

**CARACTERÍSTICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO
MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES AFECTAS DE
FIBROMIALGIA**

Memoria de tesis doctoral de

SARA LERA MIGUEL

Directores

Manel SALAMERO BARÓ

Manuel VALDÉS MIYAR

UNIVERSITAT DE BARCELONA

Departament de Psiquiatria i Psicobiologia clínica

Programa de doctorat:

‘Recerca i clínica dels trastorns mentals’

Bienni 1998-2000

¿Por qué habié qu' estar muller
y la chiqueta de casa?
¿Por qué m'ha tocáu a mí
esperar, aquí, zarrada,
a que semanas y meses
y, dimpués d'una, otra añada
me pasen sin parar cuenta
dixando l'aliento y l'aima?
Mientras cudio a padri y madri,
por allí campan los dos; (...).
Yo levo toda la carga,
yo ya i-só cansa y farta (...).
Si d'esti infierno no brinco
ya no valeré ni cinco
como persona y muller.

«La Chiqueta»
José L. Alsina

ÍNDICE

Glosario	IX
Agradecimientos	XI
Justificación del estudio	XIV
PARTE TEÓRICA:	1
Fibromialgia: Estado actual de la cuestión	3
Descripción	4
Epidemiología	5
Curso y pronóstico	6
Historia	9
Criterios diagnósticos	10
Etiopatogenia	12
Hallazgos biológicos	12
Hipótesis de la alteración del sistema nervioso central	14
Hipótesis de la somatización y depresión enmascarada	15
Hipótesis de la alteración de la personalidad	20
Hipótesis del beneficio secundario	23
Modelo etiopatogénico de la fibromialgia	24
Tratamiento	26
Terapias farmacológicas	26
Terapias naturales o alternativas	27
Biofeedback	28
Programas de actividad física	31

Terapias psicológicas	33
Tratamiento cognitivo-conductual	33
Educación e información	35
Terapia multidisciplinar	37
Limitaciones de los estudios sobre tratamientos	40
A modo de resumen	40
PARTE EMPÍRICA:	43
Objetivos	45
Hipótesis	46
Método general	48
Muestra: Criterios y procedimiento de extracción	48
Instrumentos de medida	50
Estudio 1: Características de las pacientes atendidas en una unidad de tratamiento de la fibromialgia	57
Método	59
Diseño	59
Muestra	60
Procedimiento	60
Medidas	60
Análisis estadístico	63
Resultados	64
Características sociodemográficas	64
Características clínicas	65

Características psicológicas	68
Consistencia interna y dimensiones evaluadas por el FIQ	71
Relación del FIQ con medidas de afectación física	73
Relación del FIQ con medidas de afectación de la funcionalidad	75
Relación del FIQ con Medidas de afectación emocional	76
Relaciones del FIQ con variables sociodemográficas	77
Discusión	79
Estudio 2: Ensayo clínico, controlado y aleatorizado, sobre la eficacia incremental de la terapia cognitivo-conductual	
Incremental de la terapia cognitivo-conductual	85
Método	88
Diseño	88
Muestra	88
Procedimiento	89
Descripción del tratamiento multidisciplinar recibido por el grupo control o tratamiento multidisciplinar básico	90
Descripción del tratamiento multidisciplinar recibido por el grupo experimental o tratamiento multidisciplinar básico y tratamiento cognitivo conductual	90
Medidas	91
Información y consentimiento	93
Análisis estadístico	93
Resultados	95
Eficacia del TMB y de la TCC	95

Resultados al seguimiento	100
Resultados del análisis de intención de tratar	102
Discusión	105
Estudio 3: Predictores de la respuesta al tratamiento	109
Método	
Diseño	112
Muestra	113
Procedimiento	113
Medidas	113
Medidas de características fisiológicas	113
Medidas de características psicológicas	114
Análisis estadístico	115
Resultados	116
Variables predictoras fisiológicas	116
Variables predictoras psicológicas	120
Discusión	124
Conclusiones	127
Limitaciones del estudio	128
Conclusiones finales	130
Bibliografía	132
Anexos	149

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de los síntomas nucleares y asociados a la fibromialgia	5
Tabla 2. Localización de los puntos sensibles al dolor	10
Tabla 3. Estudios a favor y en contra de la hipótesis del proceso de somatización o depresión enmascarada	20
Tabla 4. Estudios a favor del efecto de las terapias físicas	33
Tabla 5. Técnicas cognitivas y conductuales útiles en el tratamiento de la fibromialgia	34
Tabla 6. Estudios de eficacia del TM de la fibromialgia	39
Tabla 7. Presencia de trastornos comórbidos con la fibromialgia	66
Tabla 8. Datos sociodemográficos y clínicos	68
Tabla 9. Puntuaciones en el Inventario de Temperamento y Carácter TCI	70
Tabla 10. Variables de salud y escalas del FIQ	71
Tabla 11. Análisis de componentes principales: Factores del FIQ	72
Tabla 12. Coeficientes de correlación de las escalas del FIQ con las medidas de afectación física	73
Tabla 13. Coeficientes de correlación de FIQ, SCL-90-R y SF-36	76
Tabla 14. Datos descriptivos del grupo experimental y del grupo control	96
Tabla 15. Datos descriptivos del grupo completador y del no completador	97
Tabla 16. MANOVA: Resultados de contrastes univariados postratamiento	98
Tabla 17. Comparación de medias en postratamiento	99
Tabla 18. Porcentajes de cambio	100
Tabla 19. MANOVA: Resultados de los contrastes univariados a los 6 meses de seguimiento	102

Tabla 20. Comparación de medias a los 6 meses de seguimiento	102
Tabla 21. Intención de tratar. MANOVA: Resultados de los contrastes univariados en postratamiento	104
Tabla 22. Intención de tratar. Comparación de medias en postratamiento	104
Tabla 23. Variables relacionadas con el cambio en el FIQ	118
Tabla 24. Variables relacionadas con el cambio en la dimensión Bienestar emocional del SF-36	119

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema corporal de los puntos de dolor	11
Figura 2. Propuesta de modelo etiopatogénico para la fibromialgia	25
Figura 3. Eficacia del tratamiento cognitivo-conductual. Porcentajes de la muestra de respondedores en el ensayo clínico de Vlaeyen y cols	37
Figura 4. Nivel de estudios de la muestra	64
Figura 5. Categoría profesional de la muestra	65
Figura 6. Situación laboral de la muestra	65
Figura 7. Frecuencia de síntomas asociados a la fibromialgia	66
Figura 8. Uso de fármacos en el manejo de los síntomas asociados a la fibromialgia	67
Figura 9. Distribución de las puntuaciones en Patrón de conducta tipo A	69
Figura 10. Perfil de las escalas de temperamento y carácter del TCI	70
Figura 11. Puntuaciones en FIQ total según grado de escolarización	78
Figura 12. Puntuaciones en FIQ total según situación laboral	78
Figura 13. Puntuaciones en FIQ total según categoría profesional	79
Figura 14. Porcentajes de respuesta al tratamiento	100
Figura 15. Fatiga matutina y cambio en el FIQ	117
Figura 16. Número de puntos de dolor y cambio en el FIQ	118
Figura 17. Poliartritis crónica y cambio en Bienestar emocional del SF-36	120
Figura 18. Autotrascendencia y cambio en el FIQ	121
Figura 19. Cooperación y cambio en el FIQ	122
Figura 20. Bienestar emocional del SF-36 previo y cambio en Bienestar emocional del SF-36	123

Figura 21. Patrón de conducta tipo A y cambio en Bienestar emocional del SF-36	123
Figura 22. Historia de diagnóstico psiquiátrico y cambio en Bienestar emocional del SF-36	124

GLOSARIO

ACR: Colegio Americano de Reumatología (American College of Rheumatology)

AR: Artritis Reumatoide

BFB: Biofeedback

DM: Depresión mayor

EdI: Educación e Información sobre el trastorno

ECA: Ensayo controlado aleatorizado

FIQ: Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (Fibromyalgia Impact Questionnaire)

FM: Fibromialgia

GC: Grupo control

GE: Grupo experimental

JAS : Inventario de Actividad de Jenkins (Jenkins Activity Survey)

OMS: Organización Mundial de la Salud

PCTA: Patrón de conducta tipo A

PCTB: Patrón de conducta tipo B

PECV: Programa de entrenamiento cardiovascular

SCL-90-R: Inventario de 90 Síntomas Revisado (Symptom Check List-90-Revised)

SF-36: Cuestionario de salud y calidad de vida de 36 ítems (Short Form-36 Health Survey)

SNC: Sistema Nervioso Central

TCC: Tratamiento cognitivo-conductual

TCI : Inventario de Temperamento y Carácter (Temperament and Character Inventory)

TM : Tratamiento multidisciplinar

TMB : Tratamiento multidisciplinar básico

TMB+TCC : Tratamiento multidisciplinar básico combinado con tratamiento cognitivo-conductual

TS: Trastorno de somatización

AGRADECIMIENTOS

Planificar un proyecto de tesis puede ser relativamente sencillo y muy alentador pero dar forma y final al trabajo sería impensable sin la colaboración directa o indirecta de muchas personas. Es obligado que el primer agradecimiento sea para todas las mujeres afectas de fibromialgia que han participado como sujetos de experimentación, por su comprensión y colaboración.

El principal valedor de esta investigación es el Dr. Saúl Mario Gelman, médico reumatólogo, de quien partió la idea originaria de crear una unidad funcional de atención a los pacientes con fibromialgia en el entonces Hospital General de Manresa, actualmente Hospital Sant Joan de Déu. Una vez hubo contactado con los profesionales de las diferentes disciplinas, Fernanda Caballero, Dolores Trucharte y M^aJosé López, se inició un protocolo asistencial que fue la semilla del actual protocolo. De no haber sido por el arranque de este primer equipo, al cual me invitaron a partir del año 2000, esta investigación no hubiera existido. Las enseñanzas y profundización en el tema de la fibromialgia han sido guiadas y compartidas por Saúl Mario, mi principal acompañante en este viaje. Su apoyo y aceptación de los cambios y sugerencias metodológicas sobre el anterior protocolo para conseguir un diseño experimental que pusiera a prueba la aportación del tratamiento psicológico, objetivo principal del proyecto de este estudio, han sido inestimables como también su optimismo y confianza en los momentos de duda que existen siempre en un proyecto a largo plazo como éste. La mayor parte del peso de este trabajo, junto con nosotros, fue de M^a José López, fisioterapeuta, que semana tras semana debía conducir la rehabilitación de dos grupos de pacientes y que ha soportado el desgaste que eso supone sin más recompensa esperada que la satisfacción del trabajo bien hecho. La fortaleza y el sentido del humor de

Montse Abenoza, jefa del servicio de Rehabilitación física y cuarta participante del equipo terapéutico, ayudaron sin duda a ese efecto.

Cabe destacar el interés y motivación de José Antonio Bernat y de José Gabriel Zorrilla, entonces médicos residentes y ahora médicos especialistas en Medicina de familia, por entrenarse en la técnica de exploración de los puntos de dolor en la fibromialgia y prestarse para ser evaluadores ciegos. A Carmen Vidal, epidemióloga, agradezco sus aportaciones en relación al diseño experimental y al cálculo de la muestra.

Todo este trabajo no hubiera sido posible sin la aprobación y apoyo dados al protocolo asistencial por parte de la Dirección médica del hospital y, en especial, del Dr. Pere Bonet, jefe del servicio de Salud mental.

Útiles y provechosas han sido las conversaciones, sobre dudas en el planteamiento y desarrollo del estudio y sobre muchos otros aspectos profesionales y personales, con mi vecina de despacho y colega Joana Romagosa. Tengo que agradecer además a Rosa Pujol y Olga Reillo, administrativas, su paciencia y diligencia para los asuntos de agenda y, sobre todo, su cálida acogida todas las mañanas, cuando en muchas ocasiones nos hemos sentido también fibromiálgicas.

El aliento a la investigación y el interés por la estadística cristalizaron gracias a Manel Salameo durante sus tutorías en mis años de residencia, aunque algunas de sus enseñanzas pasaron a un lugar muy lejano en mi memoria y han tenido que ser rescatadas recientemente. Esta tesis no podía haberse hecho sin su dirección. Su finura, precisión y exigencia no han estado reñidas con su humanidad y ternura en los momentos más duros, cuando uno cree que ya acaba pero no alcanza a ver el final. Tampoco podían faltar en este trabajo las aportaciones de Manuel Valdés, especialista en la materia tratada, y en cuyas entrevistas la comodidad hace olvidar fácilmente las horas y enfados frente al ordenador.

Es básico el agradecimiento a mis amigos y amigas, que han respetado mi encierro voluntario y no me han tentado con sus siempre atractivos planes, a pesar de que les he añorado tremendamente.

Gracias a mis padres he llegado hasta aquí, a su educación, a su guía y a su confianza plena en mi responsabilidad y en todos los proyectos que he iniciado. Además, hubiera sido imposible sin su ayuda logística durante el último año. A mi hijo Acher quisiera agradecer su adaptación y habituación, totalmente ingenuas, a mis ausencias durante tantas horas de juegos, paseos, cenas y baños, las cuales han recaído en Quique, por quien he finalizado este trabajo, como premio, pues sin su ayuda, apoyo, aliento y cariño no se habría materializado.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La FM es un trastorno frecuente en las consultas de las áreas básicas de salud y de las unidades de atención especializada o terciaria (White y Thompson, 2003; Buskila y cols, 2001; Estudio EPISER, 1998). El escaso conocimiento de su etiología y los pocos recursos para su remisión producen bolsas de pacientes con este trastorno que, como se observa en la práctica clínica, parecen reiterativos en sus consultas y quejas; están molestos por la poca atención y comprensión que interpretan tener; viajan de profesional a profesional en largos periplos que fácilmente acaban en frustración y desesperanza.

Con el objetivo de ayudar a estos pacientes, surgió la idea de diseñar un protocolo de asistencia integral desde la unidad de Reumatología y los servicios de Rehabilitación física y de Salud Mental del Hospital Sant Joan de Déu de Manresa. En este equipo multidisciplinar se integraron un médico reumatólogo, una médico especialista en rehabilitación física, una psicóloga clínica, una fisioterapeuta y un médico residente en medicina de familia. Del primer protocolo asistencial emanó un estudio abierto controlado sobre su eficacia, entre 1998 y 2000, que se publicó en la Revista Española de Reumatología (Gelman, Lera, Caballero y López, 2002). En él se demostró que el programa de tratamiento multidisciplinar fue efectivo en la reducción del malestar emocional y de la afectación de la FM en 21 mujeres del entorno manresano.

Desde el servicio de Salud Mental se planteó la necesidad de conocer qué parte del efecto era debido al tratamiento psicológico, con el objetivo de ir modificando los elementos terapéuticos iniciales del programa asistencial para así ajustarlos según una relación coste-beneficio óptima. Para ello, se plantearon tres objetivos de interés:

- Las características asociadas a la FM reflejadas en múltiples estudios no habían sido confirmadas en la población de la Cataluña central, donde se mezclan el origen principalmente rural de la mayor parte de la población con el desarrollo industrial textil y la precariedad laboral acusada. Se hacía necesario describir a la población que estábamos visitando y confirmar que el instrumento más utilizado en la literatura científica para la valoración de la afectación del cuadro sobre la funcionalidad, el FIQ, era válido en nuestros pacientes.
- Las búsquedas bibliográficas realizadas garantizaban la utilidad del tratamiento cognitivo-conductual frente a otros tipos de tratamiento no psicológico de la FM (Rossy y cols, 1999; Thieme y cols, 2003) pero no hallaron respuesta suficiente a la presunción ampliamente compartida de que los diferentes componentes terapéuticos psicológicos y no psicológicos aumentaban sinérgicamente los resultados positivos obtenidos por cada uno de los tratamientos por separado (Goldenberg, 2004). Por este motivo se decidió realizar un ensayo controlado aleatorizado, con el máximo grado de ciego posible.
- La heterogénea composición de las muestras de afectadas por la FM y la elevada comorbilidad hacían necesaria la consideración de que no todas fueran a responder de forma similar al tratamiento. Variables sociodemográficas y de funcionamiento previo tanto físico como psicológico han sido las más estudiadas y tenidas en cuenta a la hora de predecir el cambio terapéutico (Goldenberg, 1999). Conocer esta información permitirá a los profesionales de la salud modificar sus estrategias clínicas para el beneficio del paciente.

En el transcurso de la investigación se fueron presentando en diversos foros nacionales e internacionales los resultados de los análisis preliminares:

- Gelman SM, Lera S. Resultados de un estudio prospectivo sobre tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Societat Catalana de Reumatologia. Hospital General de Catalunya, Rubí, 1 octubre de 2004. (Comunicación libre).
- Lera S, Gelman SM, López MJ, Zorrilla J, Salamero M, Valdés M. Fibromialgia: Datos descriptivos de una muestra de 66 mujeres. VI Annual Scientific Meeting of the European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics, XXXVIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Zaragoza, 18-20 septiembre 2003. (Póster).
- Lera S, Gelman SM, López MJ, Zorrilla J, Salamero M, Valdés M. Tratamiento multidisciplinar de la fibromialgia: ¿Qué aporta la terapia cognitivo-conductual?. VI Annual Scientific Meeting of the European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics, XXXVIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Zaragoza, 18-20 septiembre 2003. (Póster).
- Lera S, Gelman SM, Bernat JA, López MJ, Bonet P, Salamero M, Valdés M. ¿De veras tienen las mujeres con fibromialgia un carácter exigente y competitivo? Análisis de datos preliminares. IV Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad. Bilbao, Junio 2002. (Póster).

PARTE TEÓRICA

**FIBROMIALGIA:
ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN**

DESCRIPCIÓN

La Fibromialgia (FM) es un término escuchado frecuentemente en las consultas de los médicos de familia, de los reumatólogos, de los rehabilitadores y de los fisioterapeutas, pero también en las de los traumatólogos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, internistas, anestesistas y, huelga decir, en la de los naturistas, homeópatas, acupuntores, osteópatas y otros profesionales de las terapias alternativas. De igual modo, es un término que ha irrumpido con vigor tanto en la literatura científica médica del último decenio como en los medios de comunicación de masas y puede considerarse ya un término globalizado, presente y estudiado en múltiples países y comunidades alrededor del planeta.

Sin embargo, aun teniendo estas características universalizadas, el término no significa lo mismo para todos los miembros de la comunidad científica y, lógicamente, también difiere considerablemente del significado que tiene para las múltiples personas que lo padecen. En lo único en lo que existe consenso es en que se trata de un síndrome en el que la persona que lo padece informa de dolor musculoesquelético crónico y generalizado a ambos hemicuerpos, difundido a las zonas superiores e inferiores, de más de tres meses de evolución y que se ha extendido a partir de su localización en áreas más limitadas y pequeñas. Estos pacientes expresan quejas de otros síntomas o trastornos que acompañan al dolor, como son la fatiga continua, la debilidad y pérdida de fuerza muscular y la rigidez articular, sobre todo matutina (tabla 1). Al levantarse, por la mañana, necesitan una o dos horas de “calentamiento” para activarse y ponerse en marcha. La calidad de su sueño es mala, no reparadora, y tienen la sensación de inflamación de las articulaciones (Yunus y cols, 1991). Es también frecuente la coocurrencia de dolores de cabeza, parestesias en las extremidades, fenómeno de Raynaud, síndrome de colon irritable, síndrome premenstrual y síndrome uretral femenino (Rotés, 1994; Bennett y cols, 1991; Goldenberg, 1999).

Habitualmente el síndrome se acompaña de síntomas de depresión, estrés y ansiedad y de dificultades en las funciones cognitivas, como la memoria y la atención (Friedberg y Jason, 2001). Se le ha relacionado frecuentemente con el síndrome de fatiga crónica, pues el 70% de las personas que padecen FM cumplen también criterios para este síndrome (Norregaard y cols, 1993).

Tabla 1. Prevalencia de los síntomas nucleares y asociados a la Fibromialgia (en %) (Wolfe y cols, 1990)

Dolor extenso	97
Fatiga	78
Rigidez articular matutina	76
Parestesias	67
Dolor de cabeza	54
Ansiedad	44
Colon irritable	35

Los pacientes con FM pagan con dolor cualquier esfuerzo que antes realizaban sin dificultades y viven la evolución y curso del trastorno como algo limitante e invalidante. En muchos casos, su calidad de vida está significativamente disminuida (Burckhardt y cols, 1993).

EPIDEMIOLOGÍA

En los EEUU, Canadá y Europa, se ha estimado que el 20% de la población sufre de dolor crónico (Saunders, 2004) y que el 10-12% sufre de dolor crónico generalizado y extenso (Goldenberg, 1999; Buskila y cols, 2001). La prevalencia estimada para la FM en la población general se sitúa entre el 2,0% y el 3,7%, en el 3,4-5,7% de las mujeres y en el

0,5-1,7% de los varones, en una relación de 8-20 mujeres con FM por cada varón con el trastorno (Rotés, 1994; Bennett y cols, 1991; Nye, 1998). Esta prevalencia varía con la edad, pasando del 1% de la población comprendida entre los 18 y los 29 años al 7% de las personas entre 60 y 79 años.

Es el segundo o tercer diagnóstico más común en las consultas de reumatología, asignado al 4-20% de los pacientes visitados en reumatología, al 2-4% de los visitados en atención primaria y al 7,5% de los pacientes visitados en los hospitales (Calabozo, 1998; Buskila y cols, 2001; White y Thompson, 2003). El 35% ha visitado a una media de cuatro médicos antes de ir al reumatólogo. La mitad de los casos de FM padece otra enfermedad reumatológica como la artrosis o la artritis reumatoide. La padecen el 10-40% de los enfermos de lupus eritematoso sistémico y el 10-30% de los enfermos de artritis reumatoide. En la población española se ha estimado su presencia en 800.000 personas, el 2,3% de los mayores de veinte años, en una relación de 21 mujeres por cada varón (Estudio EPISER, 1998). La duración media del cuadro antes de ser correctamente diagnosticado es de once años.

El inicio del cuadro se da entre los 25 y los 45 años. Otros factores que aumentan el riesgo de padecer FM son, además de la edad mediana y ser mujer, la historia de escolarización breve y la renta familiar baja.

CURSO Y PRONÓSTICO

Tiende a considerarse que la FM tiene un curso crónico. Se ha estimado que los pacientes con FM acuden una media de diez veces al año a la consulta del médico y usan una media de tres fármacos diarios para el control del dolor. Las dos terceras partes de pacientes de

FM trabajan y una cuarta parte ha recibido algún tipo de ayuda de la administración por incapacidad laboral (Goldenberg, 1999).

Se estimó el coste medio anual de un paciente con FM en los EEUU en 2.274\$, un coste similar al de la osteoartritis (Wolfe y cols, 1997). En Canadá se supone que este síndrome provoca un gasto sanitario público anual de 350 millones de dólares y un gasto de las aseguradoras privadas de 200 millones (White y Thompson, 2003).

Sin embargo, los artículos publicados sobre la evolución y pronóstico de la FM no confirman esta cronificación en todos los casos. El estudio longitudinal más largo publicado hizo un seguimiento de sujetos con FM durante 14 años después del diagnóstico (Kennedy y Felson, 1996). El 55% refirió seguir padeciendo dolor de moderado a grave, fatiga y alteraciones del sueño; por contra, el 66% se sentía mejor que en el momento del diagnóstico. En un estudio australiano, el 47% de los casos de una muestra comunitaria no cumplieron los criterios de clasificación de la American College of Rheumatology (ACR) dos años después del diagnóstico de FM (Granges y cols, 1994). Fitzcharles y cols, 2003 siguieron, a lo largo de una media de 40 meses, una cohorte de 70 sujetos con FM. En 33 pacientes, prácticamente la mitad de la muestra, los síntomas habían remitido total o casi totalmente; 28 de ellos dejaron de cumplir los criterios de clasificación de la FM definidos por la ACR. En el estudio no se tuvo en cuenta si estas personas habían recibido tratamiento ni qué tipo de terapia habían seguido. En otro estudio más reciente, White y cols, 2002, mostraron que el 54% de una muestra comunitaria de sujetos con diagnóstico previo de FM se hallaban reclamando la invalidez total en la línea-base. En cambio, en otra muestra de sujetos con dolor extenso crónico que recibió el diagnóstico durante el estudio se demostró que, tres años después, la intensidad de los síntomas había disminuido de forma significativa y su nivel de satisfacción con la salud había aumentado aunque

presentaran más limitaciones funcionales que al principio. Estos datos son interpretados por los autores de forma que asignar la etiqueta de FM no produce efectos adversos en el curso del síndrome. En el mismo sentido, Burckhardt y cols, 1991, no hallaron correlaciones significativas entre el grado de impacto o afectación de la FM y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, por lo que concluyen que no hay empeoramiento del cuadro después de varios años.

Por el contrario, Forseth y cols, 1999, observaron que la cuarta parte de las personas que padecían dolor local, no extenso, en la evaluación de línea-base de una muestra extraída de la comunidad, cumplió criterios para el diagnóstico de FM cinco años después. Wigers, 1996, realizó un seguimiento de cuatro años y medio y en este tiempo se constató que se había doblado la proporción de casos que estaban recibiendo algún tipo de pensión, parcial o total -del 27% al 63%-. La proporción de pacientes que seguía trabajando pasó de un 43% a un 38% al final del seguimiento.

Estos trabajos permiten elaborar la hipótesis de que una parte importante de las personas con dolor focalizado crónico evoluciona a largo plazo hacia el síndrome fibromiálgico, que la proporción de pacientes con el diagnóstico que trabajan, sigue haciéndolo años después aunque estén ocupados menos horas y reciban una pensión compensatoria, que una tercera parte sigue trabajando a tiempo completo y sin ayudas económicas de ningún tipo, que otra parte importante –entre un tercio y la mitad- ven reducidos el dolor y los síntomas asociados y mejorada su calidad de vida y que en otra parte importante el cuadro remite tanto que dejan de cumplir criterios diagnósticos de FM. Sin duda, el curso del síndrome no es igual para todos: en unos casos produce mayor invalidez y en otros casos los síntomas remiten. Sería necesario poder analizar los factores que predicen un mejor o peor pronóstico.

HISTORIA

El término *fibromialgia* es utilizado de forma unitaria desde principios de la década de los noventa del siglo XX. Previamente el cuadro había sido denominado de diferentes modos (Rotés, 1994; Nye, 1998; Tevar y cols, 1998).

Se reconoce la existencia de este cuadro desde hace más de 150 años. Los autores alemanes lo denominaban *reumatismo muscular*. También se denominaban *mialgias* los cuadros de dolor muscular en los que no se objetivaba lesión alguna. A principios del siglo XX, en 1904, William Gowers acuñó el término de *fibrositis* para referirse a la FM como un cuadro de dolor de los tejidos blandos de tipo inflamatorio, vocablo utilizado por la mayoría de autores. Otros, como Boland en 1947, se refirieron al síndrome como *reumatismo psicogénico* y destacaron su naturaleza de expresión de trastornos neuróticos.

En 1974, Philip Hench creó el término *fibromialgia* uniendo los términos *fibrositis* y *mialgias*, que fue recogido a partir de entonces por Wolfe, Smythe y Yunus para desarrollar un método que cuantificara y discriminara el trastorno. En 1992, en el II Congreso Mundial de Dolor Miofascial y Fibromialgia, celebrado en Copenhague, la American College of Rheumatology asumió y estableció los criterios diagnósticos para la FM que luego fueron incorporados al International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) en 1993, en el epígrafe ‘M79.0 Reumatismo, inespecificado’ (Kurtze y cols, 1998; Tevar y cols, 1998).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La FM se caracteriza por la ausencia de causas orgánicas claras. No hay pruebas de laboratorio que permitan el diagnóstico específico de este trastorno, sino que su clasificación se realiza por eliminación. En 1990 se publicó el estudio multicéntrico

liderado por Wolfe, Smythe, Yunus y cols, a partir del cual se fijó un método objetivo que discriminara la FM de otros síndromes de dolor crónico regional o generalizado de tipo reumático. Este método se basa en la cuantificación de la intensidad de la respuesta de dolor en diferentes puntos localizados en el cuerpo, denominados puntos sensibles al dolor, que coinciden con puntos de inserción del músculo, prominencias óseas, otras zonas de tejido blando y nódulos de algunos cuerpos musculares.

Tabla 2. Localización de los puntos sensibles al dolor de la Fibromialgia (Tevar y cols, 1998)

<ul style="list-style-type: none">• Cara posterior:<ul style="list-style-type: none">– Puntos de inserción de los músculos suboccipitales– Punto medio del borde superior del trapecio– Supraespinoso cerca del borde supraescapular medio– Glúteo, en el cuadrante supero-externo de la nalga	<ul style="list-style-type: none">• Cara anterior:<ul style="list-style-type: none">– Zona anterior entre el espacio intertransversal C5-C7– Segunda costilla, en las segundas articulaciones costo-condrales– Epicondilo, hasta 2 cm distal de los epidondilos– Trocánter mayor– Rodilla, en la almohadilla interna de grasa cerca de la línea articular
---	---

Se han identificado 18 puntos sensibles o 9 pares de puntos simétricos bilaterales a lo largo de todo el cuerpo y tanto en la cara ventral como en la posterior (tabla 2, figura 1). Estos puntos deben resultar dolorosos cuando el evaluador concentra una presión digital sobre ellos de alrededor de cuatro kilos de fuerza. La reacción debe ser de dolor y no simplemente de una mayor sensibilidad. Se han establecido también dos pares de puntos de control que sirven para detectar los falsos positivos.

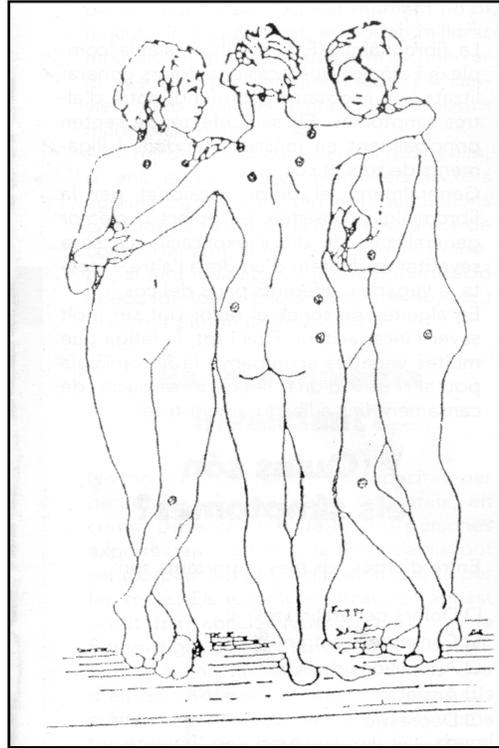


Figura 1. Esquema corporal de los puntos de dolor (Associació Catalana d'Afectats de Fibromiàlgia)

Los criterios de clasificación establecidos por la ACR fueron:

1. Historia de dolor generalizado, en ambos lados del cuerpo, en la parte superior e inferior, además de dolor axial (columna cervical, cara anterior del tórax, dolor dorsal y lumbar) de al menos tres meses de duración.
2. Presencia de respuesta de dolor en 11 de los 18 puntos descritos como puntos de dolor fibromiálgico.
3. La presencia de otras enfermedades no excluye el diagnóstico de FM.

Estos criterios fueron probados en una muestra de 293 sujetos con FM y 265 controles con trastorno de dolor crónico regional o trastorno reumático y mostraron una sensibilidad del 88% y una especificidad del 81%.

A falta de anomalías patofisiológicas específicas se han criticado mucho los criterios de clasificación anteriores (Rotés, 1994; Wolfe, 2003). Sin embargo, los criterios acordados para otros trastornos como la migraña, la neuralgia del trigémino, la cefalea tensional, el síndrome de colon irritable, el síndrome de fatiga crónica o la depresión, también han sido determinados sobre el consenso entre clínicos experimentados (Nielson y Harth, 2004; White, 2004). Por ejemplo, los criterios propuestos por la American Association of Arthritis para el diagnóstico de la artritis reumatoide tenían una sensibilidad del 94% y una especificidad del 89%, cifras no muy alejadas de las estimadas para la FM (Tevar y cols, 1998).

ETIOPATOGENIA

Hallazgos biológicos

Por el momento, no se han hallado alteraciones biológicas específicas que expliquen el cuadro o el desarrollo de la FM. Este hecho ha fomentado la investigación sobre sus causas pero también ha producido un intento de negación de la existencia del síndrome como una entidad nosológica diferenciada. Si bien históricamente se pensó que la FM era el resultado de múltiples microtraumas en los tejidos musculares (Nye, 1998), actualmente se considera que es un trastorno de la función y no una consecuencia de posibles lesiones estructurales.

Entre los diferentes hallazgos biológicos publicados, existe evidencia de la alteración de algunos neurotransmisores (Rollman, 1993; Malt y cols, 2002). Se han observado niveles disminuidos de serotonina y de sus precursores en el líquido céfalo-raquídeo (Yunus y cols, 1992), además de bajos niveles de noradrenalina y un aumento de sustancia P (Russell y cols, 1992; Væroy y cols, 1992). Hay acuerdo en cuanto a la elevada concentración de sustancia P y otros péptidos antinociceptivos, sin embargo el acuerdo

disminuye en relación a si los niveles de serotonina son deficitarios en la totalidad de los sujetos con FM (Okifuji y cols, 2000). Este patrón alterado en los sistemas de neurotransmisores centrales explica el fenómeno de la hiperalgesia o excesiva sensibilidad y amplificación de las señales de dolor.

Otro foco de investigación se ha reunido en torno a la función neuroendocrina. Se han evidenciado disminución de la liberación de cortisol o hipocortisolismo en respuesta al estrés y a la activación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (van West y Maes, 2001), alteraciones del equilibrio entre los sistemas nerviosos autónomos simpático y parasimpático -como una disminución de la tensión arterial sistólica en respuesta a la buspirona (Malt y cols, 2002), la reducción de la temperatura en espalda y aumento en manos (Qiao y cols, 1991) o la alteración funcional del nervio autonómico en respuesta a estrés ortostático (Martinez-Lavin y cols, 1997)- y disminución de la liberación de hormona de crecimiento o somatotropina (Bennett y cols, 1992).

Se ha observado mayor presencia de anticuerpos antinucleares y anticuerpos serotoninérgicos pero no hay evidencia clara que apoye la hipótesis de un trastorno de la función autoinmune ni la de una infección vírica (McCain y Tilbe, 1989).

La neuroimagen funcional ha aportado datos a favor de la hipoperfusión sanguínea de córtex, tálamo y núcleo caudado (Mountz y cols, 1995) pero también a favor de un aumento de la actividad de la corteza prefrontal, motora y cingulado anterior en respuesta a estímulos no dolorosos en los pacientes con FM (Cook y cols, 2004). Probablemente, los hallazgos más específicos sean los relativos a la mala calidad del sueño y la ausencia de sueño reparador, explicados por la aparición anormal de ondas electroencefalográficas alfa en el sueño lento o de predominio de ondas delta (Moldofsky, 1993; Roizenblatt y Moldofsky, 2001), observadas asimismo en trastornos por estrés postraumático. Estas

alteraciones no son compartidas por otros trastornos como el insomnio, la distimia u otros trastornos neuróticos, donde las características de la alteración funcional del sueño son distintas. Las irrupciones de ondas alfa simultáneamente a la actividad NREM de fase IV no son suficientes para inducir despertares en la persona pero se considera que deterioran más la calidad restauradora del sueño que la privación de sueño de ondas lentas o que la privación total.

Estos hallazgos y la falta de otros descubrimientos más esclarecedores han permitido desarrollar diferentes hipótesis etiológicas de la FM, entre las cuales destacan las siguientes:

1. Hipótesis de la alteración del SNC en los procesos de regulación del dolor
2. Hipótesis de la somatización y la depresión enmascarada
3. Hipótesis de la alteración de la personalidad
4. Hipótesis del beneficio secundario de tipo económico

Hipótesis de la alteración del SNC en los procesos de regulación del dolor

Esta hipótesis postula que pequeñas sensaciones dolorosas difusas son capaces de activar la transmisión de estímulos de dolor mientras el sistema de control de los estímulos nociceptivos está hipoactivado. La persistencia de sensaciones difusas y leves produciría una acumulación mantenida en el tiempo de estimulación dolorosa, cada vez mayor, a la par que no se activarían las interneuronas espinales encargadas de su inhibición. Este hecho aumentaría la sensibilidad al dolor al reducir el umbral de respuesta a los estímulos y reforzaría una reacción de hipervigilancia de la persona hacia este tipo de información (Mason y cols, 1997; Wall, 1993; Rollman, 1993; Staud y cols, 2001).

Se considera que este error en el sistema central de transmisión y regulación del dolor es un factor de predisposición o vulnerabilidad, que no explica el desencadenamiento del síndrome fibromiálgico.

Hipótesis de la somatización y la depresión enmascarada

A partir de los hallazgos de laboratorio que muestran una presencia reducida de serotonina en suero y de la detección de alteraciones del sueño y síntomas depresivos en muchos pacientes con FM explorados en las consultas clínicas, empezó a cobrar forma la hipótesis de que la FM no era más que un cuadro de somatización del malestar emocional y de sintomatología ansioso-depresiva (tabla 3, página 20). Para llegar a esta conclusión, se comparó a personas afectas de FM con personas afectas de otros trastornos de dolor crónico generalizado de tipo reumatológico y curso crónico, como la artritis reumatoide (AR).

Varios estudios afirman que la FM tiene como característica nuclear la presencia de malestar emocional en una proporción significativamente mayor que la AR. En este sentido, la presencia de historia previa o actual de diagnóstico de depresión fue superior entre los sujetos con FM que entre los sujetos con AR en los estudios de Hudson y cols, 1985, y Payne y cols, 1982. Sin embargo, otros trabajos no hallaron diferencias significativas en relación a la prevalencia de historia de depresión mayor entre ambos trastornos (Okifuji y cols, 2000; Kirmayer y cols, 1988; Ahles y cols, 1991; Netter y Hennig, 1998). Goldenberg, 1999, recogió en su revisión que la historia clínica de síntomas depresivos se situaba en el 50-70% de los casos con FM pero que la categoría psiquiátrica de depresión mayor sólo se había conseguido diagnosticar en el 18-36% de los casos. Friedberg y Jason, 2001, consideraron que FM y depresión mayor no son manifestaciones del mismo trastorno pues después de realizar ejercicio físico las personas con FM no

mejoran y las personas con depresión sí y porque los depresivos pierden el interés por las actividades habituales y, en cambio, las personas con FM no han dejado de motivarse para la realización de las tareas habituales.

La hipótesis se amplió para considerar otros trastornos emocionales como procesos que explicarían la FM. Walker y cols, 1997, en un estudio retrospectivo, hallaron que el 90% de los sujetos con FM presentaba o había presentado algún tipo de trastorno psiquiátrico en contraste con el 49% de prevalencia de estos diagnósticos entre los sujetos con AR y concluyó que los trastornos psiquiátricos no eran secundarios a la FM sino parte principal de su instauración y desarrollo. A partir de otro estudio prospectivo de seguimiento de 3.004 pacientes procedentes de la atención primaria, McBeth y cols, 2001, observaron que la presencia de abundantes síntomas de somatización predijo el inicio de cuadros de dolor crónico generalizado y que, por tanto, la FM era un estadio más del proceso de somatización. Ahles y cols, 1991, encontraron mayor prevalencia de trastorno de somatización en una muestra de FM que en las muestras de AR o de sujetos control, aunque la diferencia no fue significativa, pero también porcentajes similares de ausencia de historia de diagnóstico psiquiátrico en los tres grupos, de tal forma que no se confirmó la hipótesis de la depresión o malestar enmascarados. En el mismo sentido, Kirmayer y cols, 1988, observaron mayor presencia de síntomas de somatización en la FM que en la AR, pero no hallaron diferencias en relación a la prevalencia del diagnóstico de trastorno de somatización.

En otros intentos, se ha analizado la presencia de alteraciones psicopatológicas más que la presencia actual o pasada de diagnóstico psiquiátrico. El Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota de Hathaway y McKinley, MMPI, ha sido utilizado ampliamente en el estudio del dolor crónico con el objetivo de evidenciar la mayor presencia de síntomas

psicopatológicos entre los afectados de FM. Payne y cols, 1982, y Wolfe y cols, 1984, hallaron que los sujetos con FM mostraban perfiles de MMPI de mayor alteración psicológica que los sujetos con AR, consistentes en un aumento de la puntuación media en las escalas de Hipocondriasis, Depresión, Histeria, Desviación Psicopática y Psicastenia, lo que se traduce en hiperreactividad al entorno, preocupación por la salud, presencia de síntomas somáticos abundantes, desesperanza, irritabilidad, sentimientos de injusticia, inseguridad, rumiaciones y ansiedad. Sin embargo, no consiguieron confirmar la relación entre los síntomas psicopatológicos y los síntomas característicos de la FM, a saber, el número de puntos de dolor, la fatiga o las alteraciones del sueño. Ellersten y cols, 1993, concluyeron, a partir de estos resultados, que las características centrales de la FM eran independientes del estado psicológico aunque la intensidad autopercebida del dolor sí que estuviera influida por factores psicológicos.

En un intento de análisis más minucioso, algunos estudios que evaluaron la presencia de malestar mediante el MMPI clasificaron los perfiles obtenidos en tres categorías: perfil normal (ninguna escala sobrepasa la puntuación típica de 70), perfil de dolor crónico (una o más escalas de la tríada neurótica, Hipocondriasis, Depresión o Histeria, elevadas por encima de la puntuación típica de 70) o perfil de alteración psicológica (cuatro escalas o más elevadas por encima de la puntuación típica de 70). Ahles y cols, 1984, 1991, hallaron que si bien las puntuaciones medias en el MMPI eran más elevadas en la FM que en la AR y en los sujetos controles, este resultado se debía a la presencia de un subgrupo, equivalente a un tercio de la muestra, que padecía más dificultades emocionales y no a que la mayoría de los sujetos con FM puntuaran más alto que los sujetos del resto de muestras de trastorno reumatológico o de población general. A su modo de ver, existían pues dos tipos de pacientes con FM: un subgrupo con FM y trastorno psiquiátrico mostraba mayor

psicopatología, más síntomas de depresión y más síntomas somáticos, y otro subgrupo con FM sin trastorno psiquiátrico, que no difería de los pacientes con AR ni de los controles ni en prevalencia de diagnóstico ni tampoco en cantidad de síntomas. Yunus, Ahles y cols, 1991, llegaron a idénticos resultados y el grupo de Bennett, Burckhardt y Clark, 1996, detallaron que la mitad de la muestra con FM mostraba el perfil típico de dolor crónico y que sólo una tercera parte aproximadamente extrajo perfil de alteración psicológica.

Se han utilizado otros instrumentos de medida de la personalidad y las conclusiones han sido similares. Con el Inventario de personalidad NEO-PI de Costa y McRae sólo un subgrupo aparecía como emocionalmente alterado (Wade y cols, 1992). Clark y cols, 1985, compararon una muestra de pacientes con FM y otra de controles equivalentes en edad, sexo y etnia extraídos de la consulta médica y sin trastorno de dolor; no se encontraron diferencias significativas ni en sintomatología depresiva, medida con el Inventario de Depresión de Beck BDI, ni en ansiedad, medida con el Inventario de Spielberger para la Ansiedad Estado y Rasgo STAI, ni en presencia de síntomas psicopatológicos, medida con el Inventario de 90 Síntomas Revisado SCL-90-R de Derogatis.

Los estudios aquí revisados no aportan evidencia clara a favor de la hipótesis de que las alteraciones psiquiátricas o psicológicas jueguen un papel fundamental en el inicio y desarrollo de la FM y esto puede ocurrir por varias razones de tipo metodológico: el uso de muestras pequeñas, el uso de diseños transversales y/o retrospectivos en detrimento de los longitudinales y/o prospectivos y la extracción de muestras clínicas, que se fundamenta sobre la creencia de que éstas son representativas de la población con FM de la comunidad.

El grupo de investigación de Aaron y cols, 1996, 2001, analizó este supuesto y buscó la prevalencia de malestar psicológico y de diagnóstico psiquiátrico en muestras de pacientes atendidos en hospitales y servicios especializados, de pacientes que no hubieran

consultado a los servicios de salud y de sujetos sanos. La presencia de historia de diagnóstico psiquiátrico fue más elevada entre los sujetos con FM que consultaban en atención terciaria que entre los que no solicitaban visita médica o los sanos. La experiencia de malestar también era mayor entre los que acudían al médico, aunque este aspecto estuvo muy correlacionado con los niveles de dolor y fatiga. Por otro lado, la percepción del dolor, los niveles cerebrospinales de sustancia P y la neuroimagen de flujo sanguíneo de tálamo y núcleo caudado fue similar entre los sujetos con FM que consultaban y los que no (Bradley y cols, 1996). En resumen, si bien los hallazgos biológicos eran similares para uno y otro subgrupo, aquel que consumía recursos sanitarios presentó mayor prevalencia de patología psiquiátrica. La conducta de búsqueda de ayuda médica para el síndrome fibromiálgico correlacionó más con la presencia de trastorno psiquiátrico que con las características nucleares de la FM.

Estos resultados conducen a la conclusión de que la mayoría de las muestras analizadas son clínicas, más representativas de la población de FM con alteraciones emocionales que de la población general comunitaria de FM.

Por la existencia de evidencia hasta la fecha tanto a favor como en contra, la hipótesis de que la FM sea un forma de manifestación de disfunciones psíquicas no se confirma y hace agua.

Tabla 3. Estudios a favor y en contra de la hipótesis del proceso de somatización o depresión enmascarada

A favor:	En contra:
<ul style="list-style-type: none">• Hudson y cols, 1984: Mayor prevalencia de diagnóstico de depresión en FM que en AR y perfil MMPI de mayor alteración psicológica en FM que en AR• Payne y cols, 1982: Mayor prevalencia de diagnóstico de depresión en FM que en AR • Walker y cols, 1997: Historia de diagnóstico psiquiátrico en 90% de FM frente a 49% de AR• McBeth y cols, 2001: Mayor riesgo de padecer FM entre los que más síntomas somáticos referían • Wolfe y cols, 1984: Perfil MMPI de mayor alteración psicológica en FM que en AR	<ul style="list-style-type: none">• Okifuji y cols, 2000: Igual prevalencia de diagnóstico de depresión en FM y en AR• Netter y Hennig, 1998: Igual prevalencia de diagnóstico de depresión en FM y en AR• Goldenberg, 1999: Síntomas depresivos en 50-70% de FM pero diagnóstico de DM en 18-36%• Friedberg y Jason, 2001: Diferente respuesta a ejercicio y a motivación en FM que en DM• Ahles y cols, 1991: Misma prevalencia de DM y de TS en FM y AR, aunque más síntomas en FM, y mismos porcentajes de ausencia de historia de diagnóstico psiquiátrico• Kirmayer y cols, 1988: Misma prevalencia de DM y de TS en FM y AR, aunque más síntomas en FM• Ellersten y cols, 1993: Las características de la FM son independientes del estado psicológico• Ahles y cols, 1991, 1984: Subgrupo con perfil MMPI de alteración psicológica• Yunus y cols, 1991: Subgrupo con perfil MMPI de alteración psicológica• Bennett, 1996: Tercio con alteración psicológica en MMPI• Wade, 1992: Subgrupo de alteración psicológica en NEO-PI• Clark y cols, 1985: FM y controles iguales en BDI, STAI y SCL-90-R• Aaron y cols, 1996: El malestar emocional se relaciona con la conducta de búsqueda de ayuda

FM=Fibromialgia, AR=Artritis reumatoide, DM=Depresión mayor, TS=Trastorno por somatización

Hipótesis de la alteración de la personalidad

Esta hipótesis intenta establecer cuáles son las causas de la hipersensibilidad al dolor como factor de predisposición al desarrollo de la FM.

Tradicionalmente se consideró que las personas con FM tenían una personalidad consistente en rasgos obsesivos, perfeccionistas, de sobreactivación conductual, exigentes, con elevada motivación por las actividades, eficaces y con necesidad de atención y aprobación, en resumen, una personalidad sobreimplicada y neurótica (Rotés, 1994; Malt y cols, 2002). Netter y Hennig, 1998, no consiguieron hallar diferencias en cuanto a síntomas ansiosos y depresivos entre pacientes con FM y sujetos sanos, ambos con elevadas puntuaciones en neuroticismo. Spanjer, 1994, no encontró tampoco diferencias entre FM y sanos en relación a la motivación por el logro, rasgo generalmente asociado al primer grupo. Malt y cols, 2002, no obstante, sí que reflejaron mayor malestar general, mayor neuroticismo y menores sentimientos de autocontrol y eficacia entre los sujetos con FM que entre los sujetos sanos. No observaron, en contra de lo estipulado por Keefe y cols, 2001, en su revisión de la investigación que relaciona los constructos de dolor crónico y emoción, que las personas con FM tuvieran mayores puntuaciones en alexitimia o dificultad para la detección e identificación de las reacciones emocionales que los sujetos sanos.

En un estudio retrospectivo, Van Houdenhove y cols, 2001, evaluaron el grado de consenso entre familiares y pacientes y sí evidenciaron la presencia premórbida del rasgo ‘propensión a la acción’ en los afectados por FM. Observaron que esta característica de vulnerabilidad se observaba más frecuentemente en los sujetos que habían sufrido algún tipo de victimización durante la infancia, como abusos, negligencia u otros acontecimientos traumáticos. Interpretaron este hallazgo en el sentido de que estos sucesos influían en el desarrollo de una personalidad más neurótica y depresiva y que este estilo de comportamiento o propensión tendría la función de reforzar la autoestima.

Las experiencias negativas durante la infancia y la adolescencia han sido también consideradas y analizadas por otros grupos de estudio. A partir de una muestra extraída de

la comunidad, McBeth y cols, 1999, encontraron correlaciones positivas entre el número de puntos de dolor y de síntomas somáticos y el número de acontecimientos familiares negativos vividos durante la infancia, como la enfermedad grave u hospitalización de algún familiar cercano, la separación de los padres, la sobreprotección materna o los abusos o negligencia maternos. Anderberg y cols, 2000, en el mismo sentido, hallaron que una mayor proporción de sujetos con FM, en contraste con la proporción de sujetos sanos, había sufrido acontecimientos adversos en la infancia y adolescencia considerados como muy negativos por los propios evaluados. La premisa subyacente a esta hipótesis es que la mayor experiencia de sucesos negativos en las etapas tempranas del aprendizaje psicosocial aumenta el riesgo de afianzar una personalidad ansiosa e hipersensible que, a su vez, propicia el desarrollo de un umbral más bajo de tolerancia al dolor.

Davis y cols, 2001, observaron que los sujetos con FM tenían una red social más deficitaria y más potenciadora de conflictos que los sujetos con osteoartritis. Sin embargo, un experimento de laboratorio les permitió comprobar que las mujeres con FM que respondían con un aumento del dolor a las situaciones de estrés psicosocial eran aquellas que tenían mayor tendencia a experimentar afecto negativo; en cambio, las mujeres con FM que tenían una tendencia al afecto negativo normal o bajo, no se diferenciaban en cuanto a las respuestas de dolor en situaciones de tensión interpersonal de las mujeres que padecían osteoartritis. De nuevo, aparecen dos subgrupos diferenciados en sus respuestas dentro de la población fibromiálgica, aquellos con o sin trastorno psiquiátrico o malestar emocional asociado.

La falta de estudios longitudinales y prospectivos no permite conocer qué es la causa de qué, si los acontecimientos negativos producen afecto negativo y personalidad ansiosa o si las mujeres con FM y rasgos neuróticos de personalidad interpretan y procesan de forma

más negativa y atemorizante los acontecimientos de su entorno, ya sea presente o pasado (Winfield, 2001; Keefe y cols, 2001).

Hipótesis del beneficio secundario de tipo económico

Varios autores han insistido en la necesidad de anular la FM como categoría nosológica, por considerar que tiene escasa validez discriminante y que está sobrediagnosticada (Wolfe, 2003; Erlich, 2003). Según su punto de vista, la FM es un cuadro más frecuente en las sociedades que tienen buenos sistemas de pensiones y protección de los ciudadanos, en las que es más probable conseguir que sea reconocida la invalidez laboral por enfermedad y la ayuda económica institucional. Sugieren, pues, que estos sistemas generosos de pensiones refuerzan la conducta de enfermedad y, por tanto, la perpetuación del síndrome.

Sin embargo, otros autores consideran que esta premisa está poco o nada fundamentada (Wallace, 2004; Nielson y Harth, 2004; White, 2004). Es más, sostienen que quienes la sustentan han falseado incluso los resultados publicados. No existen nuevos estudios epidemiológicos que demuestren que la prevalencia del diagnóstico de la FM haya aumentado.

Además de reivindicar la importancia de las alteraciones neurofisiológicas y neuroendocrinas constatadas, los defensores de la existencia de la FM como entidad diferenciada argumentan que muchos otros trastornos adolecen de la falta de evidencias biológicas que los avalen y, sin embargo, son reconocidos gracias al consenso entre clínicos y a la instauración de criterios diagnósticos descriptivos, poco específicos y basados en buena parte en síntomas subjetivos, como es el caso de la migraña, la neuralgia del trigémino, la espondilitis o incluso el lupus eritematoso y la artritis reumatoide (White, 2004).

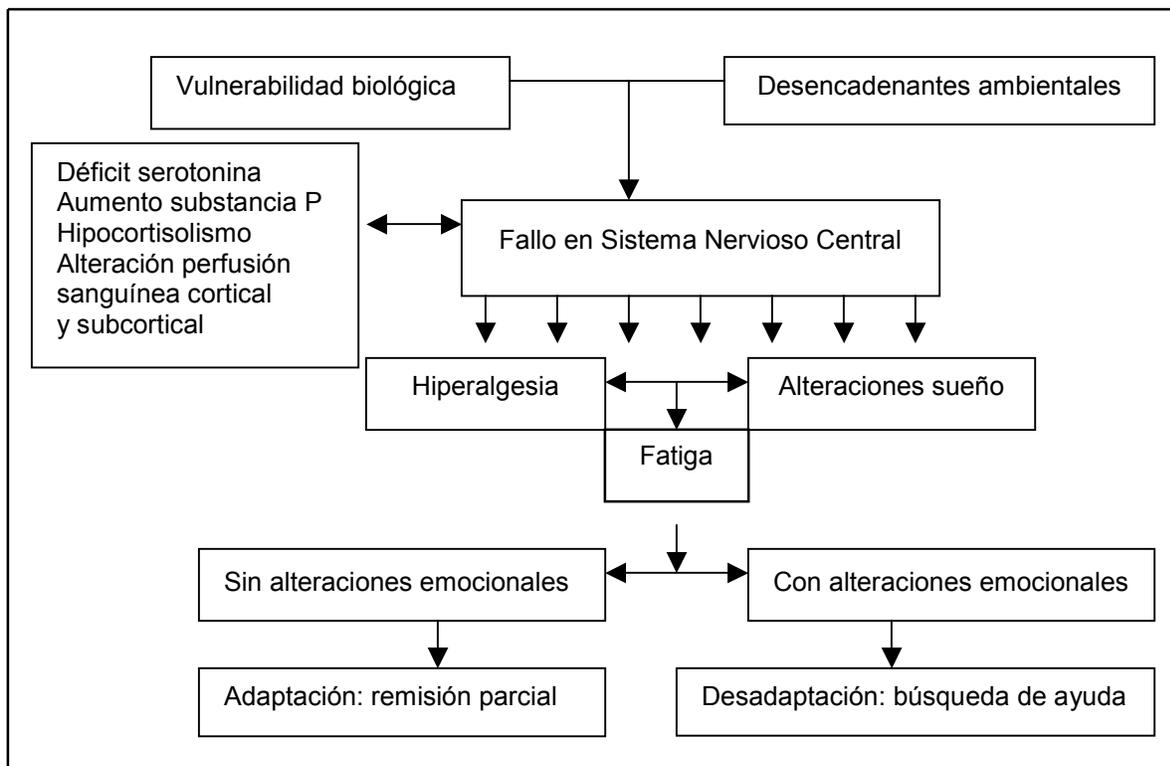
En el seguimiento de una cohorte de pacientes con FM durante cuatro años y medio, Wigers, 1996, observó que el curso de los que habían conseguido la invalidez total o absoluta seguía empeorando posteriormente más el de que los sujetos que sólo recibieron una invalidez parcial o que no recibieron ninguna pensión por incapacidad. White y cols, 2002, siguieron prospectivamente una muestra de pacientes comunitarios con dolor extenso crónico y analizaron el efecto que el diagnóstico de FM produjo en el curso. Observaron que el hecho de recibir este diagnóstico no empeoraba la satisfacción por la salud ni aumentaba la incapacidad funcional en los dos tercios de la muestra, sino más bien lo que ocurría era lo contrario. Autores del mismo equipo, White y Thompson, 2003, pusieron a prueba en un estudio piloto la hipótesis de que la FM fuera simplemente una forma de buscar pensiones compensatorias estudiando la prevalencia entre la comunidad religiosa norteamericana de los Amish, caracterizada por el aislamiento casi total de los medios de comunicación de masas y por la prohibición a sus congregantes de solicitar ayudas a las instituciones públicas. Sorprendentemente, la prevalencia estimada entre los Amish fue mayor incluso que la de otras comunidades no Amish, tanto rurales como urbanas. En esta misma dirección, se ha evidenciado que la prevalencia de la FM es ligeramente mayor en países como Pakistán, Polonia o Suráfrica (Farooqi y Gibson, 1998; European League Against Rheumatism, 1994; Lyddell y Meyers, 1992), con escasos fondos públicos de pensiones, que en países con mayor disponibilidad de ayudas como los países nórdicos (Prescott y cols, 1993; Makela y Heliovaara, 1991).

Modelo etiopatogénico de la Fibromialgia

Como conclusión, si bien no existe evidencia clara que explique la etiología del síndrome fibromiálgico, sí hay datos suficientes que confirman la presencia de alteraciones en el

mecanismo de transmisión y control de los estímulos dolorosos por parte del sistema nervioso central, además de la presencia de alteraciones específicas en la estructura del sueño, consistentes en la intrusión de ondas alfa en el sueño de predominio de ondas delta y que producen efectos muy nocivos sobre la calidad restauradora del sueño profundo (figura 2). La evidencia recogida a partir del estudio de los aspectos psicológicos ha permitido distinguir dos grupos de personas afectas de FM, aquellas con trastorno psiquiátrico comórbido, que en porcentaje elevado son quienes realizan consultas clínicas frecuentes y que tienen un peor pronóstico, y aquellas sin alteraciones emocionales comórbidas, generalmente no atendidas en las consultas médicas y que desarrollan a largo plazo una mejor adaptación y un menor grado de incapacitación.

Figura 2. Modelo etiopatogénico de la Fibromialgia



TRATAMIENTO

A la FM, por las características ya comentadas y por su curso largo, se le asigna un tipo de tratamiento que no es curativo sino que pretende ser preventivo de unos síntomas y paliativo de otros. Dado que se trata de un trastorno con tan variada sintomatología y con una considerable comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y físicos han sido probados tratamientos de muy diversa naturaleza.

Terapias farmacológicas

Por la necesidad de combatir dos tipos de síntomas principales, por un lado el dolor y por otro lado la mala calidad del sueño, se ha manejado habitualmente la combinación de fármacos (Calabozo, 1998).

La amitriptilina es el fármaco que mayor apoyo empírico ha mostrado. A dosis bajas, consigue una clara mejoría de la calidad del sueño y una moderada reducción del dolor (Goldenberg y cols, 1986), aunque su efecto es limitado en el tiempo y no se mantiene a medio plazo, momento en el cual no es superior al efecto del placebo (Carette y cols, 1994). La combinación con fluoxetina ha mejorado el curso en algún trabajo (Wolfe y cols, 1994; Goldenberg y cols, 1996), sobre todo si existen síntomas depresivos asociados, y ha demostrado ser más efectiva que el efecto de ambos fármacos por separado, aunque en la mayoría de los ensayos ni los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, ISRS, ni el citalopram han sido útiles en el alivio de los síntomas (Norregaard y cols, 1995).

De los miorrelajantes, sólo la ciclobenzaprina ha conseguido mejorías clínicas significativas, pero a los seis meses de tratamiento el placebo ha alcanzado las mismas cotas (Bennett y cols, 1988; Carette y cols, 1994). No existe evidencia que avale la eficacia del bromazepam y otros ansiolíticos o hipnóticos (Quijada-Carrera y cols, 1996). La

combinación de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) naproxeno o ibuprofeno con alprazolam produce una moderada reducción del dolor (Russell y cols, 1991; Yunus y cols, 1989). El paracetamol también consigue una mejoría moderada en los síntomas. Otros AINEs, los corticosteroides, el magnesio, la fototerapia o las infiltraciones de hidrocortisona no han resultado efectivas (Scudds y cols, 1995).

Se ha analizado también la técnica denominada *spray & stretch* (Bennett y cols, 1996; Gelman y cols, 2002) o aplicación de un nebulizador de cloreto de sodio con efectos analgésicos añadido al masaje local posterior de las zonas sensibles pero en combinación con otras técnicas y dentro de programas multidisciplinarios, por lo que no conocemos su efecto aislado sobre el dolor.

En los ensayos clínicos, la eficacia que algunas sustancias han demostrado ha sido siempre a corto plazo, pero su efecto se pierde a partir de pocos meses. Sin embargo, en la práctica clínica (Gelman y cols, 2002; Hadhazy y cols, 2000), se observa cómo hay pacientes que responden de manera individual a los diferentes fármacos y cómo la mayoría de los pacientes consume habitualmente analgésicos y antiinflamatorios para el alivio temporal de los síntomas de dolor, por lo que finalmente en las consultas médicas se instaura un patrón de manejo farmacológico muy individualizado y variable en el tiempo en función de la evolución de los síntomas.

Terapias naturales o alternativas

Al no existir tratamientos farmacológicos suficientemente eficaces, la población afectada de FM es propensa a las terapias conocidas como alternativas (Wahner-Roedler y cols, 2005; Junyent y cols, 2005). Se ha comprobado, a partir de diseños preexperimentales y con pocas garantías metodológicas, la eficacia moderada de terapias de meditación, acupuntura

o hipnoterapia sobre la fatiga, el sueño y la valoración subjetiva global o satisfacción general (Ebell y Beck, 2001; Calabozo, 1998; Haanen y cols, 1991). Goldenberg y cols, 1994, en estudio controlado no aleatorizado, consiguieron mejorar el bienestar general, el dolor, el sueño y la fatiga gracias a programas de meditación y relajación.

Las técnicas de relajación no han sido específicamente estudiadas en ensayos clínicos controlados y aleatorizados, aunque sí como condición control (tabla 4, página 33). Algunos trabajos confirman la eficacia moderada a corto plazo de estas técnicas (Keel y cols, 1998; Martin y cols, 1996; Calabozo, 1998; Goldenberg, 1999; Hadhazy y cols, 2000). Sin embargo, Thieme y cols, 2003, mostraron evidencia en contra de la combinación de relajación y programas de termoterapia, a partir de la cual los sujetos empeoraron en la intensidad del dolor, el malestar emocional y la interferencia producida por el trastorno en las actividades habituales.

Algunas revisiones publicadas incluyen el masaje y la crioterapia o terapia de aplicación de hielo sobre los tejidos doloridos como terapias útiles en la reducción de los síntomas dolorosos (Offenbacher y Stucki, 2000). No existen ensayos clínicos más rigurosos que avalen la eficacia de este tipo de terapias alternativas.

Biofeedback.

Otro grupo de terapias físicas giran en torno al *biofeedback* (BFB). Este tipo de tratamiento consiste en un entrenamiento en el control de determinadas funciones fisiológicas, muy asociadas a las respuestas de estrés y de tensión, mediante el conocimiento inmediato de estas funciones que tiene la persona a través de aparatos de monitorización. Las funciones más estudiadas han sido la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, la tensión muscular y la actividad electrodermal. Aplicado al terreno de la FM, el BFB dota al

paciente de capacidad de control y prevención del dolor (Hadhazy y cols, 2000; Offenbacher y Stucki, 2000).

Un estudio de Ferracioli y cols, 1987, fue el precursor del uso de esta técnica terapéutica para la FM. Se entrenó a 15 pacientes en BFB electromiográfico. El 56% de la muestra consiguió beneficios clínicamente significativos sobre las alteraciones del sueño y la capacidad funcional. Los pacientes con alteraciones emocionales obtuvieron unos resultados menores. Un intento de ensayo controlado ciego reveló mejorías claras entre los que recibieron el entrenamiento activo en BFB respecto a los que recibieron el entrenamiento falso o placebo, aunque las muestras fueron muy pequeñas, compuestas por seis sujetos cada una.

Sin embargo, un estudio aleatorizado y controlado con 119 sujetos puso a prueba el entrenamiento en relajación mediante BFB, entre otras modalidades de tratamiento (Buckelew y cols, 1998) y no ofreció mayores beneficios sobre la intensidad del dolor, la calidad del sueño, la capacidad funcional, la autoeficacia o los síntomas depresivos que la modalidad de educación sobre el trastorno o el placebo. Si esta técnica se aplicaba complementariamente a los programas de educación y entrenamiento físico entonces se conseguían los mejores resultados, aunque modestos, que se mantenían hasta dos años después del fin del tratamiento.

Drexler y cols, 2002, entrenaron en BFB electromiográfico a dos grupos, uno con perfil de alteración psicológica en MMPI y otro con perfil normal en MMPI y observaron que si bien en ambos grupos mejoraron los síntomas, el dolor y la calidad de vida, sólo el grupo estable emocionalmente mantenía a medio plazo la reducción en número de puntos de dolor y el aumento de la vitalidad. Van Santen y su equipo, 2002, en cambio, no

consiguieron mejorar mediante el BFB los resultados observados gracias al tratamiento médico habitual (tabla 4, página 33).

Otro tipo de BFB que se ha mostrado efectivo ha sido el denominado estimulación dirigida por electroencefalografía (*EEG-driven stimulation*) o la modificación de las ondas electroencefalográficas a través de la estimulación por frecuencia lumínica (Mueller y cols, 2001). El método de entrenamiento necesitaba del registro de las ondas electroencefalográficas y su transformación a una frecuencia lumínica intermitente de color verde a través de unas gafas especiales. Los objetivos terapéuticos que el sujeto debía perseguir eran reducir la amplitud de las bandas de onda delta, theta y alfa al nivel de la actividad beta e incrementar la respuesta eléctrica en aquellos puntos donde se había detectado un exceso de actividad de onda lenta en respuesta a la estimulación lumínica. Mejoraron la sintomatología psicopatológica, la calidad del sueño, el dolor y el uso de fármacos, a través de un diseño sin grupo control y que dedicó a los pacientes una media de tratamiento de 52 horas.

Son necesarios más estudios controlados y aleatorizados que pongan a prueba la eficacia del BFB en los síntomas de la FM. Por los estudios publicados hasta la fecha, con escasa validez metodológica, el BFB se muestra eficaz si se compara con lista de espera o si se hacen comparaciones dentro de cada grupo entre la línea base y el final del tratamiento. Sin embargo, comparado con otras modalidades terapéuticas, como los formatos educativo-informativos o el tratamiento médico habitual, ofrece los mismos beneficios.

Programas de actividad física.

Las modalidades de terapia física que más claramente han demostrado ser reductoras del dolor y de las alteraciones del sueño y restablecedoras de la calidad de vida, además de convertirse en el factor que mejor predice el buen curso del trastorno, son las terapias de actividad física como el acondicionamiento físico, la tonificación y estiramiento muscular y la flexibilidad articular, practicadas de forma regular (Goldenberg, 1999, 2004; Hadhazy y cols, 2000; Mannerkorpi, 2005; Sim y Adams, 2002). Su objetivo terapéutico es la reducción de las repercusiones del trastorno, como son el dolor, la fatiga, la pérdida de la forma física, las alteraciones del sueño, la debilidad muscular, la incapacidad funcional o física, la pérdida de energía y la limitación de las actividades sociales.

McCain y cols, 1988, fueron de los primeros en demostrar la superioridad del entrenamiento cardiovascular sobre los simples ejercicios de flexibilidad articular en un grupo de 42 sujetos que recibieron 60 sesiones de entrenamiento durante cinco meses. Consiguieron mejorar la forma física, aumentar el umbral de sensibilidad al dolor y reducir el número de puntos fibromiálgicos. Gowans y cols, 1999, combinaron el entrenamiento físico con la educación en la FM y compararon los resultados con otro grupo en lista de espera que no recibió este tratamiento. A corto plazo, mejoraron tanto la resistencia cardiovascular como el bienestar, la fatiga y la autoeficacia. A medio plazo se perdieron algunos de los cambios conseguidos. También a corto plazo, Martin y cols, 1996, demostraron la mayor eficacia de un programa intensivo de seis semanas de ejercicio aeróbico, flexibilidad y estiramientos respecto a un programa de relajación.

Richards y Scott, 2002, en uno de los pocos estudios de seguimiento a largo plazo, obtuvieron mejorías clínicamente significativas en el número de puntos, capacidad funcional y bienestar en una muestra amplia de sujetos que habían sido sometidos a un

programa gradual de ejercicio aeróbico en contraste con un grupo que sólo recibió relajación. Estos resultados se mantuvieron un año después. El estudio de seguimiento más largo fue el dirigido por Wigers, 1996, que analizó hasta cuatro años después los cambios que habían ocurrido en tres muestras de pacientes con FM, una que recibió entrenamiento cardiovascular, otra que recibió técnicas psicológicas para el manejo del estrés y la tercera que recibió el tratamiento médico habitual. Concluyó que la práctica y el mantenimiento de actividad física diaria o moderada predijo un mejor curso del trastorno que la ausencia o práctica puntual de ejercicio o que el haber recibido las otras modalidades terapéuticas (tabla 4, página 33).

Otros trabajos no apoyan la superioridad del entrenamiento cardiovascular sobre otros tratamientos que también hayan demostrado su eficacia. Rivera y cols, 2004, compararon un programa de estas características de ocho semanas de duración con una combinación de terapia cognitivo-conductual (TCC) y educación en el trastorno. Ambos programas consiguieron mejorías significativas en capacidad funcional y bienestar físico y emocional a corto plazo, pero estas ganancias desaparecieron un año después aun habiéndose mantenido regular el hábito de realizar ejercicio físico.

La motivación y la adherencia al tratamiento son imprescindibles en este tipo de programas, por lo que Ramsay y cols, 2000, las pusieron a prueba en un estudio aleatorizado con 74 pacientes. Contrastaron los efectos de un programa de ejercicio aeróbico supervisado en grupo y de un programa de ejercicio en casa no supervisado y ninguno de los grupos operó mejorías significativas en ninguna de las variables.

La mayor parte de los estudios revisados ofrecen evidencia empírica a favor del entrenamiento aeróbico o cardiovascular en la recuperación de los síntomas físicos y psicológicos de la FM. Sin embargo, es complicado conocer el efecto concreto de estas

terapias físicas pues la intensidad y duración de los programas varía de un estudio a otro (Sim y Adams, 2002). Sí parece claro que los programas más intensivos son los más beneficiosos, que la actividad física es superior a las técnicas cognitivo-conductuales y que los cambios aparecen más rápidamente y en etapas más precoces que con otros tipos de tratamiento (Hadhazy y cols, 2000).

Tabla 4. Estudios a favor del efecto de las terapias físicas

Hipnoterapia					
Haanen y cols, 1991	eca	+			
Acupuntura					
Ebell y Beck, 2001	eca	=			
Meditación					
Goldenberg, 1994		+			
Ebell y Beck, 2001	eca	=			
Relajación					
Keel, 1998		+			
Hadhazy y cols, 2000	eca	+			
Thieme y cols, 2003	eca	-			
Masaje					
Offenbächer y col, 2000		+			
Crioterapia					
Offenbächer y col, 2000		+			
Biofeedback					
Ferraccioli y cols, 1987		+			
Bucklelew y cols, 1998	eca	=			
Drexler y cols, 2002		+			
Van Santen, 2002	eca	=			
Estimulación electroencefalográfica					
Mueller y cols, 2001		+			
Entrenamiento aeróbico					
McCain y cols, 1988	eca	+			
Gowans y cols, 1999	eca	+			
Martin y cols, 1996	eca	+			
Richards y Scott, 2002	eca	+			
Wigers, 1996	eca	+			
Rivera y cols, 2004	eca	=			
Ramsay y cols, 2000	eca	=			

+: Beneficio intragrupo o más eficaz que control, =: Sin efecto o igual de eficaz que control,
-: Perjuicio o menos eficaz que control, eca: Ensayos controlados y aleatorizados

Terapias psicológicas

Terapia cognitivo-conductual

Salvo en el caso de la hipnoterapia (Haanen y cols, 1991), la práctica totalidad de los estudios que prueban la eficacia de los tratamientos psicológicos en los síntomas de la FM se concentran alrededor de dos grandes grupos: los formatos basados en la educación e

información (EdI) referente a la FM y los formatos cognitivo-conductuales (TCC), consistentes en la modificación de hábitos, creencias y estrategias de afrontamiento.

Los componentes de la TCC se han mostrado eficaces en la recuperación de otros tipos de dolor, como el lumbar, las cefaleas, el dolor de brazo y hombro y el dolor crónico (tabla 5). Con ella, los pacientes consiguen ganar control sobre el impacto del dolor y sobre el funcionamiento físico (Compas y cols, 1998; Mason y cols, 1997; Keefe y cols, 2001). En un trabajo de revisión sistemático y meta-análisis en relación a estudios controlados y aleatorizados de tratamiento de los trastornos de dolor crónico, Morley y cols, 1999, concluyeron que existe fuerte evidencia a favor de la eficacia de la terapia de conducta, la TCC o el BFB en la mejoría del dolor, el afrontamiento positivo del dolor y el funcionamiento social.

Según el meta-análisis de Rossy y cols, 1999, en el tratamiento específico de la FM, la TCC fue la terapia que mayor eficacia mostró sobre el nivel de actividad, incluso por encima del tratamiento farmacológico único.

Tabla 5. Técnicas cognitivas y conductuales útiles en el tratamiento de la Fibromialgia (Friedberg y Jason, 2001)	
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de reforzadores del dolor • Técnicas de relajación y desactivación general • Planificación de actividades placenteras • Programación gradual de actividad física • Redistribución de esfuerzos 	<ul style="list-style-type: none"> • Redefinición de objetivos • Disminución de la autoexigencia • Reestructuración cognitiva • Fomento de la independencia emocional

Nicassio y cols, 1997, consiguió mejorías significativas en síntomas y conductas de dolor y en síntomas depresivos con un programa de TCC de diez semanas de duración, pero no

hubo diferencias significativas con respecto a la condición control, consistente en un formato de EdI. La mejoría alcanzada se mantuvo durante seis meses. Thieme y cols, 2003, pusieron a prueba un programa, individual y en grupo, de modificación de conducta en un estudio controlado y aleatorizado de 61 pacientes con FM. El entrenamiento en cambio de hábitos tuvo como objetivo reducir el uso de la medicación, aumentar la actividad corporal, reducir la interferencia del dolor sobre el trabajo, ocio, actividades sociales y actividades familiares y mejorar las habilidades de relación interpersonal. Se realizó a diario durante cuatro horas y a lo largo de cinco semanas. Los sujetos que recibieron este tratamiento vieron reducida la intensidad del dolor, el malestar emocional y aumentaron su capacidad de control hasta quince meses después de finalizado el tratamiento.

En otro estudio longitudinal a largo plazo, White y Nielson, 1995, observaron que la muestra que había recibido TCC en el tratamiento de la FM mantuvo las ganancias obtenidas en la capacidad de control del dolor treinta meses después.

Educación e información

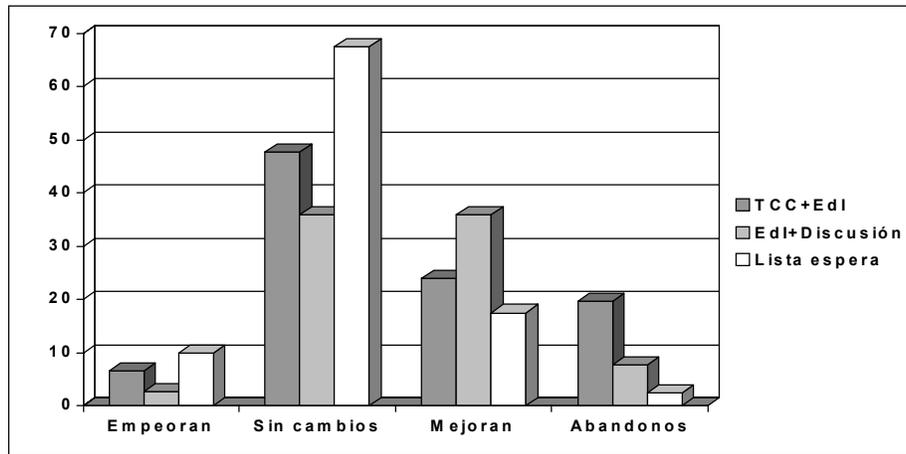
En varias ocasiones, la información y educación en el síndrome forman parte de la condición control contra la que se comparan otras modalidades terapéuticas o se combina con esas otras modalidades (Buckelew y cols, 1998; Rivera y cols, 2004; Gowans y cols, 1999; Thieme y cols, 2003; Vlaeyen y cols, 1996). Los programas terapéuticos educativos o bien muestran efectos modestos en contraste con los efectos de la lista de espera, aunque estos cambios se pierden durante el seguimiento, según la revisión de ensayos aleatorizados y controlados de Sim y Adams, 2002, o bien muestran empeoramiento de las medidas de dolor (Buckelew y cols, 1998). Sin embargo, otras revisiones consideran que TCC y EdI actúan de forma similar y que la combinación de ambas produce efectos sinérgicos al

mejorar los efectos de cada tratamiento por separado (Hadhazy y cols, 2000; Goldenberg, 1999; Calabozo, 1998).

El único estudio con muestra de FM incluido en el meta-análisis de Morley y cols, 1999, que analizaba los efectos de la TCC en los trastornos de dolor crónico, admitido por sus cualidades metodológicas fue el de Vlaeyen y cols, 1996, un extenso y meticuloso trabajo que pretendió comprobar si la combinación entre TCC y EdI era más efectiva que simplemente el programa EdI y si ambas eran efectivas en comparación con sujetos con FM en lista de espera de recibir tratamiento. Ambas condiciones se complementaron con entrenamiento cardiovascular mediante natación o bicicleta estática. Los dos grupos de tratamiento activo mostraron diferencias significativas favorables en la capacidad de afrontamiento y control del dolor con respecto a la condición control de lista de espera. Sin embargo, y en contra de la hipótesis formulada, el programa TCC+EdI no obtuvo mejores resultados que la educación y la discusión en grupo de información relacionada con la FM (figura 3). Algunas de las explicaciones manejadas por los autores son el hecho de que el mismo psicólogo dirigió ambos grupos y que en el grupo EdI se pudieron desarrollar algunos principios activos de cambio psicológico, difíciles de controlar, como el afrontamiento del dolor a través de la exposición a informaciones y estímulos temidos y evitados o como la influencia del apoyo social recibida en los formatos grupales.

De igual forma que se ha apuntado en anteriores apartados, faltan estudios controlados y aleatorizados con muestras más grandes y con seguimientos más a largo plazo, entre los que haya mayor homogeneidad de los programas terapéuticos aplicados y de las medidas registradas, para poder conocer el verdadero efecto de las terapias cognitivas y conductuales sobre la FM.

Figura 3. Eficacia de la TCC. Porcentajes de la muestra de respondedores.
Estudio controlado aleatorizado, Vlaeyen y cols, 1996



Terapia multidisciplinar

La FM, al estar constituida por una vasta heterogeneidad de síntomas que afectan a diferentes disciplinas de la salud y al existir múltiples y diversos factores predisponentes, necesita de un enfoque terapéutico integral, que influya sobre los diferentes sistemas implicados.

Según el meta-análisis de Rossy y cols, 1999, los enfoques no farmacológicos han resultado más efectivos en la mejoría de los síntomas que los únicamente farmacológicos. Por tanto, concluyeron que la intervención óptima sobre la FM debería incluir específicamente el ejercicio físico y la TCC, además de un manejo apropiado de la medicación para las alteraciones del sueño y los síntomas de dolor. El hecho de que ninguna de las numerosas modalidades de tratamiento publicadas haya conseguido la cura o remisión independientemente con suficiente consistencia y de que los porcentajes de

mejoría fluctúen entre el 20 y el 50% en función de los subgrupos de pacientes, hace recomendar el uso del tratamiento multidisciplinar (TM) (tabla 6).

Diversos estudios no controlados han demostrado la eficacia de las terapias multidisciplinarias o interdisciplinarias. Nielson y Jensen, 2004, probó con 253 sujetos un programa individual de terapia física, terapia ocupacional y manejo de medicación opiácea o sedativa junto con un programa en grupo de TCC y EdI, intensivo y ambulatorio cinco días a la semana durante cuatro semanas, y lo comparó consigo mismo. Consiguió mejoría significativa en el control del dolor, la capacidad de afrontamiento y en el cambio de las creencias subyacentes, mejoras que perduraron seis meses. Collado y cols, 2001, consiguieron, en una muestra de pacientes con FM en situación de baja laboral, mejoría significativa del dolor, de la capacidad funcional y de los síntomas de ansiedad y depresión, además de la reincorporación al puesto de trabajo, gracias a un tratamiento intensivo diario durante cuatro semanas consistente en técnicas médicas para control del dolor, TCC, terapia física y terapia ocupacional. Bennett y cols, 1996, aplicaron con éxito un programa multidisciplinar, menos intensivo que el anterior, y lo siguieron durante dos años. El 70% de la muestra presentó dolor en menos de once puntos específicos al fin del tratamiento. Incluso el subgrupo de pacientes de FM con alteraciones psicológicas en el MMPI mejoró de forma significativa, aunque no tanto como el subgrupo mayoritario con perfil normal en MMPI. Worrel y cols, 2001, consiguieron mejoras de hasta un 70% en alguna de las medidas registradas gracias a un breve formato de TM intensivo de sólo un día y medio de duración.

Mason y cols, 1997, Vlaeyen y cols, 1996, Gelman y cols, 2002, y Keel y cols, 1998, han ofrecido evidencia a favor del TM en la FM a partir de estudios controlados. La muestra del estudio de Vlaeyen y cols es la más extensa y ha mostrado efectos

significativos moderados de la TM en relación a la lista de espera. En el estudio de Mason, se combinaron terapia física durante cuatro horas diarias -higiene postural, estiramientos, ejercicios aeróbicos, flexibilidad articular, aumento progresivo del ejercicio en bicicleta estática, masajes locales y aplicación de hielo, paseo- con TCC y un formato de EdI.

Tabla 6. Estudios de eficacia del Tratamiento Multidisciplinar de la Fibromialgia

	Componentes	n	Sesiones y frecuencia	Duración del programa	Medidas que mejoran	Seguimiento	Resultado en seguimiento
Ensayos no controlados:							
Bennett y cols, 1996	Educación, TCC, manejo médico, ejercicio aeróbico, infiltraciones, <i>spray & stretch</i>	104	24 sesiones de 90', 4 por semana	6 meses	Intensidad e impacto del dolor, nº puntos, síntomas emocionales	6, 12, 18 y 24 meses	Se mantienen
Nielson y Jensen, 2004	Ejercicio aeróbico, TCC, terapia ocupacional, HHSS, manejo calmantes	198	20 sesiones, 5 por semana	4 semanas	Impacto del dolor, funcionalidad, creencias, afrontamiento	3, 6 meses	Ligero retroceso hacia línea-base
Worrel y cols, 2001	Educación, manejo médico, terapia ocupacional, TCC	74	3 sesiones de medio día cada una	1 día y 1/2	Intensidad e impacto del dolor, nº puntos, nivel de actividad	1 mes	Se mantienen
Ensayos controlados no aleatorizados:							
Keel y cols, 1998	Educación, TCC, grupo de discusión, manejo médico, ejercicio aeróbico	27	15 sesiones de 120', 1 por semana	15 semanas	Intensidad del dolor, síntomas asociados, nivel de actividad, adaptación emocional	3 meses	Se mantiene sólo mejoría en intensidad del dolor
Mason y cols, 1997	TCC, manejo médico, ejercicio físico	21	24 sesiones de 6 horas y ½, 6 por semana	4 semanas	Depresión, afrontamiento, dolor e impacto	6 meses	Se mantienen excepto depresión
Ensayos controlados aleatorizados:							
Vlaeyen y cols, 1996	Educación, TCC, discusión, ejercicio aeróbico	131	12 sesiones de 3 horas y ½, 2 por semana	6 semanas	Control y afrontamiento del dolor	6, 12 meses	Se pierden los cambios conseguidos

Si bien los resultados fueron buenos, los cambios conseguidos no se sostuvieron seis meses después del fin del tratamiento. La muestra era realmente pequeña, de 21 sujetos repartidos en ambas condiciones, igual que en el estudio de Keel, en el que una muestra de 27 sujetos

es repartida aleatoriamente a TM y a condición control. Sólo se observaron cambios significativos en la reducción de la intensidad del dolor.

Limitaciones de los estudios sobre tratamiento

Las limitaciones de la mayoría de los ensayos clínicos sobre tratamientos revisados son su escasa potencia estadística, ya que se trata de tamaños de muestra pequeños, en muchos casos no aleatorizadas, que se comparan con listas de espera y no con tratamientos control o placebo, que no utilizan instrumentos de medida homogéneos entre sí y que realizan seguimientos a medio pero no a largo plazo. Por otro lado, las diferentes modalidades de tratamiento se contrastan entre sí o en bloque, como la TM, de tal forma que aunque algunas hayan recibido un claro respaldo empírico, como el entrenamiento físico, de otras no conocemos el tamaño de su efecto o si realmente son ingredientes válidos y eficaces. Se hace necesario, pues, el aislamiento o detección del efecto que cada uno de los componentes terapéuticos añade al montante global.

A MODO DE RESUMEN

La Fibromialgia (FM) es un trastorno de dolor crónico, de tipo musculoesquelético, que se extiende a lo largo de ambos hemisferios y lateralmente a la columna vertebral. Se acompaña habitualmente de fatiga, disminución de la calidad restauradora del sueño, rigidez matutina, pérdida de fuerza y, menos frecuentemente, de cefaleas, sensación de inflamación articular, colon irritable, síndrome premenstrual y síndrome uretral en las mujeres, depresión y ansiedad.

La FM ocurre en el 2-4% de la población general y afecta a 20 mujeres por cada varón. Se inicia en mayor frecuencia en mujeres de 25 a 45 años, con nivel de estudios básico y renta familiar baja o media-baja.

Tiende a considerarse que la FM sigue un curso crónico e invalidante. Sin embargo, existe evidencia que apoya la remisión parcial o casi total de los síntomas en la mitad de los casos varios años después del diagnóstico.

El cuadro ha sido descrito y observado desde hace 150 años. Sin embargo, hasta 1993 no fue incorporado en el International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). Su diagnóstico se realiza a partir de la respuesta de dolor a la palpación digital en 18 puntos del cuerpo, específicos de la FM.

Se han observado anormalidades patofisiológicas como la disminución de serotonina y noradrenalina y la elevación de sustancia P en el líquido céfalorraquídeo -que explican la hipersensibilidad al dolor-, alteraciones de la respuesta simpática y parasimpática del sistema nervioso autónomo e irrupciones de ondas alfa en el sueño de ondas delta que son específicas de la FM y del trastorno por estrés posttraumático. Además se ha observado una reducción en la perfusión sanguínea cerebral de córtex, tálamo y núcleo caudado. Estos hallazgos orientan a que la FM es un trastorno del sistema central de control y regulación del dolor.

No hay evidencia respecto a que la FM sea una manifestación somática de alteraciones emocionales. Sólo un subgrupo de pacientes con FM, aproximadamente un tercio, presenta un nivel de síntomas psicopatológicos superior al hallado en otros trastornos de dolor reumático crónico de base orgánica. No existe evidencia clara de la presencia del rasgo de personalidad premórbida 'propensión a la acción' en las personas con FM.

La FM es más prevalente en sociedades con sistemas de pensiones y compensaciones sociales por incapacidad laboral débiles que en sociedades con mayores fondos de garantía social. Por otro lado, asignar el diagnóstico de FM no está relacionado con un peor curso del síndrome.

Los tratamientos que se han mostrado efectivos a corto plazo son el uso de la amitriptilina, el ejercicio físico y la terapia cognitivo-conductual (TCC). La mayor parte de las benzodiacepinas, antiinflamatorios no esteroideos, analgésicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina no son eficaces en los ensayos clínicos, si bien son utilizados en la práctica clínica. El ejercicio aeróbico con tonificación y flexibilidad músculo-articular es el mejor predictor del curso positivo del trastorno. La TCC se muestra efectiva sobre condiciones control pero no ha demostrado su mayor eficacia sobre otras modalidades de tratamiento activo. El tratamiento multidisciplinar (TM) se ha mostrado efectivo en la reducción de los síntomas de dolor y en la mejoría de la capacidad funcional, cambios que tienden a mantenerse meses después del fin del tratamiento. Aun habiéndose observado diferencias estadísticamente significativas en el curso de la FM gracias al TM, estos cambios son pequeños desde el punto de vista clínico.

Hacen falta estudios metodológicamente más potentes, longitudinales y prospectivos, con muestras más amplias extraídas de la población general y no únicamente de las consultas clínicas, para conocer la naturaleza, características, inicio y desarrollo de la FM. Por otro lado, hacen falta más estudios controlados y aleatorizados que aislen la eficacia de cada tipo de tratamiento, con muestras más grandes, medidas más homogeneizables y programas de tratamiento estándares en duración, sesiones y componentes, para poder comparar y conocer cuáles son los ingredientes activos útiles de los tratamientos.

PARTE EMPÍRICA

OBJETIVOS

El presente trabajo empírico ha sido fragmentado en tres estudios diferentes pero relacionados, los cuales se estructuran alrededor de los siguientes objetivos:

Estudio 1. Describir las características sociodemográficas, clínicas y psicológicas de una muestra de mujeres residentes en la comarca del Bages y comarcas colindantes, en la Catalunya Central, diagnosticadas de fibromialgia en el hospital Sant Joan de Déu de Manresa, a la vez que observar el comportamiento del FIQ en la muestra en cuanto a sus propiedades psicométricas y sus relaciones con otras variables.

Estudio 2. Conocer la eficacia que el programa de tratamiento multidisciplinar en grupo aplicado en la Unidad funcional de atención a la fibromialgia consigue en la reducción del dolor, en la mejora de la capacidad funcional y calidad de vida y en la reducción de los síntomas psicopatológicos asociados a la FM, a la vez que aislar el efecto que la terapia psicológica cognitivo-conductual, basada en el entrenamiento en técnicas de afrontamiento, control y prevención del dolor, produce en esas mismas variables.

Estudio 3. Reconocer las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas que expliquen el cambio de aquellas que se hayan modificado tras al tratamiento.

HIPÓTESIS

Cada uno de los tres trabajos de este estudio empírico pretende confirmar las siguientes hipótesis:

Estudio 1. Se espera observar un perfil sociodemográfico modal de mujeres de mediana edad, con varios años de evolución del trastorno antes del diagnóstico, nivel socioeconómico medio-bajo y escolarización básica. Dado que la muestra se obtiene de la consulta especializada de un hospital de segundo nivel, no de la población comunitaria, y que existe una solicitud de visita que surge de las propias pacientes se espera que el grado de afectación del trastorno sea elevado, tanto en las características físicas como en las funcionales y psicopatológicas. Dados los hallazgos apuntados en trabajos anteriores que relacionan la presencia de rasgos neuróticos de personalidad y de propensión a la acción en las muestras de mujeres con FM que solicitan atención y tratamiento médico para el dolor, se espera que las mujeres de la presente muestra reflejen estas características psicológicas en el Inventario de Temperamento y Carácter, TCI, y en el Inventario de Actividad de Jenkins, JAS.

Estudio 2. La mayoría de ensayos previos que han probado la eficacia de las terapias multidisciplinarias han aportado resultados positivos y han reducido los síntomas asociados a la FM. Se espera cambio en los síntomas y mejoría en la funcionalidad y calidad de vida de las mujeres que hayan completado el programa de tratamiento multidisciplinar. Se espera obtener también un efecto terapéutico

significativo aportado por la terapia cognitivo-conductual añadido al efecto positivo de las intervenciones médicas, educativas y de entrenamiento físico. Igual que en anteriores estudios, se espera que los cambios obtenidos por el tratamiento multidisciplinar se mantengan a medio plazo.

Estudio 3. Se espera que la presencia de antecedentes psiquiátricos personales, de síntomas depresivos, de rasgos neuróticos y/o pasivos de la personalidad y de otros trastornos crónicos comórbidos interfiera en las mejoras esperadas. El número de sesiones de tratamiento recibidas correlacionará con el tamaño del cambio realizado. Ni la edad ni el tiempo de evolución previo del trastorno antes de su inclusión en el estudio van a predecir la respuesta al tratamiento.

MÉTODO GENERAL

El estudio completo ha sido dividido en tres estudios menores. Los apartados de Diseño, Procedimiento, Medidas y Análisis estadístico han sido descritos por separado en el seno de cada uno de esos estudios. Se detallan aquí el origen de la muestra, el procedimiento general de evaluación y los instrumentos utilizados para la medición de todas las variables.

MUESTRA: CRITERIOS Y PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN

Muestra de línea-base

De las visitas realizadas en las consultas externas de reumatología del Hospital Sant Joan de Déu de Manresa se extrajo la muestra de mujeres con FM. Todas fueron recibidas, valoradas, exploradas y diagnosticadas por el mismo médico reumatólogo entre los años 2000 y 2003. Aquellas que cumplieron los criterios de inclusión fueron seleccionadas para el estudio.

Los criterios de inclusión fueron padecer FM según los criterios de clasificación adoptados por el American College of Rheumatology. Los criterios de clasificación establecidos por el ACR son presentar una historia de dolor generalizado a ambos lados del cuerpo, en zonas superior, inferior y en tronco axial (columna cervical, cara anterior del tórax, dolor dorsal y lumbar) de al menos tres meses de duración y presentar respuesta de dolor en 11 de los 18 puntos descritos como puntos de dolor fibromiálgico.

Los criterios de exclusión fueron ser de sexo masculino, debido a la escasa demanda de consulta por parte de los varones y con el objetivo de no introducir factores que pudieran contaminar los resultados o producir una generalización de resultados inválida; estar en situación de litigio con la Administración por el reconocimiento de la invalidez laboral, con

el objetivo de neutralizar el posible efecto de instalación en el rol de enfermas, y presentar trastorno psiquiátrico grave.

Una vez confirmados los criterios de inclusión, las mujeres seleccionadas entraron inmediatamente y por orden correlativo en una lista de espera para recibir el tratamiento multidisciplinar en grupo (TM), de la que fueron siendo extraídas en la misma secuencia y orden como ingresaron, para ir constituyendo los diferentes subgrupos. El tiempo de espera en la lista desde la inclusión para el estudio hasta el inicio del programa varió entre tres semanas y seis meses. Cada subgrupo extraído de la lista de espera estaba formado por entre 15 y 20 sujetos, según la cantidad de casos que se hallaban en ella en el momento de la extracción. Una vez conformados los grupos, se realizó la sesión de evaluación pretratamiento, en la que se informó del desarrollo del estudio y se solicitó el consentimiento escrito para la participación en él y para la utilización de los datos recogidos.

Muestras de postratamiento y de seguimiento

Estas submuestras eran posteriormente distribuidas aleatoriamente en dos condiciones de tratamiento, donde recibían las sesiones a lo largo de cuatro meses. Al finalizar el programa, se realizaba la sesión de evaluación de final del tratamiento.

Seis meses después del final del tratamiento, se volvió a convocar a las participantes de cada subgrupo para la realización de la evaluación de seguimiento.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Para el registro de las medidas necesarias que permitieron llevar a cabo los objetivos de este trabajo, se utilizaron los siguientes instrumentos de medida en las diferentes sesiones de evaluación:

Escala visual-analógica de dolor. Medición de la intensidad del dolor mediante una línea recta de 10 cm de longitud. El sujeto debe valorar sobre el *continuum* cuál es la intensidad percibida de dolor durante las últimas horas y señalarlo sobre la escala, cuyos extremos van de ‘sin dolor’ a ‘máximo dolor experimentado’. Este tipo de escalas han mostrado ampliamente su validez en la medición de la intensidad del dolor (Penzo, 1989).

Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia FIQ (Burckhardt, Clark y Bennett, 1991). Es un instrumento de autoinforme desarrollado y validado inicialmente en inglés y con población del estado de Oregon, en los Estados Unidos de América, para su uso en pacientes con FM. Se desarrolló a partir de adaptar algunas escalas de instrumentos que valoraban la afectación producida por la artritis reumatoide y de añadir otros ítems característicos de la fibromialgia. Está compuesto por 10 ítems que evalúan el grado de incapacitación o de disfunción que los síntomas de dolor fibromiálgico han producido durante la última semana. Consta de 10 áreas o escalas, cada una de las cuales puntúa entre 0 y 10. La escala 1 ‘Capacidad funcional’ mide la frecuencia con la que la persona ha podido realizar 10 actividades habituales durante la semana anterior, según si ha podido realizarlas todas las veces (0), casi todas (1), pocas veces (2) o ninguna vez (3). La media de estas puntuaciones multiplicada por el valor 3.3 ofrece la puntuación

transformada de esta escala. La escala 2 ‘Sentirse bien’ mide la cantidad de días durante la última semana en que la persona se sintió bien y su puntuación se obtiene multiplicando la cifra dada por el evaluado por 1.4 y restando el producto resultante de 10. La escala 3 ‘Días de absentismo laboral’ recoge la cantidad de días en que la persona no fue a trabajar, multiplicado por 2. Las escalas 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 son siete escalas visuales analógicas de 10 puntos cada una y miden ‘Dificultades en el trabajo’, ‘Dolor’, ‘Fatiga’, ‘Alteraciones del sueño’, ‘Rigidez’, ‘Ansiedad’ y ‘Depresión’, en las que el valor dado por el sujeto es la puntuación en la escala. El índice global de impacto o afectación se obtiene sumando las puntuaciones transformadas en las diez escalas descritas y fluctúa entre los valores de 0 a 100, siendo 100 la máxima disfunción que el trastorno puede causar. El FIQ ha demostrado buenas propiedades psicométricas de fiabilidad interna, estabilidad temporal, validez de contenido y validez de constructo a la vez que se erige como una medida sensible al cambio clínico en respuesta a los tratamientos en sujetos con FM en poblaciones anglosajonas. Después de la validación del FIQ en población norteamericana, el cuestionario se tradujo a numerosos idiomas, entre los cuales están el sueco (Hedin y cols, 1995), alemán (Offenbacher y cols, 2000), hebreo (Buskila y Neumann, 1996), turco (Sarmer y cols, 2000), francés (Perrot y cols, 2003), italiano (Sarzi-Puttini y cols, 2003) y coreano (Kim y cols, 2002). En castellano ha sido validado en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid por Rivera y González, 2004, mediante un cuidadoso diseño de traducción, contratraducción y adaptación a la cultura española, el FIQ-S, que ofrece unos índices similares de fiabilidad y validez a los de la validación inicial con población de los EEUU. En el presente estudio ha sido utilizada la versión en lengua castellana traducida por Calabozo-Raluy en 1998, pues la validación de Rivera y González es posterior al inicio de este estudio. Se han suprimido

las dos escalas relacionadas con el trabajo, con el objetivo de homogeneizar la distribución, ya que no todas las mujeres del estudio trabajaban, o algunas trabajaban en un momento del transcurso del estudio pero en otro podían estar de baja o haber abandonado el empleo, de tal forma que el rango de puntuaciones de nuestra muestra oscila entre 0 y 80.

Cuestionario de salud y calidad de vida SF-36 (Ware, 1992). Cuestionario de autoinforme que proporciona un perfil de la calidad de vida durante el último mes según la percepción del estado de salud que tiene el propio paciente. A través de 8 escalas y de un total de 36 ítems se cubren dos dimensiones: Estado funcional y Bienestar emocional. La dimensión de Estado funcional consta de cuatro subescalas: Función física, Función social, Limitaciones del rol por problemas físicos y Limitaciones del rol por problemas emocionales. La dimensión de Bienestar emocional consta de tres subescalas: Salud mental, Vitalidad y Dolor. Existe un índice global de Salud general autopercebida y un ítem referido a la percepción del cambio que la salud ha experimentado en el último año (ítem 2). El cuestionario, validado con muestra española por Alonso y cols, 1995, ha demostrado niveles de consistencia interna y de fiabilidad muy aceptables. En este estudio se han utilizado las puntuaciones en las dimensiones Estado funcional y Bienestar emocional y la percepción de Cambio en la salud durante el último año.

Cuestionario de síntomas SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised, Derogatis, Rickels y Rock, 1976). Es un instrumento de autoinforme que mide los síntomas psicopatológicos experimentados durante la última semana. Es una lista de 90 síntomas,

de los cuales el sujeto debe valorar la intensidad o afectación en una escala tipo Likert de 5 grados, entre 0 (nunca) y 4 (siempre). Ofrece nueve dimensiones psicopatológicas primarias (Somatización SOM, Obsesivo-compulsivo O-C, Sensibilidad interpersonal INT, Depresión DEP, Ansiedad ANX, Hostilidad HOS, Ansiedad fóbica PHO, Ideación paranoide PAR y Psicoticismo PSY) y tres índices globales (Índice global de gravedad de los síntomas ‘GSI’, Índice psicopatológico de síntomas positivos ‘PSDI’ e Índice total de síntomas positivos ‘PST’). Se obtienen puntuaciones brutas y transformadas a notas T de cada una de las dimensiones primarias y puntuaciones transformadas para cada uno de los índices globales. Ha sido adaptado a la población española por González de Rivera, 2002, y se ofrecen baremos a partir de muestras de población general, de pacientes con disfunción témporo-mandibular y de pacientes psiquiátricos. Ha sido sometido a varios estudios de validez convergente y discriminante obteniéndose buenos resultados. Se ha utilizado en numerosos estudios de pacientes con dolor crónico (Bernstein y cols, 1994). El GSI ha sido considerado como un índice global válido del malestar emocional y psicológico en este tipo de trastornos. En nuestra muestra hemos utilizado la puntuación T del índice global de gravedad (GSI) según el baremo de la muestra española de pacientes con disfunción témporo-mandibular.

Puntos sensibles al dolor o puntos de dolor fibromiálgico. El método de contabilización se rige por las normas de exploración de Wolfe, Smythe, Yunus y cols, 1990, consensuadas y asumidas por el American College of Rheumatology. El evaluador tiene que ejercer una fuerza de cuatro kilos con los dedos sobre cada uno de los 18 puntos de dolor fibromiálgico y contabiliza aquellos en los que se da respuesta franca de dolor. Cuantos más puntos se contabilizan, mayor extensión ocupa la FM.

Existen dos pares de puntos de control en los que los pacientes con FM no experimentan dolor y que sirven en el proceso de diagnóstico diferencial para descartar los falsos positivos. Este método de exploración, validado por el ACR, ha mostrado elevados índices de sensibilidad y especificidad.

Inventario de temperamento y carácter TCI (Cloninger y cols, 1994). Cuestionario de características de personalidad de 240 ítems de respuesta dicotómica, ‘verdadero’ o ‘falso’. El test pretende discriminar varias escalas de personalidad según si forman parte de tendencias de temperamento, determinadas psicobiológicamente, o si forman parte del carácter, entendido como el repertorio de comportamientos habituales cristalizados a partir de la interacción entre el temperamento y el entorno psicosocial. Las escalas de temperamento son Evitación del daño, Búsqueda de novedad, Dependencia de la recompensa y Persistencia. Las escalas de carácter son Autodirección, Cooperación y Autotrascendencia. Ha sido sometido a estudios de validación y análisis factorial en muestra española por Gutiérrez y cols, 2001. Se ofrecen las puntuaciones de las escalas en notas T, con media de 50 y desviación típica de 10.

Inventario de actividad de Jenkins JAS (Jenkins, Zyzansky y Rosenman, 1965). Traducido, adaptado y validado en muestra española por Fernández-Abascal, 1992, es un cuestionario de autoinforme de 52 ítems que mide el Patrón de conducta tipo A (PCTA), caracterizado por rasgos elevados de competitividad, motivación por el logro, agresividad, impaciencia y sobreimplicación laboral, características que se ha observado que son más frecuentes en pacientes con cardiopatías graves (Rosenman y cols, 1975). Se ha sugerido que este estilo de comportamiento existe también en los

pacientes de FM (Walker y cols, 1997) e, incluso, varios estudios han aportado evidencia a favor de esta hipótesis (Van Houdenhove y cols, 2001). El cuestionario ofrece cuatro puntuaciones: urgencia/impaciencia, implicación en el trabajo, estilo competitivo y puntuación global en PCTA, en notas típicas, con media de 0 y desviación típica de 10. Se ha utilizado la puntuación global en PCTA.

Registro autoinformado supervisado de los siguientes datos sociodemográficos y clínicos. Edad, estado civil, nivel de estudios, categoría profesional, situación laboral actual, duración del síndrome fibromiálgico, número y presencia de los síntomas asociados a la FM (fatiga matutina, alteraciones del sueño, cefalea frecuente, colon irritable, parestesias y sensación subjetiva de inflamación articular), número y presencia de otros trastornos crónicos comórbidos (hipertensión arterial, trombosis, cardiopatía, varices en piernas, artrosis, poliartritis, alergias, asma, bronquitis, diabetes, úlcera gástrica o duodenal, molestias urinarias, hipercolesterolemia, cataratas, problemas dermatológicos y estreñimiento). También se registró el número de sesiones de tratamiento recibido por cada sujeto, el patrón de consumo farmacológico de analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, ansiolíticos y antidepresivos, el número de visitas médicas realizadas durante el último medio año a causa de los síntomas de la FM y el número de meses de baja laboral realizados durante el último medio año.

ESTUDIO 1:
CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS
EN UNA UNIDAD DE TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

El proceso de evaluación y diagnóstico de la FM se fundamenta en el autoinforme de síntomas principalmente subjetivos y en la presencia de cómo mínimo once puntos, localizados a lo largo del cuerpo, de respuesta al dolor, sistematizados y validados por Wolfe, Smythe, Yunus y cols en 1990. Por el momento, no hay instrumentos de medida objetivos o de laboratorio que discriminen un cuadro de fibromialgia de otros cuadros.

Los estudios epidemiológicos existentes (Wolfe y cols, 1997, 1990; EULAR, 1994; EPISER, 1998) coinciden en que las características sociodemográficas más frecuentes asociadas al inicio de la FM son las siguientes: ser mujer, de edad entre 25 y 45 años, con historia escolar de estudios primarios y renta económica familiar baja. Frecuentemente, el cuadro de dolor se acompaña de otros síntomas, como la fatiga, la rigidez articular, los dolores de cabeza, las molestias durante la micción, el hormigueo en las extremidades, la mala calidad del sueño, el síndrome de colon irritable o los síntomas de ansiedad y depresión (Rotés, 1994; Goldenberg, 1999).

Algunos autores han asociado a los pacientes con FM características de personalidad sobreactivada, obsesiva y neurótica (Malt y cols, 2002; van Houdenhove, 2001; Anderberg y cols, 2000), así como una historia frecuente de trastorno mental comórbido (Walker y cols, 1997; McBeth y cols, 2001).

La necesidad de operativizar la intensidad de los síntomas fibromiálgicos experimentados produjo el desarrollo del Fibromyalgia Impact Questionnaire, FIQ, por parte de Burckhardt, Clark y Bennett en 1991, a partir de la adaptación de instrumentos de medida de la afectación de pacientes con artritis reumatoide y otros cuestionarios de calidad de vida.

Este instrumento, validado inicialmente sobre una muestra de 64 mujeres atendidas en consulta ambulatoria, mostró un moderado grado de estabilidad de las escalas de dolor,

fatiga, alteraciones del sueño y rigidez, pero una elevada estabilidad de la escala de Capacidad funcional. El análisis factorial reflejó una estructura de cinco factores.

Recientemente, en 2004, desde el Hospital Universitario Gregorio Marañón, Rivera y González publicaron la traducción, adaptación y validación del FIQ-S, la versión del FIQ para población española, a partir de una muestra de 102 mujeres del área urbana de Madrid. Obtuvieron altos grados de estabilidad test-retest para casi todas las escalas, excepto para las escalas de alteración del sueño, rigidez y ansiedad, que mostraron grados de estabilidad moderados, similares a los hallados por los ingenieros del cuestionario en inglés. Hallaron un elevado grado de consistencia interna, aunque la relación del cuestionario con la prueba más objetiva existente por el momento, el número de puntos de dolor, fue discreta. Demostraron que el FIQ es un buen instrumento para detectar la sensibilidad al cambio terapéutico.

Los objetivos de este primer estudio son los de describir las características sociodemográficas, clínicas y psicológicas de las mujeres atendidas en una unidad específica de tratamiento multidisciplinar, observar las propiedades psicométricas del FIQ y analizar sus relaciones con otras variables de naturaleza física, funcional o psicológica, procedentes de la población afectada de FM de la comarca del Bages y de su zona de influencia y que solicitan consulta especializada.

MÉTODO

Diseño

Se trata de un estudio transversal descriptivo.

Muestra

Las ochenta y tres mujeres de la muestra inicial de línea base conformaron la muestra de este estudio.

Procedimiento

Una vez recogidas las variables en la sesión de evaluación de línea-base y calculadas las puntuaciones, se procedió a su introducción en una base de datos y a su análisis estadístico.

Medidas

Para los objetivos de este estudio se recogieron las siguientes medidas:

- Variables sociodemográficas autoinformadas: edad, nivel de estudios, situación laboral y categoría profesional. Estas medidas se tomaron con el objetivo de analizar su poder de predicción de la puntuación del FIQ.
- Variables clínicas y de salud: duración del trastorno, número de síntomas asociados a la FM (fatiga matutina, parestesias en las extremidades, sensación de inflamación articular, cefaleas, colon irritable, alteraciones del sueño), número de trastornos crónicos comórbidos (hipertensión arterial, trombosis, cardiopatía, varices en piernas, artrosis, poliartritis, alergias, asma, bronquitis, diabetes, úlcera gástrica o duodenal, molestias urinarias, hipercolesterolemia, cataratas, problemas dermatológicos, estreñimiento, ansiedad y depresión), número de consultas médicas relacionadas con la FM realizadas durante el último semestre, número de meses de baja laboral relacionada con la FM en el último semestre y frecuencia durante el último mes del consumo farmacológico de analgésicos, antiinflamatorios, ansiolíticos y antidepresivos.

- Intensidad del dolor autopercebido reciente, registrado mediante escala visual-analógica de dolor de diez centímetros, de 0 (mínimo) a 10 (máximo).
- Puntos sensibles al dolor, contabilizados por médico residente en medicina de familia según el método de exploración sistematizado por Wolfe, Smythe, Yunus y cols, y asumido por el ACR en 1990. El rango va de 0 a 18 puntos. Se ha utilizado el puntaje crudo.
- Afectación de la capacidad funcional o impacto producido por la FM, medida realizada mediante el cómputo total del FIQ. Se han registrado las subescalas Capacidad funcional, Sentirse bien, Dolor, Fatiga, Alteraciones del sueño, rigidez, Ansiedad y Depresión. Se ofrecen puntuaciones transformadas para la escala total, de 0 (mínima afectación) a 80 (máxima afectación) y para las subescalas, de 0 (mínimo) a 10 (máximo).
- Estado funcional de las pacientes, medido a través de la dimensión con el mismo nombre del Cuestionario de salud y calidad de vida SF-36, que reúne información sobre el estado de las funciones física y social y las limitaciones provocadas por problemas físicos y/o emocionales. La puntuación utilizada es puntuación transformada y su rango va de 0 (bajo) a 100 (elevado).
- Bienestar emocional de las pacientes, medido a través de la dimensión con el mismo nombre del Cuestionario de salud y calidad de vida SF-36, que recoge información sobre salud mental, tono vital y presencia de dolor. La puntuación utilizada es puntuación transformada y su rango va de 0 (bajo) a 100 (elevado).

- Calidad de la salud autopercebida, medida a través de la dimensión de Salud General del Cuestionario de salud y calidad de vida SF-36. La puntuación utilizada es puntuación transformada y su rango va de 0 (bajo) a 100 (elevado).
- Estado psicopatológico, medido a través del SCL-90-R. Ofrece información sobre la presencia de síntomas de somatización SOM, obsesivo-compulsivos O-C, de sensibilidad interpersonal INT, depresivos DEP, ansiosos ANX, de hostilidad HOS, fóbicos PHO, paranoides PAR y psicóticos PSY. El índice de gravedad de los síntomas GSI es una puntuación global del estado psicopatológico. Se han utilizado las puntuaciones transformadas a notas T para cada una de las dimensiones primarias y para el GSI según los baremos de población española de pacientes con trastorno psicósomático (disfunción témporo-mandibular).
- Características de personalidad, medidas mediante las dimensiones de temperamento y carácter del TCI. Se han obtenido puntuaciones transformadas a notas T, con media de 50 y desviación típica de 10, según las cuales situarse dos desviaciones por encima de la media significa alteración clínica de la dimensión.
- Sobreactivación conductual o patrón de conducta tipo A, medido con el índice de patrón A (PA) del JAS. Ofrece puntuaciones transformadas a puntuaciones tipificadas (media de 0, desviación típica de 10). Situarse dos desviaciones por encima de la media significa tener puntuaciones compatibles con el PCTA y dos por debajo, con su opuesto PCTB, pasivo, lento y nada irritable.

Análisis estadístico

Se obtuvieron tablas de frecuencias para las variables sociodemográficas y clínicas cualitativas y medias y desviaciones típicas para todas las demás variables de carácter cuantitativo. Estos resultados fueron reproducidos en tablas y figuras.

Se analizó la fiabilidad interna del cuestionario FIQ a través del índice alfa de Cronbach y se extrajo la matriz de intercorrelaciones de las subescalas con la puntuación total. Se aplicó análisis de componentes principales para las subescalas del FIQ, con el objetivo de diferenciar los distintos factores de agrupación de los datos. Se aceptaron los factores que superaron el valor propio (eigenvalue) de 1 y se distribuyeron las escalas en función del mayor grado de saturación que mostraron para cada uno de los factores sugeridos.

Con el objetivo de conocer la convergencia entre las diferentes medidas registradas, se calcularon los índices de correlación entre las subescalas del FIQ y la puntuación total del FIQ, y entre ellas y otras variables que reflejaban la afectación de síntomas físicos (número de puntos, escala visual-analógica de dolor, número de trastornos crónicos comórbidos, dimensión de Salud general del SF-36, frecuencia del consumo de fármacos), la afectación de la capacidad funcional (dimensión de Estado funcional del SF-36) o la afectación emocional (dimensión de Bienestar emocional del SF-36, índice de gravedad de los síntomas o GSI del SCL-90-R). Se optó por extraer coeficientes de correlación de Pearson entre las variables cuantitativas estandarizadas o transformadas (escalas FIQ, número de puntos de dolor, escala visual-analógica de dolor, dimensiones del SCL-90-R, dimensiones del SF-36) y coeficientes de correlación de Spearman en el caso de tratarse de variables cuantitativas no estandarizadas (número de síntomas asociados a la FM, número de trastornos crónicos comórbidos, frecuencia de consumo de fármacos).

Para analizar la covariación entre otras variables medidas y el FIQ se llevó a cabo ANOVA para las variables cualitativas (nivel de estudios, situación laboral, categoría profesional) y correlación de Pearson para las variables cuantitativas (edad, duración del trastorno). Se extrajeron índices de correlación de Pearson entre las dimensiones primarias del SCL-90-R y las escalas del FIQ.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

La edad media de las mujeres del estudio fue de 50 años.

Dos tercios de la muestra habían cursado estudios básicos o elementales. Cerca de la cuarta parte había realizado estudios secundarios y sólo una muy pequeña proporción había estudiado carrera universitaria (figura 4).

La mitad de la muestra había trabajado o trabajaba como obrera, trabajadora de servicios o trabajadora agraria. El 15% lo había hecho como autónoma o empresaria y otro tanto era técnico medio o superior. El 20% no había trabajado nunca (figura 5).

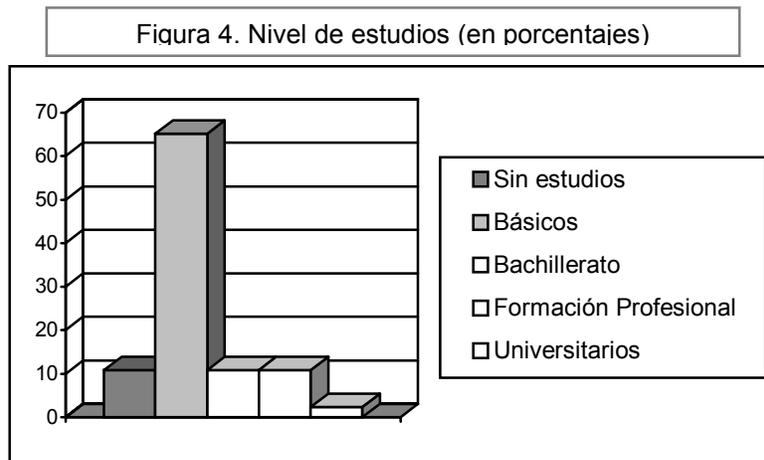
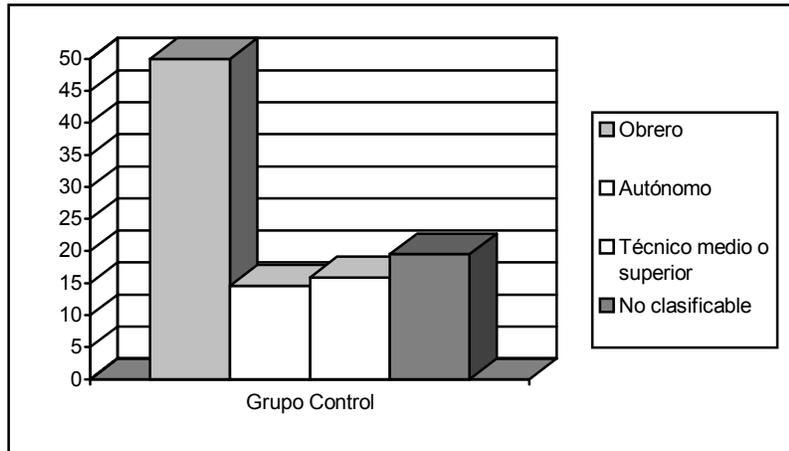
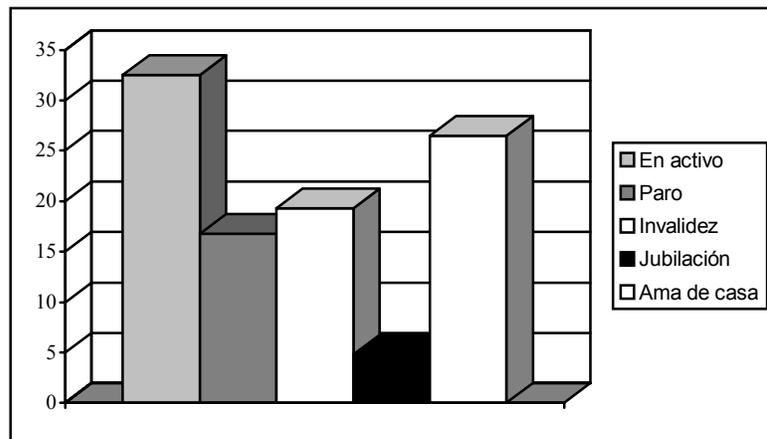


Figura 5. Categoría profesional (en porcentajes)



Una tercera parte se hallaba en activo durante el estudio (figura 6). De los dos tercios que no trabajaban, la mayor parte eran amas de casa. Una cuarta parte recibía pensión por jubilación o por invalidez laboral.

Figura 6. Situación laboral (en porcentajes)



Características clínicas

Las mujeres de la presente muestra han padecido los síntomas de la FM durante casi 16 años como media antes de ser diagnosticadas en nuestro hospital y aceptadas para el

estudio. Muestran un gran número de síntomas asociados, cuatro de media, entre los que los más frecuentes son los trastornos del sueño, las parestesias y la sensación de inflamación articular (figura 7).

El 52% ha tenido o tiene historia de diagnóstico psiquiátrico en el Centre de Salut Mental d'Adults del Bages, dependiente del mismo hospital. Las enfermedades crónicas comórbidas que experimentan son principalmente síntomas de ansiedad y de depresión, artrosis, varices y estreñimiento (tabla 7).

Figura 7. Frecuencia de síntomas asociados a la Fibromialgia (en porcentajes)

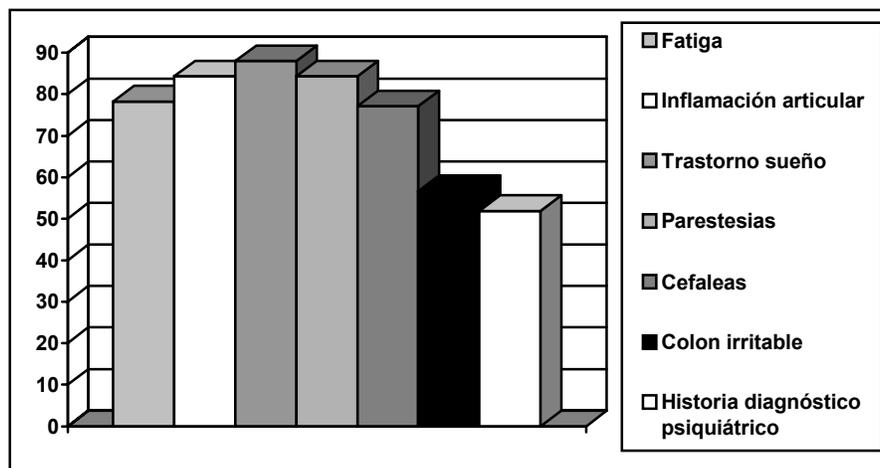


Tabla 7. Presencia de trastornos comórbidos con la Fibromialgia (porcentajes de la muestra)

Ansiedad	72,3	Hipertensión arterial	21,7
Depresión	67,5	Úlcera gastroduodenal	18,1
Artrosis	53	Problemas de la piel	14,5
Varices	45,8	Bronquitis	12
Estreñimiento	41	Cataratas	10,8
Alergias	26,5	Poliartritis	7,2
Molestias urinarias	26	Asma	6
Hipercolesterolemia	25,3	Diabetes	3,6

La media del número de puntos de respuesta al dolor promedio (tabla 8) superó ligeramente el criterio de 11 puntos para la clasificación del trastorno y sólo el 13% de la distribución se situó por debajo de este punto de corte en la evaluación de línea-base (en el momento de la evaluación diagnóstica y de la selección para el estudio, todos los sujetos de la muestra experimentaron dolor en 11 o más de los puntos sensibles fibromiálgicos). El dolor autopercebido (escala visual analógica) fue de intensidad moderada y el impacto que el trastorno producía sobre el funcionamiento habitual de estas mujeres fue de grado moderado a intenso (puntuación transformada de 59 sobre 80 en el FIQ). Por otro lado, la evaluación por parte de los sujetos de la propia calidad de vida a través de las diferentes escalas del SF-36 fue baja, en la zona inferior a las puntuaciones intermedias de las escalas (alrededor del 30% de lo que sería una excelente calidad de vida).

Los fármacos más usados para el control de los síntomas de la FM eran los antidepresivos y los ansiolíticos, consumidos a diario por la mitad de la muestra (figura 8). Casi la mitad de la muestra no tomaba nunca antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). El consumo de analgésicos era el más variable, una cuarta parte lo tomaba a diario y otra cuarta parte nunca.

Figura 8. Uso de fármacos en el manejo de los síntomas

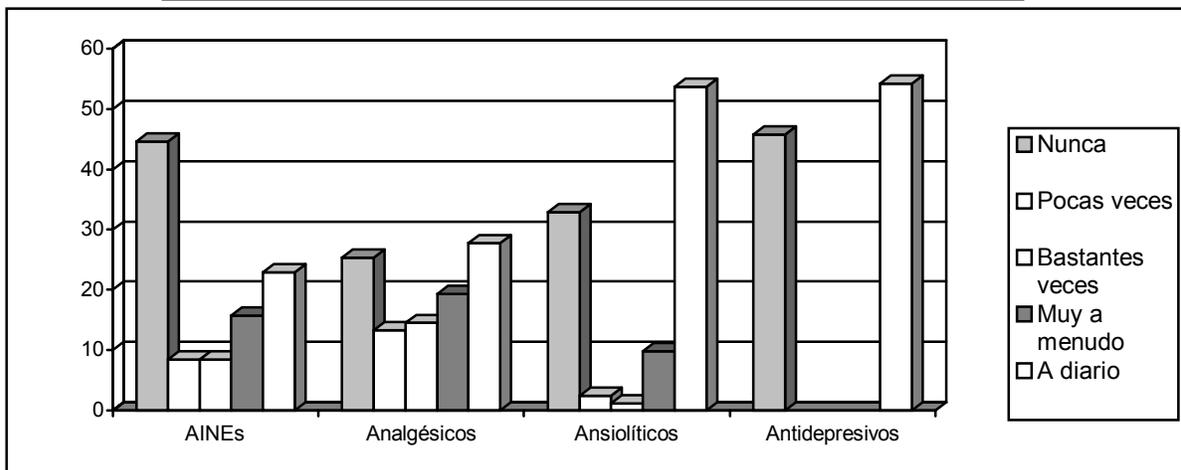


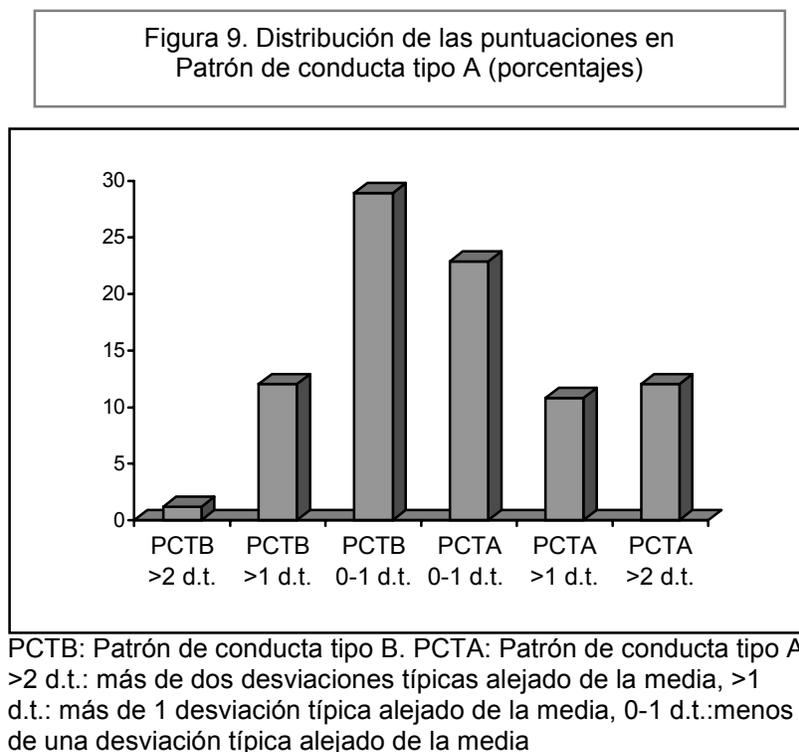
Tabla 8. Datos sociodemográficos y clínicos

	Media (desviación típica)	Mínimo	Máximo
Edad (años)	50,2 (9,3)	28	69
Duración de los síntomas (años)	15,7 (10,4)	1	45
Escala visual-analógica dolor	6,7 (1,7)	2,3	10
Número síntomas asociados	4,9 (1,4)	1	7
Número consultas último semestre	3,3 (2,8)	0	17
Número meses baja último semestre (n=34)	1,3 (2)	0	6
Número trastornos comórbidos	4,5 (2,2)	0	11
Número puntos dolor	13,3 (2,6)	7	18
FIQ total	59,3 (9,7)	30,7	76,3
SF-36:			
Estado funcional	33,9 (20,3)	1	95
Bienestar emocional	27,7 (13,8)	0	66
Percepción de salud general	30,9 (17,6)	0	87

Características psicológicas

En cuanto a las medidas de características de personalidad o de comportamiento habitual, hemos comparado las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Actividad de Jenkins, JAS, con los baremos validados para la población española que aparecen en el manual publicado y comercializado. El dato promedio sitúa a la muestra justo en el punto intermedio entre un patrón de conducta tipo A y su opuesto, el patrón de conducta tipo B, más conformista, poco activado conductualmente y menos motivado por las recompensas y

los logros. En cambio, la distribución por porcentajes ofrece más sujetos con puntuaciones extremas en patrón A que en patrón B (figura 9).



El perfil ofrecido por las puntuaciones promedio en el TCI (figura 10, tabla 9) muestra unas características de elevada Evitación del daño (evitación de riesgos, excesiva preocupación y temor, respuesta de alta sensibilidad al castigo, lenta adaptación y recuperación del estado basal posterior a la reacción), tendencia a la baja Búsqueda de novedad (rechazo y desinterés en la búsqueda de información y actividad nuevas, tendencia a mantener la rutina y lo familiar y estructurado), tendencia a la baja Autodirección (tendencia leve a la pasividad, al no afrontamiento y resolución de los problemas, al conformismo y acomodación, a la posesión de pocos recursos psicosociales) y baja Autotrascendencia (funcionamiento concreto, materialista y poco trascendental, poco idealista, fijado en el aquí y ahora, respecto a la relación con uno mismo, los otros y el mundo).

Figura 10. Perfil de las escalas de temperamento y carácter del TCI (media \pm 1 desviación típica)

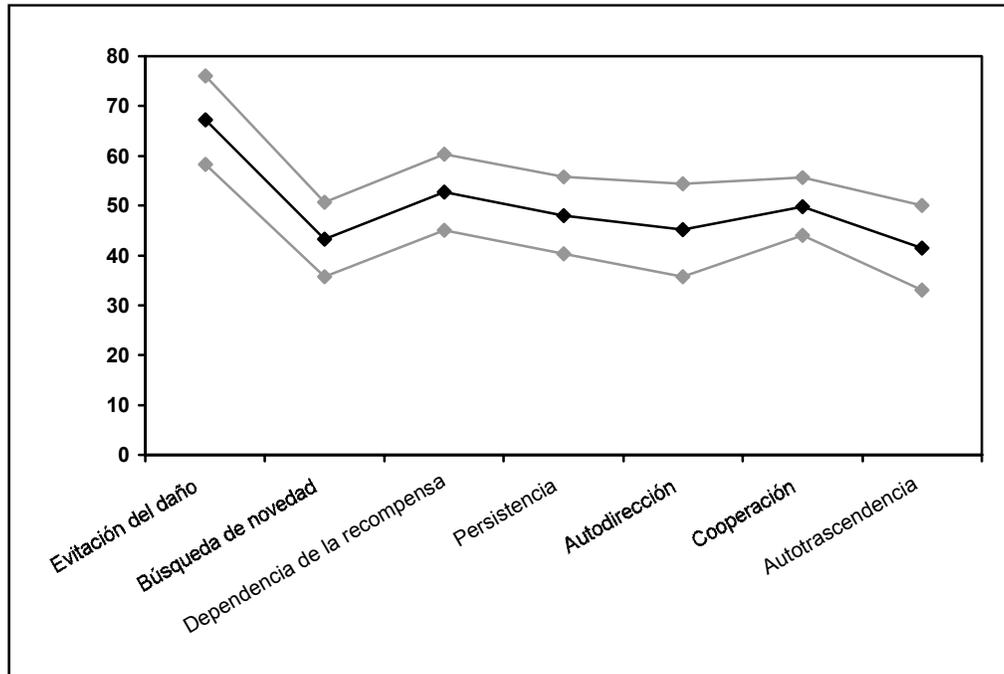


Tabla 9. Puntuaciones en el Inventario de Temperamento y Carácter TCI

	Media y desviación típica	Mínimo	Máximo
Índice PCTA JAS ($x=0$, $dt=10$)	0,83 (9,3)	-19	21
TCI ($x=50$, $dt=10$):			
Evitación daño	67,2 (8,9)	37	83
Búsqueda novedad	43,2 (7,5)	30	65
Dependencia recompensa	52,7 (7,7)	31	67
Persistencia	48 (7,7)	31	63
Autodirección	45,2 (9,5)	17	64
Cooperación	49,8 (5,8)	30	59
Autotrascendencia	41,5 (8,5)	26	61

PCTA JAS: Puntuación en la escala del Patrón de conducta tipo A del Inventario de Actividad de Jenkins, media=0, desviación típica=10. TCI: Inventario de Temperamento y Carácter, media de 50, desviación típica de 10.

Consistencia interna y dimensiones evaluadas por el FIQ

Se muestran las medias y desviaciones típicas para las puntuaciones del FIQ (tabla 10). Las escalas del FIQ han mostrado un índice de consistencia interna moderado (alfa de Cronbach=.65). Todas las escalas mostraron correlaciones moderadas significativas con la puntuación total del cuestionario. La más baja de estas correlaciones fue la obtenida por la subescala Sentirse bien ($r=.34$, $p=.002$) y la más alta la obtenida por la subescala Ansiedad ($r=.68$, $p<.001$).

Tabla 10. Variables de salud y escala del FIQ
(medias y desviaciones típicas)

Edad (años)	50,2(9,3)	FIQ Capacidad funcional	4,1(2,4)
Duración FM (años)	15,7(10,4)	FIQ Sentirse bien	8,4(2,4)
Escala visual-analógica dolor	6,7(1,7)	FIQ Dolor	7,9(1,6)
Nº puntos	13,3(2,6)	FIQ Fatiga	9(1,2)
Nº síntomas FM	4,9(1,4)	FIQ Alteraciones sueño	7,7(2,3)
Nº trastornos comórbidos	4,5(2,2)	FIQ Rigidez	7,3(2,5)
		FIQ Ansiedad	7,7(2,3)
FIQ total	59,3(9,7)	FIQ Depresión	7,1(2,8)

El análisis de componentes principales ofreció una solución de tres factores que superaron el valor propio de 1 y que explicaron entre los tres el 63% de la varianza total del instrumento (tabla 11). Sobre el factor 1, las subescalas que más saturaron fueron las de Fatiga, Dolor, Rigidez y Alteraciones del sueño, o sea, las referidas a los síntomas fisiológicos asociados al trastorno, más la de Ansiedad. Con el factor 2, las escalas que más correlacionaron fueron la de Sentirse bien y la de Depresión, o lo que pudiera llamarse

estado de ánimo. La escala Capacidad funcional no saturó lo suficiente en ninguno de los dos factores previos y apareció como un tercer factor en solitario.

Tabla 11. Análisis de Componentes Principales: Factores del FIQ

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
<i>Eigenvalue</i>	2,654	1,3	1,097
Varianza explicada %	33,176	16,251	13,709
Capacidad funcional			-,511
Sentirse bien		,660	
Dolor	,673		
Fatiga	,704		
Sueño	,545		
Rigidez	,594		
Ansiedad	,667		
Depresión		-,647	

Para cada escala del FIQ se ha anotado sólo uno de los tres coeficientes de saturación, el más alto de los tres factores. La saturación inferior en los otros dos factores se ha desestimado.

La puntuación total en FIQ y en cada una de sus ocho escalas aquí registradas fue contrastada con otros instrumentos equivalentes, ya validados previamente, para confirmar la validez de sus objetos de estudio (tabla 12). El FIQ está compuesto, como ya se ha visto en el análisis de componentes principales, por ítems que exploran un conjunto variado y heterogéneo de síntomas o afectaciones -síntomas físicos, estado de ánimo, capacidad funcional- que pueden ser comparados con otras escalas equivalentes.

Relación del FIQ con medidas de afectación física

La variable ‘Número de síntomas asociados a la FM’ recogió los diferentes síntomas nucleares y acompañantes más habituales, a saber, inflamación subjetiva de las articulaciones, parestesias, sueño no reparador, fatiga matutina, cefaleas y colon irritable. Se ha interpretado que cuanto mayor es el número de síntomas admitido, mayor extensión y gravedad de la afectación. Apareció correlación significativa, aunque baja, entre esta variable y el total del FIQ ($r=,352$, $p=,001$), indicando que cuanto más síntomas asociados se presentaban mayor era el impacto experimentado. Además, el número de síntomas asociados covarió de forma significativa con las escalas del FIQ referidas al factor de los síntomas físicos de fatiga, alteración del sueño y rigidez.

Tabla 12. Coeficientes de correlación de las escalas de FIQ con medidas de afectación física

Escalas FIQ:	Total	Capacidad funcional	Sentirse bien	Dolor	Fatiga	Sueño	Rigidez	Ansiedad	Depresión
FIQ total ¹		,495 [†]	,339 [†]	,561 [†]	,567 [†]	,492 [†]	,601 [†]	,678 [†]	,579 [†]
Nº puntos ¹	,130	,220*	,064	,066	,125	,231*	,059	-,125	,012
EVA dolor ¹	,227*	,037	,039	,422 [†]	,046	,286*	-,007	,209	,068
Nº síntomas ²	,352 [†]	,253*	,114	,123	,307 [†]	,337 [†]	,295*	,055	,218*
Nº trastornos comórbidos ²	,179	-,001	-,066	,051	,098	,103	,025	,235*	,397 [†]
Analgésicos ²	-,021	-,106	,232*	-,001	-,097	,028	-,074	-,136	-,018
AINE ²	,134	-,019	,080	-,007	,077	,033	,115	,073	,171
Ansiolíticos ²	,251*	,088	-,079	,182	,034	,179	,129	,229*	,195
Antidepresivos ²	,111	,001	-,014	-,031	,069	,154	-,054	-,007	,090

¹Coeficientes de correlación de Pearson. ²Coeficientes de correlación de Spearman. FIQ: Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia. EVA: escala visual-analógica. AINE: antiinflamatorios no esteroideos. * $p<,05$, [†] $p<,005$.

Por otra parte, se halló también relación de las pacientes que tenían mayor número de síntomas fibromiálgicos con una peor capacidad de funcionamiento y con la mayor intensidad de los síntomas de base depresiva. Todas estas correlaciones relevantes se situaron entre los valores de ,22 ($p=,048$) y ,35 ($p=,001$) y pueden ser consultadas en la tabla 12.

Se ha hipotetizado que el número de puntos fibromiálgicos contabilizados habría de correlacionar con una puntuación más alta en las escalas de síntomas físicos del FIQ, que son las referidas a dolor, fatiga, sueño no reparador y rigidez. Sin embargo, sólo ha mostrado correlaciones leves significativas con la peor calidad del sueño y con el peor funcionamiento habitual (tabla 12).

La escala visual-analógica de dolor, que registró el grado global subjetivo del dolor percibido por la paciente en las últimas horas, presentó una correlación moderada con la escala de Dolor del FIQ ($r=,422$, $p<,001$), referida a la última semana.

Experimentar mayor comorbilidad con otros trastornos crónicos de salud no se ha relacionado con una mayor afectación general del funcionamiento habitual, sino con mayores síntomas de ansiedad y depresión recogidos por el FIQ ($r=,24$, $p=,032$; $r=,40$, $p<,001$, respectivamente).

La percepción que el sujeto tenía de su propia salud, medida con la escala Salud general del SF-36, correlacionó de forma negativa con la puntuación total del FIQ ($r=-,40$, $p<,001$), de manera que cuanto mayor afectación se experimentaba por culpa de la FM, peor era la percepción de su estado global de salud (tabla 13). Ha mostrado también relaciones discretas con las escalas de alteración emocional Ansiedad, Depresión y Alteraciones del sueño. En cambio, la percepción de la propia salud no correlacionó con las escalas de síntomas físicos.

En cuanto al uso de fármacos, la puntuación alta en FIQ sólo se ha correlacionado con el consumo habitual de ansiolíticos ($r=,25$, $p=,023$), y éste último parece ser un índice válido de la presencia de síntomas de ansiedad durante la última semana ($r=,23$, $p=,038$). Por otro lado, el patrón de consumo de analgésicos está relacionado con el estado general durante la semana o días que la paciente se ha sentido bien ($r=,23$, $p=,037$). Sin embargo, ni el consumo de AINEs ni de antidepresivos guarda relación alguna con la puntuación total en FIQ ni en ninguna de las subescalas (dolor, fatiga, rigidez o alteraciones del sueño).

Relación del FIQ con medidas de afectación de la funcionalidad

La escala de Capacidad funcional, compuesta por los primeros nueve ítems del cuestionario, se han segregado del resto de escalas y se han constituido de forma aislada en uno de los tres factores del FIQ del conjunto aportado por el análisis de componentes principales. Sus ítems hacen referencia a la frecuencia con la que la persona ha podido hacer frente durante la última semana a las actividades domésticas y físicas más habituales.

Se ha buscado la correlación de este factor o escala con la dimensión de Estado funcional del SF-36, que también se ocupa de valorar la afectación de las actividades habituales a causa de síntomas físicos. Se ha hallado una covariación significativa moderada con la puntuación total del FIQ ($r=-,413$, $p<,001$), aunque la dimensión del SF-36 ha mostrado relación con todas las escalas, a excepción de la de Sentirse bien (tabla 13). La covariación, pero, más alta no es con Capacidad funcional sino con el total y con Depresión. Esto se debe a que la dimensión Estado funcional del SF-36 también recoge aspectos de funcionamiento emocional.

Relación del FIQ con medidas de afectación emocional

Las puntuaciones total y las referidas a síntomas psicológicos o emocionales (Sentirse bien, Alteraciones del sueño, Ansiedad y Depresión) han sido analizadas en relación al índice de gravedad de síntomas o GSI del SCL-90-R, que ha demostrado su validez como medida del malestar emocional global en sujetos con dolor crónico. Se han observado en todos los casos correlaciones significativas moderadas, coeficientes de Pearson entre ,301 y ,522, excepto con la escala de Sentirse bien. La dimensión Ansiedad del SCL-90-R fue la que más covarió con el FIQ total y las de Ansiedad, Depresión y Obsesivo-compulsivo fueron las más convergentes con la subescala de Alteraciones del sueño del FIQ.

Tabla 13. Coeficientes de correlación de FIQ, SCL-90-R y SF-36

Escalas FIQ:	Total	Capacidad funcional	Sentirse bien	Dolor	Fatiga	Sueño	Rigidez	Ansiedad	Depresión
SCL-90-R:									
GSI	,522 [†]	,465 [†]	,137	,199	,266*	,301*	,145	,339 [†]	,407 [†]
SOM	,486 [†]	,348 [†]	,103	,296*	,342 [†]	,177	,220*	,318 [†]	,386 [†]
O-C	,498 [†]	,445 [†]	,130	,202	,313 [†]	,357 [†]	,139	,242*	,350 [†]
INT	,317 [†]	,348 [†]	-,035	,082	,230*	,263*	,018	,181	,399 [†]
DEP	,476 [†]	,464 [†]	,144	,118	,273*	,249*	,039	,281*	,433 [†]
ANX	,559 [†]	,423 [†]	,057	,292*	,268*	,330 [†]	,170	,403 [†]	,442 [†]
HOS	,430 [†]	,327 [†]	,144	,116	,173	,261*	,149	,254*	,401 [†]
PHO	,395 [†]	,419 [†]	,049	,147	,181	,341 [†]	,077	,144	,344 [†]
PAR	,336 [†]	,334 [†]	-,014	,091	,212	,152	,106	,230*	,331 [†]
PSY	,359 [†]	,396 [†]	,064	,087	,093	,256	,094	,231*	,289 [†]
SF-36:									
SG	-,395 [†]	-,207	-,075	-,131	-,020	-,239*	-,166	-,352 [†]	-,363 [†]
EF	-,539 [†]	-,413 [†]	-,158	-,239*	-,306 [†]	-,210*	-,223*	-,242*	-,528 [†]
BE	-,597 [†]	-,455 [†]	-,319	-,333 [†]	-,407 [†]	-,143	-,147	-,357 [†]	-,445 [†]

Coefficientes de correlación de Pearson. *p<,05, [†]p<,005

Sentirse bien no mostró ninguna relación con el SCL-90-R ni con el GSI, por lo que esta subescala del FIQ puede considerarse un índice poco válido de psicopatología.

En cambio, la dimensión Bienestar emocional del SF-36, constituida por las escalas de Dolor, Vitalidad y Salud mental, sí correlacionó significativamente con el FIQ total ($r=-,597$, $p<,001$) y las subescalas Sentirse bien, Ansiedad y Depresión (tabla 13).

Todas las dimensiones del SCL-90-R se relacionaron de forma significativa con el total del FIQ. Dichas correlaciones se situaron entre los valores de $r=,317$ (Desconfianza interpersonal; $p=,004$) y $r=,559$ (Ansiedad; $p<,001$). Estos datos equivalen a decir que la alta presencia de todo tipo de síntomas psicopatológicos covaría con un elevado impacto funcional de la FM (tabla 13).

Relaciones del FIQ con variables sociodemográficas

Ni la edad del paciente ($r=-,029$, $p=,795$) ni la duración previa del trastorno ($r=,060$, $p=,596$) han tenido influencia sobre la puntuación de FIQ, es decir, que tener más edad o una historia más larga de FM no implicaba que el cuadro fuera más grave o que la afectación fuera mayor.

El nivel de estudios tampoco ejerció influencia alguna, por lo que un currículum académico más corto no implicó un peor estado por culpa de la FM ($F=1,480$, $p=,216$; figura 11). El ANOVA no ha ofrecido diferencias significativas entre los subgrupos.

Figura 11. Puntuaciones en FIQ total según grado de escolarización

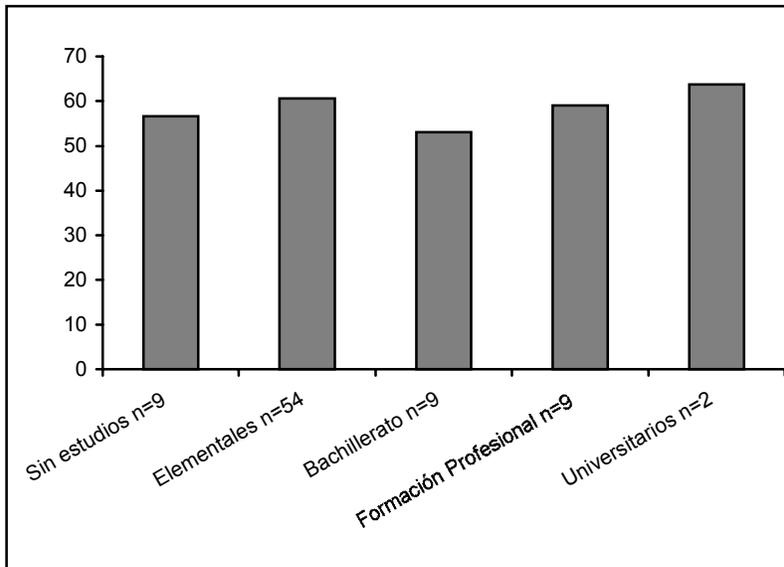
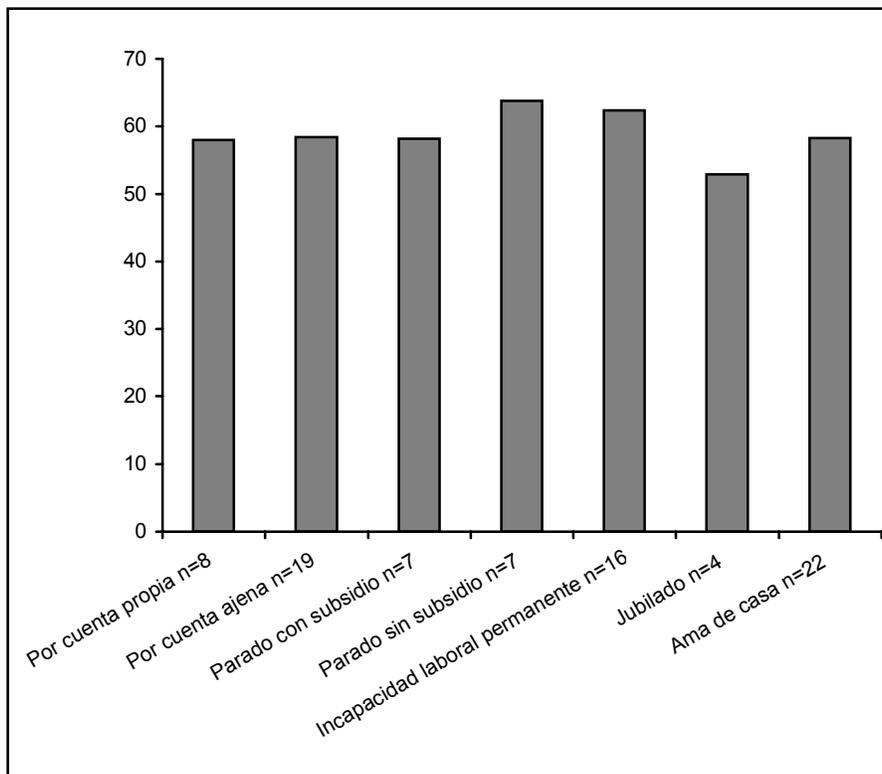
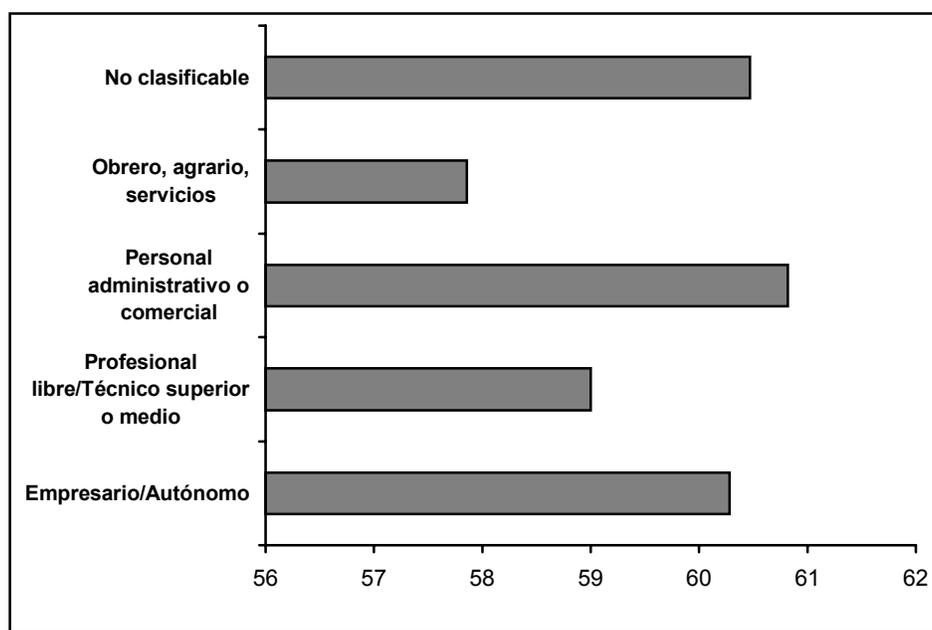


Figura 12. Puntuaciones en FIQ total según situación laboral



La puntuación total en el FIQ no se mostró relacionada con el tipo de situación laboral en que se hallaba las participantes en el grupo ($F=,912$, $p=,491$; figura 12) ni por la categoría profesional ejercida ($F=,343$, $p=,848$; figura 13). El ANOVA no ofreció diferencias significativas entre subgrupos en las puntuaciones totales del FIQ.

Figura 13. Puntuaciones en FIQ total según categoría profesional



DISCUSIÓN

Nuestra muestra fue ligeramente mayor en edad que la del estudio de Rivera y González con población madrileña (50,2 años frente a 48,7 en el estudio de Rivera) y, aunque padecía menor número de puntos de dolor (13,3 frente a 15,1), arrastraba una historia más larga del trastorno en el tiempo (15,7 años frente a 13,3). En las mujeres de nuestro estudio, el cuadro se acompañaba habitualmente de mala calidad del sueño, sensación de inflamación

de las articulaciones, parestesias y fatiga, como en Wolfe, Smythe y Yunus, 1990, aunque la presencia síntomas de ansiedad ha sido mucho más elevada.

Dos tercios refirieron síntomas de ansiedad y depresión, porcentaje similar al estudio de Wolfe y cols, 1984, y superior al de Ahles y cols, 1984. La mitad tenía historia previa de consulta psiquiátrica o psicológica en la red pública de Salud Mental, dependiente del mismo hospital. Se desconoce si el resto había realizado consultas a nivel particular. En el momento del inicio del estudio, alrededor del 50% estaba en tratamiento con psicofármacos, fundamentalmente ansiolíticos y antidepresivos. Estos porcentajes coinciden con los datos revisados por Goldenberg, 1999, que sitúan la presencia de síntomas de depresión en el 50-70% de las muestras.

No se ha detectado mediante el TCI un perfil promedio que fuera compatible con el diagnóstico de trastorno de la personalidad (Cloninger y cols, 1994), que tendría que estar representado por puntuaciones significativamente inferiores a la normalidad en las dimensiones de carácter de Autodirección y Cooperación. Se ha observado una ligera tendencia a una baja puntuación en Autodirección pero puntuaciones dentro de la normalidad en Cooperación. La elevación marcada de la dimensión de Evitación del riesgo y la tendencia a la baja en Búsqueda de novedad, explicaría un perfil de preocupación, temores y evitación de novedades. Estos datos son coherentes con la presencia moderada de psicopatología detectada por el SCL-90-R y no resulta extraño en el contexto de una situación clínica invalidante de escasa autoeficacia y mucha desesperanza como provoca la FM. Sería necesario, no obstante, la contrastación de este perfil con otras poblaciones afectadas de trastornos de dolor crónico como la AR.

El nivel académico de las mujeres de nuestro estudio fue ligeramente inferior a la muestra de Rivera y González. Aunque no eran significativas las diferencias, la muestra

manresana contuvo ligeramente mayor proporción de mujeres sin estudios o con estudios elementales (76% frente a 67%) y menor proporción de mujeres con estudios de bachiller o formación profesional (22% frente a 29%).

En relación a la situación laboral, sí existieron diferencias significativas entre ambas muestras. En nuestro ensayo, hubo más mujeres que habían estado empleadas y más mujeres que estaban en paro o que eran pensionistas (jubiladas o incapacitadas para trabajar por trastornos diferentes a la FM). El entorno socioeconómico podría ser el responsable de estas diferencias en la situación laboral y el nivel académico, pues la muestra de Rivera provenía de un núcleo urbano mayor y capital estatal y la de este estudio provino de una sociedad más rural con fuerte implantación de la industria.

La versión traducida al castellano que aquí se ha analizado ha demostrado unas propiedades psicométricas adecuadas para su aplicación en mujeres con FM de las comarcas de la Catalunya central. Ha demostrado un grado de fiabilidad interna de moderado a alto y todas las escalas tienen correlaciones moderadas con la puntuación total.

Las variables sociodemográficas, edad, duración previa del trastorno, nivel académico o profesión, no han influido en la intensidad del impacto producido por la FM, resultados coincidentes con la validación originaria del cuestionario.

Han aparecido diferenciados tres factores que miden afectación de síntomas físicos, afectación del bienestar emocional y afectación de la capacidad funcional. El análisis de componentes principales de Burckhardt y cols ofreció cinco factores, donde la Capacidad funcional aparecía como un vector robusto y claramente independiente, los síntomas físicos se agrupaban en torno a sí mismos junto con la frecuencia de días en que la persona se sintió bien, las escalas de Ansiedad y Depresión formaban sendos componentes y la inasistencia al trabajo no casó con ninguna otra escala ni factor. En nuestro análisis, los dos

ítems relacionados con el trabajo fueron eliminados, con lo que el quinto factor de Burckhardt y cols era inexistente, la ansiedad se asoció a los síntomas físicos y, en cambio, la frecuencia de días de bienestar -o Sentirse bien- se relacionó más con los síntomas depresivos que con los físicos. El factor de Capacidad funcional apareció claramente aislado en ambos estudios, con lo cual se concluye que la intensidad de los síntomas influye poco en las actividades habituales.

El FIQ ha mostrado suficiente grado de validez convergente con la percepción del estado de salud general por parte del propio paciente, medido con el SF-36.

Experimentar mayor comorbilidad con otros trastornos crónicos de salud no se ha relacionado con una mayor afectación general del funcionamiento habitual, como hubiera sido de esperar, sino con mayores síntomas de ansiedad y depresión recogidos por el FIQ. Esta divergencia se explicaba probablemente porque entre los trastornos por los que se preguntó los había de muy diversos tipos, algunos de los cuales no afectaban al aparato músculo-esquelético ni al sistema nervioso central ni causaban el grado de incapacitación y desgaste que produce la FM, como era el caso de la diabetes, el estreñimiento, los problemas dermatológicos, las molestias urinarias, las cataratas, la hipertensión arterial o el exceso de colesterol. En cambio, parece comprensible que el hecho de padecer a la vez varios de estos trastornos y algunos otros más incapacitantes, como la poliartritis, trombosis, varices en piernas, artrosis o bronquitis sí influía en el acúmulo de sentimientos de malestar y agotamiento psicológico. Por otra parte, dos de los dieciocho trastornos incluidos en este listado fueron la ansiedad y la depresión, que en buena parte eran los que permitían que la variable covariara con las mismas escalas del FIQ.

La puntuación alta en el impacto producido por la FM no se ha relacionado con el patrón de consumo farmacológico para el control de la mayor parte de los síntomas, sólo

con el control de los síntomas de ansiedad. Esto puede ser debido a que la decisión de tomar medicamentos por parte del paciente y la decisión de prescribirlos por parte del clínico tuvieron que ver con múltiples factores diferentes a la simple presencia e intensidad de los síntomas o al grado de afectación de las funciones habituales, a saber, la pobre respuesta de los síntomas a los fármacos, el manejo heterogéneo por parte de diferentes especialistas, la experiencia clínica de cada profesional, la tolerancia a los efectos secundarios por parte de los sujetos o las expectativas del paciente.

Las subescalas del FIQ que hacen referencia a la intensidad de los síntomas ansiosos y depresivos han sido las que mayores relaciones han mostrado con el resto de medidas registradas, principalmente con la mayor presencia de trastornos comórbidos, la mayor presencia de síntomas asociados a la FM, el uso frecuente de ansiolíticos, la alta presencia de síntomas psicopatológicos y la peor calidad de vida general, física y emocional.

La subescala del FIQ con menor apoyo es la de Sentirse bien, que no ha correlacionado más que con la puntuación total del cuestionario y con la frecuencia de uso de los analgésicos. Esto podría haber sido debido a que el contenido del ítem no está claro y no ofrece una interpretación operativizada de lo que se entiende por “sentirse bien”, si esto significa ausencia total de dolor, presencia de sólo algunos síntomas o baja intensidad de ellos.

La escala de Alteraciones del sueño también estuvo relacionada con muchas de las medidas con las que se ha comparado, tanto referidas a síntomas físicos como a emocionales o de funcionamiento habitual.

El grado de coincidencia con otras medidas obtenido, sin embargo, ha estado representado aquí por coeficientes de correlación inferiores a los obtenidos por anteriores validaciones del cuestionario, ya que se sitúan en valores de bajos a moderados. No es

probable que la diferencia sea debida al tamaño de la muestra, pues una de las muestras predecesoras fue inferior a la actual, sino a que los instrumentos de comparación escogidos tenían contenidos menos coincidentes con el FIQ, a que otras medidas recogidas no estaban validadas, como el autoinforme de medidas sociodemográficas y clínicas, y a que posiblemente un menor nivel académico hubiera producido mayor dificultad de comprensión de los contenidos y de las instrucciones.

Todas las dimensiones de psicopatología del SCL-90-R han correlacionado con el total del FIQ. Estos resultados van en la misma dirección que los anteriormente descritos y relacionan fuertemente el FIQ con la presencia de síntomas emocionales, de tal forma que aparece como un instrumento válido para la detección de malestar psicológico principalmente.

Todos los estudios citados han realizado la validación del cuestionario FIQ sólo con muestra femenina. Las actividades habituales descritas en los primeros ítems corresponden a actividades domésticas, muy frecuentes entre las mujeres de estas características socioculturales. Sin embargo, es imprescindible la elaboración de nuevos ítems más ajustados para una versión masculina del cuestionario.

Por último, un aspecto a tener en cuenta es la posible interferencia del idioma utilizado, pues se ha usado la traducción al castellano en una población que mayoritariamente tiene el catalán como lengua madre y principal. Se hace necesario adaptar el FIQ a la lengua catalana y someterlo a validación.

**ESTUDIO 2: ENSAYO CLÍNICO, CONTROLADO
Y ALEATORIZADO, SOBRE LA EFICACIA INCREMENTAL
DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**

La prevalencia de la FM en la población española es del 2,3% (Estudio EPISER, 2001). Aunque la etiología es todavía desconocida, se han ensayado múltiples tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, que han demostrado mejoría a corto plazo pero no a largo plazo (Goldenberg y cols, 2004; Hadhazy y cols, 2000; Carette y cols, 1994). Los tratamientos no farmacológicos que han ofrecido mayor eficacia son los programas de entrenamiento cardiovascular (PECV) (Richards y Scott, 2002; Gowans y cols, 1999; McCain y cols, 1988), la modificación de conducta o terapia cognitiva-conductual (TCC) (Morley y cols, 1999; Rossy y cols, 1999; Nicassio y cols, 1997), el programa de educación e información sobre el trastorno (EdI) (Sim y Adams, 2002) y la combinación de dos o más de estos componentes en programas de atención multidisciplinar (Nielson y Jensen, 2004; Collado y cols, 2001; Keel y cols, 1998; Bennett y cols, 1996).

En muchos de los estudios publicados, el análisis de los programas de tratamiento se realizó sin grupo control (Turk y cols, 1998; Bennett y cols, 1996) o se compararon con grupos control formados por lista de espera (Burckhardt y cols, 1994; Gowans y cols, 1999), por formatos informativo-educativos (Nicassio y cols, 1997; Buckelew y cols, 1998) o mediante la contrastación de los diferentes componentes entre sí.

Uno de los estudios más recientes ha sido el publicado por Thieme y cols, 2003, en el que se comparó un programa de modificación de conducta y un programa de terapia física basado en técnicas de relajación y termoterapia, conducido por dos equipos distintos de profesionales. El programa conductual consiguió una mejoría significativa de la intensidad del dolor, de la interferencia sobre las actividades cotidianas y del malestar emocional asociado al cuadro, mientras estas mismas medidas empeoraron en los sujetos que recibieron la terapia física.

Rivera y cols, 2004, compararon dos programas de tratamiento entre sí, uno de terapia cognitivo-conductual y educación (TCC+EdI) y otro de entrenamiento cardiovascular intensivo (PECV), de ocho semanas de duración. Ambos tratamientos consiguieron una mejoría significativa del impacto que la fibromialgia producía sobre la capacidad funcional y el bienestar físico y emocional, medidas recogidas por el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ), pero apenas se observaron cambios en la calidad de vida, medida con el SF-36, ni en el estado psicopatológico, medido con las escalas de depresión y ansiedad de Beck. Sin embargo, los cambios conseguidos se perdieron un año después del fin del programa terapéutico, aun habiéndose mantenido el hábito de entrenamiento físico en casa.

No existe evidencia concluyente, en este tipo de estudios, que determine cuál de los diferentes componentes terapéuticos no farmacológicos, que han demostrado su eficacia en estudios abiertos, es el más efectivo y, por tanto, cuál debería ser el primer tratamiento de elección para la FM.

Hadhazy y cols, 2000, en un estudio de revisión que pretendía aclarar esta cuestión, concluyó que los programas basados en técnicas de *mind-body* (entrenamiento en desactivación general, *biofeedback*, visualización, TCC) eran claramente efectivos frente a las listas de espera pero no recogió suficiente evidencia de que fueran más efectivos que los programas psicoeducativos. De hecho, parece existir mayor evidencia de que los programas de ejercicio físico intenso son superiores a los de *mind-body*. Consideraron, en cambio, que la inclusión de estos tratamientos en programas de atención multidisciplinar donde hubiera entrenamiento físico y psicoeducación produciría efectos sinérgicos y mejoraría los resultados de programas más simples.

En la presente revisión, sólo se ha podido hallar un estudio que determinó el efecto incremental que la TCC producía sobre otros componentes terapéuticos. Vlaeyen y cols, 1996, intentaron demostrar que la combinación de TCC, educación y entrenamiento físico era más efectiva que la simple combinación de educación con entrenamiento físico, pero no hallaron diferencias entre ambos formatos. Una de las explicaciones de este resultado fue la posible influencia psicoterapéutica, latente y no deseada, sobre el grupo considerado control, ya que fue el mismo psicólogo quien dirigió ambos tratamientos.

El objetivo de este estudio es comprobar si la TCC produce un efecto añadido a la eficacia conseguida por un tratamiento multidisciplinar en grupo en pacientes afectadas de FM. Nuestra hipótesis fue que la TCC conseguiría una mejoría significativa en los puntos de dolor, el impacto sobre la capacidad funcional, el estado psicopatológico y la calidad de vida, añadida a la mejoría conseguida por el programa terapéutico multidisciplinar básico. Para ello se diseñó un ensayo clínico experimental que neutralizara por completo la presencia de psicólogo en el tratamiento multidisciplinar básico o control y evitar así posibles efectos de una intervención psicoterapéutica no controlada, como había ocurrido en otros ensayos relatados. Otro objetivo secundario fue comprobar si los resultados obtenidos se mantenían seis meses después del fin del tratamiento.

MÉTODO

Diseño

Se trata de un ensayo clínico, controlado y aleatorizado, de un año de seguimiento.

Muestra

Las ochenta y tres mujeres seleccionadas para la presente investigación fueron la muestra inicial del ensayo. Los criterios de inclusión fueron: padecer FM según criterios del

American College of Rheumatology, ser mujer, no estar en situación de litigio con la Administración por el reconocimiento de la invalidez laboral, y no presentar trastorno psiquiátrico grave. Una vez confirmados los criterios de inclusión, las mujeres seleccionadas entraron por orden correlativo en una lista de espera para recibir el tratamiento multidisciplinar en grupo (TM).

Procedimiento

De la lista de espera eran extraídos, por riguroso orden de entrada en ella, grupos de entre quince y veinte mujeres. Cada grupo fue citado para realizar la primera evaluación o línea-base. Seguidamente se llevó a cabo la exploración física individual para la contabilización de los puntos de dolor fibromiálgico por parte de médico residente en medicina de familia adiestrado en el método de examen de Wolfe, Smythe, Yunus y cols, 1990, y totalmente ciego a la asignación de los casos y a los contenidos de los tratamientos que iban a recibir. Después se procedió a la cumplimentación de la batería de cuestionarios supervisada por dos miembros del equipo asistencial. De cada pareja de casos correlativos que acababa el protocolo de evaluación, se asignó aleatoriamente uno a la condición de tratamiento del grupo control (GC) y el otro a la condición de tratamiento del grupo experimental (GE). Posteriormente, se hizo lo mismo con la siguiente pareja de casos que concluía la evaluación y así sucesivamente hasta completar el tamaño de los dos grupos de tratamiento. En el momento de la asignación, los sujetos no conocían las características de los grupos ni tampoco el tipo de tratamiento que iban a recibir. Una vez finalizado el período de tratamiento, se procedía varias veces al mismo sistema de extracción y asignación aleatoria de otro grupo de máximo veinte sujetos hasta completar la muestra necesaria para el ensayo.

Descripción del tratamiento multidisciplinar recibido por el grupo control o tratamiento multidisciplinar básico (TMB)

El tratamiento recibido por el GC ofrecía atención médica ambulatoria por parte del reumatólogo, y según requerimiento del sujeto. Las visitas iban destinadas al manejo de los síntomas de dolor, las alteraciones del sueño y los síntomas asociados con las terapias farmacológicas habituales: analgésicos, antidepresivos tricíclicos, antiinflamatorios no esteroideos o infiltraciones, según fuese necesario. Una vez por semana recibían un programa de información y educación sobre el trastorno y terapia de entrenamiento físico. Se impartieron catorce sesiones de 60 minutos de duración. Cuatro sesiones fueron destinadas a dar información sobre el trastorno y a educar en higiene postural y fueron impartidas por el reumatólogo y una fisioterapeuta. Las diez sesiones restantes se destinaron al entrenamiento físico, ejercicios de estiramientos, flexibilidad articular, tonificación muscular y técnica de *spray & stretch*, para el alivio del dolor local, y a incentivar la realización de actividad aeróbica regular (paseos, bicicleta, natación) y fueron dirigidas por la fisioterapeuta. Cada sesión se componía de ejercicios de calentamiento, práctica durante unos minutos de bicicleta estática, tonificación muscular, flexibilidad y estiramientos y planificación de práctica física para el resto de la semana.

Descripción del tratamiento multidisciplinar recibido por el grupo experimental o tratamiento multidisciplinar básico con terapia cognitivo-conductual (TMB+TCC)

El tratamiento recibido por el GE ofrecía, además del mismo programa del GC, terapia de orientación cognitivo-conductual (TCC) para el desarrollo y aprendizaje de técnicas de afrontamiento y prevención del dolor: una sesión de introducción y presentación, dos sesiones de información y educación sobre la FM y los mecanismos de transmisión del

dolor; tres sesiones de entrenamiento en desactivación emocional y fisiológica (respiración controlada, relajación muscular de Jacobson, visualización y control mental del dolor); una sesión de higiene del sueño (pautas de control de estímulo); una sesión de entrenamiento en técnicas de parada de pensamiento y distracción; dos sesiones de programación de las tareas habituales para la distribución más equilibrada entre responsabilidades, descanso y ocio; dos sesiones de reestructuración cognitiva de creencias erróneas en relación al dolor y dos sesiones de entrenamiento en habilidades sociales y asertividad para pedir ayuda, poner límites o expresar emociones negativas. La última sesión se destinó a revisar los componentes trabajados y a los temas solicitados por las participantes. Una psicóloga clínica y el reumatólogo impartían las quince sesiones de noventa minutos de duración del tratamiento psicológico, una vez por semana, previas a las sesiones de sesenta minutos del tratamiento multidisciplinar básico.

Cada sesión se componía de la justificación teórica de cada contenido o estrategia, la explicación práctica, el entrenamiento dirigido y el establecimiento de tareas para casa. Cada sesión se iniciaba con la revisión y discusión de las tareas realizadas durante la semana.

Excepto la primera sesión del GE, las catorce sesiones restantes de ambos grupos fueron realizadas en el transcurso de las mismas semanas y en el mismo período de tiempo. Los mismos profesionales dirigieron ambos programas, a excepción de la psicóloga clínica, que sólo estuvo presente en las sesiones del grupo experimental.

Medidas.

Se recogieron datos sobre variables sociodemográficas, como edad, nivel de estudios, situación laboral y categoría profesional, y variables clínicas como el tiempo de evolución

del síndrome, síntomas asociados, uso de fármacos, trastornos comórbidos, número de consultas médicas en los últimos seis meses y, en caso de estar en activo, número de meses de baja laboral en el último medio año. La muestra completó tres sesiones de evaluación, en línea base, al finalizar el tratamiento y seis meses después, en las que se registraron las siguientes medidas:

- Puntos sensibles al dolor, contabilizados por médico residente en medicina de familia según el método de exploración sistematizado por Wolfe, Smythe, Yunus y cols, y asumido por el ACR en 1990. El evaluador tiene que ejercer una fuerza de cuatro kilos con los dedos sobre los 18 puntos de dolor fibromiálgico y contabiliza aquellos en los que se da respuesta franca de dolor. Cuantos más puntos se contabilizan, mayor extensión ocupa la FM. El rango va de 0 a 18 puntos. Se ha utilizado el puntaje crudo.
- Afectación de la capacidad funcional o impacto producido por la FM, medida realizada mediante el cómputo total del FIQ. Se han registrado las subescalas Capacidad funcional, Sentirse bien, Dolor, Fatiga, Alteraciones del sueño, Rigidez, Ansiedad y Depresión. Se ofrecen puntuaciones transformadas para la escala total, de 0 (mínima afectación) a 80 (máxima afectación) y para las subescalas, de 0 (mínimo) a 10 (máximo).
- Estado funcional de las pacientes, medido a través de la dimensión con el mismo nombre del Cuestionario de salud y calidad de vida SF-36, que reúne información sobre el estado de las funciones física y social y las limitaciones provocadas por problemas físicos y/o emocionales. La puntuación utilizada es puntuación transformada y su rango va de 0 (bajo) a 100 (elevado).

- Bienestar emocional de las pacientes, medido a través de la dimensión con el mismo nombre del Cuestionario de salud y calidad de vida SF-36, que recoge información sobre salud mental, tono vital y presencia de dolor. La puntuación utilizada es puntuación transformada y su rango va de 0 (bajo) a 100 (elevado).
- Estado psicopatológico, medido a través del índice de gravedad de los síntomas, GSI, del SCL-90-R. Se han utilizado las puntuaciones transformadas a notas típicas según los baremos de población española de pacientes con trastorno psicósomático (disfunción témporo-mandibular).

Información y consentimiento

Antes de la asignación a los grupos, se informó a las pacientes de que serían distribuidas de forma aleatoria en dos programas de tratamiento eficaces diferentes y que el objetivo de nuestro estudio era averiguar cuál de ellos era el más efectivo. En ningún momento del transcurso del tratamiento ningún miembro del equipo terapéutico o investigador informó sobre los contenidos del otro tratamiento a ninguna de las mujeres del estudio. Así, se intentó conseguir el mayor grado de ciego posible en un ensayo sobre la eficacia de la terapia psicológica. Todos los sujetos dieron su consentimiento firmado para la participación en el estudio y la utilización de los datos recogidos.

Análisis estadístico

Se calcularon las medias y desviaciones típicas entre el subgrupo de mujeres que completó el tratamiento y el subgrupo que no lo completó, que fue eliminado del análisis, y se realizó comparación de medias para las variables cuantitativas registradas, con el objetivo de

comprobar si el abandono de algunos sujetos alteró las características de la muestra que se sometió a análisis.

Se calcularon las medias y desviaciones típicas de las mismas variables cuantitativas para cada condición de tratamiento (grupo experimental y grupo control) y se realizó comparación de medias entre ambas submuestras con el objetivo de comprobar si las características de las muestras de ambas condiciones de tratamiento eran las mismas. Se calcularon, además, las medias y desviaciones típicas para cada condición de tratamiento (grupo experimental y grupo control) y para cada una de las tres evaluaciones (línea-base, postratamiento y seguimiento).

Se realizó Análisis de Varianza Multivariante MANOVA postratamiento para muestras relacionadas, en el que se introdujo las puntuaciones de línea-base y de postratamiento de cada grupo de las siguientes variables cuantitativas: número de puntos de dolor, puntuación total del FIQ, índice de gravedad de los síntomas GSI del SCL-90-R y dimensiones de Estado funcional y Bienestar emocional del SF-36. Los objetivos del MANOVA fueron determinar el efecto terapéutico producido por el TMB y el efecto terapéutico aislado de la TCC sobre el TMB. Posteriormente y con la intención de observar si los resultados se mantuvieron seis meses después, se realizó un segundo MANOVA, en el que se introdujeron las puntuaciones de cada grupo recogidas en las tres evaluaciones (línea-base, postratamiento y seguimiento) de las siguientes variables: número de puntos de dolor, puntuación total del FIQ y dimensiones de Estado funcional y Bienestar emocional del SF-36. Se han considerado significativos los estadísticos con valor alfa menor o igual a ,05 en el caso de los análisis multivariantes y a ,013 en el caso de los contrastes univariados, resultante este último de la corrección de Bonferroni para varios contrastes de medidas relacionadas.

Se llevó a cabo también el análisis de intención de tratar para la muestra inicial completa de 83 sujetos, con el objetivo de comprobar si los resultados obtenidos por la muestra que completó el tratamiento se hubieran visto alterados en caso de haber participado todos los sujetos seleccionados. Se asignó a aquellos casos que no completaron el tratamiento los mismos valores de la línea-base como si hubieran sido obtenidos en la evaluación postratamiento y se introdujeron en la misma base de datos que la de los sujetos que sí completaron el programa.

La base y el procesamiento de datos se manejó con el programa informático SPSS para Windows, versión 10.0. Se ofrecen tablas con los resultados de las comparaciones de medias y de los MANOVA.

RESULTADOS

Eficacia del tratamiento multidisciplinar básico y de la terapia cognitivo-conductual

En la tabla 14 se detallan los datos descriptivos de ambas muestras, control y experimental. No se han observado diferencias significativas en las medidas basales entre ambos grupos, excepto para el índice global de síntomas, GSI, del SCL-90-R, donde aparece un nivel de significación en el límite de lo significativo, que indicaría que en el GC existe mayor presencia de síntomas psicopatológicos que en el GE.

De la muestra de 83 casos inicialmente seleccionada, 66 mujeres completaron el programa de tratamiento y realizaron las evaluaciones de línea-base y postratamiento.

Tabla 14. Datos descriptivos del grupo experimental y del grupo control

	Grupo Experimental n=35 media (desviación típica)	Grupo Control n=31 media (desviación típica)	t (p)
Edad (años)	50,4 (9)	51,9 (8,4)	-,696 (,49)
Tiempo de evolución (años)	14 (10,7)	19 (10,5)	-1,848 (,07)
Nº síntomas asociados	4,8 (1,3)	4,9 (1,4)	-,315 (,75)
Nº trastornos comórbidos	4,2 (2,5)	4,7 (1,9)	-,854 (,40)
Nº consultas último semestre	3 (2,4)	3,3 (2,4)	-,471 (,64)
Nº puntos dolor	12,9 (2,4)	13,6 (3,0)	-,908 (,37)
FIQ	59,2 (9,6)	58,4 (10,4)	,32 (,75)
SF-36 Estado funcional	38,6 (22,1)	32,3 (17,6)	1,272 (,21)
SF-36 Bienestar emocional	29,1 (12,4)	27,1 (13,6)	,651 (,52)
GSI SCL-90-R	55,7 (9,9)	60,1 (7,6)	-1,993 (,05)

En negrita, diferencia significativa ($p \leq 0,05$)

Hubo, por tanto, una mortalidad experimental del 20% de la muestra, que fue similar para ambos grupos (el GC perdió nueve sujetos y el GE, ocho; $z=1,168$, $p=,867$). Dos sujetos completaron el tratamiento pero no acudieron a la evaluación postratamiento por lo que fueron excluidos del estudio. A los quince restantes se les hizo llegar una encuesta por correo sobre los posibles motivos de la baja asistencia o el abandono de las sesiones de tratamiento para ser contestada de forma anónima y remitida sin gastos de franqueo, a la cual cinco no contestaron y diez sí. Los argumentos aducidos fueron los siguientes: distancia del hospital y problemas de transporte (60% de los que respondieron a la encuesta), problemas de salud en familiares (50%), incompatibilidad con actividad familiar (50%), incompatibilidad con horario laboral (30%), problemas de salud distintos a la FM (20%) y empeoramiento de la FM (20%). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el subgrupo excluido ($n=17$) y el subgrupo incluido en el estudio ($n=66$)

en ninguna de las variables medidas (tabla 15), aunque el grupo no completador era más joven y mostraba mayor afectación en todas las variables. De esta forma, el GE quedó compuesto por treinta y cinco sujetos completadores y el GC por treinta y uno.

Tabla 15. Datos descriptivos del grupo completador y del grupo no completador

	Grupo completador n=66 media (desviación típica)	Grupo no completador n=17 media (desviación típica)	t (p)
Edad (años)	51,1 (8,7)	46,5 (10,7)	1,84 (.07)
Tiempo de evolución (años)	16,3 (10,8)	13,7 (8,6)	,91 (.37)
Nº síntomas asociados	4,9 (1,4)	5,1 (1,7)	-,46 (.65)
Nº trastornos comórbidos	4,4 (2,3)	5 (2)	-1,01 (.32)
Nº consultas último semestre	3,1 (2,4)	3,8 (4,3)	-,88 (.38)
Nº puntos dolor	13,2 (2,7)	13,4 (2,4)	-,26 (.80)
FIQ	58,9 (9,9)	60,8 (9,1)	-,75 (.46)
SF-36 Estado funcional	35,7 (20,2)	27 (19,7)	1,59 (.12)
SF-36 Bienestar emocional	28,2 (12,9)	26,1 (17,3)	,56 (.58)
GSI SCL-90-R	57,7 (9,2)	61,5 (9,8)	-1,49 (.14)

En negrita, diferencia significativa ($p \leq 0,05$)

El MANOVA ha mostrado un cambio significativo a lo largo del tiempo para la muestra completadora total ($F=2,662$, $p=,031$), pero no ha detectado suficiente cambio en la interacción tiempo*condición de tratamiento ($F=1,650$, $p=,161$). Esto significa que el tratamiento multidisciplinar básico (TMB), recibido por ambos grupos, ha producido cambio y mejoría en las medidas de forma global, pero la combinación TMB+TCC no ha conseguido aportar mejores resultados que los conseguidos únicamente con TMB.

Los contrastes univariados (tabla 16) han reflejado en qué variables se ha dado el cambio significativo. Tomada la muestra total, se ha conseguido una reducción significativa del impacto que la FM provocaba sobre la capacidad funcional, medido con el FIQ

($F=9,524$, $p=,003$). Se observa leve mejoría del bienestar emocional, medida con el SF-36 ($F=4,049$, $p=,048$), que no llega a ser significativa. Los sujetos, por tanto, tuvieron mejor capacidad de funcionamiento gracias a la atención terapéutica que todos recibieron, al menos con el TMB.

En relación a la interacción tiempo*condición de tratamiento, ninguno de los contrastes univariados ha dado diferencias significativas. Se ha observado una tendencia a que el FIQ mejore más en el GE que en el GC ($F=4,169$, $p=,045$), lo que significa que los sujetos del GE que recibieron TMB+TCC obtuvieron una mejoría no significativa mayor que los del GC, es decir, el tratamiento psicológico consiguió incrementar ligeramente el efecto terapéutico sobre la capacidad funcional conseguido gracias al TMB, pero no se erigió claramente como un efecto específico diferenciado del primero. En la tabla 17 se representan las medias y desviaciones típicas por cada grupo.

Tabla 16. MANOVA: Resultados de los contrastes univariados en postratamiento

	Tiempo TMB F (p)	Tiempo*Condición de tratamiento TMB+TCC F (p)
Número puntos dolor	2,89 (,09)	,07 (,80)
FIQ	9,52 (,003)	4,17 (,045)
GSI SCL-90-R	,81 (,37)	,95 (,33)
Estado funcional SF-36	,04 (,85)	,35 (,56)
Bienestar emocional SF-36	4,05 (,048)	,91 (,34)

En negrita, diferencia significativa (Corrección de Bonferroni $p \leq ,013$)

Tabla 17 . Comparación de medias en postratamiento N=66

	GE	GE	GE	GC	GC	GC
	Línea-base media (dt)	Final media (dt)	t (p)	Línea-base media (dt)	Final media (dt)	t (p)
Nº puntos dolor	12,9 (2,4)	12,1 (4,2)	1,54 (.13)	13,6 (3)	12,9 (3,4)	,92 (.36)
FIQ	59,2 (9,6)	53,2 (13,4)	3,47 (.001)	58,4 (10,4)	57,2 (11,3)	,79 (.43)
GSI SCL-90-R	55,7 (9,9)	55,8 (9,2)	-,05 (.96)	60,1 (7,6)	58,7 (7,4)	1,43 (.16)
Estado funcional	38,6 (22,1)	39,5 (20,4)	-,29 (.78)	32,3 (17,6)	30,7 (14,4)	,56 (.58)
Bienestar emocional	29,1 (12,4)	33,9 (14,6)	-2,25 (.031)	27,1 (13,6)	28,8 (12,9)	-,70 (.49)

Prueba t de Student para muestras relacionadas y para cada uno de los grupos por separado, sin análisis de la interacción cambio x tipo de tratamiento. **En negrita**, diferencia significativa ($p \leq .05$).

Las proporciones de ambas muestras que, gracias al tratamiento, experimentaron mejoría de al menos una desviación estándar en el impacto de la FM y en el bienestar emocional, medidos con el FIQ y el SF-36, no superaron el 17% (tabla 18). En el FIQ, los porcentajes de sujetos que mejoraron y que empeoraron son prácticamente iguales, con una leve tendencia a que hayan mejorado más en el GE y a que hayan empeorado más en el GC. La mejoría en bienestar emocional se ha dado en mayor número entre los sujetos del GC que entre los del GE pero no hay diferencias significativas entre ambos tipos de tratamiento (figura 14). Alrededor de las dos terceras partes de la muestra no han experimentado cambio alguno significativo.

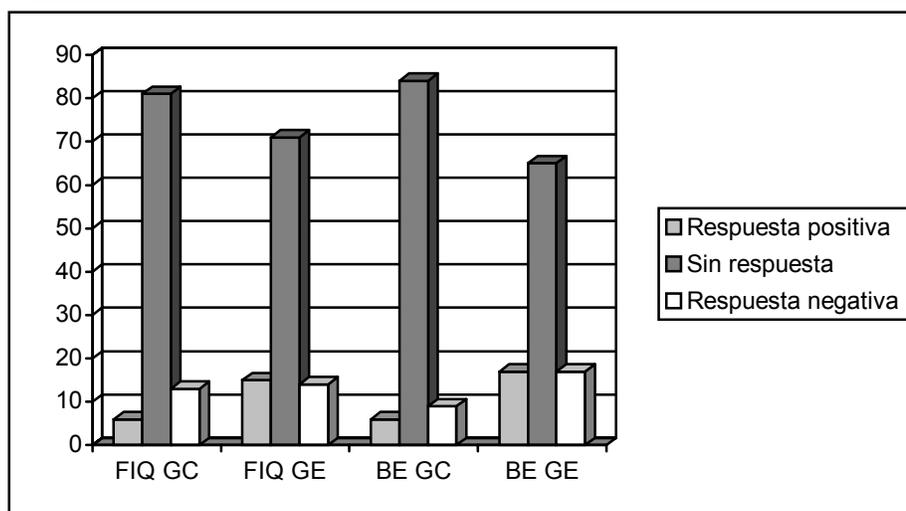
Hubo disminución no significativa del número de puntos de dolor fibromiálgico al final del tratamiento en ambas muestras. El índice global de psicopatología del SCL-90-R o GSI y la dimensión de Estado funcional del SF-36 no han experimentado cambio alguno.

Tabla 18. Porcentajes de cambio

		A mejor			A peor		
		>2 d.t.	1-2 d.t.	<1 d.t.	< 1 d.t.	1-2 d.t.	>2 d.t.
FIQ	GE	6	9	40	31	14	0
	GC	6	0	42	39	10	3
SF-36 BE	GE	3	14	34	31	17	0
	GC	6	0	52	32	6	3

Porcentajes de sujetos que mejoran y empeoran con el tratamiento y tamaño del cambio. >2 d.t.: más de dos desviaciones típicas, 1-2 d.t.: entre una y dos desviaciones típicas, <1 d.t.: menos de una desviación típica. FIQ: Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia, SF-36 BE: Escala Bienestar emocional del SF-36.

Figura 14. Porcentajes de respuesta al tratamiento



Respuesta positiva: más de una desviación típica. Sin respuesta: mejoría o empeoramiento inferior a una desviación típica. Respuesta negativa: empeoramiento superior a una desviación típica. FIQ: Cuestionario de impacto de la fibromialgia. BE: Bienestar emocional SF-36. GC: Grupo control. GE: Grupo experimental.

Resultados al seguimiento

Seis meses después del fin del tratamiento se volvió a convocar por carta a la muestra de completadores. Cincuenta y seis mujeres acudieron a la evaluación del seguimiento, y fue

de nuevo similar en ambos grupos la pérdida de sujetos, cinco en cada uno ($z = -1,140$, $p = ,888$). Puesto que no hubo diferencias significativas debidas al tipo de tratamiento recibido, se tomó la muestra completa, sin diferenciar GE de GC.

El MANOVA muestra cambio global significativo a través del tiempo ($F = 2,717$, $p = ,015$) pero no en función de la interacción tiempo*condición de tratamiento ($F = 1,234$, $p = ,301$), es decir, ambos grupos tratados mantienen las diferencias globales con respecto a la línea-base o al fin del programa terapéutico pero no hay diferencias en función del tipo de tratamiento que recibieron.

Los contrastes univariados (tabla 19) evaluados mostraron que los cambios se habían dado en el número de puntos de dolor ($F = 4,743$, $p = ,011$) y en el impacto sobre la capacidad funcional ($F = 4,752$, $p = ,011$). Se había ido instaurando un empeoramiento o aumento significativo del número de puntos de dolor entre el fin del tratamiento y el seguimiento, situándose por encima, aunque de forma no significativa, de la línea-base. Esto es, el número de puntos descendió ligeramente durante el tratamiento pero volvió a igualarse al valor registrado en la línea-base. En relación con el impacto sobre la capacidad funcional, medido con el FIQ, la mejoría conseguida con el tratamiento se ha seguido manteniendo imperturbable seis meses después. La leve mejoría en bienestar emocional que se había observado al fin del tratamiento en la muestra de 66 completadoras se desvaneció al reducirse la muestra de las mujeres que realizaron las tres evaluaciones a 56, y tampoco se observó en los datos de seguimiento a los 6 meses. La tabla 20 representa las medias y desviaciones típicas para las puntuaciones pretratamiento, postratamiento y seguimiento de la muestra de 56 mujeres que realizó las tres evaluaciones.

Tabla 19. MANOVA: Resultados de los contrastes univariados a 6 meses del seguimiento n=56

	Tiempo TMB F (p)	Tiempo * Condición de tratamiento TMB + TCC F (p)
Número puntos dolor	4,74 (.01)	,43 (.65)
FIQ	4,75 (.01)	2,39 (.10)
Estado funcional SF-36	,01 (.99)	1,06 (.35)
Bienestar emocional SF-36	1,06 (.35)	1,7 (.17)

En negrita, diferencia significativa (Corrección de Bonferroni $p \leq 0,013$)

Tabla 20. Comparación de medias a 6 meses del seguimiento n=56

	Línea base media (dt)	Post media (dt)	6 meses media (dt)	Línea base- post t (p)	Línea base- 6 meses t (p)	Post- 6 meses t (p)
Nº puntos dolor	13,1 (2,7)	12,5 (4,1)	13,9 (3,2)	1,36 (.18)	-1,78 (.08)	-3,12 (.003)
FIQ	58,5 (10,5)	54,5 (13,3)	54,9 (12,1)	2,84 (.006)	2,80 (.007)	-,27 (.79)
Estado funcional	35,5 (20,7)	35,9 (19,3)	35,3 (24,3)	-,19 (.85)	,04 (.97)	,29 (.78)
Bienestar emocional	29,3 (12,4)	31,8 (14,2)	31,3 (15,5)	-1,53 (.13)	-1,09 (.28)	,30 (.77)

Prueba t de Student para muestras relacionadas y entre dos momentos temporales. **En negrita**, diferencias significativas ($p \leq 0,05$).

Resultados del análisis de intención de tratar

En nuestro análisis de intención de tratar hemos tomado todos los sujetos de la muestra inicial (n=83) y hemos observado si habría habido diferencias con respecto a los resultados obtenidos por la muestra de completadores (n=66). Para ello, hemos hipotetizado que los 17

sujetos que no completaron el programa y fueron excluidos del estudio mostraron las mismas puntuaciones en los mismos instrumentos en los dos momentos en que se les evaluó, antes y al final del tratamiento.

El resultado del MANOVA habría reflejado diferencias significativas para toda la muestra entre la línea-base y el postratamiento ($F=2,641$, $p=,029$), lo que significa que si todos los sujetos seleccionados hubieran completado el tratamiento, se hubieran obtenido los mismos resultados. Sin embargo, igual que en el análisis realizado con los completadores, no hay interacción tiempo*condición de tratamiento para toda la muestra, lo que significa que tampoco se habrían observado diferencias debidas al tipo de tratamiento recibido ($F=1,677$, $p=,150$).

Los contrastes univariados (tabla 21) mostrarían similares resultados a los obtenidos en el análisis de la muestra completadora. Toda la muestra habría experimentado mejoría significativa en el impacto producido por la fibromialgia, medido con el FIQ ($F=9,501$, $p=,003$), y leve mejoría no significativa de la calidad de vida emocional, medida con la escala de Bienestar emocional del SF-36 ($F= 4,109$, $p=,046$).

Igual que en la muestra de completadores, tampoco aquí se observarían diferencias con respecto al tipo de tratamiento recibido. El GE reflejaría en el postratamiento una reducción mayor en el FIQ que la experimentada por el GC ($F= 4,331$, $p= ,041$), pero sin ser significativa. La tabla 22 muestra estos datos.

Tabla 21. Intención de tratar. MANOVA: Resultados de los contrastes univariados en postratamiento

	Tiempo TMB F (p)	Tiempo*Condición experimental TMB+TCC F (p)
Número puntos dolor	2,91 (.09)	,09 (.77)
FIQ	9,50 (.003)	4,33 (.041)
GSI SCL-90-R	,76 (.39)	,91 (.34)
Estado funcional SF-36	,03 (.86)	,35 (.56)
Bienestar emocional SF-36	4,11 (.046)	1 (.32)

En negrita, diferencias significativas (Corrección de Bonferroni $p \leq 0,013$)

Tabla 22 . Intención de tratar. Comparación de medias en postratamiento

	GE	GE	GE	GC	GC	GC
	Línea-base media (dt)	Final media (dt)	t (p)	Línea-base media (dt)	Final media (dt)	t (p)
Nº puntos dolor	13,1 (2,4)	12,4 (4)	1,53 (.13)	13,5 (2,8)	13 (3,2)	,92 (.36)
FIQ	58,9 (9,7)	54 (13)	3,37 (.002)	59,6 (9,8)	58,7 (10,6)	,80 (.43)
GSI SCL-90-R	55,8 (10,1)	55,9 (9,5)	-,05 (.96)	61,5 (7,5)	60,4 (7,7)	1,43 (.16)
Estado funcional	30,1 (12,8)	34 (14,4)	-,29 (.78)	30,8 (18,4)	29,5 (16)	,56 (.58)
Bienestar emocional	29,1 (12,4)	33,9 (14,6)	-2,22 (.032)	25,2 (14,6)	26,5 (14,3)	-,70 (.49)

Prueba t de Student para muestras relacionadas y para cada uno de los grupos por separado, sin análisis de la interacción cambio x tipo de tratamiento. **En negrita**, diferencia significativa ($p \leq 0,05$).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio han confirmado que el programa de tratamiento multidisciplinar básico, compuesto por atención médica para el manejo farmacológico de síntomas, educación e información sobre el trastorno y entrenamiento físico, fue efectivo y consiguió una mejoría de los síntomas fibromiálgicos. Asimismo, la mejoría observada en la capacidad funcional se mantuvo seis meses después del fin del programa de atención multidisciplinar. Sin embargo, otras tendencias apuntadas durante el postratamiento se perdieron seis meses después, como en el caso de la calidad de vida emocional o el número de puntos de dolor. Estos datos coinciden con los obtenidos en la práctica totalidad de los ensayos clínicos que han analizado la eficacia de formatos terapéuticos integrales.

El Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ) fue el instrumento que, como se ha demostrado en estudios anteriores, mejor detectó este cambio. Otras medidas utilizadas, sin embargo, no mostraron variaciones a lo largo del tratamiento ni del seguimiento, a excepción de la escala Bienestar emocional del Cuestionario de Salud y Calidad de vida SF-36, que sí experimentó un ligero cambio no significativo en el postratamiento, a pesar de que la mejoría observada se desvaneció durante el seguimiento. La medida de dolor fibromiálgico más objetiva, la exploración de los puntos sensibles al dolor producido por presión digital, según criterios del ACR, experimentó una tendencia a la mejoría gracias al tratamiento, sin ser significativa, pero seis meses después empeoró respecto al fin del tratamiento y se igualó al dato recogido en la línea-base. Esta disociación entre medidas subjetivas y objetivas de dolor ya se había constatado en estudios anteriores (Mason y cols, 1997; Gelman y cols, 2002).

El Índice de Gravedad de los Síntomas (GSI) del SCL-90-R, escogido para detectar el grado de sintomatología psicopatológica, no ha experimentado modificación alguna al

final del tratamiento y en relación a la línea-base. Esto puede ser debido a que se trate de un instrumento complejo y de difícil cumplimentación para el tipo de muestra, fundamentalmente de estudios básicos, por lo que los sujetos tienden a ser poco precisos en sus apreciaciones, o a que los cambios a nivel emocional gracias al tratamiento se harían evidentes a medio plazo y no a corto, como es el de nuestro estudio, donde el programa de tratamiento se extendió a lo largo de sólo cuatro meses. Existen artículos que avalan la validez del SCL-90-R como medida sensible de cambio en sujetos con trastornos de dolor crónico (Bernstein y cols, 1994). Quizás, esta medida hubiera mostrado diferencias en la evaluación del seguimiento, pero se eliminó del protocolo de evaluación con el objetivo de simplificarlo y abreviarlo. No obstante, resultados similares a los nuestros se observaron en el ensayo de Rivera y cols, 2004, en el que el tratamiento duró 8 semanas y no hubo diferencias significativas en los síntomas psicopatológicos medidos con las escalas de ansiedad y depresión de Beck.

En este ensayo, de forma similar al de Vlaeyen, 1996, no se ha conseguido detectar efecto incremental de la TCC sobre el efecto conseguido con el tratamiento multidisciplinar básico, aun aplicando la TCC de forma más controlada, sin la presencia del psicólogo en el GC. Con una muestra aún más amplia se hubiera conseguido alcanzar el mismo resultado ya observado con la muestra de los que sí acabaron el programa terapéutico, tal y como muestran los resultados hipotéticos del análisis de intención de tratar. De este modo, los resultados no están en la línea compartida por otros autores según la cual la asociación entre terapias psicológicas de afrontamiento del dolor, terapias farmacológicas, terapias de entrenamiento físico y programas de educación en el síndrome fibromiálgico consiguen efectos sinérgicos que multiplican los efectos que cada una de estas terapias alcanzan por separado.

Aun siendo significativo el efecto del TMB sobre la capacidad funcional, lo cierto es que desde el punto de vista clínico la mejoría ha sido escasa. Gracias al tratamiento multidisciplinar básico, la puntuación media obtenida en el FIQ por toda la muestra se ha reducido en el postratamiento sólo en un 13% y la obtenida por la escala de Bienestar emocional del SF-36 sólo en un 6%. La aplicación de terapia cognitivo-conductual en grupo ha conseguido una reducción en el FIQ de otro 6% sólo para el GE. Harían falta estudios de seguimiento más largos para observar si la tendencia a la mejoría de la capacidad funcional sigue aumentando o manteniéndose. Un ligero aumento de la muestra, de 66 a 83 sujetos evaluados, ofrecería resultados similares de reducción en estas variables.

Una posible explicación del escaso efecto conseguido puede ser el hecho de que nuestro programa de entrenamiento físico no priorizó el entrenamiento cardio-respiratorio sobre los estiramientos o la tonificación muscular, debido a las características de la sala de rehabilitación física de nuestro hospital, donde no se contaba con suficientes unidades de bicicleta estática para que todas las participantes pudieran realizar una sesión extensa y donde, además, hubo que compartir la sala con pacientes de otras patologías que coincidieron en horario.

La motivación por el cambio y el compromiso con la terapia son predictoras del cambio conseguido por las terapias cognitivas o de modificación de conducta, conceptos que dependen directamente de las expectativas positivas y de la actitud frente al tratamiento, pero que no han sido medidos ni controlados en este estudio, aunque sí formaban parte importante de los mensajes dirigidos por los equipos terapéuticos a las participantes. Dijkstra y cols, 2001, y Jensen, Nielson y cols, 2000, han establecido relaciones entre el grado de disposición al cambio y la intensidad del cambio producido en

otros trastornos de dolor crónico. Es una variable importante a considerar en próximos estudios.

Finalmente, está descrito que recibir un diagnóstico de fibromialgia y una explicación sobre el cuadro reducen la desesperanza y aumentan el autocontrol sobre los síntomas (Mason y cols, 1997; White y cols, 2002), efectos perseguidos igualmente por la TCC y que posiblemente ya se consiguen con un buen programa educativo.

**ESTUDIO 3: PREDICTORES
DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO**

La heterogeneidad en el inicio de la FM y su elevada comorbilidad con otros trastornos (osteoartritis, lupus eritematoso, artritis reumatoide, fatiga crónica, depresión mayor) hace necesario que el tratamiento sea multidisciplinar y que sean identificadas las características individuales que mejor influyan en la evolución del cuadro.

En un estudio de seguimiento, a lo largo de tres años, de 70 mujeres con fibromialgia primaria en el que no se estudió ningún tratamiento en concreto ni tampoco se controló el tipo de las diversas indicaciones terapéuticas que los pacientes llevaban a cabo, Fitzcharles y cols, 2003, hallaron que hubo una reducción significativa en el número de diagnósticos de fibromialgia y en los síntomas asociados al cuadro. Tener una edad más joven predijo una mejor evolución del cuadro, aunque en otros trabajos la edad no ha servido para explicar el cambio operado por un tratamiento, como ha sido el caso de los estudios de Burns y cols, 1998, con trastornos de dolor crónico, y Worrel y cols, 2001, con fibromialgia.

En buena parte de los estudios donde sí se investigó la eficacia de determinadas intervenciones, la duración previa del síndrome, es decir, la cantidad de tiempo transcurrida entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento a estudiar, no predijo la respuesta terapéutica (Worrel y cols, 2001; Wigers, 1996), salvo en uno, en el que los sujetos con menor duración de los síntomas experimentaban una mejoría mayor que los sujetos con una duración más larga (Keel y cols, 1998).

En cuanto a otras variables relacionadas con el estado funcional y la presencia de otros síntomas asociados, no existe consenso. Poco esclarecedores han sido los resultados del poder predictivo del tipo de inicio del síndrome (idiopático o traumático) o del estado físico y grado de afectación previos (Turk y cols, 1998). Una baja puntuación en el FIQ, de Burckhardt y cols, 1991, y pocas alteraciones del sueño permitieron una mejor respuesta al

tratamiento (Fitzcharles y cols, 2003; Worrel y cols, 2001). Sin embargo, los sujetos con elevada intensidad del dolor no mejoraron ni más ni menos que los que experimentaron menor grado de dolor.

La influencia de la presencia de depresión o de sintomatología depresiva ha sido ampliamente tenida en cuenta, de modo que se ha hipotetizado en varias ocasiones que la comorbilidad con este trastorno obstaculizaría el éxito de la intervención o lo reduciría en comparación con los afectados de FM que no tuvieran depresión. En tres de los estudios revisados no se confirmó esta hipótesis (Worrel y cols, 2001; Burns y cols, 1998; Bennett y cols, 1996) y en otros dos se observó que los sujetos con FM y depresión mejoraron menos que los que sólo tenían FM (Turk y cols, 1998; Ferraccioli y cols, 1987). En el mismo sentido, la presencia de varios acontecimientos vitales estresantes recientes y, por tanto, de mayor malestar psicológico entorpeció la mejoría terapéutica (Wigers, 1996).

Se han considerado también variables más estables del sujeto. El grado de escolarización no mostró influencia en el trabajo de Fitzcharles y cols, 2003. Se han estudiado también algunas características de personalidad y la capacidad de afrontamiento y resolución de las repercusiones producidas por la FM. Burns y cols, 1998, habían hipotetizado que el rasgo de alta predisposición a experimentar ira estaría relacionado con una respuesta más pobre al tratamiento en sujetos con dolor crónico. Sin embargo, únicamente encontraron que los sujetos que más frecuentemente expresaban los sentimientos de ira no mejoraron tanto como los que la expresaban en menos ocasiones, independientemente de si presentaban un alto o bajo grado del rasgo de propensión a experimentarla.

El autocontrol y la capacidad de iniciativa han sido valorados como positivos, pues predicen mayor eficacia del tratamiento (Keel y cols, 1998; Turk y cols, 1998). En igual

dirección se manifestaron las conclusiones de Bennett y cols, 1996, según las cuales los sujetos que presentaron un perfil del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota, MMPI, de más de tres escalas clínicas elevadas, lo que equivaldría a padecer una mayor desorganización emocional, cognitiva y conductual, mejoraron en menor medida que los sujetos con menos de tres escalas clínicas elevadas.

Parece, pues, que la calidad del sueño, la capacidad funcional y la presencia de malestar psicológico y emocional son variables relacionadas con el cambio debido al tratamiento. La intensidad del dolor no aparece como un predictor suficientemente avalado por los estudios publicados, así como tampoco la duración previa del trastorno. El estilo de expresión de la ira, la edad y la capacidad de autodirección y afrontamiento de los problemas ha mostrado relación con el cambio en algunos estudios.

El objetivo de este tercer estudio es conocer cuáles son las características que explican la mejoría en aquellas variables que hayan experimentado cambio significativo gracias al tratamiento. Para ello hemos diferenciado, por un lado, las variables relacionadas con características sociodemográficas, médicas y de funcionalidad, que han sido denominadas fisiológicas, y, por el otro, las variables relacionadas con características psicológicas o con el funcionamiento cognitivo o emocional, que han sido denominadas psicológicas.

MÉTODO

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo del poder predictivo de unas variables sobre el cambio en una cohorte.

Muestra

Para este tercer estudio se tomó toda la muestra de 66 mujeres que completó el tratamiento y realizó la evaluación al final de él, dado que los resultados del ensayo clínico corroboraron la utilidad del TMB en la mejoría de la capacidad funcional pero no hubo incremento de esa eficacia gracias a la TCC en la mitad de la muestra.

Procedimiento

Se recogieron las medidas de las sesiones de evaluación de línea-base y de postratamiento de la muestra de 66 mujeres completadoras. Se calcularon las diferencias entre las medidas recogidas en la línea-base y las recogidas al final del tratamiento, que sirvieron como medidas del cambio. Algunas de las variables dependientes recogidas en la línea-base fueron también tenidas en cuenta como posibles variables predictoras del cambio. En la evaluación de línea-base, se administraron cuestionarios y tests psicológicos con el objetivo de conocer su influencia sobre el éxito terapéutico.

Medidas

Las posibles variables predictoras fueron repartidas en dos grupos diferentes, según si se trataba de características fisiológicas o de características psicológicas.

Medidas de características fisiológicas

Fueron tenidas en cuenta como posibles variables predictoras del cambio las siguientes variables autoinformadas por cada sujeto en la línea-base: la edad, la duración del síndrome fibromiálgico, el número de síntomas asociados a la FM padecidos, la presencia de fatiga matutina, de alteraciones del sueño, de cefalea, de colon irritable, de parestesias y de sensación subjetiva de inflamación articular, el número de trastornos crónicos comórbidos,

la presencia de hipertensión arterial, de trombosis, de cardiopatía, de varices en piernas, de artrosis, de poliartritis, de alergias, de asma, de bronquitis, de diabetes, de úlcera gástrica o duodenal, de molestias urinarias, de hipercolesterolemia, de cataratas, de problemas dermatológicos y de estreñimiento. También se registró el número de sesiones de tratamiento rehabilitador físico recibido por cada sujeto. Además, se exploraron mediante instrumentos validados:

- Puntos sensibles al dolor. Según las normas de exploración de Wolfe y cols, 1990, se contabilizaron el número de puntos sensibles al dolor de cada sujeto.
- Afectación de la capacidad funcional, medida con el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia FIQ (Burckhardt y cols, 1991).
- Estado funcional, medido con la dimensión del mismo nombre del Cuestionario de salud y calidad de vida SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992), que recoge información sobre la afectación física y funcional.
- Intensidad del dolor autopercebido reciente, medida mediante escala visual-analógica de dolor de 10 cm de longitud.

Medidas de características psicológicas

Fueron tenidas en cuenta como posibles variables predictoras del cambio el nivel de estudios, la presencia de depresión y de ansiedad en la línea-base, autoinformadas por el sujeto, y la presencia de historia de trastorno psiquiátrico, consultada en los archivos del Centre de Salut Mental. Mediante instrumentos validados se han recogido las siguientes variables:

- Presencia e intensidad de síntomas psicopatológicos, medida mediante el Índice de gravedad de los síntomas, GSI, del Cuestionario de síntomas SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised, Derogatis, Rickels y Rock).
- Bienestar Emocional, medido a través de la dimensión del mismo nombre del Cuestionario de salud y calidad de vida SF-36, que mide el tono vital, la presencia de dolor y la salud mental.
- Características de personalidad, medidas a través del Inventario de Temperamento y Carácter (Temperament and Character Inventory, Cloninger y cols, 1994).
- Sobreactivación conductual o patrón de conducta tipo A, medido con el índice de patrón A (PA) del Inventario de Actividad de Jenkins (JAS; Jenkins, Zyzansky y Rosenman, 1965).

Análisis estadístico

Se llevó a cabo análisis de regresión lineal para cada grupo de medidas, fisiológicas y psicológicas, por separado y para cada una de las variables dependientes que hubieran experimentado cambio significativo gracias al tratamiento o que se hubieran acercado al valor de significación estadística en los contrastes univariados del análisis de varianza. Dado el elevado número de posibles predictores, el análisis de regresión se realizó según método Stepwise o Pasos sucesivos, en el que entraron las covariables cuya relación con las medidas de cambio alcanzaron el valor de alfa de 0,05, aunque se tuvieron en consideración también las covariables cuya relación con las medidas de cambio no sobrepasara un valor de alfa de 0,1.

Una vez identificadas las covariables cuantitativas significativas, se procedió a extraer de la distribución de cada una el tercio de menor puntuación y el de mayor puntuación, de forma que se convirtieran en variables dicotómicas, y se compararon sus medias en la medida de cambio, con el objetivo de representar las tendencias de cambio de forma más gráfica. Los cálculos estadísticos fueron procesados con el programa informático SPSS para Windows, versión 10.0.

RESULTADOS

Dado que los cambios observados gracias al tratamiento se han centrado únicamente en una sola variable, FIQ, y que no se ha conseguido aislar el efecto de la TCC, se ha procedido al análisis de regresión para toda la muestra de mujeres que terminó el tratamiento, sin separar el GC del GE. Aunque la corrección de Bonferroni en los contrastes univariados del análisis de la varianza multivariante dio como significativo únicamente el cambio en FIQ, la dimensión de Bienestar emocional del SF-36 mostró un cambio considerable, con un valor alfa inferior al de ,05, por lo que se consideró de interés el análisis de la relación de las posibles variables predictoras fisiológicas y psicológicas con el cambio operado en las variables dependientes FIQ y Bienestar Emocional.

VARIABLES PREDICTORAS FISIOLÓGICAS

De las sesenta y seis pacientes que completaron los programas de tratamiento, fueron sesenta y dos las que completaron todos los instrumentos de autoinforme de las medidas físicas al final del tratamiento. Cuatro mujeres no completaron la escala visual analógica de dolor reciente.

Dos variables correlacionaron de forma significativa con el cambio en FIQ, que mide la afectación de la capacidad funcional. La fatiga matutina y el número de puntos sensibles al dolor en la línea-base explicaron el 12,7% de la varianza del cambio al fin del tratamiento ($F=4,380$, $p=,017$). Esto significa que, después del tratamiento, los sujetos que padecían de fatiga por las mañanas y menos puntos de respuesta al dolor antes de iniciar el programa terapéutico experimentaron una mejoría mayor en la capacidad funcional que los que no tenían fatiga y mostraban más puntos de dolor.

La puntuación del FIQ o estado funcional previo no fue suficientemente predictor del cambio posterior. La tabla 23 muestra las correlaciones parciales y los índices de significación. La figura 15 muestra las medias en el FIQ en función de la variable fatiga matutina. Se extrajo de la distribución el tercio de los casos con el número de puntos de dolor más bajo y el tercio con el número más alto y se observó el comportamiento de sus medias en el FIQ (figura 16).

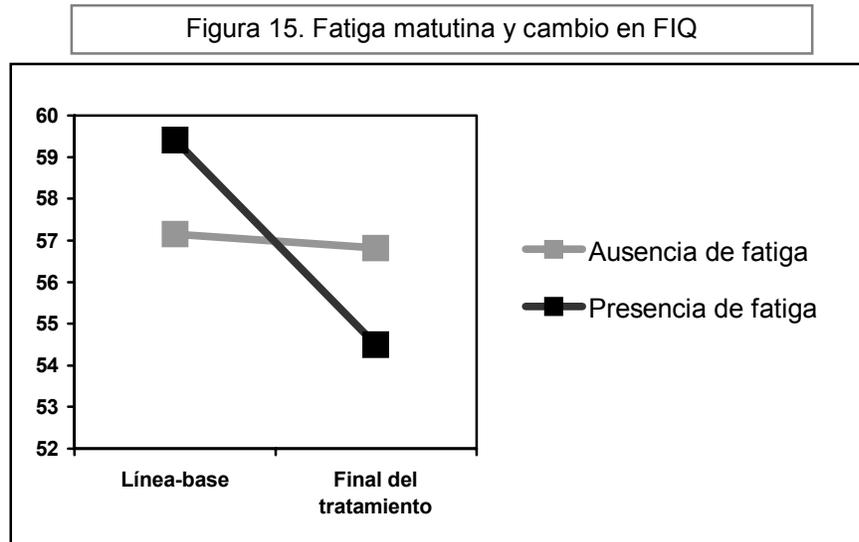
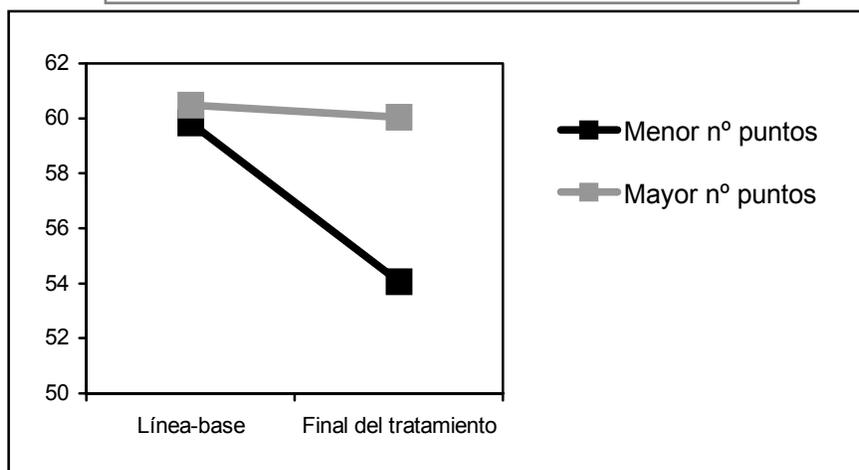


Tabla 23. Variables relacionadas con el cambio en el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia FIQ

	Correlación parcial	t	Significación
Covariables fisiológicas:			
Fatiga matutina	,286	2,349	,022
Nº puntos dolor en línea-base	-,259	-2,128	,037
FIQ línea-base	,223	1,757	,084
Covariables psicológicas:			
Autotrascendencia TCI	-,340	-2,832	,006
Cooperación TCI	-,298	-2,485	,016
Depresión	,228	1,721	,091

Variables predictoras del cambio en el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ) entrantes en la ecuación de regresión lineal. TCI: Inventario de temperamento y carácter. **En negrita**, correlaciones significativas ($p \leq ,05$).

Figura 16. Número de puntos de dolor y cambio en FIQ



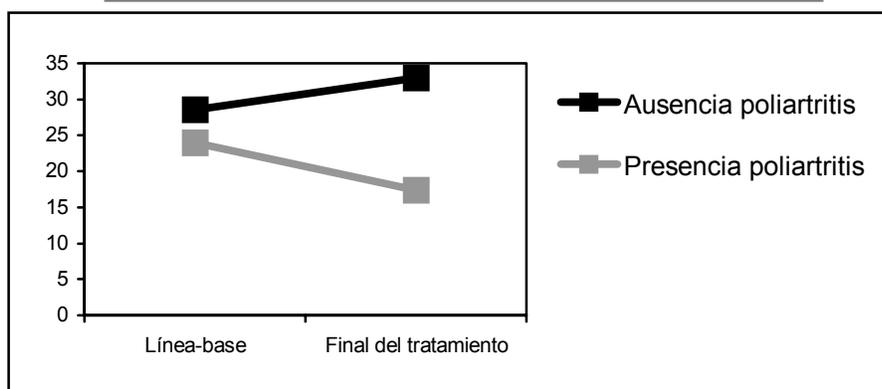
En cuanto al cambio observado en Bienestar emocional del SF-36, fue la ausencia de poliartritis crónica la única variable que correlacionó con la mejoría en el estado emocional ($F=4,043$, $p=,049$) y explicó el 6,2% de ese cambio (figura 17). La presencia de cefalea frecuente y una peor puntuación en la escala de Estado físico del SF-36 previo al tratamiento no llegaron a mostrar una correlación significativa. La tabla 24 representa los resultados de la ecuación de regresión para esta variable dependiente.

Tabla 24. Variables relacionadas con el cambio en la escala Bienestar emocional del Cuestionario de salud y calidad de vida SF-36

	Correlación parcial	t	Significación
Covariables fisiológicas:			
Poliartritis	,249	2,011	,049
Cefalea	,236	1,877	,065
Estado físico SF-36 en línea-base	,236	1,882	,065
Covariables psicológicas:			
Bienestar emocional SF-36 línea-base	,467	3,951	<,001
Índice PCTA JAS	-,250	-1,918	,060
Historia diagnóstico psiquiátrico	,250	1,912	,061
Ansiedad	,232	1,765	,083

Variables predictoras del cambio en el Cuestionario de salud SF-36, escala de Bienestar emocional, entrantes en la ecuación de regresión lineal. PCTA JAS: Índice del Patrón de conducta tipo A del Inventario de Actividad de Jenkins. Dx: diagnóstico. **En negrita**, correlaciones significativas ($p \leq ,05$).

Figura 17. Poliartritis crónica y cambio en Bienestar emocional SF-36



El resto de características fisiológicas consideradas no han mostrado influencia alguna sobre la variación de las variables dependientes. La edad del sujeto o la duración previa del trastorno no predijo la respuesta terapéutica. No hubo tampoco relación con la presencia de otros síntomas asociados a la FM, como el síndrome de colon irritable, las parestesias, la sensación de inflamación de las articulaciones o los trastornos del sueño, ya que todos, excepto el primero, se hallaban en más del 80% de la muestra y no pudieron discriminar a los sujetos. Presentar mayor comorbilidad con otros trastornos crónicos no tuvo relación ninguna ni con la mejora de las repercusiones de la FM y la capacidad funcional ni con el aumento del estado emocional.

VARIABLES PREDICTORAS PSICOLÓGICAS

Cincuenta y nueve mujeres de las sesenta y seis que completaron el programa de tratamiento contestaron a todos los cuestionarios y autoinformes que recogían aspectos psicológicos. Siete mujeres no contestaron el JAS.

El cambio observado en el FIQ al final del tratamiento fue explicado por las puntuaciones en dos dimensiones de carácter del Inventario de Temperamento y Carácter

de Cloninger o TCI ($F=7,224$, $p=,002$). Las menores puntuaciones en Cooperación y en Autotranscendencia predijeron el 21% de la mejoría en la capacidad funcional medida con el FIQ. Estas puntuaciones más bajas en estas dos dimensiones equivalen a rasgos de carácter de poca vinculación o implicación con otras personas o con proyectos más amplios que excedan los objetivos e intereses propios de la persona, es decir, a un funcionamiento menos idealista, más pragmático, más egocéntrico y centrado en las propias necesidades inmediatas. Se observó el comportamiento de las medias en el FIQ de los tercios superior e inferior de las distribuciones de estas dos dimensiones del TCI (figuras 18 y 19).

La presencia de depresión autoinformada por el paciente quedó fuera de la ecuación de regresión de modo que no interfirió suficientemente en el cambio terapéutico (tabla 23).

Figura 18. Autotranscendencia (dimensión de carácter del TCI) y cambio en FIQ

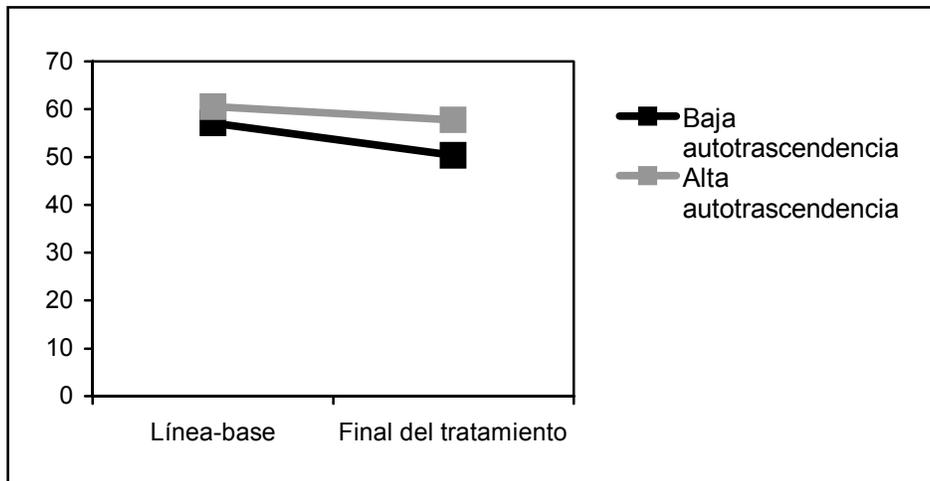
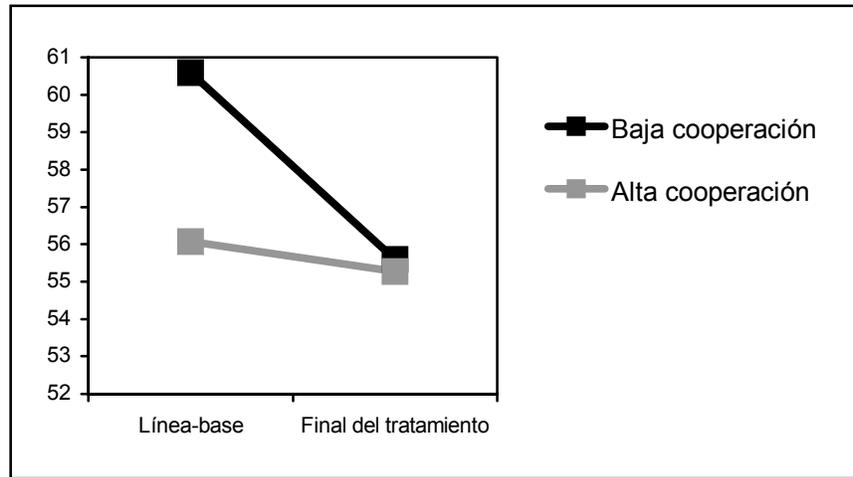


Figura 19. Cooperación (dimensión de carácter del TCI) y cambio en FIQ



La variable psicológica que mejor predijo el cambio en Bienestar emocional fue la puntuación inicial de esta misma variable ($F=15,614$, $p<,001$), que explicó el 22% de su variación. Cuanto peor era el estado emocional inicial, mayor fue la mejoría autopercebida gracias al tratamiento. Otras variables que midieron salud mental o estilos de comportamiento se relacionaron tímidamente, aunque de forma no significativa, con la mejoría de esta variable, a saber, la presencia de síntomas de ansiedad, la historia de diagnóstico psiquiátrico o la presencia de rasgos del denominado patrón de conducta tipo A (tabla 24).

De nuevo, se extrajeron submuestras correspondientes a los tercios de mayor y menor puntuación en las distribuciones de las escalas de Bienestar emocional del SF-36, línea-base, y de Patrón de conducta tipo A. Las gráficas de las figuras 20 y 21 muestran la media del cambio operado por cada una de estas submuestras en la variable Bienestar emocional del SF-36. La figura 22 muestra el cambio en las misma variable en relación con la presencia o ausencia de historia actual o pasada de trastorno psiquiátrico.

Ni el nivel de estudios ni la intensidad del estado psicopatológico previo al tratamiento, medido con el índice de gravedad de los síntomas o GSI del cuestionario SCL-90-R, fueron características influyentes sobre el cambio conseguido con el tratamiento multidisciplinar. Ninguna de las dimensiones de temperamento del TCI (Evitación del daño, Búsqueda de novedad, Dependencia de la recompensa y Persistencia) ni tampoco la dimensión de carácter Autodirección se ha relacionado con las medidas de cambio.

Figura 20. Bienestar emocional SF-36 previo y cambio en Bienestar emocional SF-36

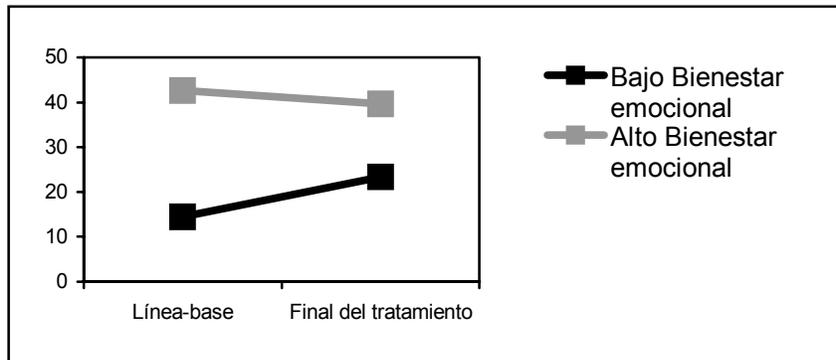
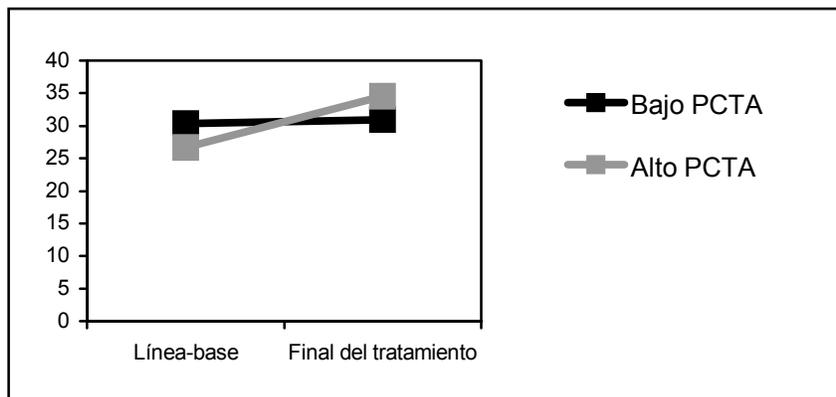
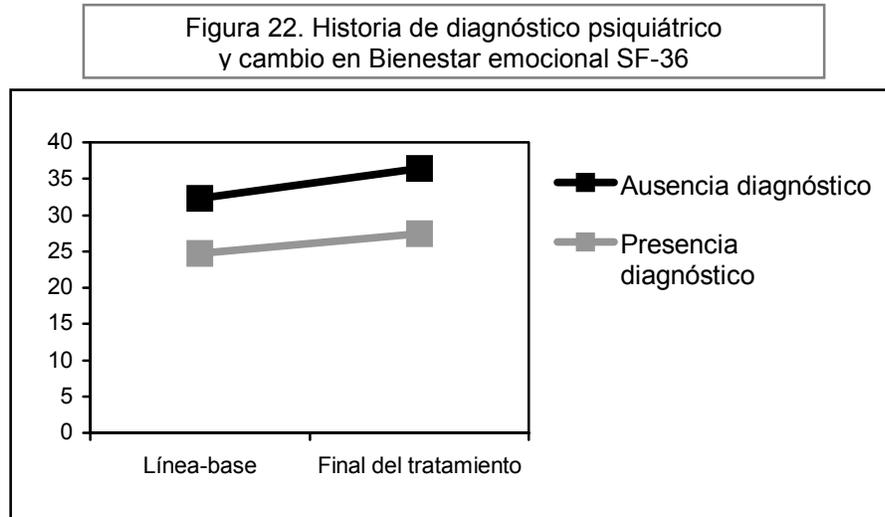


Figura 21. Patrón de conducta Tipo A y cambio en Bienestar emocional SF-36





DISCUSIÓN

Existen múltiples estudios en los que se han relacionado muchas características de salud fisiológica y psicológica con el desarrollo de la fibromialgia y su evolución pero esta revisión ha encontrado pocos estudios que hayan investigado las variables predictoras del cambio terapéutico.

La variable que mayor mejoría ha experimentado en el estudio de la eficacia de nuestro programa multidisciplinar ha sido el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia, FIQ, que mide la capacidad funcional y la intensidad de los síntomas nucleares y asociados a la fibromialgia. Las medidas que han demostrado poder de predicción sobre el cambio en esta variable han sido la presencia de fatiga, el bajo número de puntos sensibles al dolor y unos rasgos de carácter de poca autotranscendencia y poca cooperación o, lo que es lo mismo, basados en mayor pragmatismo, menor idealismo, poca tolerancia social y menos motivaciones altruistas, el conjunto de las cuales se ha asociado a una mejor respuesta al tratamiento.

La otra variable que también ha variado de forma significativa gracias al tratamiento ha sido la escala de Bienestar emocional del SF-36, que mide la calidad de vida del paciente desde la percepción que tiene de su salud mental. La ausencia de poliartritis crónica y un nivel más elevado de bienestar emocional al inicio del tratamiento predicen una mejor respuesta terapéutica. Parece pues que la presencia de este trastorno de dolor reumático crónico entorpece los beneficios en satisfacción personal.

Varias medidas se han quedado a las puertas de demostrar su poder predictivo. La presencia de depresión y ansiedad siguen sin mostrar claramente su influencia, en la misma línea que lo hallado por otros autores (Worrel y cols, 2001; Bennett y cols, 1996).

Más relación, aunque tampoco significativa, ha demostrado el hecho de tener antecedentes personales de trastorno psiquiátrico y una alta puntuación en el índice de patrón de conducta tipo A, que indicaría que los sujetos que no han padecido con anterioridad ningún tipo de trastorno mental leve o moderado -el trastorno mental grave fue criterio de exclusión del estudio-, susceptible de consulta especializada, y que tienen una actitud frente a las tareas propias de mayor urgencia y competitividad pero también de mayor sobreimplicación y motivación obtienen más beneficios del programa de tratamiento. Esto es, de alguna manera, la alteración psicopatológica interfiere sólo de forma muy tímida, casi imperceptible, en la respuesta al tratamiento. En el mismo sentido podría estar manifestándose, la relación antes apuntada, con las dimensiones de carácter del TCI que se han mostrado moduladoras del resultado, la Autotrascendencia y la Cooperación, según las cuales los sujetos más sobreimplicados en la persecución de las propias metas y menos implicados en objetivos compartidos con otras personas, más idealistas o trascendentales, son los que menos beneficios consiguen de un tratamiento que pretende, fundamentalmente, la adaptación a y el manejo de un trastorno de larga evolución. No se ha

hallado relación entre la dimensión de carácter Autodirección, que implicaría mayor autocontrol y percepción de autoeficacia y mejor capacidad de afrontamiento de las dificultades, y eficacia del tratamiento, como sí había aparecido en los trabajos de Keel y cols, 1998, y de Turk y cols, 1998.

Todos estos resultados indican que los sujetos que presentan otros síntomas físicos asociados y trastornos de dolor de base orgánica (fatiga, poliartritis, cefalea), que responden con dolor a menos puntos específicos de la FM, que parten de mayores niveles de bienestar emocional, que no tienen historia personal previa de trastorno psiquiátrico y que muestran un carácter más sobreactivado y concentrado en la consecución de las propias metas son los que mayores beneficios consiguen después de la intervención. Es comprensible considerar que un programa basado en la activación conductual sirva de entrenamiento contra la fatiga y la reduzca y, en cambio, empeore los síntomas de otros síndromes orgánicos reumáticos como la poliartritis.

Como ya se había desprendido del análisis de su eficacia, nuestro programa de tratamiento multidisciplinar ha ofrecido cambios estadísticamente significativos pero muy pequeños, razón por la cual es muy difícil reconocer la influencia de cualquier covariable sobre la respuesta al tratamiento. En todo caso, parece que las medidas del estilo habitual de comportamiento y carácter que han mostrado alguna relación determinan más una actitud, expectativa o disposición al cambio, o sea, motivación y características de estado, y no tanto unas características estables a lo largo del tiempo.

Una limitación importante de este estudio es el tamaño de la muestra, reducida con respecto a la selección inicial, a partir de la cual es más difícil observar correlaciones robustas y más amplias.

CONCLUSIONES

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Durante el desarrollo de este estudio, se han observado los siguientes obstáculos o limitaciones, no bien previstas de antemano, las cuales han podido influir sobre los resultados y conclusiones:

- El programa de entrenamiento físico no aseguró la práctica de suficiente actividad física cardiovascular durante las sesiones debido a la necesidad de compartir la sala de rehabilitación y sus materiales y aparatos (bicicleta estática) con otros pacientes no fibromiálgicos. Aunque se instaba a las pacientes a realizar ese tipo de actividad fuera de las sesiones supervisadas y durante el transcurso de la semana, el moldeamiento de la conducta hacia las actitudes y los objetivos de la práctica fue más limitado y, por tanto, pudo influir en que los efectos terapéuticos no fueran mayores. El formato de grupo no permitía un programa de seguimiento más individualizado y adaptado a cada paciente que redujera el sedentarismo e implantara nuevos hábitos de salud. Tampoco se recogió información en forma de registros respecto al patrón de entrenamiento físico realizado durante la semana, que hubieran podido actuar en la determinación de predictores de respuesta.
- La motivación por el cambio no fue una variable de estudio planteada a priori. Sin embargo, el éxito de cualquier terapia necesita de la fijación de unos objetivos y metas concretos y realistas y del compromiso activo por parte del paciente y del terapeuta para su consecución.

- Los formatos grupales de TCC con un fuerte componente psicoeducativo como el que se ha analizado son muy estandarizados y directivos, debido a las limitaciones que impone el programa general y el número de sesiones disponible, y no permiten el desarrollo de programas más individualizados de tratamiento. Probablemente por esta razón, el formato grupal no haya permitido una respuesta favorable a la TCC en la muestra.
- La falta de medidas objetivas de los síntomas de la FM reduce la validez de la información obtenida, basada principalmente en el autoinforme y las valoraciones subjetivas de los pacientes.

CONCLUSIONES FINALES

Las hipótesis desarrolladas en la presente investigación para cada uno de los estudios han devenido en las siguientes conclusiones:

Estudio 1. La mayor parte de la muestra tenía un nivel de estudios primario o elemental y había trabajado como obrera en el sector de la industria, agrario o de servicios, aunque en el momento de la evaluación la gran mayoría no estaba en activo. Las características clínicas de la muestra reflejaron una afectación de moderada a alta de la capacidad de funcionamiento habitual, de la calidad de vida y de la salud mental, con presencia de múltiples síntomas físicos. Se han detectado, a partir de los cuestionarios de personalidad, una tendencia a la elevada sensibilidad al daño y al neuroticismo, además de mayor número de personas con un estilo de comportamiento sobreactivado y orientado a la consecución de recompensas y presencia de moderada a alta de síntomas psicopatológicos.

Estudio 2. Toda la muestra experimentó cambio estadísticamente significativo en la medida de afectación de la capacidad funcional gracias al tratamiento multidisciplinar básico, cambio que se mantuvo seis meses después de acabado el tratamiento. No hubo cambio en el estado de la salud mental o síntomas psicopatológicos. Por otro lado, no se produjo un efecto incremental suficientemente significativo atribuible exclusivamente a la terapia cognitivo-conductual.

Estudio 3. La mejoría en la capacidad funcional debido al TMB fue explicada por el menor número de puntos de dolor y la presencia de fatiga matutina. Los síntomas de ansiedad y depresión apuntaron una tímida influencia negativa sobre la respuesta al tratamiento. Los rasgos de personalidad basados en un menor interés por compartir objetivos con otras personas y una mayor propensión a las metas individuales y concretas han ayudado a la mejoría.

BIBLIOGRAFÍA

Aaron LA, Bradley LA, Alarcon GS, Alexander RW, Triana-Alexander M, Martin MY, Alberts KR. Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behavior rather than to illness. *Arthritis Rheum.* 1996; 39: 436-445.

Ahles TA, Khan SA, Yunus MB, Spiegel DA, Masi AT. Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis, and subjects without pain: A blind comparison of DSM-III diagnoses. *Am J Psychiatry.* 1991; 148: 1721-1726.

Ahles TA, Yunus MB, Riley SD, Bradley JM, Masi AT. Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum.* 1984; 27: 1101-1106.

Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin.* 1995; 104: 771-776.

Anderberg UM, Marteinsdottir I, Theorell T, Von Knorring L. The impact of life events in female patients with Fibromyalgia and in female healthy controls. *Eur Psychiatry.* 2000; 15: 295-301.

Bennett RM, Burckhardt CS, Clark SR, O'Reilly CA, Wiens AN, Campbell SM. Group treatment of fibromyalgia: A 6-month outpatient program. *J Rheumatol.* 1996; 23: 521-528.

Bennett RM, Clark SR, Campbell SM, Burckhardt CS. Low levels of somatomedine C in patients with the fibromyalgia syndrome. A possible link between sleep and muscle pain. *Arthritis Rheum.* 1992; 35: 1113-1116.

Bennett RM, Clark SR, Campbell SM, Ingram SB, Burckhardt CS, Nelson DL, Porter JM. Symptoms of Raynaud's syndrome in patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1991; 34: 264-269.

Bennett RM, Gatter RA, Campbell SM, Andrews RP, Clark SR, Scarola JA. A comparison of cyclobenzaprine and placebo in the management of fibrositis: A double-blind controlled study. *Arthritis Rheum.* 1988; 31: 1535-1542.

Bernstein IH, Jaremko ME, Hinkley BS: On the utility of the SCL-90-R with low back patients. *Spine.* 1994; 19: 42-48.

Bradley LA, Alberts KR, Alarcon GS. Abnormal brain regional cerebral blood flow (rCBF) and cerebrospinal fluid (CSF) levels of substance P (SP) in patients and non-patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1996; 39, Suppl: S212.

Buckelew SP, Conway R, Parker J. Biofeedback/relaxation program and exercise interventions for fibromyalgia: A prospective trial. *Arthritis Care Res.* 1998; 11: 196-209.

Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. Fibromyalgia and quality of life: A comparative analysis. *J Rheumatol.* 1993; 20: 475-479.

Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and validation. *J Rheumatol.* 1991; 18: 728-733.

Burckhardt CS, Mannerkorpi K, Hedenberg L, Bjelle A. A randomized, controlled clinical trial of education and physical training for women with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 1994; 21: 714-720.

Burns JW, Johnson BJ, Devine J, Mahoney N, Pawl R. Anger management style and the prediction of treatment outcome among male and female chronic pain patients. *Behav Res Ther.* 1998; 36: 1051-1062.

Buskila D, Neumann L. Assessing functional disability and health status of women with fibromyalgia: Validation of a Hebrew version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *J Rheumatol.* 1996; 23: 903-906.

Buskila D, Neumann L, Odes LR, Schleifer E, Depsames R, Abu-Shakra M. The prevalence of musculoskeletal pain and fibromyalgia in patients hospitalized on internal medicine wards. *Sem Arthritis Rheum.* 2001; 30: 411-417.

Calabozo Raluy M. Protocolo de actuación en fibromialgia. *Protocolos de actuación en Reumatología.* Burgos: Sociedad Española de Reumatología; 1998. p. 93-103.

Carette S, Bell MJ, Reynolds WJ, Haraoui B, McCain GA, Bykerk VP, Edworthy SM, Baron M, Koehler BE, Fam AG. Comparison of amitriptyline, cyclobenzaprina, and placebo in the treatment of fibromyalgia. A randomized, double-blind clinical trial. *Arthritis Rheum.* 1994; 37: 32-40.

Clark S, Campbell SM, Forehand ME, Tindall EA, Bennett RM. Clinical characteristics of fibrositis: II. A 'blinded', controlled study using standard psychological tests. *Arthritis Rheum.* 1985; 28: 132-137.

Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD: *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use.* Saint Louis: Center for Psychobiology of personality, Washington University; 1994.

Collado A, Torres X, Arias A, Cerdà D, Vilarrasa R, Valdés M, Muñoz-Gómez J. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin Barc.* 2001; 117: 401-405.

Compas BE, Haaga DA, Keefe FJ, Leitenberg H, Williams DA. Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: Smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa. *J Cons Clin Psychology.* 1998; 66: 89-112.

- Cook DB, Lange G, Ciccone DS, Liu WC, Steffener J, Natelson BH.** Functional imaging of pain in patients with primary fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2004; 31: 364-378.
- Davis MC, Zautra AJ, Reich JW.** Vulnerability to stress among women in chronic pain from fibromyalgia and osteoarthritis. *Ann Behav Med.* 2001; 23: 215-226.
- Derogatis LR.** The SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual II for the revised version of the SCL-90. Baltimore: John Hopkins University Press; 1983.
- Dijkstra A, Vlaeyen J, Rijnen H, Nielson W.** Readiness to adopt the self-management approach to cope with chronic pain in fibromyalgic patients. *Pain.* 2001; 90: 37-45.
- Drexler AR, Mur EJ, Gunther VC.** Efficacy of an EMG-Biofeedback therapy in fibromyalgia patients. A comparative study of patients with and without abnormality psychological scales. *Clin Exp Rheumatol.* 2002; 20: 677-682.
- Ebell J, Beck E.** How effective are complementary/alternative medicine (CAM) therapies for fibromyalgia? *J Family Practice.* 2001; 50: 400-401.
- Ehrlich GE.** Pain is real; fibromyalgia isn't. *J Rheumatol.* 2003; 30: 1666-1667.
- Ellersten B, Troland K, Værøy H.** Psychological assessment of patients with musculoskeletal pain. In Værøy, Merskey H, editors. *Progress in fibromyalgia and myofascial Pain.* St Louis: Elsevier; 1993. p. 93.
- European League Against Rheumatism (EULAR).** The epidemiology of fibromyalgia: Workshop of the Standing Committee of Epidemiology. *J Rheumatol.* 1994; 33: 783-786.
- Farooqi A, Gibson T.** Prevalence of the major rheumatic disorders in the adult population of north Pakistan. *Br J Rheumatol.* 1998; 37: 491-495.

Ferraccioli G, Chirelly L, Scita F, Nolli M, Mozzani M, Fontana S, Scorsonelly M, Trident A, DeRiso C: EMG-biofeedback training in fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol.* 1987; 14: 820-825.

Fitzcharles MA, Da Costa D, Pöyhiä R. A study of standard care in fibromyalgia syndrome: A favorable outcome. *J Rheumatology.* 2003; 30: 154-159.

Forseth KO, Forre O, Gran JT. A 5.5 year prospective study of self-reported musculoskeletal pain and of fibromyalgia in a female population: Significance and natural history. *Clin Rheumatology.* 1999; 18: 114-121.

Friedberg F, Jason LA. Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: Clinical assessment and treatment. *J Clin Psychology.* 2001; 57: 433-455.

García LI, Treserra J, Valdés M, de Flores T, Núñez P, Bonet D. Dolor psicógeno: ¿Trastorno depresivo, síndrome psicósomático o peculiaridad psicobiológica? I. Análisis de su nosología. *Rev Dep Psiq Fac Med Barna.* 1985; 12: 293-302.

Gelman SM, Lera S, Caballero F, López MJ. Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Rev Esp Reumat.* 2002; 29: 323-329.

Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA.* 2004; 292: 2388-95.

Goldenberg DL, Felson DT, Dieterman H. A randomized, controlled trial of amitriptyline and naproxeno in the treatment of patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1986; 29: 1371-1377.

Goldenberg DL, Kaplan KH, Nadeau MG, Brodeur C, Smith S, Schmidt CH. A controlled study of a stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia. *J Musculoskeletal Pain.* 1994; 2: 53-66.

Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome a decade later: What have we learned? *Arch Int Med.* 1999; 159: 777-789.

Goldenberg DL, Mayskiy M, Mossey CJ, Ruthazer R, Schmid C. A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1996; 39: 1852-1859.

González de Rivera JL. SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Madrid: TEA Ediciones; 2002.

Gowans SE, de Hueck A, Voss S, Richardson M. A randomized, controlled trial of exercise and education for individuals with fibromyalgia. *Arthritis Care Res.* 1999; 12: 120-128.

Granges G, Zilko P, Littlejohn GO. Fibromyalgia syndrome: Assessment of the severity of the condition 2 years after diagnosis. *J Rheumatology.* 1994; 21: 523-529.

Gutiérrez F, Torrens M, Boget T, Martín-Santos R, Sangorrín J, Pérez G, Salamero M. Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory (TCI) questionnaire in a Spanish psychiatric population. *Acta Psychiatr Scand.* 2001; 103: 143-147.

Haanen HC, Hoenderdos HT, Van Romunde, Hop WC, Mallee C, Terwiel JP, Hekster GB. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *J Rheumatol.* 1991; 18: 72-75.

Hadhazy VA, Ezzo J, Creamer P, Berman BM. Mind-body therapies for the treatment of fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2000; 27: 2911-2918.

Hedin PJ, Burckhardt CS, Engström-Laurent A. The Fibromyalgia Impact Questionnaire, a Swedish translation of a new tool for evaluation of the fibromyalgia patient. *Scand J Rheumatol.* 1995; 24:69-75.

Hudson JI, Hudson MS, Pliner LF, Goldenberg DL, Pope HG. Fibromyalgia and major affective disorder: A controlled phenomenology and family history study. *Am J Psychiatry.* 1985; 142: 441-446.

Jenkins CD, Zyzansky, Rosenman RH. JAS: Inventario de Actividad de Jenkins (Forma C). Madrid: TEA Ediciones; 1992.

Jensen MP, Nielson WR, Romano JM, Hill ML, Turner JA. Further evaluation of the pain stages of change questionnaire: Is the transtheoretical model of change useful for patients with chronic pain? *Pain.* 2000; 86: 255-264.

Junyent M, Camp J, Rodriguez-Solá J. Uso de la medicina complementaria y alternativa en pacientes con fibromialgia. *Med Clin.* 2005; 124: 397.

Keefe FJ, Lumley M, Anderson T, Lynch T, Carson KL. Pain and emotion: New research directions. *J Clin Psychology.* 2001; 57: 587-607.

Keel PJ, Bodoky C, Gerhard U, Müller W. Comparison of integrated group therapy and group relaxation training for fibromyalgia. *Clin J Pain.* 1998; 14: 232-238.

Kennedy M, Felson DT. A prospective long-term study of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum.* 1996; 39: 682-685.

Kersh BC, Bradley LA, Alarcon GS, Alberts KR, Sotolongo A, Martin MY, Aaron LA, Dewaal DF, Domino ML, Chaplin WF, Palardy NR, Cianfrini LR, Triana-Alexander M. Psychosocial and health status variables independently predict health care seeking in fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2001; 45: 362-371.

Kim YA, Lee SS, Park K. Validation of a Korean version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *J Korean Medic Sci.* 2002; 17: 220-224.

Kirmayer LJ, Robbins JM, Kapusta MA. Somatization and depression in fibromyalgia syndrome. *Am J Psychiatry.* 1988; 145: 950-954.

- Kurtze N, Gundersen KT, Sreback S.** The role of anxiety and depression in fatigue and patterns of pain among subgroups of fibromyalgia patients. *Br J Med Psychol.* 1998; 71: 185-194.
- Lyddell C, Meyers OL.** The prevalence of fibromyalgia in a South African community. *Scand J Rheumatol.* 1992; Suppl 94: 8.
- Makela M, Heliovaara M.** Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. *BMJ.* 1991; 303: 216-219.
- Malt EA, Olafsson S, Lund A, Urson H.** Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. *BMC Musculoskelet Disord.* 2002; 3: 12.
- Mannerkorpi K.** Exercise in fibromyalgia. *Curr Opin Rheumatol.* 2005; 17: 190-194.
- Martin L, Nutting A, McIntosh BR, Edworthy SM, Butterwick D, Cook J.** An exercise program in the treatment of fibromyalgia. *J Rheumatol.* 1996; 23: 1050-1053.
- Martinez-Lavin M, Hermosillo AG, Mendoza C.** Orthostatic sympathetic derangement in subjects with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 1997; 24: 714-718.
- Mason LW, Goolkasian P, Mc Cain GA.** Evaluation of a multimodal treatment program for fibromyalgia. *J Behav Med.* 1997; 21: 163-178.
- McBeth J, McFarlane GJ, Benjamin S, Morris S, Silman AJ.** The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences. *Arthritis Rheum.* 1999; 42: 1397-1404.
- McBeth J, McFarlane GJ, Benjamin S, Silman AJ.** Features of somatization predict the onset of chronic widespread pain. Results of a large population-based study. *Arthritis Rheum.* 2001; 44: 940-946.

McCain GA, Bell DA, Mai FM, Halliday PD. A controlled study of the effects of a supervised cardiovascular fitness training program on the manifestations of primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1988; 31: 1135-1141.

McCain GA, Tilbe KS. Diurnal hormone variation in Fibromyalgia syndrome. A comparison with Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol.* 1989; 16 Suppl 19: 154-157.

Moldofsky H. Sleep and musculoskeletal pain. In Værøy H, Merskey H, editors. *Progress in Fibromyalgia and Myofascial Pain.* St Louis: Elsevier; 1993. p. 137.

Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain.* 1999; 80: 1-13.

Mountz JM, Bradley LA, Modell JG, Alexander RW, Triana-Alexander M, Aaron LA. Fibromyalgia in women. Abnormalities of regional cerebral blood flow in the thalamus and the caudate nucleus are associated with low pain threshold levels. *Arthritis Rheum.* 1995; 38: 926-938.

Mueller HH, Donaldson CCS, Nelson DV, Layman M. Treatment of fibromyalgia incorporating EEG-driven stimulation: A clinical outcomes study. *J Clin Psychology.* 2001; 57: 933-952.

Netter P, Hennig J. The fibromyalgia syndrome as a manifestation of neuroticism? *Z Rheumatol.* 1998; 57 Suppl. 2: S105-S108.

Nicassio PM, Radojevic V, Weisman MH, Schuman C, Kim J, Schoenfeld-Smith K, Krall T. A comparison of behavioral and educational interventions for fibromyalgia. *J Rheumatol.* 1997; 24: 2000-7.

Nielson WR, Harth M. Fibromyalgia: Beyond the rhetoric. *J Rheumatology.* 2004; 31: 631.

- Nielson WR, Jensen MP.** Relationship between changes in coping and treatment outcome in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain.* 2004; 109: 233-241.
- Norregaard J, Bulow PM, Prescott E, Jacobsen S, Danneskiold-Samsøe B.** A four-year follow-up study in fibromyalgia: Relationship to chronic fatigue syndrome. *Scand J Rheumatol.* 1993; 22: 35-38.
- Norregaard J, Volkmann H, Danneskiold-Samsøe B.** A randomized controlled trial of citalopram in the treatment of fibromyalgia. *Pain.* 1995; 61: 445-449.
- Núñez P, Valdés M, García LI, Treserra J, de Flores T, Bonet D.** Dolor psicógeno: ¿Trastorno depresivo, síndrome psicósomático o peculiaridad psicobiológica? III. Intervención terapéutica. *Rev Psicol Salud.* 1989; 1: 51-67.
- Nye D.** A Physician's Guide to fibromyalgia syndrome (monograph on the internet). National Fibromyalgia Association; 1998. Available from:
www.fmaware.org/doctor/nye/htm .
- Offenbacher M, Stucki G.** Physical therapy in the treatment of fibromyalgia. *Scand J Rheumatol.* 2000; Suppl 113: 78-85.
- Offenbacher M, Waltz M, Schoeps P.** Validation of a German version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-G). *J Rheumatol.* 2000; 27: 1984-1988.
- Okifuji A, Turk DC, Sherman JJ.** Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: Why aren't all patients depressed? *J Rheumatology.* 2000; 27: 212-219.
- Paulino Tevar J, Molina JJ, Martín T, Moreno SI.** Fibromialgia reumática. Madrid: Jarpyo; 1998.
- Payne TC, Leavitt F, Garron DC, Katz RS, Glickman PB, Vanderplate C.** Fibrositis and psychologic disturbance. *Arthritis Rheum.* 1982; 25: 213-217

- Penzo W.** El dolor crónico: Aspectos psicológicos. Barcelona: Martinez Roca; 1989.
- Perrot S, Dumont D, Guillemin F, Pouchot J, Coste J.** Quality of life in women with fibromyalgia syndrome: validation of the QIF, the French version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *J Rheumatol.* 2003; 30: 1054-1059.
- Qiao Z, Værøy H, Morkrid L.** Electrodermal and microcirculatory activity in patients with fibromyalgia during baseline, acoustic stimulation and cold pressor tests. *J Rheumatol.* 1991; 18: 1383-1389.
- Quijada-Carrera J, Valenzuela-Castano A, Povedano-Gómez J.** Comparison of tenoxicam and bromazepam in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pain.* 1996; 65: 221-225.
- Ramsay C, Moreland J, Ho M, Joyce S, Walker S, Pullar T.** An observer-blinded comparison of supervised and unsupervised aerobic exercise regimens in fibromyalgia. *Rheumatology.* 2000; 39: 501-505.
- Richards SC, Scott DL.** Prescribed exercise in people with fibromyalgia: Parallel group randomised controlled trial. *BMJ.* 2002; 325: 185-188.
- Rivera J, González T.** The Fibromyalgia Impact Questionnaire: A validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol.* 2004, 22:554-560.
- Rivera J, Moratalla C, Valdepeñas F, García Y, Osés JJ, Ruiz J, González T, Carmona L, Vallejo MA.** Long-term efficacy of therapy in patients with fibromyalgia: A physical exercise-based program and a cognitive-behavioral approach. *Arthritis Reum.* 2004; 51: 184-192.
- Roizenblatt S, Moldofsky H, Benedito-Silva AA, Tufik S.** Alpha sleep characteristics in fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2001; 44: 222-230.

Rollman GB. Hypervigilance effects in fibromyalgia: Pain experience and pain perception. In Værøy H, Merskey H, editors. *Progress in Fibromyalgia and Myofascial Pain*. St Louis: Elsevier; 1993. p. 149.

Rosenman RH, Brand RJ, Jenkins CD, Friedman M, Strauss R, Wurm M. Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8 ½ years. *JAMA*. 1975; 233: 872-877.

Rossy LA, Buckelew SP, Doit N, Hagglund KJ, Thayer JF, McIntosh MJ, Hewett JE, Johnson JC. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Behav Med*. 1999; 21: 180-191.

Rotés-Querol J. Tenomialgias. Fibromialgias. Curso de perfeccionamiento profesional en Reumatología. Barcelona: Fundación Promedic-Promoción médica; 1994.

Russell IJ, Værøy H, Javors M. Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in fibromyalgia/fibrositis syndrome and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1992; 35: 550-556.

Russell IJ, Fletcher EM, Michalek JE, McBroom PC, Hester GG. Treatment of primary fibrositis/fibromyalgia syndrome with ibuprofen and alprazolam: a double-blind, placebo-controlled study. *Arthritis Rheum*. 1991; 34: 552-560.

Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G. The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatol Int*. 2000; 20: 9-12.

Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Fiorini T, Panni B, Randisi G, Turiel M, Carrabba M. Validation of an Italian version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-I). *Clin Exp Rheumatol*. 2003; 21: 459-464.

Saunders D. Coping with chronic pain: What can we learn from pain self-efficacy beliefs? *J Rheumatol*. 2004; 31: 1032-1034.

Scudds RA, Janzen V, Delaney G. The use of topical 4% lidocaine in spheno-palatine ganglion blocks of the treatment of chronic muscle pain syndromes: A randomized, controlled trial. *Pain.* 1995; 62: 69-77.

Sim J, Adams N. Systematic review of randomized controlled trials of nonpharmacological interventions for fibromyalgia. *Clin J Pain.* 2002; 18: 324-336.

Spanjer J. [Is there a characteristic personality profile in patients with fibromyalgia? Study of achievement motivation and coping] (abstract). *Ned Tijdschr Geneesk.* 1994; 138: 2145-2149.

Staud R, Vierck CJ, Cannon RL, Mauderli AP, Price DD. Abnormal sensitization and temporal summation of second pain (wind-up) in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain.* 2001; 91: 165-175.

Thieme K, Gromnica-Ihle E, Flor H. Operant behavioral treatment of fibromyalgia. A controlled study. *Arthritis Rheum.* 2003; 49: 314-320.

Treserra J, García LI, Valdés M, de Flores T, Bonet D, Núñez P. Dolor psicógeno: ¿Trastorno depresivo, síndrome psicósomático o peculiaridad psicobiológica? II. Hipótesis etiopatogénicas. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr.* 1987; 15: 263-268.

Turk DC, Okifuji A, Sinclair JD, Starz TW. Interdisciplinary treatment for fibromyalgia syndrome: Clinical and statistical significance. *Arthritis Care Res.* 1998; 11: 186-195.

Værøy H, Helle R, Forre O, Kass E, Terenius L. Elevated CSF levels of substance P and high incidence of Raynaud's phenomenon in patients with fibromyalgia: New features for diagnosis. *Pain.* 1988; 32: 21-26.

Værøy H, Merskey H (Eds.). Progress in fibromyalgia and Myofascial Pain. St Louis: Elsevier; 1993.

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

Vlaeyen J, Teaken-Gruben N, Goossens M, Rutten-van Mólken M, Pelt R, van Eek H, Heuts P. Cognitive-educational treatment of fibromyalgia: A randomized clinical trial I. Clinical effects. J Rheumatol. 1996; 23: 1237-45.

Van Houdenhove B, Neerinckx E, Onghena P, Lysens R, Vertommen H. Premorbid 'overactive' lifestyle in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. An etiological factor or proof of good citizenship? J Psychosom Res. 2001; 51: 571-576.

Van Santen M, Bolwijn P, Verstappen F, Bakker C, Hidding A, Houben H, Van der Heijde D, Landewe R, Van der Linden S. A randomized clinical trial comparing fitness and biofeedback training versus basic treatment in patients with fibromyalgia. J Rheumatol. 2002; 29: 575-581.

Van West D, Maes M. Neuroendocrine and immune aspects of fibromyalgia. Bio Drugs. 2001; 15: 521-531.

Wade JB, Dougherty LM, Hart RP, Cook DB. Patterns of normal personality structure among chronic pain patients. Pain. 1992; 48: 37-43.

Wahner-Roedler DL, Elkin PL, Vincent A, Thompson JM, Oh TH, Loehrer LL, Mandrekar JN, Bauer BA. Use of complementary and alternative medical therapies by patients referred to a fibromyalgia treatment program at a tertiary care center. Mayo Clin Proc. 2005; 80: 826-827.

Valdés M. Estudio de los llamados reumatismos psicógenos (tesis). Barcelona: Universitat de Barcelona; 1978.

Valdés M, García LI, Treserra J, de Pablo J, de Flores T. Psychogenic pain and depressive disorders: An empirical study. *J Affect Dis.* 1989; 16: 21-25.

Valdés M, García LI, Treserra J, de Pablo J, de Flores T. Psychogenic pain and psychological variables: A psychometric study. *Psychother Psychosom.* 1989; 50 : 15-21.

Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Katon WJ, Bernstein D. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: I. Psychiatric diagnoses and functional disability. *Psychosom Med.* 59:565-571,1997.

Wall PD. The mechanisms of fibromyalgia. In Værøy H, Merskey H, editors. *Progress in fibromyalgia and myofascial pain.* St Louis: Elsevier; 1993. p. 57.

Wallace DJ. To fibromyalgia nihilists: Stop pontificating and test your hypothesis. *J Rheumatol.* 2004; 31: 632.

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS-36 item Short Form Health Survey (SF-36). *Med Care.* 1992; 30: 473-483.

White KP, Thompson J. Fibromyalgia syndrome in an Amish community: A controlled study to determine disease and symptom prevalence. *J Rheumatol.* 2003; 30: 1835-1840.

White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M. Does the label “Fibromyalgia” alter health status, function, and health service utilization? A prospective, within-group comparison in a community cohort of adults with chronic widespread pain. *Arthritis Rheum.* 2002; 47: 260-265.

White KP, Nielson WR. Cognitive behavioral treatment of fibromyalgia syndrome: A follow-up assessment. *J Rheumatol.* 1995; 22: 717-721.

White KP. Fibromyalgia: The answer is blowin' in the wind. *J Rheumatology.* 2004; 31: 636-639.

Wigers SH. Fibromyalgia outcome: The predicitive values of symptom duration, physical activity, disability pension, and critical life events- A 4.5 year prospective study. *J Psychosom Res.* 1996; 41: 235-243.

Winfield JB. Does pain in fibromyalgia reflect somatization? *Arthritis Rheum.* 2001; 44: 751-753.

Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldenberg DL. Health status and disease severity in fibromyalgia: A results of a 6-center longitudinal study. *Arthritis Rheum.* 1997; 40: 1571-1579.

Wolfe F, Cathey MA, Hawley DJ. A double-blind placebo controlled trial of fluoxetine in fibromyalgia. *Scand J Rheumatol.* 1994; 23: 255-259.

Wolfe F, Cathey MA, Kleinhecksel SM, Amos SP, Hoffman RG, Young DY, Hawley DJ. Psychological status in primary fibrositis and fibrositis associated with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 1984; 11: 500-506.

Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990; 33: 160-172.

Wolfe F. Stop using the ACR criteria in the clinic. *J Rheumatology.* 2003; 30:1671-1672.

Worrel LM, Krahn LE, Sletten CD, Pond GR. Treating fibromyalgia with a brief interdisciplinary program: Initial outcomes and predictors of response. *Mayo Clin Proc.* 2001; 76: 384-390.

Yunus MB, Ahles TA, Aldag JC, Masi AT. Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1991; 34: 15-21.

Yunus MB, Daily JW, Aldag DC, Masi AT, Jobe PC. Plasma tryptophan and other amino acids in primary fibromyalgia: A controlled study. *J Rheumatol.* 1992; 19: 90-94.

Yunus MB, Masi AT, Aldag JC. Short term effects of ibuprofen in primary fibromyalgia syndrome: A double-blind, placebo controlled trial. *J Rheumatol.* 1989; 16: 527-532.

ANEXOS

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La unidad de atención psicológica del servicio de Salud Mental, conjuntamente con la unidad de Reumatología y con el servicio de Rehabilitación del Hospital General de Manresa, están llevando a cabo en nuestro hospital un estudio sobre la eficacia del tratamiento multidisciplinar de la fibromialgia.

El estudio consiste en asignar, al azar, los casos seleccionados a diferentes programas de tratamiento multidisciplinar en grupo, con el objetivo principal de conocer cuál de los programas de tratamiento es el más efectivo en la reducción de los síntomas de dolor y en la reducción del malestar físico y psicológico. Otros objetivos del estudio consisten en conocer cuáles son las características de la personalidad asociadas a la mejoría terapéutica y qué variables socio-demográficas y de salud suelen acompañar al síndrome de la fibromialgia.

Por este motivo, es necesario recoger datos demográficos, médicos y psicológicos en diferentes momentos durante el transcurso del tratamiento. Estos datos son registrados por primera vez antes de iniciar el programa de tratamiento en grupo, por segunda vez inmediatamente después de la finalización del tratamiento en grupo y, finalmente, seis meses después de haber completado el programa terapéutico.

La participación en el estudio es totalmente voluntaria. Si decide participar, sus datos entrarán a formar parte de la base de datos del estudio y contribuirá a mejorar nuestro conocimiento sobre la fibromialgia y el tratamiento más efectivo. Si decide no participar, sus datos no serán introducidos en la base de datos del estudio y tenga por seguro que este hecho no afectará al trato ni a la asistencia médica y/o psicológica a recibir por usted en el Hospital General de Manresa en el futuro.

En caso de aceptar participar en el estudio, le pedimos que firme este documento de conformidad adjuntándonos su número de D.N.I. La información y los datos proporcionados por usted serán totalmente confidenciales y estarán protegidos por el secreto profesional.

Nombre completo de la participante:

D.N.I.:

Firma:

Nombre completo del investigador:

D.N.I.:

Firma:

Fecha:

EVALUACIÓN DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA - PRE –

Fecha:

Edad:

Datos demográficos (rodee con un círculo o ponga un cruz sobre el número de la alternativa adecuada en las siguientes preguntas)

¿Cuál es su estado civil actual?

1. Soltero/a
2. Casado/a o Pareja de hecho
3. Separado/a o Divorciado/a
4. Viudo/a

¿Cuál es su nivel de estudios?

1. Sin estudios
2. Elementales o básicos
3. Bachillerato
4. Formación profesional
5. Estudios universitarios

¿Cuál es su categoría profesional?

01. Empresario o autónomo con asalariados
02. Empresario o autónomo sin asalariados
03. Profesional libre
04. Director o gerente de empresas públicas o privadas
05. Técnico superior (administrativo, comercial o técnico)
06. Técnico medio (administrativo, comercial o técnico)
07. Personal administrativo, comercial o técnico
08. Contraмаestre, capataz
09. Obrero cualificado
10. Obrero sin cualificar
11. Trabajador de servicios
12. Trabajador agrario
13. Fuerzas armadas y cuerpos de seguridad
14. No clasificable

¿En qué situación laboral se encuentra actualmente?

1. Trabaja por cuenta propia
2. Trabaja por cuenta de otros
3. Parado con subsidio
4. Parado sin subsidio
5. Incapacidad o invalidez permanente
6. Jubilado
7. Ama de casa
8. Estudiante

¿Desde hace cuánto tiempo padece estos síntomas?

..... años y meses

¿Cuántos meses ha estado de baja en los últimos seis meses?

..... meses

¿Cuántas veces ha consultado al médico por estos síntomas en los últimos seis meses?

..... veces

¿Cuál es la intensidad de dolor que siente en el día de hoy?

(Haga una marca sobre la siguiente línea recta, que va de la ausencia de dolor al dolor máximo que haya sentido usted nunca)

Sin dolor

Dolor máximo



¿Qué otros síntomas asociados a la fibromialgia padece?

(Rodee con un círculo o haga una cruz sobre el número de las alternativas que correspondan)

1. Trastornos del sueño
2. Fatiga matutina
3. Dolor de cabeza frecuente
4. Colon irritable
5. Parestesias (hormigueo o adormecimiento) en manos
6. Dismenorrea o dolor menstrual
7. Inflamación subjetiva de las articulaciones

¿Qué otras enfermedades crónicas padece?
 (Rodee con un círculo o haga una cruz sobre el número de las alternativas que correspondan)

1. Presión alta
2. Enfermedad del corazón
3. Varices en piernas
4. Artrosis
5. Poliartritis crónica
6. Alergias
7. Asma
8. Bronquitis
9. Diabetes
10. Úlcera estómago/duodeno
11. Molestias urinarias
12. Colesterol elevado
13. Cataratas
14. Problemas crónicos de la piel
15. Estreñimiento crónico
16. Depresión
17. Ansiedad
18. Embolia o trombosis

¿Cada cuánto tiempo ha tenido que tomar las siguientes medicaciones durante el último mes?
 (Ponga una cruz sobre el número correspondiente para cada una de las siguientes medicaciones. Marque sólo un número para cada tipo de medicación)

	Nada	Varias veces al mes	Varias veces a la quincena	Varias veces a la semana	A diario
Analgésicos	0	1	2	3	4
Anti- inflamatorios	0	1	2	3	4
Ansiolíticos/ Tranquilizantes	0	1	2	3	4
Antidepresivos	0	1	2	3	4

GRUPO DE ENTRENAMIENTO EN ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL DOLOR EN LA FIBROMIALGIA

Duración: 15 sesiones

1ª sesión: Presentación de los componentes del grupo y objetivos

- Información sobre normas del grupo
- Entrenamiento en técnicas y no terapia
- Adquisición y práctica de estrategias de afrontamiento

2ª sesión: Información sobre la fibromialgia

- ¿Qué es la fibromialgia? ¿Cómo se produce?
- Síntomas centrales y concomitantes
- Tratamientos existentes

3ª sesión: Aspectos característicos del dolor

- Dolor agudo y dolor crónico
- Dolor disfuncional
- Teoría de la puerta de control: relación entre dolor y estrés

4ª sesión: Entrenamiento en técnicas de respiración abdominal

- Sesión de demostración y entrega de guía para su práctica

5ª sesión: Entrenamiento en la técnica de la relajación muscular progresiva

- Sesión de demostración y entrega de cinta magnetofónica para su práctica

6ª sesión: Entrenamiento en técnicas de visualización

- Sesión de demostración y entrega de guía para su práctica

7ª sesión: Normas para la higiene del sueño

- Información sobre las fases del sueño y su alteración
- Entrega de pautas de control de estímulos condicionados

8ª sesión: Técnicas de focalización de la atención

- Actividades distractoras
- Reducción del uso del dolor como tema de conversación
- Entrenamiento en parada de pensamiento

9ª sesión: Programación de actividades I

- Diferenciación entre actividades imprescindibles, recomendables y postergables
- Planificación de los descansos y las actividades agradables o de ocio diarios
- Pautas para rellenar registro de planificación de actividades

10ª sesión: Programación de actividades II

- Revisión del registro de actividades
- Resultados observados de la planificación de actividades, dudas y modificaciones

11ª sesión: Reestructuración cognitiva I

- Relación entre cognición, emoción y conducta
- Consecuencias de distintos tipos de afrontamiento de los problemas cotidianos
- Pautas para rellenar el registro de situaciones de malestar emocional

12ª sesión: Reestructuración cognitiva II

- Errores cognitivos más frecuentes
- Revisión del registro de situaciones de malestar emocional
- Reestructuración de los pensamientos registrados

13ª sesión: Entrenamiento en asertividad I

- Estilos de respuesta interpersonal y ejemplos
- Pautas para rellenar registro de situaciones interpersonales molestas

14ª sesión: Entrenamiento en asertividad II

- Revisión del registro de situaciones interpersonales molestas
- Supuestos de relación interpersonal erróneos
- Derechos propios en la relación con los demás

15ª sesión: Conclusión del grupo de entrenamiento

- Opiniones y sugerencias
- Despedida

**GRUPO DE TERAPIA REHABILITADORA FÍSICA
DE LA FIBROMIALGIA
Duración: 14 sesiones**

1ª sesión:

Presentación de los componentes del grupo y objetivos del tratamiento rehabilitador
Evaluación del rendimiento cardiorrespiratorio de cada paciente

2ª sesión:

Información sobre la fibromialgia: causas, tratamiento, pronóstico
Discusión

3ª sesión:

Sesión de vídeo: documentales sobre pacientes afectados de fibromialgia
Entrega de pautas para ejercicios de tonificación, estiramientos y cardiorrespiratorio durante la semana y cumplimentación de registro

4ª y 5ª sesión:

Ejercicio cardiorrespiratorio en bicicleta estática
Ejercicios de tonificación de brazos
Ejercicios de flexibilidad y estiramientos de columna cervical
Entrega de pautas para ejercicio en casa durante la semana

6ª y 7ª sesión:

Ejercicio cardiorrespiratorio en bicicleta estática
Ejercicios de tonificación de piernas
Ejercicios de flexibilidad y estiramientos de columna dorsal y lumbar
Entrega de pautas para ejercicio en casa durante la semana

8ª sesión:

Sesión de vídeo sobre higiene postural: ejercicios saludables y no saludables
Discusión

9ª y 10ª sesión:

Práctica de los ejercicios de higiene postural
Entrega de trabajo para casa

11ª sesión:

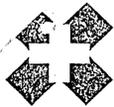
Técnicas de reducción del dolor: explicación teórica y práctica de la técnica 'spray & stretch' (analgésico local y masaje local)

12ª y 13ª sesión:

Revisión de los ejercicios de tonificación, flexibilidad, posturales y cardiorrespiratorios
Discusión y corrección de dificultades

14ª sesión:

Planificación de trabajo físico a realizar por cada paciente en el futuro
Despedida



CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA

La semana pasada ...

1. Usted fue capaz de:

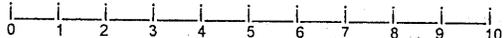
siempre 0, casi siempre 1, pocas veces 2, nunca 3

- | | |
|------------------------|---------|
| a. Hacer la compra | 0 1 2 3 |
| b. Hacer la colada | 0 1 2 3 |
| c. Hacer la comida | 0 1 2 3 |
| d. Lavar los platos | 0 1 2 3 |
| e. Pasar el aspirador | 0 1 2 3 |
| f. Hacer las camas | 0 1 2 3 |
| g. Caminar 1 kilómetro | 0 1 2 3 |
| h. Visitar amigos | 0 1 2 3 |
| i. Limpiar cristales | 0 1 2 3 |
| j. Conducir | 0 1 2 3 |

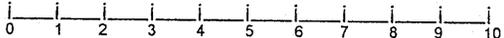
2. ¿Cuántos días se encontró bien? 0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días faltó a su trabajo por culpa de su fibromialgia?
0 1 2 3 4 5

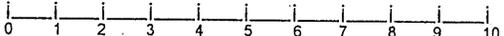
4. Si trabajó, ¿Tuvo dificultad en realizar su actividad laboral debido a la fibromialgia?

Ninguna  muchísima

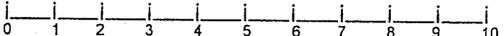
5. ¿Ha padecido dolor?

Ninguno  muy intenso

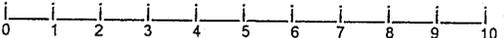
6. ¿Se ha sentido cansado?

No  muy cansado

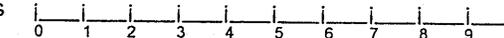
7. ¿Que tal ha dormido?

Muy bien  muy mal

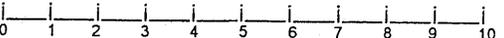
8. ¿Ha tenido rigidez?

Sin rigidez  muy rígido

9. ¿Se ha sentido nervioso?

Sin nervios  muy nervioso

10. ¿Se ha sentido deprimido?

No  muy deprimido