



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

COMPARACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FIBROMIALGIA EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

Alumna: Laura Aranda López

Tutora: Ángeles Pulgar Buendía

Fecha: MARZO, 2019

ÍNDICE

Resumen

Abstract

1. Introducción: Fibromialgia	3
1.1. Historia y definición	3
1.2. Sintomatología	4
1.3. Diagnóstico	4
1.4. Aspectos psicológicos	5
1.5. Tratamiento	6
1.5.1. Farmacológico	7
1.5.2. No Farmacológicos	8
2. Objetivos e hipótesis del estudio.....	10
3. Participantes	11
3.1. Selección de la muestra	11
3.2. Descripción de los participantes	11
4. Diseño y procedimientos de investigación	11
5. Metodología e instrumentos de evaluación	17
6. Resultados	19
6.1. Evolución clínica de R.A.P	19
6.2. Evolución clínica de T.I.R	23
6.3. Comparación en función del género	27
7. Conclusiones y discusión.....	32
8. Referencias bibliográficas.....	36

Anexos

Resumen

La Fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica que se caracteriza por un dolor musculoesquelético. La prevalencia de esta enfermedad es mucho mayor en mujeres que en hombres, motivo por el cual las principales investigaciones se han llevado a cabo con mujeres. El objetivo de este estudio fue estudiar el curso y evolución de la FM en función del género a partir de un programa de educación para la salud. Para ello se ha seleccionado a un hombre y a una mujer, de 47 y 36 años respectivamente, y se han medido diversas variables tanto antes como después de la implantación del programa. Para medir las variables se han utilizado diversos instrumentos de evaluación (CAD, CDE, Escala de autoestima de Rosenberg, Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes, FIQ-S, HADS, SF-36, WPI y PSQI). A continuación, se ha realizado un análisis descriptivo de los resultados obtenidos. Se han encontrado diferencias entre ambos en intensidad actual del dolor, autoestima, impacto de la FM, ansiedad, depresión, sintomatología y calidad del sueño. No obstante, no se ha encontrado una mejora significativa de la calidad de vida ni de la sintomatología ansioso-depresiva tras la intervención.

Palabras clave: “fibromialgia”, “diferencias”, “comparación”, “género”, “educación sanitaria”.

Abstract

Fibromyalgia (FM) is a chronic disease characterized by musculoskeletal pain. The prevalence of this disease is higher women than men, which is why the main investigations have been carried out with women. The objective of this study was to study the course and evolution of FM according to gender based on a sanitary education program. For this, a man and a woman, aged 47 and 36 years respectively, have been selected, and several variables have been measured both before and after the implementation of the program. Various assessment instruments (CAD, CDE, Rosenberg Self-Steem Scale, Stressful Life Events Scale, FIQR, HADS, SF-36, WPI and PSQI) have been used to measure the variables. Then, a descriptive analysis of the results obtained was carried out. Differences have been found between both in current intensity of pain, self-esteem, impact of FM, anxiety, depression, symptomatology and quality of sleep. However, no significant improvement in the quality of life or the anxious-depressive symptomatology after the intervention has been found.

Keywords: “fibromyalgia”, “differences”, “comparison”, “gender”, “health education”.

1. Introducción: Fibromialgia

1.1. Historia y definición

La Fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica de causa desconocida que se caracteriza por un dolor músculo-esquelético continuo y extenso (Pascual, 2016). Está descrita desde hace más de un siglo. En 1904, Gowers la denomina “fibrositis” pero no es hasta 1976 cuando Hench utiliza por primera vez el término “fibromialgia” (Barreira, 2015). Procede de los términos fibra, que afecta al tejido conjuntivo, mio, que afecta al músculo, y algia, que se refiere al dolor (Garrido, 2016).

En 1992, la Organización Mundial de la Salud, la reconoce como una entidad clínica propia y la incorpora a la clasificación internacional de enfermedades (Collado, 2016). FM tiene una alta prevalencia en todo el mundo. En España, la prevalencia estimada es del 2,4%, 9 de cada 10 personas que la padecen son mujeres con edades comprendidas entre 30-40 años. Se estima que el ratio mujer/hombre es de 20/1 (Ubago, Ruiz, Bermejo, Olry de Labry y Plazaola, 2005). Por esto, la literatura y los principales estudios sobre FM se han desarrollado en mujeres. No obstante, aunque en un porcentaje menor, también existen hombres diagnosticados de FM y éstos además tienen que lidiar con el estigma de tener “una enfermedad de mujeres” (Miró, Diener, Martínez, Sánchez y Valenza, 2012)

La FM se clasifica en:

1. Primaria: caracterizada por dolor difuso y puntos de dolor cuando presionas en múltiples localizaciones. Todo esto en ausencia de otra enfermedad
 - Generalizada: dolores generalizados que afectan a los cuatro cuadrantes del cuerpo
 - Regional o localizada: dolor circunscrito a una zona específica
2. Secundaria: cursa acompañada de otra enfermedad reumatológica o hipotiroidismo.

En cuanto a su etiología, como se ha comentado anteriormente la causa es desconocida. No obstante, se piensa que el estrés físico o mental puede actuar como desencadenante y como agravante de los síntomas, también puede haber una predisposición genética, algún traumatismo físico, un deterioro y reducción del umbral del dolor o algún desorden hormonal (Barreira, 2015).

1.2. Sintomatología

El síntoma más frecuente y característico de la FM es el *dolor* (100%), normalmente se desarrolla de forma gradual y continua. En ocasiones, el dolor es generalizado y en otras está circunscrito a una zona concreta. Suele empeorar por la mañana y por la noche (Arranz, 2012). Además del dolor, otro síntoma característico es la *rigidez* (76-84%), en especial por las mañanas. Como los músculos están rígidos, cuando las personas inician el movimiento, este suele ser doloroso (López y Mingote, 2008). La *fatiga* o *cansancio* (57-92%) es otro de los síntomas más frecuentes en las personas con FM, en general la fatiga acompaña al dolor (Collado, 2016).

Los *trastornos del sueño* (56-72%) también suelen aparecer, las personas con FM pueden tener dificultad para conciliar el sueño, dormir pocas horas consecutivas o tener un sueño agitado y superficial en el que no descansan de forma adecuada. En otros casos, la persona duerme sin dificultad, pero no alcanza la fase REM. Por todo esto, es muy importante tener una adecuada higiene del sueño (Garrido, 2016).

Otros síntomas que pueden aparecer son cefaleas, colon irritable, mareos, agarrotamiento de los músculos, sensibilidad al ruido, dolores en el pecho, incoordinación motora, sensación de entumecimiento de las extremidades, entre otros (Pascual, 2016).

1.3. Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico de FM, se utilizan los criterios establecidos por el American College of Rheumatology en 1990. Dichos criterios son:

- Historia de dolor generalizado de más de tres meses de duración, de forma continua, a ambos lados del cuerpo. Dolor en el esqueleto axial, raquis cervical o tórax anterior.
- Dolor a la palpación de al menos 11 de los 18 “tender points” (puntos gatillo) (Fig.1); occipital, cervical bajo, trapecio, supraespinoso, segundo espacio intercostal en la unión costochondral, epicóndilo, glúteo, trocánter mayor y rodilla (Rivera, et al., 2006).

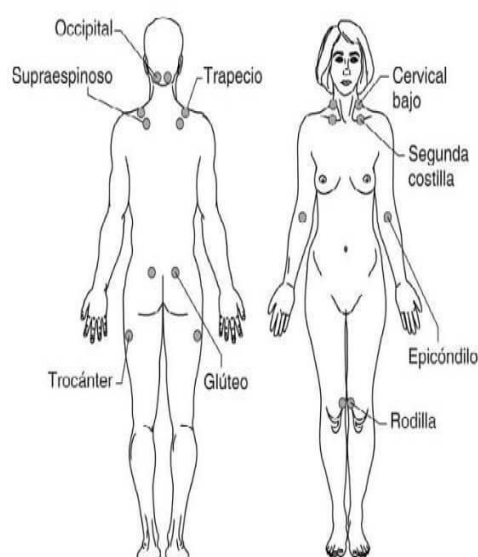


Fig. 1- Puntos gatillo

Debido a que no existen pruebas concretas para llegar al diagnóstico de FM, es importante hacer un diagnóstico diferencial. Entre los cuadros clínicos con una sintomatología similar y que, por tanto, podrían confundirse con la FM se encuentran: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, artrosis, enfermedades neurológicas, poliomiositis, polimialgia reumática, enfermedades malignas, enfermedades neuromusculares y alteraciones endocrinas. Para descartar esos posibles cuadros clínicos y diagnosticar con más certeza se podría tener en cuenta:

- Historia clínica del paciente, poniendo especial atención en las características del dolor tales como; localización, duración, ritmo, factores que agravan el dolor y factores que producen mejora.
- Exploración física a través de cribado radiográfico, resonancia, estudio eléctrico (electromiograma), análisis de sangre... (Garrido, 2016).

En el año 2010 se propusieron unos nuevos criterios diagnósticos que consisten en un Índice de Dolor Generalizado (WPI) y una Escala de Gravedad de Síntomas. Se considera que un paciente cumple los criterios diagnósticos de FM si presenta $WPI \geq 7$ y $SS \geq 5$ o si $WPI 3-6$ y $SS \geq 9$. Estos nuevos criterios han clasificado de forma correcta al 88,1% de los pacientes diagnosticados según los criterios establecidos por el ACR en 1990 (Moyano, 2014). No obstante, dichos criterios aún no están validados (Murga, Guillén y Lafuente, 2017).

1.4. Aspectos psicológicos

Parece importante tener en cuenta los aspectos psicológicos de los pacientes con FM ya que diversos estudios han encontrado que estos pacientes tienen significativamente más problemas psicológicos que los grupos de control sanos (García-Bandón, Castel-Bernal y Vidal-Fuentes, 2006).

Entre las personas con FM existe una alta prevalencia de depresión (anhedonia, apatía, aislamiento) y ansiedad (inseguridad, miedo, dificultad de concentración), éstas suelen presentarse como somatizaciones más que como un humor deprimido (Revuelta, Segura y Paulino, 2010). Por otro lado, estas personas suelen presentar también problemas de autoestima. En un estudio realizado por Johnson, Paananen, Rahinatti y Hannonen (1997) encontraron que los pacientes deprimidos, en comparación con pacientes con FM que no estaban deprimidos presentaban baja autoestima.

En la enfermedad de FM se produce un impacto en la calidad de vida y en las relaciones sociales. El apoyo social percibido ha demostrado mayor protección en niveles de ansiedad y depresión (Salgueiro, et al., 2009). Sin embargo, las personas con FM no encuentran suficiente apoyo en sus familiares y allegados. A menudo pueden sentirse no creídos, presionados por el entorno, aislados e innecesarios y se produce una pérdida de relaciones sociales (Garrido, 2016).

Máñez, Fenollosa, Martínez-Azucena y Salazar (2005), encontraron que tanto los trastornos del sueño como la depresión actúan empeorando la calidad de vida de los pacientes.

Por otro lado, es muy frecuente que en las personas con FM se produzca un deterioro en la memoria de forma más temprana. Parece ser que es una consecuencia del alto estrés que puede producir el dolor (Garrido, 2016). Según Esteve, Ramírez y López (2001), las alteraciones de memoria pueden deberse a los efectos secundarios de la medicación, pueden ser un síntoma asociado al estado depresivo de estos pacientes, forman parte de los problemas generales que presentan al procesar la información y que los problemas de memoria se derivan de las alteraciones en el mecanismo atencional.

Las etapas de adaptación a una enfermedad crónica son parecidas a las de un duelo. La primera etapa que se produce es la negación, se niega la enfermedad y/o la gravedad de la condición. Una vez que se es consciente de la enfermedad y de lo que la vida está cambiando empieza la ira. La tercera etapa es la de negociación y la cuarta la depresión en la que pueden aparecer pensamientos como “no sirvo para nada”, “no sé como voy a vivir con esta enfermedad”. Por último, una vez pasadas las etapas anteriores llega la aceptación en la que la persona acepta la enfermedad como algo con lo que va a tener que vivir siempre (Garrido, 2016).

1.5. Tratamiento

El objetivo de tratamiento en personas con Fibromialgia es poder aliviar los síntomas y mantener la capacidad funcional del paciente. Para ello, el abordaje tiene que ser multidisciplinar e incluye tanto tratamiento farmacológico como tratamiento no farmacológico. Entre los tratamientos no farmacológicos más utilizados podemos encontrar; terapia psicológica, fisioterapia y ejercicio físico (Arques, et al., 2014).

Monsalve (2004), propone un tratamiento multidisciplinar para conseguir mejoras en la calidad de vida y en la adaptación psicológica de los pacientes y sugiere que el tratamiento farmacológico es más eficaz cuando se asocia a la intervención psicológica y al ejercicio físico (Fig. 2).

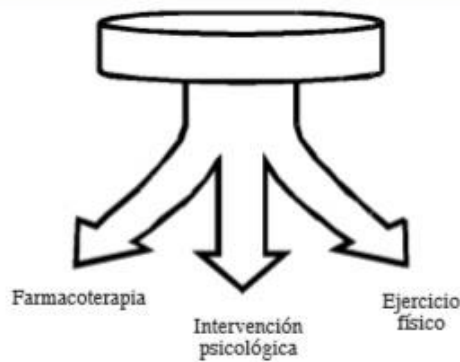


Fig. 2- Modelo de intervención en Fibromialgia sugerido por Monsalve

1.5.1. Farmacológico

A pesar de haber muchos fármacos para el tratamiento de la fibromialgia, no hay ninguno aprobado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ni por la Agencia Europea de Medicamentos. Los fármacos en FM son utilizados para paliar síntomas como dolor, sueño, fatiga, ansiedad, depresión, limitación funcional. (Arques, et al., 2014). No obstante, las personas con FM a menudo dicen no responder a la medicación prescrita, esto puede deberse a que los pacientes con Fibromialgia tienen reducida la disponibilidad del receptor mu-opioide (MOR) en la corteza cingular anterior y en la corteza prefrontal dorsolateral que son las regiones encargadas de procesar y suavizar las señales de dolor (Murga, Guillen y Lafuente, 2017). Los fármacos más utilizados son (Tabla 1):

Fármaco	Síntomas sobre los que puede ser eficaz
Analgésicos	Dolor
Antiinflamatorios	Dolor
Benzodiacepinas	Dolor y sueño
Hipnóticos	Sueño
Anticonvulsiantes	Sueño, dolor, limitación funcional, ansiedad
Antidepresivos tricíclicos	Dolor, sueño, fatiga, limitación funcional
Fluoxetina, Paroxetina, Venlafaxina	Estado de ánimo y sueño
Topisetron	Mejora el dolor en puntos sensibles, el cansancio y el sueño

Tabla 1- Fármacos más utilizados en FM

1.5.2. No Farmacológicos

Además del tratamiento farmacológico existen también los denominados tratamientos no farmacológicos entre los que se incluyen: fisioterapia, terapia psicológica, ejercicio físico, mindfulness.

Estos tratamientos se utilizan para actuar en factores conductuales, de sobrecarga y situaciones de estrés (Villanueva, et al., 2004).

Fisioterapia: el paciente puede adquirir técnicas y procedimientos para minimizar el dolor y de esta forma, mejorar la calidad de vida. El tratamiento de fisioterapia para que resulte eficaz tiene que hacerse de una forma continuada y debe estar adecuado a las exigencias de cada paciente. Por otro lado, el paciente debe ser constante y comprometerse con dicha terapia. Entre las principales técnicas podemos encontrar:

- Masoterapia que consiste en una serie de masajes con fines terapéuticos para activar la circulación.
- Termoterapia a través de la aplicación de calor
- Cinesiterapia en la que se hacen ejercicios de movilidad, estiramiento y fortalecimiento

Todas estas técnicas lo que pretenden es disminuir el dolor y mantener la movilidad articular así como la fuerza muscular (Garrido, 2016).

Terapia psicológica:

La *Terapia Cognitivo- Conductual* es la más utilizada con los pacientes con Fibromialgia. Dentro de esta terapia se incluyen técnicas como la discusión cognitiva, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, técnicas de resolución de problemas, manejo del estrés, establecimiento de metas, psicoeducación y técnicas de relajación (Rodero, García-Campayo, Casanueva y Buriel, 2009). Diversos estudios han demostrado la eficacia de esta terapia en pacientes con Fibromialgia; Burckhardt, Mannerkorpi, Hedenberg y Bjelle (1993) en su estudio aplicaron un tratamiento cognitivo conductual a 99 mujeres con FM y se encontró un aumento de la calidad de vida y en la percepción de autoeficacia. En otro estudio realizado por Thieme, Gromnica-Ihle y Flor (2003) realizaron un tratamiento cognitivo conductual a 61 pacientes de un centro hospitalario y se produjeron una reducción significativa de la intensidad del dolor y se mantuvo estable hasta pasados 15 meses. De forma similar, Moioli y Merayo (2005) realizaron una intervención psicológica grupal y de corte cognitivo conductual en cuarenta y ocho mujeres y estas mostraron

mejoras significativas en ansiedad, depresión, dolor y un incremento de las actividades de la vida diaria tras la intervención.

La técnica de la *Escritura emocional* fue propuesta por Pennebaker (1986) y demostró que las personas que describían su trauma, tanto lo que había sucedido como lo que sintieron en ese momento acudían en menor medida a las consultas médicas. La técnica consiste en escribir durante cuatro días aproximadamente 20 minutos cada día sobre el trauma y lo que sienten, describiendo con detalle el lugar, personas que había y todo lo que sucedía desde una postura honesta (Lanza, 2006). En el dolor crónico parece ser que también resulta eficaz debido a que la escritura puede servir a los pacientes para organizar y dar sentido a su experiencia así como facilitar la comunicación con su entorno social y exponerse a los hechos y a las emociones derivadas de esos hechos (Moix y Casado, 2011)

La técnica de *Gestión del tiempo y programación de actividades* consiste en estructurar el tiempo disponible y planificar las actividades más relevantes en función de ese tiempo. A menudo, las personas con Fibromialgia sienten que no tienen tiempo para hacer las tareas de la vida cotidiana debido a que hay días en los que incluso levantarse de la cama les cuesta. La fatiga, el cansancio, el dolor, en ocasiones les impide llevar una vida “normal”. Por este motivo, es importante también dar una serie de pautas de gestión del tiempo y de programación de actividades de modo que, se establezcan prioridades a la hora de realizar tareas y éstas sean realistas (Vallejo, 2005).

La *Relajación* es otro recurso terapéutico que se utiliza en pacientes con Fibromialgia, se basa en el ciclo tensión-dolor, de modo que el dolor provoca tensión y ansiedad, y ésta, a su vez aumenta el dolor. Una técnica de relajación podría romper con este ciclo. La más utilizada para estos pacientes es la Relajación Progresiva de Jacobson (Moix y Casado, 2011)

El *Mindfulness* llamado también “atención plena” consiste en centrar la atención de forma intencional en el momento presente. Se trata de dejar fluir los pensamientos sin intentar cambiarlos ni juzgarlos (Vallejo, 2006). Diversos estudios han demostrado la eficacia de esta técnica en pacientes con Fibromialgia. En un estudio realizado por Adler-Neal y Zeidan (2017) encontraron que la MBSR puede mejorar el estrés, la calidad de vida, el dolor y la gravedad de los síntomas en pacientes con FM. Quintana y Rincón (2011) realizaron un estudio en el que aplicaron un programa de entrenamiento basado en mindfulness de ocho semanas de duración a 14 mujeres con FM, concluyeron que las

pacientes habían manifestado una mejora significativa en la calidad de vida y sintomatología depresiva.

El *ejercicio físico* está considerado como una de las principales estrategias para el manejo de la FM, aumenta la capacidad aeróbica y la fuerza muscular (Sañudo, Galiano, Carrasco y de Hoyo, 2010). En un estudio realizado por Tomas-Carus, Gusi, Leal, García y Ortega-Alonso (2007) con 34 pacientes que no realizaban ejercicio físico emplearon un programa de ejercicio acuático y concluyeron que a las doce semanas de ejercicio físico se observaron mejoras significativas ya que se redujo el impacto de la enfermedad en la salud tanto física como mental. Por otro lado, es conveniente que el ejercicio físico sea individualizado a cada persona ya que cada persona es diferente y tiene distinto grado de afectación de la enfermedad (Garrido, 2016).

2. Objetivos e hipótesis del estudio

El objetivo general del estudio es estudiar el curso y evolución de la enfermedad de Fibromialgia en función del género a partir de un programa de educación para la salud.

Objetivos específicos

- *Estudiar y comprobar si hay diferencias en el grado de afectación de la enfermedad de Fibromialgia en función del género*
- *Estudiar y comprobar si hay diferencias en cuanto a los beneficios del programa de educación para la salud en Fibromialgia entre hombres y mujeres*
- *Mejorar la calidad de vida de los participantes*
- *Dotar de estrategias para reducir el impacto de la Fibromialgia*
- *Facilitar conocimientos sobre la enfermedad (definición, sintomatología, diagnóstico, tratamiento)*
- *Entender la importancia de seguir unos hábitos de vida saludables para la mejora de la calidad de vida*
- *Reconocer, regular y manejar las emociones propias y las de los demás*
- *Ser consciente de la importancia de los pensamientos negativos y de las principales distorsiones cognitivas que tenemos al interpretar la realidad*
- *Asimilar la respiración completa como técnica de relajación*

Hipótesis

- ❖ *Hay diferencias con respecto al afrontamiento de la enfermedad en función del género*
- ❖ *Hay diferencias en cuanto a la afectación física y psicológica en función del género*
- ❖ *La educación sanitaria mejora la calidad de vida, el afrontamiento de la enfermedad y la sintomatología ansioso-depresiva*

3. Participantes

3.1. Selección de la muestra

Para la selección de la muestra se contactó con la Sede Provincial de la Asociación de Fibromialgia de Jaén, AFIXA. Para poder participar en el programa, los participantes tenían que cumplir los criterios diagnósticos de la Fibromialgia y además estar dispuestos a participar.

Se contactó con algunos de los socios que cumplían el perfil necesario y se les explicó el procedimiento y el objetivo del estudio. Accedieron a participar en el estudio 2 personas, un hombre y una mujer.

3.2. Descripción de los participantes

R.A.P es una mujer de 36 años, casada, residente en Jaén, es enfermera de profesión y trabajadora en el hospital de Úbeda. Está diagnosticada de Fibromialgia desde hace un año. Además, tiene diagnosticada Enfermedad de Graves. Actualmente toma lyrica (pregabalin), tryptizol, analgésicos, ISRS y benzodiacepinas.

T.I.R es un hombre de 47 años, divorciado, residente en Jaén, actualmente se encuentra en desempleo. No obstante, está haciendo cursos y preparando las oposiciones para acceder al SAS. Está diagnosticado de Fibromialgia desde hace 3 años. Además, está diagnosticado de síndrome de Costen, hipoacusia profunda y riza-artrosis. En la actualidad está tomando analgésicos, relajantes musculares y benzodiacepinas.

Ninguno de los dos está recibiendo tratamiento psicológico en el momento de la aplicación del programa.

4. Diseño y procedimientos de investigación

Se ha llevado a cabo una investigación de caso único con dos participantes, un hombre y una mujer, con el objetivo de comparar los resultados y comprobar si hay diferencias

entre ambos. En cuanto al diseño de caso único presenta una adecuada validez interna pero la generalización es baja ya que al haber pocos participantes el número de observaciones es menor. Por otro lado, el estudio se compone de siete sesiones en total con una hora de duración cada sesión. Una primera sesión informativa, dos sesiones evaluativas una de ellas antes de la aplicación del programa y otra al finalizar el programa y, por último, cuatro sesiones de aplicación del programa en sí. Cada una de ellas se hará de forma individual a excepción de la primera que al ser una sesión informativa se reúnen a ambos. La periodicidad de cada sesión es semanal. Además, en el estudio estaban planificadas sesiones de seguimiento al mes, tres meses y seis meses. No obstante, debido al corto tiempo para realizar el estudio no ha sido posible llevarlas a cabo.

A continuación, en la Tabla 2 se muestra un cronograma con las sesiones que se han llevado a cabo con cada uno de los participantes.

<i>Sesión 1</i>	<i>Sesión 2</i>	<i>Sesión 3</i>	<i>Sesión 4</i>	<i>Sesión 5</i>	<i>Sesión 6</i>	<i>Sesión 7</i>
22/10/18 11:30	29/10/18 10:00 R.A.P	6/11/18 17:30 T.I.R	12/11/18 17:30 T.I.R	19/11/18 10:30 T.I.R	26/11/18 10:30 T.I.R	3/12/18 10:30 R.A.P
<i>Ambos participantes</i>	29/10/18 12:00 T.I.R	6/11/18 18:30 R.A.P	12/11/18 18:30 R.A.P	19/11/18 11:30 R.A.P	26/11/18 11:30 R.A.P	3/12/18 11:30 T.I.R

Tabla 2.- Cronograma de sesiones

Sesión 1: Explicación y Compromiso

En esta sesión se han reunido a ambos participantes para darles información acerca del estudio que se va a realizar y solicitar su colaboración. Se les expusieron tanto los objetivos, procedimiento y duración de la investigación, así como los beneficios que podrían derivar del programa de educación para la salud en Fibromialgia. Se les ha hecho entrega de la hoja de información y consentimiento informado (ver anexo) para que, en caso de estar de acuerdo y querer participar, lo firmasen. Los participantes se quedaban con una copia firmada de dicho documento.

Sesión 2: Recogida de datos

Esta ha sido la primera sesión evaluativa que se hace antes de la aplicación del programa. Para ello se ha llevado a cabo una sesión con cada uno de los participantes en la que la psicóloga que realiza el estudio ha administrado los diversos instrumentos de evaluación, dichos cuestionarios se cumplimentaban aproximadamente en 1 hora y se administraron

en el mismo orden en el que están descritos en el apartado de instrumentos de evaluación. Además, se ha realizado una entrevista semiestructurada (ver anexo) para recabar datos sociodemográficos, historia familiar, apoyo social, eventos vitales, funcionalidad y percepción subjetiva de la enfermedad. Los participantes del presente estudio definen la Fibromialgia del siguiente modo: R.A.P *“Sin decir tacos es difícil dar una definición de Fibromialgia”, “Hay días en los que parece una condena”, “Tienes una continua sensación de aislamiento y de soledad”*. T.I.R *“Es una enfermedad que todo el mundo dice que no mata, pero sí mata porque te consume lentamente. Además, la gente no te cree”*

Sesión 3: Aprendiendo de la Fibromialgia (ver anexo)

En esta sesión se pretende dar información relacionada con la enfermedad para que los participantes comprendan mejor la misma. Los puntos que se han tratado en la sesión son los siguientes:

- Qué es la Fibromialgia así como los tipos, sintomatología, aspectos psicológicos asociados, diagnóstico y las relaciones sociofamiliares que se pueden ver afectadas y como mejorar la comunicación con el entorno familiar.
- Explicación de los distintos tratamientos eficaces en FM; farmacológicos y no farmacológicos
- Recomendaciones de hábitos de vida saludables: alimentación, ejercicio físico e higiene del sueño

Para los hábitos de vida saludables se ha entregado un dossier donde vienen explicadas de forma detallada algunas de las recomendaciones que podrían seguir (ver anexo).

Como tareas para casa se han propuesto las siguientes:

- Leer un cuento de Jorge Bucay “obstáculos” y rellenar una ficha en la que hay diversas preguntas para que relacionen el cuento con su vida (ver anexo).
- Escribir sobre su FM, aquello que piensen, sientan o les preocupe. (ver anexo).

Sesión 4: Aspectos psicológicos y gestión emocional (ver anexo)

Se comienza revisando las tareas para casa de la sesión anterior. A continuación, se ha comenzado con el contenido preparado para esta sesión.

En la primera parte, se han planteado aquellos aspectos psicológicos derivados de la enfermedad tales como la ansiedad, la depresión y las alteraciones cognitivas y de la memoria. Se ha hablado del afrontamiento de la enfermedad así como de las etapas que se siguen; negación, ira, negociación, depresión y aceptación de la enfermedad y de las medidas para afrontar el cambio de vida que se produce a consecuencia del diagnóstico de Fibromialgia.

En la segunda parte, se ha introducido el tema de la inteligencia emocional, se ha explicado en qué consiste y se ha visionado un vídeo de la película “Inside Out” de Disney en el que se explican las diferentes emociones básicas que existen. En la Tabla 3 se muestran las actividades que se han llevado a cabo durante la sesión.

INTELIGENCIA EMOCIONAL	ACTIVIDAD
Percepción emocional	• <i>Identificar emociones en diversas caras</i>
Asimilación emocional	• <i>Proponer emociones que se experimentan en diferentes situaciones</i>
Comprensión emocional	• <i>Clasificar emociones según; agradables con alta activación, agradables con baja activación, desagradables con alta activación y desagradables con baja activación</i>
Regulación emocional	• <i>Estrategias de regulación</i>

Tabla 3.- Actividades realizadas

Tareas para casa:

- “la brújula de las emociones” (ver anexo), es una actividad en la que tenían que escribir cosas que han logrado, cosas que han perdido, cuáles son sus temores y qué les hace sentir atacados.

Sesión 5: La importancia de los pensamientos (ver anexo)

Al inicio de la sesión, se ha revisado la tarea para casa que se mandó en la sesión anterior. Una vez resueltas las dudas, se ha comenzado a hablar de la importancia que tienen los pensamientos en nuestras conductas.

- Explicación del ABC de Ellis (ejemplos sobre situaciones de la vida de cada uno de los participantes en las que el pensamiento que han tenido sobre una situación ha influido en la conducta y en lo que han sentido).
- Realización de una actividad para identificar distorsiones cognitivas. En la actividad se explicaba cada una de las principales distorsiones cognitivas y tenían que puntuar de 0 a 10, donde 0 es que no están de y 10 que están totalmente de acuerdo con cada distorsión cognitiva. Una vez hecho eso, tenían que señalar aquellas en las que más puntuación han obtenido y, a continuación, poner un ejemplo de cada una de ellas. Una vez realizado esto, se han comentado cada una de las distorsiones cognitivas con el objetivo de que sean conscientes de la forma errónea que tienen de interpretar la realidad.
- Lectura del cuento de Jorge Bucay “Jacobito va en el tren”, sobre el pensamiento circular y alejado de la realidad.

Tareas para casa:

- Autorregistro de pensamientos negativos (ver anexo), en el que describían la situación y aquello que sintieron en ese momento así como los pensamientos que tuvieron.

Sesión 6: ¡Respira! (ver anexo)

Al comienzo de la sesión se ha revisado y comentado el autorregistro que tenían que traer realizado durante la semana. Una vez realizado eso, se ha pasado al contenido de la sesión 6. En primer lugar, se ha explicado el ciclo tensión-relajación y la importancia de la respiración como técnica de relajación. Además, también se han explicado los tres tipos de respiración y cómo influye cada una de ellas.

Posteriormente, se ha comenzado a explicar la respiración completa. Se ha visionado un vídeo en el cual se explica tanto procedimiento como los beneficios así como la forma correcta de realizarla. Antes de empezar a practicar la respiración, se han hecho unos ejercicios de entrenamiento.

Fase de entrenamiento

1. Poner las manos en el abdomen y llevar la respiración al abdomen de forma que notasen como se inflaba y desinflaba.
2. Se ha realizado el mismo procedimiento pero esta vez poniendo las manos en las costillas haciendo una respiración torácica en la que notaran como se abrían las costillas y como se cerraban.
3. Se les pedía que pusieran sus manos en las clavículas e hicieran una respiración clavicular y notaran como subía el pecho hacia arriba y como bajaba.

Una vez hecho el entrenamiento y controlado, se procedió a realizar la técnica de respiración completa en la que empezaran por la respiración abdominal, siguiendo por la torácica y terminando con la clavicular.

Por último, se les ha realizado una serie de preguntas; relación a la facilidad para respirar, concentración durante el ejercicio y relajación al acabar y se les pidió que las puntuasen de 0 a 10. En la Tabla 4 se muestran los resultados.

	<i>Facilidad para respirar</i>	<i>Concentración durante el ejercicio</i>	<i>Relajación al acabar</i>
T.I.R	7	9	8
R.A.P	8	9	9

Tabla 4.- Resultados

Tareas para casa:

- Practicar la técnica de respiración, para ello se ha facilitado un documento en el que se explica el procedimiento de respiración completa y algunas recomendaciones (ver anexo).
- Cumplimentar un registro de prácticas de respiración completa (ver anexo).

Sesión 7: Recogida de datos

Una vez finalizadas las sesiones del programa. En esta última sesión se ha revisado la tarea para casa que era el registro de respiración. A continuación, se han vuelto a administrar todos los instrumentos de evaluación que se cumplimentaron al inicio del programa para ver si se han producido cambios y en caso de haberse producido, en qué.

5. Metodología e instrumentos de evaluación (incluidos en el Anexo)

Cuestionario de Afrontamiento del Dolor Crónico (CAD) Soriano y Monsalve (2002): Se trata de un cuestionario autoadministrado para la medida de estrategias de afrontamiento en pacientes con dolor crónico. Consta de 31 ítems relacionados con lo que hace el paciente cuando tiene dolor. Tiene seis subescalas; religión, catarsis (búsqueda de apoyo social emocional), distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información (búsqueda de apoyo social instrumental). El paciente tiene que marcar entre “totalmente en desacuerdo”, “Más en desacuerdo que de acuerdo”, “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “Más de acuerdo que en desacuerdo” y “Totalmente de acuerdo”. En cuanto a las propiedades psicométricas, los índices de consistencia interna oscilan entre 0.78 y 0.94. (San Bartolomé, 2014).

Cuestionario de Dolor Español (CDE)(Ruiz, Pagerols y Collado, 1993): Está dirigido a personas con dolor agudo y crónico. Es un cuestionario autoadministrado. Se obtienen tres resultados; valor de intensidad total, valor de intensidad actual y escala visual analógica. El valor de intensidad total se obtiene de la suma de los valores de cada subclase: sensorial, afectiva y evaluativa. El valor de la intensidad actual se obtiene de una escala tipo Likert de 0 a 5 y el valor de la Escala Visual Analógica se puntúa de 0 a 10. En cuanto a las propiedades psicométricas, cuenta con algunas limitaciones que ponen en riesgo su validez. No obstante, tiene un índice de confiabilidad de $\alpha=.70$.

Escala de Autoestima de Rosenberg, 1965: Es un cuestionario utilizado para explorar la autoestima personal. Consta de 10 ítems, cinco de ellos enunciados de forma positiva y otros cinco enunciados de forma negativa. En cuanto a la interpretación; de los ítems 1 al 5 se puntúan de 4 a 1 y de los ítems 6 al 10, se puntúan de 1 a 4. Se considera que existe un problema de autoestima cuando la puntuación total es inferior a 25. Con respecto a las propiedades psicométricas, la consistencia interna se encuentra entre 0.76 y 0.87 y la fiabilidad es de 0.80 (Atienza, Moreno y Balaguer, 2000).

Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (Holmes y Rahe, 1976): Se trata de un cuestionario autoadministrado que cuantifica el estrés vital al que está sometida una persona y que puede dar lugar a la aparición de enfermedades. Consta de 43 acontecimientos y la persona tiene que señalar aquellos que le hayan sucedido en el último año. Para la corrección, cada uno de los sucesos tiene una puntuación otorgada y se suman las puntuaciones de aquellos que la persona haya marcado. Si la suma total es superior a

150, se entiende como “crisis vital”, por debajo de 140, no existe riesgo, entre 140-199, existe un riesgo bajo, entre 200-299, hay un riesgo intermedio y más de 300, hay un riesgo alto. En cuanto a las propiedades psicométricas; se han encontrado correlaciones significativas entre las respuestas a acontecimientos vitales estresantes y problemas de salud física y mental, por otro lado, la escala ha mostrado una fiabilidad test-retest de 0.85 (Holmes y Rahe, 1967).

Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (FIQ-S) (Rivera y González, 2004): Este cuestionario mide el impacto de la enfermedad en la función física, bienestar y trabajo a través de diez preguntas. Consta de unas escalas visuales analógicas para el dolor, sueño, fatiga, rigidez, ansiedad y depresión. Sumando todas las puntuaciones de las escalas visuales analógicas, se obtiene una puntuación total. A mayor puntuación, mayor impacto negativo. La consistencia interna es de $\alpha=.89$.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (Terol, Cabrera y Martín, 2015): Esta escala es muy utilizada para detectar ansiedad y depresión en población con alguna enfermedad física. Consta de 14 ítems y se compone de dos subescalas (ansiedad y depresión) compuesta cada una de ellas por 7 ítems. Además, esta escala ha mostrado una alta fiabilidad y validez, así como un índice de consistencia interna de .80, tanto para realizar un diagnóstico como para evaluar la gravedad del trastorno.

Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Ware,1992): El cuestionario SF-36 fue creado para examinar el estado de salud de los pacientes. A través de 11 ítems evalúa ocho conceptos de salud; limitaciones en actividades físicas, en actividades sociales, en roles habituales, en salud mental, dolor corporal, actividades habituales por problemas emocionales, vitalidad y percepción general de salud. Presenta una confiabilidad del test $\alpha=.85$. A mayor puntuación, mejor es el estado de salud.

Índice de Dolor Generalizado (WPI) y Índice de Gravedad de Síntomas SS Score: En el año 2010, se propusieron nuevos criterios diagnósticos para la Fibromialgia. Para ello, se utiliza el Índice de Dolor Generalizado (WPI) y una Escala de Gravedad de Síntomas. Se considera que una persona cumple los criterios diagnósticos de FM si presenta $WPI \geq 7$ y $SS \geq 5$ o si WPI 3-6 y $SS \geq 9$. En el WPI, la persona tiene que marcar con una cruz en cada área que se le presenta en la que haya sentido dolor durante la última semana. Para la corrección, se suma el número de áreas marcadas.

En la Escala de Gravedad de Síntomas SS- Parte 1, tiene que indicar la gravedad de los síntomas durante la semana pasada en una escala de 0 a 3 que va de leve hasta grave. En SS-Parte 2, tiene que marcar la casilla que corresponda a un síntoma que haya sufrido durante la semana pasada. Para la corrección de ambos, se suman las casillas marcadas. Estos tres criterios cuentan con una sensibilidad del 88,4% y una especificidad del 81,1% (Moyano, 2014).

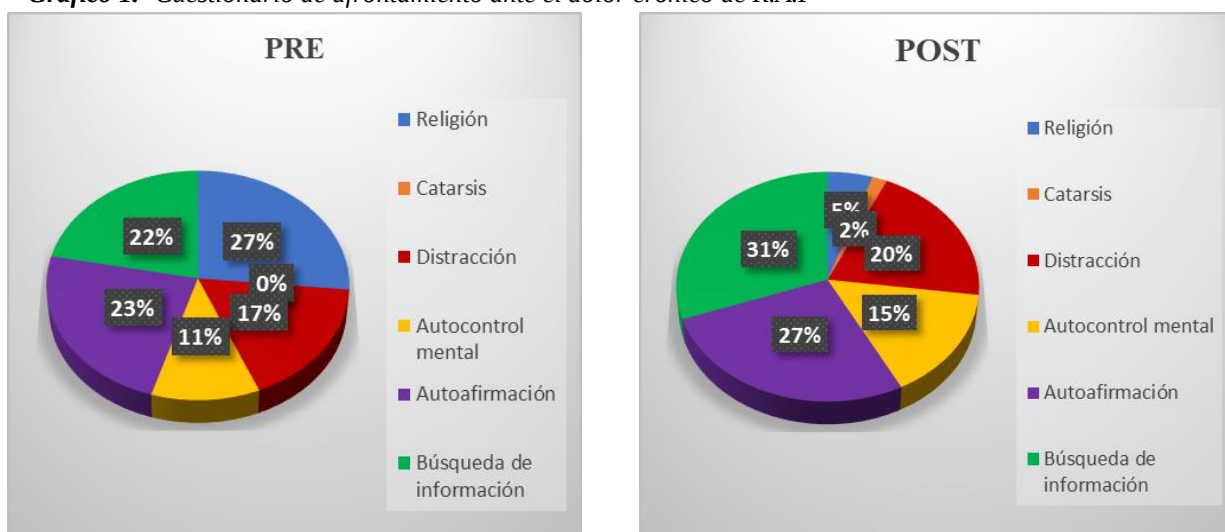
Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) (Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer, 1989): Explora siete dimensiones sobre la calidad del sueño en el último mes: calidad subjetiva de sueño, latencia de sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, trastornos del sueño, consumo de medicación para dormir y funcionamiento diurno, todo esto a través de 19 ítems cada uno de ellos con un rango de 0 a 3. Para conseguir la puntuación global, se suman cada uno de los componentes, obteniendo un rango de 0 a 21 en el que 0 significa ausencia de dificultades y 21 severas dificultades. Cuenta con una consistencia interna $\alpha=.79$ y una fiabilidad test-retest de 0.40.

6. Resultados

Se ha realizado un análisis descriptivo de cada una de las variables medidas a través de los diversos instrumentos de evaluación administrados tanto antes de la implantación del programa como después. En primer lugar, se muestran los resultados pre y post de cada uno de los participantes de forma individual. Posteriormente, se muestra la comparación de ambos en función del género.

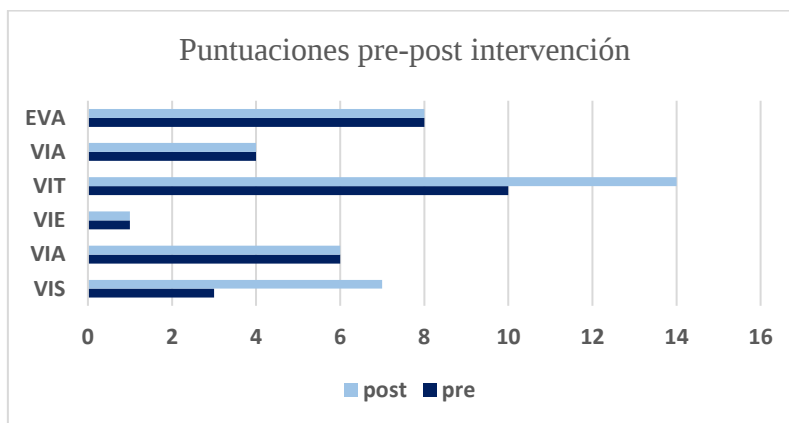
6.1. Evolución clínica de R.A.P

Gráfico 1.- Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico de R.A.P



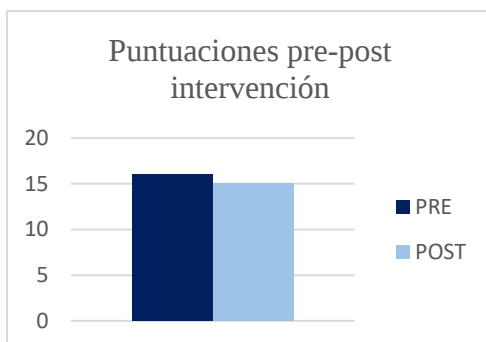
En cuanto a las estrategias de afrontamiento de R.A.P, medidas con el CAD, se observa que en la pre-intervención, las estrategias más utilizadas son la religión, la autoafirmación y la búsqueda de información. Sin embargo, en la post-intervención, disminuye la religión y aumenta la autoafirmación y la búsqueda de información. El resto de estrategias utilizadas por R.A.P (distracción y autocontrol mental) se mantienen en la pre y post intervención.

Gráfico 2.- Cuestionario de Dolor Español de R.A.P



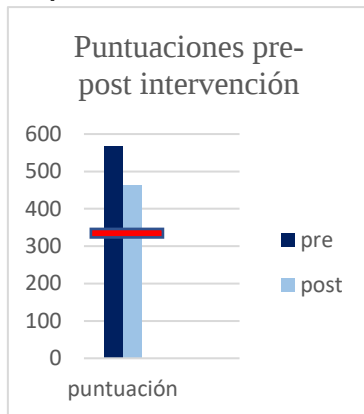
Con respecto al valor de intensidad total encontramos puntuaciones altas que se incrementan en la post-intervención. En cuanto al valor de intensidad actual encontramos puntuaciones altas catalogando el dolor como fuerte y en la escala visual analógica con puntuaciones cercanas a dolor insoportable que se mantienen en la pre y en la post intervención.

Gráfico 3.- Escala de Autoestima de Rosenberg de R.A.P



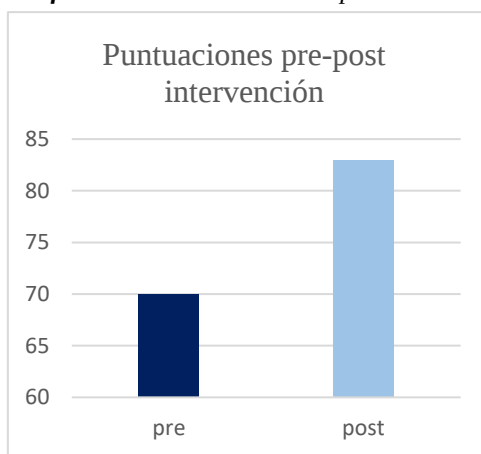
En la Escala de Autoestima, una puntuación inferior a 25 indica problemas de autoestima. Las puntuaciones obtenidas por R.A.P en esta escala denotan problemas en esta variable. Además, estos se mantienen en la post intervención.

Gráfico 4.- Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de R.A.P



En esta escala se observan puntuaciones muy altas tanto en la pre como en la post intervención. Esto quiere decir que R.A.P está sometida a un alto riesgo de estrés vital que puede favorecer la aparición de enfermedades.

Gráfico 5.- Cuestionario de Impacto de Fibromialgia de R.A.P



Con respecto al impacto, observamos que obtiene puntuaciones muy altas e incluso en la post intervención se incrementan. Estas puntuaciones podrían indicar que la enfermedad tiene un gran impacto negativo en la vida de R.A.P

Gráfico 6.- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión de R.A.P

Las puntuaciones superiores a 11 indican problemas en cada una de las subescalas (ansiedad y depresión). Las puntuaciones obtenidas por R.A.P indicarían problemas tanto en ansiedad como en depresión en la pre y en la post intervención, incluso consiguiendo puntuaciones más altas en la post intervención.

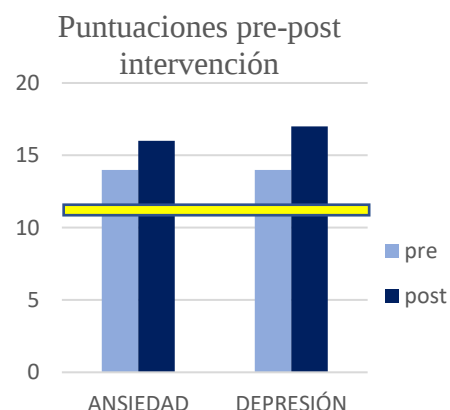
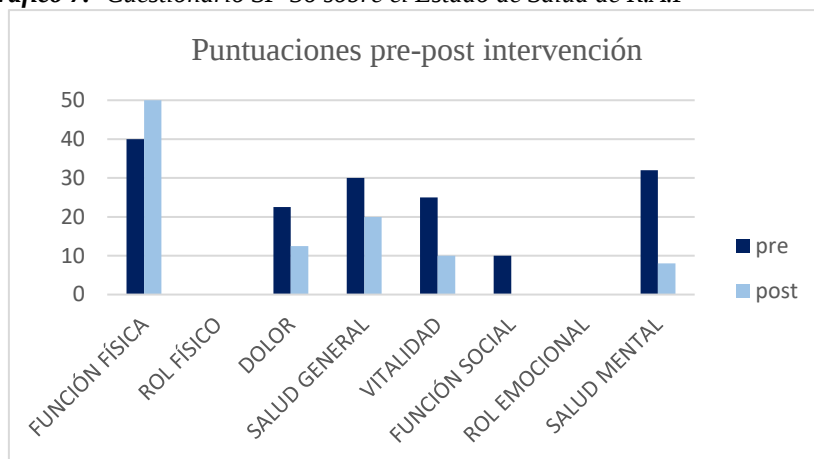
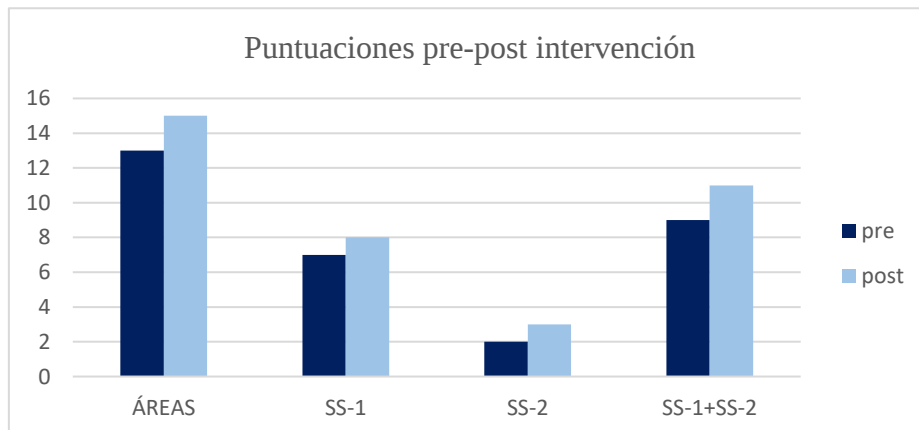


Gráfico 7.- Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud de R.A.P



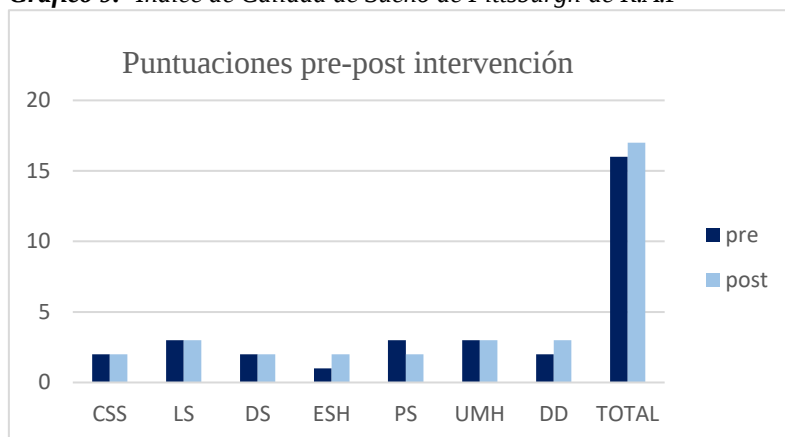
En cuanto a la calidad de vida, encontramos resultados muy bajos en todos los componentes tanto en la pre-intervención como en la post-intervención, quedando estas puntuaciones más cerca de “una mala calidad de vida”. Se observan peores puntuaciones en rol físico y en rol emocional.

Gráfico 8.- Índice de Dolor Generalizado e Índice de Gravedad de Síntomas de R.A.P



Según los nuevos criterios diagnósticos propuestos en 2010, R.A.P los cumpliría ya que $WPI > 7$ y $SS > 5$, tanto en la pre-intervención como en la post-intervención. Se observan cambios con respecto a la pre y post intervención de forma que tanto el WPI como el SS aumentan.

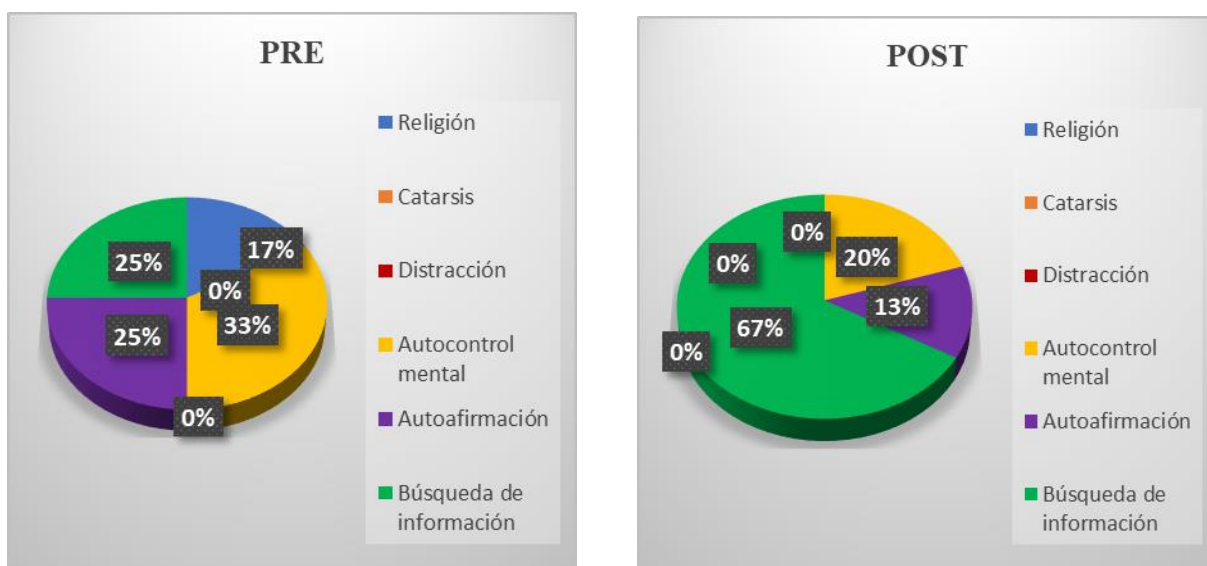
Gráfico 9.- Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh de R.A.P



En cuanto a la puntuación en cada una de las siete dimensiones exploradas por el PSQI, encontramos que se mantienen en la pre y en la post-intervención con puntuaciones que indican dificultades en cada una de ellas. Con respecto a la puntuación global obtenida indica que hay importantes dificultades.

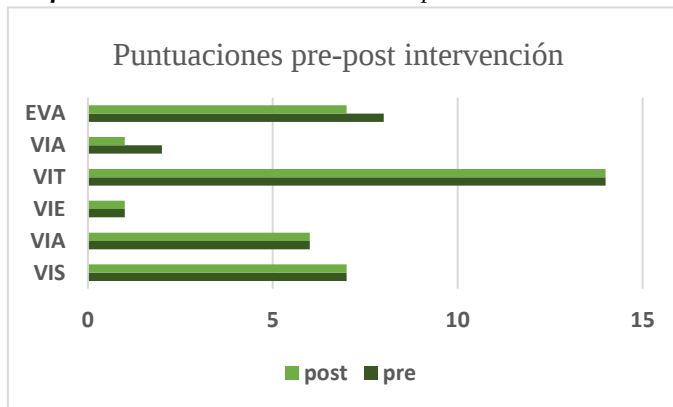
6.2. Evolución clínica de T.I.R

Gráfico 10.- Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico de T.I.R



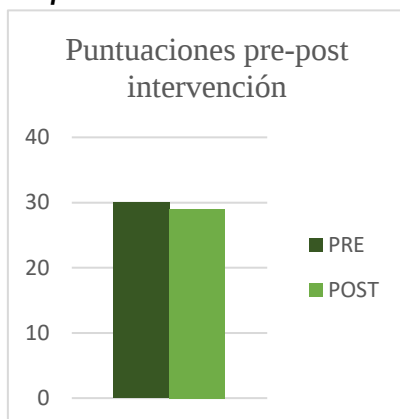
En cuanto a las estrategias de afrontamiento de T.I.R, medidas con el CAD, se observa que, en la pre-intervención las estrategias más utilizadas son el autocontrol mental, la autoafirmación y la búsqueda de información. Sin embargo, en la post-intervención, disminuyen el autocontrol mental y la autoafirmación y aumenta de forma considerable la búsqueda de información.

Gráfico 11.- Cuestionario de Dolor Español de T.I.R



Con respecto al valor de intensidad total encontramos la máxima puntuación alcanzable que se mantiene en la post-intervención. En cuanto al valor de intensidad actual encontramos puntuaciones bajas catalogando el dolor como molesto y en la post-intervención disminuye valorando la intensidad leve. En la escala visual analógica y en la escala visual analógica con puntuaciones cercanas a dolor insoportable que disminuyen en la post-intervención.

Gráfico 12.- Escala de Autoestima de Rosenberg de T.I.R



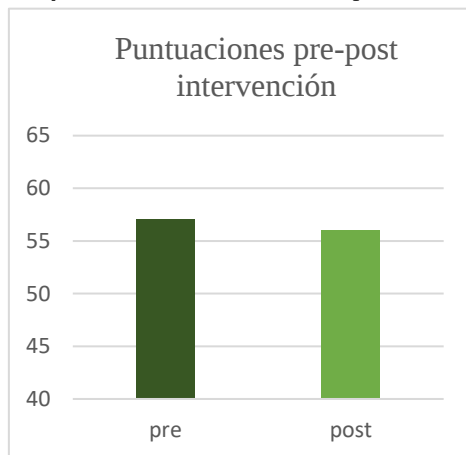
Las puntuaciones obtenidas por T.I.R en esta variable indican que no existen problemas de autoestima ya que la puntuación es superior a 25. Además, se mantiene en la post-intervención.

Gráfico 13.- Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de T.I.R



En esta escala se observan puntuaciones en la pre-intervención intermedias que se corresponden con un riesgo intermedio de estrés vital al que está sometido T.I.R. En la post-intervención, se observa una disminución de estas puntuaciones que se corresponden con un riesgo bajo.

Gráfico 14.- Cuestionario de Impacto de Fibromialgia de T.I.R



En cuanto al impacto, observamos que T.I.R obtiene unas puntuaciones intermedias que indican un leve impacto negativo. Estas puntuaciones disminuyen en la post-intervención.

Gráfico 15.- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión de T.I.R

En las subescalas ansiedad y depresión, las puntuaciones se encuentran justo en el punto de corte (11) que indicarían problemas. Además, estos resultados se mantienen tanto en la pre-intervención como en la post-intervención.

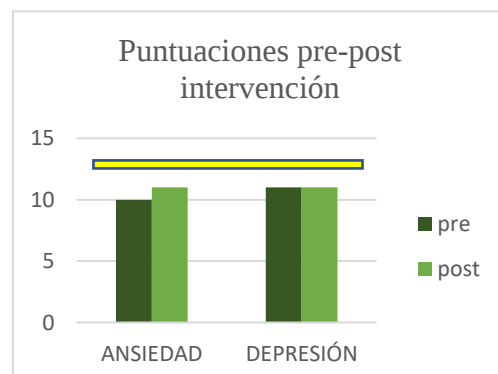
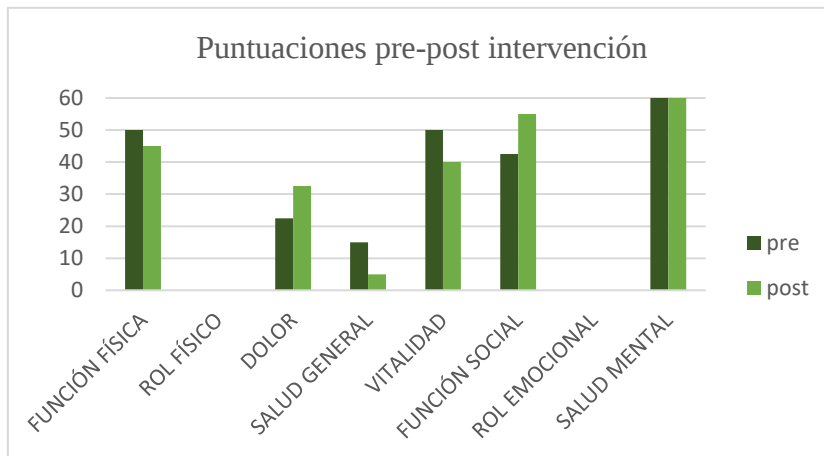
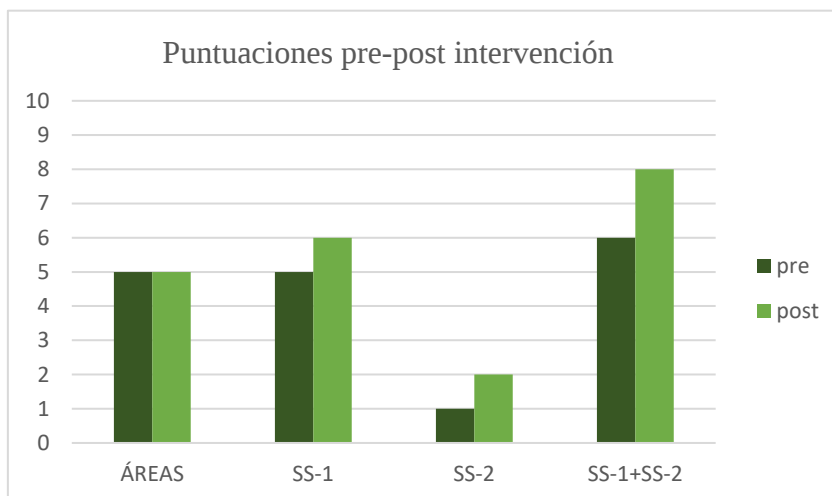


Gráfico 16.- Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud de T.I.R



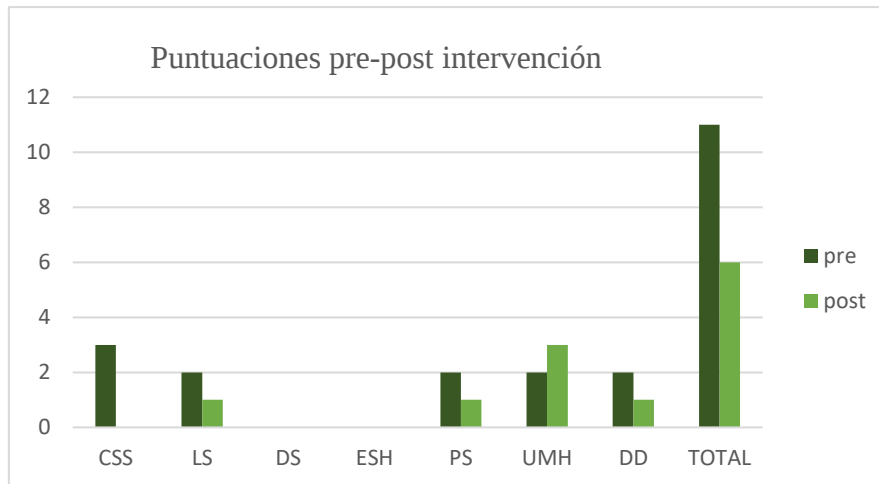
En cuanto a la calidad de vida, encontramos resultados muy bajos en todos los componentes tanto en la pre-intervención como en la post-intervención, quedando estas puntuaciones más cerca de “una mala calidad de vida”. Se observan peores puntuaciones en rol físico y en rol emocional.

Gráfico 17.- Índice de Dolor Generalizado e Índice de Gravedad de Síntomas de T.I.R



Se ha encontrado que las áreas de dolor marcadas se mantienen en la pre y en la post-intervención. Con respecto al índice de gravedad de síntomas, encontramos que se produce un aumento en la post-intervención.

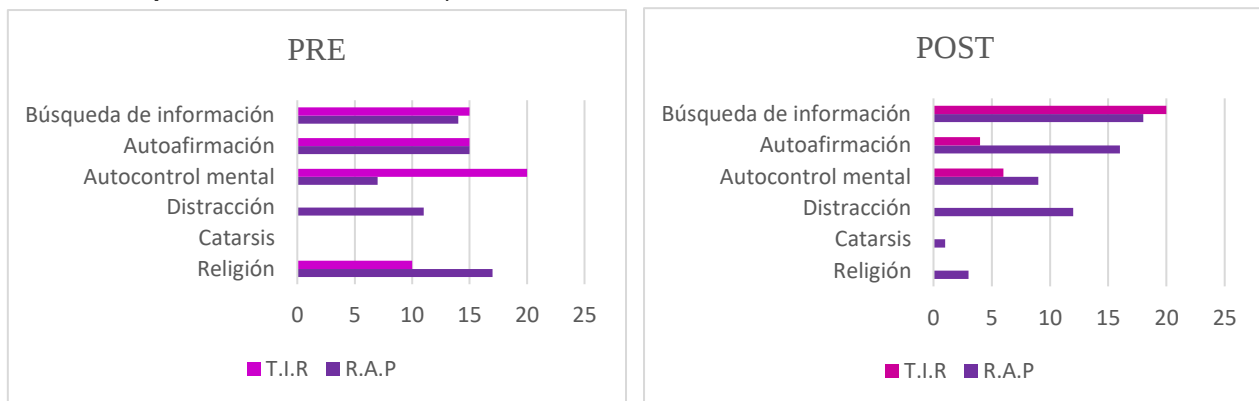
Gráfico 18.- Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh de T.I.R



En cuanto a la puntuación en cada una de las siete dimensiones exploradas por el PSQI, encontramos algunas leves dificultades que mejoran en la medida post. Con respecto a la puntuación global indica que también hay leves dificultades pero se encuentra una mejora en la post-intervención.

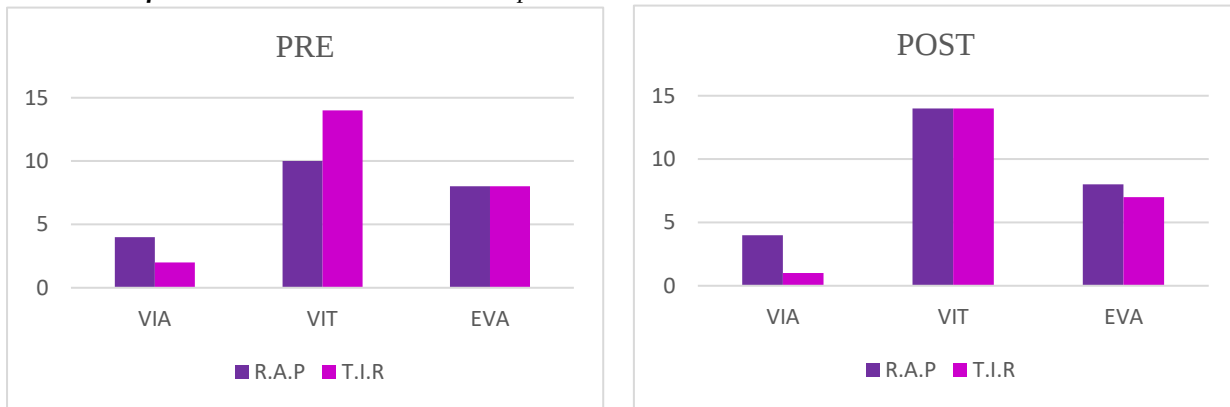
6.3. Comparación en función del género

Gráfico 19.- Cuestionario de Afrontamiento ante el dolor crónico



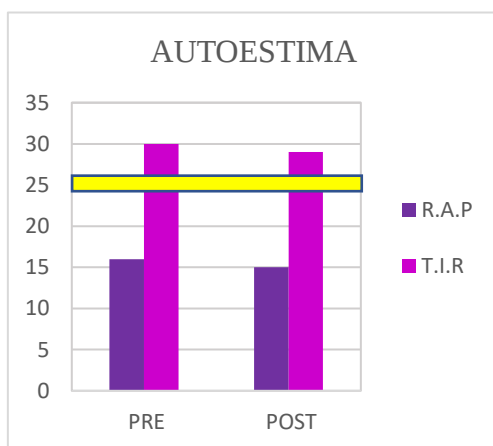
Las estrategias de afrontamiento utilizadas en la pre-intervención ambos coinciden en las más utilizadas que son la autoafirmación y la búsqueda de información. Además, R.A.P, por su parte, utiliza la religión y T.I.R el autocontrol mental. En la post-intervención, aumenta de forma considerable la búsqueda de información como estrategia de afrontamiento en los dos participantes.

Gráfico 20.- Cuestionario de Dolor Español



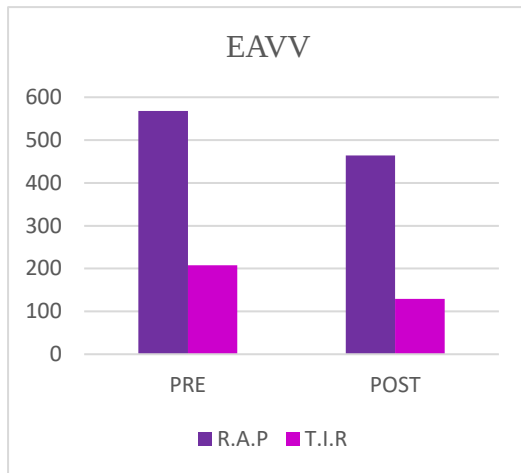
En la pre-intervención, encontramos que T.I.R obtiene puntuaciones más bajas en valor de intensidad actual. Esto quiere decir que identifica el dolor como molesto mientras que R.A.P lo identifica como fuerte. Por otro lado, con respecto al valor de intensidad total, los dos tienen puntuaciones muy altas y en la escala visual analógica ambos coinciden en definir el dolor como insoportable. En la post-intervención, R.A.P mantiene las puntuaciones de VIA y EVA e incrementa las de VIT y T.I.R mantiene las puntuaciones de VIT y disminuye las de VIA y EVA.

Gráfico 21.- Escala de Autoestima de Rosenberg



En la Escala de Autoestima se observa que R.A.P presenta problemas en esta variable ya que su puntuación es superior a 25 mientras que T.I.R no. Estos resultados se mantienen en la medida post.

Gráfico 22.- Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes



R.A.P está sometida a un mayor estrés vital que T.I.R, ya que alcanza mayores puntuaciones tanto en la medida pre como en la post-intervención. No obstante, en ambos disminuyen dichas puntuaciones en la post-intervención.

Gráfico 23.- Cuestionario de Impacto de Fibromialgia



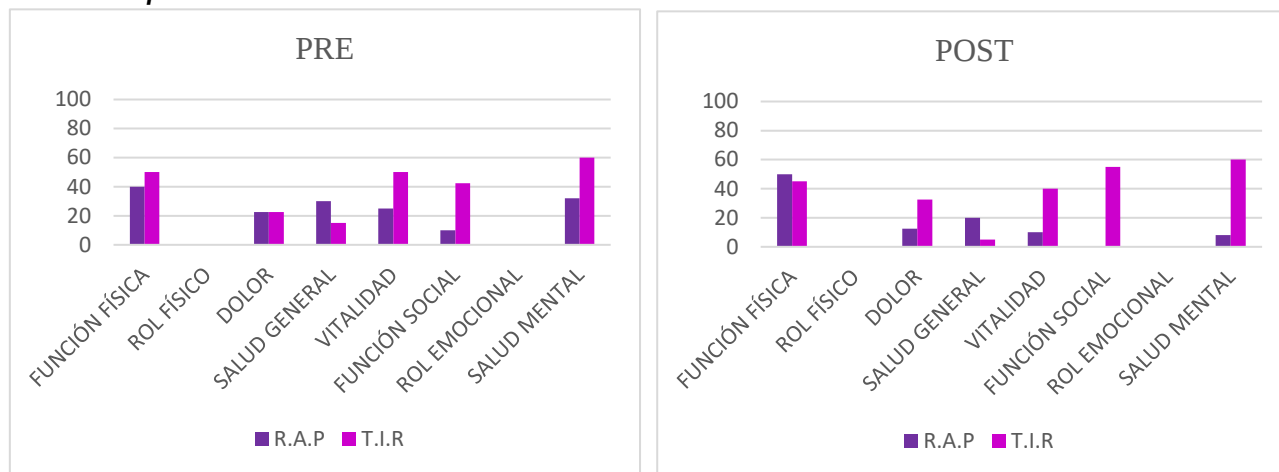
El impacto negativo que ejerce la FM en la vida de los participantes es mayor en R.A.P en ambas medidas. En la post-intervención, las puntuaciones en el caso de T.I.R se mantienen. Sin embargo, en el caso de R.A.P aumentan.

En las subescalas ansiedad y depresión, R.A.P supera el punto de corte que indica problemas en cada una de ellas mientras que T.I.R está justo en el punto de corte. Las puntuaciones de ambos se mantienen en las dos medidas realizadas.

Gráfico 24.- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

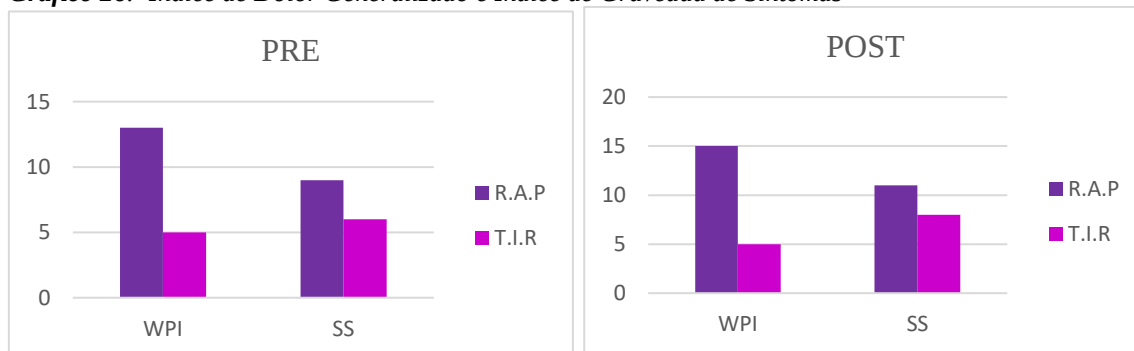


Gráfico 25.- Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud



En cuanto al estado general de salud, se observa que R.A.P. obtiene puntuaciones más bajas en todas las dimensiones excepto en Salud General que está por encima de T.I.R. Ambos tienen puntuaciones bajas que indican “una mala calidad de vida” y esas puntuaciones se mantienen en la post-intervención. Además, coinciden en obtener peores puntuaciones en rol físico y rol emocional que indican problemas en el trabajo u otras actividades debido tanto a la salud física como a la emocional.

Gráfico 26.- Índice de Dolor Generalizado e Índice de Gravedad de Síntomas



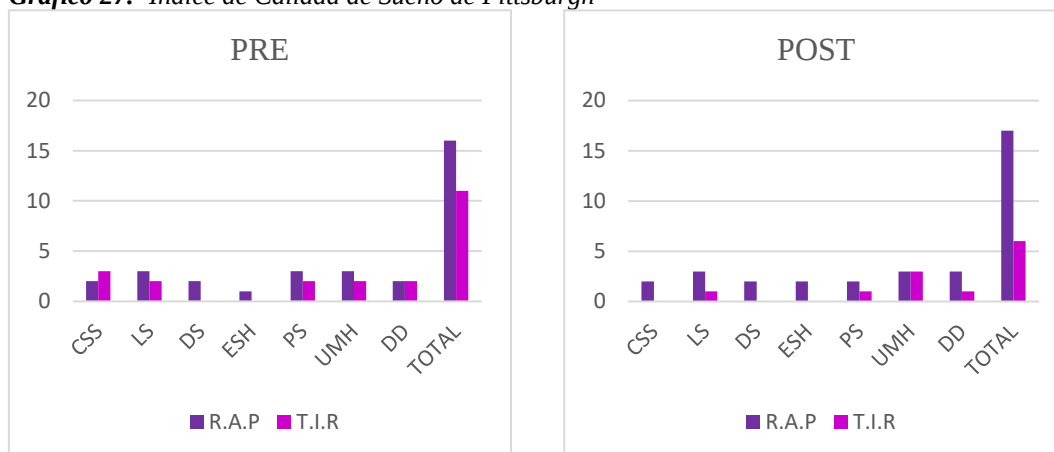
En cuanto al WPI, áreas de dolor marcadas, y al índice de gravedad de síntomas, encontramos que es superior en R.A.P. tanto en la pre-intervención como en la post-intervención. Además, en la post-intervención se produce un aumento en el índice de gravedad de los síntomas en los dos participantes mientras que el WPI se mantiene en el caso de T.I.R. y aumenta en el caso de R.A.P.

En la Tabla 5 se muestran los principales síntomas señalados por cada uno de los participantes. Se observa que R.A.P. manifiesta una cantidad de síntomas superior a T.I.R. y algunos de ellos son diferentes, los tiene uno u otro.

R.A.P	T.I.R
Dolor muscular	Dolor muscular
Fatiga/agotamiento	Fatiga/agotamiento
Problemas de comprensión y memoria	
Debilidad muscular	Debilidad muscular
Dolor de cabeza	
Calambres en el abdomen	
Entumecimiento/hormigueos	Entumecimiento/hormigueos
Mareo	
Insomnio	Insomnio
Depresión	Depresión
Estreñimiento	
Dolor en la parte alta del abdomen	
Nauseas	
Ansiedad	Ansiedad
Dolor torácico	
Visión borrosa	
Zumbidos en los oídos	Zumbidos en los oídos
Boca seca	
Picores	
Urticaria	Pérdida de apetito
Acidez de estómago	Acidez de estómago
Úlceras	Trastornos auditivos
Pérdida o cambios en el gusto	
Ojo seco	
Respiración entrecortada	
Erupciones	
Moretones frecuentes	
Caída del cabello	Caída del cabello

Tabla 5.- Principales síntomas

Gráfico 27.- Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh



En las siete dimensiones exploradas por el Índice de Calidad de Sueño, encontramos que R.A.P tiene puntuaciones más bajas, se mantienen en la post-intervención, que indican problemas importantes en cada una de las dimensiones, así como en la puntuación global mientras que las puntuaciones de T.I.R indican problemas leves tanto en cada una de las dimensiones como en la puntuación global, se encuentra una mejora en la post-intervención.

7. Conclusiones y discusión

El objetivo principal de este estudio era estudiar el curso y evolución de la enfermedad de FM en función del género a partir de un programa de educación para la salud.

Diversos estudios han demostrado la eficacia de un programa de educación sanitaria en personas con Fibromialgia. En un estudio realizado por Mayorga et al. (2010) para valorar el impacto de un programa de educación sanitaria sobre la calidad de vida y la frecuencia con la que acudían a consulta las personas con FM, encontraron que tras la intervención se produjo una disminución en la puntuación del SFIQ y una reducción de hasta el 60% del número de visitas al médico. Además, se produjo una mejora en la sintomatología ansioso-depresiva. En otro estudio realizado para valorar el impacto de un programa de psicoeducación sanitaria sobre la calidad de vida en pacientes con FM, evaluando si existen diferencias entre intervención grupal e individual, encontraron que en ambos grupos se produjeron mejoras significativas en el cuestionario SF-36 y cuando se compararon ambas intervenciones se encontró que la intervención grupal es más efectiva (García-Campayo, et al., 2005). Bosch, Sáenz, Valls y Viñolas (2002) realizaron un estudio para valorar el impacto de un programa de educación sanitaria sobre la calidad de vida de personas con FM y concluyeron que la educación sanitaria modifica la percepción de la calidad de vida de estas personas mejorando el dolor, así como aumenta el conocimiento de la enfermedad disminuyendo la dependencia de los servicios sanitarios. No obstante, existe una escasez de estudios de este tipo con hombres. Por ello, el presente estudio intenta estudiar la enfermedad de FM en función del género. Para ello, se han evaluado distintas variables antes y después de la implantación del programa a través de los instrumentos comentados con anterioridad.

En relación a las estrategias de afrontamiento más utilizadas en la pre-intervención, los dos coinciden en utilizar la autoafirmación y la búsqueda de información. Sin embargo, en el caso de R.A.P utiliza también la religión y T.I.R el autocontrol mental, según un estudio realizado por Soucase, Monsalve, Soriano y de Andrés (2004), el autocontrol mental se relaciona negativamente con la dimensión de ansiedad. En la post-intervención, se encuentra que en ambos aumenta la búsqueda de información como estrategia de afrontamiento disminuyendo las demás. En el estudio anteriormente mencionado de Soucase et al. (2004) encontraron que las principales estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con fibromialgia eran la autoafirmación, la búsqueda de

información y la religión. Esto coincide con las estrategias utilizadas por R.A.P en la pre-intervención.

En el nivel de dolor informado, evaluado a través de la EVA, los dos participantes catalogaban el dolor como insoportable. En el caso de R.A.P esto se mantuvo en la medida post, en el caso de T.I.R disminuyó un punto. En cuanto al valor de intensidad total, no se encontraron diferencias en cuando a la intensidad ya que en ambos se observaban altas puntuaciones. Sin embargo, en cuanto al valor de intensidad actual, sí se observaron diferencias ya que mientras que R.A.P consideraba el dolor como fuerte y esto se mantuvo en la post-intervención, T.I.R lo consideraba como un dolor molesto y además estas puntuaciones disminuyeron en la post-intervención.

En la variable autoestima, las puntuaciones se mantienen entre la pre y la post-intervención. Estas puntuaciones apuntan a que R.A.P presenta problemas de autoestima mientras que T.I.R no presenta problemas en esa variable. En cuanto a la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes, observamos que las puntuaciones de R.A.P son superiores en ambas medidas, lo que parece indicar que ella está sometida a un nivel mayor de estrés vital que puede ocasionar algunos problemas de salud.

Se ha encontrado que el impacto negativo que ejerce la enfermedad de fibromialgia en la vida de los dos participantes es mayor en R.A.P en las dos medidas con puntuaciones muy altas a diferencia de lo que se encuentra en un estudio realizado por Ruiz et al. (2007) el impacto es mayor en los hombres y que además este se relaciona de forma inversa con la edad, de modo que, a mayor edad, menor impacto de la fibromialgia. El hallazgo de este estudio, en el que ella obtiene mayores puntuaciones de impacto negativo difiere del encontrado en el estudio de Ruiz et al. (2007), esto podría deberse a que, en nuestro caso, T.I.R no trabaja fuera de casa ya que está en el paro y una de las dimensiones que mide el cuestionario es esa.

En cuanto a la sintomatología ansioso-depresiva, se encuentran diferencias ya que las puntuaciones de R.A.P indicaría que existen problemas en las dos subescalas, ansiedad y depresión. Sin embargo, las puntuaciones obtenidas por T.I.R indica que no existen problemas en ninguna de ellas. Además, en ambos participantes se mantienen las puntuaciones en ambas medidas. Lo obtenido en este cuestionario es congruente con las puntuaciones del SF- 36 en la que la dimensión Salud Mental (sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo) la puntuación de R.A.P es menor indicando mayores

problemas que la de T.I.R. Esto coincide con los resultados obtenidos en el estudio de Segura-Jimenez et al. (2016) en el que las mujeres mostraron un peor estado de salud mental.

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la Salud, medida con el cuestionario SF-36, encontramos que los dos participantes coinciden en obtener unas puntuaciones bajas que indican “una mala calidad de vida”, estas puntuaciones se mantienen en la post-intervención. En el caso de R.A.P se encuentran peores puntuaciones en Transición de Salud, esto indica que cree que su estado de salud es mucho peor ahora que hace un año, función social, esto quiere decir que hay una interferencia muy frecuente en la vida social debido a problemas físicos y emocionales y, además, coincide con T.I.R en las dimensiones donde más problemas encuentran son rol físico y rol emocional, es decir, problemas en el trabajo u otras actividades debido a la salud física o a problemas emocionales. Por otra parte, además de problemas en la dimensión rol físico y rol emocional, T.I.R obtiene peores puntuaciones en la dimensión Salud General, en la que él evalúa que su salud es mala y cree que va a empeorar con el tiempo.

En cuanto a los síntomas señalados por los dos participantes se encuentran algunas diferencias. Los síntomas centrales y característicos de la FM, ambos señalan tenerlos; dolor muscular, fatiga, insomnio, depresión. No obstante, en algunos de ellos difieren y sobre todo se encuentra que R.A.P señala una cantidad mayor de síntomas así como un índice mayor en la gravedad de los mismos. R.A.P señala sintomatología como erupciones y moretones mientras que T.I.R señala problemas auditivos.

En las dimensiones exploradas por el Índice de Calidad del Sueño, encontramos que R.A.P manifiesta problemas importantes en cada una de ellas. En las que más problemática se encuentra es en Latencia de sueño, Perturbaciones del sueño y Uso de medicación hipnótica, estas puntuaciones se mantienen en la post-intervención. En las puntuaciones obtenidas por T.I.R encontramos que indican problemas leves, estos problemas están más acentuados en la Calidad subjetiva del sueño, no obstante, se encuentra una mejora de estas puntuaciones en la post-intervención. En el estudio realizado por Miró et al. (2012) no se encontraron diferencias en sueño en función del sexo.

Con respecto a las hipótesis planteadas en este estudio: en la primera de ellas, *hay diferencias con respecto al afrontamiento de la enfermedad en función del género,*

encontramos que, en cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por ambos, no se encuentran grandes diferencias y estas disminuyen en la post-intervención. En cuanto a la segunda hipótesis, *hay diferencias en cuanto a la afectación física y psicológica en función del género*, encontramos que se cumple ya que sí se encuentran diferencias en las demás variables medidas ya que se obtienen peores puntuaciones por R.A.P en todas ellas; nivel de dolor informado, autoestima, estrés vital, impacto de FM, ansiedad, depresión, calidad de vida, cantidad y gravedad de síntomas y calidad de sueño. Y, por último, la tercera de las hipótesis, *la educación sanitaria mejora la calidad de vida, el afrontamiento de la enfermedad y la sintomatología ansioso-depresiva*, no podemos decir que se cumple ya que no se han visto cambios importantes de la medida pre a la medida post. A pesar de que los dos participantes mostraban una buena predisposición para participar en el estudio y se han implicado en él de forma considerable. Parece que T.I.R se ha beneficiado más del mismo ya que las puntuaciones de las diferentes variables medidas tanto antes como después de la implantación del programa, en su mayoría, han disminuido mientras que las de R.A.P han aumentado o se han mantenido. No obstante, no se han obtenido los resultados deseados ya que no se ha producido una disminución de la sintomatología ansioso-depresiva ni un aumento de la calidad de vida sino que se han mantenido los resultados. Esto puede ser debido a la necesidad de que el programa tenga una duración mayor y un número mayor de sesiones para que resulte eficaz. Además, sería conveniente llevar a cabo un seguimiento con los participantes del estudio una vez acabado el programa. Un seguimiento al mes, tres meses y seis meses para ver si se producen cambios y si estos se mantienen en el tiempo. Además, mencionar que T.I.R lleva más tiempo diagnosticado de FM, eso podría ser un sesgo del estudio ya que R.A.P lleva poco tiempo con la enfermedad y probablemente él haya avanzado en su fase de afrontamiento y por ello tenga menor afectación anímica e incluso tenga mejorías mayores del programa de educación.

Los resultados obtenidos en esta investigación no se pueden generalizar a todos los hombres y a todas las mujeres debido a las limitaciones propias del diseño empleado en este estudio. En todo momento se mencionan las diferencias obtenidas entre los dos participantes de esta investigación, R.A.P y T.I.R.

Como líneas futuras de investigación, sería interesante abordar esta temática. Realizar investigaciones donde se comparen a hombres y mujeres con FM con una muestra más amplia para poder generalizar los resultados.

8. Referencias bibliográficas

- Adler-Neal, A.L., y Zeidan, F. (2017). Mindfulness meditation for fibromyalgia: mechanistic and clinical considerations. *Curr Rheumatol*, 19(9), 1-15. doi: 10.1007/s11926-017-0686-0
- Arques, S., Calvo, J., Giner, V., Martín, A., Martínez, I., Palop, V., Peñarrocha, J., Ruiz, L., Soriano, F., Cuevas, D., y Belda, V. J. (2014). Atención a pacientes con fibromialgia.
- Arranz, L.I. (2012). *Estudio sobre el estado nutricional, calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con fibromialgia* (tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona
- Atienza, F.L., Moreno, Y., y Balaguer, I. (2000). Análisis de la Dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una Muestra de Adolescentes Valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 22, 29-42.
- Barreira, J.C. (2015). Fibromialgia. Jefe del Servicio de Reumatología y Jefe del Departamento de Investigación y Docencia, Hospital Británico, 25-31.
- Bosch, E., Sáenz, N., Valls, M., Viñolas, S. (2002). Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Atención Primaria*, 30(1), 16-21.
- Burckhardt, C., Mannerkorpi, K., Hedenberg, L., y Bjelle, A. (1994). A randomized controlled trial of education and physical therapy for women with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 21(4), 714-720.
- Buyse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R. y Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.
- Collado, A., Torres, X., Arias, A., Solé, E., Salom, L., Gómez, E., y Arranz, L. (2016). *La fibromialgia. Consejos y tratamientos para el bienestar*. Barcelona, España: Amat Editorial.
- Esteve, M. R., Ramírez, C., y López, A. E. (2001). Alteraciones de la memoria en pacientes con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*, 8(2), 119-127.
- García-Bandón, V., Castel-Bernal, B., y Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatol Clin*, 2(1), 38-43.
- García-Campayo, J., Arnal, P., Marqués, H., Meseguer, E., Martínez, A., Navarro, C., Mínguez, C., Romeo, A., y Orozco, F. (2005). Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 73, 33-41.
- Garrido, M.I. (2016). Guía multidisciplinar de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica y Sensibilidad Química Múltiple. Editado por AFIJA Jaén, con la colaboración de la Diputación de Jaén.

- Holmes, T. H., y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218.
- Johnson, M., Paananen, M. L., Rahinanti, P. y Hannonen, P. (1997). Depressed fibromyalgia patients are equipped with an emphatic competence dependent self-esteem. *Clinical of rheumatology*, 16, 578-584.
- Lanza, G. (2006). El trabajo de escritura entre sesiones en la psicoterapia psicoanalítica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 9, 155-176.
- López, M., y Mingote, J.C. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19(3), 343-358.
- Máñez, I., Fenollosa, P., Martínez-Azucena, A., y Salazar, A. (2005). Calidad del sueño, dolor y depresión en fibromialgia. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 12(8), 491-500.
- Mayorga, M.J., Fernández, I., Bullón, F., Morales, C., Herrera, J., Echevarría, M. (2010). Impacto de un programa de educación sanitaria en pacientes con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(5), 227-232. doi: 10.1016/j.resed.2010.04.004
- Miró, E., Diener, F.N., Martínez, M.P., Sánchez, A. I., y Valenza, M.C. (2012). La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema*, 24, 10-15.
- Moioli, B. y Merayo, L.A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista Sociedad Española de Dolor*, 12, 476-484.
- Moix, J., y Casado, M.I. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50. doi: 10.5093/cl2011v22n1a3
- Moyano, S. (2014). Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia. ¿Vinieron para quedarse?. Hospital Escuela Eva Perón, 1-41.
- Murga, I., Guillen, V., y Lafuente, J.V. (2017). Cambios en la resonancia cerebral asociados al síndrome de fibromialgia. *Medicina Clínica*, 148(11), 511-516. doi: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.01.034>
- Pascual, A. y Junta Directiva de ASAFA. (2016). Guía para comprender la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica. Editado por ASAFA, con la colaboración de Caja Madrid.
- Pennebaker, J.W., y Beall, S.K., (1986), Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease". *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.
- Quintana, M., y Rincón, M.E. (2011). Eficacia del Entrenamiento en Mindfulness para Pacientes con Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 22(1), 51-67.
- Revuelta, E., Segura, E., y Paulino, J. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(7), 326-332. doi:10.1016/j.resed.2010.07.002
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F.J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J.J., Martínez, F.G., Tornero, J., Vallejo, M.A., y Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin*, 2(1), 55-66.

- Rivera, J., y González, T. (2004). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*, 22, 554-560.
- Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B., y Buriel, Y. (2009). Tratamientos no farmacológicos en fibromialgia: una revisión actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 137-151.
- Ruiz, I., Ubago, M.C., Bermejo, J., Plazaola, A., Olry de Labry-Lima, A., y Hernández, E. (2007). Diferencias en características sociodemográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados de fibromialgia. *Revista Clínica Española*, 207(9), 433-439.
- Ruiz, R., Pagerols, M. y Collado, A. (1993). Cuestionario del dolor en español: resultados de su empleo sistematizado durante el periodo 1990-1993. *Dolor*. 11S.
- Salgueiro, M., Buesa, I., Aira, Z., Montoya, P., Bilbao, J., y Azkue, J.J. (2009). Valoración de factores sociales y clínicos en el síndrome de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 16(6), 323-329.
- San Bartolomé, J. (2014). Valoración y análisis de las estrategias de afrontamiento de los enfermos oncológicos con dolor crónico. *Revista Enfermería CyL*, 6(2), 74-92
- Sañudo, B., Galiano, D., Carrasco, L., y de Hoyo, M. (2010). Evidencias para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con fibromialgia. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 3(4), 159-169.
- Segura-Jiménez, V., Estévez-López, F., Soriano-Maldonado, A., Álvarez-Gallardo, I., Delgado-Fernández, M., Ruiz, J., y Aparicio, V. (2012). Gender Differences in Symptoms, Health-Related Quality of Life, Sleep Quality, Mental Health, Cognitive Performance, Pain-Cognition, and Positive Health in Spanish Fibromyalgia Individuals: The Al-Ándalus Project. *Pain Research and Management*, 1-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/5135176>
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Revista Sociedad Española de Dolor*, 9, 13-22.
- Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J.F., y de Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista Sociedad Española de Dolor*, 11(6), 353-359.
- Terol, M., Cabrera, V., y Martín, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 31(2), 494-503. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>
- Thieme, K., Gromnica-Ihle, E., y Flor, H. (2003). Operant behavioral treatment of fibromyalgia: a controlled study. *Arthritis & Rheumatism*, 49(3), 314-320. doi: 10.1002/art.11124
- Tomas-Carus, P., Gusi, N., Leal, A., García, Y., y Ortega-Alonso, A. (2007). El tratamiento para la fibromialgia con ejercicio físico en agua caliente reduce el impacto de la

enfermedad en la salud física y mental de mujeres afectadas. *Reumatol Clin*, 3(1), 33-37.

Ubago, M.C., Ruiz, I., Bermejo, M.J., Olry de Labry, A., y Plazaola, J. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Española de Salud Pública*, 79(6), 683-695.

Vallejo, M. A. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, (84), 41-58.

Vallejo, M.A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 92-99

Villanueva, V., Valía, J., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, M., y de Andrés, J. (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 11, 430-443.

Ware, J.E., y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30, 473-483.

ANEXOS

HOJA DE INFORMACIÓN

1. Identificación del investigador responsable

Responsable: Ángeles Pulgar Buendía

Centro: Universidad de Jaén

Departamento: Psicología

Área de conocimiento: Personalidad, Evaluación y Tratamiento

Teléfono o forma de contacto: angelespulgarbuendia@gmail.com

2. Datos de la investigación

El estudio que se va a llevar a cabo es una comparación de un programa de educación para la salud en Fibromialgia en función del género. El programa consiste en cuatro sesiones; en la primera sesión se tratará de dar información acerca de la enfermedad (definición, sintomatología, diagnóstico, tratamiento, ideas erróneas sobre la FM y hábitos saludables), en la segunda sesión se tratarán los aspectos psicológicos de la enfermedad y la inteligencia emocional. La tercera sesión está dedicada a la reestructuración cognitiva, para reconocer y detectar las principales distorsiones cognitivas. Por último, en la cuarta sesión se explicará y practicará una técnica de relajación (respiración completa). Entre las sesiones, los participantes tendrán que realizar unas actividades en papel que serán entregadas y explicadas en cada una de las sesiones. Para llevar a cabo el programa, la muestra se obtendrá de las personas que están asociadas a AFIXA, se escogerán dos participantes, un hombre y una mujer, mayores de edad. La finalidad de la investigación es comparar los resultados obtenidos de la aplicación de un programa de educación para la salud en pacientes con Fibromialgia y estudiar si hay diferencias en el grado de afectación de la enfermedad así como ver si hay diferencias en cuanto a los beneficios del programa entre hombres y mujeres. Por otro lado, en cuanto a los beneficios, se espera que se produzca un aumento de la calidad de vida en estas personas así como una disminución de la sintomatología ansioso-depresiva.

3. Riesgos e inconvenientes para el paciente

Para la obtención de la muestra se llevará a cabo una evaluación en la que la psicóloga que ejecutará el estudio administrará diversos cuestionarios que serán rellenados por los participantes del estudio en una sesión de una hora. Los cuestionarios que se van a

administrar son los siguientes: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD), Cuestionario de Dolor Español (CDE), Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes, Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (FIQ-S), Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud, Índice de Dolor Generalizado (WPI), Índice de Gravedad de Síntomas y el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQ). En cuanto a los riesgos, no existe ningún tipo de riesgo ni perjuicio para los participantes ya que no se va a llevar a cabo ningún procedimiento de carácter invasivo.

El procedimiento tendrá una duración de siete sesiones en total de una hora de duración cada sesión. En primer lugar, se hará una sesión informativa en la que se le explicarán a los participantes los detalles de la investigación que se va a efectuar así como para resolver las dudas que pudieran surgir. Dos sesiones evaluativas en las que se realizará una breve entrevista y se administrarán los diversos cuestionarios y, por último, cuatro sesiones que se destinarán a la implantación del programa.

4. Derechos del participante en relación con la investigación propuesta

- Los participantes tendrán derecho a la revocación del consentimiento y sus efectos así como la destrucción o la anonimización de la muestra recogida si así lo desearan.
- Posibilidad de contactar con los investigadores en caso de aparición de efecto adverso imprevisto
- Derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento, sin que suponga perjuicio alguno para ellos
- Derecho a decidir el destino de sus muestras y datos personales en caso de decidir retirarse del estudio.
- Derecho a que se vuelva a pedir su consentimiento si se desea utilizar la muestra o los datos en estudios posteriores.
- Todos los datos de carácter personal, obtenido en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99

5. Información sobre la muestra donada

Una vez terminado el estudio, las muestras se destruirán

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadora principal y persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento: Laura Aranda López

Forma de contacto: la00012@red.ujaen.es // 633746576

Título del proyecto: Comparación de un programa de educación para la salud en Fibromialgia en función del género.

Centro: Universidad de Jaén

Datos del participante

Apellidos: _____ Nombre: _____

D.N.I.: _____

1. Declaro que he leído la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos del mismo.
3. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

Por tanto,

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

Firmo por duplicado, quedándome con una copia

Fecha:

Firma del participante:

Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio y sus riesgos y beneficios potenciales a la persona cuyo nombre aparece escrito más arriba. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento

Fecha:

Firma de la investigadora:

Yo, Ana Colmenero Moral, presidenta de la Asociación de Fibromialgia AFIXA, autorizo a Laura Aranda López, alumna del Máster de Psicología General Sanitaria, a realizar el estudio para su Trabajo Fin de Máster "Comparación de un Programa de Educación para la Salud en Fibromialgia en Función del Género" en las instalaciones de la sede de AFIXA situada en la calle Baltasar de Alcázar nº 5 en la localidad de Jaén.

Firma de la presidenta:

A blue circular stamp with the text "Asociación de Fibromialgia" around the top and "afixa" in the center. A handwritten signature in blue ink is written over the stamp.

ENTREVISTA

Datos sociodemográficos

Nombre y apellidos:

Lugar de residencia:

Edad:

Estado civil:

Con quien vive:

Ocupación:

Medicación actual:

Eventos

Sucesos relevantes en tu vida previos al diagnóstico de Fibromialgia

Percepción subjetiva de la enfermedad

¿Cómo te encuentras ahora?

¿Cómo crees que afecta la Fibromialgia a tu vida diaria?, ¿Qué cosas NO haces que antes hacías?

Define “fibromialgia” con tus palabras



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DOLOR CRÓNICO (CAD)

Población diana: Población general con dolor de una duración superior a 6 meses.

Se trata de un cuestionario **autoadministrado**.

Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico	Totalmente en desacuerdo	Más en desacuerdo que de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más de acuerdo que en desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Religión					
1. Rezo para que mis dolores desaparezcan					
2. Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema.					
3. Rezo para curarme					
4. Utilizo la fe para aliviar mis dolores					
5. Pido a Dios que me alivie de mis dolores					
Catarsis (Búsqueda de Apoyo Social Emocional)					
6. Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo					
7. Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor					
8. Cuento a la gente la situación porque ello me ayuda a encontrar soluciones					
9. Hablo con la gente de mi dolor, porque el hablar me ayuda a sentirme mejor					
10. Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor					
Distracción					
11. Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras					
12. Busco algo en qué pensar para distraerme					
13. Ignoro el dolor pensando en otra cosa					
14. Intento recrear mentalmente un paisaje					
15. Cuando tengo dolor pienso en otra cosa					
16. Cuando tengo dolor me esfuerzo en distraerme con algún pasatiempo					



Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico	Totalmente en desacuerdo	Más en desacuerdo que de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más de acuerdo que en desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Autocontrol Mental					
17. Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor					
18. Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca					
19. Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo					
20. Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente					
21. Trato de dejar la mente en blanco					
Autoafirmación					
22. Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer					
23. Me doy ánimos para aguantar el dolor					
24. Me digo a mi mismo que tengo que ser fuerte					
25. Cuando tengo dolor no me rindo, peleo					
26. Aunque me duele me contengo y procuro que no se me note					
Búsqueda de Información (Búsqueda de Apoyo Social Instrumental)					
27. Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor					
28. Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación					
29. Hablo con un profesional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) del problema para que me ayude a hacerle frente					
30. Intento saber más sobre mi dolor para así poder hacerle frente					
31. Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre mi dolor					



Cuestionario de Dolor Español – CDE –

VALOR DE INTENSIDAD SENSORIAL	VALOR DE INTENSIDAD AFECTIVA
Temporal 1	Temor
☐ Como pulsaciones ☐ Como una sacudida ☐ Como un latigazo	☐ Temible ☐ Espantoso ☐ Horrible
Térmica	Autonómica / Vegetativa
☐ Frio ☐ Caliente ☐ Ardiente	☐ Que maree ☐ Sofocante
Presión constrictiva	Castigo
☐ Entumecimiento ☐ Como un pellizco ☐ Agarrotamiento ☐ Calambre ☐ Espasmo ☐ Retortijón ☐ Opresivo	☐ Que atormenta ☐ Mortificante ☐ Violento
Presión puntiforme / incisiva	Tensión / Cansancio
☐ Pinchazo ☐ Punzante ☐ Penetrante ☐ Agudo	☐ Extenuante ☐ Agotador ☐ Incapacitante
Presión de tracción gravativa	Cólera / Disgusto
☐ Pesado ☐ Tirante ☐ Como un desgarró ☐ Tenso	☐ Incómodo ☐ Que irrita ☐ Que consume
Espacial	Pena / Ansiedad
☐ Superficial ☐ Difuso ☐ Que se irradia ☐ Fijo ☐ Interno ☐ Profundo	☐ Deprimente ☐ Agobiante ☐ Que angustia ☐ Que obsesiona ☐ Desesperante
Viveza	VALOR DE INTENSIDAD EVALUATIVA
☐ Adormecido ☐ Picor ☐ Hormigueo ☐ Como agujetas ☐ Escozor ☐ Como una corriente	Temporal 2
	☐ Momentáneo ☐ Intermitente ☐ Creciente ☐ Constante ☐ Persistente
VALOR INTENSIDAD ACTUAL	
Intensidad	
☐ Sin dolor ☐ Leve ☐ Molesto ☐ Intenso ☐ Fuerte ☐ Insoportable	



Escala visual analógica

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sin dolor

Dolor insoportable

ESCALA DE AUTOESTIMA (Rosenberg, 1965)

NOMBRE Y APELLIDOS.....

FECHA.....

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

Respuestas

1 = Muy de acuerdo

2 = De acuerdo

3 = En desacuerdo

4 = Muy en desacuerdo

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

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

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

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

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

Nº de AVE =

Puntuación =

Cuestionario de Impacto de Fibromialgia - FIQ-S

Nombre:

Edad:

Fecha:

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

Pregunta 1. ¿Usted pudo...

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

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

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

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

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦



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

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

No tuve problemas

Tuve grandes dificultades

Pregunta 5. ¿Hasta qué punto ha sentido dolor?

No he sentido dolor

He sentido un dolor muy intenso

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

No me he sentido cansado/a

Me he sentido muy cansado/a

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

Me he despertado descansado/a

Me he despertado muy cansado/a

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

No me he sentido agarrotado

Me he sentido muy agarrotado/a



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



No me he sentido nervioso

Me he sentido muy nervioso/a

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



No me he sentido deprimido/a

Me he sentido muy deprimido/a

Agradecemos su colaboración.

Por favor, entregue este cuestionario a su médico.

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



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

1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

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

D.3. Me siento alegre:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D.6. Espero las cosas con ilusión:

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

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

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

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

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

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

1

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

1. En general, diría que su salud es:

- | | |
|-----------|---|
| Excelente | 1 |
| Muy buena | 2 |
| Buena | 3 |
| Regular | 4 |
| Mala | 5 |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- | | |
|----------|---|
| Nada | 1 |
| Un poco | 2 |
| Regular | 3 |
| Bastante | 4 |
| Mucho | 5 |

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

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

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

- | | |
|----------|---|
| Nada | 1 |
| Un poco | 2 |
| Regular | 3 |
| Bastante | 4 |
| Mucho | 5 |

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

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

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

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

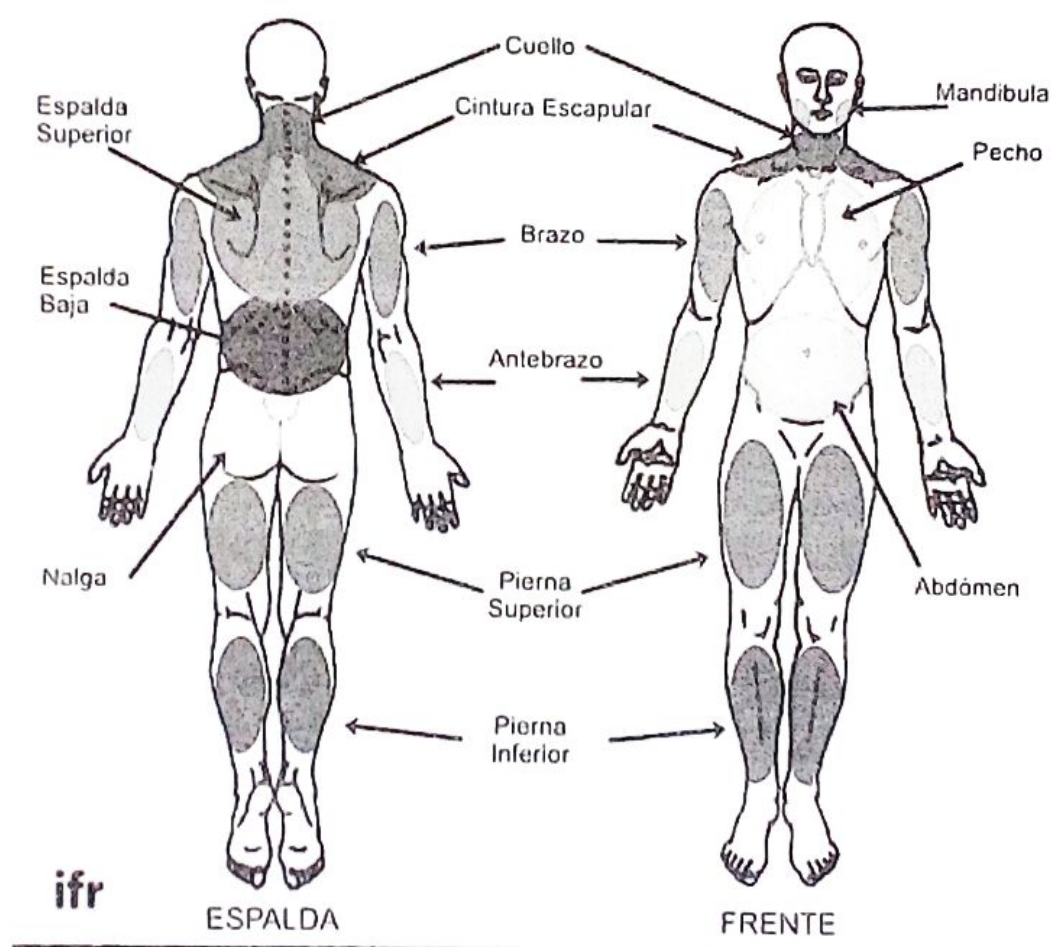
11. Por favor, diga si le parece *cierta* o *falsa* cada una de las siguientes frases:

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

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

Nuevos Criterios Preliminares para el Diagnóstico Clínico de la Fibromialgia

Índice de Dolor Generalizado – Widespread Pain Index (WPI)



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

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

☐	Cintura Escapular Izquierda	☐	Pierna Inferior Izquierda
☐	Cintura Escapular Derecha	☐	Pierna Inferior Derecha
☐	Brazo Superior Izquierdo	☐	Mandíbula Izquierda
☐	Brazo Superior Derecho	☐	Mandíbula Derecha
☐	Brazo Inferior Izquierdo	☐	Pecho (Tórax)
☐	Brazo Inferior Derecho	☐	Abdómen
☐	Nalga Izquierda	☐	Cuello
☐	Nalga Derecha	☐	Espalda Superior
☐	Pierna Superior Izquierda	☐	Espalda Inferior
☐	Pierna Superior Derecha		

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

Observará que el valor WPI oscila entre 0 y 19.

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

SS-Parte 1

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

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

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

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

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

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



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

SS-Parte 2

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

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

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

Si tiene 0 síntomas, su puntuación es 0

Entre 1 y 10, su puntuación es 1

Entre 11 y 24, su puntuación es 2

25 o más, su puntuación es 3

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

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

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



ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)

APELLIDOS Y NOMBRE: _____ N.º IFC: _____
SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ EDAD: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES:

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido Vd. **normalmente durante el último mes**. Intente ajustarse en sus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la **mayor parte** de los días y noches del **último mes**.
¡Muy Importante! CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS

1. Durante el **último mes**, ¿Cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

APUNTE SU HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____

2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, **normalmente**, las noches del **último mes**?

APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS: _____

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

APUNTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido **verdaderamente** cada noche durante el **último mes**? (El tiempo puede ser diferente al que Vd. permanezca en la cama).

APUNTE LAS HORAS QUE CREA HABER DORMIDO: _____

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Intente contestar a **TODAS** las preguntas.

5. Durante el **último mes**, cuántas veces ha tenido Vd. problemas para dormir a causa de:

- a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

- b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

- c) Tener que levantarse para ir al servicio:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

- d) No poder respirar bien:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

- e) Toser o roncar ruidosamente:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

- f) Sentir frío:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

- g) Sentir demasiado calor:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

- h) Tener pesadillas o «malos sueños»:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

- i) Sufrir dolores:
- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | ..... |
| Menos de una vez a la semana | ..... |
| Una o dos veces a la semana | ..... |
| Tres o más veces a la semana | ..... |

- j) Otras razones (por favor, descríbalas a continuación):
-
-
-

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | ..... |
| Menos de una vez a la semana | ..... |
| Una o dos veces a la semana | ..... |
| Tres o más veces a la semana | ..... |

6. Durante el **último mes**, ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su sueño?

- | | |
|----------------|-------|
| Bastante buena | ..... |
| Buena | ..... |
| Mala | ..... |
| Bastante mala | ..... |

7. Durante el **último mes**, ¿cuántas veces habría tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | ..... |
| Menos de una vez a la semana | ..... |
| Una o dos veces a la semana | ..... |
| Tres o más veces a la semana | ..... |

8. Durante el **último mes**, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía, o desarrollaba alguna otra actividad?

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | ..... |
| Menos de una vez a la semana | ..... |
| Una o dos veces a la semana | ..... |
| Tres o más veces a la semana | ..... |

9. Durante el **último mes**, ¿ha representado para Vd. mucho problema el «tener ánimos» para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- | | |
|-----------------------|-------|
| Ningún problema | ..... |
| Solo un leve problema | ..... |
| Un problema | ..... |
| Un grave problema | ..... |

10. ¿Duerme Vd. solo o acompañado?

- | | |
|---|-------|
| Solo | ..... |
| Con alguien en otra habitación | ..... |
| En la misma habitación, pero en otra cama | ..... |
| En la misma cama | ..... |

POR FAVOR, SOLO CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN EL CASO DE QUE DUEIRMA ACOMPAÑADO

Si Vd. tiene pareja o compañero de habitación, pregúntele si durante el **último mes** Vd. ha tenido:

- a) Ronquidos ruidosos.

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | ..... |
| Menos de una vez a la semana | ..... |
| Una o dos veces a la semana | ..... |
| Tres o más veces a la semana | ..... |

- b) Grandes pausas entre respiraciones mientras duerme.

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | ..... |
| Menos de una vez a la semana | ..... |
| Una o dos veces a la semana | ..... |
| Tres o más veces a la semana | ..... |

- c) Sacudidas o espasmos de piernas mientras duerme.

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | ..... |
| Menos de una vez a la semana | ..... |
| Una o dos veces a la semana | ..... |
| Tres o más veces a la semana | ..... |

- d) Episodios de desorientación o confusión mientras duerme.

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | ..... |
| Menos de una vez a la semana | ..... |
| Una o dos veces a la semana | ..... |
| Tres o más veces a la semana | ..... |

- e) Otros inconvenientes mientras Vd. duerme (Por favor, descríbalos a continuación):

.....

.....

.....

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | ..... |
| Menos de una vez a la semana | ..... |
| Una o dos veces a la semana | ..... |
| Tres o más veces a la semana | ..... |

SESIÓN I

APRENDIENDO DE LA FIBROMIALGIA

1

¿QUÉ ES LA FIBROMIALGIA?



- FIBRA** → que afecta al tejido conjuntivo
- MIO** → que afecta al músculo
- ALGIA** → que se refiere al dolor

MIO y ALGIA indican dolor muscular, sin haber inflamación del tejido muscular



- Las mialgias están presentes en los tejidos fibrosos, musculares, tendones, ligamentos y otras zonas blandas. Pueden afectar a cualquiera de ellos, sin embargo, los más frecuentes son los dolores en la parte posterior de la **cabeza**, en el **cuello**, **lumbares**, músculos de los **glúteos** y de la línea de articulación de la **rodilla**
- **FM** es considerada como un diagnóstico comprometido debido a la falta de pruebas diagnósticas que evidencien la enfermedad
- Aunque en 1992 la OMS la reconoce como una entidad clínica propia denominada “Síndrome de Fibromialgia”

2



3

¿QUÉ ES LA FIBROMIALGIA?

- Dolor generalizado, acompañado de mialgias de localización imprecisa, duración prolongada y con dificultad para definir con precisión el inicio de los mismos.
- El dolor puede ser difuso, profundo e intenso y en ocasiones es difícil de describir

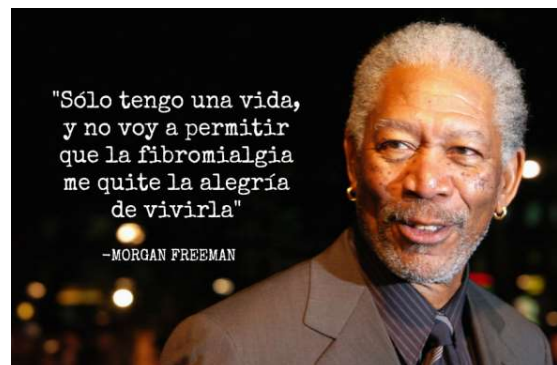
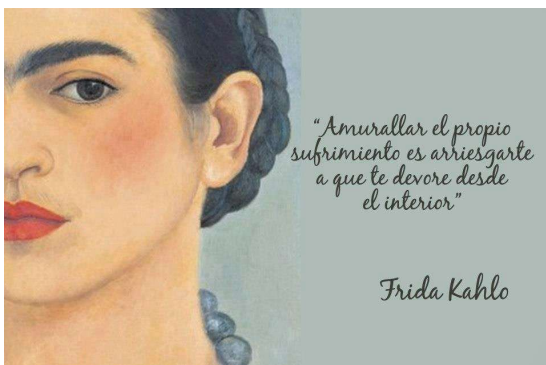
PREVALENCIA

	0,2%		2,73%
---	------	---	-------

- ❖ Suele aparecer entre los 30-50 años
- ❖ 9 de cada 10 personas que la padecen son mujeres
- ❖ Sin embargo, también hay hombres que la padecen y éstos a menudo tienen que lidiar con el estigma que conlleva tener “una enfermedad de mujeres”

4

Hace unos 8 meses a José le diagnosticaron fibromialgia y fatiga crónica, "tras dos años largos deambulando de médico y médico". Su vida ha cambiado desde entonces. "Tengo un negocio y he tenido que delegar en mi hijo", relata. "Lo difícil de esta enfermedad es que te anula como persona, no es una enfermedad que te dicen hay este tratamiento, esta enfermedad te mortifica", prosigue José quién aclara "que no estoy deprimido como se asume, me ha tocado esta enfermedad y tengo que batallar con ella. Pero lo más difícil es que no te cree la gente. Es complicado que la gente lo asimile". Especialmente porque "hay gente que cree que esta enfermedad solo afecta a mujeres, y los hombres también la sufrimos".



TESTIMONIO DE ENFERMOS DE FIBROMIALGIA



7

SINTOMATOLOGÍA

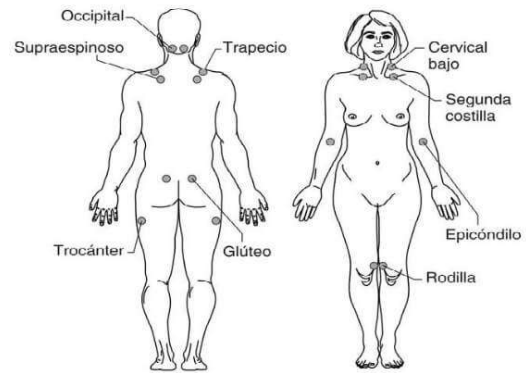


8

DIAGNÓSTICO



- Debido a la naturaleza de la FM, ésta sigue siendo una enfermedad invisible
- No existen pruebas de laboratorio, ni pruebas concretas para realizar el diagnóstico y por ello para llegar a él pasan unos años
- El diagnóstico se establece por exclusión de otras patologías
- Criterios diagnósticos establecidos:
 - Dolor crónico generalizado o difuso de más de tres meses de evolución en raquis y/o extremidades superiores o inferiores
 - Historia clínica, con especial énfasis en las características del dolor
 - Exploración física, radiografía, resonancia, estudio eléctrico en los miembros, potenciales evocados, análisis de sangre
 - Valoración del estado general, existencia de al menos 11 puntos de los 18 llamados puntos gatillo



RELACIONES SOCIOFAMILIARES

- Las personas con FM no encuentran el suficiente apoyo en los miembros de su familia.
- Con frecuencia se sienten:
 - No comprendido o creído
 - Presionado
 - Pérdida de las relaciones sociales
 - No fiable
 - Aislado
 - Innecesario
 - Dependiente de los demás
 - Culpable





MEJORAR LA COMUNICACIÓN EN EL ENTORNO FAMILIAR

- Escoger el momento adecuado para las conversaciones importantes
- Es bueno hablar de la enfermedad en algunos momentos
- Redistribución de roles
- La familia tendrá que evitar actitudes sobreprotectoras
- El paciente tiene que estar abierto a la expresión y discusión de sus necesidades
- Motivar la comprensión

11

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los fármacos más utilizados son:

- Analgésicos
- Antiinflamatorios
- Benzodiacepinas
- Hipnóticos
- Anticonvulsionantes
- Antidepresivos
- Topisetron
- Ketapina
- Opioides



El tratamiento farmacológico no suele ser muy efectivo



Muchos efectos secundarios similares a los propios síntomas de la Fibromialgia

12

TRATAMIENTO

TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS

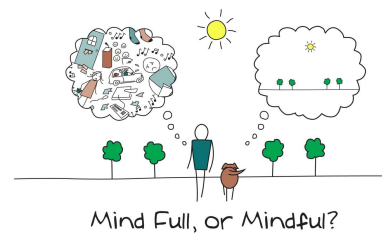
Fisioterapia: masoterapia, termoterapia, cinesiterapia



Ejercicio físico



Mindfulness



13

IDEAS ERRÓNEAS SOBRE LA FIBROMIALGIA



14

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

■ Importancia de llevar una alimentación adecuada.

■ **Recomendaciones:**



1. Seguir una dieta variada según las recomendaciones de la pirámide de los alimentos

2. Comer 5 veces al día. No saltarse comidas ni picar entre horas

3. Descansa tras las comidas en algún sitio confortable pero no en la cama

4. Comer en un ambiente relajado y sin prisas

5. Mastica despacio cada bocado

6. No consumas demasiados alimentos de origen animal

7. Cuidado con los aditivos

8. Consume más pescado que carne

9. Come carnes más melosas

10. Bebe un litro y medio de agua cada día

11. Evita el alcohol

12. Reduce el consumo de sal

13. Toma alimentos con calcio

14. Tomas dos aminoácidos conocidos como Lisina y Arginina para el alivio de la rigidez muscular

15. Toma alimentos con magnesio

16. Toma antioxidantes

EJERCICIO FÍSICO



■ Ejercicio físico adaptado, que se ajuste a su perfil y preferencias.

■ Individualizar la intensidad de los ejercicios

■ **BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO**

- Mejora la capacidad funcional:

1. más elasticidad

2. más equilibrio

3. más flexibilidad

4. más fuerza

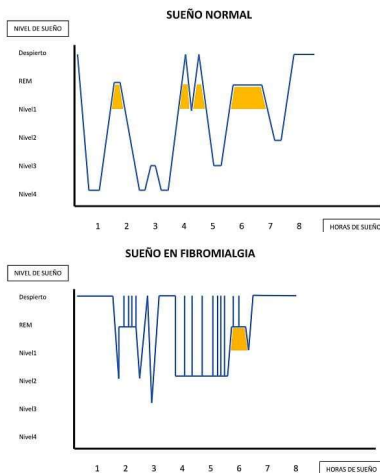
-Aumenta los niveles de neurotransmisores centrales

- Estimula el metabolismo del músculo

- Disminuye la rigidez muscular

- Mejora el estado de ánimo

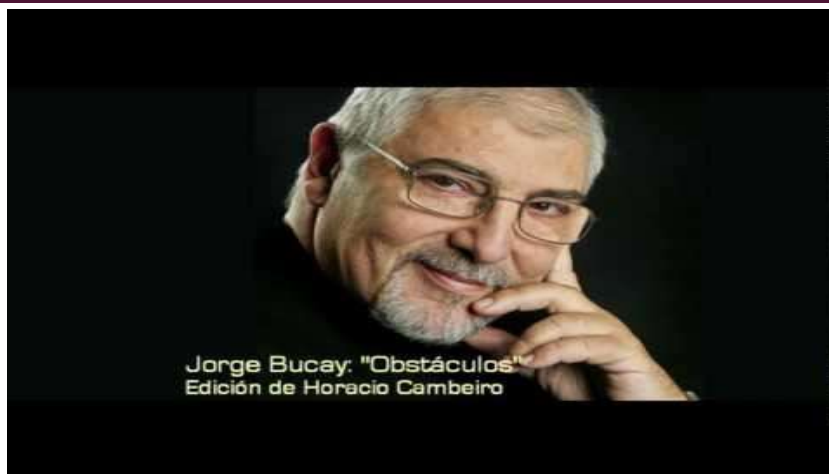
HIGIENE DEL SUEÑO



- El dormitorio ha de tener una temperatura entre 20-22°, sin ruidos y con la luz justa
- Utilizar la cama sólo para dormir
- Mantener un horario fijo para acostarse
- Mantener un ritual repetido (lavarse los dientes, ponerse el pijama...)
- Hacer respiraciones profundas
- Cenar moderadamente y 1 o 2 horas antes de dormir
- Evitar excitantes como té, café, alcohol
- Evitar preocupaciones
- Tomar leche caliente o infusión antes de acostarse
- Hacer ejercicio físico suave y moderado, unas 6 horas antes de dormir
- Levantarse siempre a la misma hora

17

OBSTÁCULOS



18

TAREAS PARA CASA



- Leer Obstáculos de Jorge Bucay y responder a las preguntas
- Escribir sobre la enfermedad (Mi Fibromialgia)
- Entregar dossier sobre hábitos saludables



HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN FIBROMIALGIA

ALIMENTACIÓN

Las personas con Fibromialgia, debido a las peculiaridades de su dolencia, pueden descuidar su alimentación. En la mayoría de los casos, la persona con Fibromialgia presenta malos hábitos alimentarios que repercuten en su estado físico y psíquico. Por lo tanto, es muy importante llevar una alimentación adecuada ya que es fundamental para que el cuerpo tenga un funcionamiento adecuado. Además, tener un peso saludable ayuda a mejorar la sintomatología de la fibromialgia evitando la sobrecarga de los músculos y tendones.

RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS

1. Seguir una dieta variada según las recomendaciones de la pirámide de los alimentos
2. Comer 5 veces al día
3. Descansa tras las comidas en algún sitio confortable pero no en la cama
4. Comer sin prisas y en un ambiente relajado
5. Mastica despacio
6. No abusar de los aditivos (colorantes, conservantes, edulcorantes...)
7. No consumas demasiados alimentos de origen animal
8. Consume más pescado que carne
9. Consume carnes melosas
10. Bebe 1.5 o 2 litros de agua al día
11. No tomes alcohol
12. Reduce el consumo de sal
13. Toma alimentos con calcio
14. Toma alimentos con magnesio



RECOMENDACIONES EN CASO DE BROTE AGUDO DE DOLOR

En caso de levantarte algún día con un dolor especialmente intenso y un cansancio extremo, debes optar por comer de manera diferente al resto de días. En esas ocasiones debes optar por:

- Seguir una dieta blanda.
- Escoger alimentos con los que poder conseguir mayor valor nutritivo, consumiendo poca cantidad. Incorpora, por ejemplo, pollo o yema de huevo a un puré de verduras tibio.
- Comer pequeñas cantidades varias veces en el día, es mejor que pocas comidas muy abundantes.
- Beber 1 litro y medio de agua, como mínimo habitualmente.

GRUPOS DE ALIMENTOS BÁSICOS

CEREALES Y LEGUMBRES (arroz, maíz, pan, pastas alimenticias...) Se recomiendan de 3 a 6 raciones por día, proporcionan energía “fácil”.

VERDURAS Y HORTALIZAS entre 2 y 3 raciones al día.

FRUTAS Se recomiendan de 2 a 3 raciones diarias.

LÁCTEOS Leche, queso, yogures... La dosis diaria ideal es de 2 raciones al día.

CÁRNICOS (carne, huevos, pescado y aves...)

GRASAS Y AZÚCARES Aceite de oliva, de girasol, de maíz, frutos secos (avellanas, almendras, nueces, piñones, etc.), margarina y mantequilla, nata, chocolate, galletas, pasteles, helados y azúcar. Se recomienda entre 2 y 3 dosis diarias

EJERCICIO FÍSICO

Posiblemente es el aspecto terapéutico más importante para el tratamiento de la fibromialgia. El ejercicio no sólo mantiene en forma los músculos y pone a punto el sistema cardiovascular, sino que disminuye el

dolor, favorece el sueño, mejora la sensación de fatiga y disminuye la ansiedad y la depresión. Todos estos cambios positivos sobre los síntomas de la fibromialgia se deben a que durante el ejercicio se liberan unas hormonas, denominadas endorfinas, que producen los efectos beneficiosos referidos. Lo mejor para esta enfermedad es el ejercicio aeróbico que es aquél que incrementa la frecuencia cardíaca y el consumo de oxígeno, además, ha mostrado un efecto beneficioso en diversos estudios realizados. Ejemplos de ejercicio aeróbico: Caminar, correr, andar en bicicleta o bailar.



RECOMENDACIONES

1. Realiza un ejercicio personalizado
2. Comienza de forma suave
3. Incrementa la intensidad y duración en función de tus capacidades
4. Realiza el ejercicio 20-40 minutos, mínimo 3 veces en semana
5. Realiza el ejercicio en compañía

BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO

1. Mejora la capacidad funcional
2. Aumenta los niveles de neurotransmisores centrales
3. Estimula el metabolismo del músculo
4. Disminuye la rigidez muscular
5. Mejora el estado de ánimo

HIGIENE DEL SUEÑO

Es común que las personas que sufren Fibromialgia tengan afectación en la calidad del sueño. Debido a esto, parece importante señalar una serie de recomendaciones sobre los hábitos de conducta que facilitan el comienzo y el mantenimiento del sueño.

1. El dormitorio ha de tener una temperatura de unos 20-22º , donde no haya ruidos y la cantidad de luz sea la justa
2. Utiliza la cama únicamente para dormir
3. Mantén un horario fijo para acostarte
4. Se puede tener un ritual fijo repetido (lavarse los dientes, ponerse el pijama...)
5. Haz respiraciones profundas
6. Cena de forma moderada y siempre 1 o 2 horas antes de irte a dormir
7. Evita excitantes como el café, té, tabaco...
8. Evita las preocupaciones
9. Toma un vaso de leche caliente o una infusión antes de irte a dormir
10. Haz ejercicio físico moderado, pero nunca poco antes de irte a dormir ya que el ejercicio físico nos activa y no nos facilitará el sueño
11. Levántate siempre a la misma hora
12. No hagas siestas largas



OBSTÁCULOS

Voy andando por un sendero. Dejo que mis pies me lleven.

Mis ojos se posan en los árboles, en los pájaros, en las piedras. En el horizonte se recorte la silueta de una ciudad. Agudizo la mirada para distinguirla bien. Siento que la ciudad me atrae.

Sin saber cómo, me doy cuenta de que en esta ciudad puedo encontrar todo lo que deseo. Todas mis metas, mis objetivos y mis logros. Mis ambiciones y mis sueños están en esta ciudad. Lo que quiero conseguir, lo que necesito, lo que más me gustaría ser, aquello a lo cual aspiro, o que intento, por lo que trabajo, lo que siempre ambicioné, aquello que sería el mayor de mis éxitos.

Me imagino que todo eso está en esa ciudad. Sin dudar, empiezo a caminar hacia ella. A poco de andar, el sendero se hace cuesta arriba. Me canso un poco, pero no me importa.

Sigo. Diviso una sombra negra, más adelante, en el camino. Al acercarme, veo que una enorme zanja me impide mi paso. Temo... dudo. Me enoja que mi meta no pueda conseguirse fácilmente. De todas maneras decido saltar la zanja. Retrocedo, tomo impulso y salto... Consigo pasarla. Me repongo y sigo caminando.

Unos metros más adelante, aparece otra zanja. Vuelvo a tomar carrera y también la salto. Corro hacia la ciudad: el camino parece despejado. Me sorprende un abismo que detiene mi camino. Me detengo. Imposible saltarlo.

Veo que a un costado hay maderas, clavos y herramientas. Me doy cuenta de que está allí para construir un puente. Nunca he sido hábil con mis manos... Pienso en renunciar. Miro la meta que deseo... y resisto.

Empiezo a construir el puente. Pasan horas, o días, o meses. El puente está hecho. Emocionado, lo cruzo. Y al llegar al otro lado... descubro el muro. Un gigantesco muro frío y húmedo rodea la ciudad de mis sueños...

Me siento abatido... Busco la manera de esquivarlo. No hay caso. Debo escalarlo. La ciudad está tan cerca... No dejaré que el muro impida mi paso.

Me propongo trepar. Descanso unos minutos y tomo aire... De pronto veo, a un costado del camino un niño que me mira como si me conociera. Me sonrío con complicidad.

Me recuerda a mí mismo... cuando era niño.

Quizás por eso, me animo a expresar en voz alta mi queja: -¿Por qué tantos obstáculos entre mi objetivo y yo?

El niño se encoge de hombros y me contesta: -¿Por qué me lo preguntas a mí?

Los obstáculos no estaban antes de que tú llegaras... Los obstáculos los trajiste tú.

OBSTÁCULOS

¿En qué se parece esto a mi enfermedad?

¿Cuáles son mis obstáculos?

¿Qué cosas no hago que podría hacer?

¿Qué cosas hago que no debería hacer?

¿Qué pensamientos tengo?

¿Qué siento?

MI FIBROMIALGIA

ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y GESTIÓN EMOCIONAL

SESIÓN II

1

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

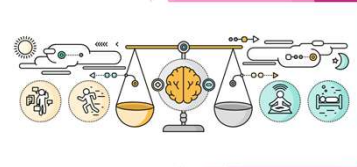
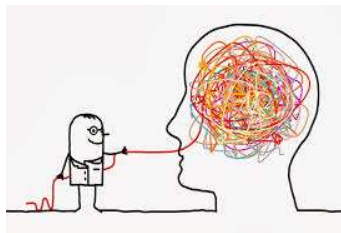
► AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

- I. **Aceptación de la enfermedad:** Cambios vividos como oportunidad para hacer cosas que antes no podíamos hacer
- II. **Negación:** negamos la gravedad de la condición
- III. **Ira/enfado:** ¿Por qué a mí?, ¿Cómo me puede estar pasando esto a mí?
- IV. **Negociación:** comprender que la FM no es un castigo por algo que hicimos mal, simplemente ha llegado y viene para instalarse en nuestras vidas.
- V. **Depresión:** el problema impacta en nuestras vidas, lloramos, sentimos pena por nosotros mismos y renunciamos a la vida. No encontramos alegría en nada.



2

Aspectos psicológicos



► MEDIDAS PARA AFRONTAR Y ASUMIR NUESTRO CAMBIO DE VIDA

1. Buscar ayuda en los iguales
2. Buscar apoyo psicológico
3. Buscar apoyo de otras personas
4. Identificar nuestras emociones
5. Paciente experto, responsable y participe
6. Entender y comprender las reacciones de los demás
7. Aceptar nuestras limitaciones
8. Ayudar a otras personas

3

Aspectos psicológicos

ANSIEDAD

De forma moderada puede ser adaptativa pero si es desproporcionada y no responde a peligros reales puede influir negativamente a nuestra vida diaria y convertirse en un trastorno.

Síntomas:

Cognitivos→ inseguridad, miedo, pensamientos negativos, dificultad de concentración y para la toma de decisiones

Motores → hiperactividad, conductas de evitación, paralización motora, dificultades de expresión verbal

Fisiológicos→ palpitaciones, tensión alta, ahogo, náuseas, dolor de cabeza, tensión muscular, sudoración.



DEPRESIÓN

Sensación de sentirse triste, decaído, sin interés en las cosas que antes le gustaba hacer.

4

Aspectos psicológicos



RESILIENCIA

Capacidad de las personas para sobreponerse ante la adversidad, es decir, a los problemas emocionales y situaciones dolorosas. Rasgos que potencian la resiliencia: introspección, independencia, iniciativa, humor.

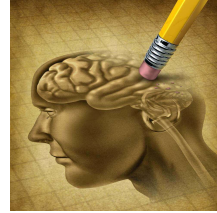
Lo mejor para la autoestima es el té.

quiere - te
perdóna - te
ama - te
sonríe - te
regala - te
consiente - te
educa - te
cuida - te
supera - te
valora - te



AUTOESTIMA

Capacidad para valorarnos a nosotros mismos. La baja autoestima se caracteriza por: **indecisión, pesimismo, juzgarse duramente, culparse, hipersensible a la crítica, deseo de complacer a los demás.**



ALTERACIONES COGNITIVAS Y DE MEMORIA

Puede ser consecuencia de estar constantemente a una situación estresante, de modo que focalizamos la atención en eso.

Claves para mejorar la memoria: repetir mentalmente lo que queremos recordar, ayudas externas (tener un calendario, agenda, alarma), leer cada día un poco, estar informado de lo que pasa en el mundo (TV, revistas, periódicos, internet.)

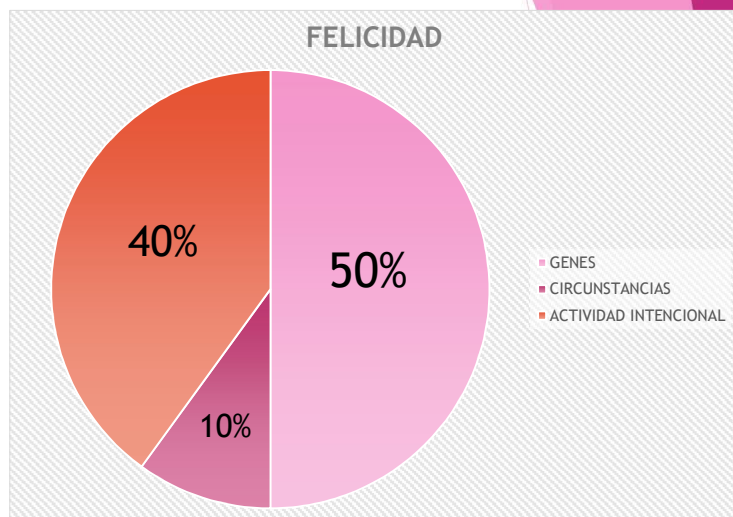
5



GENES → CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

CIRCUNSTANCIAS → VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS COMO EDAD, SEXO, RAZA, NIVEL SOCIOECONÓMICO

ACTIVIDAD INTENCIONAL → ACTIVIDADES QUE HACEMOS DE FORMA VOLUNTARIA



6

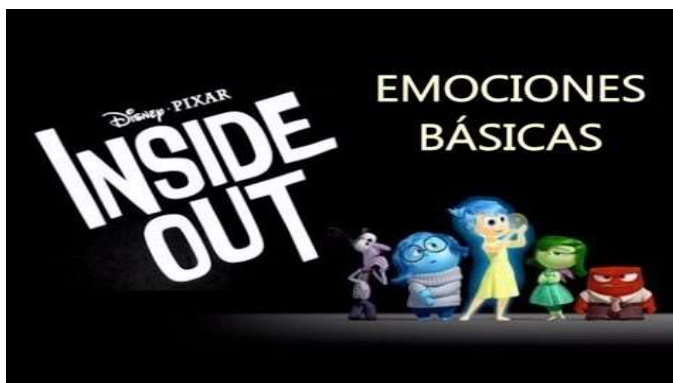
GESTIÓN EMOCIONAL



- ▶ ¿Qué es la inteligencia emocional?
- ▶ Habilidad para percibir, comprender, asimilar y regular las emociones propias y la de los demás.

7

LAS EMOCIONES BÁSICAS



8

Percepción emocional

La percepción emocional →
identificar y reconocer los
propios sentimientos y los
de las personas que nos
rodean



IRA



ALEGRÍA

9



TRISTEZA



MIEDO

10



ASCO



ENFADO

11

Asimilación emocional

La **asimilación emocional** → habilidad para tener en cuenta los sentimientos cuando razonamos o solucionamos problemas



SITUACIÓN	EMOCIÓN QUE FACILITA SU EJECUCIÓN
Tu familia no entiende qué te pasa y te dice que eso no es nada	ENFADO
Debido al dolor no puedes ir a un evento que era muy importante para ti	TRISTEZA
Te levantas una mañana y te encuentras con energía para hacer las cosas que te habías propuesto	ALEGRÍA
Piensas: "Si con la edad que tengo me encuentro así, no sé qué va a pasar cuando sea más mayor"	MIEDO

12

Comprensión de emociones

La **comprensión emocional** → habilidad para desglosar el amplio y complejo repertorio de señales emocionales, etiquetar las emociones y reconocer en qué categorías se agrupan los sentimientos

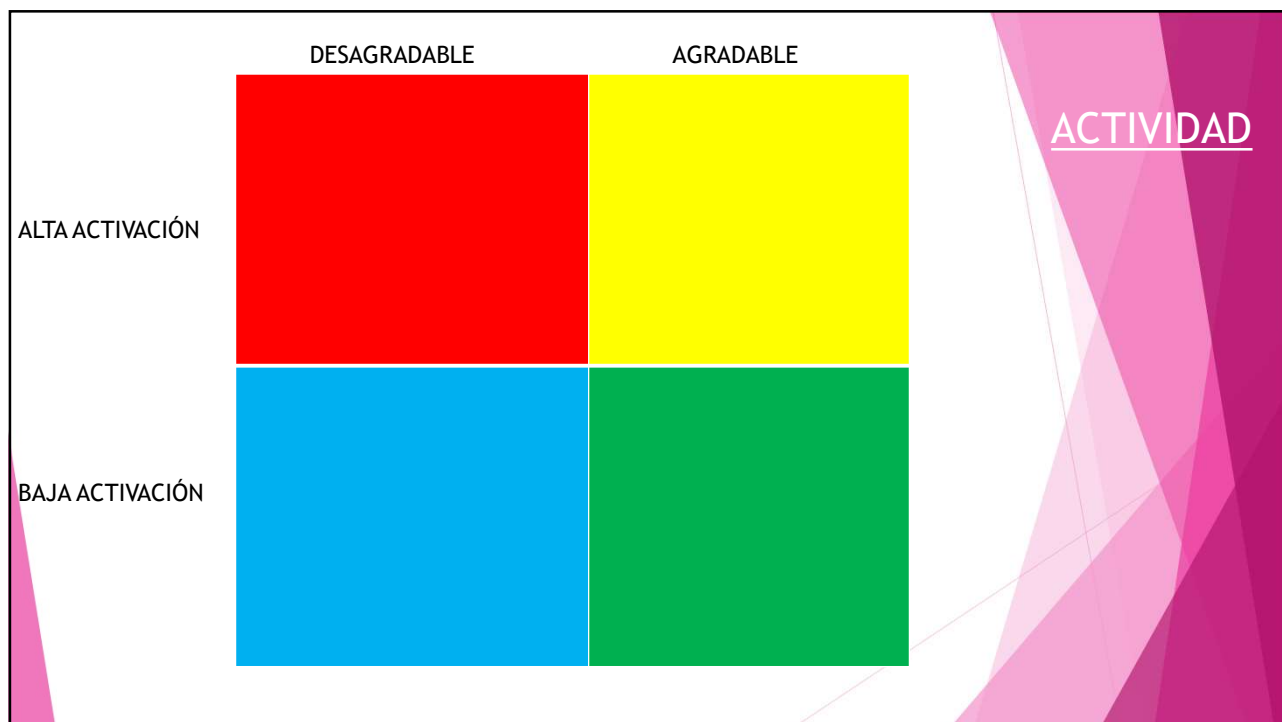
Comprender tus emociones



todas las emociones agradables y con alta activación pertenecen al cuadrante amarillo, las agradables y con baja activación al verde, las desagradables con alta activación al rojo, y las desagradables con baja activación al azul.

tristeza, felicidad, sorpresa, asco, miedo, ira la alegría, la satisfacción, la gratitud amenaza o enfado miedo o la tristeza, celos venganza, la gratitud, el orgullo o la admiración, desprecio, envidia, calma, confianza

13



14

Manejo de emociones

La **regulación emocional** → capacidad para estar abierto a los sentimientos, tanto positivos como negativos, y reflexionar sobre ellos para aprovechar o descartar la información que los acompaña en función de su utilidad

¿Qué hago cuando siento estas emociones y quiero cambiar mi estado emocional? ¿Qué actos (conductuales o cognitivos) ayudan a rebajar mi nivel de ira, tristeza o ansiedad? Con todo ello, hará una lista de estrategias de regulación para cada emoción

ACTIVIDAD

ENFADO	TRISTEZA	PREOCUPACIÓN



15



16

DESAGRADABLE

AGRADABLE

ALTA ACTIVACIÓN

BAJA ACTIVACIÓN

BRÚJULA DE LAS EMOCIONES

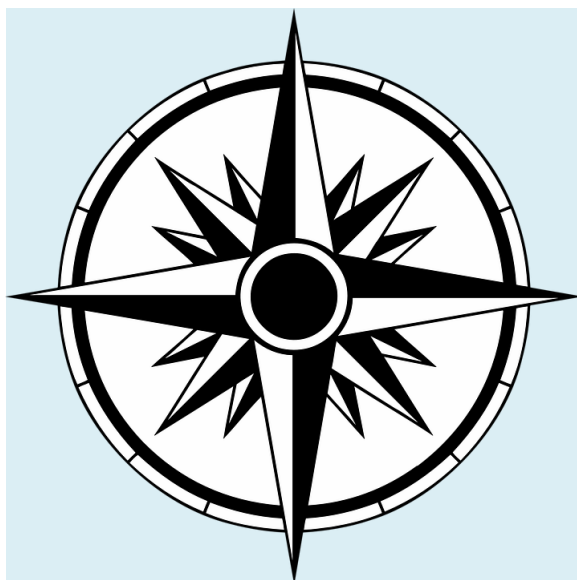
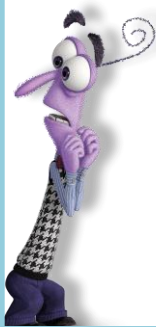
ALEGRÍA

¿Qué he logrado?



MIEDO

¿Cuáles son mis temores?



ENFADO

¿Qué me hace sentir atacado?



TRISTEZA

¿Qué he perdido?



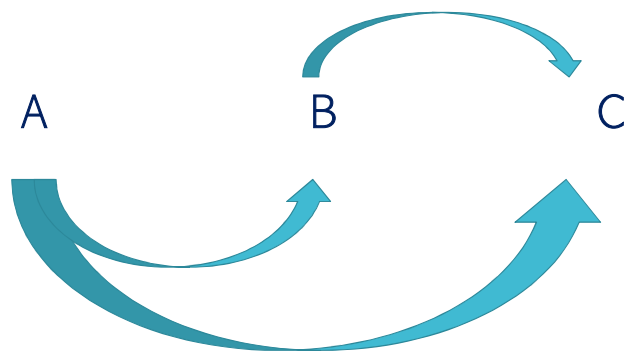
LA IMPORTANCIA DE LOS PENSAMIENTOS

SESIÓN III

1

El modelo A-B-C de Ellis

Adversidades → PROBLEMA
Creencias → LO QUE PENSAMOS
Consecuencias → SENTIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS



2

DISCUSIÓN DE CREENCIAS

- Si cambio la creencia, entonces cambiará el comportamiento.
- 1. ¿Qué datos lo avalan?
- 2. ¿Tan grave es lo que pienso? ¿Cuánto tiempo me ocupa esto? ¿Cuántas veces he estado mal por esto?
- 3. ¿Pensar así me ayuda a conseguir mis objetivos? ¿Me hace bien o mal? ¿Ayudo a alguien así?
- 4. ¿Hablo de necesidad o de preferencia? ¿De catástrofe o de molestia?
- ¿Importará esto dentro de cinco años?



Características de las distorsiones cognitivas

- Se expresan a menudo en términos de imperativos categóricos: "tendría que", "debería", "he de...".
- Se vivencian como espontáneos, aparecen de repente en la mente sin ningún desencadenante aparente.
- Son mensajes breves, específicos y discretos y a menudo se presentan en forma de imagen visual.
- Tienden a ser dramáticos y catastrofistas.
- Son difíciles de desviar.
- Son aprendidos

¿Cómo son las distorsiones cognitivas?

imas | Instituto Madrileño para el Tratamiento de la Ansiedad y Estrés

- 1 Son mensajes directos y específicos "No vales nada"
- 2 Son pensamientos automáticos, irracionales, que casi siempre terminamos creyendo
- 3 Son espontáneos, aparecen de golpe en la mente y la mayoría de la veces no se puede controlar o son difíciles de desviar. "No me lo puedo quitar de la mente"
- 4 Tienen a dramatizar y catastrofizar "He suspendido y jamás voy a aprobar"
- 5 Son aprendidos "mi madre me enseñó a no fiarme de nadie"
- 6 A menudo se expresan en términos de "habría de, tendría que o debería". "Que asco. Mi vida debería ser diferente"

(Características extraídas de "Cómo descubrir los pensamientos automáticos, Jon Arruabarrena")

5

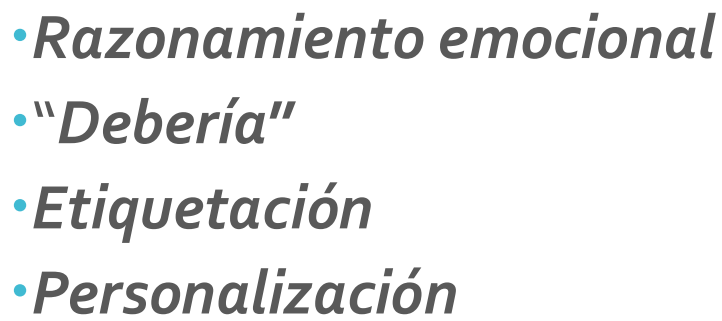


Principales
distorsiones
cognitivas

- *Pensamiento Dicotómico*
- *Sobregeneralización*
- *Abstracción selectiva*
- *El error de adivinar el futuro*

RESPIRA. ES SOLO
UN MAL DÍA. NO
UNA MALA VIDA.

6



- *Visión Catastrófica*
- *Magnificación y/o Minimización*

ACTIVIDAD

El ejercicio consiste en leer cada distorsión para posteriormente evaluarla del 0 al 10, correspondiendo el 0 al "no suelo tender a pensar de esa manera" y el 10, "es frecuente en mí pensar así". Tras finalizar, señala cuáles son las distorsiones en las que presentas una puntuación alta.

A continuación, poner un ejemplo de cada una de ellas



ACTIVIDAD

- **Ejemplos de distorsiones cognitivas**
- "Ya no sirvo para nada" MINIMIZACIÓN
- "Todo me sale mal" SOBREGENERALIZACIÓN
- "Mi vida es una desgracia" GENERALIZACIÓN EXCESIVA
- "Tengo este problema y no he podido resolverlo a pesar de intentarlo varias veces, así que no tiene solución" PENSAMIENTO TODO-NADA
- "Nada me resulta bien en la vida" TREMENDISMO

TAREAS PARA CASA

- *AUTORREGISTRO DE
ESTADOS EMOCIONALES
NEGATIVOS*



Puntuación de 0 a 10, donde 0 es “no suelo tender a pensar de esa manera” y el 10, “es frecuente en mí pensar así”.

Una vez puntuada cada distorsión, señala en cuáles tienes una puntuación más alta.

Por último, pon un ejemplo de cada distorsión.

- **Pensamiento Dicotómico:** Ver las cosas como blancas o negras, falsas o verdaderas. No se percibe que estos conceptos son sólo los extremos de un continuo. Suelen utilizar palabras tales como, siempre, nunca, jamás, todo, nada, etc.
- **Sobregeneralización:** Ver un simple suceso negativo como un modelo de derrota o de frustración que nunca acabará.
- **Abstracción selectiva:** Poner la atención de una situación solo en un detalle concreto, sacándola de su contexto, e ignorando otros hechos más importantes correspondientes a la misma situación. Se define toda la experiencia exclusivamente a partir de este detalle.
- **El error de adivinar el futuro:** Esperar que las cosas salgan mal, que los sucesos sean negativos, sin permitirse la posibilidad de que puedan ser neutrales o positivos.
- **Razonamiento emocional:** Asumir que sus sentimientos negativos son el resultado de que las cosas son negativas. Si se siente mal, esto significa que su situación real es mala.
- **“Debería”:** Intentar mejorarse a sí mismo con “debería....”, “tendría que....”, “debo hacerlo mejor”, “debo tener una buena razón para decir no”, etc. La consecuencia emocional de estos pensamientos es la culpa, la ira y el resentimiento. Utiliza los “debería” en vez de “me gustaría”.
- **Etiquetación:** Es una sobregeneralización mayor. Cuando se equivoca dice “Soy una persona muy estúpida”. Cuando no consigue algo que quiere se dice “Soy un perdedor”. Se refiere a los sucesos con un lenguaje cargado emocionalmente. Al usar etiquetas se incluyen, o están implícitas, muchas características que no son aplicables a esa persona.
- **Personalización:** Verse a sí mismo como la causa de algunos sucesos externos desafortunados o desagradables, de los que el sujeto no es responsable
- **Visión Catastrófica:** Consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales, o colocarse sin prueba alguna en lo peor para uno mismo.
- **Magnificación y/o Minimización:** Magnificar sus errores y los éxitos de los demás. Minimizar sus éxitos y los errores de los otros.

AUTORREGISTRO DE PENSAMIENTOS Y EMOCIONES

FECHA Y HORA	SITUACIÓN ¿Qué estabas haciendo en ese momento? ¿Dónde estabas, con quién y qué sucedía?	EMOCIONES ¿Qué sentiste? (ira, ansiedad, tristeza...) De 1 a 10, ¿cómo de intenso fue?	PENSAMIENTOS ¿Qué te vino a la cabeza en ese momento? (recuerdos, imágenes, ideas...) De 0 a 10, ¿en qué grado pensaste que eran ciertos esos pensamientos?

¡RESPIRA!

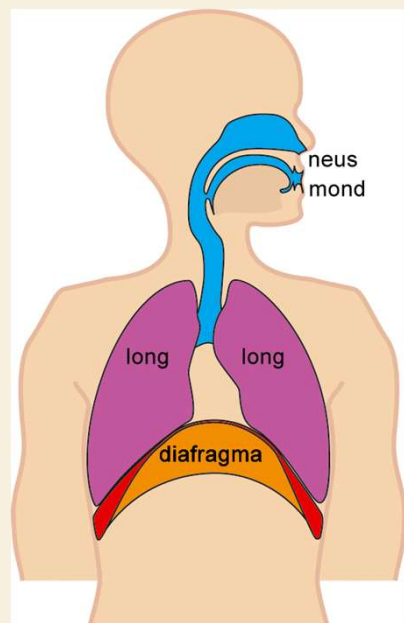
SESIÓN IV

1

IMPORTANCIA DE LA RESPIRACIÓN

- Explicar la importancia de la respiración adecuada para el manejo del dolor:
 - Ciclo tensión
- Existen tres tipos de respiración:

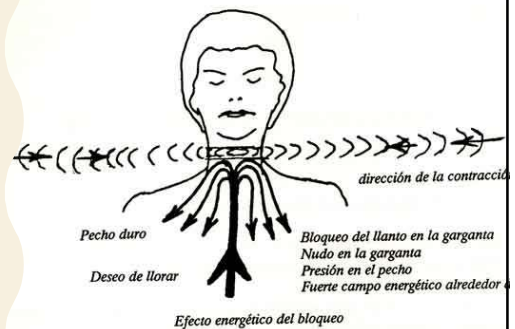
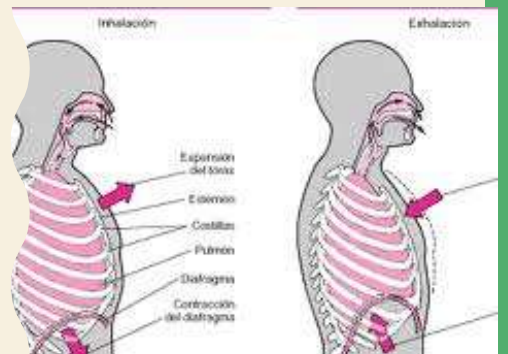
I. Respiración diafragmática: también conocida como abdominal, es la forma de respiración que utilizamos cuando somos bebés. Se basa en el movimiento del diafragma, que al bajar hacia el vientre succiona aire a los pulmones y al subir hacia ellos lo expulsa. Este tipo de respiración garantiza una mejor ventilación, captación de oxígeno y limpieza de los pulmones con la exhalación. Los expertos recomiendan utilizarla si queremos controlar la ansiedad y el estrés y aprender a relajarnos.



2

2. Respiración torácica: llamada también intercostal, ya que está regulada por los músculos intercostales, situados entre las costillas. Al tomar aire estos músculos se expanden, empujando a las costillas hacia fuera como si fuese un fuelle y ensanchando la caja torácica. Es la forma más habitual de respirar pero no es la más completa, ya que si llenamos el pecho primero, el aire queda retenido en esta zona y resulta imposible que llegue hasta la zona baja de los pulmones.

3. Respiración clavicular: se trata de la respiración que desarrollamos cuando estamos angustiados y sólo ventila la parte más alta y estrecha de los pulmones, la de menor capacidad. Si respiramos de este modo durante mucho tiempo se puede producir una “hiperventilación” donde se produce una gran eliminación de CO₂ en la espiración y aumentando la proporción de oxígeno en la sangre.



3

ENTRENAMIENTO

- COLOCA LAS MANOS EN EL ABDOMEN.
- COLOCA LAS MANOS EN LAS COSTILLAS.
- COLOCA LOS BRAZOS CRUZADOS EN LAS CLAVÍCULAS.

4



5

PROCEDIMIENTO

1. Coloca una mano sobre tu abdomen y la otra sobre el pecho.
2. Comienza con una inspiración lenta y profunda llevando el aire hacia la parte baja de los pulmones (al abdomen) y siente la mano de esa zona como se mueve, tienes que sentir como sube al ser empujada por el abdomen.
3. No te detengas, tienes que continuar inhalando y llevar el aire hacia las costillas. Tienes que sentir como estas se ensanchan hacia los costados. Siente como se mueve la mano que está alojada allí.
4. Cuando la zona costal esté dilatada, continúa inspirando un poco más, llevando el aire a la zona alta, sintiendo como el esternón sube hacia arriba, (no te preocupes, lo sentirás es la respiración más fácil).

6

5. Ahora tus pulmones están llenos de aire, retén unos instantes el aire procurando no tensar el rostro, el cuello o los hombros.

6. Comienza la expulsión haciendo que el aire salga primero de la parte clavicular, luego de la costal, y finalmente de la abdominal, expulsando el aire totalmente.

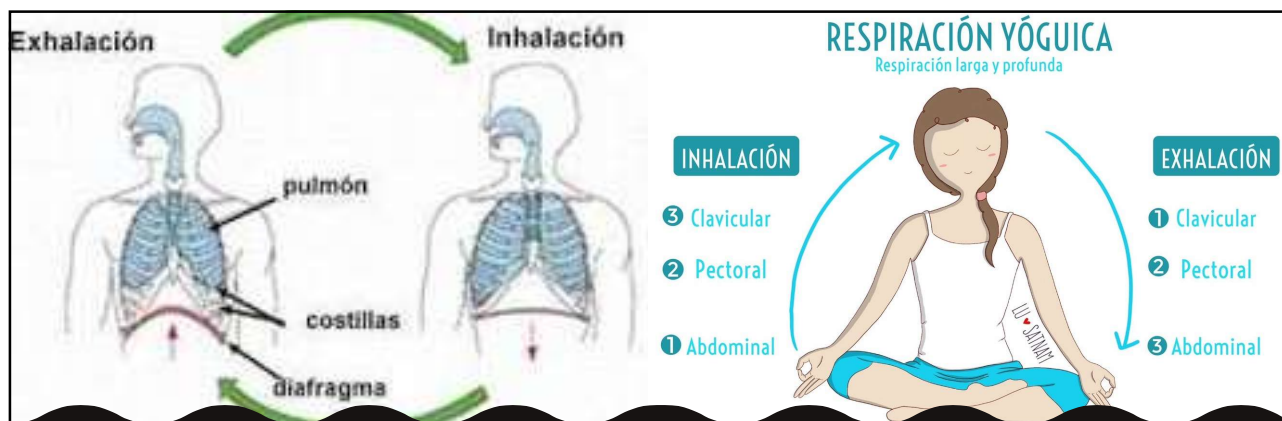
7. Mantente unos instantes los pulmones vacíos, y cuando sientas el impulso de inspirar, hazlo repitiendo los pasos anteriores

7

¡COMENCEMOS!



8



TAREAS PARA CASA

- PRACTICAR TODOS LOS DÍAS ESTA TÉCNICA
- CUMPLIMENTAR REGISTRO DE PRÁCTICAS DE RESPIRACIÓN

RESPIRACIÓN COMPLETA

Recomendaciones:

Practicar en un lugar cómodo

Donde no haya ruido

Temperatura agradable

Procedimiento:

1. Coloca una mano sobre tu abdomen y la otra sobre el pecho.
2. Comienza con una inspiración lenta y profunda llevando el aire hacia la parte baja de los pulmones (al abdomen) y siente la mano de esa zona como se mueve, tienes que sentir como sube al ser empujada por el abdomen.
3. No te detengas, tienes que continuar inhalando y llevar el aire hacia las costillas. Tienes que sentir como estas se ensanchan hacia los costados. Siente como se mueve la mano que está alojada allí.
4. Cuando la zona costal esté dilatada, continúa inspirando un poco más, llevando el aire a la zona alta, sintiendo como el esternón sube hacia arriba, (no te preocupes, lo sentirás es la respiración más fácil).
5. Ahora tus pulmones están llenos de aire, retén unos instantes el aire procurando no tensar el rostro, el cuello o los hombros.
6. Comienza la expulsión haciendo que el aire salga primero de la parte clavicular, luego de la costal, y finalmente de la abdominal, expulsando el aire totalmente.
7. Mantente unos instantes los pulmones vacíos, y cuando sientas el impulso de inspirar, hazlo repitiendo los pasos anteriores

REGISTRO PRÁCTICAS DE RESPIRACIÓN

[illegible]