



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Evaluación e Intervención Psicológica en Fibromialgia: estudio de caso

Alumno: Ángela Ramírez Sánchez

Tutor: Ángeles Pulgar Buendía

Fecha: Marzo, 2018

Índice

Resumen.....	2
Abstract	2
Introducción	4
Descripción de la demanda del cliente	8
Antecedentes históricos	8
Hipótesis surgidas en la entrevista	10
Técnicas y procedimientos de evaluación	10
Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE).....	10
Escala de Autoestima de Rosenberg.....	11
Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)	11
Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ-S)	12
Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ), ...	12
Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (PSQI).....	13
Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36).....	13
Índice de Dolor Generalizado (WPI), ...	14
Índice de Gravedad de Síntomas (SS Score)	14
Autorregistro ad hoc Diario de Intensidad del Dolor y entrenamiento en respiración	14
Resultados pre-intervención	15
Programa de intervención	17
Resultados post-intervención	19
Propuesta de seguimiento	26
Referencias bibliográficas	27
Anexos	31

Resumen

La Fibromialgia (FM) es un trastorno reumatológico no inflamatorio caracterizado por dolor musculoesquelético, fatiga, sintomatología depresiva, disfunción cognitiva y trastornos del sueño, cuya patogénesis y etiología aún son desconocidas. Como en todos los síndromes que llevan asociado convivir con dolor crónico, todas las esferas de la vida de la persona se ven afectadas lo que conlleva a que la calidad de vida se vea gravemente comprometida. Algunos estudios han mostrado la efectividad de la respiración como herramienta de afrontamiento del estrés y la ansiedad en esta población, sugiriendo que puede ser útil en la reducción de la sintomatología dolorosa. Este estudio descriptivo de caso único presenta la evaluación pre y post-tratamiento tras un entrenamiento en respiración guiado por RESPERATE y una intervención basada en psicoeducación. Se tomaron medidas de parámetros como ansiedad, depresión, calidad de sueño, índices de dolor, autoestima, etc., que en su conjunto reflejan la calidad de vida de la paciente.

La intervención se basó en 8 sesiones de las cuales 2 fueron de evaluación. Tras la aplicación del tratamiento, se observó una mejora en los niveles de autoestima, calidad de sueño y funcionalidad física general de la paciente. La sintomatología depresiva también mostró mejora. Al final del presente trabajo se discuten los resultados y comentan posibles limitaciones del estudio.

Palabras clave: Fibromialgia, RESPERATE, calidad de vida, psicoeducación.

Abstract

Fibromyalgia (FM) is a non-inflammatory rheumatological disorder which is characterized by musculoskeletal pain, fatigue, depressive symptomatology, cognitive dysfunction and sleep disorders, whose pathogenesis and etiology are still unknown. As in all the syndromes that are associated with chronic pain, all areas of the person's life are affected, which means that quality of life could be seriously compromised. Some studies have proved effectiveness of breathing as a resource for coping with stress and anxiety in this population, suggesting that it may be useful in order to reduce painful symptomatology. This descriptive single-case study presents a pre and post-treatment evaluation after a breathing training guided by RESPERATE and an intervention based in psychoeducation. Parameters were measured such

as anxiety, depression, sleep quality, pain indexes, self-esteem, etc., which together reflect the patient's quality of life.

The intervention was based on 8 sessions, of which 2 were for evaluation. After the treatment application, an improvement was noted in the levels of self-esteem, quality of sleep and general physical functionality of the patient. The depressive symptomatology was also improved. At the end of the present work, the results are analyzed and the limitations of the study are discussed.

Key words: Fibromyalgia, RESPERATE, Quality of life, Psychoeducation.

Introducción

La Fibromialgia (FM) es un trastorno reumatológico no inflamatorio caracterizado por dolor musculoesquelético, fatiga, sintomatología depresiva, disfunción cognitiva y trastornos del sueño (Hassett et al., 2007), que podrían estar relacionados con un funcionamiento alterado de los mecanismos que regulan la estimulación dolorosa y por tanto, producen una alteración en la sensibilidad del dolor. La patogénesis y etiología de este síndrome aún son desconocidas.

Este trastorno se puede considerar como un estado de dolor “centralizado”, procedente del sistema nervioso central, lo que no exime a la entrada nociceptiva periférica de contribuir al dolor de estos pacientes, más bien se refiere a cómo sienten más dolor de lo que normalmente se esperaría en función del grado de entrada nociceptiva. Todo ello podría contribuir a la falta de respuesta a los opiáceos que se da en los pacientes de FM (Clauw, 2014).

El término "centralización" implica que la administración periférica de nociceptivos puede ser responsable del dolor de algunos pacientes, pero los factores nerviosos centrales pueden amplificar el dolor (Martínez-Martínez y cols., 2014). Esta amplificación puede ser debida a diversos factores como pueden ser una anomalía en los niveles de neurotransmisores que facilitan y aumentan la transmisión del dolor. Dichos factores también suelen provocar fatiga, problemas de memoria y trastornos del sueño y del estado de ánimo, probablemente porque los mismos neurotransmisores que controlan el dolor y la sensibilidad sensorial también estén implicados en estos fenómenos.

Los criterios del Colegio Americano de Reumatología de 1990 consideran que para establecer un diagnóstico de FM debe darse en el individuo dolor generalizado (en el esqueleto axial, arriba y abajo del cuello) y ambos lados del cuerpo, durante, al menos, 3 meses así como sensibilidad en 11 o más de los 18 “puntos sensibles” o “tender points” (sin presentar signos inflamatorios). Además, había que tener en cuenta la ausencia de cualquier otra enfermedad sistémica que pudiera ser causa del dolor y del resto de síntomas. Estos criterios diagnósticos fueron revisados en el 2010, cuando se abandona el recuento de puntos dolorosos como elemento fundamental para el diagnóstico y se da paso a una valoración cuantitativa del dolor generalizado y otras manifestaciones (cansancio, síntomas cognitivos y orgánicos, higiene del sueño, etc.). Estos criterios más novedosos son “Los Nuevos Criterios

Diagnósticos preliminares para la fibromialgia” de la American College of Rheumatology (Wolfe et al., 2010). Tras estos cambios, se consideran necesarias tres condiciones para el diagnóstico de fibromialgia:

- No existir otras patologías que expliquen los síntomas.
- Síntomas presentes al menos 3 meses de forma estable con uno o más de los siguientes síntomas: problemas de sueño, fatiga, problemas de memoria o pensamiento.
- El cuestionario de Índice de Dolor Generalizado (WPI) debe ser igual o mayor a 7, la Escala de Severidad de Síntomas (SS) igual o mayor a 5, o WPI entre 3 y 6 y SS igual o mayor a 9.

Por tanto, estos nuevos criterios actúan más como complementarios de los anteriores.

Al ser un trastorno de carácter crónico y que lleva asociada sintomatología de diversa índole, es de esperar que la calidad de vida del paciente se vea afectada, principalmente su funcionalidad física, pero también áreas relacionadas con la actividad intelectual y por su puesto el estado emocional, lo que afecta a todas las esferas de su vida. Esto suele repercutir en la capacidad para trabajar y también en la vida familiar y social de estas personas.

Como en muchas otras enfermedades crónicas, la FM se ve afectada por factores externos como el estrés, que puede determinar en gran medida el trascurso de la enfermedad (Álvarez, 2015). Asimismo, se ha barajado que los factores psicológicos jueguen un papel importante en el inicio y mantenimiento de esta enfermedad, sugiriendo que, aunque no exista un perfil de personalidad determinado dentro de este trastorno, la personalidad podría funcionar como filtro, condicionando la respuesta ante los estresores externos (Malin et al., 2012). Los citados autores afirman que determinados tipos de personalidad pueden traducir ciertos estresores en respuestas fisiológicas que desencadenen los mecanismos de la fibromialgia. A pesar de ello, estas hipótesis no siempre son comprobadas en la práctica clínica.

Además, debido a que esta enfermedad lleva asociada sintomatología depresiva y por tanto emociones negativas (Moreno y cols., 2010), la forma en que los pacientes de fibromialgia procesen y regulen dichas emociones puede ser muy relevante a la hora de experimentar dolor.

El tratamiento de la fibromialgia es de carácter más bien paliativo, dirigido a disminuir el dolor y la fatiga, de manera que incidan en la calidad de sueño y los niveles de actividad, aunque estos pacientes tienen muy poca respuesta a los opiáceos, por lo que encontramos una insatisfacción general (Johnson, 2008). Por ende, el tratamiento farmacológico no es suficiente, y debe ser complementado con tratamiento psicológico que otorgue al paciente estrategias para aprender a convivir con la enfermedad y pueda mantener su funcionalidad y una aceptable calidad de vida. El único tratamiento psicológico que ha demostrado su eficacia en esta población es el de corte cognitivo-conductual (Espada y cols., 2010).

Otro de los componentes ampliamente aconsejados en el tratamiento de la FM, es el ejercicio físico adaptado y supervisado (Sosa-Reina y cols., 2017).

El control de la respiración es una técnica muy utilizada en el tratamiento psicológico para una amplia variedad de trastornos (Siespmann, 2008). Por un lado, se utiliza como herramienta para el manejo de estados emocionales negativos como la ansiedad o el estrés. Asimismo, es uno de los recursos que se usan para complementar la terapia de exposición en el caso de fobias o trastornos de pánico.

La justificación del uso de esta técnica reside, principalmente, en que induce estados fisiológicos de bienestar y estados emocionales positivos (la activación parasimpática parece ser la responsable de dicho estado de bienestar), además de ofrecer experiencialmente al paciente una sensación directa de control.

Además, en un estudio (Zamuner y cols., 2015) donde participaron pacientes con fibromialgia observaron que cuanto mayor era el impulso simpático hacia el corazón, mayor sería la magnitud del dolor. Con la respiración controlada se impulsa el trabajo del sistema parasimpático, lo que podría implicar la amortiguación del hecho anteriormente mencionado.

Asimismo, existen varios estudios que sugieren la efectividad del entrenamiento en respiración como modulador en la percepción del dolor y emociones negativas (Kang y cols., 2016). Por ejemplo, Zautra y cols. (2010) encontraron que la intensidad de dolor percibida y las emociones negativas informadas se reducían en la condición de respiración lenta versus respiración normal, tanto en pacientes controles como en pacientes con fibromialgia.

Por todo ello, se considera que un entrenamiento en respiración lenta podría ser beneficioso para pacientes de fibromialgia (Sharma y cols., 2017). Hemos elegido el

entrenamiento en respiración lenta guiada por RESPERATE, que ha demostrado su eficacia en otros trastornos crónicos como la Hipertensión Arterial, dentro de los tratamientos no farmacológicos (Espinosa, 2011).

Dicho dispositivo está formado por un cinturón que se encarga de detectar los movimientos que acompañan la respiración, que se coloca a la altura del pecho o el abdomen, así como unos auriculares que permiten escuchar la música que acompañará a los ejercicios de respiración. El sensor encargado de detectar los movimientos los analiza en tiempo real, generando tonos musicales acordes con la respiración. Por tanto, al principio este aparato se encarga de reconocer el patrón de respiración del paciente generando un feedback visual; tras lo que generará una melodía en función de ello (feedback auditivo). Tras esto es cuando se le pide a la persona que intente sincronizar, voluntariamente y con el menor esfuerzo posible, su respiración con los tonos. Tras el entrenamiento con este dispositivo se espera que los pacientes sean capaces de incorporar a su repertorio de herramientas esta forma de respiración de manera autónoma.

Es bien sabido que los estilos de vida constituyen un factor importante en la determinación de la salud, por lo que la educación para la salud puede ser una valiosa herramienta en el tratamiento psicológico (López, 2011) que ayude a promover acciones de autoprotección, fomentando la salud y actuando como factor protector ante el desarrollo de la enfermedad.

Una de las quejas principales de estos pacientes es la falta de información con respecto a la enfermedad, por lo que la psicoeducación y el apoyo psicológico serán una pieza central en este tratamiento.

Por todo ello, el objetivo de esta intervención persigue una reducción de los niveles de estrés generado por la enfermedad a través del entrenamiento en respiración y la psicoeducación, de manera que se incida en la reducción de la sintomatología asociada y se traduzca en una mejor calidad de vida.

Descripción de la demanda del cliente

En el contexto de lo señalado hasta el momento, se expone a continuación un estudio de caso único de una paciente diagnosticada de Fibromialgia. La intervención se ha llevado a cabo mediante una aproximación cognitivo-conductual. Las sesiones llevadas a cabo se realizaron en el Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén.

La paciente (a la que de aquí en adelante llamaremos MA) fue captada para este estudio a través de la Asociación de Fibromialgia de Jaén (AFIXA) de la que forma parte y a la que acudió en su día para buscar ayuda con la enfermedad. Tras comentarle la intención de realizar el presente estudio, ella misma se ofreció voluntaria ya que pensó que podría serle beneficioso para mejorar su calidad de vida. Se tomó como condición que la paciente no hubiera recibido tratamiento psicológico en la Asociación para evitar sesgos.

Seguidamente, se realizó el consentimiento informado oportuno, donde la paciente aceptó estar de acuerdo con los objetivos del estudio y el tratamiento de carácter confidencial de sus datos personales.

En base a esta premisa, en la primera sesión se fue indagando en la rutina de MA para poder clarificar qué tipo de síntomas o conductas estaban impidiendo el desarrollo óptimo de su vida, y se pudo observar cómo la sintomatología derivada de la enfermedad (dolor crónico principalmente) y la sobrecarga de trabajo estaban asociadas a un gran malestar. Por tanto, se puede decir que la queja principal de MA fue el no tener una buena calidad de vida, debido al dolor físico y emocional que le suponía vivir con dolor.

Antecedentes históricos

MA es una mujer de 33 años, con una pareja estable y sin hijos. Estudió magisterio infantil y, aunque se ha presentado en alguna ocasión a oposiciones de su campo y las aprobó, no obtuvo plaza. Anteriormente, trabajó durante algunos años en la hostelería, pero se vio obligada a dejarlo porque ya no podía soportar el esfuerzo físico y las horas que requería ese tipo de trabajo. Por lo que actualmente no se encuentra ejerciendo su profesión; en su lugar, compagina trabajos que le van saliendo de limpieza, con un puesto como monitora en el comedor de un colegio.

El diagnóstico de Fibromialgia se lo dieron en el año 2012, cuando tenía 27. Previo a este diagnóstico, MA cuenta con un historial médico más extenso como escoliosis detectada

de manera tardía, trocanteritis en la pierna izquierda y tendinitis en el brazo derecho. Además de todo ello, MA relata cómo recuerda brotes de dolor desde muy pequeña (5 o 6 años), por los que se levantaba llorando por las noches y debido a lo cual no podía cargar con la mochila del colegio. En aquellos tiempos lo achacaron a que era una niña débil y menuda, aunque en el momento de la valoración de adulta en la que finalmente recibió el diagnóstico, el reumatólogo refirió que probablemente hubiera padecido Fibromialgia desde la infancia. Ella comenta que el médico no se detuvo a explicarle en qué consistía la enfermedad, simplemente le recomendó la Asociación para “distraerse” y “poder hablar con gente”.

MA es natal de un pueblo de la provincia de Jaén, aunque actualmente y desde hace tiempo reside en la ciudad, en un piso compartido con un chico y una chica, donde expresa que por lo general se siente cómoda. Es la segunda de cuatro hermanos con los que mantiene una buena relación. Actualmente, su padre está pasando por un momento delicado de salud, padece un cáncer con mal pronóstico lo que acrecienta las preocupaciones de la paciente. Asimismo, ella comenta que su madre siempre ha tenido problemas del estado de ánimo, estando sometida a tratamiento farmacológico con antidepresivos desde que ella recuerda.

En la entrevista se indagó cómo es su rutina y se observó que, a pesar de sus dolores, mantiene una vida bastante activa, trabajando, haciendo las tareas domésticas y preparándose oposiciones. Además, acude tres días a la semana a natación con personas de la Asociación y refiere que le viene bastante bien.

Las quejas más severas con respecto al dolor coinciden con la hora de levantarse, en la que se siente bastante agarrotada y a la hora de dormir que, debido a las dificultades que presentó en el momento de la evaluación inicial en este terreno, parece que el momento de irse a dormir se ha convertido en sí mismo en un factor estresante.

En comparación con la mayoría de casos de Fibromialgia revisados, MA sigue un tratamiento farmacológico bastante reducido, dentro del que no se encuentra la ingesta de antidepresivos. Ella misma ha decidido que así sea debido a la falta de respuesta y beneficio que ha obtenido en otras ocasiones.

Algo a destacar de la entrevista sería el hecho de que MA no suele compartir con nadie sus preocupaciones o quejas con respecto a la enfermedad porque “no quiere calentarle la cabeza a nadie” o “siente que siempre se está quejando de que le duelen las cosas”, por lo que

no hace uso del apoyo social debido a una barrera que se impone ella misma, hecho que le afecta emocionalmente.

Como encontramos en Regal (2017) *“el perfil del paciente con fibromialgia valorado en la UMEVI es una mujer, de entre 46-60 años, mayoritariamente con un trabajo poco cualificado y un nivel de estudios primario”*. Este perfil que es ampliamente asumido en la comunidad médica puede estar influyendo en el trato a estas pacientes y, como se puede comprobar en la historia, MA se aleja bastante del perfil mencionado.

Hipótesis surgidas en la entrevista

Tras la realización de la entrevista y el análisis de los diferentes componentes que están influyendo negativamente en la vida de MA, se concluye que puede ser una paciente idónea para la intervención propuesta ya que podría resultarle beneficiosa, manifestándose dichas mejoras en una mayor calidad de sueño, mejora de los niveles de ansiedad y del estado de ánimo y menor impacto en general de la sintomatología asociada a la Fibromialgia.

Técnicas y procedimiento de evaluación

Además de una entrevista semiestructurada, se utilizaron las siguientes pruebas psicométricas, explicadas en el mismo orden en el que se aplicaron y que se incluyen en el apartado Anexos:

Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) de Holmes y Rahe, 1967.

Consiste en una lista que se compone de 43 acontecimientos vitales a los que se otorga una puntuación en función de los estresantes que son para la persona que los experimentan, por ejemplo los acontecimientos más graves pueden obtener una puntuación de 100 (muerte del cónyuge) y acontecimientos más leves pueden puntuar 11 puntos (leves trasgresiones a la ley). No solo lo integran sucesos negativos, sino que su puntuación se basa en diversos factores como la incertidumbre que generan, el impacto que puedan tener en el individuo o el hecho de que puedan sobrepasar los recursos de los que dispone. Se basa en el último año y sirve para estimar el riesgo de que se pueda enfermar a causa del estrés o que exista una crisis vital importante (por encima de los 300 puntos). Se trabajó con la versión española del citado instrumento de González de Rivera y Morera (1983).

La presente escala ha sido ampliamente utilizada y cuenta con buenas propiedades psicométricas, obteniendo una fiabilidad test-retest de 0,85 y correlaciones significativas de validez entre las respuestas de los individuos a acontecimientos vitales estresantes y problemas de salud física y mental.

Escala de Autoestima de Rosenberg, 1965.

Consta de 10 preguntas cuyas respuestas oscilan entre 1 (muy de acuerdo) y 4 (muy en desacuerdo), lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Los ítems están enunciados una mitad en forma positiva y la otra en forma negativa, por lo que 5 de los ítems son inversos. La puntuación máxima de la escala es de 40 puntos, indicando problemas de autoestima puntuaciones que van de 0-25, autoestima en rango normal puntuaciones de 26-29 y buena autoestima puntuaciones de 30-40.

La escala ha sido traducida y validada a múltiples idiomas, entre ellos el castellano. Cuenta con una consistencia interna de entre 0,76 y 0,87 y una fiabilidad de 0,80). Se trabajó con la adaptación española de la presente escala sacada de Echeburua (1995).

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), 1983.

Esta escala consta de 14 ítems con 4 alternativas de respuesta que van de 0 a 3 para un total de 0 a 21 puntos. Consta de dos subescalas, donde la depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma principal y que la diferencia de la subescala de ansiedad.

Para cada subescala la puntuación se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem que lo conforman, siendo los criterios de interpretación los siguientes: Rango de normalidad (0-7), Posible caso de ansiedad o depresión (8-10) y Caso de ansiedad o depresión (11-21).

En cuanto a las propiedades psicométricas, hay que decir que cuenta con una consistencia interna de alpha de Cronbach del 0,90 para la escala completa, siendo de 0,84 y 0,85 para las subescalas de depresión y ansiedad respectivamente. Asimismo, arrojó una especificidad del 87% y sensibilidad del 72%. Se trabajó con la validación española de Herrero y cols. (2003).

Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ-S), 1991.

Este cuestionario consta de 20 ítems agrupados en 10 dimensiones y que se refieren a la última semana. Las 10 dimensiones son: Funcionamiento físico, Sentirse bien, Días de absentismo laboral y las Escalas analógico visual: Dificultad en el trabajo, Dolor, Fatiga, Cansancio al levantarse por las mañanas, Rigidez, Ansiedad y Depresión. En la primera dimensión se presentan varias tareas concretas y se pregunta la frecuencia con la que la persona fue capaz de realizar dichas tareas, pudiendo elegir 4 opciones de respuesta que van desde “siempre” a “nunca”. Las dimensiones dos y tres constan de una escala tipo Likert que oscila entre 0 y 7, y el resto de dimensiones se evaluaría a través de una escala analógica visual (por ejemplo la que evalúa dolor iría de “no he sentido dolor” hasta “he sentido un dolor muy intenso”). Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, siendo 100 la máxima disfunción posible.

El FIQ-S presenta buenas propiedades psicométricas, siendo la consistencia interna medida con el alfa de Cronbach del 0,82. Asimismo, muestra correlaciones significativas ($p < 0.0001$) con varios cuestionarios que evalúan estado de salud, percepción de dolor y calidad de vida, además de contar con buena sensibilidad al cambio clínico (Bennett, 2005).

Se utilizó la versión española de Monteverde y cols. (2004).

Cuestionario de Dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire, MPQ), 1975.

Evalúa tanto aspectos cuantitativos como cualitativos del dolor, como localización, cualidad, propiedades temporales e intensidad. Consta de un total de 66 adjetivos que pretenden describir el dolor agrupados en 19 dimensiones. La persona evaluada debe señalar los adjetivos que mejor expliquen su dolor en el momento de la evaluación, pudiendo no elegirse ninguno de alguna categoría o en caso contrario, varios con los que se sienta identificada.

La localización se evalúa a partir de una figura en la que el paciente señala las zonas en las que siente el dolor; para la cualidad del dolor el paciente debe escoger entre una lista de tipos de dolor que lo definen con cuatro grandes grupos (sensorial, emocional, valorativo y miscelánea); la intensidad del dolor en el momento de la evaluación se examina mediante una pregunta con 5 posibles respuestas que van desde “leve, ligero” hasta “insoportable”; y por

último, la valoración del dolor en el momento de la evaluación se obtiene mediante una escala visual que va desde “sin dolor” hasta “dolor insoportable”.

En cuanto a las propiedades psicométricas, se ha encontrado que la fiabilidad test-retest tras 4 semanas oscila entre el 66 y el 80% y tras 3-7 días entre el 50 y el 100%.

Se empleó la adaptación española del cuestionario de Lázaro y cols. (1994).

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (PSQI), 1989.

Proporciona una puntuación global de la calidad de sueño y puntuaciones parciales en siete áreas adicionales: calidad subjetiva del sueño, latencia (cantidad de tiempo que transcurre hasta conciliar el sueño), duración, eficiencia habitual del sueño, alteraciones, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna. Esta información se obtiene referente al último mes. La puntuación de cada componente puede oscilar entre 0 (no existe dificultad) y 3 (grave dificultad). Por otro lado, la puntuación global oscila entre 0 (ninguna dificultad) y 21 (dificultades en todas las áreas).

Se trabajó con la versión española de este cuestionario de Macías (1997). Para dicha versión, la consistencia interna arrojada a través del alfa de Cronbach fue del 0,81 y el coeficiente de kappa del 0,61. Asimismo, mostró una sensibilidad del 88,63% y una especificidad del 74,99%.1995

Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36), 1993.

Contempla aspectos tanto de la salud física como psíquica y social de la persona, por lo que ofrece una medida general de la calidad de vida percibida en relación con la salud general.

Se evalúan 8 dimensiones que son: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental del paciente. Para cada dimensión las puntuaciones se transforman en un rango de 0 (peor estado de salud posible) a 100 (mejor estado de salud posible). Por último, la media de las 8 dimensiones permite obtener una puntuación resumen. Incluye una pregunta de transición sobre un posible cambio de salud con respecto al año anterior que no se incluye en ninguna de las dimensiones anteriormente mencionadas.

Este instrumento cuenta con propiedades psicométricas adecuadas. Cuenta con un alfa de Cronbach superior a 0,7 en todas las dimensiones excepto en la de relación social que fue de 0,45. Debido a su amplia aplicación se concluye que sus propiedades métricas cuentan con suficiente sensibilidad, validez y fiabilidad (Vilagut y cols., 2005).

Se trata de la adaptación española del SF-36 Health Survey, hecha por Alonso y cols. (1995).

Índice de Dolor Generalizado (Widespread Pain Index, WPI), 2010.

Puntúa las zonas del cuerpo donde el paciente refiere dolor en la última semana. Las puntuaciones van de 0-19 puntos. Es uno de los índices utilizados para el diagnóstico de Fibromialgia, estando los puntos de corte para su diagnóstico relacionados con el siguiente instrumento y siendo éstos: $WPI \geq 7$ y $SS \geq 5$ o bien $WPI 3-6$ y $SS \geq 9$. Se puede encontrar en Wolfe (2010).

Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score, SS Score), 2010.

Consta de dos partes. La primera se determina en función a 3 síntomas (fatiga, sueño no reparador y trastornos cognitivos), a cada uno de las dimensiones se le asigna una puntuación que va de 0 (no ha sido un problema) a 3 (grave, persistente, grandes problemas) y puede oscilar de 0 a 9. En la segunda parte se presentan una serie de síntomas que el paciente debe marcar y donde finalmente obtiene una puntuación de 0 a 3. Ambas partes se suman y se obtiene una puntuación de gravedad de síntomas que puede ir de 0 a 12. Este es otro de los instrumentos utilizados junto con el anterior que ayudan a dar el diagnóstico de Fibromialgia y que se incluyeron en los nuevos criterios de Wolfe (2010).

Los criterios diagnósticos tanto del WPI como del SS-Score muestran una sensibilidad del 88,4% y una especificidad del 81,1%.

Autorregistro ad hoc Diario de Intensidad del Dolor y entrenamiento en respiración.

Se diseñó un Autorregistro diario (se puede encontrar en el apartado Anexos) para medir la Intensidad de Dolor dividido en diferentes franjas temporales (desayuno, comida, cena y momento de acostarse), con una escala tipo Likert de 0 a 5. Asimismo, cuenta con un apartado en el que la paciente podía incluir un juicio de valor sobre la posible causa de tal puntuación en cada momento determinado. Este registro autoaplicado se utilizó desde el

inicio del proceso, pudiendo dividirse en tres: antes del uso de RESPERATE, durante el uso de RESPERATE y tras el uso de RESPERATE (práctica de técnica de respiración de manera autónoma). Tras la primera semana en la que no hubo entrenamiento en respiración, se añade al autorregistro diario una nueva escala a puntuar (de 1 a 5) para el registro de niveles de ansiedad justo antes del momento del ejercicio en respiración y justo después.

Resultados de la pre-intervención

Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) de Holmes y Rahe, 1967.

En la fase pre-evaluación se obtuvo una puntuación de 414 puntos, lo que indica que se encuentra en el rango de alto riesgo de aparición de enfermedades. Se considera que puntuaciones por debajo de 140 indican ausencia de riesgo; el rango que va de puntuaciones de 140 a 199 apuntan riesgo bajo; marcas de entre 200 y 299 indican riesgo intermedio y puntuaciones por encima de los 300 señalan alto riesgo.

Escala de Autoestima de Rosenberg, 1965.

En esta primera fase de evaluación se obtuvo una calificación de 23 puntos, que sugiere que existen problemas de Autoestima. La puntuación máxima de la escala es de 40 puntos, indicando problemas de autoestima puntuaciones que van de 0-25, autoestima en rango normal puntuaciones de 26-29 y buena autoestima puntuaciones de 30-40.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), 1983.

En la subescala de Ansiedad se sitúa en 9 puntos lo que sugiere la presencia de un caso probable de ansiedad, ya que se sitúa en un rango entre 8-10.

En la subescala de Depresión se sitúa en 9 puntos lo que sugiere la presencia de un caso probable de depresión, ya que se sitúa en un rango entre 8-10.

Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ-S), 1991.

El cuestionario de impacto de fibromialgia indica una puntuación de 68 puntos, lo que sugiere una afectación vital moderada, ya que se sitúa en el rango intermedio de entre 50 y 75.

Cuestionario de Dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire, MPQ), 1975.

En el indicado cuestionario se señalaron 25 adjetivos, se eligió como expresión del dolor la segunda de las opciones más extremas (fuerte) y en la escala analógica visual que va de 0 a 4 se señaló un 3.

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (PSQI), 1989.

A continuación se señalan las puntuaciones obtenidas en todas y cada una de las subescalas:

Calidad subjetiva del sueño: 2

Perturbaciones del sueño: 2

Latencia del sueño: 3

Uso de medicación hipnótica: 3

Duración del sueño: 3

Disfunción diurna: 2

Eficiencia del sueño habitual: 3

Teniendo en cuenta que las puntuaciones oscilan entre 0 y 3, se puede observar cómo la mayoría de áreas se encuentran muy comprometidas.

El índice general PSQI obtiene una puntuación de 18, siendo la máxima y más grave 21.

Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36), 1993.

Puntuaciones de las subescalas:

Función física: 60

Función social: 10

Rol físico: 0

Rol emocional: 0

Dolor: 35

Salud mental: 44

Salud general: 30

Transición de salud: 25

Vitalidad: 20

El índice general de puntuaciones obtuvo 24,88. Teniendo en cuenta que las puntuaciones pueden oscilar entre 0 y 100 se observa cómo la mayoría de áreas se encuentran gravemente afectadas.

Índice de Dolor Generalizado (Widespread Pain Index, WPI), 2010.

En el WPI se obtuvo una puntuación de 12, siendo el máximo 19.

Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score, SS Score), 2010.

SS-Score Parte 1 obtuvo una puntuación de 7 (siendo el máximo 9), señalándose las dimensiones Fatiga y Sueño no reparador como grave, persistente, grandes problemas y la dimensión Trastornos Cognitivos como leve.

En SS-Score Parte 2 se señalaron un total de 17 síntomas, siendo el total 25.

El índice total de ambas partes da una puntuación de 9, siendo el máximo y más grave posible el 12.

Programa de intervención

La propuesta de intervención se basó en dos factores fundamentales que se explican a continuación.

El primero de los factores mencionados consistió en el entrenamiento en respiración guiado por RESPERATE. En la primera sesión de intervención, se le explicó a la paciente el funcionamiento del dispositivo, de manera que pudiera completar diariamente el ejercicio por su cuenta. Estas instrucciones se basaron, principalmente, en evitar que hubiera problemas con el sensor a la hora de establecer la línea base de respiración antes de comenzar el ejercicio con melodía. Además, se le pidió que buscara un lugar y una postura cómodos y que realizara el ejercicio con el menor esfuerzo posible. El uso del dispositivo quedó registrado por MA mediante el autorregistro diario de dolor al que se le añadió un apartado en el que se medía la ansiedad antes y después del ejercicio de respiración (en una escala de 1 a 5). Además, al final de cada sesión se dedicaron unos minutos al trabajo con RESPERATE para comprobar que se estaba realizando de manera correcta en casa, o por si la paciente había detectado algún problema o le había surgido alguna duda al respecto. La última semana de intervención se retiró el uso del dispositivo, para comprobar si la paciente había aprendido a realizar esta técnica por sí misma.

El segundo de los factores del tratamiento, se basó en la psicoeducación, aportando una explicación teórica de las bases de la enfermedad, sintomatología asociada y recursos o actividades que pueden actuar como factores protectores. Cada sesión se basó en un tema

concreto que fue acompañado de información en forma de fichas que se le daban a la paciente, ofreciéndole orientaciones sobre hábitos que podrían serle beneficiosos además de los perjudiciales, y donde se dejaba un espacio para que ella pudiera plasmar dudas concretas sobre situaciones de su vida diaria, de manera que pudieran ser solventadas.

Fueron un total de 8 sesiones, de las cuales la primera y la última fueron de evaluación, teniendo éstas una duración de hora y media, mientras que el resto fue de una hora. Hubo una media de 5 días entre una sesión y otra.

En la Tabla 1 se muestra el calendario de sesiones:

Tabla 1. Calendario de sesiones.

Fases de Intervención	Sesión	Técnicas de evaluación e intervención
Pre-evaluación	Sesión 1	Entrevista inicial y administración de instrumentos de evaluación: Escala de AVE, Escala de Autoestima de Rosenberg, HADS, FIQ-S, MPQ, PSQI, SF-36, WPI y SS-SCORE.
	Sesión 2	Entrevista, explicación de autorregistro de dolor diario y uso de RESPERATE.
Intervención	Sesión 3	Psicoeducación sobre la Fibromialgia, ¿qué es? Sintomatología asociada, posibles causas etiológicas, etc.
	Sesión 4	Psicoeducación sobre estado de ánimo y Fibromialgia. Sintomatología cognitiva asociada.
	Sesión 5	Psicoeducación sobre apoyo social y comunicación. Reestructuración cognitiva.
	Sesión 6	Psicoeducación sobre gestión del estrés y técnicas de planificación del tiempo.
	Sesión 7	Psicoeducación sobre hábitos de vida saludable (nutrición, ejercicio físico e higiene del sueño).

Post-evaluación	Sesión 8	Administración de instrumentos de evaluación: Escala de AVE, Escala de Autoestima de Rosenberg, HADS, FIQ-S, MPQ, PSQI, SF-36, WPI y SS-Score.
-----------------	----------	--

Resultados de la post-intervención

Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) de Holmes y Rahe, 1967.

En la fase post-evaluación se obtuvo una puntuación de 414 puntos, al igual que en la primera medida, ya que se trata de eventos que ocurrieron en el último año y no se han producido nuevos acontecimientos a destacar en el periodo de intervención.

Escala de Autoestima de Rosenberg, 1965.

Como podemos observar en la Tabla 2, se obtiene una mejora en la puntuación de esta escala. Mientras que la puntuación inicial de 23 indicaba problemas de autoestima (puntuaciones por debajo de 25), ahora vemos cómo se sitúa en el rango de normalidad.

Tabla 2. Puntuaciones Escala Autoestima de Rosenberg

Puntuación pre-intervención	Puntuación post-intervención
23	27

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), 1983.

En la siguiente tabla se muestran las puntuaciones en las dos subescalas en los dos momentos temporales de evaluación.

Tabla 3. Puntuaciones HADS

Puntuación pre-intervención		Puntuación post-intervención	
Subescala Ansiedad	Subescala Depresión	Subescala Ansiedad	Subescala Depresión
9	9	11	7

Como se puede observar en la Tabla 3, la puntuación de la escala de Ansiedad ha subido, desplazándose del rango de caso probable a caso de ansiedad. Pese a estos resultados, este incremento podría estar relacionado con el hecho de que en la semana en la que se realizó la segunda medida, MA se presentó a unas oposiciones, lo que le generó un gran estrés.

Sin embargo, se observa cómo la puntuación de la escala de Depresión disminuye, implicando esto el paso de caso probable que recogíamos en la primera medida al rango de normalidad.

Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ-S), 1991.

Tabla 4. Puntuaciones FIQ-S

Puntuación pre-intervención	Puntuación post-intervención
68	52

La Tabla 4 muestra cómo la puntuación obtenida en el cuestionario de impacto de fibromialgia ha disminuido con respecto a la primera medida. Aunque ambas puntuaciones se encuentren en el rango intermedio de afectación vital moderada (50-75), es importante destacar el hecho de que se encuentre tan cerca de encontrarse en el rango inferior de afectación vital leve (por debajo de 50).

Cuestionario de Dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire, MPQ), 1975.

Tabla 5. Puntuaciones MPQ

Puntuación pre-intervención		Puntuación post-intervención	
Nº adjetivos señalados	25	Nº adjetivos señalados	26
Intensidad de dolor	Fuerte	Intensidad de dolor	Moderado, molesto, incómodo
Dolor actual (0-4)	3	Dolor actual (0-4)	2

En la Tabla 5 se observa cómo en la segunda medida se empleó un adjetivo más para describir el dolor en ese momento. No obstante, la expresión de la intensidad de dolor cambia a un tono menos intenso pasando de la opción “Fuerte” a la segunda más leve “Moderado,

molesto, incómodo”. Asimismo, se encuentra una disminución en la puntuación de dolor que baja de intensidad 3 a intensidad 2.

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (PSQI), 1989.

Tabla 6. Puntuaciones PSQ

<i>Calidad subjetiva del sueño</i>	Pre: 2
	Post: 1
<i>Latencia del sueño</i>	Pre: 3
	Post: 1
<i>Duración del sueño:</i>	Pre: 3
	Post: 2
<i>Eficiencia del sueño habitual:</i>	Pre: 3
	Post: 2
<i>Perturbaciones del sueño:</i>	Pre: 2
	Post: 2
<i>Uso de medicación hipnótica:</i>	Pre: 3
	Post: 3
<i>Disfunción diurna:</i>	Pre: 2
	Post: 1
<i>PSQI:</i>	Pre: 18
	Post: 12

Al comparar los resultados plasmados en la Tabla 6 podemos comprobar cómo la mayoría de áreas se han visto mejoradas en la segunda medida. Todas las dimensiones bajan su puntuación alejándose de la afectación más grave (3), exceptuando las dimensiones “Perturbaciones del sueño” y “Uso de medicación hipnótica”. Esto puede deberse a que la paciente a pesar de presentar una mejor higiene del sueño sigue encontrando las mismas complicaciones a la hora de desvelarse y sigue teniendo la necesidad de consumir fármacos hipnóticos.

Debido a que se ve una mejora en la mayoría de dimensiones, el PSQI encontrado en la segunda medida también es más bajo.

Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36), 1993.

Tabla 7. Puntuaciones SF-36

<i>Función física</i>	Pre: 60
	Post: 65
<i>Rol físico</i>	Pre: 0
	Post: 100
<i>Dolor</i>	Pre: 35
	Post: 22,5
<i>Salud general</i>	Pre: 30
	Post: 30
<i>Vitalidad</i>	Pre: 20
	Post: 40
<i>Función social</i>	Pre: 10
	Post: 90
<i>Rol emocional</i>	Pre: 0
	Post: 100
<i>Salud mental</i>	Pre: 44
	Post: 68
<i>Transición de salud</i>	Pre: 25
	Post: 25
<i>Puntuación resumen</i>	Pre: 24,88
	Post: 60,05

En la Tabla 7 se recoge la información referente a cada una de las dimensiones evaluadas a través de este cuestionario en los dos momentos temporales de medida. Por lo general, es posible observar una gran mejora en la mayoría de las áreas. A continuación las comentaremos más detenidamente.

La primera dimensión y referente a “Función física” muestra una pequeña mejora incrementándose en 5 puntos. Esta área refleja las limitaciones a la hora de hacer actividades físicas debido a su salud (actividades como cargar con bolsas, vestirse o subir escaleras).

La dimensión “Rol físico” hace referencia a problemas en el trabajo o con otras actividades diarias debido a limitaciones físicas y, en este caso, pasa de un extremo (0 en la primera evaluación) a otro (100 en la segunda). Esto puede deberse al clima más extremo que aconteció al primer momento de evaluación, que fue a finales de enero, y que repercutió seriamente en la sintomatología dolorosa de pacientes con Fibromialgia. Por otra parte, se sabe que el estado de ánimo afecta de manera significativa a las manifestaciones de dolor en enfermedades de este tipo y, como hemos podido comprobar en escalas como la de autoestima de Rosenberg y el HADS, MA mejora sus puntuaciones en autoestima y depresión respectivamente, lo que podría estar influyendo en la puntuación de esta dimensión. Asimismo, podría explicarse este mismo giro de puntuaciones en la dimensión “Rol emocional”, donde los problemas con el trabajo y otras actividades se relacionan con problemas emocionales, y donde hemos podido observar el mismo incremento de 0 a 100.

La dimensión “Dolor” es la única que se encuentra por debajo de la puntuación anterior, pasando de obtener 35 a 22,5 en la segunda evaluación.

Por otra parte “Salud general” mantiene la misma marca, sugiriendo que la paciente no ha cambiado la creencia sobre su salud como mayoritariamente mala.

En la dimensión “Vitalidad” se dobla la primera cifra obteniendo 40 puntos en la segunda medida, que refleja un aumento en la energía y dinamismo de la paciente que antes señalaba más cansancio.

La “Función social” también mejora notoriamente su puntuación pasando de 10 a 90 puntos. Esto se traduce en una interferencia actual mínima en las actividades sociales normales por problemas tanto físicos como emocionales.

El factor “Salud mental” también se vio incrementado, pasando de 44 a 68 puntos, lo que puede sugerir la disipación en gran medida de sentimientos de angustia y depresión y la sustitución de éstos por más momentos de felicidad y calma. Esto también concuerda con la mejora en puntuaciones de otras escalas mencionadas anteriormente.

Todo ello a pesar de que el ítem “Transición de salud”, no incluido en ninguna de las dimensiones no ha cambiado. MA continúa pensando que su salud actual es peor a la de hace un año.

Por tanto, es de esperar que el índice general de puntuaciones haya mejorado pasando de 24,88 a 60,05, acercándose un poco más a puntuaciones más saludables.

Índice de Dolor Generalizado (Widespread Pain Index, WPI), 2010.

Tabla 8. Puntuaciones WPI

Puntuación pre-intervención	Puntuación post-intervención
12	10

La puntuación post-intervención obtiene un número menor de zonas afectadas.

Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score, SS Score), 2010.

Tabla 9. Puntuaciones SS-Score

Puntuación pre-intervención		Puntuación post-intervención	
SS-Score Parte 1	SS-Score Parte 2	SS-Score Parte 1	SS-Score Parte 2
7	2	6	2
Puntuación de gravedad de síntomas (0-12)		Puntuación de gravedad de síntomas (0-12)	
9		8	

Como podemos observar en la tabla 9, la puntuación en el SS-Score parte 1 baja en un punto. Esta diferencia sutil se debe a que, mientras que en la medida pre-intervención la paciente señaló como gravemente afectadas dos de las tres áreas (Fatiga y Sueño no reparador) y levemente afectada el área Trastornos cognitivos. Tras la intervención las señaló todas como moderadamente afectadas. Aunque la diferencia sea marginal, parece importante señalar el hecho de que ninguna de las tres áreas haya sido señalada en el extremo de gravemente afectadas. Por otra parte, el hecho de que la segunda evaluación coincidiera con la semana en la que MA se presentó a las oposiciones podría explicar que el área Trastornos cognitivos se haya visto comprometida por la necesidad de un mayor esfuerzo por parte de estos recursos.

En SS-Score Parte 2 se señalaron un total de 17 síntomas en ambos momentos temporales, siendo el total 25.

El índice total obtenido de ambas partes baja en un punto.

Autorregistro ad hoc Diario de Intensidad del Dolor y entrenamiento en respiración

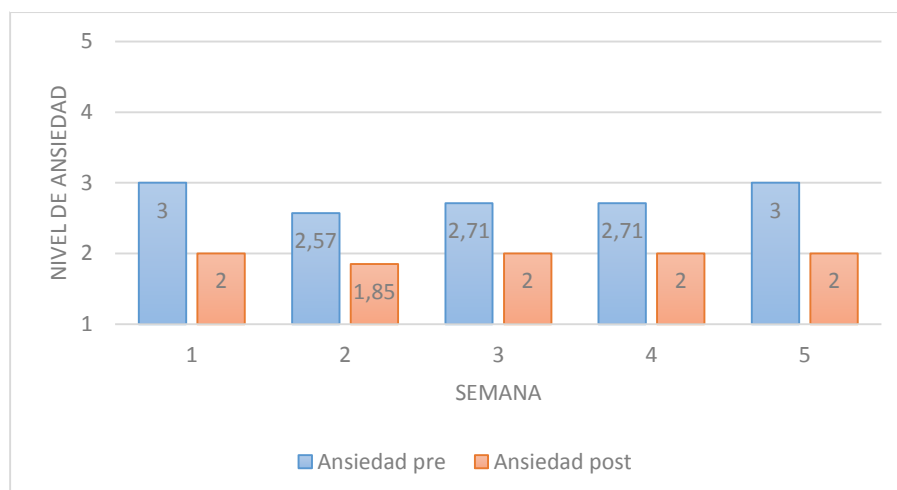
En términos generales, el autorregistro muestra los índices más altos de dolor (puntuación de 5), en los momentos de desayuno y el momento de acostarse. Asimismo, cabe destacar que existen varios días en los que todos los momentos temporales expuestos son puntuados con máximo nivel de dolor. Los mencionados días son aquellos en los que la paciente lo relaciona con situaciones de brotes que coinciden con condiciones meteorológicas adversas de frío y lluvia o con sobrecarga de estrés que provocan más rigidez en su cuerpo.

Como es bien sabido, uno de los principales inconvenientes en la aplicación de Autorregistros es que los pacientes pueden no llegar a completarlos en su totalidad. Aunque esto se ha podido observar en el caso que aquí se trata, no ha sido lo más común. No obstante, para solventar esta limitación se decidió establecer el promedio de ansiedad registrada por semana.

Por otra parte, cabe señalar que la última semana (semana 5) el ejercicio de respiración se llevó a cabo de manera autónoma, sin el uso de RESPERATE.

Analizando más en profundidad los datos aportados por el Autorregistro, resulta de interés destacar el patrón seguido de reducción de un punto de ansiedad cada vez que se utilizó la técnica de respiración. Por otro lado, podemos observar que tanto en la primera semana de entrenamiento con RESPERATE como en la última, sin el uso del dispositivo, se obtienen puntuaciones idénticas. Esto puede sugerir que MA ha logrado incluir en su repertorio de estrategias para afrontar la ansiedad el uso de la técnica de respiración de manera autónoma.

Figura 1. Relación entre niveles de ansiedad antes y después del ejercicio de respiración.



En líneas generales, se observa que tras la intervención las puntuaciones en la mayoría de las escalas han obtenido mejoras. Así, se puede observar cómo en este segundo momento temporal de medida no existen problemas de autoestima ni puntuaciones que indiquen la existencia de depresión o problemas con el estado de ánimo. Además, se denota una mejora en la calidad y patrón del sueño. El incremento en las puntuaciones del SF-36 sugiere un cambio en la condición física y emocional de la paciente. Todo ello a pesar de que la percepción sobre el estado de salud general en MA no haya cambiado.

Asimismo, la paciente informó que el mero hecho de acudir a terapia le resultó beneficioso, ya que marcó un punto de inflexión en comparación a su historia de aprendizaje previa en lo que a personal sanitario y el trato hacia su persona como paciente de Fibromialgia se refiere. Comentó que, por primera vez, había conseguido un espacio donde obtuvo comprensión y aceptación total y que estaba exento de juicios.

Pese a los logros encontrados es necesario remarcar que durante el transcurso de esta intervención se han encontrado una serie de limitaciones como pueden ser la barrera del tiempo, que el estudio sea descriptivo y el hecho de que se trate de un caso único que no posibiliten la generalización de resultados a una muestra más amplia.

En base a todo lo mencionado anteriormente, parece que este tipo de intervención resulta beneficiosa para el tratamiento psicológico en pacientes con Fibromialgia por lo que sería interesante continuar esta línea, en la que se incluya apoyo psicológico y técnicas de respiración que ayuden a paliar los síntomas fisiológicos y emocionales que acarrearán el estrés y la ansiedad que supone el tener que convivir con dolor crónico.

Propuesta de Seguimiento

Debido a las restricciones temporales, no ha sido posible llevar a cabo un seguimiento adecuado de la intervención. No obstante, resultaría interesante volver a tomar las medidas ya realizadas tras el periodo de uno, tres y seis meses.

Referencias bibliográficas

- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*, 104,771-6.
- Álvarez, M. (2015). *Rasgos psicológicos y percepción del dolor en pacientes con fibromialgia* (Tesis Doctoral). Universidad de Oviedo, Oviedo.
- Bennett, R. (2005). The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23, 154-162.
- Burckhardt, C., Clark, S., y Bennett, R. (1991). The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *The Journal of Rheumatology*, 18(5), 728-733.
- Buyse, D. J., Reynolds, C.F. y cols. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.
- Daniel J. Clauw. Fibromyalgia: A Clinical Review. *JAMA*. 2014; 311(15):1547–1555. doi:10.1001/jama.2014.3266.
- Echeburua, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Espada, J. P., Olivares, J. y Méndez, F. X. (2010). *Terapia Psicológica: Casos prácticos*. Madrid: Pirámide.
- Espinosa, R. (2011). *El entrenamiento en respiración lenta guiada por “RESPeRATE” como tratamiento para la hipertensión arterial esencial* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- González de Rivera, J. L. y Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4(1), 7-11.
- Hassett, A. L., Radvanski, D. C., Vaschillo, E. G., Vaschillo, B., Sigal, L. H., Karavidas, M. K.,... Lehrer, P. M. (2007). A Pilot Study of the Efficacy of Heart Rate Variability (HRV) Biofeedback in Patients with Fibromyalgia. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 32, 1-10.

- Herrero, M.J., Blanch, J., Peri, J.M., De Pablo, J., Pintor, L., y Bulbena, A. (2003). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25, 277-283
- Holmes T. y Rahe. R. (1967). The social readjustment rating scale. *J. Psychoson. Res.* 11. 213-218.
- Johnson, S.K. (2008). Treatment approaches to fibromyalgia. En S.K. Johnson (ed.), *Medically unexplained illness: gender and biopsychological implications*. (pp. 163-172). Washington: APA.
- Kang, J. H., Kim, J. K., Hong, S. H., Lee, C. H. y Choi, B. Y. (2016). Heart Rate Variability for Quantification of Autonomic Dysfunction in Fibromyalgia. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 40(2), 301-309.
- Lázaro, C., Bosch, F., Torrubia, R. Y Baños, J.E. (1994). The development of a Spanish Questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment*, 10, 145-151.
- López, V. O. (2011). *Efectividad de la Psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con Trastorno depresivo mayor* (Tesis Doctoral). Instituto Politécnico Nacional, México.
- Macías, J. A. (1997). Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg. *Vigilia-Sueño* 9, 81-94.
- Malin, K., y Littlejohn, G. (2012). Personality and fibromyalgia syndrome. *The Journal of Rheumatology*, 6, 273-285.
- Martínez-Martínez, L. A., Mora, T., Vargas, A., Fuentes-Iniestra, M. y Martínez-Lavín, M. (2014). Sympathetic Nervous System Dysfunction in Fibromyalgia, Chronic Fatigue Syndrome, Irritable Bowel Syndrome, and Interstitial Cystitis: A review of Case-Control Studies. *Journal of Clinical Rheumatology*, 20(3), 146-150.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1 (3), 277-299. doi: 10.1016/0304-3959(75)90044-5.
- Monteverde, S., 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.

- Moreno, V., Namuche, F., Noriega, A. E., Vidal, M., Rueda, C., Pizarro, J. y Vidal, L. (2010). Sintomatología depresiva en pacientes con fibromialgia. *An Fac med*, 71(1), 23-7.
- Regal, R. J. (2017). Características epidemiológicas de los pacientes evaluados por fibromialgia en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. *Semergen*, 43(1), 28-33.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sharma, P., Mavai, M., Bhagat, O. L., Muruges, M. y Sicar, S. (2017). Slow Deep Breathing Increases Pain-tolerance and Modulates Cardiac Autonomic Nervous System. *Indian J Physiol Pharmacol*, 61(2), 107-113.
- Siespmann, M., Aykac, V., Unterdörfer, J., Petrowski, K. y Mueck-Weymann, M. (2008). A Pilot Study on the Effects of Heart Rate Variability Biofeedback in Patients with Depression and in Healthy Subjects. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 33, 195-201.
- Sosa-Reina, M. D., Nunez-Nagy, S., Gallego-Izquierdo, T., Pecos-Martín, D., Monserrat, J. y Álvarez-Mon, M. (2017). Effectiveness of Therapeutic Exercise in Fibromyalgia Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *BioMed Research International*, vol. 2017, Article ID 2356346, 14 pages, 2017. doi:10.1155/2017/2356346.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., y Santed, R. (2005). The Spanish version of the short form 36 health survey: A decade of experience and new developments. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 19(2), 135-150. doi:10.1157/13074369.
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M. y Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center.
- Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D.L., Katz, R.S., Mease, P., Russell, A.S., Russell, I.J., Winfield, J., y Yunes, M.B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care and Research*, 62 (5), 600-610.

- Zamuner, A. R., Barbic, F., Dipaola, F. y cols. (2015). Relationship between sympathetic activity and pain intensity in fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*, 33(88), 53-57.
- Zautra, A. J., Fasman, R., Davis, M. C. y Craig, A. D. (2010). The effects of slow breathing on affective responses to pain stimuli: An experimental study. *Pain*, 149, 12-18.
- Zigmond AS, Snaith RP. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*; 67: 361-370.

Anexos

Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (1). Colmes y Rahe, 1976

Este cuestionario es autoadministrado y se trata de que el encuestado rellene con un círculo el número o números que corresponde/en al/los acontecimiento/os que haya padecido en el último año.

Por favor, señale con un círculo aquel o aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido en el último año.

- 1. Muerte del cónyuge**
- 2. Divorcio**
- 3. Separación matrimonial**
- 4. Encarcelación**
- 5. Muerte de un familiar cercano**
- 6. Lesión o enfermedad personal**
- 7. Matrimonio**
- 8. Despido del trabajo**
- 9. Paro**
- 10. Reconciliación matrimonial**
- 11. Jubilación**
- 12. Cambio de salud de un miembro de la familia**
- 13. Drogadicción y/o alcoholismo**
- 14. Embarazo**
- 15. Dificultades o problemas sexuales**
- 16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia**
- 17. Reajuste de negocio**
- 18. Cambio de situación económica**
- 19. Muerte de un amigo íntimo**
- 20. Cambio en el tipo de trabajo**
- 21. Mala relación con el cónyuge**
- 22. Juicio por crédito o hipoteca**
- 23. Cambio de responsabilidad en el trabajo**
- 24. Hijo o hija que deja el hogar**
- 25. Problemas legales**
- 26. Logro personal notable**
- 27. La esposa comienza o deja de trabajar**
- 28. Comienzo o fin de escolaridad**
- 29. Cambio en las condiciones de vida**
- 30. Revisión de hábitos personales**
- 31. Problemas con el jefe**
- 32. Cambio de turno o de condiciones laborales**
- 33. Cambio de residencia**
- 34. Cambio de colegio**
- 35. Cambio de actividad de ocio**
- 36. Cambio de actividad religiosa**
- 37. Cambio de actividades sociales**
- 38. Cambio de hábito de dormir**
- 39. Cambio en el número de reuniones familiares**

40. Cambio de hábitos alimentarios

41. Vacaciones

42. Navidades

43. Leves transgresiones de la ley

Nº de AVE =

Puntuación =

ESCALA DE AUTOESTIMA (Rosenberg, 1965)

NOMBRE Y APELLIDOS.....

FECHA.....

Por favor, conteste a los siguientes ítems rodeando con un círculo las respuestas que considere adecuada:

Respuestas

1 = Muy de acuerdo

2 = De acuerdo

3 = En desacuerdo

4 = Muy en desacuerdo

	MA	A	D	MD
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás	1	2	3	4
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado	1	2	3	4
3. Creo que tengo varias cualidades buenas	1	2	3	4
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	1	2	3	4
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí	1	2	3	4
6. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo	1	2	3	4
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8. Desearía valorarme más a mí mismo	1	2	3	4

9. A veces me siento verdaderamente inútil	1	2	3	4
10. A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4



5.9. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

1

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

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

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

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

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

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

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

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

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

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

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

D.3. Me siento alegre:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D.6. Espero las cosas con ilusión:

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

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

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

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

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

Cuestionario de Impacto de Fibromialgia - FIQ-S

Nombre:

Edad:

Fecha:

Instrucciones: Para las preguntas 1 a 3 señale la categoría que mejor describa sus habilidades o sentimientos **durante la última semana**. Si Vd. nunca ha realizado alguna actividad de las preguntadas, déjela en blanco.

Pregunta 1. ¿Usted pudo...

	Siempre	Casi siempre	Ocasionalmente	Nunca
Ir a comprar?	①	②	③	④
Lavar la ropa usando lavadora y secadora?	①	②	③	④
Preparar la comida?	①	②	③	④
Lavar los platos a mano?	①	②	③	④
Pasar la aspiradora por la alfombra?	①	②	③	④
Hacer las camas?	①	②	③	④
Caminar varios centenares de metros?	①	②	③	④
Visitar a los amigos o parientes?	①	②	③	④
Cuidar el jardín?	①	②	③	④
Conducir un coche?	①	②	③	④
Subir escaleras?	①	②	③	④

Pregunta 2. De los 7 días de la semana pasada, ¿cuántos se sintió bien?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Pregunta 3. Cuántos días de trabajo perdió la semana pasada por su fibromialgia? (si no trabaja fuera de casa, no conteste esta pregunta).

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦



Instrucciones: Para las preguntas 4 a 10, marque en la línea el punto que mejor indique cómo se sintió usted la última semana.

Pregunta 4. Cuando trabajó (incluyendo las tareas domésticas), ¿cuánto afectó el dolor u otros síntomas de la fibromialgia a su capacidad para trabajar?

No tuve problemas

Tuve grandes dificultades

Pregunta 5. ¿Hasta qué punto ha sentido dolor?

No he sentido dolor

He sentido un dolor muy intenso

Pregunta 6. ¿Hasta qué punto se ha sentido cansado/a??

No me he sentido cansado/a

Me he sentido muy cansado/a

Pregunta 7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por la mañana?

Me he despertado descansado/a

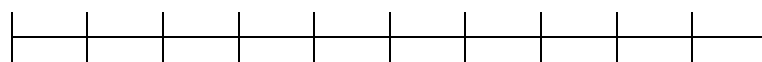
Me he despertado muy cansado/a

Pregunta 8. ¿Hasta qué punto se ha sentido agarrotado/a?

No me he sentido agarrotado

Me he sentido muy agarrotado/a

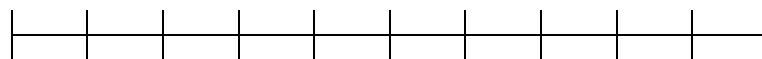
Pregunta 9. ¿Hasta qué punto se ha sentido tenso/a, nervioso/a o ansioso/a?



No me he sentido nervioso

Me he sentido muy nervioso/a

Pregunta 10. ¿Hasta qué punto se ha sentido deprimido/a o triste?



No me he sentido deprimido/a

Me he sentido muy deprimido/a

Agradecemos su colaboración.

Por favor, entregue este cuestionario a su médico.

Validación: Monterde et al. Rev Esp Reumatol 2004;31(9):507-13





7.7. Cuestionario de Dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire, MPQ)

Indique sus sentimientos y sensaciones en el momento actual.

Temporal I

- ☐ A golpes
- ☐ Continuo

Temporal II

- ☐ Periódico
- ☐ Repetitivo
- ☐ Insistente
- ☐ Interminable

Localización I

- ☐ Impreciso
- ☐ Bien delimitado
- ☐ Extenso

Localización II

- ☐ Repartido
- ☐ Propagado

Punción

- ☐ Como un pinchazo
- ☐ Como agujas
- ☐ Como un clavo
- ☐ Punzante
- ☐ Perforante

Incisión

- ☐ Como si cortase
- ☐ Como una cuchilla

Constricción

- ☐ Como un pellizco
- ☐ Como si apretara
- ☐ Como agarrotado
- ☐ Opresivo
- ☐ Como si exprimiera

Tracción

- ☐ Tirantez
- ☐ Como un tirón
- ☐ Como si estirara
- ☐ Como si arrancara
- ☐ Como si desgarrara

Térmico I

- ☐ Calor
- ☐ Como si quemara
- ☐ Abrasador
- ☐ Como hierro candente

Térmico II

- ☐ Frialidad
- ☐ Helado

Sensibilidad táctil

- ☐ Como si rozara
- ☐ Como un hormigueo
- ☐ Como si arañara
- ☐ Como si raspara
- ☐ Como un escozor
- ☐ Como un picor

Consistencia

- ☐ Pesadez

Miscelánea sensorial I

- ☐ Como hinchado
- ☐ Como un peso
- ☐ Como un flato
- ☐ Como espasmos

Miscelánea sensorial II

- ☐ Como latidos
- ☐ Concentrado
- ☐ Como si pasara corriente
- ☐ Calambrazos

Miscelánea sensorial III

- ☐ Seco
- ☐ Como martillazos
- ☐ Agudo
- ☐ Como si fuera a explotar

Tensión emocional

- ☐ Fastidioso
- ☐ Preocupante
- ☐ Angustioso
- ☐ Exasperante
- ☐ Que amarga la vida

Signos vegetativos

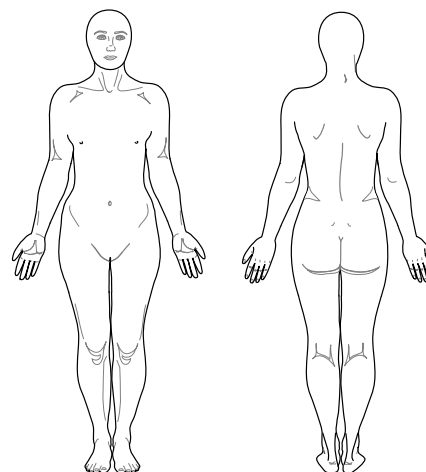
- ☐ Nauseoso

Miedo

- ☐ Que asusta
- ☐ Temible
- ☐ Aterrador

Categoría valorativa

- ☐ Débil
- ☐ Soportable
- ☐ Intenso
- ☐ Terriblemente molesto



Indique la expresión que mejor refleja la intensidad del dolor, en su conjunto, en el momento actual.

- ☐ Leve, débil, ligero
- ☐ Moderado, molesto, incómodo
- ☐ Fuerte
- ☐ Extenuante, exasperante
- ☐ Insoportable

Marque una cruz sobre la línea, indicando cuánto dolor tiene actualmente.

Sin dolor | | | | | Dolor insoportable

PRI-S: _____ PRI-E: _____ PRI-V: _____ PRI-M: _____ PRI-TOTAL: _____

Número de palabras: _____ PPI: _____ EAV (0-10): _____

PRI, pain rating intensity score; PRI-S, PRI sensorial; PRI-E, PRI emocional; PRI-V, PRI valorativa; PPI, present pain intensity.

Identificación Fecha

Las siguientes cuestiones hacen referencia a sus hábitos de sueño sólo durante el último mes. Sus respuestas deben reflejar fielmente lo ocurrido la mayoría de días y noches del último mes. Por favor conteste a todas las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿a qué hora solía acostarse por la noche?

HORA HABITUAL DE ACOSTARSE

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) le ha costado quedarse dormido después de acostarse por las noches?

NUMERO DE MINUTOS PARA CONCILIAR EL SUEÑO

3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?

HORA HABITUAL DE LEVANTARSE

4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real ha mantenido por las noches? (puede ser diferente del numero de horas que estuvo acostado)

HORAS DE SUEÑO POR NOCHE

Para cada una de las cuestiones siguientes, seleccionar la respuesta más adecuada a su situación. Por favor conteste todas las preguntas.

5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de....?

- (a) no poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo

☐ No me ha ocurrido durante el último mes ☐ Menos de una vez a la semana ☐ Una o dos veces a la semana ☐ Tres o más veces a la semana

- (b) despertarse en mitad de la noche o de madrugada

☐ No me ha ocurrido durante el último mes ☐ Menos de una vez a la semana ☐ Una o dos veces a la semana ☐ Tres o más veces a la semana

- (c) tener que ir al baño

☐ No me ha ocurrido durante el último mes ☐ Menos de una vez a la semana ☐ Una o dos veces a la semana ☐ Tres o más veces a la semana

- (d) no poder respirar adecuadamente

☐ No me ha ocurrido durante el último mes ☐ Menos de una vez a la semana ☐ Una o dos veces a la semana ☐ Tres o más veces a la semana

- (e) tos o ronquidos

☐ No me ha ocurrido durante el último mes ☐ Menos de una vez a la semana ☐ Una o dos veces a la semana ☐ Tres o más veces a la semana

- (f) sensación de frío

☐ No me ha ocurrido durante el último mes ☐ Menos de una vez a la semana ☐ Una o dos veces a la semana ☐ Tres o más veces a la semana

Identificación Fecha

(g) sensación de calor

- ☐ No me ha ocurrido durante el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

(h) pesadillas

- ☐ No me ha ocurrido durante el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

(i) sentir dolor

- ☐ No me ha ocurrido durante el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

(j) otra causa(s), describir: _____

¿Con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de este problema?

- ☐ No me ha ocurrido durante el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

6. Durante el último mes, ¿cómo calificaría, en general, la calidad de su sueño?

- Muy buena ☐
- Bastante buena ☐
- Bastante mala ☐
- Muy mala ☐

7. Durante el último mes, ¿con que frecuencia tuvo que tomar medicinas (prescritas o automedicadas) para poder dormir?

- ☐ No las he necesitado durante el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes, ¿con que frecuencia tuvo dificultad para mantenerse despierto mientras conducía, comía o desarrollaba alguna actividad social?

- ☐ No me ha ocurrido durante el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes, ¿cómo de problemático ha resultado para usted el mantener el entusiasmo por hacer las cosas?

- No ha resultado problemático en absoluto ☐
- Sólo ligeramente problemático ☐
- Moderadamente problemático ☐
- Muy problemático ☐

Identificación **Fecha**

10. ¿Tiene usted pareja o compañero/a de habitación?

- ☐ No tengo pareja ni compañero/a de habitación
☐ Si tengo pero duerme en otra habitación
☐ Si tengo, pero duerme en la misma habitación y distinta cama
☐ Si tengo y duerme en la misma cama

Si usted tiene pareja o compañero/a de habitación con el que duerme, pregúntele con qué frecuencia, durante el último mes, ha tenido usted...

(a) ronquido fuertes

- ☐ No me ha ocurrido durante el último mes
☐ Menos de una vez a la semana
☐ Una o dos veces a la semana
☐ Tres o más veces a la semana

(b) largas pausas entre las respiraciones mientras dormía

- ☐ No me ha ocurrido durante el último mes
☐ Menos de una vez a la semana
☐ Una o dos veces a la semana
☐ Tres o más veces a la semana

(c) temblor o sacudidas de las piernas mientras dormía

- ☐ No me ha ocurrido durante el último mes
☐ Menos de una vez a la semana
☐ Una o dos veces a la semana
☐ Tres o más veces a la semana

(d) episodios de desorientación o confusión durante el sueño

- ☐ No me ha ocurrido durante el último mes
☐ Menos de una vez a la semana
☐ Una o dos veces a la semana
☐ Tres o más veces a la semana

(e) otro tipo de trastorno mientras dormía, por favor descríballo: _____

- ☐ No me ha ocurrido durante el último mes
☐ Menos de una vez a la semana
☐ Una o dos veces a la semana
☐ Tres o más veces a la semana

CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO

LATENCIA DEL SUEÑO

DURACIÓN DEL SUEÑO

EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO

ALTERACIONES DEL SUEÑO

USO DE MEDICACIÓN PARA DORMIR

DISFUNCIÓN DIURNA

PUNTUACIÓN GLOBAL



13.1. Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

1

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

<i>Actividades</i>	<i>Sí, me limita mucho</i>	<i>Sí, me limita un poco</i>	<i>No me limita</i>
a. <i>Esfuerzos intensos</i> (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. <i>Esfuerzos moderados</i> (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir <i>varios</i> pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir <i>un solo</i> piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar <i>1 km o más</i>	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar <i>una sola manzana</i> (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, *a causa de su salud física*?

	<i>Sí</i>	<i>No</i>
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, *a causa de algún problema emocional* (estar triste, deprimido o nervioso)?

	<i>Sí</i>	<i>No</i>
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <i>por algún problema emocional</i> ?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, <i>por algún problema emocional</i> ?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, <i>por algún problema emocional</i> ?	1	2

6. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante *las 4 últimas semanas*?

No, ninguno	1
Sí, muy poco	2
Sí, un poco	3
Sí, moderado	4
Sí, mucho	5
Sí, muchísimo	6

8. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿hasta qué punto *el dolor* le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante *las últimas 4 semanas*. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante *las últimas 4 semanas*, ¿cuánto tiempo...

	<i>Siempre</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Sólo alguna vez</i>	<i>Nunca</i>
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ...se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ...se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Sólo algunas veces	4
Nunca	5

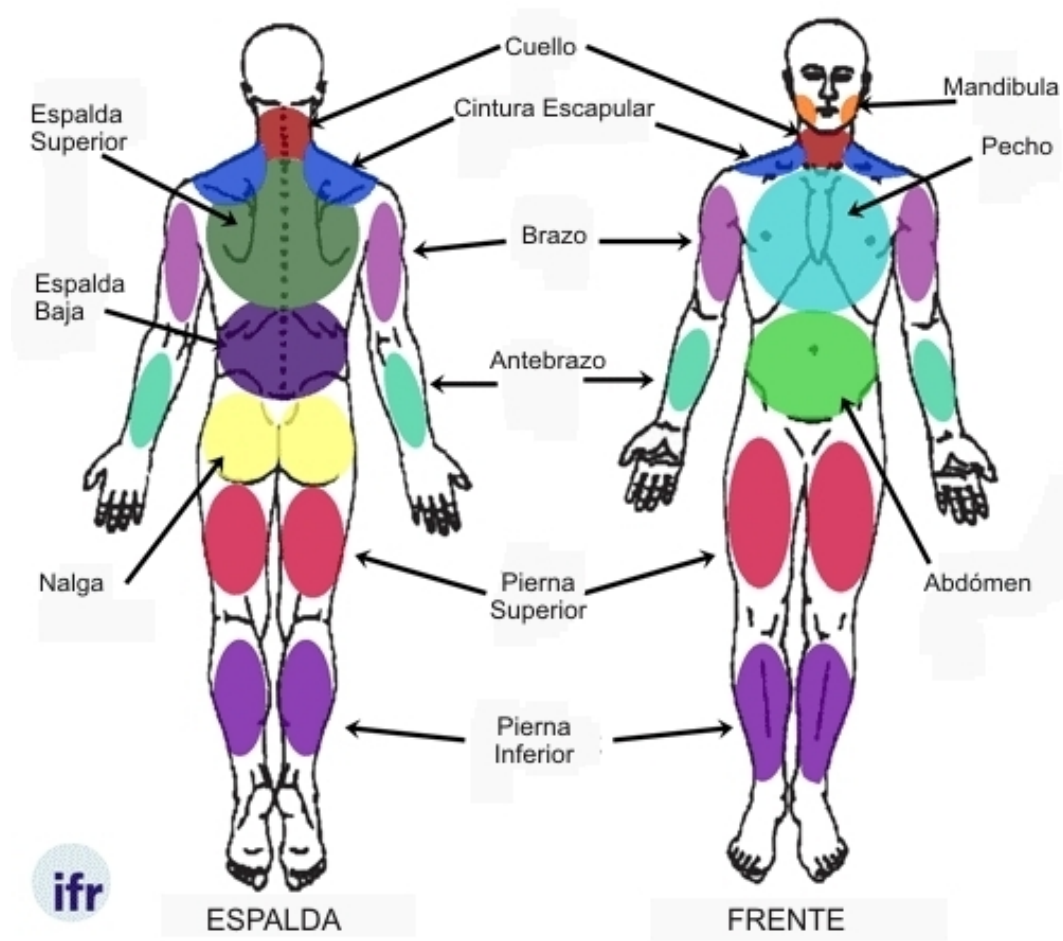
11. Por favor, diga si le parece *cierta* o *falsa* cada una de las siguientes frases:

	<i>Totalmente cierta</i>	<i>Bastante cierta</i>	<i>No lo sé</i>	<i>Bastante falsa</i>	<i>Totalmente falsa</i>
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

(Versión española 1.3 – July 15, 1994 por Jordi Alonso, MD, PhD; on behalf of the IQOLA Project.)

Nuevos Criterios Preliminares para el Diagnóstico Clínico de la Fibromialgia

Índice de Dolor Generalizado – Widespread Pain Index (WPI)



Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res, 2010; 62: 600-10.

Ponga una cruz sobre cada área en la que ha sentido dolor durante la semana pasada, teniendo en cuenta que no debe incluir dolores producidos por otras enfermedades que sepa que sufre (artritis, lupus, artrosis, tendinitis, etc.):

☐	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	☐	Abdómen
☐	Nalga Izquierda	☐	Cuello
☐	Nalga Derecha	☐	Espalda Superior
☐	Pierna Superior Izquierda	☐	Espalda Inferior
☐	Pierna Superior Derecha		

Cuente el número de áreas que ha marcado y anótelo aquí: _____

Observará que el valor WPI oscila entre 0 y 19.

Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score)

SS-Parte 1

Indique la gravedad de sus síntomas durante la semana pasada, utilizando las siguientes escalas, que se puntúan del 0 (leve) al 3 (grave):

1. Fatiga	
☐	0 = No ha sido un problema
☐	1 = Leve , ocasional
☐	2 = Moderada , presente casi siempre
☐	3 = Grave, persistente, he tenido grandes problemas

2. Sueño no reparador	
☐	0 = No ha sido un problema
☐	1 = Leve , intermitente
☐	2 = Moderada , presente casi siempre
☐	3 = Grave, persistente, grandes problemas

2. Trastornos Cognitivos	
☐	0 = No ha sido un problema
☐	1 = Leve , intermitente
☐	2 = Moderada , presente casi siempre
☐	3 = Grave, persistente, grandes problemas

Sume el valor de todas las casillas marcadas y anótelo aquí: _____

Observará que el valor SS-Parte 1 oscila entre 0 y 9.

Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score)

SS-Parte 2

Marque cada casilla que corresponda a un síntoma que ha sufrido durante la semana pasada.

☐	Dolor muscular	☐	Pitidos al respirar (sibilancias)
☐	Síndrome de Colon Irritable	☐	Fenómeno de Raynaud
☐	Fatiga / agotamiento	☐	Urticaria
☐	Problemas de comprensión o memoria	☐	Zumbidos en los oídos
☐	Debilidad muscular	☐	Vómitos
☐	Dolor de cabeza	☐	Acidez de estómago
☐	Calambres en el abdomen	☐	Aftas orales (úlceras)
☐	Entumecimiento / hormigueos	☐	Pérdida o cambios en el gusto
☐	Mareo	☐	Convulsiones
☐	Insomnio	☐	Ojo seco
☐	Depresión	☐	Respiración entrecortada
☐	Estreñimiento	☐	Pérdida de apetito
☐	Dolor en la parte alta del abdomen	☐	Erupciones / Rash
☐	Nauseas	☐	Intolerancia al sol
☐	Ansiedad	☐	Trastornos auditivos
☐	Dolor torácico	☐	Moretones frecuentes (hematomas)
☐	Visión borrosa	☐	Caída del cabello
☐	Diarrea	☐	Micción frecuente
☐	Boca seca	☐	Micción dolorosa
☐	Picores	☐	Espasmos vesicales

Cuente el número de síntomas marcados, y anótelo aquí: _____

Si tiene 0 síntomas, su puntuación es 0

Entre 1 y 10, su puntuación es 1

Entre 11 y 24, su puntuación es 2

25 o más, su puntuación es 3

Anote aquí su puntuación de la SS-Parte 2 (entre 0 y 3): _____

Suma de su puntuación SS-Parte 1+ SS-Parte 2 = _____

Compruebe que la puntuación se encuentre entre 0 y 12 puntos.



Autorregistro diario del dolor y entrenamiento en respiración

Fecha:

Intensidad	0	1	2	3	4	5	¿Asocia el dolor a algo?
Desayuno							
Comida							
Cena							
Acostarse							

¿A qué hora se acostó?	
¿Qué tiempo aproximado tardó en quedarse dormida?	
¿A qué hora se ha levantado esta mañana?	

Nivel de Ansiedad pre: 1 2 3 4 5 / Nivel de Ansiedad post: 1 2 3 4 5

Fecha:

Intensidad	0	1	2	3	4	5	¿Asocia el dolor a algo?
Desayuno							
Comida							
Cena							
Acostarse							

¿A qué hora se acostó?	
¿Qué tiempo aproximado tardó en quedarse dormida?	
¿A qué hora se ha levantado esta mañana?	

Nivel de Ansiedad pre: 1 2 3 4 5 / Nivel de Ansiedad post: 1 2 3 4 5