

Rev. Soc. Esp. Dolor
12: 476-484, 2005

Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia

B. Moiola¹ y L. A. Merayo¹

Moioli B, Merayo LA. *Effects of psychological intervention on pain and emotional state of persons with fibromyalgia. Rev Soc Esp Dolor 2005; 12: 476-484.*

SUMMARY

Objective:

This work tries to evaluate the effectiveness of a protocol of group psychological treatment, cognitive-behavioral direction in patients with fibromyalgia (SFM).

Method:

Forty-eight women with SFM completed an initial evaluation and final "Interview to Patients of Pain" adapted Phillips (1988) "Inventory of Anxiety of Beck" from Beck et al. (1988); "Inventory of Depression of Beck" from Beck et al. (1961) adaptation from Count et al. (1976); "Questionnaire of Reinforcements" from Phillamy and Lewinsohn (1971), adaptation from Cheek et al. (1979); "Visual Analogical Scale of the Pain"; "Inventory of the Concept of Itself" from McKay and Fanning (1987).

Results:

The data show significant differences after the intervention, in values of anxiety, depression, and pain and show an increase of activities in the daily life.

Conclusions:

These data support the validity of the psychological intervention in the boarding of the fibromyalgia. © 2005 Sociedad Española del Dolor. Published by Aran Ediciones S.L.

Key words: Fibromyalgia. Coping. Chronic pain. Moods states.

RESUMEN

Objetivo:

Este trabajo ha evaluado la efectividad de un protocolo de tratamiento psicológico grupal, orientación cognitivo-conductual en pacientes con fibromialgia (SFM).

Método:

Cuarenta y ocho mujeres con SFM completaron una evaluación inicial y final "Entrevista a Pacientes de Dolor" adaptada de Phillips (1988) "Inventario de Ansiedad de Beck" de Beck y cols. (1988); "Inventario de Depresión de Beck" de Beck y cols. (1961) adaptación de Conde y cols. (1976); "Cuestionario de Refuerzos" de Phillamy y Lewinsohn (1971), adaptación de Carrillo y cols. (1979); "Escala Analógica Visual del Dolor"; "Inventario del Concepto de Sí Mismo" de McKay y Fanning (1987).

Resultados:

Los datos muestran diferencias significativas después de la intervención, en valores de ansiedad, depresión, dolor y un incremento de actividades en la vida diaria.

Conclusiones:

Estos datos apoyan la validez de la intervención psicológica en el abordaje de la fibromialgia. © 2005 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S. L.

Palabras clave: Fibromialgia. Afrontamiento psicológico. Dolor crónico. Estados emocionales.

¹Psicólogos

Instituto de Psicología y Desarrollo Afectivo y Sexual. Sevilla

Recibido: 03-05-05.
Aceptado: 09-09-05.

INTRODUCCIÓN

Se suele fijar el año 1843 como la fecha de partida en el estudio de la fibromialgia, citándose a Froriep como el autor que inició el análisis del mismo (1), desde entonces se ha registrado un desarrollo considerable de la investigación al respecto, destacando en los últimos años, la identificación y análisis de los aspectos psicosociales que se sabe son determinantes en la adaptación de problemas de salud crónicos (2).

Hoy la fibromialgia *se conceptualiza* como un síndrome (en adelante SFM) complejo de condición crónica y etiología desconocida (3), cuyo síntoma principal es la presencia de dolor músculo-esquelético generalizado, benigno, de origen no articular y se diagnóstica a través de la clasificación de unos criterios establecidos (4). Se han formulado distintas explicaciones en la *génesis* del SFM, señalándose, alteraciones del sueño (5), trastornos afectivos (6), déficit de serotonina y alteraciones neuroendocrinas (7). Se han encontrado pacientes que comienzan después de procesos identificables, como una infección bacteriana o viral (8), un estrés postraumático (9), aunque en todos los pacientes no se ha identificado ningún trauma desencadenante. La mayoría de los autores coinciden en señalar que la fisiopatología es multifactorial, donde intervienen elementos biológicos, psicológicos y sociales, cuyo fenómeno central lo constituiría una alteración en la modulación del dolor (10). Los estudios que han documentado la *sin-tomatología* del síndrome (1,11,12), lo han caracterizado por dolor generalizado, dificultades de memoria, sueño no reparador, fatiga, parestesias, rigidez matutina de articulaciones, inflamación subjetiva, cefalea, síndrome de intestino irritable, mareos, ansiedad y depresión. Cuanto mayor número de síntomas coagregados, es más probable que el síndrome se convierta en permanente y mayor probabilidad que busquen más servicios de salud (13). Tanto el dolor crónico generalizado como el trastorno del ánimo condicionan una importante pérdida de calidad de vida para el paciente y un menoscabo para todas sus actividades (trabajo, ocio, actividades de la vida diaria) que provocan importantes consecuencias en las relaciones sociales y familiares (14,15). La *prevalencia* del SFM difiere según la población estudiada, se estima en un 2,4%, con una relación mujer hombre de 21 a 1 (15), pudiendo afectar a la población infantil y juvenil, aunque en ellos la mayor prevalencia en la población femenina no es tan acusada (16), encontrándose un pico de prevalencia entre 40 y 49 años, y siendo infrecuente antes de los 40 años y en personas que superan los 80 años de edad. Los

estudios prospectivos indican que la enfermedad sigue un curso crónico con poca mejoría a los 5-7 años de seguimiento (17).

Estudios previos en otras poblaciones, han analizado el *impacto socioeconómico* y han calculado una media de 9-12 visitas anuales al médico y una hospitalización cada tres años (18). Comparada con otras enfermedades reumatológicas, presenta mayor número de intervenciones quirúrgicas (síndrome del túnel carpiano, columna cervical, ginecológicas, abdominales, etc.), mayor número de alergias, síndromes ansiosos y depresivos, problemas gastrointestinales e hipertensión arterial (19). En diferentes trabajos se constata que estos pacientes consultan (hacen un mayor uso) diferentes especialidades, uso de terapias alternativas por su problema, y mayores costes económicos por paciente en términos de mayor ausentismo laboral y demandas de pensiones por la discapacidad (20). El gasto de fármacos por dolor en Atención Primaria está a la cabeza sobre el resto de patologías (21).

El tratamiento farmacológico habitual que consiste en analgésicos antiinflamatorios no esteroideos y anti-depresivos es relativamente ineficaz, porque el dolor se comporta como refractario y no se modifica el pronóstico; sólo se obtiene un beneficio discreto que hay que valorar frente a los efectos secundarios de los fármacos (21); entre las *alternativas no farmacológicas* se utilizan la terapia cognitivo-conductual (22-24) y el ejercicio físico aeróbico programado (25), con el objetivo de mejorar la adaptación a la enfermedad y la capacidad física, solas o combinadas entre sí y con el tratamiento farmacológico, intentando aumentar la efectividad global del tratamiento en forma de programas de intervención múltiple (con diversos componentes como la reestructuración cognitiva, focalización atencional, relajación, *biofeedback*, ejercicio aeróbico) (26). Algunos ensayos controlados y aleatorizados han demostrado resultados positivos tanto en nuestro país (24,27,28) como en otros países (29,30), pero a menudo se han realizado con muestras pequeñas, a corto plazo y con pérdidas de seguimiento. Además se han realizado en su mayoría con pacientes en un nivel de atención hospitalario o de atención especializada reumatológica, por lo que sus conclusiones son difíciles de extrapolar y generalizar a la población general.

El objetivo principal ha sido evaluar la efectividad de un protocolo de tratamiento psicológico grupal, cognitivo-conductual en pacientes con SFM. Los objetivos específicos son: valorar los cambios en la intensidad del dolor, la ansiedad y la depresión como efecto del tratamiento.

MÉTODO

Participantes

El estudio se ha realizado sobre una muestra de 48 mujeres con una edad media de 48 años, pacientes con fibromialgia y pertenecientes a la Asociación de Fibromialgia de Sevilla (AFIBROSE). Todas socias voluntarias, seleccionadas de entre aquellas que previamente habían realizado un taller de relajación de tres semanas de duración y habían mostrado una alta motivación a la participación. Valorada esta por la ausencia de faltas a los talleres y la realización de todas las tareas que se les solicitó a lo largo de esas tres semanas. Se escogió este criterio de selección, por asegurar inicialmente una alta adhesión a la intervención y desarrollo de unas destrezas y actitudes básicas mínimas, ya que, tal y como sugieren Gorriz y cols. (24), pacientes con una alta motivación para el cambio y atribuciones internas de control podrían mejorar la eficacia del tratamiento aplicado.

Las participantes no se hallaban inmersas en ningún procedimiento judicial que persiguiera algún tipo de compensación por sus dolencias, ni se estaban realizando ninguna otra intervención de carácter psicológico de forma paralela.

Las entrevistas son realizadas en grupo, en la primera jornada y en la última por un tiempo de 2,30 horas, contando con la asistencia de los cuatro psicólogos que forman el grupo de intervención. El diseño se corresponde con estudios empíricos de tipo descriptivo, basados en trabajos de campo que recogen la sintomatología y opiniones de las personas de la muestra antes y después de la intervención.

Instrumentos

Se diseña una entrevista estructurada "*Entrevista a Pacientes de Dolor*", biográfica respecto su dolencia, con formato de respuesta de opción múltiple, con respuestas descriptivas cuantitativas y cualitativas. (*datos biográficos, datos clínicos. Síntomas asociados, antecedentes, agravantes y atenuantes del dolor y consecuencias de su dolor. Historia del problema de dolor, aspectos relacionales generales respecto a la familia de origen y familia actual; antecedentes psicopatológicos y perspectiva de futuro*) (25,26).

También se entrevista a los familiares de los sujetos de la muestra "*Entrevista a Familiares de Pacientes con Dolor Crónico*", valorando su percepción acerca de la situación que vive la persona afectada, así como de los síntomas que aparecen y

las circunstancias que acompañan los episodios de dolor (27,28).

Asimismo, se establece una línea base reflejada en varios cuestionarios (29,30).

Para valorar la sintomatología ansiosa se utiliza el "Inventario de Ansiedad de Beck" (31); para medir la presencia de síntomas depresivos se utiliza el "*Inventario de Depresión de Beck*" (32). También se mide el número de reforzadores ambientales que cada una de ellas ha experimentado en el último mes, mediante el "*Cuestionario de Refuerzos*" (33). Se mide además la percepción subjetiva de dolor con una "*Escala Analógica Visual*" y mediante el "Inventario del Concepto de Sí Mismo" (34) se obtiene una descripción subjetiva de su autoconcepto.

Pruebas estas que serán realizadas, de nuevo, por las participantes una vez terminada la intervención, a excepción del "*Inventario del Concepto de Sí Mismo*" y el "*Cuestionario de Refuerzos*".

Además, se valora la percepción de cambio por la persona y su impresión sobre el programa de tratamiento mediante un cuestionario realizado para tal fin "*Cuestionario de Evaluación Final*".

Procedimiento

El trabajo de campo es llevado a cabo por un grupo de psicólogos voluntarios de la asociación, coordinados por el *Instituto de Psicología y Desarrollo Afectivo Sexual de Sevilla*. Se programa una intervención de 13 seminarios repartidos en 10 semanas consecutivas, con una duración de entre 2,30 y 3 horas cada seminario.

Las sesiones se estructuran siguiendo el esquema propuesto por Philips (35), en el Shaughnessy Hospital de Vancouver B.C. (Canadá), en el que se introdujeron algunas modificaciones relacionadas con la temática expuesta, para adecuarlo a la realidad de la muestra: a) revisión de tareas; b) fase educativa o de preparación al tratamiento; c) entrenamiento en la habilidad cognitiva de afrontamiento del dolor; y d) aplicación y práctica para cada sesión.

Los temas que se trabajan son: acercamiento al conocimiento del dolor, relajación progresiva, pasiva y autohipnosis. Autoconcepto, estados emocionales, habilidades sociales y ejercicio físico. Los instrumentos de evaluación son pasados en la primera y última sesión de la intervención.

RESULTADOS

En relación con las variables sociodemográficas estudiadas, cabe destacar que el paciente tipo corres-

ponde a una mujer (100%), casada (85,11%), con estudios primarios (44,68%), ama de casa (68,09%) y con una media de 20 años conviviendo con el dolor.

En relación con los parámetros de dolor y curso del mismo, podemos concluir que la intensidad media y la intensidad máxima son elevadas (Tabla I), que el dolor está presente prácticamente todos los días del año y progresivamente durante todo el día.

TABLA I. PARÁMETROS DEL DOLOR

	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. tip.</i>
Intesidad media	46	6,01	1,797
Intesidad máxima	46	8,98	1,202
Frecuencia	47	1,26	0,642

El 76,6% de los familiares del paciente que sufre dolor intentan alentar al sujeto a que sea pasivo y no realice determinadas actividades y un 38,3% intenta distraerle ante los episodios de dolor. Sin embargo la percepción de apoyo de los pacientes respecto sus familiares no se corresponde con lo que ellos dicen. El 60% perciben que intentan distraerles ante los episodios de dolor y un 43,3% dicen que les ignoran (Fig. 1).

Creencias sobre los atenuantes, agravantes y precipitantes de la experiencia de dolor

El 91% de los sujetos cree que la relajación y los baños calientes (88,9%) atenúan la experiencia de dolor, frente al 80 y el 54,3% respectivamente de lo que dice su familia. El 46,7% de sujetos cree que el ejercicio físico puede mejorar el dolor. El 71,4% de la familia cree que ser objeto de atención y simpatía atenúa la experiencia de dolor, frente al 31,1% de lo que creen los pacientes. También son destacables los cambios que se producen en las actividades antes y después de la intervención. En este sentido un 15% más de sujetos dicen tras la intervención, que el realizar ejercicio físico amortigua la experiencia de dolor. Otras actividades que mejoran la experiencia de dolor son la relajación (91,1%) y tomar el sol (65,2%).

La tensiones (71,7%), los enfados (67,4%), el tiempo (64,4%) y la fatiga (65,2%), figuran como creencias que agravan la experiencia de dolor antes de la intervención psicológica. Después de la intervención son las tensiones (82,2%), las preocupaciones (77,8%) y las excitaciones (66,7) las que empeoran su vivencia del dolor. Para los familiares son, en este orden, las tensiones (67,6%), las preocupaciones (54,6%), excitación (51,4%) y trabajar (45,9%) lo que agrava la experiencia de dolor.

En cuanto a los antecedentes, son las preocupaciones (52,6%), las tensiones (42,1%) y los enfados (42,1%) antes de la intervención, frente a la fatiga (59,5%), los

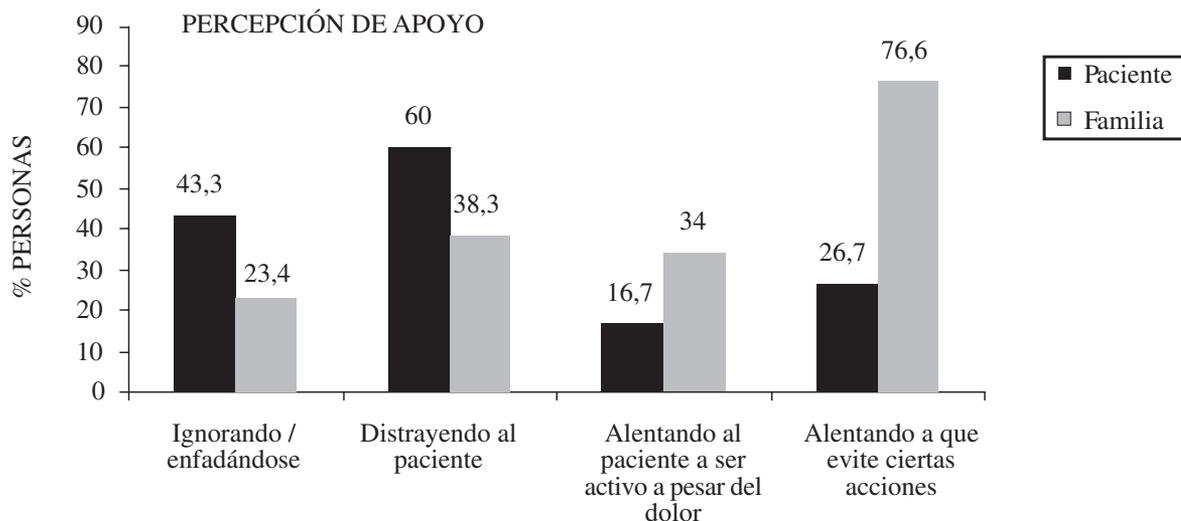


Fig. 1—Percepción de apoyo desde el punto de vista del paciente y de los familiares.

enfados (45,2%) y el realizar un trabajo de precisión (42,9%), después de la intervención. Las creencias de la familia respecto a estas mismas variables difieren destacando que son las preocupaciones (44,1%), el trabajar (44,1%), la tensión (35,1%) y el ejercicio físico (29,4%) las situaciones que anteceden a la experiencia de dolor.

Los sujetos manifiestan que los síntomas que tienen, de mayor a menor importancia, valorados en una escala de 1 a 6 (de muy poco importante al más importante), según su experiencia son: el dolor (5,18), cansancio (3,75), depresión (3,48), insomnio (3,2), irritabilidad (2,83), ansiedad (2,28), fatiga (2,28) y fallos de memoria (2,83).

En cuanto a los problemas actuales y sintomatología clínica que manifiestan tener se encuentran: dificultades de sueño (84,8%), tristeza (76,1%), dificultad de concentración (73,9%), tensión (71,7%) y fatiga (65,2%).

En cuanto a los síntomas que acompañan al dolor destacan: el entumecimiento (91,5%), la ansiedad (83%) y la desgana (78,7%).

Para evaluar los síntomas cognitivos de la depresión se utilizó la versión del Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*) de 19 ítems versión de Conde y cols. (32). Las puntuaciones de corte para este inventario aceptadas para graduar su intensidad/severidad consideran una puntuación inferior a 9 como “no depresión”; “depresión leve” de 10-15; “depresión moderada” de 16-23 y una “depresión grave” mayor/igual a 24, con una puntuación máxima de 63.

En pacientes con dolor crónico se ha utilizado a efectos de detección de casos una puntuación ≥ 21 , (36). Teniendo en cuenta esta clasificación podemos ver que en estos pacientes encontramos sintomatología cognitiva de depresión.

En el inventario de ansiedad de Beck, la puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25,7 y se ha encontrado útil como medida apropiada para medir los cambios en el tratamiento.

Las puntuaciones obtenidas antes en el BAI (*Beck Anxiety Inventory*) son de 29 ± 12 (rango entre 8 y 52) y los de después 22 ± 11 (rango entre 2 y 47).

Los niveles de depresión medidos antes de la intervención son de 18 ± 8 (rango entre 3 y 45) y los de después son 13 ± 9 (rango entre 4 y 62).

En la Figura 2 se resumen las distintas variables. Cada cuadro muestra la mediana, los cuartiles y los valores extremos contenidos en cada categoría, con sus puntos de corte como referencia para valorar cambios tras el tratamiento. Para la escala analógica visual, por carecer de estudios que nos sirvieran de referencia, hemos tomado la puntuación cinco como punto de corte por ser dolor de intensidad moderada.

La satisfacción de los participantes con relación a sus expectativas iniciales de tratamiento, se realizó mediante ocho preguntas en una escala de 1 a 5, obteniendo una puntuación de 4,60, en la satisfacción con los medios empleados, la terapia y el terapeuta.

Con el fin de determinar si las evaluaciones realizadas, antes del tratamiento, a los pacientes diferían significativamente (más allá de lo que el azar puede ex-

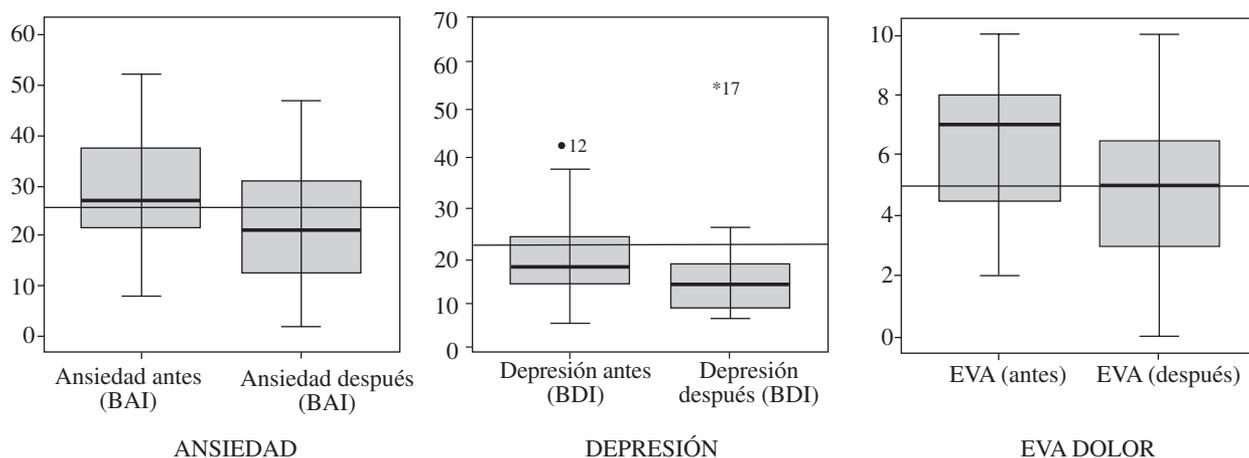


Fig. 2.—Análisis exploratorio de datos antes y después de la intervención para las variables de ansiedad, depresión y dolor, mediante gráficos de cajas control.

TABLA II. PRUEBA DE MUESTRAS RELACIONADAS

	<i>Diferencias relacionadas</i>					<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. (bilateral)</i>
	<i>Media</i>	<i>Desviación tip.</i>	<i>Error tip. de la media</i>	<i>95% intervalo de confianza para la diferencia</i>				
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>			
Par 1 (BAI) ₀ - (BAI) ₁	6,681	10,369	1,513	3,636	9,725	4,417	46	0,000
Par 2 (BDI) ₀ - (BDI) ₁	4,596	10,204	1,488	1,600	7,592	3,088	46	0,003
Par 3 EVA ₀ - EVA ₁	1,768	2,235	0,326	1,112	2,424	5,423	46	0,000

plicar) de las realizadas después, se empleó la t de Student para comparar la media de las variables antes y después de la intervención (Tabla II).

En relación con las diferencias encontradas entre las puntuaciones de ansiedad, depresión y la intensidad de dolor, tal y como muestra la tabla (niveles de significación menores de 0,005), se obtiene la conclusión de que hay diferencia significativa entre las dos variables, entendiéndose entonces que la intervención ha mejorado los niveles de las variables medidas.

El 70,2% de los sujetos señala que tiene algún familiar con procesos músculo-esqueléticos que ha evolucionado con dolor crónico y un 42,6% tiene algún familiar que ha padecido trastornos psicológicos (Tabla III).

TABLA III. ANTECEDENTES FAMILIARES

<i>Historia/aparición de trastornos psicol. familia</i>		<i>Historia de dolor incapacidad física en familia</i>		<i>Historia de negligencia familiar</i>	
No	Sí	No	Sí	No	Sí
57,4%	42,6%	29,8%	70,2%	78,7%	21,3%

El impacto de la enfermedad ha sido representado a través de las consecuencias del dolor. Antes de la intervención, las actividades que más habían cambiado (a menos) eran: las tareas domésticas (3,53 ± 1,2), el sueño (3,49 ± 1,2), la participación en actividades de ocio (3,49 ± 1,10) y el trabajo (3,45 ± 1,33).

Las actividades que han mejorado y se realizan más son (medidos estos cambios en una escala de 1 a 5, donde 1 es completamente de acuerdo y 5 total-

mente en desacuerdo): ejercicio físico (2,53 ± 1,2), el sueño (2,49 ± 1,14), el trabajo (2,51 ± 1,16), y la participación en la vida diaria (2,4 ± 0,97).

Sólo se han alcanzado pequeñas correlaciones significativas al nivel 0,01 (bilateral), entre: a) historia de trastorno psicológico en la familia y la historia de dolor en familia = 0,372; b) historia de dolor en familia y el impacto de la enfermedad = 0,24; y c) la historia de dolor en familia y la intensidad de dolor = 0,305.

Según la familia lo que se cree que ha cambiado en la persona con fibromialgia y que le ha afectado desde la aparición de su dolor es su carácter y el sueño.

DISCUSIÓN

La muestra estudiada es totalmente femenina, con un nivel de estudios en su mayoría bajo y siendo ama de casa el estatus familiar predominante. Estos datos no difieren de otros estudios tanto extranjeros (3), como nacionales (14), donde se ha encontrado una relación mujer hombre de 21 a 1, afirmando que las personas sin ningún tipo de estudios presentan una mayor asociación con las algias generalizadas.

La media de padecimiento de la enfermedad en la muestra estudiada es de 20 años lo que supone una importantísima fuente de sufrimiento, por no saber realmente qué les ocurre, por las consecuencias psicológicas, familiares y sociales que ello conlleva, hasta que la persona recibe este tipo de asesoramiento-entrenamiento. Esta cifra es algo más elevada que la encontrada en otros estudios que encuentran una media de 11,6 años desde el comienzo de los síntomas (23).

La experiencia de dolor es diaria y con una intensidad media-alta, con un patrón mayoritario de empeoramiento progresivo a lo largo del día, seguido de uno fluctuante, bastante parecido al obtenido en otros trabajos (23), los cuales hallaron una intensidad de dolor de 8,36 en un rango de 0 a 10, con una frecuencia casi diaria (349,53 días al año) y que empeoraba a lo largo de todo el día (19 horas al día).

En la muestra de sujetos, la existencia de antecedentes de dolor o incapacidad física en familiares es 3 de cada 4 personas. Está claro que una importante parte de la muestra ha podido tener modelos muy cercanos de dolor. De hecho encontramos una relación entre la historia de dolor en familia y la intensidad de dolor.

Los antecedentes psicopatológicos en la familia de origen (padres) están presentes en casi la mitad de la muestra, reflejando una relación significativa entre la historia de trastornos psicológicos en la familia y la experiencia de dolor de las personas.

Los agravantes que se reflejan como principales responsables del empeoramiento del dolor son las tensiones y los estados emocionales de irritación y/o ansiedad. De aquí se deduce la importancia de controlar la activación autónoma mediante técnicas de relajación y de expresión emocional que permitan mantener un adecuado equilibrio emocional.

Una de las quejas más comunes que escuchamos en los talleres con personas enfermas de fibromialgia es la dificultad que tienen estas personas para decir "no" a las distintas demandas de su ambiente y de no ser comprendidas, estableciendo un patrón de relación con los que le rodean basado en el dolor. Tras la intervención consideraron ser uno de los componentes del tratamiento más valorados y efectivos para mejorar su sentimiento de autoeficacia.

Los atenuantes que provocan mejora en las sensaciones de dolor son la relajación y los baños calientes. Sin embargo, sólo uno de cada dos pacientes, piensa que el ejercicio físico mejoraría la capacidad del propio cuerpo de tolerar el dolor. El ejercicio es una de las primeras actividades que se abandonan cuando se tiene un problema de dolor, por lo que su educación es un componente esencial del tratamiento. Tras la intervención dos de cada tres incrementaron sus niveles de actividad.

Tras la intervención psicológica los niveles de depresión, ansiedad y dolor disminuyen de forma significativa. El valor de las variables medidas antes del tratamiento excede al de después de la intervención. Siendo la mejoría para 36 personas en el caso de la ansiedad, para 41 cuando hablamos de síntomas cognitivos de la depresión y de 35 en el caso de la percepción

sensorial del dolor, lo cual lo interpretamos como una mejoría en el bienestar emocional de los sujetos.

Tres de cada cuatro (75%) familiares anima al paciente a tener una actitud pasiva y resignada ante su dolor. De hecho, una familia de cada tres cree que el ejercicio físico es causa de dolor. Esto nos hace considerar la importancia del trabajo con el entorno familiar, para conseguir la adaptación del pariente a la situación adversa que supone que una de las personas cercanas sufra fibromialgia, ya que la familia puede ser fuente de ayuda y cooperación si utiliza estrategias adecuadas y también todo lo contrario, si utiliza estrategias poco efectivas para el control y/o reducción del malestar.

Los principales síntomas que acompañan a la experiencia de dolor son por este orden: entumecimiento, ansiedad, mareos, desgana e irritabilidad. Esto justifica la necesidad y el beneficio que estos pacientes encuentran en las técnicas de relajación, sobre todo aquellas que conllevan una distensión muscular (relajación progresiva de Jacobson y pasiva) (37,38) y una regulación respiratoria (respiración diafragmática) (39).

A diferencia de otros estudios (40) no hemos encontrado relaciones significativas en los datos de la muestra entre dolor y depresión, así como entre dolor y ansiedad. No obstante en cuanto a la relación entre estatus familiar, profesional y ansiedad, el grupo en el que se percibe menor cambio es el de mujeres solteras y con trabajo en el sector servicios o funcionario. Referente a la relación entre estatus profesional y depresión se produce una mejoría menor en las personas que no tienen trabajo. Relativo al estatus familiar y depresión la mejoría afecta principalmente a las personas casadas, frente a las solteras y viudas. Interpretamos que el cambio en el tipo de apoyo familiar proporcionado ha podido influir en su mejoría.

En la valoración de la intervención recibida, la población coincidía en su brevedad (se les hacía corta). Asimismo su motivación para continuar a pesar de las tareas propuestas entre semana y las crisis que en esas semanas tenían, no las apartaba de venir a las sesiones. Todos los participantes consideraron que habían conseguido los objetivos propuestos al comienzo de la intervención y que había sido un acierto acudir a este tipo de grupo para el autocuidado. Por otra parte, estos pacientes consideraron las faltas de memoria y la sexualidad como dificultades importantes para su calidad de vida, por lo que futuros estudios deberían tenerlo en cuenta en su protocolo de tratamiento.

En resumen y a pesar de las limitaciones del estudio (muestra reducida y ausencia de periodo de segui-

miento), sus resultados parecen indicar que el tratamiento psicológico propuesto les ha proporcionado beneficios. Por lo tanto, al igual que otros estudios (23), creemos que un adecuado acercamiento a dicho síndrome debería atender a las variables psicosociales, que se sabe son determinantes en problemas de salud crónicos (40), como una parte más del protocolo de intervención, por un equipo interdisciplinar, antes de que se desarrollase el peregrinaje de especialistas y sufrimiento en estas personas.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro agradecimiento a la Asociación de Fibromialgia de Sevilla (AFIBROSE), por su contribución a la realización de este trabajo y a los psicólogos colaboradores del trabajo de campo: Maribel Reina Carrasco, Marta Sáez Pozo y Manuel Gascón Méndez.

CORRESPONDENCIA:
L. A. Merayo
C/ Cueva de la Pileta, 2-2-4ºB
41020 Sevilla
e-mail: merayo@us.es

BIBLIOGRAFÍA

- Smythe H. Fibrositis syndrome: a historical perspective. *J Rheumatol* 1989; 19 (Supl.): 2-6.
- Merayo Alonso LA, León Rubio JM. Análisis de las publicaciones que contienen la palabra clave "Fibromialgia". Póster del IV Congreso de la Asoc Esp Psic Clín Psicopatol. Sevilla, 2004. p. 171.
- White KP, Harth M. Classification, epidemiology, and natural history of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep* 2001; 5 (4): 320-9.
- Wolfe F, Smythe H A, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33(2): 160-72.
- Moldofsky H. Fibromyalgia, sleep disorder and chronic fatigue syndrome. *Ciba Found Symp* 1993; 173: 262-71.
- Hudson JI, Pope HGJ. The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder. *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22 (2): 285-303.
- Adler GK, Manfredsdottir VF, Creskoff KW. Neuroendocrine abnormalities in fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep* 2002; 6 (4): 289-98.
- Weibel RE, Benor DE. Chronic arthropathy and musculoskeletal symptoms associated with rubella vaccines. A review of 124 claims submitted to the National Vaccine Injury Compensation Program. *Arthritis Rheum* 1996; 39 (9): 1529-34.
- Amir M, Kaplan Z, Neumann L, Sharabani R, et al. Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromyalgia. *J Psychosom Res* 1997; 42 (6): 607-13.
- Russell IJ. Advances in fibromyalgia: possible role for central neurochemicals. *Am J Med Sci* 1998; 315 (6): 377-84.
- Yunus MB, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, Feigenbaum SL. Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Arthritis Rheum* 1981; 11 (1): 151-71.
- Campbell SM, Clark S, Tindall EA, Forehand, ME, Bennett RM. Clinical characteristics of fibrositis. I. A "blinded, controlled study of symptoms and tender points. *Arthritis Rheum* 1983; 26 (7): 817-24.
- Clauw DJ, Crofford LJ. Chronic widespread pain and fibromyalgia: what we know, and what we need to know. *Best practi res. Clin Rheumatol* 2003; 17 (4): 685-701.
- Carmona, Gabriel R, Ballina J, Laffon A. Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. *Rev Esp Reumatología* 2001; 1 (28): 18-25.
- Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre C, Romera M, Sanudo I, et al. Consensus report on the diagnosis and treatment of fibromyalgia in Catalonia. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (19): 745-9.
- Reid GJ, Lang BA, McGrath PJ. Primary juvenile fibromyalgia: psychological adjustment, family functioning, coping, and functional disability. *Arthritis Rheum* 1997; 40 (4): 752-60.
- 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(3): 260-5.
- Wolfe F. The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Ann Rheum Dis* 1997; 56 (4): 268-71.
- Bombardier CH, Buchwald D. Chronic fatigue, chronic fatigue syndrome, and fibromyalgia. Disability and health-care use. *Med Care* 1996; 34 (9): 924-30.
- García-Martínez F, Herrera-Silva J, Aguilar-Luque J. Tratamiento del dolor crónico en Atención Primaria. *Rev Soc Esp Dolor* 2000; 7: 453-9.
- Barkhuizen A. Rational and targeted pharmacologic treatment of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 2002; 28 (2): 261-90.
- Williams DA, Cary MA, Groner KH, Chaplin W, Glazer LJ, Rodríguez AM, et al. Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive behavioral intervention. *J Rheumatol* 2002; 29 (6): 1280-6.
- González Alonso AI. Evaluación y tratamiento del síndrome fibromiálgico. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 1999.

24. Górriz F, Garrido-Landívar E, Andueza A, Martínez MD. La terapia cognitivo-conductual en la fibromialgia: En Rev. Huarte de San Juan, Universidad Pública de Navarra. Pamplona, 2002; 8-9: 119-28
25. Richards SC, Scott DL. Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 325 (7357): 185.
26. Collado A. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 401-5.
27. Miró J. Aportaciones de la psicología al tratamiento del dolor crónico: una revisión selectiva II. Condicionamiento operante y tratamiento cognitivo conductual. *Cuad Med Psicosomática* 1991; 18; 6-17.
28. Monsalve Dolz V. Intervención psicológica en el dolor crónico. En: Pascual Orts LM, Ballester Arnal R, eds. La práctica de la psicología de la salud. Programas de intervención. Valencia: Promolibro, 1997.
29. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a metaanalytic review. *Pain* 1992; 49: 221-30.
30. Kerns RD, Turk DC, Holzman AD, Rudy TE. Comparison of cognitive-behavioral and behavioural approaches to the outpatient treatment of chronic pain: a selective review. *Clin Psychol Rev* 1985; 3: 15-26.
31. Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-7.
32. Conde V, Esteban T, Useros E. Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Rev Psi Geral Aplicada* 1976; 31: 469-97.
33. Phillamy, Lewinsohn. Cuestionario de Refuerzos. En: Bas Ramallo F, Andrés Navía V. Terapia cognitivo-conductual de la depresión. Manual de Tratamiento. Madrid: Fundación Universidad Empresa, 1994.
34. McKay, Fanning. Autoestima: evaluación y mejora. Barcelona: Martínez Roca, 1991.
35. Philips HC. El tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Pirámide, 1991.
36. Geisser ME, Roth RS, Robinson ME. Assessing depression among persons with chronic pain using the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale and the Beck Depression Inventory: a comparative analysis. *Clin J Pain* 1997; 13: 163-70.
37. Cautela JR, Groden J. Técnicas de relajación. Barcelona: Martínez Roca, 1985.
38. Vera MN, Vila J. Técnicas de relajación. En: Caballo VE. 3ª ed. Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. Madrid: Siglo XXI, 1995.
39. Vázquez MI. Técnicas de relajación y respiración. Madrid: Síntesis, 2001.
40. Pastor MA. El papel de los factores psicosociales en la fibromialgia. Tesis doctoral. Universidad de Alicante, 1992.