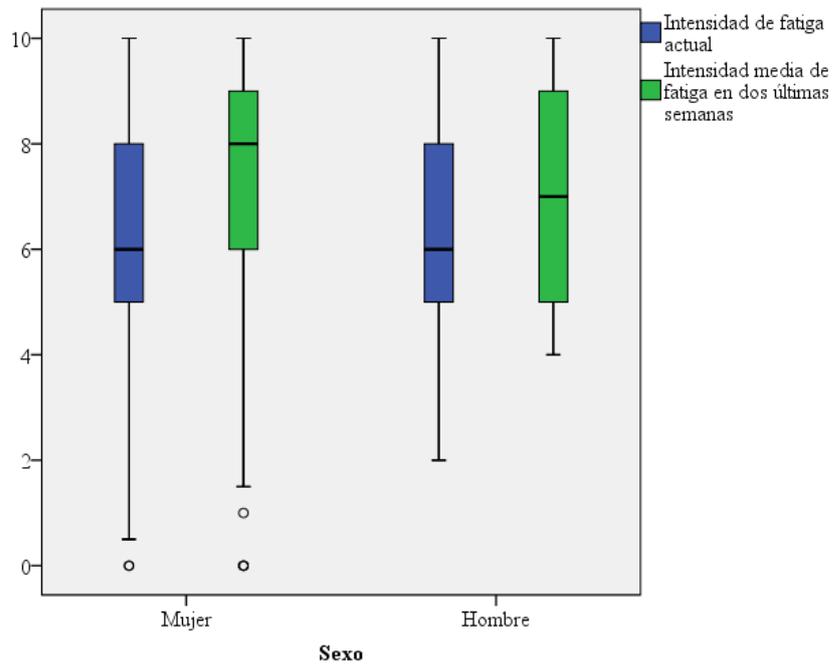


Gráfico 16. Síntomas en mujeres (dolor y fatiga)

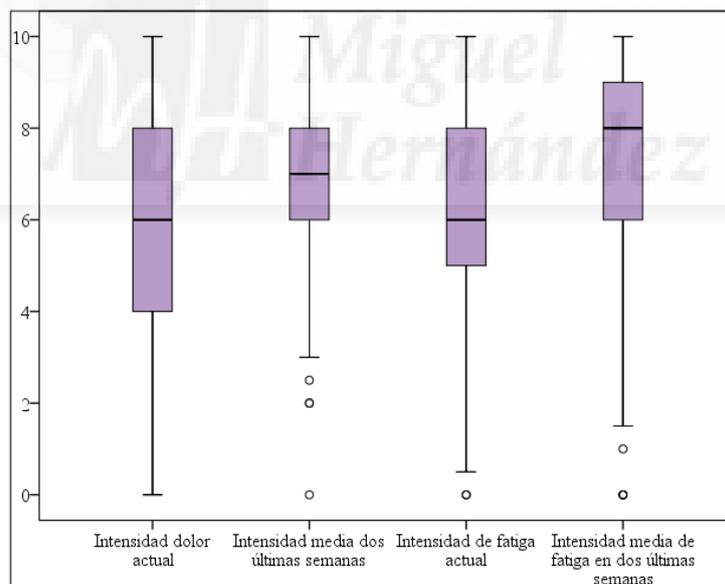
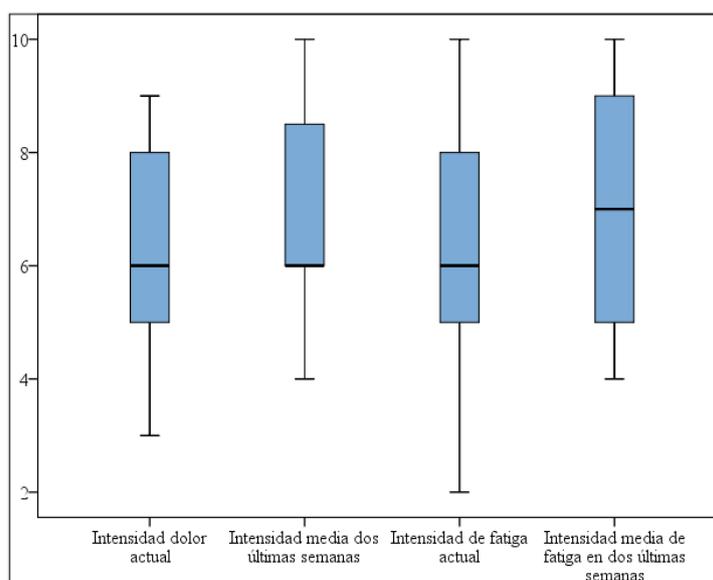


Gráfico 17. Síntomas en hombres (dolor y fatiga)



Estado funcional.

Discapacidad percibida.

La media de la discapacidad percibida, medida mediante el primer ítem del FIQ, en las mujeres es de 4.2 y en los hombres de 5.9 (N Mujeres=590, N Hombres=30). (Tabla 26).

La media de la discapacidad percibida, medida a través del FHAQ, en ambos sexos es de 1.3 (N Mujeres=592, N Hombres=32).

Tabla 26. Discapacidad percibida

	Media	DT	IC 95%	Mín.	Máx.	Asi	Curt	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅
Mujeres										
D percibida (1 ^{er} ítem FIQ)	4.2	2.4	[4.0-4.4]	0.0	10.0	0.1	-0.7	2.5	4.2	5.9
D. percibida (FHAQ)	1.3	0.5	[1.3-1.4]	0.0	3.0	0.8	0.2	0.9	1.3	1.8
Hombres										
D percibida (1 ^{er} ítem FIQ)	5.9	2.4	[5.1-6.9]	0.0	10.0	-0.5	0.1	4.5	6.1	7.9
D. percibida (FHAQ)	1.3	0.6	[1.1-1.5]	0.1	2.6	0.5	0.4	0.9	1.2	1.5

D= Discapacidad DT = Desviación Típica; IC= Índice de Confianza; Min.= Mínimo; Máx.= Máximo; Asi.=Asimetría; Curt.=Curtosis; P= Percentil.

Gráfico 18. Discapacidad percibida (FIQ) en mujeres-hombres

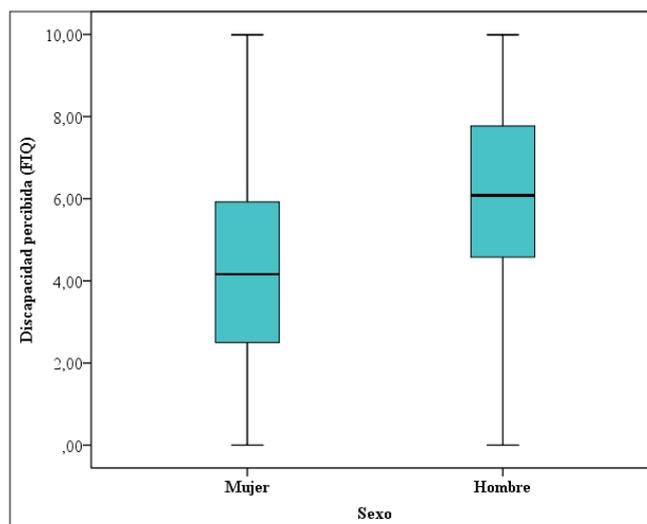
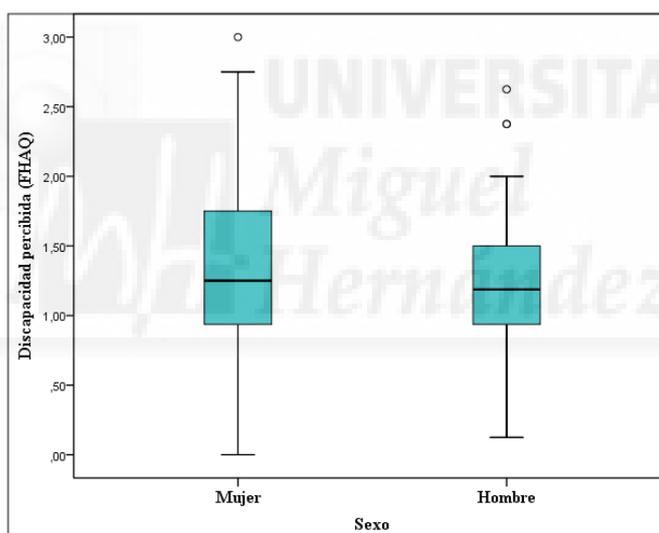


Gráfico 19. Discapacidad percibida (FHAQ) en mujeres-hombres



Estado emocional

Depresión y Ansiedad Estado.

La media de depresión en las mujeres es de 22.9 y en los hombres de 25.5 (Tabla 27 y Gráfico 20). De las mujeres un 27.2% presenta una afectación grave ([30-63]), un 34.3% afectación moderada ([19-29]) y un 38.5% leve ([10-18]). Además, un 50% sobrepasa el valor

21, o punto de corte recomendado para personas con dolor crónico. Respecto a los hombres el 37.5% una afectación grave, un 28.1% moderada y un 34.4% leve; y un 59% puntúa por encima de 21.

La media de la ansiedad estado en las mujeres es de 34.9 y en los hombres de 35.4 (Tabla 27 y Gráfico 21). En las mujeres, un 86.3% puntúa por encima de 22, que es el valor del P₅₀ de la población general adulta de mujeres; y un 70% de nuestra muestra puntúa por encima de 31, que es el valor del P₇₅ en población general adulta.

La media de la ansiedad estado en los hombres es 35.4. En la muestra de hombres, excepto en un sujeto, el resto tiene un valor mayor que 19, que es el P₅₀ de la población general adulta de hombres; y el valor del P₅₀ de nuestra muestra (32.5) se corresponde con el valor P₈₅ de la población general (Tabla 27 y Gráfico 21).

Tabla 27. Depresión y Ansiedad Estado-Rasgo

	Media	DT	IC 95%	Mín	Máx	Asi	Curt	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅
Mujeres										
Depresión	22.9	9.9	[22.1-23.7]	2.0	58.0	0.5	-0.1	16.0	21.0	30.0
Ansiedad Estado	34.9	11.2	[34.0-35.8]	4.0	60.0	-0.1	-0.5	27.0	36.0	43.0
Ansiedad Rasgo	37.4	10.0	[36.6-38.2]	10.0	60.0	-0.3	-0.4	31.0	37.5	45.0
Hombres										
Depresión	25.5	10.8	[21.6-29.4]	9.0	47.0	0.4	-0.9	16.3	23.5	33.5
Ansiedad Estado	35.4	10.0	[31.8-39.0]	18.0	56.0	0.4	-0.7	28.2	32.5	45.0
Ansiedad Rasgo	38.1	10.7	[34.3-42.0]	18.0	57.0	-0.1	-0.1	28.3	38.0	47.8

N_{Mujeres}=592, N_{Hombres}=32; DT = Desviación Típica; IC= Índice de Confianza; Min= Mínimo; Máx= Máximo; Asi.=Asimetría; Curt.=Curtosis; P= Percentil.

Gráfico 20. Depresión (BDI) en mujeres-hombres

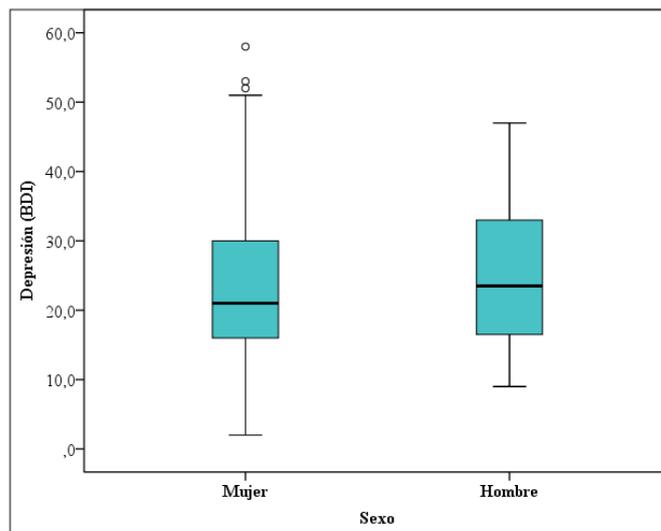
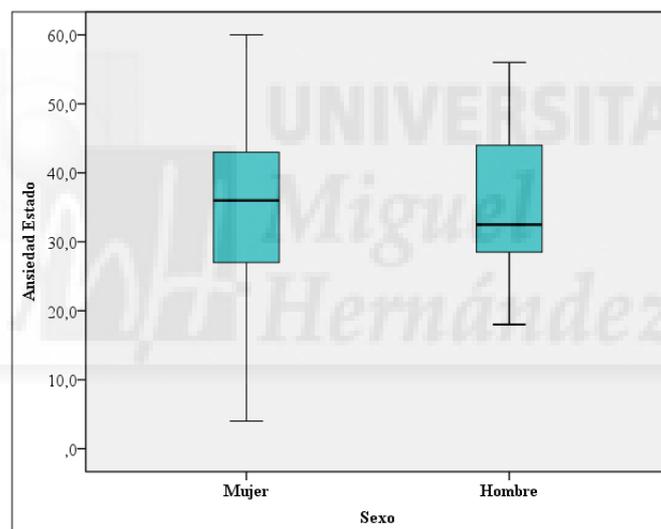


Gráfico 21. Ansiedad Estado (STAI-E) en mujeres-hombres



Variables psicológicas.

Ansiedad-rasgo.

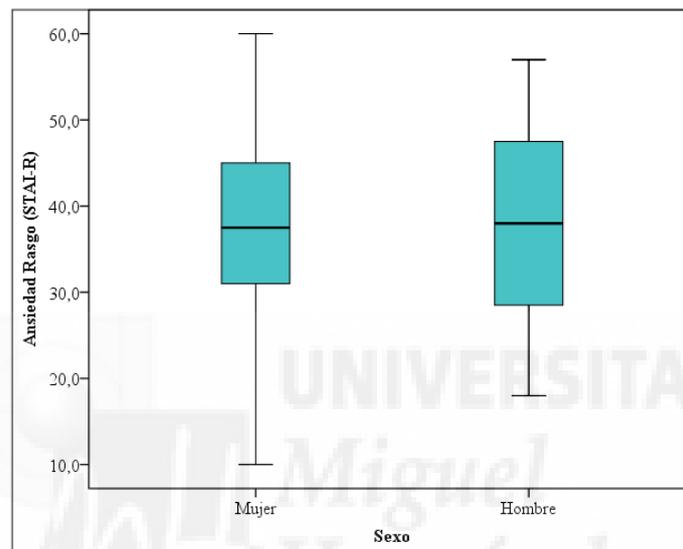
La media de la ansiedad rasgo en las mujeres es de 37.4 y en los hombres de 38.1 (Tabla 27 y Gráfico 22).

La media de la ansiedad rasgo en las mujeres es de 37.4 (Tabla 27). En las mujeres, un 91% puntúa por encima de 22, que es el valor del P_{50} de la población general adulta de mujeres;

y un 80% de nuestra muestra puntúa por encima de 29, que es el valor del P₇₅ en población general adulta (Gráfico 22).

La media de la ansiedad estado en los hombres es 38.1 (Tabla 27). En la muestra de hombres, excepto en un sujeto, el resto tiene un valor mayor que 19, que es el P₅₀ de la población general adulta de hombres; y un 69% puntúa por encima de 29, que se corresponde con el valor P₈₅ de la población general (Gráfico 22).

Gráfico 22. Ansiedad Rasgo mujeres-hombres



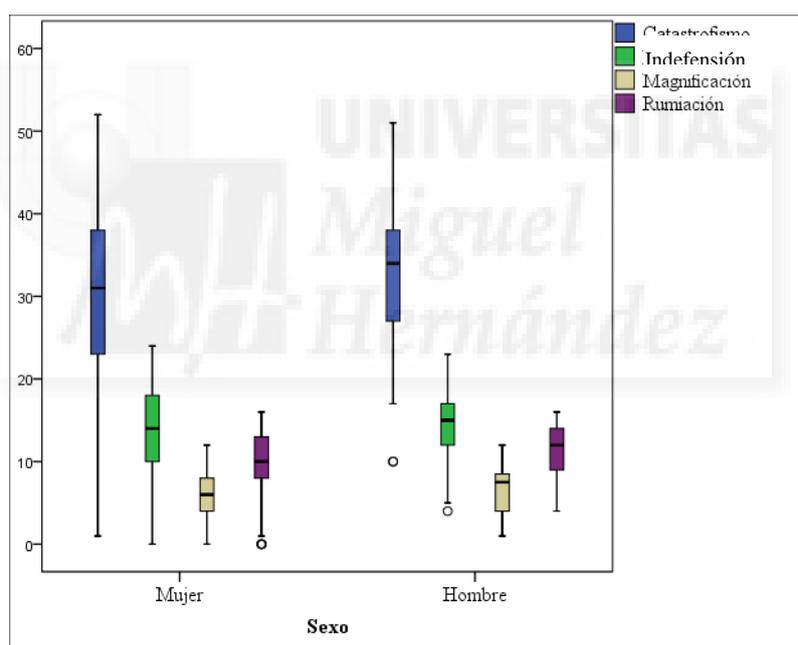
Pensamiento catastrofista.

La media del pensamiento catastrofista en las mujeres es de 30.3 y en los hombres de 32.3. Un 33% de las mujeres y un 63% de los hombres puntúan por encima de 35, que es el valor a partir del cual se establece peor pronóstico. Respecto a la indefensión en las mujeres 13.9 y en los hombres 14.5, la magnificación es similar en ambos sexos 6.2 en mujeres y 6.7 en los hombres y la rumiación 10.2 en las mujeres y 11.2 en los hombres (Tabla 28).

Tabla 28. Pensamiento catastrofista

	Media	DT	IC 95%	Mín.	Máx.	Asi	Curt	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅
Mujeres										
<i>Catastrofismo</i>	30.3	10.8	[29.4-31.1]	1.0	52.0	-0.2	-0.6	23,0	31,0	38,0
Indefensión	13.9	5.3	[13.4-14.3]	0.0	24.0	-0.3	-0.5	10,0	14,0	18,0
Magnificación	6.2	2.9	[5.9-6.4]	0.0	12.0	0.0	-0.7	4,0	6,0	8,0
Rumiación	10.2	3.6	[9.9-10.5]	0.0	16.0	-0.3	-0.5	8,0	10,0	13,0
Hombres										
<i>Catastrofismo</i>	32.3	10.0	[28.7-36.0]	10.0	51.0	-0.4	0.2	26,5	34,0	38,0
Indefensión	14.5	4.4	[12.9-16.0]	4.0	23.0	-0.3	0.4	12,0	15,0	17,0
Magnificación	6.7	2.9	[5.7-7.7]	1.0	11.0	-0.1	-0.7	4,0	7,5	8,8
Rumiación	11.2	3.6	[9.9-12.5]	4.0	16.0	-0.8	-0.3	8,5	12,0	14,0

N Mujeres=592, N Hombres=32; DT = Desviación Típica; IC= Índice de Confianza; Min.= Mínimo; Máx.= Máximo; Asi.=Asimetría; Curt.=Curtosis; P= Percentil.

Gráfico 23. Pensamiento catastrofista en mujeres-hombres

2. Efecto post-tratamiento en el estado de salud

Hemos analizado por sexo las diferencias obtenidas antes y después de la realización del programa. Hemos analizado los resultados en: estado de salud (percepción de estado de salud, e impacto percibido de la fibromialgia), síntomas, la discapacidad percibida y estado emocional. Respecto de los síntomas, sólo estudiamos el cambio en la percepción de dolor

actual, ya que no se dispone de datos del resto de síntomas en la evaluación posterior al programa.

Estado de salud

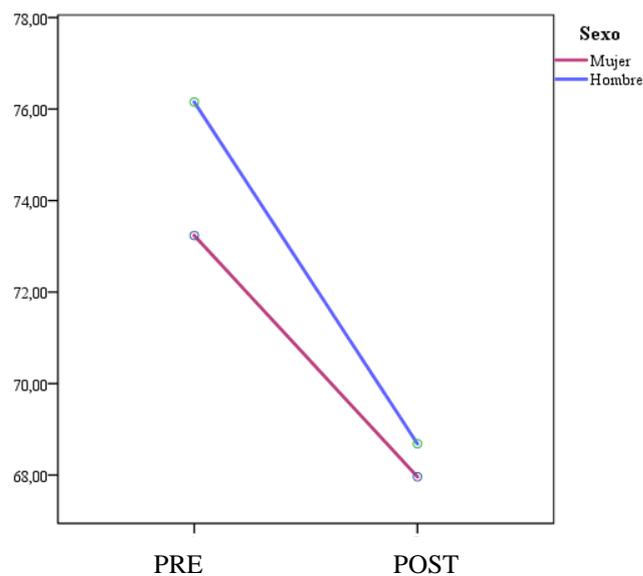
No hay cambios significativos en la percepción de estado de salud, pero en el impacto percibido de la fibromialgia hay cambios significativos en ambos sexos (Tabla 29 y Gráfico 24).

Tabla 29. Efectos post-tratamiento significativos en el estado de salud

	M (DT) T1	M (DT) T2	IC 95%	t	gl.	p
Mujeres						
Impacto FM	73.2 (13.0)	68.0 (17.8)	[3.9-6.7]	7.4	591	0.000
Intensidad dolor	6.0 (2.0)	6.5 (5.7)	[-1.1- -0.1]	-2.2	461	0.029
Ansiedad Estado	34.9 (11.2)	31.4 (12.7)	[2.5-4.4]	7.3	591	0.000
Depresión	22.9 (9.9)	20.3 (11.2)	[1.9-3.4]	7.0	591	0.000
Hombres						
Impacto FM	76.2 (12.2)	68.7 (16.2)	[2.7-12.2]	3.2	31	0.003
Depresión	25.5 (10.8)	21.8 (11.9)	[0.2-7.1]	2.2	31	0.038

M= Media; DT = Desviación Típica; IC= Índice de Confianza.

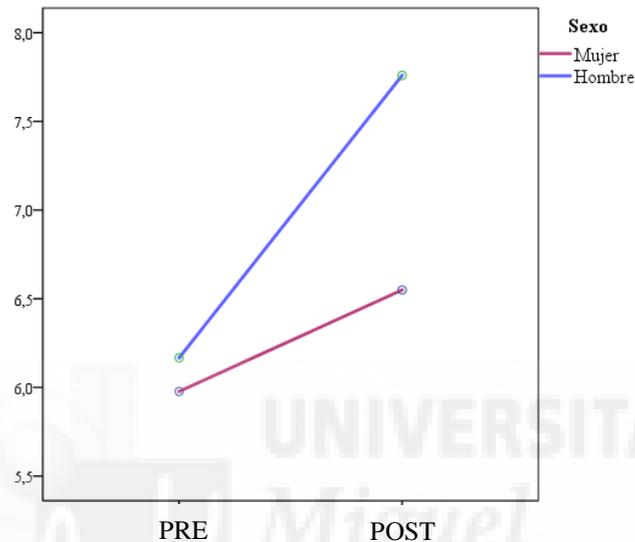
Gráfico 24. Evolución pre y post en el impacto de la fibromialgia por sexo



Síntomas

En las mujeres, la intensidad del dolor actual es mayor después del programa sin embargo, la diferencia estimada no es clínicamente significativa, ya que no excede 1 punto (Tabla 29).

Gráfico 25. Evolución pre y post en la intensidad de dolor por sexo



En la intensidad de fatiga actual y media no se producen cambios significativos ni en mujeres, ni en hombres.

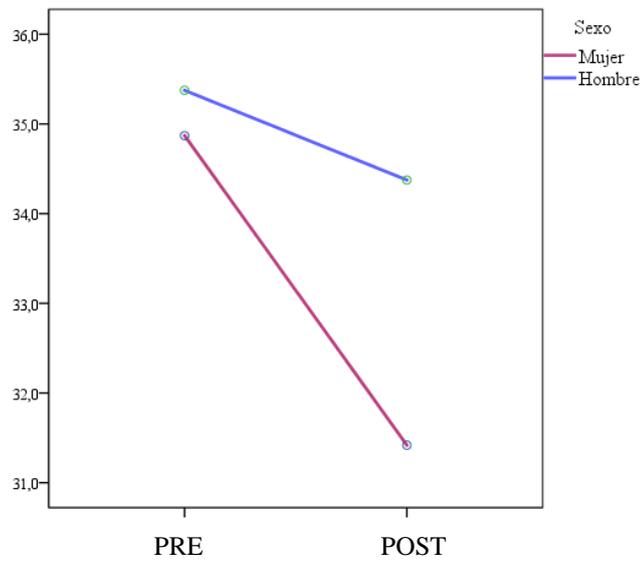
Estado funcional

No hemos encontrado diferencias en la discapacidad percibida, tanto evaluada con el FHAQ como con el primer ítem del FIQ.

Estado emocional

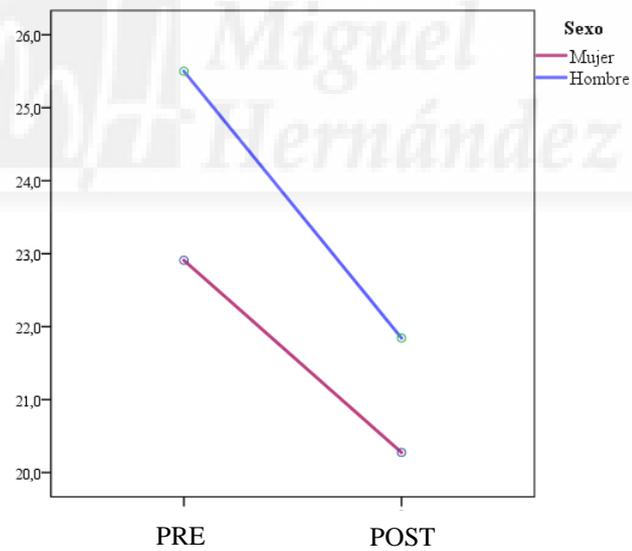
En la ansiedad estado se producen cambios significativos en las mujeres (Tabla 29 y Gráfico 26).

Gráfico 26. Evolución pre y post en ansiedad estado por sexo



Respecto a la depresión hay cambios significativos en ambos sexos (Tabla 29 y Gráfico 27).

Gráfico 27. Evolución pre y post en depresión por sexo



Efecto post-tratamiento en variables psicológicas

Hemos analizado las diferencias en pensamiento catastrofista y ansiedad como rasgo.

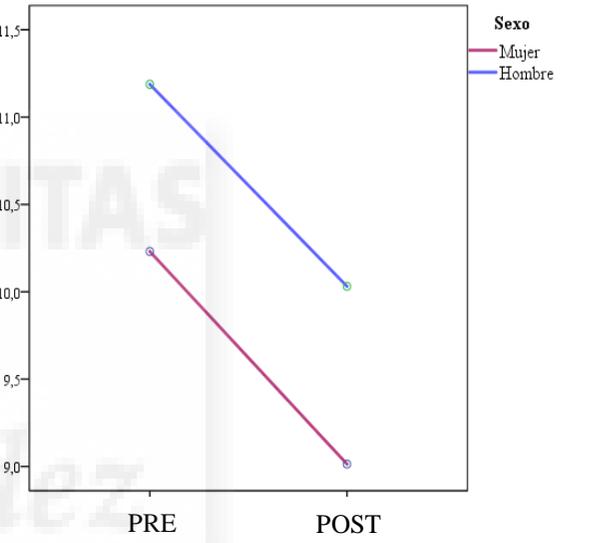
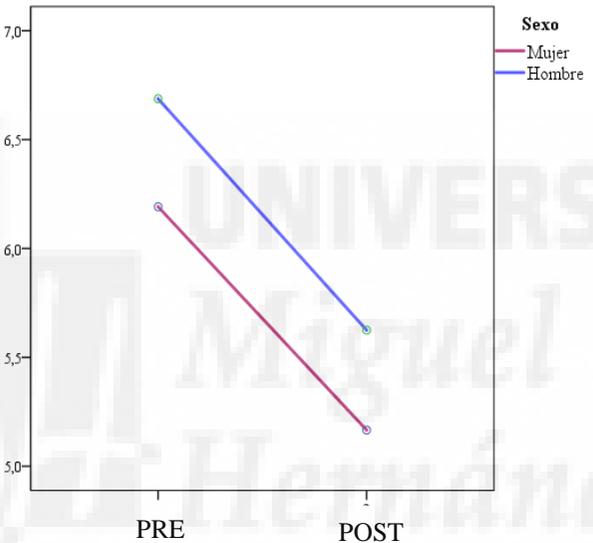
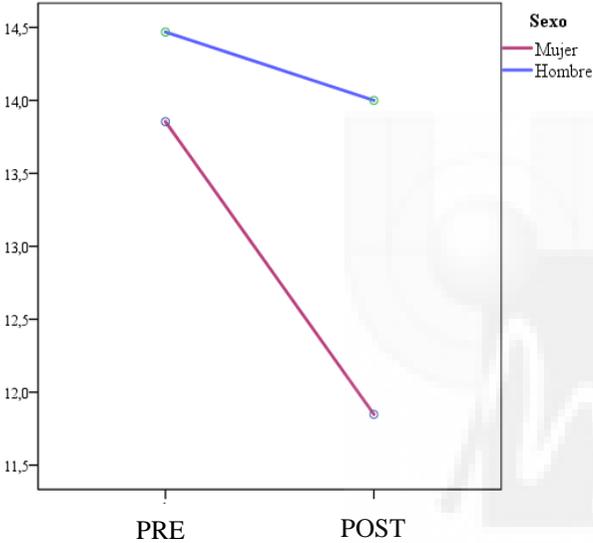
Respecto de la primera, se producen cambios significativos en la puntuación total en ambos sexos (Tabla 30). Considerando las dimensiones componentes del constructo, las mujeres presentan una disminución significativa en todas ellas, mientras que los hombres en magnificación y rumiación (Gráficos 28-30).

Tabla 30. Efectos post-tratamiento en las variables psicológicas

	M (DT) T1	M (DT) T2	IC 95%	t	gl.	p
Mujeres						
Catastrofismo	30.3 (10.8)	26.0 (11.5)	[3.5-5.1]	10.2	591	0.000
Indefensión	13.9 (5.3)	11.8 (5.6)	[1.6-2.4]	9.3	591	0.000
Magnificación	6.2 (2.9)	5.2 (3.0)	[0.8-1.3]	8.6	589	0.000
Rumiación	10.2 (3.6)	9.0 (3.8)	[0.9-1.5]	8.3	589	0.000
Ansiedad Rasgo	37.4 (10.)	34.4 (12.0)	[2.2-3.7]	7.5	591	0.000
Hombres						
Catastrofismo	32.3 (10.0)	29.7 (9.2)	[0.2-5.2]	2.2	31	0.038
Magnificación	6.7 (2.9)	5.6 (2.6)	[0.3-1.9]	2.7	31	0.012
Rumiación	11.2 (3.6)	10.0 (3.2)	[0.1-2.2]	2.3	31	0.028

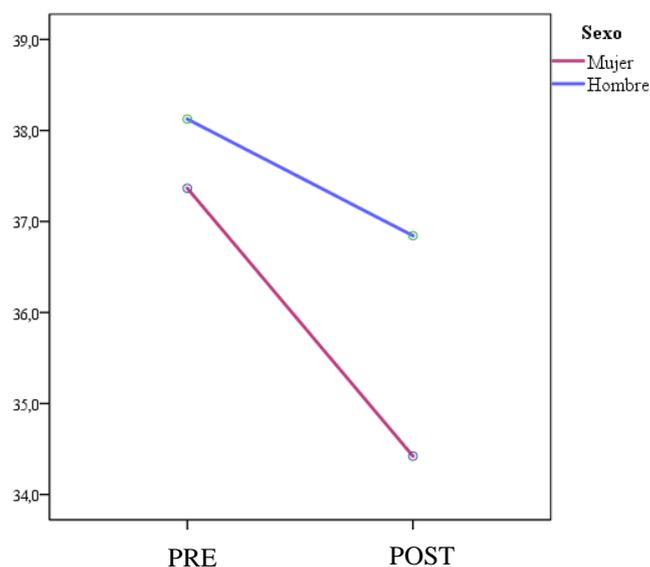
M= Media; DT = Desviación Típica; IC= Índice de Confianza

Gráfico 28: Evolución pre y post en indefensión **Gráfico 29: Evolución pre y post en magnificación** **Gráfico 30: Evolución pre y post en rumiación**



Con respecto a la ansiedad rasgo, en las mujeres también se observa un descenso en la puntuación media (Tabla 30 y Gráfico 31).

Gráfico 31. Evolución pre y post en ansiedad rasgo por sexo



3. Predictores del cambio

Para el análisis de los objetivos 3, 5 y 6 se utiliza la clasificación de sujetos en los que se produce un cambio clínico significativo frente a los que no, como variable dependiente binaria.

3.1 Efecto en el impacto de la fibromialgia.

Se realiza un análisis de regresión logística binaria para determinar predictores del cambio con la muestra de mujeres y se excluye a los hombres por ser una muestra pequeña.

La variable dependiente es la producción o no de cambio clínicamente significativo en el impacto de la fibromialgia. En nuestra muestra de mujeres un 69.1% obtiene cambios clínicamente significativos en el impacto de la fibromialgia (disminución de las puntuaciones al menos un 14% del impacto inicial (MSPSI, 2011)). Se excluyen para este análisis las 7 mujeres clasificadas en la categoría leve del impacto de la fibromialgia según el FIQ.

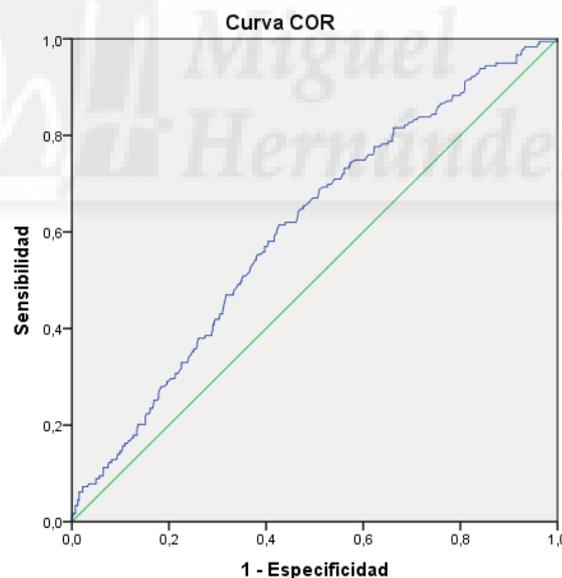
Se excluyen como predictores, por no cumplir el criterio de asociación con la variable dependiente ($p < 0.20$): nivel educativo, estado civil, situación laboral, APGAR, tiempo desde dolor, tiempo desde el diagnóstico, edad de aparición del dolor, edad al diagnóstico.

Se mantienen para su estudio como predictores: Edad, n° de síntomas que acompañan al dolor, categoría de FIQ inicial (moderado, grave) y catastrofismo.

Se prueban efectos modificadores: Edad x Categoría FIQ inicial, Edad x Catastrofismo, Categoría FIQ inicial x Catastrofismo y Número de síntomas que acompañan al dolor x Catastrofismo. No resulta significativa la inclusión del términos de interacción categoría FIQ inicial x catastrofismo (Chunk test: Prueba Ji cuadrado = 6.939; gl=5, p=0.225), ni se produce ningún cambio significativo si se elimina alguno de estos términos de interacción.

Finalmente, se prueba el modelo con los predictores seleccionados (edad, categoría FIQ inicial, número de síntomas y catastrofismo), empleando la significación de la prueba de razón de verosimilitud con el método BSTEP(LR). El mejor ajuste (prueba de Hosmer y Lemeshow: Chi-cuadrado =2.758, gl=8, p=0.949) excluye la edad y mantiene como predictores el número de síntomas que acompañan al dolor y la clasificación inicial de impacto de la fibromialgia (Tabla 31). El área bajo la curva muestra un nivel moderado de ajuste AUC=0.605 (IC95% 0.557-0.604) (Gráfico 32).

Gráfico 32. Predicción del cambio clínico en impacto de la fibromialgia



El catastrofismo permanece en el modelo como variable de control, pero no es un predictor significativo (IC95% [0.97 – 1.00]) (Tabla 31).

Tabla 31. Predicción del cambio clínico en impacto de la fibromialgia

	B	DT	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	IC 95%
Nº Síntomas	-0.9	0.0	6.8	1	0.009	0.9	[0.8-0.9]
FIQ Moderado/grave	1.1	0.3	10.5	1	0.001	3.1	[1.5-6.0]
Catastrofismo	-0.0	0.0	2.0	1	0.154	0.9	[0.9-1.0]
Constante	-0.3	0.5	0.5	1	0.701	0.7	

Así, la probabilidad de que se produzca un cambio clínico significativo con el programa multidisciplinar es 3 veces mayor si la mujer con fibromialgia tiene un impacto de su fibromialgia severo al inicio del programa (OR IC95% [1.6 y 6.0]). Y por cada síntoma que acompaña al dolor, la probabilidad de que se produzca un cambio significativo se multiplica por 0.91 (IC95% [0.86-0.98]), o expresado en sentido inverso, la probabilidad de que no se produzca un cambio significativo se multiplica por 1.09 (IC95% [1.02-1.17]) por cada síntoma que acompaña al dolor. Esto significa que el programa funciona mejor en las personas con impacto de fibromialgia severo y peor en las que tienen más síntomas que acompañan al dolor.

3.2 Efecto en la ansiedad.

Un el 62% de las pacientes mejoran en ansiedad estado. La puntuación inicial en ansiedad de las pacientes que mejoran con el programa es superior a la de las pacientes que no mejoran. El P₇₅ de la población general adulta de mujeres es 31. Este valor es el del P₂₅ de las pacientes que mejoran y el P₅₀ de las pacientes que no mejoran.

Para un 75% del grupo de mujeres que mejoran, este cambio supone un descenso de la ansiedad inicial de ≥ 4 puntos menos después del programa. Para un 50 % la mejora supone un descenso de ≥ 8 puntos de la ansiedad. Así, para el análisis predictivo, en el grupo de pacientes que sí mejoran se incluye las que inicialmente tienen una puntuación ≥ 31 y el cambio supone al menos 4 puntos de descenso en la ansiedad estado (Tabla 32).

Tabla 32. Ansiedad estado inicial

	N (%)	Media	DT	IC 95%	P ₅	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅	P ₉₅
No mejoran	224 (38.3)	30.9	11.1	[29.4-32.3]	13.3	23.0	31.0	38.0	49.0
Mejoran	361 (61.7)	37.5	10.4	[36.4-38.6]	18.1	31.0	39.0	45.0	54.0
STAI_E.2									
Mejoran	361	27.3	11.5		1.0	4.0	8.0	14.0	27.0

Se realiza el análisis de regresión logística para estudiar los predictores de mejoría o no en ansiedad.

Cumplen criterio para la exploración de la predicción: edad, estado civil, nivel educativo, Categoría de FIQ inicial (moderado, grave), nivel inicial de depresión, ansiedad estado inicial y Catastrofismo.

Se prueban efectos modificadores: Edad x Ansiedad, Categoría FIQ inicial x Catastrofismo, Nivel inicial de depresión, Ansiedad x Categoría FIQ inicial y Ansiedad inicial x Catastrofismo.

La inclusión de los términos de interacción es significativa (Chunk test: Prueba Ji cuadrado = 21.381; gl=5, p=0.000), resultando sólo significativa la inclusión del término Ansiedad inicial x Catastrofismo (p>0.001).

Se prueba el modelo con los predictores seleccionados: Edad, estado civil, nivel educativo, Categoría FIQ inicial, Ansiedad inicial, Catastrofismo y la interacción de estos dos últimos.

La solución final incluye como predictores significativos de la mejoría en ansiedad: la ansiedad inicial, el catastrofismo y la interacción de ambos (prueba de Hosmer y Lemeshow: Chi-cuadrado =45.729, gl=8, p< 0.001) (Tabla 33). El área bajo la curva muestra un nivel alto de ajuste AUC=0.804 (IC95% 0.770-0.839) (Gráfico 33).

Gráfico 33. Predicción del cambio en ansiedad estado

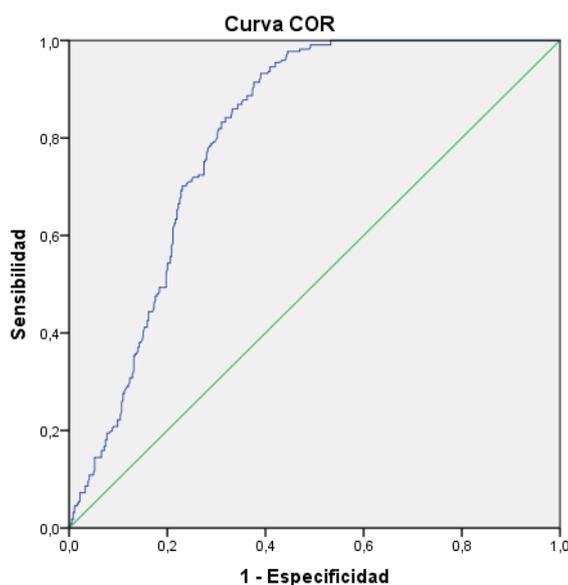


Tabla 33. Predicción del cambio clínico en la ansiedad estado

	B	DT	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	IC 95%
Ansiedad estado inicial	0.3	0.0	45.2	1	0.000	1.3	[1.2-1.4]
Catastrofismo	0.2	0.0	16.2	1	0.000	1.2	[1.1-1.3]
Ansiedad inicial x Catastrofismo	-0.0	0.0	19.8	1	0.000	1.0	[1.0-1.0]
Constante	-11.5	1.7	43.2	1	0.000	0.0	

Así, la probabilidad de que se produzca una mejoría en la ansiedad se multiplica por 1.3 (OR IC95% [1.2 y 1.4]) por cada unidad de ansiedad inicial, y por 1.2 (IC95% [1.1 y 1.3]) por cada unidad de catastrofismo. Es decir, que las mujeres muestran mejores efectos del programa en sus niveles de ansiedad cuanto mayor ansiedad y catastrofismo presentan al inicio.

3.3 Efectos en la depresión.

Se realiza la predicción sobre las mujeres que cambian de moderada-severa a leve y de grave a moderada-severa o a leve. Un 30,8% (N=180) de las mujeres mejora sus niveles de depresión. De ellas, un 56.6% (N=102) mejora desde nivel moderado-severo a leve; un 16.1% (N=29) desde nivel grave a leve; y un 27.2% (N=49) desde nivel grave a moderado-severo.

Cumplen criterios como posibles predictores: Categoría de FIQ inicial, Catastrofismo, Número de síntomas que acompañan al dolor, Ansiedad estado inicial, Nivel inicial de depresión.

Se prueban efectos modificadores: Categoría FIQ inicial x Catastrofismo, Ansiedad x Categoría FIQ inicial y Ansiedad inicial x Catastrofismo.

La inclusión de los términos de interacción es significativa (Chunk test: Prueba Ji cuadrado = 24.276; gl=1, $p < 0.001$), resultando sólo significativa la inclusión del término Ansiedad inicial x Catastrofismo ($p < 0.001$). Se prueba el modelo con los predictores seleccionados y esta interacción.

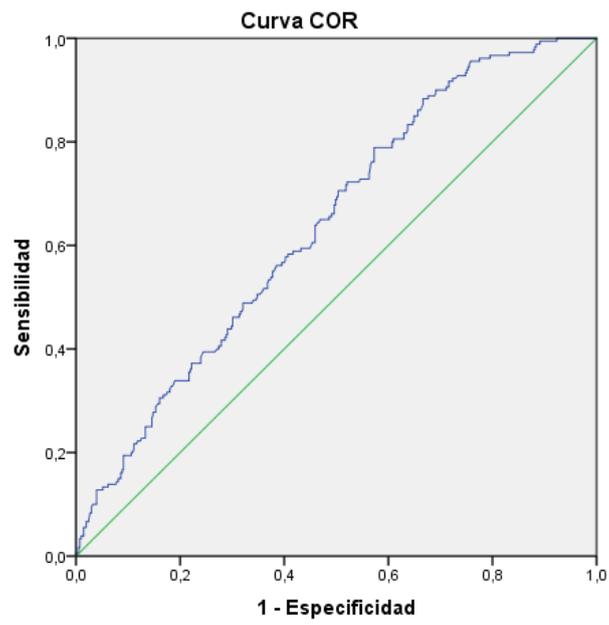
La solución final incluye como predictores significativos de la mejoría en depresión: la ansiedad inicial, el catastrofismo y la interacción de ambos (prueba de Hosmer y Lemeshow: Chi-cuadrado = 5.021, gl=8, $p < 0.755$) (Tabla 34). El área bajo la curva muestra un nivel alto de ajuste AUC=0.639 (IC95% 0.5930-0.686) (Gráfico 34).

Tabla 34. Predicción del cambio clínico en depresión

	B	DT	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	IC 95%
Ansiedad estado inicial	0.2	0.0	26.6	1	0.000	1.2	[1.1-1.3]
Catastrofismo	0.2	0.0	21.8	1	0.000	1.2	[1.1-1.3]
Ansiedad inicial x Catastrofismo	-0.0	0.0	21.1	1	0.000	1.0	[1.0-1.0]
Constante	-7.2	1.2	34.7	1	0.000	0.0	

Así, la probabilidad de que se produzca una mejoría en la depresión se multiplica por 1.2 (OR IC95% [1.1 y 1.3]) por cada unidad de ansiedad inicial, y por 1.2 (IC95% [1.1 y 1.3]) por cada unidad de catastrofismo. Es decir, que las mujeres muestran mejores efectos del programa en sus niveles de depresión cuanto mayor depresión y catastrofismo presentan al inicio.

Gráfico 34. Predicción del cambio en depresión





V. DISCUSIÓN

“El objetivo de toda discusión no debe ser el triunfo, sino el progreso.” Joseph Joubert



En el presente trabajo nos hemos centrado en identificar el perfil socio-demográfico y clínico de las personas que reciben tratamiento en un centro especializado (Unidad de Atención Integral a la Fibromialgia, Hospital de Sant Vicent) y en describir el efecto post-tratamiento del programa multidisciplinar en el estado de salud y en procesos psicológicos relevantes en la fibromialgia. Además, hemos estudiado los predictores del cambio clínico e identificado el grupo de personas que obtiene mayor beneficio en el tratamiento multidisciplinar.

Hemos organizado el contenido de la discusión en cinco puntos considerando los objetivos de trabajo así como sus limitaciones y fortalezas. En el primero de ellos se comentan los resultados obtenidos respecto de la identificación del perfil de las personas atendidas en la Unidad (objetivo 1). En el segundo, se valora el efecto post-tratamiento del programa en el estado de salud y en procesos psicológicos seleccionados (objetivos 2 y 4). En el tercero, nos centramos en el grupo de personas que obtienen mayor beneficio tras el tratamiento multidisciplinar considerando los predictores del cambio obtenido una vez finalizado el programa de tratamiento de la Unidad (objetivos 3, 5 y 6). Finalmente, comentamos las fortalezas y limitaciones del trabajo, así como las líneas futuras de investigación en el cuarto y quinto punto de esta discusión.

1. Identificar el perfil de las mujeres y hombres con fibromialgia

La población atendida en la Unidad de Fibromialgia del Hospital de Sant Vicent en el periodo estudiado (2005-2015) está compuesta mayoritariamente por mujeres, un 95% frente a un 5% de hombres. Estas cifras reproducen el perfil epidemiológico típico de la fibromialgia, con proporciones mayores de mujeres frente a hombres (Mas, Carmona, Valverde y Ribas, 2008; Villanueva et al., 2004). Debido al menor número de hombres diagnosticados de fibromialgia, la literatura se ha desarrollado básicamente en función de las mujeres. Únicamente siete estudios han analizado las posibles características diferenciales de la fibromialgia en función del sexo (Buskila, Neumann, Alhoashle y Abu-Shakra, 2000; Hooten, Townsend y Decker, 2007; Miró et al., 2012; Ruiz Pérez et al., 2007; Wolfe, Ross, Anderson y Russell, 1995; Yunus, Inanici, Aldag y Mangold, 2000; Yunus, Celiker y Aldag, 2004). Las características sociodemográficas y clínicas resultan similares en nuestra muestra de mujeres y hombres.

La Unidad atiende a adultos de mediana edad (51.2 años), de forma semejante a la media de edad recogida en estudios revisados que se sitúa entre 40 y 60 años (Häuser, et al., 2015; Miró, Diener, Martínez, Sánchez, y Valenza, 2012; Valverde et al., 2000). La mayoría de las personas que han acudido a la Unidad tiene estudios primarios, está casada/o, con uno o dos hijos y con una percepción de familia funcional. Este último dato contrasta con las afirmaciones de otros autores sobre la aparición de alteraciones familiares a distintos niveles (estructural, evolutivo y emocional) fruto de las dificultades propias del proceso de adaptación a la fibromialgia (Pascual, 2008; Vázquez, Ramírez y Zarco, 2000).

La mayor parte de nuestra muestra está activa laboralmente, destacando la escasa población en situación de incapacidad laboral transitoria o permanente (menos de un 1% en el caso de las mujeres y ningún hombre) con respecto a otros estudios (García-Bardón, Castel-Bernal, Vidal-Fuentes, 2006; Mayorga et al., 2010; Miró, Diener, Martínez, Sánchez, y Valenza, 2012; Ruiz Pérez, et al., 2007). Resulta llamativo este dato puesto que el contexto de atención que nos ocupa equivale al último escalón asistencial para estas personas, esta discrepancia puede ser debido a que al principio de la enfermedad se soliciten más bajas y después de años de evolución, se produzca una adaptación a la misma.

En nuestra población, más del 50% tiene antecedentes familiares de dolor tanto en hombres como en mujeres. Según Collado y Torres (2016) hay una predisposición genética a padecer los síntomas, que está ligada al género. Sin embargo, en este trabajo, prácticamente la misma proporción de hombres y mujeres tiene antecedentes familiares de dolor siendo algo mayor en el caso de los hombres respecto a la existencia de antecedentes de familiares con fibromialgia (22.6% frente al 15.4% de las mujeres). Este resultado está en la línea de la evidencia sobre la existencia de agregación familiar señalada por los mismo autores (el riesgo de padecer fibromialgia al tener un familiar de primer grado afecto es 8 veces mayor).

La mayoría de personas de nuestra muestra han sido diagnosticadas por atención primaria y han transcurridos 11 años desde la aparición del dolor y el diagnóstico en las mujeres y 8 en los hombres. Estos datos están en consonancia expuesto por la EULAR respecto del tiempo de diagnóstico.

A menudo se está más de 2 años para realizarse un diagnóstico, con un promedio de 3,7 consultas con diferentes médicos, derivaciones a especialistas y pruebas, resultando en

uso elevado de los profesional de la salud, de hasta 10 años antes del diagnóstico, en comparación con las personas que no tienen fibromialgia. (Macfarlane, et al., 2016, p.1)

Prácticamente todos los participantes en este estudio tiene una frecuencia de dolor diaria. El reposo y el tratamiento médico aparecen como los factores más frecuentes que alivian el dolor en ambos sexos, mientras que el ejercicio físico ocupa el quinto lugar en las mujeres y el sexto en los hombres. La creencia de que la actividad causará más dolor o daño (Leeuw, Goossens, Linton, Crombez, Boersma y Vlaeyen, 2007) suele conducir a un patrón conductual de excesivo reposo y evitación de actividades. En relación con el *ejercicio físico*, cabe destacar que, sin embargo, es la estrategia de elección como tratamiento no farmacológico principal, además de que ha sido ampliamente estudiado durante los últimos años (MSPSI, 2011; Rodero et al., 2009; Sañudo et al., 2010) y prospera como alternativa recomendable para reducir la dependencia del tratamiento farmacológico (Cadenas-Sánchez y Ruiz-Ruiz, 2014; Carbonell-Baeza et al., 2010). Muchos estudios han demostrado que el ejercicio es beneficioso para los pacientes con fibromialgia, reduciendo la intensidad del dolor y la fatiga, mejorando la función física, la calidad del sueño y el estado de ánimo (ansiedad y depresión) y aumentando la percepción del bienestar y la calidad de vida (Arcos-Carmona, et al., 2011; Busch, Barber, Overend, Peloso y Schachter, 2007; Häuser, et al., 2010). Esta elección de los participantes se puede justificar teniendo en cuenta que en la fibromialgia y otros problemas de dolor crónico, se da con frecuencia la *evitación del movimiento* asociada al miedo al dolor (Peters, et al., 2005). Según el modelo de miedo-evitación (Vlaeyen y Linton, 2000) el miedo al dolor viene determinado por pensamientos catastrofistas (Esteve y Ramírez-Maestre, 2013) basados en expectativas negativas ante el dolor (Sullivan et al., 2001) que se ha relacionado con mayor intensidad y sensibilidad al dolor y mayor discapacidad y depresión en fibromialgia (Buenaver, Edwards y Haythornthwa, 2007; García-Campayo, et al., 2009). Finalmente, cabe señalar la falta de eficacia del reposo como tratamiento en problemas de dolor cónico. Por ello, en relación con lo anterior y los datos obtenidos, parece clara la necesidad de un trabajo educativo previo que genere expectativas adecuadas para incorporar el ejercicio como parte del estilo de vida de las personas con este problema.

En términos generales las características sociodemográficas y clínicas de las personas atendidas en la Unidad, coinciden con las de otras poblaciones con fibromialgia (Casanueva, et

al., 2012; Ruiz Pérez, et al., 2007; Wolfe, et al., 2010). Por tanto, podemos afirmar que nuestros participantes representan el perfil habitual de personas con fibromialgia.

La *percepción* que tiene la persona del *impacto* del problema en su *estado de salud* se considera como una de las principales medidas de resultado para valorar el grado de afectación, su evolución y la eficacia de los tratamientos (MSPSI, 2011). En el caso de la fibromialgia, la ausencia de pruebas biológicas o radiológicas que indiquen la gravedad, hace especialmente importante valorar el grado de afectación del estado de salud, tanto para la monitorización clínica, como para la toma de decisiones de tratamiento o para los análisis de coste-efectividad (MSPSI, 2011). El FIQ como medida de resultado, es el instrumento de elección para evaluar el impacto global de la fibromialgia en el estado de salud. Además, se han establecido intervalos de gravedad utilizando la puntuación total del FIQ: leve (<39), moderado (<59), grave (≥ 59) (Bennet, et al., 2009). Como hemos comentado estos autores plantean que un cambio del 14% en la puntuación total del FIQ constituye el cambio mínimo clínicamente relevante. Aunque estos datos no están validados en población española, pueden considerarse como una guía en relación con el efecto de nuestro programa (MSPSI, 2011). Considerando estos puntos de corte, tanto las mujeres como los hombres de nuestra muestra han mostrado una media de afectación grave (73.2 y 76.2, respectivamente). Al tratarse de una Unidad de tratamiento terciario o especializado, estos valores suelen ser habituales, ya que la gran mayoría de los casos que se derivan, son personas con una afectación moderada-grave, que ya han sido tratadas en atención primaria y en algunos casos no han respondido adecuadamente al tratamiento recibido.

En la literatura revisada hay controversia respecto del impacto de la enfermedad por sexos. Según algunos trabajos desarrollados en Canadá y Estados Unidos (Yunus, Inanici, Aldag y Mangold, 2000; Yunus, Celiker y Aldag, 2004) se da mayor afectación en mujeres que en hombres. En cambio en otros estudios el impacto de la enfermedad es mayor en hombres que en mujeres (Buskila, Neumann, Alhoashle y Abu-Shakra, 2000; Ruiz-Pérez et al., 2007). Nuestros resultados coinciden con el segundo grupo de autores al haber obtenido puntuaciones medias más alta en hombres que en mujeres.

Este es uno de los pocos estudios realizados en un contexto asistencial, donde la muestra de pacientes es seleccionada de una unidad especializada, dentro de la práctica habitual o rutinaria de intervención, incluida en el sistema sanitario público. Hay escasos artículos publicados cuya muestra pertenezca a unidades asistenciales especializadas, pero sí de atención

primaria (Bosch, Sáenz, Valls, y Viñolas, 2002; García-Campayo, 2005; Mayorga, 2010), reumatología (García-Bardón, et al., 2006; Gelman, Lera, Caballero, y López, 2002; Ruiz Pérez et al., 2007; Salvat et al., 2017), asociaciones de pacientes (Casanueva-Fernández et al., 2012; Comeche, 2010; Miró, Diener, Martínez, Sánchez, y Valenza, 2012; Moiola y Merayo, 2005), clínicas o departamentos universitarios (Saral, Sindel, Esmailzadeh, Sertel-Berk, y Oral, 2016).

2. Efecto post-tratamiento del programa multidisciplinar

Existe evidencia de la eficacia de la terapia multidisciplinar para reducir algunos de los síntomas principales de la fibromialgia, como el dolor, la fatiga o la depresión, entre otros y para mejorar la autoeficacia y la condición física en el post-tratamiento (Collado et al., 2010; Häuser et al., 2015; Nishishinya et al., 2006). En nuestro programa multidisciplinar, se han trabajado diversas técnicas de TCC (técnicas de relajación, control cognitivo del dolor, pautas para la higiene del sueño, reestructuración cognitiva, habilidades sociales, entre otras), pautas de alimentación, ejercicio físico y estimulación cognitiva, principios básicos de higiene postural, el fomento del uso de la técnica de conservación de energía, planificación y simplificación de las actividades de la tarea. Algunas de estas técnicas se han empleado también en otros estudios como los de Collado et al., (2002), Collado et al., (2001) Comeche et al., (2010), o Turk et al., (1998), que incorporaron la Terapia Ocupacional en los programas de TCC para disminuir la limitación funcional a través de la regulación y adaptación de la actividad, consiguiendo así la mejora en la calidad de vida del paciente con fibromialgia. En términos generales, los resultados comentados ponen de manifiesto la importancia del aprendizaje de estas técnicas por parte de las personas con fibromialgia.

La mejora en la percepción de síntomas como el dolor tras una intervención de tipo multidisciplinar, resulta un tema bastante polémico y en la literatura los datos son contradictorios. La polémica incluso se extiende a si esa mejora debe figurar como objetivo de tratamiento en sí mismo, existiendo autores que afirman que no debe ser la diana terapéutica principal del trabajo (Crombez, Eccleston, Van Damme, Vlaeyen y Karoly, 2012). Cuestión sobre la que existe cierto consenso en la actualidad (Sullivan y Ballantyne, 2016). En relación con los resultados obtenidos en la literatura revisada, mientras que en algunos estudios (Comeche, et al., 2010; García-Bardón, et al., 2006; Rivera, et al., 2004) se informa de una leve

disminución en la medida del dolor que no resulta estadísticamente significativa, como en el caso de nuestra variable, media de dolor en las dos últimas semanas en otras intervenciones similares (Moioly y Merayo, 2005) se encuentra una disminución significativa del dolor tras la intervención multidisciplinar. Estos resultados apoyan la idea de que la meta de las intervenciones multidisciplinarias no debe ser eliminar directamente el dolor, sino mejorar el funcionamiento y aprender a vivir mejor a pesar de los síntomas de la fibromialgia. En este sentido, resulta relevante la disminución significativa en la percepción del impacto de la fibromialgia tanto en hombres como en mujeres conseguida después de la aplicación del programa multidisciplinar. Sin embargo, volviendo a la percepción de dolor, en nuestro trabajo se ha observado un aumento significativo del dolor actual que contrasta con la disminución del dolor medio de las dos últimas semanas, antes comentada. Probablemente este aumento pueda explicarse por el efecto de las expectativas asociadas al alta en el programa, que puede afectar a una medida mucho más específica en el tiempo (momento de la evaluación) frente a una medida referida a un intervalo temporal más amplio. El efecto de las expectativas de la eficacia de un tratamiento o de la incertidumbre ante el alta sobre la percepción del dolor es ampliamente reconocido en la literatura científica. De tal modo que se recomienda su evaluación como parte de las variables a considerar para valorar su eficacia. En las recomendaciones IMMPACT (Turk, et al., 2003) se consensuó que los ensayos clínicos de dolor crónico deben evaluar los resultados que representan seis dominios principales: (1) dolor, (2) funcionamiento físico, (3) funcionamiento emocional, (4) percepción de mejora y satisfacción con el tratamiento, (5) síntomas y eventos adversos y, (6) expectativas de los participantes sobre el tratamiento. En este trabajo se han utilizado cuatro de las seis recomendaciones y, a la vista de los resultados obtenidos, se espera incorporar el resto como parte de la futura evaluación estandarizada de la Unidad.

La limitación funcional en estos pacientes se refleja principalmente en la dificultad para realizar actividades de la vida diaria (como tareas domésticas), actividades físicas y actividades de ocio. La mayoría de estas actividades son percibidas por los pacientes como actividades que requieren mucho esfuerzo y que les exigen altos costes energéticos, por lo que con frecuencia declinan en la idea de llevarlas a cabo. Estudios realizados en fibromialgia encuentran puntuaciones elevadas de dificultad en la realización de tareas (Castro, Mohan, Sundaraj y Noore, 2003; Jones, et al., 2008; Karsdorp y Vlaeyen, 2009) como las que encontramos en

nuestro estudio. En nuestra muestra no se producen cambios significativos en el estado funcional tras la intervención multidisciplinar. Cabe señalar que estos instrumentos valoran la ejecución de tareas en términos de capacidad percibida frente a la realización efectiva de la tarea en cuestión (se les pregunta por si el paciente “ha sido capaz de...” desarrollar una tarea concreta). Esto podría afectar al resultado obtenido, sobre todo si tenemos en cuenta la discrepancia constatada entre las percepciones de funcionamiento y el funcionamiento objetivo en las personas con fibromialgia (Esteve-López et al. 2016). Estas diferencias podrían hacernos pensar en una mayor dificultad para producir cambio en las percepciones frente a los comportamientos objetivos y, de este modo, explicar la ausencia de cambio detectada. En cualquier caso, la cuestión planteada invita a la reflexión respecto de la evaluación de resultados en la Unidad y podría ser objeto de futuros estudios sobre el efecto del tratamiento desarrollado.

La percepción que el individuo tiene sobre el impacto de la enfermedad (medida en nuestro estudio a través del FIQ) es considerada como una de las principales medidas de resultado para valorar el grado de afectación, su avance y la efectividad de los tratamientos. En nuestro estudio, como se ha mencionado anteriormente, se produce un mayor impacto en hombres que en mujeres, que tras la intervención multidisciplinar disminuye y prácticamente se iguala en ambos sexos.

En la literatura revisada, se señala que los pacientes con fibromialgia tienen significativamente más problemas psicológicos que los grupos de control sanos y los pacientes con trastornos de dolor crónico con enfermedades estructurales como la artritis reumatoide (Yunus, et al., 2004). Algunos autores hablan de que hasta un 47% de los pacientes con fibromialgia padecen algún trastorno de ansiedad (García-Bardón, et al., 2006) y que alrededor del 50% de los pacientes con dolor crónico sufren depresión, bien sea previa o concomitante a la fibromialgia (Martínez, González, y Crespo, 2003). Las revisiones acerca de la TCC ponen de manifiesto mejoras en el estado emocional de los paciente en términos de depresión y ansiedad (Bayley, et al., 2010; Thieme, et al., 2006; Thieme y Gracely, 2009). En nuestro estudio tras la intervención multidisciplinar, también se evidencian mejoras significativas en la depresión (en ambos sexos) y en la ansiedad estado (en las mujeres).

Algunos autores habían señalado previamente la conveniencia de incluir, como se ha hecho en este programa, información y tratamiento para la reducción de la ansiedad, bajo la hipótesis de que una mejora de la ansiedad llevaría aparejada una significativa reducción del

dolor (Pérez-Pareja, et al., 2004). Los resultados de esta investigación no apoyan la citada hipótesis ya que, como se ha comentado, la reducción de la ansiedad conseguida con este programa de tratamiento ha sido estadística y clínicamente significativa, mientras que la reducción del dolor no.

Por lo tanto, con relación a la hipótesis formulada:

H1: *existirán diferencias en las variables de estado de salud (percepción de estado de salud, impacto de la fibromialgia, intensidad del dolor, discapacidad percibida y estado emocional) entre la evaluación pre- y post-tratamiento.*

Los resultados se confirman parcialmente, para las variables de impacto de la fibromialgia y estado emocional.

El catastrofismo se entiende como un conjunto de procesos cognitivos y emocionales que predisponen a que el dolor se convierta en crónico. Los individuos que perciben e interpretan los estímulos dolorosos desde este esquema, desarrollan una visión muy negativa sobre su dolor, piensan mucho en él y se sienten incapaces de controlarlo, por lo que presentan un peor pronóstico ante cualquier tratamiento. El catastrofismo está asociado con las siguientes variables: mayor intensidad del dolor, mayor sensibilidad al dolor, mayor incapacidad y depresión (García-Campayo y Rodero, 2011). El catastrofismo se considera un constructo cognitivo determinante para pronosticar la evolución del paciente con dolor crónico en general y con fibromialgia en particular. La catastrofización ante el dolor es independiente del nivel de dolor o de depresión que experimente el paciente, un individuo con intenso dolor puede presentar baja catastrofización y viceversa (García-Campayo y Rodero, 2011). En nuestro estudio tras la intervención multidisciplinar, se han producido mejoras significativas en el catastrofismo, en ambos sexos, consiguiendo puntuaciones post-tratamiento por debajo del punto de corte establecido como factor de mal pronóstico (35). Destaca también la mejora significativa en todas las dimensiones del constructo en el caso de las mujeres y de la rumiación y la magnificación en el de los hombres. Por tanto, si consideramos el valor pronóstico del catastrofismo antes comentado, aparentemente nuestro programa puede producir una mejora en el curso general de la enfermedad y prevenir la posible exacerbación de los síntomas. Cuestión que abre también futuras líneas de investigación respecto de las posibles recidivas y “puertas giratorias” post-intervención en la Unidad.

Una de las formas de reducir el catastrofismo es mediante la exposición gradual a la actividad y tareas (Vlaeyen, Jong, Geilen, Heuts, y Van Breukelen 2002). En esta Unidad se trabaja esta cuestión a través de la Terapia Ocupacional. En este sentido, se han desarrollado registros sobre el propio nivel de actividad, como herramienta útil para reflejar el patrón de actividad, porque en muchas ocasiones, el paciente con fibromialgia no es consciente de que realiza un patrón inadecuado de actividad. La regulación de la actividad evitando patrones extremos de baja o alta actividad y organizando de forma adecuada la secuencia de actividad y descanso, resulta altamente conveniente en este contexto. No solo porque permite prevenir el uso de estrategias que se saben inadecuadas en el dolor crónico (reposo excesivo) sino porque puede tener un efecto sobre esquemas cognitivos de interpretación del dolor, como es el catastrofismo. Este trabajo desde la Terapia Ocupacional se puede reforzar con el trabajo desde la TCC sobre determinadas creencias, entre ellas las creencias de control, dado que se han demostrado como un aspecto clave en la intervención en dolor crónico y en fibromialgia en particular (Pastor, et al., 2011).

Así, los resultados confirman la hipótesis formulada con relación a las variables psicológicas:

H2: *existirán diferencias en las variables psicológicas (catastrofismo y ansiedad rasgo) entre la evaluación pre- y post-tratamiento.*

3. Cambio clínicamente significativo y predictores

Una de las aportaciones de esta tesis es haber investigado el cambio clínico asumiendo la heterogeneidad de las personas con fibromialgia. Es decir, se ha tenido en cuenta que las personas con fibromialgia difieren en la gravedad del impacto del problema (Bennet, et al., 2014) y se han identificado tres grupos de afectación grave, moderada y leve, siendo los más numerosos los dos primeros. Por ello hemos considerado estos dos grupos con el objetivo de identificar el beneficio del tratamiento recibido, estudiándolo sólo en la muestra de mujeres, por el escaso número de hombres. Hay estudios que hablan sobre la importancia de una clasificación en fibromialgia para asignar a los pacientes en diferentes subgrupos según una serie de características distintivas, que permita un abordaje personalizado del paciente considerando sus características clínicas individuales, dolor, depresión o niveles de catastrofización, entre otros (García-Campayo, et al., 2010). De ahí que existan diferentes

clasificaciones o agrupamientos clínicos en fibromialgia como la clasificación de Thieme (Thieme, Turk, y Flor, 2004) que utiliza el cuestionario West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHIMPI) (Kerns, Turk y Rudy, 1985) e identifica 3 subgrupos: disfuncionales, pacientes estresados en el aspecto interpersonal y pacientes que realizan un afrontamiento adaptativo. Otra clasificación es la de Müller (Müller, Schneider, y Stratz, 2007), que se basa en signos clínicos y síntomas asociados y divide a los pacientes en 4 subtipos: fibromialgia con extrema sensibilidad al dolor sin asociarse a trastornos psiquiátricos, fibromialgia y depresión relacionada con el dolor comórbido, depresión con síndrome fibromiálgico concomitante y fibromialgia debida a somatización. La clasificación de Hasset (Hasset, Simonelli, Radvanski, Buyske, Savage, y Sigal, 2008) está basada en el estilo del balance afectivo, utilizando el cuestionario Positive and Negative Affect Schedule (Watson, Clark, y Tellegen, 1988) y obteniendo 4 grupos: sanos, bajos, reactivos y depresivos. Finalmente destaca la clasificación de Giesecke et al. (2003) que agrupa a los pacientes de fibromialgia en función de su hiperalgesia, depresión/ansiedad y catastrofismo, configurando tres grupos. Algunos autores han señalado que esta clasificación cuenta con mayor evidencia científica y es la más útil a nivel clínico (García-Campayo et al., 2010). Todas estas clasificaciones tienen en común que miden de una forma u otra el impacto de la fibromialgia a nivel funcional y/o emocional, pero ninguna utiliza el cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ). Este cuestionario ofrece puntos de corte (leve, moderado, severo) incluyendo en su evaluación el impacto funcional, psicológico y la sintomatología, por lo que de forma sencilla y rápida, en un contexto clínico, puede ofrecer información sobre la situación de los pacientes, frente a clasificaciones que requieren mayor tiempo y complejidad por la diversidad de instrumentos. En un contexto especializado como el que nos ocupa, presenta también una ventaja sobre la clasificación de Thieme et al (2004) que también utilizó un único instrumento multidimensional, pero que está diseñado para cualquier problema de dolor crónico. El empleo en nuestro estudio del FIQ (Esteve-Vives, et al., 2007) este cuestionario ha hecho posible clasificar a los pacientes por nivel de afectación en tres grupos: leve, moderado, severo. Con esta clasificación, además, hemos contrastado empíricamente las recientes recomendaciones EULAR (Macfarlane, et al., 2016), sobre la estrategia gradual del tratamiento en estos pacientes considerando la gravedad de dicho impacto. En ellas, se reserva la intervención multidisciplinar para aquellas personas de fibromialgia con una afectación grave. Por ello, en este trabajo nos ha interesado constatar si las personas con mayor afectación también son las que obtienen mayor beneficio. En este

sentido, cabe destacar que nuestro programa multidisciplinar ha resultado funcionar mejor en las mujeres que presentaban al inicio del mismo un impacto de la fibromialgia severo y niveles elevados de ansiedad, de depresión y de catastrofismo.

Por lo tanto, nuestros resultados confirman la hipótesis:

H3: el estado de salud inicial, en términos de impacto de la fibromialgia, será un predictor significativo de la mejoría obtenida con el programa, de forma que, a mayor impacto inicial, mayor beneficio.: *el estado de salud inicial, en términos de impacto de la fibromialgia, será un predictor significativo de la mejoría obtenida con el programa, de forma que, a mayor impacto inicial, mayor beneficio.*

Según el MSPSI (2011) son necesarios más estudios para identificar factores de riesgo de mal pronóstico en la evolución de la fibromialgia que servirá para seleccionar a aquellos pacientes en los que se debe iniciar precozmente las terapias del segundo y tercer escalón. El pensamiento catastrofista ante el dolor es uno de ellos. Las cogniciones catastróficas altas pueden promover una sensación de capacidad reducida para realizar actividades significativas de la vida diaria que las personas con fibromialgia son realmente capaces de hacer. Algunos autores han afirmado que el nivel de catastrofización debe ser evaluado y tratado cuando se centra en mejorar la función física y funcional en fibromialgia (Esteve-López, et al., 2016). Por otro lado existen teorías acerca del papel de los pensamientos catastrofistas en el incremento de la ansiedad y depresión, tanto en el caso de personas con fibromialgia como en el de otros problemas de dolor crónico (Leeuw, et al., 2007; Pastor, et al., 2011).

En nuestro estudio los predictores significativos de la mejoría en ansiedad y depresión han sido la ansiedad y la depresión inicial además del catastrofismo, y la interacción de ambos en cada caso. Conviene reflexionar sobre las repercusiones que tiene la disminución de la ansiedad y depresión a través de nuestro programa de intervención, puesto que es importante señalar que niveles elevados de ansiedad y depresión derivan en la incapacidad del sujeto para realizar las actividades de manera normal, ya que llega a existir falta de concentración, negativismo, falta de interés y disminución del deseo de realizar actividades que antes eran consideradas como placenteras o entretenidas (Fernández-Abascal, 2002). A este respecto, Pagano et al. (2004) y Shuster, McCormack, Riddell, y Toplak, (2009) encontraron puntuaciones elevadas de ansiedad en pacientes con fibromialgia, pero además la ansiedad resultó ser predictora de la discapacidad funcional en estos pacientes.

Los resultados obtenidos en este estudio:

H4: *el catastrofismo será un predictor significativo del resultado del programa, de forma que, a mayor catastrofismo inicial, mayor beneficio en términos de impacto de la fibromialgia y estado emocional (ansiedad y depresión),*

Confirman parcialmente lo esperado, ya que se cumplen sólo en relación con los efectos en el estado emocional.

Estos resultados coinciden con el grupo de trabajos que apoyan el rol del catastrofismo en el impacto psicológico de la fibromialgia. Sin embargo, en nuestro caso, el catastrofismo no resultó ser un predictor del cambio en su impacto global. El cambio se evaluó inmediatamente después de la finalización del programa multidisciplinar, con una media de 15.4 meses en las mujeres y de 13 meses en los hombres, desde la evaluación inicial, sin existir medida de seguimiento. Finalmente, y en relación con el cambio clínico obtenido, cabe señalar que cerca de un 70% de las mujeres atendidas en la Unidad obtuvo mejoría relevante en el impacto percibido de la fibromialgia y un 62% en sus niveles de ansiedad. Sin embargo, el porcentaje de mujeres que mejoraron sus niveles de depresión al finalizar el tratamiento fue menor, en torno a un 31%. Este resultado puede estar asociado al tipo de instrumento utilizado, desarrollado para poblaciones sin problemas médicos y que ha sido aplicado al contexto de dolor crónico, es posible, por tanto, que los criterios relacionados con la detección de cambios sean en este caso más restrictivos. Por otro lado, la mayoría de las personas atendidas se encontraban en niveles leves y moderados de depresión y esto, junto con que el paciente que acude a la Unidad está tomando fármacos antidepresivos, podría explicar la estabilidad de las puntuaciones en esta variable. Habría que explorar en mayor profundidad dicho tema.

4. Fortalezas del estudio

Este es uno de los pocos estudios realizados en un contexto asistencial donde los participantes pertenecen a una unidad asistencial especializada dentro del sistema sanitario público, como es la Unidad de Fibromialgia del Hospital de Sant Vicent, que intenta ayudar a los casos en que la evolución del cuadro, la ausencia de respuesta a la terapia en atención primaria o la complejidad del proceso, hacen necesaria la intervención de la atención especializada de un equipo multidisciplinar.

En relación con el grupo de mujeres, el tamaño muestral es grande y por tanto brinda mayor precisión en las estimaciones de las diversas propiedades de la población.

El MSPSI (2011) refiere una serie de necesidades detectadas y recomendaciones como, entre ellas, la necesidad de impulsar la producción de evidencia científica sobre fibromialgia, la realización de estudios que incluyan la perspectiva de género en el diseño e introduzcan variables que permitan realizar un análisis de desigualdades por razón de género entre hombres y mujeres diagnosticadas de fibromialgia. Nuestro trabajo ha segmentado los análisis por sexos, siendo uno de los pocos que aporta datos sobre los hombres.

Finalmente, este trabajo ha valorado el cambio clínico mínimamente significativo utilizando puntos de corte previamente establecidos, además de estudiar sus predictores, entre ellos, la gravedad del impacto del problema, asumiendo la heterogeneidad en el mismo.

5. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

A pesar del interés en segmentar por sexos y caracterizar a los hombres con fibromialgia, el número de pacientes hombres atendidos en la Unidad ha sido bajo, por lo que sería interesante aumentar esta muestra en próximos estudios para dar mayor solidez a los resultados mostrados.

En este trabajo no se ha evaluado el seguimiento post-alta y sería importante incorporarlo, para valorar que las mejoras alcanzadas se mantengan a largo plazo, recogiendo así las necesidades al respecto señaladas por diversos autores (Bernardy, et al., 2010; Glombiewski, et al., 2010; Häuser, et al., 2012; Pastor et al., 2011). El paciente debe mantener la práctica de las técnicas de automanejo de la enfermedad aprendidas, por lo que la generalización e incorporación de estas pautas en el estilo de vida del paciente debería ser un objetivo más de este tipo de intervenciones (Peñacoba, 2011).

Una limitación de los tratamientos multidisciplinarios, tal y como algunos autores plantean (Häuser, et al., 2009), es la imposibilidad de determinar el peso específico de cada uno de los componentes del programa. Actualmente no existe una definición internacionalmente aceptada de terapia multidisciplinar. Las revisiones sistemáticas existentes sobre la terapia multidisciplinar están de acuerdo en que esta debe incluir al menos, una terapia educativa u otra terapia psicológica y por lo menos una terapia con ejercicio. En Alemania, la terapia multidisciplinar en pacientes hospitalizados, que es reembolsada por las compañías de seguros

de salud, debe incluir por lo menos tres modalidades diferentes de tratamiento, entre otras: la psicoterapia (terapia cognitivo-conductual) es obligatoria; fisioterapia, técnicas de relajación, terapia ocupacional, ejercicios aeróbicos, entrenamiento de fuerza, entrenamiento sensomotor, (un programa de restauración funcional diseñado para devolver a una persona al trabajo y para mejorar las habilidades laborales), y terapia creativa o musical (Häuser, et al., 2012).

Como limitación de nuestra intervención, y como contribución a futuros programas, convendría contemplar el trabajo con las familias, de manera complementaria a la intervención individual, como un elemento fundamental tanto para promover el apoyo social, como para obtener la colaboración, para que el tratamiento multidisciplinar fuera más eficaz (Cigarán y Peñacoba, 2011; Steiner, et al., 2010; Rivera, et al., 2006).

Finalmente en relación con la validez interna del trabajo, es necesario replicar el estudio considerando un grupo control en lista de espera al menos analizando las variables en las que hemos encontrado cambio significativo post-tratamiento. En relación con la validez externa de los resultados, nuestro estudio se centra en una muestra de pacientes atendidos en el último nivel asistencial (Unidad especializada en Fibromialgia). Ello supone “a priori” mayor problemática y gravedad asociada a su enfermedad. Por ello, una vez constatado un efecto frente a un grupo control, sería de interés replicar este tipo de estudios en diferentes contextos asistenciales, como en atención primaria o en el ámbito de asociaciones de fibromialgia, evaluando de esta manera cronicidad y severidad de los síntomas, estado de salud, impacto y discapacidad percibida, pensamiento catastrofista, ansiedad y depresión, que podrían variar en las distintas fases de la enfermedad.

VI. CONCLUSIONES

“Los retos hacen que la vida sea interesante, superarlos es lo que hace que la vida tenga sentido.” Ralph Waldo Emerson



Sobre la base de los resultados obtenidos, las principales conclusiones que pueden derivarse de este trabajo son:

1. La población atendida en la Unidad tiene el perfil clínico y sociodemográfico mayoritario de esta patología, predominando las mujeres frente a los hombres y con un tiempo medio de padecimiento de la enfermedad elevado.
2. Tras el programa de intervención multidisciplinar, se evidencian mejoras significativas en las mujeres en el impacto percibido de la fibromialgia, la ansiedad estado y rasgo, la depresión, el catastrofismo y en todas las dimensiones de este último constructo.
3. Tras el programa de intervención multidisciplinar, se evidencian mejoras significativas en los hombres en el impacto percibido de la fibromialgia, la depresión, el catastrofismo y en dos de las dimensiones del constructo (la rumiación y la magnificación).
4. Nuestro programa multidisciplinar funciona mejor en las mujeres con impacto de la fibromialgia severo y peor en las que tienen más síntomas que acompañan al dolor.
5. Las mujeres muestran mejores efectos del programa multidisciplinar en sus niveles de ansiedad, cuanto mayor ansiedad y catastrofismo presentan al inicio del tratamiento.
6. Las mujeres muestran mejores efectos del programa multidisciplinar en sus niveles de depresión, cuanto mayor depresión y catastrofismo presentan al inicio del mismo.
7. Considerando el valor pronóstico del catastrofismo, nuestro programa produce una mejora en el curso general de la enfermedad y puede prevenir la posible exacerbación de los síntomas y disminuir por consiguiente el porcentaje de recidivas. Cuestión importante a explorar en futuros estudios.
8. Nuestro estudio apoya la mejoría que obtienen los pacientes que son tratados en programas multidisciplinarios, y por tanto la necesidad de la generalización de estos tratamientos en la práctica asistencial.



VII.

BIBLIOGRAFÍA

“Un buen libros es aquel que se abre con expectación y se cierra con provecho.” Louise
Normand



A

- Ablin, J. N., Amital, H., Ehrenfeld, M., Aloush, V., Elkayam, O., Langevitz, P.,... Buskila, D. (2013). Guidelines for the diagnosis and treatment of the fibromyalgia syndrome. *Journal*, 152(12), 742-750.
- Ablin, J., Fitzcharles, M. A., Buskila, D., Shir, D., Sommer, C., Häuser, W. (2013). Treatment of fibromyalgia syndrome: recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines with special emphasis on complementary and alternative therapies. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013; 485272.
- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., y Gundy, J. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*, 76(1) 2-11. doi: 10.1097/PSY.000000000000010
- Albornoz, J., Povedano, J., Quijada, J., De la Iglesia, J. L., Fernández, A., y Pérez, D. (1997). Características clínicas y socio-laborales de la fibromialgia en España: descripción de 193 pacientes. *Revista Española de Reumatología*, 24, 38-44.
- Álvarez, B., Alonso, J. L., Alegre J., Viejo, J. L., Marañón, A. (1996). Síndrome de fibromialgia: características clínicas de las pacientes españolas. *Revista Española de Reumatología*, 23, 76-82.
- Anderberg, U. M., Marteinsdottir, I., Theorell, T., y Von-Knorrning, L. (2000). The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls. *European Psychiatry*, 15(5), 295-301.
- Andreu, J. L., Barceló, P., y Figueras, M. (1996). Fibromialgia. Otros reumatismos asociados a trastornos psicógenos. En Iñigo Rúa-Figueroa (Ed.), *Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología* (pp. 757-764). Barcelona, España: Elsevier España.
- Ang, D., y Wilke, W. S. (1999). Diagnosis, etiology, and therapy of fibromyalgia. *Comprehensive Therapy*, 25, 221-227.
- Ang, D. C., Kaleth, A. S., Bigatti, S., Mazzuca, S. A., Jensen, M. P., Hilligoss, J., ... Saha, C. (2013). Research to encourage exercise for fibromyalgia (REEF): use of motivational

- interviewing, outcomes from a randomized-controlled trial. *Clinical Journal of Pain*. 29(4), 296-304. doi: 10.1097/AJP.0b013e318254ac76.
- Angst, F., Brioschi, R., Main, C. J., Lehmann, S., y Aeschlimann, A. (2006). Interdisciplinary Rehabilitation in Fibromyalgia and Chronic Back Pain: A Prospective Outcome Study. *The Journal of Pain*, 7(11), 807-815.
- Annemans, L., Wessely, S., Spaepen, E., Caekelbergh, K., Caubère, J. P., Le Lay, K., y Taïeb, C. (2008). Health economic consequences related to the diagnosis of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum*, 58, 895-902.
- Arcos-Carmona, I. M., Castro, A. M., Matarán, G. A., Gutiérrez, A. B., Ramos, E., y Moreno, C. (2011). Efectos de un programa de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación sobre el estado de ansiedad, calidad del sueño, depresión y calidad de vida en pacientes con fibromialgia: ensayo clínico aleatorizado. *Medicina Clínica*, 137(9), 398-401.
- Arnold, L., Keck, P. E., y Welge, J. A. (2000). Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review. *Psychosomatics*, 41, 104-113.
- Arnold, L. M., Hudson, J. I., Hess, E. V., Ware, A. E., Fritz, D. A.,...Keck, P. E. (2004). Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 50(3) 944-952.
- Arnold, L., Rosen, A., Pritchett, Y., D'Souza, D., Goldstein, D., Iyengar, S., y Wernicke, J. (2005). A randomized, double blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder. *Pain*, 119(1-3), 5-15.
- Arnold, L., Goldenberg, L., Stanford, S., Lalonde, J., Sandhu, H., Keck, Jr P.E.,... Hudson, J. I. (2007). Gabapentin in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Arthritis Rheum*, 56(4), 1336-1344.
- Arnold, L., Häuser, W., Bernardy, K., Bruckle, W., Friedel, E., Kollner, V.,... Offenbächer, M. (2008). Multicomponent treatment of fibromyalgia syndrome. *Schmerz*, 22, 334-338.
- Arnold, L. M., Clauw D. J., y McCarberg, B. H. (2011). Improving the Recognition and Diagnosis of Fibromyalgia. *Mayo Clin Pro*, 86(5) 457-464. doi: 10.4065/mcp.2010.0738
- Arranz, L. I., Canela, M. A., y Rafecas, M. (2010). Fibromyalgia and nutrition, what do we know? *Reumatology International*, 30(11), 1417-1427. doi: 10.1007/s00296-010-1443-0

Arroyo, A., y González, J. (2011). ¿Qué AVD son las más afectadas en pacientes con fibromialgia? Visión de la enfermedad y abordaje integral apoyado en terapia ocupacional. *TOG (A Coruña)*, 8(14), 1-40. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original8.pdf>

B

Bailey, K. M., Carleton, R.N., Vlaeyen, J. M. y Asmundson, G. J. (2010). Treatments addressing pain-related fear and anxiety in patients with chronic musculoskeletal pain: a preliminary review. *Cognitive Behavior Therapy*, 39, 46-63.

Ballina, F. J., García, P., Martín, A., Iglesias, R., y Cueto, A. (1995). Fibromialgia. Revisión clínica. *Revista Clínica Española*, 195, 326-34.

Barlow, D. H., Lawton, J. y Vitali, A. E. (1998). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorders. En P. Nathan, J.M. Gorman (Ed.), *A guide to treatments that work* (pp. 288-388). New York, EEUU: Oxford.

Beck, A. T., Steer, R. A., Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

Bell, I., Lewis, D., Brooks, A. J., Schwartz, G., Lewis, S., Walsh, B., y Baldwin, C. (2004). Improved clinical status in fibromyalgia patients treated with individualized homeopathic remedies versus placebo. *Oxford Journals Rheumatology*, 43(5), 577-582.

Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. D., y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria*, 18(6), 289-296.

Bennet, R., Bushmakina, A., Cappelleri, J., Zlateva, G., Sadosky, A. (2009). Minimal clinically important difference in the fibromyalgia impact questionnaire. *J Rheumatol*, 36(6)1304-1311.

Bennett, R. M., Clark, S. R., Goldberg, L., Nelson, D., Bonafede, R. P., Porter, J., y Specht, D. (1989). Aerobic fitness in patients with fibrositis: a controlled study of respiratory gas exchange and xenon clearance from exercising muscle. *Arthritis & Rheumatism*, 32, 454-460.

- Bennett, R. M., Friend, R., Marcus, D., Bernstein, C., Han, B. K., Yachoui, R.,... Jones, K. D. (2014). Criteria for the diagnosis of fibromyalgia: validation of the modified 2010 preliminary American College of Rheumatology criteria and the development of alternative criteria. *Arthritis Care Res, (Hoboken)* 66(9), 1364-1373. doi: 10.1002/acr.22301
- Bernardy, K., Füber, N., Köllner, V., y Häuser, W. (2010). Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapies in Fibromyalgia Syndrome. A Systematic Review and Metaanalysis of Randomized Controlled Trials. *The Journal of Rheumatology*, 37(10), 1991-2005. doi:10.3899/jrheum.100104
- Bidonde, J., Busch, A. J., Webber, S. C., Schachter, C., Danyliw, A., Overend, T., Richards, R., Rader, T. (2014). Aquatic exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*, 10. doi: 10.1002/14651858.CD011336
- Birnie, D. J., Knipping, A. A., Van Rijswijk, M. H., De Blécourt, A. A., y De Voogd, N. (1991). Psychological aspects of fibromyalgia compared with chronic and nonchronic pain. *J Rheumatol*, 18, 1845-1848.
- Bosch, E., Sáenz, N., Valls, M., y Viñolas, S. (2002). Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Aten Primaria*, 30(1),16-20.
- Branco, J. (2010). State of the art on fibromyalgia mechanism. *Acta Reumatologica Portuguesa*, 35(1), 10-15.
- Brattberg, G. (2009). Connective tissue massage in the treatment of fibromyalgia. *Eur J Pain*, 3, 235-244.
- Buenaver, L. F., Edwards, R. R., y Haythornthwa, J. A. (2007). Pain related catastrophizing and perceived social responses: Inter-relationships in the context of chronic pain. *Pain*, 127, 234-42. doi:10.1186/1745-6215-10-24.
- Burckhardt, C. S., Clark, S. R., y Bennet, R. M. (1991). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and Validation. *J Rheumatol*, 18, 728-33.

- Burckhardt, C. S., Goldenberg, D., Crofford, L., Gerwin, R., Gowans, S., Jackson, K.,... Sandhu, H. (2005). Guideline for the management of fibromialgia syndrome: pain in adults and children. Glenview (IL): American Pain Society.
- Busch, A. J., Barber, K. A., Overend, T. J., Peloso, P. M. y Schachter, C. L. (2007). Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD003786.
- Busch, A. J., Barber, K. A., Overend, T. J., Peloso, P., Schachter, C. (2008). Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* (4):CD003786.
- Busch, A. J., Webber, S. C., Richards, R. S. (2013). Resistance exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*, (12). doi:10.1001/14651858.CD010884
- Buskila, D., Neumann, L., Ahoashle, A., y Abu-Shakra, M. (2000). Fibromyalgia syndrome in men. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 30, 47-51.
- Buskila, D., Sarzi-Puttini, P., y Ablin, J. N. (2007). The genetics of fibromyalgia syndrome. *Pharmacogenomics*, 8, 67-74.
- C**
- Cadenas-Sánchez, C. y Ruiz-Ruiz, J. (2014). Effect of a physical activity program in patients with fibromyalgia: a systematic review. *Medicina Clínica*, 143(12), 548-553. doi: 10.1016/j.medcli.2013.12.010.
- Campbell, J. N., Meyer, R. A., Davisk, D. y Raja, S. N. (1992). Simpatetically maintained pain: an unifying hypothesis. En W. D. Willis (Ed.), *Hyperalgesia and Allodynia* (pp. 141-199). Boston, EEUU: Raven Press.
- Campus, S. (2000). Epidemiología de la Fibromialgia. *Revista Española de Reumatología*, 27, 417-420.
- Cao, H., Liu. J., y Lewith. G.T. (2010). Traditional Chinese Medicine for treatment of fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med*, 4, 397-409. doi: 10.1089/acm.2009.0599
- Carbonell-Baeza, A., Aparicio, V. A., Martins-Pereira, C. M., Gatto-Cardia, C. M., Ortega, F. B., Huertas, F. J.,... Delgado-Fernandez M. (2010). Efficacy of Biodanza for treating

- women with fibromyalgia. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(11), 1191–1200. doi: 10.1089/acm.2010-0039.
- Carbonell-Baeza, A., Aparicio, V. A., Ortega, F. B., Cuevas, A. M. Álvarez, I., Ruiz, J. R., y Delgado-Fernández, M. (2010). Does a 3-month multidisciplinary intervention improve pain, body composition and physical fitness in women with fibromyalgia? *British Journal of Sports Medicine*, 45(15), 1189-1195.
- Carmona, L., Ballina, J., Gabriel, R., y Laffon, A. EPISER Study Group. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis*, 60 (11), 1040-1045.
- Casanueva-Fernández, B., Llorca, J., Rubio, J. B., Rodero-Fernández, B., González-Gay, M. A. (2012). Efficacy of a multidisciplinary treatment program in patients with severe fibromyalgia. *Rheumatology International*, 32(8), 2497-502. doi: 10.1007/s00296-011-2045-1.
- Castell, A., Cascón, R., Salvat, M., Sala, J., Padrol, A., Pérez, M., y Rull, M. (2008). Rendimiento cognitivo y percepción de problemas de memoria en pacientes con dolor crónico: con fibromialgia versus sin fibromialgia” *Revista Sociedad Española Dolor*, 15(6), 358-370.
- Castro, M., Mohan, S., Sundaraj, S. R., Noore, F. (2003). Health status of patients with chronic pain attending a pain center. *Pain Management Nursing*, 4(2), 70-76.
- Catley, D., Kaell, A. T., Kirschbaum, C., y Stone, A. A. (2000). A naturalistic evaluation of cortisol secretion in persons with fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 13(1), 51-61.
- Cedraschi, C., Desmeules, J., Rapiti, E., Baumgartner, E., Cohen, P., Finckh, A., Allaz, A. F. y Vischer, T. L. (2004). Fibromyalgia: a randomised, controlled trial of a treatment programme based on self management. *Annual of Rheumatism Disease*, 63, 290-296.
- Chaves, D. (2013). Actualización en fibromialgia. *Asociación Costarricense de Medicina Forense*, 30(1), 83-88.

- Ciccone, D. S., Elliott, D. K., Chandler, H. K., Nayak, S., y Raphael, K. G. (2005). Sexual and physical abuse in women with Fibromyalgia Syndrome: A Test of the Trauma Hypothesis. *The Clinical Journal of Pain*, 21(5) 378-386.
- Cigarán, M. (2011). Regulación de la actividad y adaptación social y ocupacional. En C. Peñacoba. (Ed.), *Fibromialgia y promoción de la salud. Herramientas de intervención psicosocial* (pp. 299-344). Madrid, España: Ed. Dykinson.
- Cigarán, M. (2012). *Efectos de un programa interdisciplinar sobre la salud y calidad de vida de mujeres con Fibromialgia: Aportaciones de la Terapia Ocupacional*. (Tesis doctoral). Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.
- Clauw, C. (2007). Fibromyalgia: Update on Mechanisms and management. *Journal of Clinical Rheumatology*, 13, 102-109.
- Clauw, D. J., Arnold, L. M., y McCarberg, B. H. (2011). The Science of Fibromyalgia. *Mayo Clin Proc*, 86(9) 907-911.
- Clauw, D. (2014). Fibromyalgia. A Clinical Review. *JAMA*, 311(15), 1547-1555. doi: 10.1001/jama.2014.3266
- Collado, A., Torres i Mata, X., Arias i Gassol, A., Cerdà Garbaroi, D., Vilarrasa, R., Valdés Miyar, M. y Muñoz-Gómez, J. (2001). Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Medicina Clínica*, 117(11), 401-405.
- Collado, A., Muñoz, J., Pérez, J., de Santos, P., Gómez, E., Alfonso, L.,... Farres, M. (2010). Protocolo de evaluación y tratamiento de los pacientes con fibromialgia. Clínic-Corporació Sanitària. Universidad de Barcelona.
- Collado, A., Cuevas, M. D., Estrada, M. D., Flórez, M. T., Giner, V., Marín, J.,... Sanz, R. (2011). Fibromialgia. Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Madrid.
- Collado, A. y Torres, X. (2016). Fibromialgia. En J. Vidal (Ed.), *Manual de Medicina del Dolor. Fundamentos, evaluación y tratamiento* (pp. 367-377). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Comeche, M. I., Martín, A., Rodríguez, M., Ortega, J., Díaz, M. I., y Vallejo, M. A. (2010). Group Cognitive-Behavioral Therapy Protocol for Fibromyalgia Patients. *Clínica y Salud* 21(2), 107-121.

Conte, P. M., Walco, G. A., y Kimura, Y. (2003). Temperament and stress response in children with juvenile primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*. 48, 2923-2930.

Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J. W. S., y Karoly, P. (2012). Fear-Avoidance model of chronic pain. The next generation. *The Clinical Journal of Pain*, 28, 475-483.

D

Da Costa, D., Abrahamowicz, M., Lowensteyn, I., Bernatsky, S., Dritsa, M., Fitzcharles, M. A. y Dobkin, P. L. (2005). A randomized clinical trial of an individualized home-based exercise programme for women with fibromyalgia. *Rheumatology (Oxford)*, 44(11), 1422-1427.

Dailey, P. A., Bishop, G. D., Russell, I. J., y Fletcher, E. M. (1990). Psychological stress and the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 17(10), 1380-1385.

Davis, M., McKay, M., y Reshelman, E. (1993). Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona, España: Ed. Martínez Roca.

Davis, M., Zautra, A. J., y Reich, J. W. (2001). Vulnerability to stress among women in chronic pain from fibromyalgia and osteoarthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(3), 215-226.

De Gier, M., Peters, M. L., y Vlaeyen, J. W. (2003). Fear of pain, physical performance, and attentional processes in patients with fibromyalgia. *Pain*, 104(1-2), 121-30.

De Rooij, A., Steultjens, M. P., Siemonsma, P. C., Vollebregt, J. A., Roorda, L. D., Beuving, W., y Dekker, J. (2011). Overlap of cognitive concepts in chronic widespread pain: An exploratory study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12, 218. Doi: 10.1186/1471-2474-12-218.

- Del Valle, J. (2011). Aspectos psicológicos de la fibromialgia. En J. Ayán (Ed.), *Fibromialgia: Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación* (pp. 61-91). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Díaz, M. I., Comeche, M. I. y Vallejo, M. A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el dolor crónico. En: M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández, I. Amigo, (Ed.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud* (pp. 123-140). Madrid, España: Pirámide.
- Doménech, J. M., y Navarro, J. B. (2010). Regresión logística binaria, multinomial de Poisson y binomial negativa. 5ª ed. Barcelona, España: Signo.

E

- Edwards, R. R., Clifton, O., Bingham, R., Bathon, J., y Haythornthwaite, J. (2006). Catastrophizing and Pain in Arthritis, Fibromyalgia and Other Rheumatic Diseases. *Arthritis and Rheumatism*, 55(2), 325-332.
- Escolar, J. M. y Durán, R. (2011). Fisiopatología de la fibromialgia: alteraciones a nivel cerebral y muscular. *Fisioterapia*, 33(4) 173-182.
- Esteve, R. y Ramírez-Maestre, C. (2013). Modelo de Miedo-Evitación del Dolor: evolución y nuevas propuestas. *Revista de Psicología de la Salud (New Age)*, 1(1), 102-130.
- Estévez-López, F., Álvarez-Gallardo, I., Segura-Jiménez, V., Soriano-Maldonado, A., Borges-Cosic, M., Pulido-Martos, M.,...Geenen, R. (2016). The discordance between subjectively and objectively measured physical function in women with fibromyalgia: association with catastrophizing and self-efficacy cognitions. *Disabil Rehabil*, 1-9. doi: 10.1080/09638288.2016.1258737
- Esteve-Vives, J., Rivera, J., Salvat, M. I., de Gracia Blanco, M., y Alegre de Miguel, C. (2007). Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatología Clínica*, 3(1), 21-24.
- Esteve-Vives, J., Rivera, J., y Vallejo, M. A. (2010). Assessment of functional capacity in fibromyalgia Comparative analysis of construct validity of three functional scales. *Reumatología Clínica*, 6,141-144.

Estrada, M. D., Rodríguez, M. G., Alegre, C., Alegre, J., Carbonell, J., Casademont, J.,... Collado, A. (2010). Fibromialgia y síndrome de fatiga crónica: recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento / Grupo de trabajo sobre fibromialgia y síndrome de fatiga crónica. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Barcelona: Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud, 2010, — 120 p; 24 cm. (Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Ciencia e Innovación / Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; AIAQS 2010/ 02).

F

Farrar, J. T., Young, J. P., LaMoreaux, L., Werth, J. L., y Poole, R. M. (2001). Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain*, 94(2),149-158.

Fassbender, H. G., y Wegner, K. (1973). Morphologie and pathogenese des weichtell rheumatismus. *Z Rheumaforschg*, 32, 355-374.

Fernández-Abascal, G. (2002). El estrés. En Fernández-Abascal, E. G y Jiménez, M. P. (Eds.), Control del estrés (pp.17-48). Madrid, España: UNED.

Field, T., Diego, M., Cullen, C., Hernández-Rif, M., Sunshine, W., y Douglas, S. (2002). Fibromyalgia pain and substance P decrease and sleep improves after massage therapy. *J Clin Rheumatol*, 8, 72-76.

Fitzcharles, M. A., Da Costa, D., y Pöyhiä, R. (2003). A study of standard care in fibromyalgia syndrome: A favorable outcome. *J Rheumatol*, 30(1) 154-159.

Fitzcharles, M. A., Ste-Marie, P. A., Goldenberg, D. L., Pereira, J., Abbey, S., Choinière, M.,...Shir, Y. (2013). National Fibromyalgia Guidline Advisory Panel: 2012 Canadian Guidlines for the diagnosis and management of fibromialgia síndrome: Executive Summary. *Pain Res Mang*, 18, 119-126.

Forbes, D., y Chalmers, A. (2004). Fibromyalgia: revisting the literature. *Journal of Canadian Chiropractical Association*, 48(2), 119-131.

Forseth, K ko, y Gran, J. T. (2002). Management of fibromyalgia. What are the best treatment choices? *Drugs*, 62(4), 577-592.

Franco, J. Q., Cardona, A. A. y Cardona, J. A. (2015). Effect of physical activity on the quality of life of people with fibromyalgia. *iMedPub*, 11(16) 1-8. doi: 10.3823/1222

Fries, J. F., Spitz, P., Young D. Y. (1982). The dimensions of health outcomes: the health assessment questionnaire, disability and pain scales. *J Rheumatol*, 9(5), 789-793

G

Gállego, J., Toledo, J. B., Urrestarazu, E., y Iriarte, J. (2007). Clasificación de los trastornos del sueño. *An. Sist. Sanit. Navar*, 30(1), 19-36.

García, A., Martínez, C., Angoña, M., y Sánchez, M. (2008). *El poder del descanso. La salud y los sueños*. Bilbao, España: Editorial Aupper.

García, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradie, N., Montero, J., y Moreno, S. (2008). Validation of the Spanish version of the Pain Catastrophizing Scale in fibromyalgia. *Med Clin*, 131(13), 487-492.

García-Bardón, V. F., Castel-Bernal, B., Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología Clínica*, 2(1), 38-43.

García-Campayo, J., Arnal, P., Marqués, H., Meseguer, E., Martínez, A., Navarro, C., Mínguez, C., Romeo, A., Orozco, F. (2005). Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: Efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal. *C. Med. Psicosom*, 73, 32-41.

García-Campayo, J., Serrano-Blanco, A., Rodero, B., Magallón, R., Alda, M., Andrés, E., Luciano, J. V., y López del Hoyo, Y. (2009). Effectiveness of the psychological and pharmacological treatment of catastrophization in patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Trials*, 10, 24-29. doi:10.1186/1745-6215-10-24.

García-Campayo, J., Alegre de Miquel, Tomás, M., Gómez, J. M., Blanco, E., Gobbo, M., (...) Gómez de la Cámara, A. (2010). Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(2), 108-121.

García-Campayo, J., y Rodero, B. (2011). La catastrofización ante el dolor en la fibromialgia. *Jano*, 59-61.

- Geisser, M. E., Roth, R. S., Robinson, M. E. (1997). Assessing depression among persons with chronic pain using the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale and the Beck Depression Inventory: a comparative analysis. *Clin J Pain* 12(2), 163-170.
- Gelman, S., Lera, S., Caballero, F., y López, M. J. (2002). Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Rev Esp Reumatol*, 29(7), 323-329.
- Giesecke, T., Williams, D. A., Harris, R. E., Cupps, T. R., Tian, X., Tian, T. X.,...Clauw, D. J. (2003). Subgrouping of Fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis & Rheumatism*, 48(10), 2916-2922.
- Glass, J. M. (2006). Cognitive dysfunction in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: new trends and future directions. *Curr Rheumatol Rep*, 8(6), 425-429.
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W. y Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain*, 151(2), 280-295. doi: 10.1016/j.pain.2010.06.011
- Goldenberg, D., Myskiy, M., Mossey, C., Ruthazer, R., y Schmid, C. (1996). A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and Amitriptyline in the treatment of Fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 39(11), 1852-1859.
- Goldenberg, D. (2003). Fibromialgia. Una guía completa para comprender y aliviar el dolor. Barcelona, España: Paidós.
- Goldenberg, D., Burckhardt, C., y Crofford, L. (2004). Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA*, 292(19), 2388-2395.
- Gowers, W. R. (1904). Lumbago: its lessons and analogues. *British Medical Journal*, 1, 117-121. Citado en Fibromialgia (López y Mingote, 2008).
- Gracia, M., Marcó, M., Ruiz, J., y Garabieta, F. (2001). Evaluación de los aspectos psicológicos de la Fibromialgia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(116), 959-979.
- Gutiérrez, E., Feroso, J., González, R., Reig, E., y Merchán, M. (2001). Fibromialgia. Reunión de expertos. Cátedra Extraordinaria del Dolor "Fundación Grünenthal" Universidad de Salamanca. Salamanca, España.

H

- Hakkinen, A., Hakkinen, K., Hannoneb, P., y Alen, M. (2000). Force production capacity and acute neuromuscular responses to fatiguing loading in women with fibromyalgia are not different from those of healthy women. *Journal of Rheumatology* 27, 1277-1282.
- Hamilton, M., y Shapiro C. M. (1990). Depression. En Peck, D.F., y Shapiro, C.M. (eds.): *Measuring human problems* (pp. 27-37). New York: Wiley.
- Hammond, A. y Freeman, K. (2006). Community patient education and exercise for people with fibromyalgia: a parallel group randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 20, 835-846.
- Häuser, W., Bernardy, K., Üçeyler, N., y Sommer, C. (2009). Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *JAMA*, 301, 198-209.
- Häuser, W., Eich, W., Herrmann, M., Nutzinger, D., Schiltenwolf, M., y Henningsen, P. (2009). Fibromyalgia Syndrome Classification, Diagnosis, and Treatment. *Dtsch Arztebl Int*, 106(23), 383-391. doi: 10.3238/arztebl.2009.0383
- Häuser, W., Bernardy, K., Arnold, B., Offenbä, M., y Schiltenwolf, M. (2009). Efficacy of Multicomponent Treatment in Fibromyalgia Syndrome: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Clinical Trials. *Arthritis & Rheumatism*, 61(2), 216-224. doi: 10.1002/art.24276
- Häuser, W., Klose, P., Langhorst, J., Moradi, B., Steinbach, M., Schiltenwolf M., y Busch A. (2010). Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Arthritis Research & Therapy*, 12(3), R79. doi: 10.1186/ar3002
- Häuser, W., Kosseva, M., Uceyler, N., Klose, P, y Sommer, C. (2011). Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Arthritis Care Res, (Hoboken)* 63(6), 808-820. doi: 10.1002/acr.20328
- Häuser, W., Urrútia, G., Tort, S., Üçeyler, N., y Walitt, B. (2013). Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) para el síndrome de fibromialgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 4*. doi: 10.1002/14651858.CD010292

Häuser, W., Ablin, J., Fitzcharles, M. A., Littlejohn, G., Luciano, J. V., Usui, C., y Walitt, B. (2015). Fibromyalgia. *Nat Rev Dis Primers* 1:15022. doi:10.1038/nrdp.2015.22

Häuser, W., Ablin, J., Fitzcharles, M., Littlejohn, G., Luciano, J., Usui, C., y Walitt, B. (2015). Fibromyalgia. *Nature Review* 1, 1-16. doi:10.1038/nrdp.2015.22

Hasset, A. L., Simonelli, L. E., Radvanski, D. C., Buyske, S., Savage, S. V., y Sigal, L. H. (2008). The relationship between affect balance style and clinical outcomes in fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 59,833-840.

Herch, K. P. (1989). Evaluation and differential diagnosis of fibromialgya. Approach to diagnosis and management. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 15(1), 19-29.

Hooten, W. M., Townsend, C. O., y Decker, P. A. (2007). Gender differences among patients with fibromyalgia undergoing multidisciplinary pain rehabilitation. *Pain Medicine*, 8, 624-632.

Hughes, G., Martínez, C., Myon, E., Taïeb, C., y Wessely S. (2006). The impact of a diagnosis of fibromyalgia on health care resource use by primary care patients in the UK: an observational study based on clinical practice. *Arthritis Rheum*, 54(1), 177-183. doi: 10.1002/art.21545

I

Itoh, K., y Kitakoji, H. (2010). Effects of acupuncture to treat fibromyalgia: a preliminary randomised controlled trial. *Chin Med*, 5, 11. doi: 10.1186/1749-8546-5-11

J

Jahan, F., Kashmira, N., Waris, Q., y Rizwan, Q. (2012). Fibromyalgia Syndrome: An Overview of Pathophysiology, Diagnosis and Management. *Oman Medical Journal*, 27(3), 192-195.

Jones, K. D., Adams, D., Winters-Stone, K., y Burckhardt, C. S. (2006). A comprehensive review of 46 exercise treatment studies in fibromyalgia (1988-2005). *Health Qual Life Outcomes*, 25, 4:67.

Jones, J. J., Rutledge, D. N., Jones, K. D., Matallana, L., Rooks, D. S. (2008). Self-assessed physical function levels of women with fibromyalgia. A national survey. *Women's Health Issues, 18*(5), 406-412.

Jones, K. D., y Liptan, G. L. (2009). Exercise interventions in fibromyalgia: clinical applications from the evidence. *Rheum Dis Clin North Am, 35*(2), 373-391.

K

Karsdorp, P. A., y Vlaeyen, W. S. (2009). Active avoidance but not activity pacing is associated with disability in fibromyalgia. *Pain, 147*(15), 29-35.

Keefe, F. J., y Caldwell, D. S. (1998). Cognitive behavioural control of arthritis pain. *Med Clin North Am, 81*, 277-290.

Kennedy, M., y Felson, D.T. (1996). A prospective long-term study of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum, 39*, 682-685.

Kerns, R. D., Turk, D. C., y Rudy, T. E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain, 23*(4), 345-356.

Kersh, B. C., Bradley, L. A., Alarcón, G., Alberts, K. R., Sotolongo, A., Martin, M. Y.,...Chaplin, W. F. (2001). Psychosocial and health status variables independently predict health care seeking in fibromyalgia. *Arthritis care and research, 45*, 362-371.

King, S. J., Wessel, J., Bhambhani, Y., Sholter, D. y Maksymowych, W. (2002). The effects of exercise and education, individually or combined, in women with fibromyalgia. *Journal of Rheumatology, 29*, 2620-2627.

Klein, R., Bansch, M., y Berg, P.A. (1992). Clinical relevance of antibodies against serotonin and gangliosides in patients with primary fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology, 17*(6), 593-598.

L

Langhorst, J., Häuser, W., Bernardy, K., Lucius, H., Settan, M., Winkelmann, A., y Musial, F. (2012). Complementary and alternative therapies for fibromyalgia syndrome Systematic review, meta-analysis and guidelines. *Schmerz, 26*(3), 311-317.

- Lauche, R., Cramer, H., Häuser, W., Dobos, G., y Langhorts, J. (2015). A systematic overview of reviews for complementary and alternative therapies in the treatment of the fibromyalgia syndrome. *Evid Based Complement Alternat Med*, 1-13. doi: 10.1155/2015/610615
- Leeuw, M., Goossens, M. E., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K. y Vlaeyen, J.W. (2007). The Fear-Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30 (1), 77-94.
- Lera, S., Gelman, S. M., López, M. J., Abenoza, M., Zorrilla, J. G., Castro-Fornieles, J., y Salamero, M. (2009). Multidisciplinary treatment of fibromyalgia: does cognitive behaviour therapy increase the response to treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(5), 433-441. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.01.012
- Liebschutz, J., Saitz, R., Brower, V., Keane, T.M., Lloyd-Travaglini, C., Averbuch, T., y Samet, J.H. (2007). PTSD in urban primary care: high prevalence and low physician recognition. *J Gen Intern Med*, 22(6), 719-726.
- López, M. y Mingote, J. C. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19(3), 343-358.
- López, M., Gozalo, A., Mingote, J. C., y Borobia, C. (2008). Indicadores bioquímicos y pruebas isométricas en fibromialgia. *Med Segur Trab*, 54(213), 47-66.
- Lozano, J. A. (2004). Fibromialgia. *Offarm*, 23(2), 119-118.
- Luciano, J. V., Martínez, N., Peñarrubia-María, M.T., Fernández-Vergel, R., García-Campayo, J., Verduras, C.,... FibroQoL Study Group. (2011). Effectiveness of a psychoeducational treatment program implemented in general practice for fibromyalgia patients: A randomized controlled trial. *Clinical Journal of Pain*, 27(5), 383-91. doi: 10.1097/AJP.0b013e31820b131c.
- Lund, N., Bengtsson, A., Thorborg, P. (1986). Muscle tissue oxygen pressure in primary fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 15, 165-173.

M

- Macfarlane, G., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Flub, E.,... Jones G. T. (2016). EULAR revised recommendations for the management of fibromialgia. *Ann Rheum Dis*, 0 1-11. doi: 10.1136/annehumdis-2016-209724
- Malt, E. A., Olafsson, S., Lund, A., y Urson, H. (2002). Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. *British Medical & Clinical Musculoskeletal Disorder*, 3(2), 3-12.
- Mannigam, R. (1750). The symptoms, nature, causes and cure of the febricula or little fever: commonly called the nervous or hysteric fever; the fever of spirits; vapours, hypo, or spleen. London, UK: J Robinson. Citado en Fibromialgia (López y Mingote, 2008).
- Martínez, E., González, O., y Crespo, J. M. (2003). Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud Global*, 4, 1-8.
- Martínez, M. (2012). *La ciencia y la clínica de la Fibromialgia*. México, D.F. Editorial Médica Panamericana.
- Mas, A. J., Carmona, L., Valverde, M., y Ribas, B. EPISER Study Group (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 26(4), 519-526.
- Mayorga, M. J., Fernández, I., Bullón, F., Morales, C., J. Herrera, J., y Echevarría M. (2010). Impacto de un programa de educación sanitaria en pacientes con fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor*, 17(5), 227-232.
- McBeth, J., McFarlane, G. J., Benjamin, S., Morris, S., y Silman, A. J. (1999). The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences. *Arthritis Rheum*, 42, 1397-1404.
- Mease, P., Clauw, D. J., Arnold, L. M., Goldenberg, D. L., Witter, J., Williams, D. A.,...Crofford, L.J. (2005). Fibromyalgia syndrome. *R. de Reumatología*, 32(11), 2270-2277.

- Mease, P., Arnold, L. M., Benett, R., Boonen, A., Buskila, D., Carille, S.,... Crofford, L. (2007). Fibromyalgia síndrome. *J Rheumatol*, 34(6), 1415-1425.
- Mease, P. J., Dundon, K., y Sarzi-Puttini, P. (2011). Pharmacotherapy of fibromialgia. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 25, 285-297.
- Merskey, H., Addison, R., Beric, A., Blumberg, H., Bogduck, N., Boivie J.,... Watson P. (1994). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndrome and definition of pain terms. 2th ed. Seattle: International Association for Study of Pain (AISP Press).
- Mickey, J., y Greenland, S. (1992). A study of the impact of confounder-selection criteria on effect estimation. *American Journal of Epidemiology*, 129, 125-37. Citado en: Doménech, J. M. y Navarro, J. B. (2010).
- Miró, E., Diener, F., Martínez, M. P., Sánchez, A., y Valenza, M. C. (2012). La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema*, 24(1), 10-15.
- Mist, S. D., Firestone, K. A., y Jones, K. D. (2013). Complementary and alternative exercise for fibromyalgia: a meta-analysis. *Journal of Pain Research*, 6, 247-260. doi: 10.2147/JPR.S32297
- Moioli, B., y Merayo, L. A. (2005). Effects of psychological intervention on pain and emotional state of persons with fibromyalgia. *Rev Soc Esp Dolor*, 12, 476-484.
- Moldofsky, H. (1989). Sleep and fibrositis syndrome. *Rheum Dis Clin North Am*, 15(1), 90-103.
- Moldofsky H. (2002). Management of sleep disorders in fibromialgia. *Rheum Dis Clin North Am*, 28(2), 353-365.
- Monterde, A., Salvat, I., Montull, S., y Fernández-Ballart, J. (2004). Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Revista Española de Reumatología*, 31(9), 507-513.
- Moyano, S., Kilstein, J. G., y Alegre, C. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse? *Reumatol Clin*, 11(4), 210-214. doi.org/10.1016/j.reuma.2014.07.008

Müller, W., Schneider, E. M., y Stratz, T. (2007). The classification of fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int* 27,1005–1010.

Munguía, D. y Legaz, A. (2007). Epidemiología del síndrome de fibromialgia. En, D., Munguía, A., Legaz, y Alegre, C. (Ed.), *Guía práctica clínica sobre el síndrome de fibromialgia para profesionales de la salud* (pp. 11-24). Madrid, España: Elsevier.

N

Netter, P., y Hennig, J. (1998). The fibromyalgia syndrome as a manifestation of neuroticism? *Zeitschrift fur Rheumatologie*, 57(2), 105-108.

Nielson, W. R., y Jensen, M. P. (2004). Relationship between changes in coping and treatment outcome in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain*, 109(3), 233-241.

Nishishinya, M. B., Rivera, J., Alegre, C., Pereda, C. A., y Carbonell, J. (2006). Revisión sistemática de las intervenciones no farmacológicas y alternativas en la fibromialgia. *Med Clin*, 127(8), 295-299.

O

Okifuji, A., y Turk, D. (1999). Fibromyalgia: Search of mechanisms and effective treatments. En R. Gatchel y D. Turk. (Ed.), *Psychological factors in pain: Critical perspectives* (pp. 227-246). New York, EEUU: The Guilford Press.

P

Pacual, A. (2008). Fibromialgia y Escuelas para familiares. *Revista de actualidad sociosanitaria*, 5, 13-15.

Pagano, T., Matsutani, L. A., Ferreira, E. A., Marques, A. P., y Pereira, C. A. (2004). Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Revista Paulista de Medicina*, 122(6), 252-258.

Pastor, M. A., Lledó, A., López-Roig, S., Pons, N., y Martín-Aragón, M. (2010). Predictores de la utilización de recursos sanitarios en la fibromialgia. *Psicothema*, 22, 549-555.

Pastor, M. A., Lledó, A., Pons, N. y López-Roig, S. (2011). Dolor y fibromialgia. Aportaciones desde la psicología. En C. Peñacoba. (Ed.), *Fibromialgia y promoción de la salud*.

- Herramientas de intervención psicosocial* (pp. 77-112). Madrid, España: Editorial Dykinson.
- Payne, R. A. (2009). *Técnicas de relajación. Guía práctica*. (5ª ed.). Barcelona, España: Ed. Paidotribo.
- Peña, J. L., Brieva, P., Peña, C., y Humbría, A. (2002). Unidades de espalda: un modelo multidisciplinario. *Rev Esp Reumatol*, 29(10), 499-502.
- Peñacoba, C., Velasco, L. y Gómez-Arguelles, J. M. (2011). Tratamiento psicosocial en fibromialgia. En C. Peñacoba. (Ed.), *Fibromialgia y promoción de la salud. Herramientas de intervención psicosocial* (pp. 123-152). Madrid, España: Editorial Dykinson.
- Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F., y Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16(3), 415-420.
- Pérez-Velasco, M., y Peñacoba, C. (2015). Autoeficacia y automanejo de los hábitos saludables en fibromialgia. *Enfermería clínica*, 25(3), 133-137.
- Peters, M. L., Vlaeyen, J. W. S., y Weber, W. E. J. (2005). The joint contribution of physical pathology, pain related fear and catastrophizing to chronic back pain disability. *Pain*, 113, 45-50. doi: 10.1016/j.pain.2004.09.033.
- Povedano, J. B., e Iglesia, J. L. (2000). Fibromialgia: Tema monográfico. *Rev Esp Reumatol*, 27, 426-429.
- Prados, G., y Miró, E. (2012). Fibromialgia y sueño: una revisión. *Rev Neurol*, 54 (4), 227-240.
- psychological features with women. *J Rheumatol*, 31(12), 2464-2467.

Q

- Queiroz, L. P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain Headache Reports*, 17, 356. doi: 10.1007/s11916-013-0356-5.

R

- Rao, S. G. (2012). The neuropharmacology of centrally-acting analgesic medications in fibromyalgia. *Rheu Dis Clin N Am*, 28(2), 235-259.
- Richards, S. C., Scott, D. L. (2012). Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomised controlled trial. *BMJ*. 325(7357), 185.
- Rivera, J., Moratalla, C., Valdepeñas, F., García, Y., Osés, J. J., Ruiz, J., González, T., Carmona, L. y Vallejo, M. A. (2004). Long-term efficacy of therapy in patients with fibromyalgia: a physical exercise-based program and a cognitive-behavioral approach. *Arthritis and Rheumatism*, 51,184-192.
- Rivera, J., y González, T. (2004). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with Fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 22, 554-560.
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castell, B.,... Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin*, 2(1), 55-66.
- Rivera, J., Alegre, C., Nishishinya, M. B., y Pereda, C. A. (2006). Evidencias terapéuticas en fibromialgia. *Reumatol Clin*, 2(1), 34-37.
- Rivera, J. (2011). La fibromialgia en el sistema sanitario español. Generalidades e Impacto en la calidad de vida. En C. Peñacoba. (Ed.), *Fibromialgia y promoción de la salud. Herramientas de intervención psicosocial* (pp. 45-73). Madrid, España: Dykinson.
- Rivera, J. (2011). Tratamiento farmacológico en la fibromialgia. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología*, 12(1), 21-26. doi: 10.1016/j.semreu.2010.05.003
- Rivera, J., Vallejo, M. A., y Esteve, J. (2012). Estrategias de prescripción de fármacos en el tratamiento de pacientes con fibromialgia. *Reumatol Clin*, 8(4), 184-188. doi: 10.1016/j.reuma.2012.02.009
- Robbins, J. M., Kirmayer, L.J., y Kapusta, M. A. (1990). Illness worry and disability in fibromyalgia syndrome. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 20(1), 49-63.

- Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B. y Buriel, Y. (2009). Tratamientos no farmacológicos en fibromialgia: una revisión actual. *Revista de Psicopatología y Psicología*, 14(3), 137-151. doi: 10.5944/rppc.vol.14.num.3.2009.4074
- Rodríguez, R. M., Orta, M. A., y Amashta, L. (2010). Cuidados de enfermería a los paciente con fibromialgia. Publicaciones Universidad de Murcia. *Enfermería Global*, 19, 1-16.
- Romero, D. M., Cenjor, V., Cabello, A. y Ureña, L. (2006). Impacto de la fibromialgia en las actividades de la vida diaria. *Revista Asturiana de Terapia Ocupacional*, 3, 4-10.
- Rooks, D. S. (2008). Talking to patients with fibromyalgia about physical activity and exercise. *Curr Opin Rheumatol*, 20(2), 208-212.
- Ruiz-Pérez, I., Ubago, M. C., Bermejo, M. J., Plazaola, J., Olry de Labry-Lima A., y Hernández, E. (2007). Diferencias en características sociodemográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados con fibromialgia. *Rev Clin Esp*, 207(9), 433-439.
- Russell, I. J. (1989). Neurohormonal aspects of fibromialgia syndrome. *Rheum Dis Clin North Am*, 15(1), 149-167.
- Rusell, J., Kamin, M., Bennett, R. M., Schnitzer, T. J., Green, J. A., y Katz, W. A. (2010). Efficacy of Tramadol in Treatment of pain in Fibromyalgia. *J Clin Rheumatol*, 6, 250-257.
- Russell, J., Holman, A. J., Swick, T., Álvarez-Horine, S., Wang, Y., y Guinta, D. (2011). Sodium oxybate reduces pain, fatigue and sleep disturbance and improves functionality in fibromyalgia: results from a 14-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Pain*, 152, 1007-1017.

S

- Salvat, I., Zaldivar, P., Monterde, S., Montull, S., Miralles, I., y Castel, A. (2017) Functional status, physical activity level, and exercise regularity in patients with fibromyalgia after Multidisciplinary treatment: retrospective analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatol Int*, 37, 377-387. doi 10.1007/s00296-016-3597-x

- Sañudo, B., Galiano, D., Carrasco, L. y de Hoyo, M. (2010). Evidencias para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con fibromialgia. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 3(4):159-169.
- Sañudo, B., Galiano, D., Carrasco, L., Blagojevic, M., de Hoyo, M. y Saxton, J. (2010). Aerobic exercise versus combined exercise therapy in women with fibromyalgia syndrome: a randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(12), 1838-43. doi: 10.1016/j.apmr.2010.09.006.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1999). Validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II). Vol 10 (2).
- Sanz, J., Perdigón, A., y Vázquez, C. (2003). Adaptación Española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II):2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Saral, I., Sindel, D., Esmailzadeh, S., Sertel-Berk, H. O. y Oral, A. (2016). The effects of long- and short-term interdisciplinary treatment approaches in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Rheumatol Int*, 36,1379-1389. doi 10.1007/s00296-016-3473-8.
- Sateia, M. J., y Nowell, P. D. (2004). Insomnia. *Lancet*, 364(9449), 1959-1973. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17480-1
- Seisdedos, N. (1988). Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. En: Adaptación española. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Shuster, J., McCormack, J., Riddell, R. P., Toplak, M. E. (2009). Understanding the psychosocial profile of women with fibromyalgia syndrome. *Pain Research & Management*, 14(3), 239-245.
- Silman, A. J. y Horchberb, M. C. (1993). *Epidemiology of the rheumatic diseases*. Oxford Medical Publications.7-68.
- Silverman, S., Sadosky, A., Evans, C., Yeh, Y., Alvir, J.M., y Zlateva, G. (2010). Toward characterization and definition of fibromyalgia severity. *BMC musculoskelet disord*, 11, 66. doi: 10.1186/1471-2474-11-66

- Sim, J., y Adams, N. (2002). Systematic review of randomized controlled trials of nonpharmacological interventions for fibromyalgia. *Clin J Pain*, 18, 324-336
- Simms, R. W., Roy, S. H., Hrovat, M., Andersson, J. J., Skrinar, G., LePoole, S. R.,...Jolesz, F. (1994). Lack of association between fibromyalgia syndrome and abnormalities in muscle metabolism. *Arthritis & Rheumatism* 37(6), 794-800.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*, 6, 1231-1239.
- Soriano, E., Gelado, M. J., y Girona, M. R. (2000). Fibromialgia: un diagnóstico reciente. *Aten Primaria*, 26(6), 415-418.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid, España: TEA
- Staud, R. y Rodriguez, M. E. (2006). Mechanisms of disease: pain in fibromyalgia syndrome. *Nature Clinical Practice Rheumatology*, 2(2), 90-98.
- Steiner, J. L., Bigatti, S. M., Hernandez, A. M., Lydon-Lam, J. R., Johnston, E. L. (2010). Social support mediates the relations between role strains and marital satisfaction in husbands of patients with fibromyalgia syndrome. *Family Systems Health*, 28(3), 209-223.
- Straube, S., Derry, S., Moore, R. A., y McQuay, H. J. (2010). Pregabalin in fibromyalgia: meta-analysis of efficacy and safety from company clinical trial reports. *Rheumatology*, 49, 706-715.
- Stuifbergen, A. K., Blozis, S. A., Becker, H., Phillips, L., Timmerman, G., Kullberg, V.,... Morrison, J. (2010). A randomized controlled trial of a wellness intervention for women with fibromyalgia syndrome. *Clinical Rehabilitation*, 24(4), 305-318. doi: 10.1177/0269215509343247
- Sullivan, M., y Bishop, S. (1995). The pain Catastrophizing Scale: Development and Validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532.
- Sullivan, M. J. L., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., y Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 17, 52-64.

Sullivan, M.D., y Ballantyne, J.C. (2016). Must we reduce pain intensity to treat chronic pain? *Pain*, 157 (1), 65-69.

Surrawy, C., Hackmann, A., Hawton, K., y Sharpe, M. (1995). Chronic fatigue syndrome: a cognitive approach. *Behavior Research and Therapy*, 33(5), 535-544.

T

Terhorst, L., Schneider, M. J., Kim, K. H., Gozdich, L. M., y Stilley, C. S. (2011). Complementary and alternative medicine in the treatment of pain in fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. *J Manipulative Physiol Ther*, 34(7), 483-496. doi: 10.1016/j.jmpt.2011.05.006

Thieme, K., Turk, D. C., y Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosom Med*, 66,837–44.

Thieme, K. y Gracely, R. H. (2009). Are psychological treatments effective for fibromyalgia pain? *Current Rheumatology Report*, 11, 443-450.

Thomas, E. N. y Blotman, F. (2010). Aerobic exercise in fibromyalgia: a practical review. *Rheumatology International*, 30(9), 1143-50. doi: 10.1007/s00296-010-1369-6.

Tofferi, J. K., Jackson, J. L., y O'Malley, P. (2004). Treatment of Fibromyalgia with Ciclobenzaprina. A Meta-analysis. *Arthritis Rheum*, 51, 9-13.

Townsend, E. A., y Polatajko, E.J. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice Through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE. ISBN 978-1-895437-76-78.

Turk, D. C., Dworkin, R. H., Allen, R. R., Bellamy, N., Brandenburg, N., Carr, D. B., ...Witter J. (2003). Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 106 (3): 337-45.

U

Uceda, J., González, M. I., Fernández, C., y Hernández, R. (2000). Fibromialgia: Tema monográfico. *Revista Española de Reumatología*, 27, 414-416.

Uveges, J. M., Parker, J. C., Smarr, K. L., McGowan, J. F., Lyon, M. G., Irvin, W. S.,...Delmonico, R. L. (1990). Psychological symptoms in primary fibromyalgia syndrome: relationship to pain, life stress, and sleep disturbance. *Arthritis & Rheumatism*, 33(8), 1279-1283.

V

Valverde, M., Juan, A., Ribas, B., Benito-Urbina, J. C., Carmona, I, y grupo de trabajo EPISER (2000). Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER 2000. *Rev Esp Reumatol*, 27,157-165.

Valverde, M., Juan, A., Rivas, B. y Carmona, L. (2001). Fibromialgia. En: Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española (pp. 77-91). Madrid, España: MSD y Sociedad Española de Reumatología.

Van Abbema, R., van Wilgen, C. P., van der Schans, C. P. y van Ittersum, M. W. (2011). Patients with more severe symptoms benefit the most from an intensive multimodal program in patients with fibromyalgia. *Disability Rehabilitation*, 33(9), 743-750. doi: 10.3109/09638288.2010.510177.

Van Houdenhove, B., Neerinckx, P., Lsysens, R., Vertommen, H., Van Houdenhove, L., Onghena, P.,...D'Hooghe, M. B (2001). Victimization in chronic fatigue syndrome and Fibromyalgia in tertiary care. *Psychosomatics*, 42(1), 21-28.

Van Houdenhove, B., Egle, U., y Luyten, P. (2005). The role of life stress in Fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports*, 7(5), 365-370.

Van Houdenhove, B., y Luyten, P. (2006). Stress, depression and fibromyalgia. *Acta Neurológica Bélgica*, 106(4), 149-156.

Vázquez, J., Ramírez, D. N., y Zarco, J. V. (2000). Entorno familiar y paciente crónico. *Semergen*, 27, 24-26.

Velasco, L. (2010). Estrés, limitación funcional y sintomatología asociada en mujeres con Fibromialgia. Influencia de las variables afectivas y de percepción de control. (Tesis doctoral). Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

- Vickers, A, y Zollman, C. (1999). ABC of complementary medicine. The manipulative therapies: osteopathy and chiropractic. *BMJ*, 319, 1176-1179.
- Vickers, A., y Zollman, C. (1999). ABC of complementary medicine. Massage therapies. *BMJ*, 319, 1254-1267.
- Vickers, A., y Zollman, C. (1999). ABC of complementary medicine. Homoeopathy. *BMJ*, 319, 1115-1118.
- Vickers, A., y Zollman, C. (1999). ABC of complementary medicine. Acupuncture. *BMJ*, 319, 973-976.
- Vickers, A., y Zollman, C. (1999). ABC of complementary medicine. Unconventional approaches to nutritional medicine. *BMJ*, 319, 1419-22.
- Viladrich, C., y Doval, E. (2011). *Medición: Fiabilidad y Validez*. (5ª Ed.) Bellaterra: Laboratori d'Estadística Aplicada i de Modelització (UAB).
- Villanueva, V. L., Valía, J. C., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, M. J., y De Andrés, J. (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 11(7), 430-443.
- Vitton, O., Gendreau, M., Kranzler, y J., Rao, G. (2004). A double blind placebocontrolled trial of minalcipran in the treatment of fibromyalgia. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, 19, 27-35.
- Vlaeyen, J. W. y Linton, S.J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-32.
- Vlaeyen, J. W., Jong, J., Geilen, M., Heuts, P., y Van Breukelen, G. (2002) The Treatment of Fear of Movement/(Re)injury in Chronic Low Back Pain: Further Evidence on the Effectiveness of Exposure In Vivo. *The Clinical Journal of Pain* 18, 251–261.

W

- Walker, E. A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Bernstein, D., y Katon, W. J. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical and emotion abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, 59(6), 572-577.

- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Weir, P. T., Harlan, G. A., Nkoy, F. L., Jones, S. S., Hegmann, K. T., Gren, L. H., Lyon, J. L. (2006). The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes. *J Clin Rheumatol*, 12(3), 124-128.
- 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. *J Musculoskeletal Pain*, 11, 5-12.
- Werle, E., Fischer, H. P., Muller, A., y Fiehn, W. (2001). Antibodies against serotonin have no diagnostic relevance in patients with fibromyalgia syndrome. *J. Rheumatol*, 28(3), 595-600.
- White, K. P., Speechley, M., Harth, M., y Ostbye, T. (1999). Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario. *Arthritis Rheum*, 42(1), 76-83.
- White, K. P., Nielson, W. R., Harth, M., Ostbye, T. M. y Speechley, M. (2002). Does the label “fibromyalgia” alter health status, function, and health service utilization? A prospective, within-group comparison in a community cohort of adults with chronic widespread pain. *Arthritis Rheum*, 47(3), 260-265.
- Wigers, S. H. (1996). Fibromyalgia outcome: the predictive values of symptom duration, physical activity, disability pension, and critical life events. A 4.5 years prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(3), 235-243.
- Williams, D. A., Cary, M. A., Groner, K. H., Chaplin, W., Glazer, L. J., Rodríguez, A. M., Clauw, D. J. (2002). Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive behavioural intervention. *J Rheumatol*, 29(6), 1280-1286.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., y Goldenberg, D. L. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of

Fibromyalgia. Report of the Multicentre Criteria Committee. *Arthritis Rheum*, 33(2), 160-172.

Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., y Russell, I. J. (1995). Aspects of fibromyalgia in the general population: Sex, pain threshold, and fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 22, 151-156.

Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennett, R. M., Caro, X. J., Goldenberg, D. L.,... Yunus, M. B. (1997). Health status and disease severity in fibromyalgia. Results of a six-center longitudinal study. *Arthritis Rheum*, 40(9), 1571-1579.

Wolfe, F., Hawley, D. J., Goldenberg, D. L., Russell, I. J., Buskila, D., y Neumann, L. (2000). The assessment of functional impairment in fibromyalgia (FM): Rasch analyses of 5 functional scales and the development of the FM Health Assessment Questionnaire. *J Rheumatol*, 27, 1989-1999.

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M., Goldenberg, L., Katz, R. S., Mease, P.,... Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600-610. doi: 10.1002/acr.20140

Wolfe, F. y Walitt, B. (2013). Culture, science and the change nature of fibromyalgia. *Nature Reviews Rheumatology* 9, 751-755. doi: 10.1038/nrrheum.2013.96

Woolf, C. J. (2011). Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152(3, suppl), S2-S15. doi: 10.1016/j.pain.2010.09.030

Y

Yunus, M. B., Ahles, T. A., Aldag, J. C., y Masi, A. T. (1991). Relationships of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia, *Arthritis & Rheumatism*, 34(1), 15-21.

Yunus, M. B., Inanici, F., Aldag, J. C., y Mangold, R. F. (2000). Fibromyalgia in men: comparison of clinical features with women. *J Rheumatol*, 27, 485-490.

Yunus, M. B., Celiker, R., y Aldag, J. C. (2004). Fibromyalgia in men: comparison of

Z

Zautra, A. J., Hamilton, N. A., y Burke, H. M. (1999). Comparison of stress responses in women with two types of chronic pain: fibromyalgia and osteoarthritis. *Cognitive Therapy and Research*, 23(2), 209-230.



ANEXOS





ANEXO I: PROTOCOLO DE EVALUACIÓN INICIAL

Se muestra a continuación la localización de las variables del estudio en el Protocolo de evaluación inicial (Pre).



Variables	Página/as
Sociodemográficas	213
Edad	213
Nivel de estudios	213
Estado civil	213
Personas con las que convive	213
Situación laboral actual	215
Incapacidad laboral	215
Expectativas sobre futuro laboral	215
Percepción del funcionamiento y apoyo familiar	214
Clínicas	216
<i>Comorbilidad</i>	
Alergia a fármacos	216
Hipertensión arterial	216
Diabetes	216
Dislipemia	216
Tabaco	216
Alcohol	216
<i>Historia ginecológica</i>	216
Menopausia	216
Número de hijos	216
Número de abortos	216
<i>Historia de la fibromialgia</i>	218
Tiempo con dolor	
Tiempo desde el diagnóstico	218
Especialista que realizó el diagnóstico	218
Antecedentes familiares de diagnóstico de FM	218
Antecedentes familiares de dolor generalizado	218

<i>Características del dolor</i>	219
Frecuencia del dolor	219
Factores que alivian	219
Factores que empeoran el dolor	219
<i>Otros síntomas que acompañan al dolor</i>	221
Percepción de estado de salud	
Percepción de estado de salud general	220
Impacto percibido de la fibromialgia	222
Síntomas	220
Intensidad de dolor actual	220
Intensidad media de dolor en las dos últimas semanas	220
Intensidad de fatiga actual	220
Intensidad media de fatiga en las dos últimas semanas	220
<i>Estado funcional</i>	
Discapacidad percibida	224
<i>Estado Emocional</i>	
Depresión	226
Ansiedad Estado	231
Psicológicas	
Ansiedad Rasgo	234
Pensamiento catastrofista	237

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN INICIAL

Fecha: ____/____/____
Nombre y apellidos: _____
Fecha de: ____/____/____
Dirección: Nacimiento _____ _____
Teléfonos Contacto: Fijo: _____
Móvil: _____

Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas y conteste la opción que más se aproxime a su situación. **No hay respuestas correctas ni erróneas**, sólo nos interesa saber **su opinión y valoración**.

Muchas Gracias.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nivel Educativo:

- No lee/escribe
- Lee/escribe
- Estudios Primarios
- Estudios Medios (FP/BUP/ESO/o similares)
- Estudios Universitarios

Estado Civil:

- Soltero/a
- Casado/a
- Separado/a Vive en Pareja: Sí
- Divorciado/a No
- Viudo/a

Personas con las que Convive:

- Marido/Esposa
- Hijos Edad: _____ Sexo: _____
- Padres
- Otros Especificar: _____

No conteste las siguientes preguntas si usted vive solo/a:

¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

Casi nunca A veces Casi siempre

¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?

Casi nunca A veces Casi siempre

Las decisiones importantes ¿Se toman en conjunto en la casa?

Casi nunca A veces Casi siempre

¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?

Casi nunca A veces Casi siempre

¿Siente que su familia le quiere?

Casi nunca A veces Casi siempre

Puntuación APGAR FAMILIAR:

¿Cómo definiría su relación de pareja? (No conteste si no tiene pareja)

Buena Regular Mala

¿Cómo definiría su relación con sus hijos? (No conteste si no tiene hijos)

Buena Regular Mala

SITUACIÓN LABORAL

Ocupación:

Ama de casa

Estudiante

Trabajador en activo

En paro

En baja laboral Sí

Tiempo de baja laboral:

No

Jubilado por edad

Jubilado por enfermedad

Profesión:

Autónomo Sí No

¿Tiene algún tipo de incapacidad reconocida por tribunal médico? Sí No

¿Está pendiente de algún juicio laboral? Sí No

Ideas sobre su futuro laboral: Continuar trabajando

Encontrar trabajo

No trabajar

Conseguir invalidez o subsidio

HISTORIAL MÉDICO

¿Es alérgico algún medicamento? Sí No ¿Cuál/es?

¿Padece de tensión alta? Sí No

¿Padece azúcar? Sí No

¿Tiene el colesterol alto? Sí No

¿Es fumador? Sí No

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

¿Bebe alcohol? Sí Ocasionalmente No

¿Padece usted de alguna enfermedad o lesión? Sí No

¿Cuáles?

Menopausia: Sí No Edad de la menopausia:

Número de hijos: Abortos Sí No ¿Cuántos?

Operaciones quirúrgicas Sí No

¿Cuáles?

TRATAMIENTO QUE TOMA EN LA ACTUALIDAD

Medicamento	Desayuno	Comida	Cena

HISTORIA DE LA FIBROMIALGIA O DEL DOLOR

Le han diagnosticado de fibromialgia:

Sí

Edad del diagnóstico:

No

¿Quién le hizo el primer diagnóstico?

Médico de cabecera

Reumatólogo

Traumatólogo

Rehabilitador

Unidad de Dolor

Medicina Interna

Otros:

¿Desde qué edad padece de dolores generalizados?

¿Tiene algún familiar que haya padecido largo tiempo de dolor generalizado? Sí No

¿Esta su madre/padre o algún hermano/a diagnosticado de fibromialgia? Sí No

Aunque sienta dolor generalizado, marque dónde localiza los dolores más habituales:

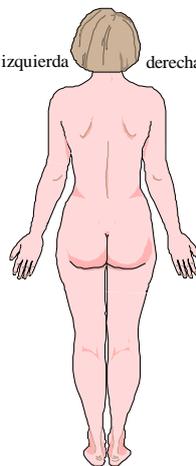
Lado Derecho

Lado Izquierdo



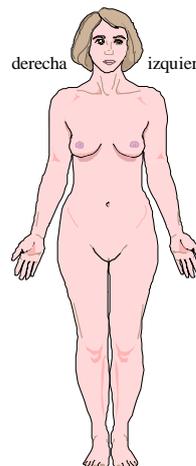
izquierda

derecha



derecha

izquierda



Raye sobre la figura humana dónde ha localizado el dolor

- Frecuencia del dolor: Diario
- + 14 días al mes
- 14 días al mes

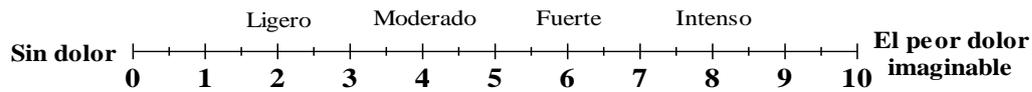
¿Se **alivia** el dolor con algo? Sí No

- Indique qué le alivia el dolor:
- Reposo físico
 - La relajación
 - El ejercicio físico suave
 - Calor
 - Frío
 - Tratamiento médico
 - Tratamientos alternativos
 - Otros

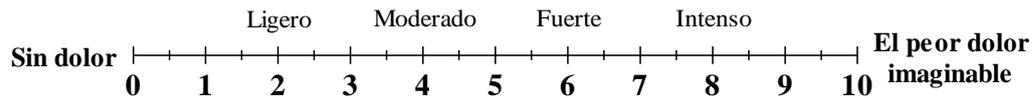
¿**Empeora** el dolor con algo? Sí No

- Indique qué le empeora el dolor:
- El reposo
 - El ejercicio físico
 - Los sobreesfuerzos
 - Los disgustos
 - El estrés
 - Frío
 - Calor
 - Otros

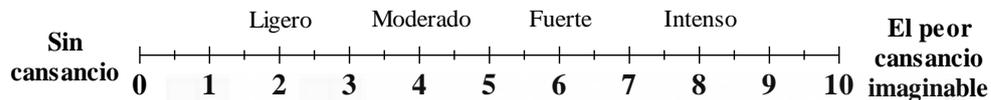
Marque con una cruz, el número que indique el **dolor** que siente en este momento:



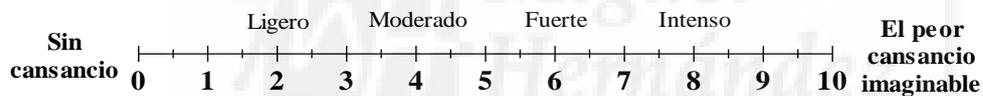
Marque con una cruz, una media del **dolor** que ha sentido **en las dos últimas semanas**:



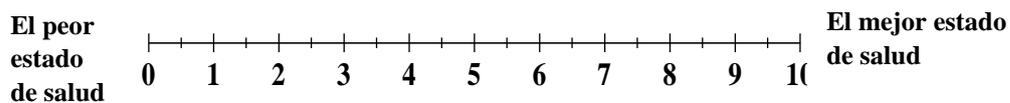
Marque con una cruz, el número que indique el **cansancio** que siente en este momento:



Marque con una cruz, una media del **cansancio** que ha sentido **en las 2 últimas semanas**:



Marque con una cruz, **su estado de salud actual**:



SÍNTOMAS QUE ACOMPAÑAN AL DOLOR

Marca con una cruz, los síntomas que padezcas recientemente:

Rigidez de cuerpo matutina Sí No

Dolor de cabeza frecuente Sí No

Hormigueos en manos o pies Sí No

Mareos frecuentes Sí No

Problemas de memoria Sí No

Problemas para concentrarse Sí No

Hinchazón abdominal Sí No

Gases frecuentes Sí No

Digestiones pesadas/ molestas Sí No

Estreñimiento Sí No

Diarreas frecuentes Sí No

Pícores de cuerpo Sí No

FIQ

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

1. Ha sido usted capaz de:

	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
A.- Hacer la compra	0	1	2	3
B.- Hacer la colada con la lavadora	0	1	2	3
C.- Preparar la comida	0	1	2	3
D.- Lavar los platos o los cacharros de la cocina a mano	0	1	2	3
E.- Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora	0	1	2	3
F.- Hacer las camas	0	1	2	3
G.- Caminar varias manzanas (1 Km)	0	1	2	3
H.- Visitar a amigos o parientes	0	1	2	3
I.- Utilizar el 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 semana faltó usted a su trabajo por causa de su fibromialgia? (si no trabaja fuera de casa deje esta pregunta en blanco)

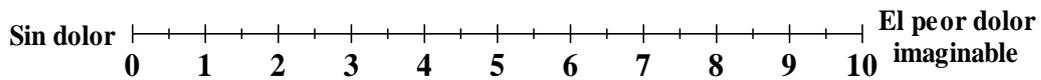
0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

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

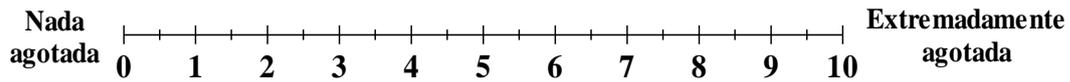
Sin problema |-----| Con mucha dificultad

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

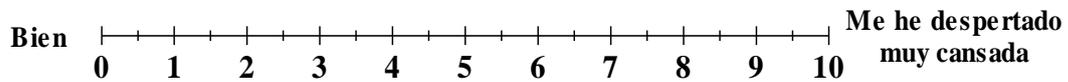
5. ¿Cómo ha sido el dolor de fuerte?



6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?



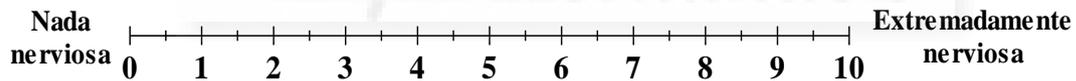
7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?



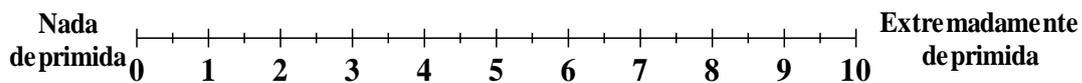
8. ¿Cómo se ha notado de rígida o agarrotada?



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



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



Total FIQ: <input type="text"/>
--

FHAQ

Instrucciones: Refiriéndose a la última semana especifique si se ha sentido usted capaz de realizar las siguientes tareas.

1.- Vestirse sólo, incluyendo los abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos

Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de realizarlo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.- Levantarse de una silla sin ayudarse de los brazos

Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de realizarlo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.- Lavarse y secarse todo el cuerpo

Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de realizarlo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.- Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza

Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de realizarlo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.- Agacharse y recoger la ropa del suelo

Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de realizarlo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.- Hacer los recados o la compra

Sin dificultad

Con alguna dificultad

Con mucha dificultad

Incapaz de realizarlo

7.- Entrar y salir de un coche

Sin dificultad

Con alguna dificultad

Con mucha dificultad

Incapaz de realizarlo

8.- Hacer las tareas de casa como barrer o lavar los platos

Sin dificultad

Con alguna dificultad

Con mucha dificultad

Incapaz de realizarlo

Total FHAQ:

BDI

Instrucciones: En este cuestionario aparecen **varios grupos de afirmaciones agrupadas en bloques**. Por favor, lea con atención cada una y señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor **cómo se ha sentido durante la última semana**, incluyendo el día de hoy.

1

- No me siento triste
- Me siento triste
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
- Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo

2

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
- Me siento desanimado respecto al futuro
- Siento que no tengo nada que esperar
- Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no mejorarán

3

- No me siento fracasado
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
- Me siento una persona totalmente fracasada

- 4**
- Las cosas me satisfacen tanto como antes
 - No disfruto de las cosas tanto como antes
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo

- 5**
- No me siento especialmente culpable
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
 - Me siento culpable constantemente, siempre

- 6**
- No creo que este siendo castigado
 - Me siento como si fuese a ser castigado
 - Espero ser castigado
 - Siento que estoy siendo castigado

- 7**
- No estoy decepcionado de mí mismo
 - Estoy decepcionado de mí mismo
 - Me da vergüenza de mí mismo
 - Me detesto

- 8**
- No me considero peor que cualquier otro
 - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
 - Continuamente me culpo por mis faltas
 - Me culpo por todo lo malo que sucede

- 9
- No tengo ningún pensamiento de suicidio
 - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería
 - Desearía suicidarme
 - Me suicidaría si tuviese la oportunidad

- 10
- No lloro más de lo que solía
 - Ahora lloro más que antes
 - Lloro continuamente
 - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera

- 11
- No estoy más irritado de lo normal en mí
 - Me molesto o irrito más fácilmente que antes
 - Me siento irritado continuamente
 - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme

- 12
- No he perdido el interés por nada
 - Estoy menos interesado en los demás que antes
 - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
 - He perdido todo el interés por los demás

- 13
- Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho
 - Evito tomar decisiones como antes
 - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 - Ya me es imposible tomar decisiones

- 14**
- No creo tener peor aspecto que antes
 - Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo
 - Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 - Creo que tengo un aspecto horrible

- 15**
- Trabajo igual que antes
 - Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
 - Tengo que obligarme mucho para hacer algo
 - No puedo hacer nada en absoluto

- 16**
- Duermo tan bien como siempre
 - No duermo tan bien como antes
 - Me despierto 1 o 2 horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
 - Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir

- 17**
- No me siento más cansado de lo normal
 - Me canso más fácilmente que antes
 - Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 - Estoy demasiado cansado para hacer nada

- 18**
- Mi apetito no ha disminuido
 - No tengo tan buen apetito como antes
 - Ahora tengo mucho menos apetito
 - He perdido completamente el apetito

- 19 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
- He perdido más de 2 Kilos y medio
- He perdido más de 4 Kilos
- He perdido más de 7 Kilos

Estoy a dieta para adelgazar: Sí

No

- 20 No estoy preocupado por mi salud más de lo normal
- Estoy preocupado por problemas físicos, como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa

- 21 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- Estoy mucho menos interesado por el sexo
- He perdido totalmente mi interés por el sexo

Total:

STAI E-R

Instrucciones: Lea cada frase y señale la opción que mejor indique cómo se **SIENTE AHORA MISMO**, en este momento. Conteste señalando la respuesta que mejor describa su estado actual.

1.- Me siento calmado/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.- Me siento seguro/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.- Estoy tenso/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.- Estoy contrariado/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.- Me siento cómodo/a, a gusto

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.- Me siento alterado/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.- Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.- Me siento descansado/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.- Me siento angustiado/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.- Me siento comfortable

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.- Tengo confianza en mí mismo/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.- Me siento nervioso/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.- Estoy desasosegado/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.- Me siento muy atado/a (como oprimido/a)

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.- Estoy relajado/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.- Me siento satisfecho/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.- Estoy preocupado/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.- Me siento aturdido/a y sobrecitado/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.- Me siento alegre

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20.- En este momento me siento bien

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instrucciones: Lea cada frase y señale la opción que mejor indique cómo se SIENTE USTED EN GENERAL, EN LA MAYORÍA DE LAS OCASIONES, HABITUALMENTE. Conteste señalando la opción que más se aproxime.

21.- Habitualmente, me siento bien

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

22.- Me canso rápidamente

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

23.- Siento ganas de llorar, habitualmente

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

24.- Habitualmente, me gustaría ser tan feliz como otros

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

25.- En general, pierdo oportunidades por no decidirme pronto

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

26.- Habitualmente, me siento descansado/a

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

27.- Soy una persona tranquilo/a, sereno/a y sosegado/a

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28.- En general, veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29.- Me suelo preocupar demasiado por cosas sin importancia

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30.- Soy feliz

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31.- Suelo tomar las cosas demasiado seriamente

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32.- Me falta confianza en mí mismo/a

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33.- Me siento seguro/a

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34.- Evito enfrentarme a las crisis o dificultades

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35.- Normalmente, me siento triste (melancólico)

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

36.- Estoy satisfecho/a

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

37.- Me ruedan o me molestan pensamientos sin importancia

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

38.- Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

39.- Soy una persona estable

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

40.- Cuando pienso sobre asuntos o preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

	Total	Decatipo
A/E:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Total	Decatipo
A/R:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PCS

Cuando siente dolor, ¿con qué frecuencia experimenta cada uno de los siguientes sentimientos o pensamientos?

CUANDO TENGO DOLOR...

1°.- Estoy todo el tiempo pensando si el dolor se me pasará

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

2°.- Siento que no puedo continuar más.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

3°.- Pienso que es terrible y que nunca me pondré mejor.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

4°.- Siento que es horrible y que puede conmigo.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

5°.- Creo que no puedo soportarlo más.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

6°.- Me temo que el dolor irá a peor.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

7°.- Me quedo pensando en otras crisis o momentos con dolor.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

8°.- Quiero desesperadamente que el dolor se vaya.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

9°.- No puedo quitarme el dolor de la cabeza.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

10°.- Pienso continuamente cuánto me duele.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

11°.- Pienso continuamente cuánto deseo que el dolor ceda.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

12°.- No hay nada que yo pueda hacer para disminuir la intensidad del dolor.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

13°.- Me pregunto si algo grave me puede ocurrir.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

Impotencia	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

Magnificación	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------

Rumiación	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------

PCS Global

¿Qué espera usted de esta Unidad de Fibromialgia?

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y COLABORACIÓN

ANEXO II: PROTOCOLO DE EVALUACIÓN FINAL

Se muestra a continuación la localización de las variables del estudio en el Protocolo de evaluación final (Post).

Variables	Página
Percepción de estado de salud	
Percepción de estado de salud general	242
Impacto percibido de la fibromialgia	243
Síntomas	
Intensidad de dolor actual	242
Estado funcional	
Discapacidad percibida	245
Estado Emocional	
Depresión	247
Ansiedad Estado	252
Psicológicas	
Ansiedad Rasgo	255
Pensamiento catastrofista	258

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN FINAL

Nombre y Apellidos:

Fecha:

Por favor, conteste las siguientes preguntas, teniendo en cuenta toda la información dada en los talleres multidisciplinares y consultas individuales.

Desde que está recibiendo tratamiento en la Unidad de Fibromialgia, ¿Ha tenido periodos de mejoría?

- Sí con tratamiento farmacológico
- Sí con tratamiento psicológico
- Sí cuando estoy más tranquilo/a
- Sí con talleres educativos
- Sí otros _____
- No

Tras la información dada en talleres, ¿ha cambiado su organización y planificación diaria?

- Sí
- No

¿Siente que dedica más tiempo a actividades de ocio y auto-cuidado?

- Sí
- No
- Es algo que todavía no me he planteado.

Haga una lista con las actividades **que realiza actualmente** (de ejercicio y de ocio):

¿Ha mejorado su **calidad de sueño**?:

Sí No

¿Cree que la información dada en talleres le ha ayudado a dormir mejor?

Sí No

Actualmente considera que su calidad de sueño es:

Buena
 Regular
 Mala

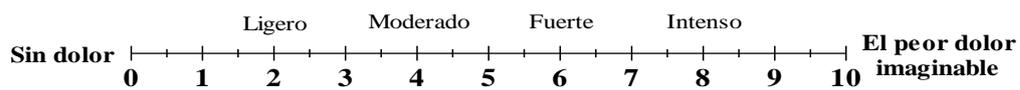
¿Han cambiado sus hábitos de alimentación?

Sí No

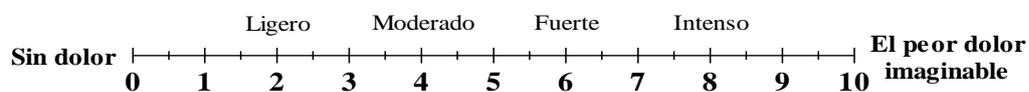
Actualmente, habiéndole enseñando técnicas de relajación ¿las practica regularmente?

Sí No

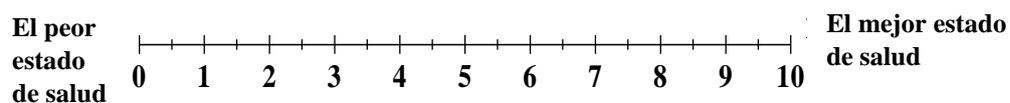
Marque con una cruz, el número que indique el **dolor** que siente **en este momento**:



Marque con una cruz, una media del **dolor** que ha sentido **en las dos últimas semanas**:



Marque con una cruz, su **estado de salud actual**:



FIQ

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

1. Ha sido usted capaz de:

	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
A.- Hacer la compra	0	1	2	3
B.- Hacer la colada con la lavadora	0	1	2	3
C.- Preparar la comida	0	1	2	3
D.- Lavar los platos o los cacharros de la cocina a mano	0	1	2	3
E.- Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora	0	1	2	3
F.- Hacer las camas	0	1	2	3
G.- Caminar varias manzanas (1 Km)	0	1	2	3
H.- Visitar a amigos o parientes	0	1	2	3
I.- Utilizar el 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 semana faltó usted a su trabajo por causa de su fibromialgia? (si no trabaja fuera de casa deje esta pregunta en blanco)

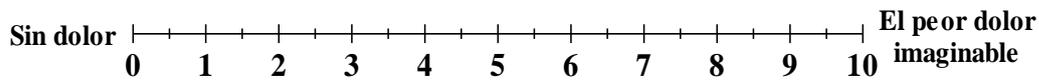
0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

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

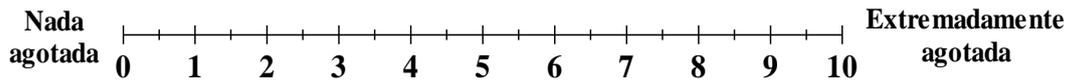
Sin problema Con mucha dificultad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

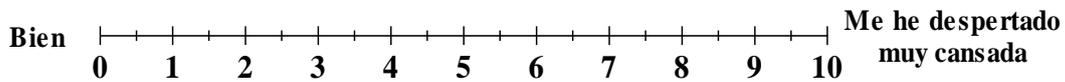
5. ¿Cómo ha sido el dolor de fuerte?



6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?



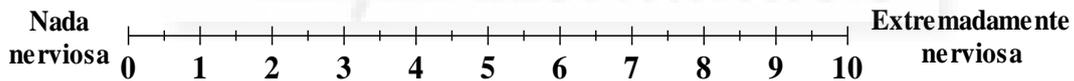
7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?



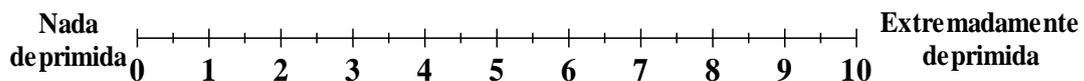
8. ¿Cómo se ha notado de rígida o agarrotada?



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



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



Total FIQ: <input type="text"/>
--

FHAQ

Instrucciones: Refiriéndose a la última semana especifique si se ha sentido usted capaz de realizar las siguientes tareas.

1.- Vestirse sólo, incluyendo los abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos

Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de realizarlo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.- Levantarse de una silla sin ayudarse de los brazos

Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de realizarlo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.- Lavarse y secarse todo el cuerpo

Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de realizarlo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.- Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza

Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de realizarlo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.- Agacharse y recoger la ropa del suelo

Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de realizarlo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.- Hacer los recados o la compra

Sin dificultad

Con alguna dificultad

Con mucha dificultad

Incapaz de realizarlo

7.- Entrar y salir de un coche

Sin dificultad

Con alguna dificultad

Con mucha dificultad

Incapaz de realizarlo

8.- Hacer las tareas de casa como barrer o lavar los platos

Sin dificultad

Con alguna dificultad

Con mucha dificultad

Incapaz de realizarlo

Total FHAQ:

BDI

Instrucciones: En este cuestionario aparecen **varios grupos de afirmaciones agrupadas en bloques**. Por favor, lea con atención cada una y señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor **cómo se ha sentido durante la última semana**, incluyendo el día de hoy.

1

- No me siento triste
- Me siento triste
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
- Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo

2

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
- Me siento desanimado respecto al futuro
- Siento que no tengo nada que esperar
- Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no mejorarán

3

- No me siento fracasado
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
- Me siento una persona totalmente fracasada

- 4**
- Las cosas me satisfacen tanto como antes
 - No disfruto de las cosas tanto como antes
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo

- 5**
- No me siento especialmente culpable
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
 - Me siento culpable constantemente, siempre

- 6**
- No creo que este siendo castigado
 - Me siento como si fuese a ser castigado
 - Espero ser castigado
 - Siento que estoy siendo castigado

- 7**
- No estoy decepcionado de mí mismo
 - Estoy decepcionado de mí mismo
 - Me da vergüenza de mí mismo
 - Me detesto

- 8**
- No me considero peor que cualquier otro
 - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
 - Continuamente me culpo por mis faltas
 - Me culpo por todo lo malo que sucede

9

- No tengo ningún pensamiento de suicidio
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería
- Desearía suicidarme
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad

10

- No lloro más de lo que solía
- Ahora lloro más que antes
- Lloro continuamente
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera

11

- No estoy más irritado de lo normal en mí
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes
- Me siento irritado continuamente
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme

12

- No he perdido el interés por nada
- Estoy menos interesado en los demás que antes
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
- He perdido todo el interés por los demás

13

- Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho
- Evito tomar decisiones como antes
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
- Ya me es imposible tomar decisiones

- 14**
- No creo tener peor aspecto que antes
 - Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo
 - Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 - Creo que tengo un aspecto horrible

- 15**
- Trabajo igual que antes
 - Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
 - Tengo que obligarme mucho para hacer algo
 - No puedo hacer nada en absoluto

- 16**
- Duermo tan bien como siempre
 - No duermo tan bien como antes
 - Me despierto 1 o 2 horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
 - Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir

- 17**
- No me siento más cansado de lo normal
 - Me canso más fácilmente que antes
 - Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 - Estoy demasiado cansado para hacer nada

- 18**
- Mi apetito no ha disminuido
 - No tengo tan buen apetito como antes
 - Ahora tengo mucho menos apetito
 - He perdido completamente el apetito

- 19 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
- He perdido más de 2 Kilos y medio
- He perdido más de 4 Kilos
- He perdido más de 7 Kilos

Estoy a dieta para adelgazar: Sí

No

- 20 No estoy preocupado por mi salud más de lo normal
- Estoy preocupado por problemas físicos, como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa

- 21 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- Estoy mucho menos interesado por el sexo
- He perdido totalmente mi interés por el sexo

Total:

STAI E-R

Instrucciones: Lea cada frase y señale la opción que mejor indique cómo se **SIENTE AHORA MISMO**, en este momento. Conteste señalando la respuesta que mejor describa su estado actual.

1.- Me siento calmado/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.- Me siento seguro/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.- Estoy tenso/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.- Estoy contrariado/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.- Me siento cómodo/a, a gusto

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.- Me siento alterado/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.- Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.- Me siento descansado/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.- Me siento angustiado/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.- Me siento confortable

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.- Tengo confianza en mí mismo/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.- Me siento nervioso/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.- Estoy desasosegado/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.- Me siento muy atado/a (como oprimido/a)

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.- Estoy relajado/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.- Me siento satisfecho/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.- Estoy preocupado/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.- Me siento aturdido/a y sobrecitado/a

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.- Me siento alegre

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20.- En este momento me siento bien

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instrucciones: Lea cada frase y señale la opción que mejor indique cómo se SIENTE USTED EN GENERAL, EN LA MAYORÍA DE LAS OCASIONES, HABITUALMENTE. Conteste señalando la opción que más se aproxime.

21.- Habitualmente, me siento bien

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

22.- Me canso rápidamente

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

23.- Siento ganas de llorar, habitualmente

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

24.- Habitualmente, me gustaría ser tan feliz como otros

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

25.- En general, pierdo oportunidades por no decidirme pronto

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

26.- Habitualmente, me siento descansado/a

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

27.- Soy una persona tranquilo/a, sereno/a y sosegado/a

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28.- En general, veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29.- Me suelo preocupar demasiado por cosas sin importancia

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30.- Soy feliz

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31.- Suelo tomar las cosas demasiado seriamente

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32.- Me falta confianza en mí mismo/a

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33.- Me siento seguro/a

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34.- Evito enfrentarme a las crisis o dificultades

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35.- Normalmente, me siento triste (melancólico)

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

36.- Estoy satisfecho/a

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

37.- Me ruedan o me molestan pensamientos sin importancia

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

38.- Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

39.- Soy una persona estable

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

40.- Cuando pienso sobre asuntos o preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

	Total	Decatipo
A/E:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Total	Decatipo
A/R:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PCS

..... Cuando siente dolor, ¿con qué frecuencia experimenta cada uno de los siguientes sentimientos o pensamientos?

CUANDO TENGO DOLOR...

1°.- Estoy todo el tiempo pensando si el dolor se me pasará

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

2°.- Siento que no puedo continuar más.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

3°.- Pienso que es terrible y que nunca me pondré mejor.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

4°.- Siento que es horrible y que puede conmigo.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

5°.- Creo que no puedo soportarlo más.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

6°.- Me temo que el dolor irá a peor.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

7°.- Me quedo pensando en otras crisis o momentos con dolor.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

8°.- Quiero desesperadamente que el dolor se vaya.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

9°.- No puedo quitarme el dolor de la cabeza.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

10°.- Pienso continuamente cuánto me duele.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

11°.- Pienso continuamente cuánto deseo que el dolor ceda.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

12°.- No hay nada que yo pueda hacer para disminuir la intensidad del dolor.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

13°.- Me pregunto si algo grave me puede ocurrir.

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
<input type="checkbox"/>				

Impotencia	<input type="checkbox"/>
Magnificación	<input type="checkbox"/>
Rumiación	<input type="checkbox"/>

PCS Global
<input type="checkbox"/>

¿Qué le ha aportado el tratamiento en la Unidad de Fibromialgia?

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y COLABORACIÓN

ANEXO III: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Señale con una X la casilla que crea oportuna, sobre la asistencia que se le ha proporcionado en la Unidad de Fibromialgia.

1. Indique su **nivel de satisfacción global** con la atención que ha recibido:

Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal

2. **La disposición del equipo para ayudarle** ha sido:

Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal

3. **La información** que los profesionales de la Unidad le han proporcionado ha sido:

Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal

4. Como ha **entendido la información** dada en las diferentes sesiones:

Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal

5. Piensa que le ha aportado **conocimientos útiles** el asistir a los talleres:

Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal

6. **Cree que podrá llevar a cabo lo aprendido:**

Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal

7. **La puntualidad** en ser atendido en las distintas actividades de la Unidad ha sido:

Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal

8. **Recomendaría esta Unidad** a otras personas:

Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal

9. **Observaciones y sugerencias:**

Por favor, recuerde contestar a todas las preguntas. Gracias por su colaboración.

ANEXO IV: PRUEBAS DE NORMALIDAD

Prueba de normalidad en mujeres

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl.	Sig.
Edad	0.024	592	0.200*
Función familiar (APGAR)	0.197	537	0.000
Edad de aparición dolor (años)	0,072	507	0,000
Tiempo desde el dolor (años)	0,125	507	0,000
Edad del diagnóstico de FM (años)	0,042	507	0,029
Tiempo desde el diagnóstico de FM (años)	0,168	507	0,000
Intensidad dolor actual	0,146	550	0,000
Intensidad media dolor 2 últimas semanas	0,176	550	0,000
Intensidad fatiga actual	0,129	550	0,000
Intensidad media fatiga 2 últimas semanas	0,192	550	0,000
Percepción de estado de salud	0.141	585	0.000
Impacto de la FM	0.045	592	0.006
Discapacidad percibida (1 ^{er} ítem FIQ)	0.047	592	0.003
Discapacidad percibida (FHAQ)	0.083	592	0.000
Depresión (BDI)	0.092	592	0.000
Ansiedad estado (STAI-E)	0.045	592	0.006
Ansiedad rasgo (STAI-R)	0.050	592	0.001
Catastrofismo (PCS)	0.043	592	0.012
Desesperación	0,068	592	0,000
Magnificación	0,091	592	0,000
Rumiación	0,088	592	0,000

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

a. Corrección de significación de Lilliefors.

Prueba de normalidad en hombres

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl.	Sig.
Edad	0.110	32	0.200*
Función familiar (APGAR)	0.234	30	0.000
Edad de aparición dolor (años)	0,122	26	0,200*
Tiempo desde el dolor (años)	0,186	26	0,000
Edad del diagnóstico de FM (años)	0,129	26	0,200*
Tiempo desde el diagnóstico de FM (años)	0,303	26	0,000
Intensidad dolor actual	0,144	30	0,117
Intensidad media dolor 2 últimas semanas	0,214	30	0,001
Intensidad fatiga actual	0,143	30	0,120
Intensidad media fatiga 2 últimas semanas	0,125	30	0,200*
Percepción de estado de salud	0.157	32	0.043
Impacto de la FM	0.139	32	0.123
Discapacidad percibida (1 ^{er} ítem FIQ)	0.081	30	0.200*
Discapacidad percibida (FHAQ)	0.117	32	0.200*
Depresión (BDI)	0.101	32	0.200*
Ansiedad estado (STAI-E)	0.132	32	0.171
Ansiedad rasgo (STAI-R)	0.115	32	0.200*
Catastrofismo (PCS)	0.116	32	0.200*
Desesperación	0,137	32	0,134
Magnificación	0,176	32	0,013
Rumiación	0,198	32	0,003

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

a. Corrección de significación de Lilliefors

Escribir los últimos párrafos de la tesis siempre me parecía algo muy lejano, pero al fin ha llegado ese momento...

THE END