



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo de Fin de Grado

Diseño de un Programa de Intervención Psicológica dirigido a mujeres con Síndrome de Fibromialgia

Alumno/a: Ramos Jiménez, Miriam

Tutor/a: Prof. Dña. Casandra Isabel Montoro Aguilar

Dpto.: Personalidad, evaluación y tratamiento
psicológico

Mayo, 2021

Índice

1. Resumen.....	3
1.1.Abstract	4
2. Introducción.....	5
3. Marco teórico.....	5
3.1.Definición del Síndrome de Fibromialgia	6
3.2.Etiología.....	6
3.3.Factores de riesgo.....	8
3.4.Sintomatología y factores asociados.....	9
3.5.Prevalencia.....	11
3.6.Diagnostico.....	11
3.7.Diagnóstico diferencial.....	16
3.8.Tratamiento.....	17
3.8.1. Tratamiento farmacológico.....	17
3.8.2. Tratamiento no farmacológico.....	18
4. Diseño de un programa de intervención.....	21
4.1. Justificación.....	21
4.2. Objetivos.....	22
4.2.1. Objetivos generales.....	22
4.2.2. Objetivos específicos.....	22
4.3. Metodología.....	23
4.3.1. Participantes.....	23
4.3.2. Instrumentos de evaluación.....	24
4.3.3. Estructura del programa de intervención.....	26
4.3.3.1.Cronograma.....	27
4.4.Descripción del programa.....	28
5. Análisis de datos y resultados.....	34
5.1.Análisis de datos.....	34
5.2.Resultados esperables.....	35
6. Limitaciones.....	38
7. Conclusiones.....	38
8. Referencias bibliográficas.....	40
9. Anexos.....	50

1. Resumen

El Síndrome de Fibromialgia (SFM) se caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado de carácter difuso. Las personas con SFM padecen síntomas somáticos como baja tolerancia al dolor, hiperalgesia y alodinia. El SFM también está acompañado de alteraciones en el sueño, fatiga, cansancio, problemas de concentración, memoria y trastornos psicológicos como ansiedad y depresión. Su etiología es desconocida, aunque el Sistema Nervioso Central (SNC) parece ser la clave, en un proceso de Sensibilización Central. Actualmente, no existe un tratamiento por elección para el SFM.

El presente trabajo tiene por objetivo la realización de una Intervención Psicológica dirigida a mujeres con SFM, en pos de la mejora de su calidad de vida a través de la realización de diferentes técnicas basadas en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), entrenamiento en ejercicio físico y técnicas de terapias de Tercera Generación como el mindfulness y la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Las sesiones del presente Programa de intervención se van a realizar semanalmente durante 4 meses de manera grupal. Finalmente, se realizarán dos sesiones de seguimiento garantizando la consecución y el mantenimiento de las habilidades aprendidas durante la intervención.

El análisis de los resultados se hará mediante una evaluación pre y post tratamiento de los cuestionarios utilizados en toda la intervención. Los resultados obtenidos se referirán a lo que se espera en sí del programa ya que este, no tiene una implantación real. Debido a la situación actual de pandemia por el COVID-19 a la que nos enfrentamos actualmente, no es posible la implantación del programa, ya que no se garantizan las medidas sanitarias necesarias para las participantes.

1.1. Abstract

Fibromyalgia Syndrome (FMS) is characterized by generalized musculoskeletal pain of a diffuse nature that mainly affects women. People with FMS suffer from somatic symptoms such as low pain tolerance, hyperalgesia, and allodynia. SFM is also accompanied by sleep disturbances, fatigue, tiredness, concentration and memory problems, and psychological disorders such as anxiety and depression. Its etiology is unknown, although the Central Nervous System (CNS) seems to be the key, in a process of Central Sensitization. Currently, there is no treatment of choice for FMS.

The objective of this work is to carry out a Psychological Intervention aimed at women with FMS, in order to improve their quality of life through the performance of different techniques based on Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), exercise training physical and Third Generation therapy techniques such as mindfulness and Acceptance and Commitment Therapy.

The sessions of this Program will be held weekly, for four months as a group, in addition, two follow-up sessions will be held. The evaluation will be done through a pre-post test treatment.

Finally, since the intervention protocol is not going to be carried out, a fictitious analysis of the expected results is proposed. An estimate of the scores obtained will be made taking into account the available literature on the effectiveness of the psychological treatment proposed for FMS. In general, an increase in the quality of life of patients suffering from FMS is expected.

2. Introducción

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define, en su versión revisada, al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial (Raja et al., 2020). El dolor no solo atiende a un proceso fisiológico, sino también a un fuerte componente afectivo (García- Andreu, 2017).

El dolor puede clasificarse en dolor agudo y crónico, según sea su duración. El dolor agudo hace referencia al dolor que está presente durante al menos 6 meses, tiene una aparición rápida y se mantiene hasta que desaparece su causa (García- Andreu, 2017).

El dolor crónico tiene una persistencia de más de 6 meses, tiene el mismo inicio que el dolor agudo, pero a medida pasa el tiempo la causa que lo mantiene desaparece y el dolor persiste (Amigo, 2018).

Aunque hoy en día se desconoce la etiología del dolor crónico, diversos autores concuerdan que tiene origen en el Sistema Nervioso Central, en un proceso de Sensibilización Central (De la Coba et al., 2017).

El Síndrome de Fibromialgia (SFM) se caracteriza por ser un trastorno de dolor crónico generalizado. Este síndrome puede presentar fatiga, insomnio, ansiedad, depresión, déficits cognitivos y consecuencias negativas en la calidad de vida de los pacientes que padecen SFM (De la Coba et al., 2019).

3. Marco teórico

Como se ha comentado anteriormente, dentro de las enfermedades que cursan con dolor crónico se encuentra el SFM, sobre el cual se va a realizar el presente trabajo.

3.1. Definición del Síndrome de Fibromialgia

El concepto de Fibromialgia deriva de la palabra “*fibros*”, que se refiere a tejidos blandos del cuerpo, “*mios*” y “*algia*” que significan músculos y dolor respectivamente (López y Mingote, 2008).

El SFM se conoce como un síndrome idiopático crónico donde su síntoma principal es el dolor generalizado y difuso (Wolfe, 2010). El SFM se caracteriza por la presencia de dolor crónico musculoesquelético de carácter generalizado y difuso acompañado de síntomas somáticos como una baja tolerancia al dolor, hiperalgesia y anodinia. Además, en las personas que padecen SFM también se observa la presencia de fatiga, problemas de sueño, ansiedad, rigidez muscular, parestesias, cefaleas, problemas de concentración y memoria (Cabe-Meseguer et al., 2017).

Desde el 1992 la Fibromialgia ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una nueva entidad clínica e incorporada a la clasificación internacional de enfermedades, denominada como SFM (López y Mingote, 2008). Esta es clasificada dentro de dolor crónico difuso, según el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) con el código MG30.01 (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

3.2. Etiología

El SFM se caracteriza por ser un síndrome complejo, que está compuesto por una multitud de síntomas y alteraciones funcionales (Bair y Krebs, 2020).

En cuanto a su etiología, como se ha comentado en apartados anteriores, no está clara, pero parece que el Sistema Nervioso Central (SNC) ejerce un papel decisivo (Bair y Krebs, 2020).

Estudios realizados mediante Resonancia Magnética Funcional y otras investigaciones, han demostrado que existen alteraciones en el procesamiento y regulación del dolor (O'Brien et al., 2018).

Los pacientes con SFM presentan síntomas de alodinia, hiperalgesia, expansión del campo del dolor y sumación temporal del dolor siendo hipersensibles no solo a estímulos mecánicos sino también a estímulos auditivos y sensoriales (Goldberg, 2016).

La Sensibilización Central del dolor, como se ha comentado anteriormente, juega el papel como la responsable de que se cree un estado de hipersensibilidad ante estímulos que son nocivos y no nocivos, produciendo cambios en el procesamiento en el SNC. El dolor provoca alteraciones en las vías ascendentes y descendentes del SNC. Como consecuencia de esto, el dolor se mantiene dando lugar a cambios en el Sistema Nervioso Central y en el Sistema Nervioso Periférico (Nijs et al., 2017).

En los pacientes con SFM, los receptores nociceptivos periféricos envían constantemente señales dolorosas a las fibras nerviosas A delta y fibras nerviosas C. Dichas fibras son las encargadas de transmitir la respuesta de dolor hasta las neuronas del asta dorsal de la medula espinal. Como consecuencia de esto, se produce una liberación masiva de neurotransmisores y neuropéptidos que modulan las respuestas en la asta dorsal de la medula espinal. Estos neurotransmisores y neuropeptidos causan a su vez una hiperestimulación de los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) de las neuronas de segundo orden de la asta dorsal de la medula espinal alterando la función normal de las neuronas post- sinápticas, y haciendo que estas se vuelvan hiperexcitables dando lugar a la alodinia e hiperalgesia comentadas anteriormente (Nijs y Van Houdenhove, 2009).

Al realizar comparaciones se ha encontrado que los pacientes con SFM presentan mayor activación de las regiones del procesamiento del dolor en comparación con personas sanas, recibiendo el mismo nivel de estimulación en ambos grupos (Gracely et al, 2002).

3.3. Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo no modificables encontramos factores genéticos, sexo femenino y presencia de otras alteraciones dolorosas (Bair y Krebs, 2020).

El SFM presenta una heredabilidad del 50% en gemelos homocigóticos (Kerr y Burri, 2017). Los familiares de primer grado de pacientes con SFM presentan un riesgo de ocho veces mayor para desarrollar dicho síndrome (Arnold et al., 2004). Se han identificado varios polimorfismos en los genes, que actúan como marcadores predisponentes a padecer mayor riesgo de presentar SFM (Lunn et al., 2014; Murakami et al., 2017).

También se puede identificar el hecho de ser mujer como un factor de riesgo de sufrir SFM, se observa una prevalencia mayor en el sexo femenino. En concreto, se han encontrado una proporción de 9:1 de mujeres frente a hombres (Bair y Krebs, 2020).

La presencia de alteraciones dolorosas previas se sitúa dentro de factores de riesgo de SFM (Bair y Krebs, 2020). Según se ha reportado en estudios, se ha encontrado que un 20% aproximadamente de los pacientes con SFM presentan también afecciones inflamatorias como artritis reumatoide o lupus eritematoso sistémico (Fitzcharles et al., 2018).

Trastornos mentales como ansiedad y depresión también pueden estar presentes en el 25% al 65% de los pacientes con el SFM (Løge-Hagen et al., 2019).

En cuanto a los factores de riesgo modificables para el SFM, se incluyen las alteraciones en el sueño, la obesidad y la inactividad física (Bair y Krebs, 2020). Se ha reportado en estudios, que el riesgo de aparición para el SFM se duplica al padecer síntomas de insomnio, mientras que altos niveles de actividad actúan como factores de protección (Skarpsno, et al., 2019).

Ademas, se ha visto que alrededor del 60% de las mujeres que sufren sobrepeso son más proclives a desarrollar SFM (Skarpsno et al., 2019).

3.4. Sintomatología y factores asociados

Además de la presencia de dolor musculoesquelético, desde el punto de vista psicológico podemos destacar síntomas como ansiedad, depresión (Cuevas-Toro et al., 2014). En los pacientes con SFM la presencia de estos trastornos es mayor que en la población en general (Protus, 2014). Pero el hecho de padecer el SFM no implica padecer estos trastornos ni que tampoco sean incompatibles con dicho síndrome, por lo que deben de ser diagnosticados de manera independiente (Collado et al., 2019).

El SFM se ha asociado también a la presencia de déficits cognitivos. Los síntomas cognitivos de SFM se conocen como “*fibrog*” que refieren a pérdida de memoria a corto plazo, disminución del estado de alerta, pérdida de la capacidad de concentración, distracción e incapacidad de realizar varias tareas a la vez (Firestone et al., 2012).

Según la información recogida en un metaanálisis elaborado por Bell et al., en 2018, se puede afirmar que en la velocidad de procesamiento se ha encontrado un rendimiento inferior en las mujeres con SFM que en mujeres que no padecen SFM (Bell et al., 2018).

En la memoria, se ha encontrado que existe mayor pérdida a corto plazo que a largo plazo y esto puede ser debido a las dificultades de atención y concentración que sufren los pacientes con SFM. No obstante, esto último no ha sido confirmado por la evidencia (Collado et al., 2019).

Otra capacidad que se encuentra alterada es el control inhibitorio. Esto suele ser medido por medio del *test de stroop*. Se ha demostrado que existe una reducción moderada en los pacientes con SFM en comparación con sujetos sanos en esta función cognitiva (Collado et al., 2019).

Además de estos problemas, también se han señalado déficits sensoriales en la visión y equilibrio de la marcha. Este último se ha asociado con el riesgo de sufrir caídas en estos pacientes (Watson et al., 2009).

Adicionalmente, se han reportado problemas sexuales en mujeres con el SFM (Collado-Mateo et al., 2008), que a su vez pueden estar relacionadas con los trastornos de depresión y ansiedad que padecen estos pacientes (Aydin et al., 2006).

Es frecuente encontrar también alteraciones en el sueño en pacientes con SFM. Estos problemas suponen dificultades a la hora de dormir o la incapacidad de dormir durante varias horas seguidas (Andrade et al., 2018).

Vemos entonces como en personas que padecen SFM, la calidad del sueño está afectada, su capacidad física, su estado emocional y su rendimiento cognitivo también se encuentran alterados por lo que todo esto influye en la calidad de vida de estos pacientes, en sus relaciones personales, sociales, familiares y en su vida laboral, en particular (Bernard et al., 2000). Además, la aparición de trastornos como la ansiedad y la depresión o alteraciones somáticas como el cansancio, la rigidez y alteraciones de sueño puede afectar a la calidad de vida de los pacientes con SFM (Galvez- Sanchez et al., 2019).

Se ha reportado en estudios, una serie de variables que influyen en la calidad de vida de los pacientes con SFM tales como la edad, el nivel educativo, número de hijos o la presencia de enfermedades reumatológicas (Reisine et al., 2004).

El nivel de autoestima que presentan los enfermos con SFM es muy importante para la calidad de vida de estos (Galvez-Sanchez et al., 2019).

En estudios realizados en 2013, se mostró que las personas con SFM muestran un nivel bajo de autoestima en comparación con las personas que no padecen SFM (Garaigordobil, 2014).

Según estudios realizados, se ha reportado que en pacientes con SFM hay una disminución de la autoestima y la autoeficacia (Garaigordobil, 2014; Michielsen et al., 2006; Miró et al., 2011; Puente et al., 2015). La autoestima baja que padecen los pacientes con SFM puede influir negativamente en su nivel de salud general (Sechi et al., 2020).

Las mujeres que padecen SFM tienen más probabilidad de tener una baja autoestima debido a la sensación de pérdida de autocontrol que padecen. Esto hace que estas mujeres

presenten una disminución de su calidad de vida y a su vez, un aumento de la probabilidad de sufrir enfermedades físicas y trastornos mentales (Sechi et al., 2020).

3.5. Prevalencia

En cuanto a la prevalencia, según el estudio realizado por la Sociedad Española de Reumatología; el estudio EPISER, el SFM según los criterios establecidos en 1990 por la *American College of Rheumatology* (ACR) afecta al 2,4% de la población (Carmona et al., 2001). En cuanto a la prevalencia en relación al sexo, afecta mucho más a mujeres que a hombres. Encontrándose una relación del 4.2% en las mujeres, mientras que en los hombres se presenta un porcentaje más bajo, concretamente un 0,2 %. Los mayores índices de prevalencia se presentan entre los 40 y 49 años (Cabo- Meseguer et al., 2017).

En función de la edad, en la población infantojuvenil la prevalencia en cuanto el sexo no está tan claro. A la edad de 80 años es raro encontrar individuos con SFM (Rivera et al., 2006). El SFM en nuestro país, es más prevalente que enfermedades como la artritis reumatoide, pero menos que la osteoporosis de manos y el dolor lumbar (Cabo- Meseguer et al., 2017).

El SFM resulta costoso para la sociedad, conlleva una carga económica en términos de pérdida de productividad, absentismo laboral, pensiones de invalidez y una elevada frecuencia a los servicios de salud. Las personas con SFM hacen una media de 10 visitas a consultas médicas al año (Wolfe et al., 1997).

3.6. Diagnóstico

El SFM está infradiagnosticado, pero a lo largo de los años se han ido desarrollando nuevos criterios para facilitar su diagnóstico en el ámbito clínico (Bair y Krebs, 2020).

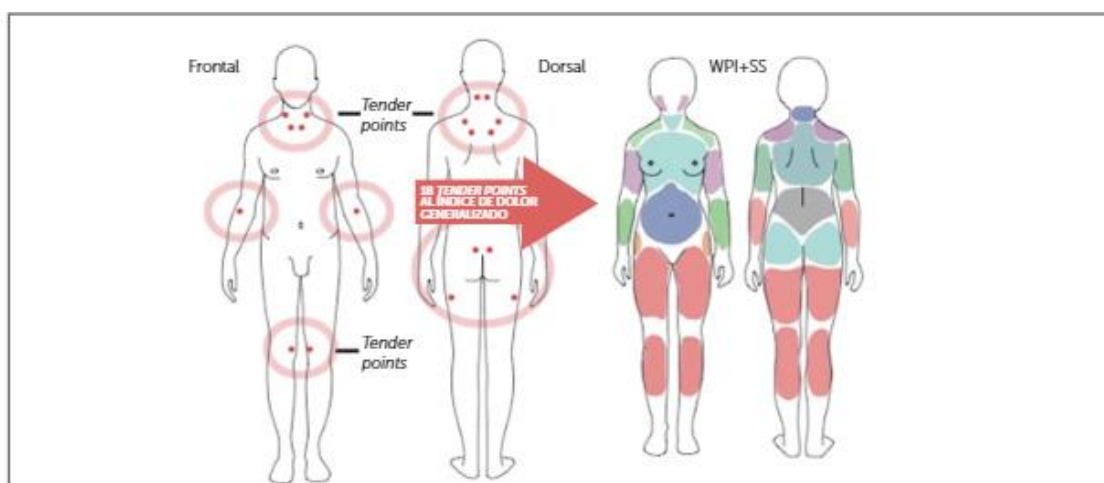
El concepto de Fibromialgia ha sufrido numerosos cambios hasta llegar a como se conoce actualmente. Desde el siglo XIX han ido variando sus nombres, entre los más

destacables se encuentran: puntos sensibles, dolor muscular, Myitis, Fibrosis, Fibromiositis Nodular, Reumatismo Psicógeno, pero estos no se llegaron a utilizar, prevaleciendo hasta nuestros días lo que conocemos como Fibromialgia. Este término fue propuesto en 1990 por *The American College of Rheumatology* (ACR) para fines diagnósticos y de investigación (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Para su diagnóstico inicialmente se tuvo en cuenta la presencia de una historia clínica de dolor generalizado durante al menos 3 meses de duración. El dolor estaba localizado en al menos 11 de 18 puntos dolorosos repartidos por las áreas más sensibles del cuerpo. Estos fueron conocidos como “*tenders points*”, y eran sometidos a una presión de unos 4kg (Wolfe et al., 1990). Los pacientes con SFM presentaban una hipersensibilidad al dolor que se manifestaba con dicha presión en los puntos dolorosos (Wolfe et al., 1990).

A lo largo de los años, se comprobó que estos criterios planteados inicialmente por la ACR no tenían en cuenta características clínicas como la fatiga, los síntomas somáticos y cognitivos. Además, no se contaba con una escala de gravedad de los síntomas. A partir de 2010, se dejaron de evaluar los puntos de dolor en el diagnóstico del SFM y la ACR incluyó para su diagnóstico a los síntomas comentados por los pacientes en una evaluación clínica (Ver figura 1) (Velasco, 2019).

Figura 1. Cambio de los criterios diagnósticos del SFM desde la clasificación original de la ACR en 1990 a la de la ACR en 2010.



Fuente. Velasco (2019).

Con los criterios para el SFM de 2010 se relacionaba la intensidad del dolor, la fatiga, alteraciones en el sueño y la sintomatología ansiosa-depresiva. Estos criterios estaban medidos por la Escala de gravedad de Síntomas (*Symptom Severity Score*, (SSS)) y el Índice de Dolor (Widespread Pain Intdex, (WPI)) basados en la gravedad de los síntomas y el dolor generalizado (Wolfe et al., 2010).

- La SSS cuenta con dos partes. En la primera, el paciente debe de elegir el nivel de gravedad durante la última semana de una escala de 0 a 3 según sus síntomas de fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos. Y la segunda parte, mide el grado de los síntomas somáticos en general. Si los síntomas son 0 se obtiene una puntuación de 0, entre 1 y 10 se obtiene una puntuación de 1, entre 11 y 24 una puntuación de 2, y entre 25 o más, la puntuación es 3. Al final, ambas partes se suman, cuando se obtiene una puntuación de 5 o más es significativo, siendo el máximo 12 (Ver tabla 1).

Tabla 1. Índice de Gravedad de Síntomas (Simptom Severity Score (SSS))

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, ocasional ☐ 2: Moderada, presente casi siempre ☐ 3: Grave, persistente, he tenido grandes problemas		
3 Transtornos cognitivos ☐ 0: No ha sido un problema ☐ 1: Leve, ocasional ☐ 2: Moderada, presente casi siempre ☐ 3: Grave, persistente, he tenido grandes problemas		
SS Parte 1: Sumar el valor en todas los ítems. Oscila entre 0 y 9.		
☐ Dolor muscular ☐ Colon irritable ☐ Fatiga /agotamiento ☐ Problemas de comprensión o memoria ☐ Debilidad muscular ☐ Dolor de cabeza ☐ Calambres en el abdomen ☐ Entumecimiento /hormigueos ☐ Mareo ☐ Insomnio ☐ Depresión ☐ Estreñimiento ☐ Dolor en la parte alta del abdomen ☐ Náuseas ☐ Ansiedad ☐ Dolor torácico ☐ Visión borrosa ☐ Diarrea ☐ Boca seca ☐ Picores	☐ Sonidos al respirar (sibilancias) ☐ Fenómeno de Raynaud ☐ Urticaria ☐ Zumbido de oídos ☐ Vómitos ☐ Acidez de esófago ☐ Aftas orales (úlceras) ☐ Pérdida o cambios en el gusto ☐ Convulsiones ☐ Ojo seco ☐ Respiración entecortada ☐ Pérdida de apetito ☐ Erupciones/Rash ☐ Intolerancia al sol ☐ Transtornos auditivos ☐ Moretones frecuentes (hematomas) ☐ Caída del cabello ☐ Micción frecuente ☐ Micción Dolorosa ☐ Espasmos vesicales	
SS Parte 2: Cuente el número de síntomas marcados, y anótelos. Sin síntomas: puntuación 0 Entre 1 y 10, su puntuación es 1. Entre 11 y 24, su puntuación es 2. De 25 o más, su puntuación es 3.		
SS 1 + SS 2: entre 0 a 12 puntos		

Fuente. Velasco (2019).

- En el WPI el paciente debe de registrar las áreas en las que ha tenido dolor durante la última semana. Con un valor por encima de 7 ya se puede establecer el diagnóstico.

Según los criterios establecidos en 2010, el diagnóstico de un paciente con SFM era si se cumplía las condiciones de: índice de dolor generalizado medido por el WPI mayor que 7, una puntuación en la SSS igual o por encima de 5. O con una puntuación en el WPI entre 3 y 6 y en la SSS mayor o igual a 9. Estos síntomas debían de estar presentes durante al menos 3 meses y que el paciente no padezca otra patología que pueda explicar mejor el dolor (Wolfe et al., 2010) (Ver tabla 2).

Tabla 2. Índice de Dolor Generalizado (Widespread Pain Index (WPI))

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

Fuente. Velasco (2019).

En 2016, después de haber revisado la literatura científica publicada desde 2010 hasta 2016, la ACR propuso otros criterios. A partir de ellos, se considera que una persona está dentro del cuadro de SFM si presenta dolor generalizado en al menos 4 de las cinco regiones siguientes: región corporal superior derecha, región corporal superior izquierda, región corporal inferior derecha, región corporal inferior izquierda y región axial (Wolfe et al., 2016).

Al igual que se había planteado en años anteriores, los síntomas presentan la misma duración. El paciente ha de mostrar una puntuación en el WPI igual o superior a 7. Y en la puntuación del SSS, ha de presentar una cifra igual o superior a 5. O una puntuación entre 4 y 6 en el WPI y una puntuación en la SSS igual o superior a 9 (Wolfe et al., 2016).

Como se puede observar desde 2010 los criterios para establecer del diagnóstico de SFM han ido actualizándose. La actualización más reciente de los mismos data de 2019. En concreto, estos fueron realizados por una asociación estadounidense junto con la Sociedad Estadounidense del Dolor. El objetivo de esta nueva elaboración fueron poder desarrollar un sistema de diagnóstico válido para todos los trastornos de dolor (Arnold et al., 2019). Estos criterios fueron:

- Dolor generalizado en al menos 6 de las siguientes regiones: cabeza, miembro superior izquierdo, miembro superior derecho, tórax, abdomen, raquis vertebral superior, raquis vertebral inferior, miembro inferior izquierdo y miembro inferior derecho.
- Los síntomas deben estar presentes al menos durante 3 meses y estar acompañados de fatiga y problemas de sueño de una gravedad moderada a severa.
- Tener en cuenta unos síntomas que apoyan al diagnóstico y estos son sensibilidad de los tejidos blandos, hipersensibilidad ambiental e hipervigilancia, aunque estos no tienen por qué ser necesarios.

A pesar de los criterios comentados y la utilidad de los mismos, hay autores que proponen para el diagnóstico del SFM la utilización de otros diferentes. Bair y Krebs en su revisión del SFM en 2020 establecieron nuevos métodos. En concreto, se trata de evaluaciones con el objetivo de realizar una exploración inicial al paciente, realizar una historia clínica completa donde se tengan en cuenta el tratamiento farmacológico, las afecciones medicas previas, si ha presentado previamente afecciones cardiovasculares, los antecedentes familiares, el estilo de vida, obesidad, el nivel socioeconómico y la afectación psicológica. También es importante añadir información sobre cualquier tipo de problema de carácter neurológico, infeccioso, reumatológico o endocrino (Bair y Krebs, 2020).

3.7. Diagnóstico diferencial

Según se ha reportado por los autores y comentado anteriormente el diagnóstico del SFM es clínico, no se dispone de pruebas complementarias que permitan su realización (Sifuentes- Giraldo y Morell-Hita, 2017).

Entre las patologías a tener en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial del SFM se puede encontrar a las patologías reumatológicas inflamatorias, patologías reumatológicas mecánicas, patologías infecciosas, endocrinopatías, trastornos neurológicos, síndrome de dolor miofascial y otros síndromes de dolor regional (Sifuentes- Giraldo y Morell-Hita, 2017).

Dentro de las enfermedades reumáticas inflamatorias como la artrosis reumatoide o el lupus eritematoso sistémico, es frecuente que aparezcan artralgias, mialgias o astenia en mujeres al igual que ocurre en el SFM. Pero, la aparición de inflamación de las articulaciones y las lesiones en la piel son síntomas distintivos de estas, que además realizando una historia clínica y una exploración física permiten hacer una buena diferenciación con el SFM (Goldenberg, 2016).

La espondiloartrosis puede confundirse con el SFM ya que presenta síntomas de dolor y rigidez (Goldenberg, 2016). Su diferenciación con el SFM está en la ausencia de la limitación de movilidad axial y en los resultados característicos encontrados en las pruebas de imagen en la columna en pacientes con SFM (Goldenberg, 2016). La polimialgia reumática se diferencia del SFM, en que esta es común que se produzca durante la vejez en pacientes de edad avanzada y no a una edad temprana como el SFM (Goldenberg, 2016).

La diferenciación del SFM con enfermedades reumatológicas mecánicas como la artrosis, tendinitis o bursitis radica en la realización de un cuadro clínico más generalizado y centrado en los síntomas asociados a dichas patologías para no confundirlas con SFM (Goldenberg, 2016).

El hipotiroidismo presenta similitudes con el SFM en el dolor generalizado, fatiga y alteraciones en el sueño. Su diferenciación con el SFM se basa en la realización de un estudio hormonal de la glándula tiroidea. No obstante, el SFM y el hipotiroidismo pueden darse a la vez (Sifuentes- Giraldo y Morell-Hita, 2017).

Trastornos neurológicos como la esclerosis múltiple asociada con la fatiga muscular y astenia se ha asociado también con el SFM, pero la realización de una exploración neurológica o técnicas de neuroimagen ayudan a la diferenciación entre ambas (Goldenberg, 2016).

El síndrome de dolor miofascial también se ha relacionado con el SFM. Pero los pacientes con el Síndrome Miofascial presentan dolor en un área exclusiva, permitiendo así realizar la diferenciación con el SFM (Goldenberg, 2016).

3.8. Tratamiento

Actualmente no existe un tratamiento único para el SFM, tampoco se ha encontrado evidencia de que el tratamiento farmacológico funcione mejor que el no farmacológico (Álvarez et al., 2019). Los tratamientos multidisciplinarios e individualizados son los que mayores respuestas de éxito han generado en la población con SFM (Goldenberg, 2016).

En cuanto al tratamiento, se tiene como objetivo mantener o mejorar la funcionalidad de las personas, su calidad de vida y controlar los síntomas (Bair y Krebs, 2020).

A continuación, se presenta de manera más detallada la explicación del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

3.8.1. Tratamiento farmacológico

Para el tratamiento farmacológico del SFM se utilizan analgésicos, antidepresivos, anti convulsionantes y relajantes musculares (Borchers y Gershwin, 2015). A continuación, se indica el tratamiento farmacológico más específicamente:

- Antidepresivos tricíclicos: según se ha reportado en estudios, estos fármacos han presentado un 25-45% en la mejoría en pacientes con SFM. Aunque cabe destacar que presentan efectos secundarios. Dentro de estos fármacos se pueden encontrar la amitriptilina y desipramina (Goldenberg, 2016).

- Inhibidores de la receptación de serotonina y norepinefrina: son considerados los fármacos de elección cuando los antidepresivos tricíclicos no funcionan en dosis bajas. Se recomiendan para pacientes con fatiga. Dentro de estos fármacos se encuentran la duloxetina, venlafaxina y milnaciprán (Goldenberg, 2016).

- Anticonvulsiantes: según estudios con la pregabalina y gabapentina han reportado beneficios para el tratamiento del SFM (Hauser et al., 2009). Es recomendado según estudios, la realización de una terapia combinada atendiendo a los síntomas de cada paciente (Goldenberg, 2016).

3.8.2. Tratamiento no farmacológico

Se ha comprobado que para el tratamiento del SFM, la utilización de los fármacos resulta poco satisfactoria debido a la falta de eficacia, sus efectos secundarios y el componente adictivo (Häuser et al., 2017).

Existe una gran variedad de tratamientos no farmacológicos, que tienen el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes con SFM (Aman et al., 2018).

La *European League Against Rheumatism* (EULAR) llevó a cabo unas recomendaciones para el tratamiento no farmacológico del SFM. Estas recomendaciones tuvieron muy en cuenta el ejercicio físico y el entrenamiento aeróbico ya que estos reducen fuertemente el dolor. También fueron recomendadas las técnicas de meditación, acupuntura, o hidroterapia y terapias de mindfulness, y Terapia Cognitiva Conductual (TCC). En contraposición, encontramos que terapias alternativas como el masaje, hipnoterapia, homeopatía y la quiropráctica no fueron

recomendadas por su baja eficacia de estas terapias con el tratamiento del SFM (Macfarlane et al., 2017).

El ejercicio físico presenta efectos positivos en el bienestar general de la persona, la función física y el dolor (Sifuentes- Giraldo y Morell-Hita, 2017). Según estudios, se ha comprobado que las personas con el SFM presentan la misma capacidad para realizar ejercicio desde una intensidad moderada que las personas que no padecen el síndrome (Busch, A et al., 2007; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Los pacientes deben ser animados a instaurar el ejercicio en sus rutinas diarias y que estos ejercicios sean de su interés (Fitzcharles et al., 2013). Para disminuir los síntomas en los pacientes con SFM se recomienda realizar la implantación de los programas de ejercicio de manera gradual (Sifuentes- Giraldo y Morell-Hita, 2017).

Se ha comprobado que la acupuntura tanto de manera tradicional como eléctrica reduce el dolor un 30% o un 20% respectivamente en pacientes con SFM (Deare., et al., 2013).

La TCC es la más utilizada para modificar dolor y fomentar estrategias en pacientes con SFM. Incluye numerosas técnicas que permiten al paciente controlar sus respuestas fisiológicas como el *biofeedback*, la relajación, la modificación de los pensamientos irracionales por otros más adaptativos como la reestructuración cognitiva, el manejo y solución de problemas y el entrenamiento en asertividad (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

La terapia basada en el aprendizaje operante mantiene la idea de que la conducta de dolor se presenta por reforzamiento. Las quejas, los cambios posturales, las expresiones faciales forman parte de estas conductas de dolor. Mediante intervenciones, se pretende que estas vayan desapareciendo y se sustituyen por actividades que la persona ya no realiza en su vida diaria (Moix Queraltó et al., 2011).

Actualmente, ha surgido una nueva terapia para el abordaje del dolor crónico; la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés) (Luciano et al., 2014). En esta nueva terapia, lo fundamental para el tratamiento del dolor es su aceptación, en lugar de evitarlo. La persona adopta una disposición hacia el dolor, en lugar de aceptarlo como un fracaso o resignación (Hayes et al., 2014).

Según estudios realizados han mostrado una relación positiva entre la aceptación y el funcionamiento de las personas con dolor crónico, un menor dolor, angustia y mayor bienestar psicológico (McCracken et al., 2003).

Se ha reportado que los síntomas de dolor y los de depresión y ansiedad se vieron reducidos en personas con SFM que tenían una mayor aceptación (Rodero et al., 2011).

El Mindfulness también se utiliza para la intervención en pacientes con SFM. En una intervención realizada con Mindfulness en pacientes con SFM mostraron resultados muy favorables con respecto al grupo que no recibió este tratamiento (Lauche et al., 2013).

En los últimos años se ha visto que técnicas como el Yoga, Thai Chi han sido utilizadas para el tratamiento del SFM. Según los datos recogidos por Langhorrst et al en 2013 en un metaanálisis se vieron como un tratamiento con yoga, Thai Chi durante unas 12 semanas mejoraba la calidad del sueño y la fatiga en pacientes con SFM (Langhorrst et al., 2013).

La hidroterapia y balneoterapia según se ha reportado en investigaciones, se ha visto que mejoran el dolor y el estado de calma en las personas con SFM (Langhorrst et al., 2009).

Aunque el tratamiento de elección sea el tratamiento farmacológico este no genera beneficios en la calidad de vida de los pacientes (Sociedad Española de Reumatología, 2011).

Actualmente se le está dando importancias a las intervenciones que junto con el tratamiento farmacológico combinan técnicas físico-rehabilitadoras y Terapias Cognitivo Conductuales para el tratamiento del SFM (Theadom et al., 2015).

En los últimos años ha surgido una nueva intervención para el tratamiento del dolor crónico, la neurociencia del dolor (PNE en inglés. Se trata de hacer una nueva conceptualización del dolor, diferenciando dolor y nocicepción y la habilidad que tiene el SNC para aumentar o disminuir su sensibilidad y proyectar síntomas en el cuerpo (Barrenengoa-Cuadra, 2021). En una intervención realizada por Barrenengoa- Cuadra en 2021, se han obtenido que este tipo de intervención reduce el impacto de la Fibromialgia en la funcionalidad y el estado de ánimo (Barrenengoa-Cuadra, 2021).

Los pacientes con SFM también presentan amplias concentraciones de citosinas pro inflamatorias en el suero sanguíneo. Debido a esto, se han propuesto intervenciones dietéticas basadas en el consumo de verduras, frutas, un consumo moderado de proteínas bajas en grasas, un consumo limitado de pan y cereales, carnes rojas y lácteos como tratamiento para controlar este carácter inflamatorio de estos pacientes y conseguir de manera indirecta una reducción del dolor (Bjorklund et al., 2018; Kaushik et al., 2020; Rus et al., 2017; Sears, 2015).

Según Kaushik et al. 2020 en una intervención dietética en poblaciones con dolor crónico basada en el bajo consumo de carbohidratos, pero alto consumo de alimentos de una dieta mediterránea, se observó una reducción de la percepción de dolor, el estatus inflamatorio y el estrés oxidativo (Kaushik et al., 2020).

4. Diseño de un programa de intervención

4.1. Justificación

El SFM aún carece de una definición propia, de una etiología única y de un tratamiento por elección. Debido a esto, el presente trabajo se va a desarrollar un Programa de Intervención Psicológica basado en mujeres que padecen el SFM.

La presente intervención está enfocada a mujeres, debido a que la prevalencia del SFM, como se ha comentado anteriormente, es superior en el sexo femenino que en el masculino. El SFM carece de un tratamiento único, por lo que se va a seguir la línea Cognitivo-Conductual para su tratamiento, dado que es la que mejores resultados ha demostrado (Wells-Federman et al., 2003).

Las personas que padecen el SFM además de presentar dolor generalizado, presentan síntomas de ansiedad y depresión, para ello se propone la intervención mediante reestructuración cognitiva, dotación de habilidades para afrontar el dolor, solución de problemas, relajación y mindfulness.

De igual manera, se ha visto en apartados anteriores que la intervención dietética genera beneficios en pacientes con SFM. Debido a esto, se va a llevar a cabo actividades destinadas a la instauración de una dieta equilibrada en las participantes de la presente intervención.

Además, se ha encontrado que una buena opción de tratamiento para SFM es la Terapia de Aceptación y Compromiso, comprobándose que una mayor aceptación reduce los síntomas del SFM (Rodero et al., 2011). Debido a esto, una parte de la intervención va a ir destinada a la aceptación del SFM en los pacientes participantes del programa.

4.2. Objetivos

4.2.1. Objetivos generales

El objetivo de este trabajo es realizar una intervención psicoterapéutica en mujeres con SFM basada en técnicas de la Terapia Cognitivo- Conductual, relajación, mindfulness, Terapia de Aceptación y Compromiso.

4.2.2. Objetivos específicos

Entre los objetivos específicos que se pretenden conseguir con el programa propuesto encontramos:

- ✓ Proporcionar un entendimiento del SFM y los factores de riesgo asociados.
- ✓ Reducir o eliminar las conductas de dolor en las pacientes participantes.
- ✓ Informar acerca de la importancia de llevar una alimentación sana en SFM.
- ✓ Proporcionar una dieta compuesta por alimentos saludables.
- ✓ Restauración de actividades que se evitan de la vida cotidiana.
- ✓ Educar en atención y conciencia plena mediante Mindfulness.
- ✓ Instaurar un entrenamiento en ejercicio físico como tratamiento contra el dolor.

- ✓ Mejorar la percepción y aceptación del SFM.
- ✓ Aumentar la motivación y la autoestima.
- ✓ Mejorar la calidad de vida y los aspectos emocionales de los pacientes.

4.3. Metodología

4.3.1. Participantes

El presente trabajo está dirigido a pacientes que padezcan SFM. En relación a la alta prevalencia que encontramos en mujeres frente a hombres, la propuesta va a ir dirigida al sexo femenino, para una edad comprendida entre 40 y 50 años, dado que son las edades en las que más se presenta el SFM. El programa está pensado para una muestra de 10 mujeres que cumplan los requisitos expresados más adelante.

Los requisitos para participar en el programa son:

- Cumplir los siguientes criterios de inclusión:
 - Presentar un diagnóstico de SFM.
 - Mostrar compromiso con la intervención.
- Cumplir los siguientes criterios de exclusión:
 - No presentar ninguna otra patología reumatológica, ni neurológica.
 - No presentar lesiones ni ninguna otra incapacidad o alteración física que le impida realizar ejercicio y por ende su participación en el tratamiento.

4.3.2. Instrumentos de evaluación

- Entrevista inicial sobre el SFM. Es una entrevista de elaboración propia realizada con el objetivo de obtener información de manera individualizada de cada paciente. En ella se pretende conocer los principales datos biográficos, la historia clínica del paciente, el patrón actual del dolor, hábitos alimenticios, otras enfermedades diagnosticadas y tratamiento farmacológico.

- “Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia” (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*) (FIQ). Se utilizará la versión adaptada al español por Esteve-Vives et al., 2007. Es un cuestionario muy específico para evaluar la interferencia del SFM en la vida cotidiana del paciente. Está compuesto por 10 preguntas, donde la primera mide la capacidad para realizar ciertas tareas, En la 2 y 3 se le pide al paciente que marque el número de días que se ha encontrado bien y los días que ha faltado al trabajo debido al dolor. En las preguntas de la 4 a la 10, se evalúa la interferencia del dolor en la capacidad para trabajar, la fatiga, el dolor, la rigidez, la ansiedad, la depresión y el cansancio por la mañana (Bennett, 2005, Esteve-Vives et al., 2007). La consistencia interna de este cuestionario es de 0,82 (Montoro y Reyes del Paso, 2015).

- “Escala de ansiedad y depresión hospitalaria” (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) (HAD). Se utilizará la adaptación de Terol realizada en 2007 (Terol et al., 2007). Esta escala es utilizada en el ámbito hospitalario para la detección del malestar emocional en pacientes con enfermedades físicas (Brennan et al., 2010). Se trata de un instrumento autoaplicado compuesto por 14 ítems. Está estructurado en dos subescalas de 7 ítems cada una, con respuesta tipo Likert de 0 a 3. La depresión se mide con los ítems pares y la ansiedad con los impares. A mayor puntuación obtenida en esta escala, mayores serán las puntuaciones en ansiedad y depresión (Vallejo et al., 2012). Puntuaciones mayores de 11 indican que hay un caso de depresión y ansiedad. Y puntuaciones superiores a 8, se consideran como caso probable de los trastornos del estado de ánimo comentados (Zigmond y Snaith, 1983). La consistencia interna de la escala está en un alfa de 0,83 en la ansiedad y un 0,87 en la depresión (Vallejo et al, 2012).

- “Cuestionario de aceptación del dolor crónico” (*Chronic Pain Acceptance Questionnaire*) (CPAQ). Está compuesto por un cuestionario de 15 ítems de tipo Likert desde 0 a 6, donde 0 equivale a nunca es cierto y 6 a siempre es cierto. La puntuación máxima es 90. Este cuestionario evalúa la aceptación al dolor, donde a puntuaciones más altas indican una mayor aceptación del dolor. Además, está compuesto por dos subescalas que evalúan la Implicación en las Actividades (IA) y la Apertura al Dolor (AD). La fiabilidad de este cuestionario es de un alfa de Crombach de 0,8 y de 0,82 para IA y 0,75 para AD (Cuetos-Pérez y Amigo-Vázquez, 2017).

- Cuestionario de salud (*Short-Form Health Survey*) (SF-36). Se utilizará la versión española de Alonso, Prieto y Antó de 1995. Es un cuestionario que mide la percepción de salud que ha tenido el propio paciente en las últimas cuatro semanas. Está formado por 36 ítems con ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. La fiabilidad de este cuestionario es de un alfa de Cronbach superior al 0,7 en siete de sus ocho dimensiones y de 0,45 para la dimensión de funcionamiento social (Alonso et al., 1995).

- “Escala de catastrofización ante el dolor” (*Pain Catastrophizing Scale*) (PSC). Se utilizará la versión adaptada de García Campayo realizada en 2008 (Garcia Campayo et al., 2008). Está formado por 18 ítems con respuesta tipo Likert de 0 a 4; donde 0 corresponde a nada en absoluto y 4 a todo el tiempo. Evalúa los pensamientos catastrofistas que tiene la persona, la rumiación, magnificación y desesperanza. Una elevada catastrofización corresponde a una puntuación de 52 (Sullivan et al., 1995). El índice de fiabilidad de este cuestionario se encuentra en un alfa de 0,89 (Garcia Campayo et al., 2008).

- Inventario de autoestima de Rosemberg (RSE). Inventario que evalúa la autoestima de manera general a través de 10 afirmaciones sobre sentimientos de autovaloración. La valoración se realiza a través de una escala tipo Likert que va desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo. La fiabilidad de este inventario se encuentra entre un alfa de 0,74 y 0,77 (McCarthy y Hoge, 1982).

- Índice de calidad de vida. (*Quality of Life Inventory*) (QLI). Se utilizará la versión adaptada al español del Mezzich de 2000. Se trata de un autoinforme que mide la calidad de vida del paciente a través del bienestar físico, emocional, apoyo comunitario, de servicios, plenitud personal y espiritual y percepción global de la calidad de vida. Está formado por 10 ítems con respuestas de opción múltiple tipo. El coeficiente de fiabilidad de este cuestionario es de 0.89 (Mezzich et al., 2000).

4.3.3. Estructura del programa de intervención

El programa de intervención va a ser aplicado durante 4 meses mediante sesiones semanales. Al finalizar el programa, se harán dos sesiones de seguimiento cada dos semanas.

A continuación, se muestra el cronograma sobre el que se va a basar la intervención.

4.3.3.1. Cronograma

ACTIVIDADES	MES 1				MES2				MES 3				MES 4			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
SESIÓN INDIVIDUALIZADA																
PSICOEDUCACIÓN																
ENTRAMAMIENTO EN EJERCICIO																
ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN																
COMER SALUDABLE																
REALIZAR ACTIVIDADES AGRADABLES																
AUMENTAR AUTOESTIMA																
MODIFICACIÓN DE PENSAMIENTO NEGATIVOS																
MINDFULLNESS																
ACEPTACIÓN DEL DOLOR																
SESIÓN FINAL																
SESIONES DE SEGUIMIENTO																

La intervención está pensada para su realización durante cuatro meses y dos sesiones de seguimiento a las dos semanas y al mes después de la finalización de la intervención

Este programa cuenta con once sesiones y dos sesiones de seguimiento. Se van a realizar por semana una actividad o dos, dependiendo del tipo de sesión. La duración de las sesiones también será variable dependiendo de la actividad que se trate. A continuación, se muestra de manera más detallada la descripción de las sesiones.

4.4. Descripción del programa

Sesión 1: Sesiones previas individualizadas “Nos conocemos”:

- **Objetivo:** conocer las necesidades de cada paciente y la evolución del SFM. Se pretende establecer una buena relación con ellos y verificar si cumplen los criterios diagnósticos del SFM.
- **Técnica:** Entrevista de elaboración propia
- **Material:** Entrevista semiestructurada clínica para el diagnóstico del SFM. Cuestionarios y escalas comentadas anteriormente: FIQ, HAD, SF-36 y QLI.
- **Duración:** 60 minutos
- **Procedimiento:** En esta primera toma de contacto se realizará una entrevista terapeuta-paciente, en la que se expondrán las cuestiones acerca de en qué consistirá el programa y se clarificarán todas las dudas que surjan. Una vez haya quedado todo claro, se procederá a la firma del consentimiento para la participación en el programa. Se le explicarán todas las sesiones y las actividades que lo conforman, se hará hincapié en la participación activa en el programa, la realización de tareas para casa y la necesidad de aplicar lo aprendido. Una vez que conozcan la intervención, se va a pasar a la entrega de cuestionarios comentados anteriormente. Para la evaluación del impacto del SFM se va a utilizar el cuestionario FIQ, para evaluar los síntomas emocionales de ansiedad y depresión se va a utilizar la escala HAD. A lo largo del programa también se pretende conocer la percepción de salud que tiene la participante durante el último mes para ello se utiliza el cuestionario SF-36. Para la evaluación de la calidad de vida se utilizará el cuestionario QLI.

Sesión 2: Psicoeducación ¿Qué es el SFM? ¿Cuánto sabemos del SFM?:

- **Objetivo:** Proporcionar datos teóricos y científicos con el fin de que las pacientes conozcan lo qué es el SFM.
- **Técnica:** Psicoeducación
- **Material:** Proyector para exposición *Power Point* y una sala habilitada.
- **Duración:** 45 minutos
- **Procedimiento:** Se hará una breve exposición *Power Point* de 10 min donde se expondrán cuestiones sobre qué es el SFM, prevalencia, síntomas asociados y su etiología. Se resolverá las principales dudas que tengan las usuarias y se abrirá un debate y una puesta en común de opiniones compartidas entre los miembros del grupo.

Sesión 3: Entrenamiento en ejercicio “El deporte y la vida, un mismo camino”:

- **Objetivo:** Enseñar a los pacientes los beneficios que tiene el ejercicio físico para paliar el dolor. Se pretende que las integrantes del grupo empiecen a integrar actividades de entrenamiento en ejercicio físico de carácter aeróbico en sus rutinas diarias. Se expondrán los principales ejercicios que se pueden realizar mediante una baja intensidad.
- **Técnica:** psicoeducación y entrenamiento en ejercicio físico
- **Material:** se necesitará de una sala habilitada para poder realizar ejercicio, una esterilla para la realización de ejercicios en el suelo, ropa y calzado cómodo.
- **Duración:** 120 minutos
- **Procedimiento:** Se comenzará con una exposición de los beneficios de realizar ejercicio para paliar los síntomas de dolor en SFM. Se enseñarán el tipo de ejercicios que están permitidos y recomendados hacer y se expondrán videos de la plataforma *YouTube* a modo de ejemplo de ejercicios que pueden realizarse de manera autónoma. Además, se darán unas pautas para que integren lo ejercicios en sus rutinas diarias. Y durante los minutos restantes de la sesión se realizarán ejercicios de iniciación al yoga.
Se pedirá a los pacientes unas tareas a realizar en casa.
- **Tarea para casa:** cada persona ha de rellenar un listado de 5 maneras de instaurar el ejercicio en sus vidas (Ver anexo 1).

Sesión 4: Entrenamiento en relajación y respiración:

- **Objetivo:** Reducir el nivel de tensión muscular mediante los ejercicios de relajación y respiración abdominal.
- **Técnica:** Relajación Progresiva (Ver anexo 2) y Técnica de respiración abdominal (Ver anexo 3).
- **Material:** Esterilla, un cojín para practicar la respiración abdominal y sala habilitada para la sesión de relajación y respiración.
- **Duración:** Esta sesión, a diferencia de las demás, su aplicación se va a dividir en dos días a la semana, con el fin de garantizar la comodidad para los participantes. Va a estar formada por una primera sesión de 50 y 45 minutos la segunda sesión de la semana.
- **Procedimiento:** En la primera sesión de la semana, los pacientes han de tumbarse en la esterilla en una postura cómoda y deberán seguir las instrucciones por parte de la persona que dirige el programa. Primero se realizará la relajación progresiva de Jacobson donde se han de tensar y relajar todos los grupos musculares del cuerpo.

En la segunda sesión a la semana, se trabajará la respiración abdominal mediante ejercicios de respiración profunda. Cabe destacar, que todos los ejercicios han de realizarse en un ambiente tranquilo, con una luz tenue y alejado de ruidos. Garantizando la máxima relajación para los participantes.
- **Tarea para casa:** Continuar con la práctica en casa de las técnicas aprendidas.

Sesión 5: “Comer bien para estar bien”:

- **Objetivo:** Enseñar la importancia de la alimentación saludable y los efectos que tiene la instauración de una dieta sana en el SFM.
- **Técnica:** Psicoeducación
- **Material:** Listado de alimentos recomendados que los participantes pueden incorporar en sus dietas (Ver anexo 4) y sala habilitada para exposición.
- **Duración:** 50 minutos

- **Procedimiento:** Se comenzará la sesión con una exposición acerca de los beneficios de llevar una alimentación saludable en la dieta. Se resolverán las principales dudas acerca de lo comentado y se repartirá a las asistentes un listado de alimentos que pueden incorporar en sus dietas.

Sesión 6: Realización de actividades agradables: “Invertimos nuestro tiempo libre, en actividades que nos agradan”:

- **Objetivo:** Intentar que las pacientes recuperen las actividades agradables que ya realizaban con anterioridad, o instaurar nuevas en sus repertorios conductuales.
- **Técnica:** Psicoeducación
- **Material:** Sala habilitada para una reunión en grupo.
- **Duración:** 60 minutos
- **Procedimiento:** Mediante una presentación en *Power Point* se muestran ejemplos de tareas alternativas en las que pueden invertir su tiempo libre. Se debate con el grupo las actividades que se realizaban antes y ya han dejado de realizar. Y se proponen una serie de actividades alternativas con el objetivo de que las adjunten a sus repertorios. (Ver anexo 5)
- **Tarea para casa:** Las asistentes han de comenzar a realizar en casa aquellas actividades comentadas en la sesión.

Sesión 7: Aumentar la autoestima:

- **Objetivo:** Psicoeducar a las pacientes sobre cómo afecta el SFM a la autoestima y animar a identificar sus fortalezas.
- **Técnica:** Psicoeducación
- **Material:** Escala de autoestima de Rosenberg y listado de pensamientos autocríticos y de cualidades positivas. (Ver anexo 6)
- **Duración:** 90 minutos

- **Procedimiento:** Se explicará en que consiste el concepto de autoestima, se pasará la escala de autoestima de Rosenberg. Finalmente se comenzará realizando en conjunto la tarea mandada para casa e ir identificando las autocriticas y buscarles una respuesta racional.
- **Tarea para casa:** Autorregistro de pensamiento autocríticos (Ver anexo 6).

Sesión 8: Modificación de pensamiento negativos:

- **Objetivo:** Conocer cuáles son los pensamientos automáticos negativos, ayudarles a reexaminar sus percepciones negativas y buscar pensamientos alternativos.
- **Técnica:** Reestructuración cognitiva
- **Material:** Listado de distorsiones cognitivas (Ver anexo 7) y PSC.
- **Procedimiento:** Se hará una exposición acerca de cuáles son las distorsiones cognitivas más comunes utilizadas por las personas. Se explicará el significado de cada una. Posteriormente se pasará la escala de PSC para conocer los pensamientos catastrofistas que tienen los participantes.
- **Duración:** 60 minutos

Sesión 9: Mindfulness “Atención momento a momento”:

- **Objetivo:** Tratar de prestar atención plena a los sonidos sin juzgarlos, a la respiración y las sensaciones corporales que subyacen de la meditación mientras se está quieto, con estabilidad y alerta.
- **Técnica:** Meditación sentado y ejercicio de la uva pasa (Ver anexo 8)
- **Material:** Ambiente relajado, luz tenue, música de fondo y cojín.
- **Duración:** 60 minutos
- **Procedimiento:** Se llevará a cabo la técnica de la uva pasa. Seguir las instrucciones del ejercicio (Ver anexo 8).

Sesión 10: Aceptación del dolor:

- **Objetivo:** Enseñar al paciente que es posible vivir con el dolor, reconociéndolo, en medida de lo posible, como normal. Aceptar al dolor, sin evitarlo.

Se pretende que la persona aprenda a controlar el dolor. Según la Sociedad Española de Reumatología (2007) en el decálogo contra el SFM, el primer intento para controlar el dolor es la aceptación de este y asumir que puede persistir para siempre y que formará parte de nuestra vida.

- **Técnica:** Terapia de Aceptación y Compromiso usando la desesperanza creativa.
- **Material:** CPAQ.
- **Duración:** 60 minutos
- **Procedimiento:** Se explicarán los postulados fundamentales de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el dolor. Se pasará el CPAQ.

Sesión 11: Sesión Final “El final es el nuevo principio”:

- **Objetivo:** Prevención de recaídas y mantenimiento de las herramientas aprendidas.

- **Técnica:** Exposición y resumen de todas las técnicas aprendidas a lo largo del programa. Realización de todos los cuestionarios y escalas que se han aplicado en el programa para poder hacer un post- tratamiento.

- **Duración:** 90 minutos
- **Procedimiento:** Durante la sesión se van a proporcionar la ayuda necesaria para la prevención de recaídas, así como las técnicas de afrontamiento. Además, se realizarán los cuestionarios que se han utilizado en la intervención, FIQ, HAD, SF-36, QLI, CAPQ, PSC.

Tras la finalización del programa de intervención ha de evaluarse la efectividad de este. Para ello se proponen dos sesiones de seguimiento a las 2 y 4 semanas después de su finalización. A continuación, se muestra el desarrollo de las sesiones de seguimiento.

Sesiones de seguimiento:

- **Objetivo:** Realizar una evaluación del programa
- **Técnica:** Recordar conceptos clave del Programa de Intervención con las participantes y evaluación del programa.
- **Duración:** 60 minutos
- **Procedimiento:** Las participantes rellenarán los cuestionarios y escalas que se han ido utilizando a lo largo de toda la intervención.

Se comenzará rellenando el FIQ y HAD. Para comprobar si ha habido cambios en la percepción de salud y calidad de vida tras la finalización del programa, se completarán los cuestionarios SF-36 y QLI. Para la última sección de la sesión, las participantes rellenarán el PSC para comprobar si ha cambiado la catastrofización ante el dolor, el CAPQ para evaluar si las pacientes han aceptado su dolor y la escala de autoestima de Rosenberg.

Para ambas sesiones de seguimiento se seguirá la misma estructura. Además, las pacientes comentarán percepción de progreso, así como las opiniones sobre el programa, si han notado mejoría y si cambiarían algo de él.

Por último, se les animará a seguir trabajando de manera autónoma para la consecución de una mejora en su la calidad de vida y por ende en el SFM.

5. Análisis de datos y resultados

5.1. Análisis de datos

La evaluación del presente Programa de Intervención se va a realizar mediante un análisis pre-post tratamiento para comprobar su efectividad.

Esta evaluación se basará en las puntuaciones obtenidas en las escalas y cuestionarios utilizados. Se llevará a cabo una comparación de las puntuaciones recogidas en la sesión 1 (pre-tratamiento) con las puntuaciones recogidas en la primera sesión de seguimiento y en la segunda sesión de seguimiento (post tratamiento).

El objetivo es comprobar que existen diferencias significativas en las puntuaciones de los cuestionarios y escalas utilizadas tras finalizar la intervención. Además se pretende comprobar si estas diferencias se mantienen o mejoran tras acabar el programa de intervención, en las sesiones de seguimiento.

El cálculo de las diferencias de las medidas antes y después del tratamiento se van a realizar mediante la prueba t de Student para muestras emparejadas. Se utilizará el software estadístico SPSS 21.

5.2. Resultados esperables

Al no conocer la efectividad real del programa, se hará una estimación de los resultados que se pueden esperar una vez finalizada la intervención.

Una vez que las participantes hayan finalizado la intervención incluyendo su paso por las sesiones de seguimiento cabe esperar que los resultados obtenidos hayan sido favorables.

Se espera una mejoría de los síntomas y una consecución de los objetivos planteados desde el principio. Estas mejorías se van a ver reflejadas en las puntuaciones de los cuestionarios pasados a lo largo del programa. Se pretende que haya una evolución positiva en las puntuaciones, así como un mantenimiento o mejoría de estas a lo largo del tiempo.

Más detalladamente se exponen a continuación, los objetivos a los que se pretende llegar según cada cuestionario utilizado:

- **Cuestionario de impacto de la Fibromialgia (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*) (FIQ):**

Se pretende observar una reducción de las puntuaciones a lo largo de la intervención. Se pretende que a lo largo de la intervención haya una menor interferencia del SFM en la vida del paciente y en su trabajo. Del mismo modo, se espera una reducción de la ansiedad, de la depresión, de la rigidez, la fatiga y el dolor.

- **Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) (HAD):**

Esta escala se encuentra encaminada a la evaluación de la ansiedad y la depresión, teniendo en cuenta a pacientes con enfermedades físicas. Se espera que haya una puntuación baja. La puntuación a partir de la cual se empieza a considerar estos trastornos del estado de ánimo es de 8. Se pretende que la puntuación obtenida en esta escala al finalizar la intervención esté por debajo de 7.

- **Cuestionario de aceptación del dolor crónico (*Chronic Pain Acceptance Questionnaire*) (CPAQ):**

Se espera una evolución al alza de las puntuaciones. Este cuestionario indica que a mayores puntuaciones más aceptación del dolor crónico se muestra. A lo largo de la intervención, se espera obtener puntuaciones muy altas en este cuestionario ya que, estos resultados nos estarían indicando una mayor aceptación por el dolor crónico en el SFM y, por ende, una mejora de los síntomas de esta.

- **Cuestionario de salud (*Short-Form Health Survey*) (SF-36):**

Este cuestionario mide la percepción de salud del paciente. Se esperan puntuaciones altas ya que esto nos estaría indicando que la calidad de vida del paciente ha aumentado a lo largo de la intervención.

- **Escala de catastrofización ante el dolor” (*Pain Catastrophizing Scale*) (PSC):**

Esta escala mide el grado de catastrofización que presenta un paciente, la rumiación, la magnificación y la desesperanza. Cabe esperar que a lo largo de la intervención, las puntuaciones en esta escala se vean reducidas. Esto último, nos abre la posibilidad de concluir que la catastrofización en pacientes con SFM disminuye, gracias a la implantación de nuestro programa de intervención.

- **Escala de autoestima de Rosenberg:**

Se trata de una escala que mide la autoestima general que presenta la persona. Tras la finalización de la intervención se pretende que el nivel de autoestima del paciente haya aumentado y las puntuaciones en autoestima hayan aumentado también.

Teniendo en cuenta lo comentado anteriormente, en general se espera que sea un programa eficaz, eficiente y efectivo. Que alcance los objetivos establecidos desde el principio y que aliente a resultados prometedores y reveladores que permitan una mejora y mantenimiento del nivel de calidad de vida de las participantes con SFM.

6. Limitaciones

A lo largo de la intervención pueden aparecer limitaciones. Entre ellas podemos encontrar que debido a la gran concentración de las sesiones del programa en poco tiempo, las pacientes se sientan fatigadas y esto pueda interferir en su realización incluso llevando al abandono de la intervención.

Para suplir esto se intentará motivar a las integrantes del grupo para que su participación no decaiga en la intervención y se puedan llegar a obtener buenos resultados. Si se ve que, aun supliendo esta fatiga mediante la motivación, los resultados a lo largo de la intervención no progresan, se realizarán las modificaciones necesarias garantizando siempre la comodidad de las usuarias y la realización del programa para lograr unos buenos resultados.

También podemos encontrar que no haya una buena comprensión de los conceptos clave referentes al SFM, no obstante, la intervención va a ir dirigida a grupos reducidos. De esta manera se pretende que la información llegue a todas las participantes de una manera más “individualizada”.

7. Conclusiones

Tras la realización de una búsqueda bibliográfica acerca del SFM, sus principales aspectos y teniendo en cuenta los objetivos que se pretenden lograr en este trabajo, así como los resultados esperables. Podemos concluir, que la intervención del SFM mediante técnicas psicológicas de índole Cognitivo-Conductual, así como también, entrenamiento en ejercicio físico, relajación, intervención dietética, mindfulness y habilidades adquiridas de aceptación del dolor a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso en su mayoría, resultan efectivas.

El SFM no cuenta con una etiología única clara. Su intervención ha de ser individualizada, conociendo la historia clínica de cada paciente y los factores asociados al SFM. Tampoco se cuenta con un tratamiento de elección, por lo que este ha de ser de carácter biopsicosocial adoptándose a la Terapia Cognitivo-Conductual para su abordaje.

El objetivo que se pretende alcanzar es una mejora en el nivel general de la calidad de vida y el bienestar de las personas con SFM, en nuestro caso del sexo femenino. También se considera importante una integración del ejercicio físico en las rutinas diarias de cada participante y llevar una alimentación saludable. Ya que estos aspectos actúan de manera indirecta en la mejora del bienestar de las pacientes con SFM. De igual manera se pretende reducir las distorsiones negativas que tienen las pacientes y aumentar su aceptación del dolor.

Por último, destacar que, durante este último año, debido a la pandemia del Covid-19, nos hemos dado cuenta de la importancia que tiene la investigación para la población y para nuestra salud. Así como, resaltar la importancia de la investigación en enfermedades de dolor crónico. Más concretamente, cabe destacar la importancia de la investigación del SFM, que a pesar de reducir la calidad de vida en las personas que lo padecen, hoy en día, no cuenta con tratamiento específico que pueda garantizar su abordaje y mejorar el bienestar y la salud en los pacientes.

La elaboración de programas de intervención como el presente, se consideran útiles para las personas que padecen el SFM y para sus familiares. Ya que, para estos últimos, los programas de este tipo proporcionan una comprensión del SFM y sus factores asociados. Además, en los pacientes, hace que se logre un entendimiento de lo que les sucede y conseguir una mejora de su calidad de vida y bienestar.

De igual forma, con este tipo de trabajos se espera de manera indirecta que la población tome conciencia acerca del importante papel que juega la Psicología en el abordaje de este tipo de enfermedades que tienden a cursar con cronicidad.

8. Referencias bibliográficas

- Alonso, J., Prieto, L., y Anto, J. M. (1995). The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results. *Medicina clínica*, 104(20), 771-776.
- Álvarez Mena, Mayra Gisell, Álvarez Mena, Paulina Rosa, Montes Reina, María José, Castillo Jumbo, Edgar Patricio, y Mafla Andrade, Johana. (2019). Fibromialgia. Avances en su tratamiento. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2), e93.
- Aman, M. M., Jason Yong, R., Kaye, A. D., y Urman, R. D. (2018). Evidence-Based Non-Pharmacological Therapies for Fibromyalgia. *Current pain and headache reports*, 22(5), 33. <https://doi.org/10.1007/s11916-018-0688-2>
- Amigo Vázquez, I. (2018). *Dolor crónico. Manual de psicología de la salud*. Pirámide
- Andrade, A., Vilarino, G. T., Sieczkowska, S. M., Coimbra, D. R., Bevilacqua, G. G., y Steffens, R. (2020). The relationship between sleep quality and fibromyalgia symptoms. *Journal of health psychology*, 25(9), 1176–1186. <https://doi.org/10.1177/1359105317751615>
- Arnold, L. M., Bennett, R. M., Crofford, L. J., Dean, L. E., Clauw, D. J., Goldenberg, D. L., Fitzcharles, M. A., Paiva, E. S., Staud, R., Sarzi-Puttini, P., Buskila, D., y Macfarlane, G. J. (2019). AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *The journal of pain*, 20(6), 611–628. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.10.008>
- Arnold, L. M., Hudson, J. I., Hess, E. V., Ware, A. E., Fritz, D. A., Auchenbach, M. B., Starck, L. O., y Keck, P. E., Jr. (2004). Family study of fibromyalgia. *Arthritis and rheumatism*, 50(3), 944–952. <https://doi.org/10.1002/art.20042>
- Aydin, G., Başar, M. M., Keleş, I., Ergün, G., Orkun, S., y Batislam, E. (2006). Relationship between sexual dysfunction and psychiatric status in premenopausal women with fibromyalgia. *Urology*, 67(1), 156–161. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2005.08.007>

- Bair, M. J. y Krebs, E. E. (2020). Fibromyalgia. *Annals of internal medicine*, 172(5), ITC33–ITC48.
<https://doi.org/10.7326/AITC202003030>
- Barrenengoa-Cuadra, M. J., Angón-Puras, L. Á., Moscosio-Cuevas, J. I., González-Lama, J., Fernández-Luco, M., y Gracia-Ballarín, R. (2021). Efecto de la educación en neurociencia del dolor en pacientes con fibromialgia: intervención grupal estructurada en atención primaria. *Atención Primaria*, 53(1), 19-26.
- Bell, T., Trost, Z., Buelow, M. T., Clay, O., Younger, J., Moore, D., y Crowe, M. (2018). Meta-analysis of cognitive performance in fibromyalgia. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 40(7), 698–714. <https://doi.org/10.1080/13803395.2017.1422699>
- Bennett R. (2005). The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clinical and experimental rheumatology*, 23(5 Suppl 39), S154–S162.
- Bernard, A. L., Prince, A., y Edsall, P. (2000). Quality of life issues for fibromyalgia patients. Arthritis care and research. *The official journal of the Arthritis Health Professions Association*, 13(1), 42–50.
- Borchers, A. T., y Gershwin, M. E. (2015). Fibromyalgia: A Critical and Comprehensive Review. *Clinical reviews in allergy & immunology*, 49(2), 100–151.
<https://doi.org/10.1007/s12016-015-8509-4>
- Brennan, C., Worrall-Davies, A., McMillan, D., Gilbody, S., y House, A. (2010). The Hospital Anxiety and Depression Scale: a diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *Journal of psychosomatic research*, 69(4), 371–378.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.04.006>
- Busch, A. J., Barber, K. A., Overend, T. J., Peloso, P. M., y Schachter, C. L. (2007). Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD003786.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003786.pub2>

- Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G., y Trillo-Mata, J. L. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica*, 149(10), 441-448.
- Casado Morales, M., Moix Queraltó, J., y Vidal Fernández, J. (2008). Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clínica y salud*, 19(3), 379-392.
- Clauw D. J. (2014). Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA*, 311(15), 1547–1555. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.3266>
- Carmona, L., Gabriel, R., Ballina, F. J., y Laffon, A. (2001). Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER: prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. *Ann Rheum Dis*, 60(11), 1040-1045.
- Collado-Mateo, D., Olivares, P. R., Adsuar, J. C., y Gusi, N. (2020). Impact of fibromyalgia on sexual function in women. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, 33(3), 355–361. <https://doi.org/10.3233/BMR-170970>
- Cuetos-Pérez JM y Amigo-Vázquez I (2017). Relación del apoyo social y familiar con la aceptación del dolor en pacientes con fibromialgia. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 17, 151-161
- Cuevas-Toro, A. M., López-Torrecillas, F., Díaz-Batanero, M. C., y Pérez-Marfil, M. N. (2014). Neuropsychological function, anxiety, depression and pain impact in fibromyalgia patients. *The Spanish journal of psychology*, 17, E78. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.78>
- De la Coba González, P., Sánchez, C. M. G., y del Paso, G. A. R. (2019). Capítulo 8. Estrés y dolor: una alianza tan antigua como peligrosa. En *Un villano llamado estrés: Cómo impacta en nuestra salud* (pp. 227-258). Pirámide.
- De la Coba, P., Bruehl, S., Moreno-Padilla, M. y Reyes del Paso, G. A. (2017). Responses to slowly repeated evoked pain stimuli in fibromyalgia patients: Evidence of enhanced pain sensitization. *Pain Medicine*, 18, 1778-1786.

- Deare, J. C., Zheng, Z., Xue, C. C., Liu, J. P., Shang, J., Scott, S. W., y Littlejohn, G. (2013). Acupuncture for treating fibromyalgia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(5), CD007070. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007070.pub2>
- Esteve-Vives, J., Rivera Redondo, J., Isabel Salvat Salvat, M., de Gracia Blanco, M., y de Miquel, C. A. (2007). Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española [Proposal for a consensus version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) for the Spanish population]. *Reumatología clínica*, 3(1), 21–24. [https://doi.org/10.1016/S1699-258X\(07\)73594-5](https://doi.org/10.1016/S1699-258X(07)73594-5)
- Firestone KA, Holton KF, Mist SD, Wright CL y Jones KD. Optimizing fibromyalgia management. *Nurse Pract.* 2012, 37(4), 12-21.
- Fitzcharles, M. A., Perrot, S., y Häuser, W. (2018). Comorbid fibromyalgia: A qualitative review of prevalence and importance. *European journal of pain (London, England)*, 22(9), 1565–1576. <https://doi.org/10.1002/ejp.1252>
- Galvez-Sánchez, C. M., Duschek, S., y Del Paso, G. A. R. (2019). Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychology research and behavior management*, 12, 117.
- Galvez-Sánchez, C. M., Reyes Del Paso, G. A., y Duschek, S. (2018). Cognitive impairments in fibromyalgia syndrome: Associations with positive and negative affect, alexithymia, pain catastrophizing and self-esteem. *Frontiers in psychology*, 9, 377.
- Garaigordobil, M. (2014). Fibromialgia: Discapacidad funcional, autoestima y perfil de personalidad. *Información Psicológica*, (106), 4-16.
- García-Andreu, Jorge. (2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia en México*, 29(Supl. 1), 77-85
- García Campayo, J., Rodero, B., Marta Alda, M., Sobradiel, N., Montero, J., y Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Med. clín (Ed. impr.)*, 487-493.

Gracely, R. H., Petzke, F., Wolf, J. M., y Clauw, D. J. (2002). Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis and rheumatism*, 46(5), 1333–1343. <https://doi.org/10.1002/art.10225>

Goldenberg DL. Initial treatment of fibromyalgia in adults. *UpToDate* 2016.

Goldenberg DL. Differential diagnosis of fibromyalgia. *UpToDate* 2016.

Häuser, W., Ablin, J., Perrot, S., y Fitzcharles, M. A. (2017). Management of fibromyalgia: practical guides from recent evidence-based guidelines. *Polish archives of internal medicine*, 127(1), 47–56. <https://doi.org/10.20452/pamw.3877>

Haüser W, Bernardy K, Uceyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with gabapentin and pregabalin--a metaanalysis of randomized controlled trials. *Pain*. 2009, 145(1-2), 69-81.

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(4), 277–283. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(03\)00043-4](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(03)00043-4)

Kaushik, A. S., Strath, L. J., y Sorge, R. E. (2020). Dietary Interventions for Treatment of Chronic Pain: Oxidative Stress and Inflammation. *Pain and therapy*, 9(2), 487–498. <https://doi.org/10.1007/s40122-020-00200-5>

Kerr, J. I., y Burri, A. (2017). Genetic and epigenetic epidemiology of chronic widespread pain. *Journal of pain research*, 10, 2021–2029. <https://doi.org/10.2147/JPR.S143869>

Kindler, L. L., Bennett, R. M., y Jones, K. D. (2011). Central sensitivity syndromes: mounting pathophysiologic evidence to link fibromyalgia with other common chronic pain disorders. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 12(1), 15–24. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2009.10.003>

- Langhorst, J., Klose, P., Dobos, G. J., Bernardy, K., y Häuser, W. (2013). Efficacy and safety of meditative movement therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Rheumatology international*, 33(1), 193–207. <https://doi.org/10.1007/s00296-012-2360-1>
- Langhorst, J., Musial, F., Klose, P., y Häuser, W. (2009). Efficacy of hydrotherapy in fibromyalgia syndrome--a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Rheumatology (Oxford, England)*, 48(9), 1155–1159. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kep182>
- Lauche, R., Cramer, H., Dobos, G., Langhorst, J., y Schmidt, S. (2013). A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 75(6), 500–510. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.10.010>
- Løge-Hagen, J. S., Sæle, A., Juhl, C., Bech, P., Stenager, E., y Mellentin, A. I. (2019). Prevalence of depressive disorder among patients with fibromyalgia: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 245, 1098–1105. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.001>
- López Espino, Manuel, y Mingote Adán, José Carlos. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19(3), 343-358.
- López M, Mingote JC. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19(3), 343-358.
- Lunn, M. P., Hughes, R. A., y Wiffen, P. J. (2014). Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. *The Cochrane database of systematic reviews*, (1), CD007115. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007115.pub3>
- McCarthy, J. D., y Hoge, D. R. (1982). Analysis of age effects in longitudinal study of adolescent self-esteem. *Developmental Psychology*, 18, 372-379.
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino-Arjas, P., Longley, K., McCarthy, G. M., Makri, S.,

- Perrot, S., Sarzi-Puttini, P., Taylor, A., y Jones, G. T. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the rheumatic diseases*, 76(2), 318–328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J., y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(5), 301–305. <https://doi.org/10.1097/00005053-200005000-00008>
- Michielsen, H. J., Van Houdenhove, B., Leirs, I., Onghena, P., y Vandenbroeck, A. (2006). Depression, attribution style and self-esteem in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia patients: is there a link?. *Clinical rheumatology*, 25(2), 183-188.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. *Fibromialgia*. Madrid.
- Miró, E., Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Prados, G., y Medina, A. (2011). When is pain related to emotional distress and daily functioning in fibromyalgia syndrome? The mediating roles of self-efficacy and sleep quality. *British journal of health psychology*, 16(4), 799-814.
- Moix Queraltó, J., Casado Morales, M.I., Buero Gallego, M., Cano García, F.J. y Merayo Alonso, L.A. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y salud*, 22 (1), 41-50.
- Montoro, C. I., y Reyes del Paso, G. A. (2015). Personality and fibromyalgia: Relationships with clinical, emotional, and functional variables. *Personality and Individual Differences*, 85, 236-244.
- Murakami, M., Osada, K., Ichibayashi, H., Mizuno, H., Ochiai, T., Ishida, M., Alev, L., y Nishioka, K. (2017). An open-label, long-term, phase III extension trial of duloxetine in Japanese patients with fibromyalgia. *Modern rheumatology*, 27(4), 688–695. <https://doi.org/10.1080/14397595.2016.1245237>
- Nijs, J., Loggia, M. L., Polli, A., Moens, M., Huysmans, E., Goudman, L., Meeus, M., Vanderweeën, L., Ickmans, K., y Clauw, D. (2017). Sleep disturbances and severe stress as glial activators:

key targets for treating central sensitization in chronic pain patients. *Expert opinion on therapeutic targets*, 21(8), 817–826. <https://doi.org/10.1080/14728222.2017.1353603>

Nijs, J., Van Houdenhove, B., y Oostendorp, R. A. (2010). Recognition of central sensitization in patients with musculoskeletal pain: Application of pain neurophysiology in manual therapy practice. *Manual therapy*, 15(2), 135–141. <https://doi.org/10.1016/j.math.2009.12.001>

Nijs, J., y Van Houdenhove, B. (2009). From acute musculoskeletal pain to chronic widespread pain and fibromyalgia: application of pain neurophysiology in manual therapy practice. *Manual therapy*, 14(1), 3-12.

O'Brien, A. T., Deitos, A., Triñanes Pego, Y., Fregni, F., y Carrillo-de-la-Peña, M. T. (2018). Defective Endogenous Pain Modulation in Fibromyalgia: A Meta-Analysis of Temporal Summation and Conditioned Pain Modulation Paradigms. *The journal of pain*, 19(8), 819–836. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.01.010>

Puente, C. P., Furlong, L. V., Gallardo, C. É., Méndez, M. C., Cruz, D. B., y Fernández-de-Las-Peñas, C. (2015). Self-efficacy and affect as mediators between pain dimensions and emotional symptoms and functional limitation in women with fibromyalgia. *Pain Management Nursing*, 16(1), 60-68.

Protus B. M. (2014). BMJ Best Practice. *Journal of the Medical Library Association : JMLA*, 102(3), 224–225. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.102.3.020>

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., y Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Reisine, S., Fifield, J., Walsh, S., y Dauser, D. (2004). Employment and quality of life outcomes among women with fibromyalgia compared to healthy controls. *Women & health*, 39(4), 1-19.

- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., ... y Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología clínica*, 2, S55-S66.
- Sechi, C., Vismara, L., Brennstuhl, M. J., Tarquinio, C., y Lucarelli, L. (2020). Adult attachment styles, self-esteem, and quality of life in women with fibromyalgia. *Health Psychology Open*. <https://doi.org/10.1177/2055102920947921>
- Sifuentes-Giraldo, W. A., y Morell-Hita, J. L. (2017). Fibromialgia. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(27), 1586-1595.
- Skarpsno, E. S., Nilsen, T., Sand, T., Hagen, K., y Mork, P. J. (2019). The joint effect of insomnia symptoms and lifestyle factors on risk of self-reported fibromyalgia in women: longitudinal data from the HUNT Study. *BMJ open*, 9(8), e028684. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028684>
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., y Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524–532. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martí-Aragón, M., Pastor, M. A., y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (had) en población española. *Ansiedad y estrés*, 13.
- Theadom, A., Cropley, M., Smith, H. E., Feigin, V. L., y McPherson, K. (2015). Mind and body therapy for fibromyalgia. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD001980. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001980.pub3>
- Velasco, M. (2019). DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO: FIBROMIALGIA Y DOLOR MIOFASCIAL. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(6), 414-427.
- Watson, N. F., Buchwald, D., Goldberg, J., Noonan, C., y Ellenbogen, R. G. (2009). Neurologic signs and symptoms in fibromyalgia. *Arthritis and rheumatism*, 60(9), 2839–2844. <https://doi.org/10.1002/art.24772>

- Wells-Federman, C., Arnstein, P., y Caudill-Slosberg, M. (2003). Comparing patients with fibromyalgia and chronic low back pain participating in an outpatient cognitive-behavioral treatment program. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 11(3), 5-12.
- Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennett, R. M., Caro, X. J., Goldenberg, D. L., Russell, I. J., y Yunus, M. B. (1997). A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis and rheumatism*, 40(9), 1560–1570. <https://doi.org/10.1002/art.1780400904>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Mease, P. J., Russell, A. S., Russell, I. J., y Walitt, B. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in arthritis and rheumatism*, 46(3), 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., y 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.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B., y 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. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., y Clark, P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. *Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis and rheumatism*, 33(2), 160–172. <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

9. Anexos

ANEXO 1

Completar la siguiente tabla de ejercicios o maneras de incorporar el ejercicio en nuestra rutina diaria. Se trata de poner ejercicios que sean fáciles de realizar y se ajusten a nuestras necesidades. Esta tarea deberá ser realizada y se comentará el próximo día en la sesión.

El deporte y la vida un mismo camino.	
¿Qué ejercicios incorporaríamos a nuestra rutina?	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

ANEXO 2

Relajación progresiva Jacobson paso a paso

Siéntate en una silla, con la espalda recta y las manos sobre las piernas en una posición relajada. Los dos pies apoyados en el suelo.

1. Inhala profundamente llevando el aire a tu abdomen. Al exhalar, deja que tu cuerpo empiece a relajarse.
2. Cierra los puños. Aprieta los antebrazos, los bíceps y los pectorales. Mantén esa tensión durante 7 segundos y afloja. Nota cómo brazos y pecho se relajan.
3. Arruga la frente y mantenla así durante 7 segundos. A la vez rota la cabeza hacia un lado y luego hacia el otro. Afloja y siente la relajación en la zona.
4. Arruga la cara. Frunce el entrecejo, los ojos, los labios, aprieta la mandíbula y encorva los hombros. Mantén la posición 7 segundos y afloja, centrándote en las sensaciones que la relajación te produce.
5. Inspira profundamente y arquea la espalda suavemente. Mantén la postura 7 segundos y relaja.
6. Inhala profundamente y saca el abdomen, dejando que se hinche todo lo posible, mantén la posición 7 segundos y suelta. Fíjate bien en lo que notas en abdomen y espalda al relajar.
7. Flexiona los pies y los dedos de los pies. Tensa los muslos, las pantorrillas y los glúteos. Mantén la tensión durante 7 segundos y afloja.
8. Para terminar, estira los pies como una bailarina, a la vez que tensas muslo, glúteos y pantorrillas de nuevo. Pasados 7 segundos suelta y siente la relajación.

ANEXO 3

Pasos para hacer ejercicios de respiración abdominal

1. Los pasos básicos para hacer ejercicios de respiración abdominal es inhalar el aire inflando el vientre, luego exhalar el aire lentamente y mientras tanto contraer los músculos abdominales con fuerza.
2. Si practicas la respiración abdominal, ya sea tumbado en el suelo o en el suelo sentado (mucho mejor) estarás trabajando la musculatura abdominal, que se encuentra en la parte más interna de la pared abdominal y que mantiene estable el área lumbar, además de trabajar estrechamente con el diafragma: esta es la razón por la cual el vacío abdominal se basa en la respiración
3. En la práctica, el diafragma se relaja y los pulmones se llenan de aire, el vientre se hincha y los intestinos se empujan hacia adelante.
4. Durante la fase de exhalación, los músculos del abdomen se contraen desde la parte inferior hacia arriba para elevar el diafragma. Además de eliminar la barriga, este ejercicio abdominal también ayuda a resolver problemas de postura.
5. Antes de comenzar con el ejercicio, es importante identificar la musculatura abdominal, es decir, el transversal del abdomen: contrae los músculos abdominales, empujando el ombligo hacia adentro, con este movimiento contraerá el transversal, que luego podrás relajar cuando sueltas el aire.
6. Siempre haz los ejercicios lejos de horas de comidas, alternando con otros ejercicios abdominales. Para ejecutarla la respiración abdominal, comienza desde una posición vertical, coloca las manos en las caderas, extiende las piernas ligeramente y manténlas flexionadas.
7. Ahora realiza la respiración diafragmática: inhala mientras inflas tu barriga, durante la fase de exhalación, empuja la barriga y el ombligo hacia adentro y mantén la contracción durante al menos 5-10 segundos.
8. Durante esta fase, experimentarás un aplanamiento del área lumbar. Realiza inicialmente de 6 a 8 repeticiones para llegar a 10-15 repeticiones al día. Realízalo constantemente para obtener resultados en poco tiempo.

9. La técnica de respiración abdominal puede ser difícil al principio. Por lo tanto, el principiante puede abordar el ejercicio de dos maneras diferentes: la primera consiste en recostarse con la espalda apoyada en el suelo, luego apoyarse las manos en el vientre, inhalar inflando tu vientre y exhalar tirando de su ombligo hacia adentro. Alternativamente tomar la posición de cuadrúpedo, inhalar, liberar la barriga hacia el suelo. En la fase de expiración, empuje la barriga hacia el interior manteniendo el área lumbar inmóvil.

ANEXO 4

Alimentos recomendados para incorporar en nuestra dieta
Alimentos ricos en vitamina
Verduras
Frutos secos
Legumbres
Huevos

Alimentos NO recomendados para incorporar en nuestra dieta
Alimentos procesados
Carnes rojas
Bebidas azucaradas
Alimentos elaborados con aceites vegetales

ANEXO 5

Actividades alternativas que podemos hacer en nuestro tiempo libre

LEER
VER SERIES, PELICULAS
SALIR A PASEAR
PASAR TIEMPO CON AMIGOS
COCINAR
IR AL CINE, TEATRO
NATACIÓN
COSER, TEJER
ESCUCHAR MÚSICA
DISFRUTAR CON LOS HIJOS
DISFRUTAR CON LOS NIETOS
BAILAR

ANEXO 6

Listado de pensamientos

Pensamientos negativos que me puedo decir	Pensamientos positivos que me puedo decir
Ej, a veces me enfado y grito	Ej, soy una persona agradecida, mi familia me acompaña siempre ...

ANEXO 7

Listado de distorsiones cognitivas

DISTORSIONES COGNITIVAS	
<i>Personalización</i> La personalización se refiere a cuando las personas se sienten responsables al 100% de acontecimientos en los que apenas han participado o incluso en aquellos en los que no han participado en absoluto. Por ejemplo, el hijo de Ana, ha realizado un examen y ha suspendido. Ana piensa que ha fracasado en la educación de su hijo, que ha cometido algún error porque si lo hubiera hecho bien su hijo hubiese aprobado. <i>Abstracción selectiva o filtraje</i> La abstracción selectiva o filtraje consiste en centrar la atención en aquellos aspectos negativos e inadecuados, acordes a nuestros esquemas e ignorar o apenas tener en cuenta el resto de información. Se filtra lo negativo, lo positivo se olvida. María ha hecho para su cumpleaños una tarta de queso, y ha invitado a nueve amigas. A casi todas les gusta el pastel de María, excepto a Laura que dice que la mermelada que lo cubre no está demasiado buena. María se siente mal y piensa que la tarta es un desastre. (Sólo se ha quedado con	<i>Razonamiento emocional</i> El razonamiento emocional se refiere a la suposición, por parte de las personas de que sus emociones reflejan como son las cosas. Creer que lo que se siente emocionalmente es cierto necesariamente. Si una persona se siente irritada es porque alguien ha hecho algo para irritarle. “Me siento incompetente, luego soy incompetente” o “Lo siento así, por consiguiente, tiene que ser verdad”. <i>Afirmaciones de “debería”, “tengo que”</i> Los “debería” o “tengo que” son creencias rígidas e inflexibles acerca de cómo debería ser uno o los demás. Las exigencias centradas en uno mismo, favorecen la autocrítica, mientras que las dirigidas hacia los demás favorecen la rabia, la ira y la agresividad. Algunos ejemplos pueden ser, “debería haber sido más atenta con mi marido y así no me hubiese dejado”, “No debo cometer errores”, “los demás deben actuar bien conmigo” o “tengo que gustar a todos”.

lo negativo, ha omitido totalmente los aspectos positivos).

Sobre generalización

La sobre generalización es la tendencia a creer que, si algo ha ocurrido alguna vez, ocurrirá otras muchas veces. Por ejemplo, a Pedro le ha dejado Sonia después de dos años y medio de relación. Pedro piensa “nadie más me querrá”, “nunca encontraré a nadie que quiera estar conmigo”.

Maximización y minimización

La distorsión cognitiva conocida como Maximización y minimización consiste en magnificar los errores propios y los éxitos de los demás, y minimizar los propios éxitos y los errores de los otros. Por ejemplo: “Me dan igual los éxitos que haya logrado en el pasado, ya no tienen importancia. Lo que importa ahora es que he cometido ese grave error.”

Pensamiento polarizado

El pensamiento polarizado consiste en valorar los acontecimientos de forma extrema, sin tener en cuenta los aspectos intermedios. Ver las cosas blancas o negras, falsas o verdaderas.

Por ejemplo, “Si no consigo que este trabajo quede perfecto no habrá servido para nada el esfuerzo, será un desastre” o una persona que no encuentra trabajo que piensa “soy incompetente e inútil”. Es una de las distorsiones cognitivas más utilizadas en las discusiones con los demás cuando empleamos términos como “siempre”, “nunca”, “todo” o “nada”.

Inferencia arbitraria

Otros tipo de distorsión cognitiva es la Inferencia arbitraria que consiste en dar por hecho determinadas suposiciones, aunque no exista evidencia por ello. Hay dos formas de hacerlo:

- Adivinación del pensamiento.

Creer saber lo que piensan los demás y por qué se comportan de la forma que lo hacen. “Lo que quiere es ponerme nervioso”, “Lo que quiere es reírse de mí”, “Siente pena por mí” o “ella está contigo por tu dinero”.

- Adivinación del futuro.

Esperar que las cosas salgan mal, sin permitirse la posibilidad de que sean neutras o positivas. “Voy a suspender”.

Etiquetación

«Etiquetas» peyorativas para describirse a uno mismo, en lugar de describir los hechos o cualidades con exactitud también es otra forma errónea de pensamiento. Por ejemplo, “Soy un inútil” en lugar de “He cometido un error pero a veces no lo cometo”. Ahora que las conocéis, trabajar con ellas, es lo más importante. ¡Adelante!

ANEXO 8

Ejercicio de la uva pasa

EJERCICIO DE MINDFULNESS: EJERCICIO DE LA UVA PASA
Cogemos tres uvas pasas
Tomamos una de las uvas pasas y cómela, haciéndolo tal y como te nazca hacerlo.
Nos concentramos en la respiración y luego tomamos la segunda uva pasa. Esta vez no lo hagas mecánicamente, sino que desde el momento en que entre en tu boca pasa. Tómate tu tiempo y mastica lentamente, tratando de percibir cómo el fruto pasa por tu boca, tu lengua, tus dientes, el paladar, la garganta... Intenta seguirle la pista hasta donde te sea posible.
Tomamos la tercera uva pasa, pero antes de llevarla a tu boca obsérvala atentamente. Pálpala lentamente para sentir su textura; huélela con los ojos cerrados para captar su aroma. Si te parece adecuado, pártela. Luego llévatela a la boca, sin seguir ningún esquema en particular. Solo hazlo como lo sientas. Y eso es todo.