



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

“VIVIR MEJOR A PESAR DE LA FIBROMIALGIA”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA FIBROMIALGIA

Irene Casanova Menal, Nuria de Andrés González, Miguel Ángel Díaz-Sibaja, Verónica Cabañas Rojas.

casanovair@gmail.com

Fibromialgia, tratamiento cognitivo-conductual, grupal, protocolizado, ansiedad, depresión, estrategias de afrontamiento.

Fibromyalgia, cognitive behavioral therapy, anxiety, depression, coping strategies.

RESUMEN

La fibromialgia es un síndrome reumatológico de tipo músculo esquelético en el que aparecen síntomas somáticos y psicológicos, cuya etiología es objeto de investigación científica en la actualidad (1). Se caracteriza por la presencia de dolor crónico generalizado e inespecífico; además de otros síntomas asociados de tipo psicológico (depresión, ansiedad, insomnio). Según los estudios de Branco y cols. (2), la fibromialgia afecta hasta un 5% de la población mundial. La variabilidad de la sintomatología requiere tratamientos multimodales. Dentro de los tratamientos psicológicos, la terapia cognitivo-conductual se considera de probada eficacia. El principal objetivo de este estudio fue implementar y validar el programa de tratamiento cognitivo-conductual en formato grupal y protocolizado que lleva por título “Vivir mejor a pesar de la fibromialgia” (4). La muestra está compuesta por seis pacientes con diagnóstico de trastorno por dolor, que acudieron a la USMC de Algeciras y participaron en dicho programa. Se usaron como pruebas psicométricas el Inventario de Depresión de Beck BDI, Escala de ansiedad y depresión en hospital HADS y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor Crónico CPCI.

Tras administrar el protocolo de tratamiento observamos una mejoría clínica y estadísticamente significativa en las variables BDI depresión, HAD ansiedad, CPCI apoyo social y CPCI autoayuda. El programa de tratamiento se mostró eficaz para disminuir la sintomatología ansioso-depresiva asociada a la fibromialgia y favorecer el aumento de estrategias de afrontamiento de apoyo social y autoayuda.

“VIVIR MEJOR A PESAR DE LA FIBROMIALGIA”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA FIBROMIALGIA

ABSTRACT

Fibromyalgia is a syndromic disease of rheumatological origin characterized mainly by chronic, generalized and non-specific muscle skeletal pain, fatigue, and somatic and psychological symptoms (insomnia, anxiety, depression), whose etiology is not well established and is currently the subject of scientific research (1). Fibromyalgia is an important cause of morbidity in the world, affecting, according to clinical studies carried out in different countries, between 0.5 and 5% of the general population (Branco y cols. 2010). (2). The diversity of symptoms requires multidisciplinary treatments. Within the psychological approach, cognitive-behavioral therapy is considered to be an effective treatment. In this study, we seek as a primary objective to implement and validate the cognitive-behavioral treatment program in a group and protocolized format entitled "Vivir mejor a pesar de la fibromialgia" (4). The sample is composed of six patients with a diagnosis of pain disorder, who came to the USMC in Algeciras and participated in this program. The Beck BDI Depression Inventory, the HADS Hospital Anxiety and Depression Scale, and the CPCI Chronic Pain Coping Strategies Inventory were used as psychometric tests. After administering the treatment protocol the results reflected a clinically and statistically significant improvement in the variables BDI depression, HAD anxiety, CPCI social support and self-help CPC. The treatment program is effective to decrease the anxiety-depressive symptomatology associated with fibromyalgia and favours the increase of social support and self-help affiliation strategies.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una enfermedad sindrómica de origen reumatológico, de más de tres meses de duración, que se caracteriza principalmente por dolor músculo-esquelético crónico, generalizado e inespecífico, fatiga y síntomas somáticos y psicológicos (insomnio, ansiedad, depresión), cuya etiología no está bien establecida y que actualmente es objeto de investigación científica (1).

La fibromialgia es una causa importante de morbilidad en el mundo, afectando, según estudios clínicos efectuados en diferentes países, a entre el 0,5 y el 5% de la población general (2). La prevalencia estimada en España en la actualidad es de 2,4% en la población adulta, siendo mas común en las mujeres (4,2%) que en los hombres (0,2%) (3). La diversidad de síntomas requiere tratamientos multidisciplinarios. Dentro del enfoque psicológico, la terapia cognitivo-conductual se considera un tratamiento eficaz.

El síntoma más destacable de la fibromialgia es dolor crónico generalizado e inespecífico, pero normalmente viene acompañado por otros síntomas físicos como fatiga, cefaleas, parestesias, rigidez muscular y problemas intestinales y urinarios entre otros (5). Por otra parte, es importante atender a otros síntomas que se producen como consecuencia del padecimiento de la enfermedad. En este sentido, algunas investigaciones recientes han constatado que los

“VIVIR MEJOR A PESAR DE LA FIBROMIALGIA”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA FIBROMIALGIA

pacientes con fibromialgia presentan más alteraciones psicopatológicas que la población normal, predominantemente ansiedad y depresión (6); tal es su frecuencia que resultaría recomendable evaluar la presencia de las mismas de forma sistemática y protocolizada en estos pacientes (7). En cuanto a los síntomas depresivos, se ha observado una relación directa entre el aumento de los mismos y los años de evolución de la fibromialgia, de tal forma que los pacientes que llevan más tiempo padeciendo la enfermedad serían los más deprimidos (8, 9). De la misma forma que ocurre en el caso de los síntomas depresivos, la ansiedad (sintomática o psicopatológica) suele ser una reacción emocional altamente prevalente entre los cuadros de dolor crónico (10).

Lazarus y Folkman (11) afirman en su teoría interaccionista, que cuando una situación estresante (por ejemplo, una enfermedad crónica) desborda los recursos personales percibidos por el individuo, se ponen en marcha estrategias de afrontamiento. Estas son definidas como esfuerzos a nivel cognitivo y conductual que sirven para manejar estas demandas externas y/o internas y se diferencian en dos categorías: estrategias pasivas o centradas en el dolor (protegerse, descansar, pedir ayuda y búsqueda de apoyo social) y estrategias activas, focalizadas en el bienestar o no-focalizadas en el dolor (persistencia en la tarea, relajación, ejercicio/estiramiento y auto-afirmaciones de afrontamiento, búsqueda de apoyo social, planificación de actividades agradables o técnicas de distracción).

Las estrategias activas son variables predictoras de un mejor funcionamiento físico de los pacientes con fibromialgia y están relacionadas con una mejor adaptación a la enfermedad (12, 13). Además, se ha evidenciado en algunos estudios que los pacientes con fibromialgia que comienzan a percibir un mayor nivel de autoeficacia emplean y confían más en las estrategias de afrontamiento activas, en detrimento de las pasivas (14).

Distintas revisiones sistemáticas y guías clínicas recomiendan, debido a la variabilidad de la sintomatología de la fibromialgia, emplear tratamientos multimodales: farmacológico, psicológico, rehabilitador y otras terapias no médicas (15).

El tratamiento psicológico de la fibromialgia se considera, en la actualidad, tratamiento de primera elección porque su eficacia se equipara a la conseguida por el tratamiento farmacológico y se muestra superior a tratamientos no psicológicos (16). Hay evidencias de su efectividad a corto y largo plazo, ya sea en formato individual o grupal.

De todos los tratamientos psicológicos, la terapia cognitivo conductual es la que mas apoyo empírico ha recibido (17, 18). Desafortunadamente, pese a la probada eficacia de este tipo de terapias, los meta análisis (19) indican que en muchas ocasiones los pacientes con fibromialgia no reciben tratamiento psicológico de forma paralela a los tratamientos biológicos, siendo aconsejable valorar la idoneidad de no retrasar su inicio excesivamente (20).

Los programas multicomponente combinan diferentes estrategias: fisiológicas conductuales y cognitivas. Las técnicas fisiológicas incluyen principalmente biofeedback o relajación. Respecto a las técnicas conductuales suelen utilizarse programación de actividades, control de las

“VIVIR MEJOR A PESAR DE LA FIBROMIALGIA”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA FIBROMIALGIA

contingencias sociales que puedan estar manteniendo conductas desadaptadas, reajuste de las tomas de medicación y entrenamiento en autocontrol (21, 22). Las técnicas cognitivas persiguen el objetivo de identificar y cambiar los pensamientos automáticos que están relacionados con la sensación subjetiva de dolor, así como modificar aquellas creencias desajustadas que promueven conductas desadaptativas y tienden a mantener el dolor. La psicoeducación también permite conocer la experiencia de dolor por parte del paciente y darle a ésta una explicación coherente, por lo que no debe faltar en ningún programa de tratamiento (12).

Pese a que la evidencia científica avala la eficacia de tratamientos grupales e individuales por igual (23), el formato grupal presenta ventajas con respecto al individual, ya que se aprovechan mejor los recursos sanitarios (espacio, tiempo y profesionales) y por lo tanto supone una optimización del coste de la intervención. Además, el hecho de estar en un grupo con personas que padecen la misma enfermedad, favorece la interacción social; el compartir experiencias incrementa la motivación y la adherencia al tratamiento y fomenta el aprendizaje por modelado de estrategias de afrontamiento. (24, 25).

La División de Psicología Clínica de la Asociación de Psicología Americana (26) en su informe Task Force, propone que para poder determinar la eficacia de un determinado tratamiento psicológico es requisito imprescindible que esté protocolizado, de tal forma que describa claramente todo el proceso de evaluación y tratamiento. Las ventajas añadidas de protocolizar un tratamiento son las siguientes: para empezar, permiten que el clínico optimice el tiempo de planificación del tratamiento, además, facilitan que otros clínicos más noveles puedan desarrollar un programa de tratamiento que haya demostrado su efectividad y eficacia con anterioridad, a pesar de no contar con gran experiencia en este trastorno. Por último, facilita el diseño de estudios de eficacia y la replicación de los resultados con distintos grupos y terapeutas (27).

Por tanto, dado que la terapia cognitivo conductual en su formato grupal y protocolizado, es el abordaje que mayor apoyo y evidencia científica ha recibido en el afrontamiento del dolor, reducción del estado de ánimo deprimido y uso de recursos sanitarios en fibromialgia (28, 29), nos proponemos en este estudio diseñar, implementar y validar el programa de tratamiento cognitivo-conductual en dicho formato que lleva por título “Vivir mejor, a pesar de la fibromialgia” (4).

MÉTODO

Muestra

La muestra inicial estuvo compuesta por un total de doce pacientes, que acuden a la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Algeciras, diagnosticados en el eje I (según el DSM-IV-TR) de trastorno por dolor (F 45.4) y en el eje III de fibromialgia. La mortandad experimental fue muy elevada, de tal forma que sólo el 50% de los pacientes (n=6) devolvieron los cuestionarios en la fase de post-tratamiento y acabaron formando parte de la muestra definitiva. Cinco de

“VIVIR MEJOR A PESAR DE LA FIBROMIALGIA”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA FIBROMIALGIA

ellas eran mujeres (83,33%) y un varón (16,67%). El rango de edad se sitúa entre 25- 61 años, siendo la media de edad de 42 años.

Instrumentos de medida

- Inventario de Depresión de Beck BDI (30). Lo componen 21 ítems, en los que el sujeto debe seleccionar una frase por ítem en función de su grado de identificación. El rango de la puntuación obtenida se encuentra entre 0 y 63, y se dividen en: a) no depresivo o normales, puntuaciones entre 0 y 9; b) depresión leve, puntuaciones entre 10 y 18; c) depresión moderada, puntuaciones entre 19 y 29; d) depresión grave, puntuaciones entre 30 y 63.
- Escala de ansiedad y depresión en hospital HADS (31). Escala de auto-valoración que sirve para discriminar estados de depresión y ansiedad en el contexto de las consultas médicas externas. Está compuesta de 15 ítems donde el sujeto elige aquel con el que se siente más identificado. De esta forma, se obtienen dos puntuaciones: un indicador de depresión y otro de ansiedad. El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global. En la versión original de la escala se proponen los mismos puntos de corte para las dos subescalas: a) de 0 a 7= normal; b) de 8 a 10= dudoso; y c) más de 11= problema clínico.
- Inventario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor Crónico CPCI (32). Evalúa diferentes tipos de estrategias de afrontamiento y está compuesto por las siguientes escalas: evitación, descanso, ayuda, relajación, persistencia, ejercicio, apoyo y autoayuda.

Procedimiento

El estudio experimental estuvo formado por 4 fases: selección de la muestra, evaluación inicial (pre-tratamiento), tratamiento y evaluación de los efectos producidos por la intervención (post-tratamiento).

El programa de tratamiento completo comprende un total de 13 sesiones presenciales en grupo, de dos horas de duración cada una de ellas y con una periodicidad semanal. No obstante, en función de la dinámica y progresión del grupo puede prolongarse dos o tres sesiones más.

Para la realización de esta investigación se elaboró un cuaderno de trabajo destinado a los pacientes, protocolizado, de 116 páginas, y titulado **“Vivir mejor a pesar de la fibromialgia”** (4), en el que se describe detenida y pormenorizadamente todos los registros, ejercicios, dinámicas grupales, tareas para casa y resúmenes de las explicaciones que el terapeuta proporciona en cada una de las sesiones. Asimismo, se grabó para la ocasión y se proporcionó a los pacientes un CD de relajación titulado **“Entrenamiento en relajación muscular progresiva”** (33) para que les sirviera como guía y les facilitara el aprendizaje de las distintas técnicas de disminución de la activación.

A continuación se resume brevemente el contenido de cada una de las sesiones.

“VIVIR MEJOR A PESAR DE LA FIBROMIALGIA”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA FIBROMIALGIA

Primera sesión: presentación del programa “vivir mejor pese a la fibromialgia”, establecimiento de las normas del grupo y las consecuencias y cumplimentación de los cuestionarios del pre-tratamiento.

Segunda sesión: información sobre el dolor: ¿Qué es el dolor?, ¿qué síntomas tiene?, diferencias entre el dolor agudo y el dolor crónico, teoría de la puerta (factores que abren y cierran la puerta), causas y consecuencias del dolor crónico y distintos tratamientos. Esta sesión se lleva a cabo mediante la dinámica de grupo A-3. En grupos de 3 personas intercambian opiniones acerca de la información que tienen acerca de cada uno de los temas relacionados con el dolor, rellenan una ficha de trabajo, para después, contrastar las opiniones surgidas con la información científica. Se analiza la respuesta de dolor en sus componentes físicos, emocionales, conductuales y cognitivos.

Tercera sesión: modelo de afrontamiento. En esta sesión se analizan los factores que influyen en el dolor y se explican las distintas estrategias de afrontamiento que se enseñarán y practicarán durante el programa.

Cuarta sesión: programación de actividades. Explicación de los beneficios de la realización de actividades gratificantes, patrones de actividad inadecuados y equilibrio entre la actividad y el descanso, pautas para las tendencias de actividad e inactividad extremas, elaboración de un programa de actividades semanal (a partir de una lista de más de 500 actividades) y búsqueda de apoyos sociales que favorezcan su puesta en práctica (compromiso público, asignación de una madrina y carta para un familiar).

Quinta sesión: entrenamiento en “relajación muscular progresiva”. Para facilitar el aprendizaje de los distintos procedimientos de relajación, y para facilitar la puesta en práctica de estas técnicas en casa, se les facilitó un CD de relajación para que les sirviera de guía (30). Este material recoge los distintos procedimientos de relajación entrenados (relajación muscular con 10 grupos musculares, relajación con tensión leve, relajación con tensión única y relajación mediante evocación).

Sexta sesión: relajación con tensión leve y entrenamiento en higiene del sueño mediante explicación y puesta en marcha de 14 pautas para restaurar los hábitos del sueño y los ritmos circadianos.

Séptima sesión: relajación con tensión única y técnica de solución de problemas, que intenta modificar la orientación general hacia los problemas de los pacientes, identificar las áreas de sus vidas afectadas por la enfermedad, buscar soluciones alternativas, tomar decisiones respecto a ellas y poner en marcha estas soluciones.

Octava y novena sesiones: procedimiento de reestructuración cognitiva, se enseñó a los pacientes a registrar, analizar, discutir y cambiar aquellos pensamientos negativos que generan sentimientos de ansiedad y depresión. Esta técnica se lleva a cabo resaltando la importancia de nuestras cogniciones en la conducta y las emociones, mediante ejemplos ilustrativos y aludiendo

“VIVIR MEJOR A PESAR DE LA FIBROMIALGIA”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA FIBROMIALGIA

a un esquema (A-B-C) (Estímulo, interpretación y emoción). Se explican también los distintos errores cognitivos que podemos cometer mediante la metáfora de las gafas que nos distorsionan la realidad. Se anima mediante registros a sustituir esas “gafas” por otras objetivas y ajustadas a la realidad.

Décima sesión: técnicas de distracción de la atención, con el fin de disminuir las sensaciones subjetivas de malestar generadas por los síntomas de la fibromialgia. Primero se efectúa una breve explicación de los mecanismos atencionales. Después se exponen las diferentes técnicas, como el no hablar de la enfermedad, centrarse en un objeto, conciencia sensorial, recuerdos agradables y actividades absorbentes.

Undécima y duodécima sesiones: módulo de habilidades sociales. Los objetivos eran: introducir el concepto de asertividad mediante el análisis de los derechos asertivos, descripción e identificación de comportamientos agresivos, pasivos y asertivos, eliminar los obstáculos que pudieran interferir en la comunicación asertiva, reducir la comunicación basada en la queja, aprender técnicas de comunicación asertiva (elemental, con reconocimiento, ascendente) y mejorar la comunicación entre el paciente y su médico, así como con sus iguales.

Última sesión. Esta sesión perseguía el objetivo de hacer que los pacientes asumieran que eran una parte activa, responsable e importantísima en el tratamiento de la fibromialgia, y que las estrategias que habían aprendido en el transcurso de las sesiones podían ser utilizadas, no sólo para los problemas relacionados con el dolor, sino también con cualquier otro problema de la vida diaria.

RESULTADOS

Debido a que la muestra era muy pequeña, no se pudieron asumir los principios de homogeneidad de varianza y el ajuste a la distribución normal, por lo que se decidió utilizar la prueba no paramétrica de Friedman para llevar a cabo el análisis intragrupo (pretest-postest) de las distintas variables evaluadas.

Como se puede apreciar en la tabla 1, el programa de tratamiento “Vivir mejor pese al dolor” resulta eficaz para producir mejoría clínica y estadísticamente significativa en las variables BDI ($p=0,008^*$) y HAD-ansiedad ($p=0,014^*$). Aunque la diferencia que se observa en la variable HAD-depresión tras la intervención no resulta estadísticamente significativa, sí se observa una mejoría clínica.

“VIVIR MEJOR A PESAR DE LA FIBROMIALGIA”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA FIBROMIALGIA

		Pretest		Postest		Sig
		μ	DT	μ	DT	
BDI		32,43	11,80	18,14	4,59	0,008*
HAD	Ansiedad	13,83	3,49	8,67	2,66	0,014*
	Depresión	12,17	2,32	8,67	2,73	0,10

Tabla 1: Datos pretest y postest en los cuestionarios BDI y HAD.

En cuanto a las distintas estrategias de afrontamiento de la enfermedad utilizadas por los pacientes, los resultados de la tabla 2 indican que se produce un incremento estadísticamente significativo en las variables CPCI-apoyo ($p=0,014^*$) y CPCI-autoayuda ($p=0,014^*$). Asimismo, aunque no resulta estadísticamente significativo, también se aprecia un incremento en las estrategias de afrontamiento búsqueda de ayuda, relajación, persistencia en la tarea y ejercicio físico.

CPCI	Pretest		Postest		Sig
	μ	DT	μ	DT	
Evitación	3,46	0,49	3,24	0,91	0,18
Descanso	4	1,08	4,58	1,23	0,18
Ayuda	2,45	1,77	3,25	1,44	0,41
Relajación	1,52	1,52	3,52	1,38	0,10
Persistencia	2,66	1,66	3,77	1,39	0,10
Ejercicio	0,91	0,91	2,23	1,67	0,10
Apoyo	1,50	1,51	2,89	1,57	0,014*
Autoayuda	1,90	0,98	3,93	1,92	0,014*

Tabla 2: Datos pretest y postets en el cuestionario CPCI.

DISCUSIÓN

En relación con los aspectos emocionales de la fibromialgia, es relevante destacar el elevado porcentaje de pacientes que presenta alteraciones psicopatológicas de ansiedad y depresión. Los datos de este estudio reflejan que todos los pacientes con fibromialgia presentaban sintomatología depresiva al inicio del tratamiento, con una puntuación media de 32.43, lo cual indica, según las categorías del BDI unos niveles de depresión grave. Además, también se puede extraer de la evaluación que presentaban unos niveles clínicos de ansiedad, con una puntuación media de 13,83 en la variable HAD-ansiedad.

Estos resultados están en consonancia con lo descrito en la literatura científica, en un doble sentido. Por un lado, coinciden en señalar la elevada comorbilidad existente entre la fibromialgia y los trastornos ansioso-depresivos (9, 10). Por otro lado, se observa que la puntuación en

“VIVIR MEJOR A PESAR DE LA FIBROMIALGIA”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA FIBROMIALGIA

depresión es más extrema cuando se utiliza el inventario de depresión de Beck (BDI), coincidiendo en este sentido con lo descrito por Guthrie (34). La diferencia de puntuaciones en depresión, al comparar los resultados obtenidos con el BDI o con el HAD, podría estar indicando que utilizar sólo el BDI como instrumento de medida de la depresión de estos pacientes podría llevar a una sobreestimación de los niveles de depresión, ya que dicho inventario contiene ítems que miden aspectos biológicos, tales como el insomnio, el cansancio, la irritabilidad, la preocupación por la salud, etc., síntomas, todos ellos, propios de la fibromialgia y posiblemente no motivados por un trastorno depresivo.

La conclusión más relevante que se extrae en relación a las variables emocionales, se refiere al hecho de que el programa de tratamiento psicológico en grupo para la fibromialgia “Vivir mejor a pesar de la fibromialgia” resultó eficaz para producir una mejoría significativa en todas las variables emocionales medidas, tanto en depresión como en ansiedad. Como reflejan los datos, los pacientes que realizaron el programa de tratamiento cognitivo conductual, disminuyeron sus niveles tanto de ansiedad como de depresión al finalizar la intervención psicológica.

Acorde a la literatura científica más reciente (35, 39, 40), la eficacia que el programa de tratamiento protocolizado grupal ha demostrado, teniendo como consecuencia una mejoría clínica y estadísticamente significativa de los síntomas afectivos, se podría explicar por el hecho de que transmite a los pacientes un paquete de estrategias útiles en el afrontamiento de las demandas que supone padecer una enfermedad crónica, facilitando la adaptación a la condición física y psicológica, un incremento en la calidad de vida y una disminución de los posibles trastornos psicológicos. Ejemplo de esta afirmación, son otros estudios que también avalan la eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales grupales en fibromialgia, como por ejemplo los llevados a cabo en la UNED (39), encontrando igualmente un incremento de la calidad de vida, disminución de la sintomatología ansioso-depresiva, descenso de la presencia de pensamientos catastrofistas sobre el dolor, incremento de la autoeficacia percibida en el manejo de los síntomas, reducción de los síntomas somáticos de fatiga y cansancio, descenso del uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas (protegerse) y aumento del empleo de habilidades efectivas de afrontar el dolor (relajación). También es importante la reciente aportación de Luciano y cols. (40), que ratifica la terapia grupal cognitivo conductual como más eficiente que la terapia farmacológica.

Las estrategias que indican un afrontamiento activo (como, por ejemplo, el ejercicio físico, la búsqueda de soluciones, la reinterpretación del dolor y los pensamientos de autoayuda, la búsqueda del apoyo social, la aceptación y adaptación a la enfermedad y la realización de actividades gratificantes), son en líneas generales, las que conllevan un mejor pronóstico (36), ya que facilitan el proceso de adaptación a la enfermedad y además se vinculan con puntuaciones más bajas en depresión y con una mejor calidad de vida (37).

“VIVIR MEJOR A PESAR DE LA FIBROMIALGIA”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA FIBROMIALGIA

En definitiva, puede ser lógico concluir que el programa de tratamiento cognitivo conductual tuvo un efecto positivo sobre la sintomatología de tipo emocional debido a: a) el uso de técnicas terapéuticas avaladas científicamente para el tratamiento de los trastornos emocionales, las cuales producen cambios muy favorables a nivel emocional, cognitivo y conductual (38) y b) se proporcionó a los pacientes una serie de estrategias de afrontamiento, tales como, la relajación, la reestructuración cognitiva o el entrenamiento en habilidades sociales, que resultan eficaces para atender a las demandas de la enfermedad con un menor coste emocional y mejorar la calidad de vida.

Es importante subrayar que otro objetivo que conseguimos con esta investigación, es validar un manual de tratamiento protocolizado para la intervención psicológica en grupo de la fibromialgia, lo que aportará, según Hickling y Blanchard (27) ventajas en comparación con otros manuales de tratamiento protocolizado, en la práctica clínica, en la investigación y en la formación de psicólogos.

A pesar de que los resultados de este estudio son satisfactorios y esperanzadores, debemos interpretarlos con cierta prudencia, ya que en primer lugar, la muestra ha sido muy pequeña (n=6), no existe un grupo control o un grupo placebo que nos permita hacer análisis comparativos y por último no se han hecho seguimientos que nos permitan constatar que la mejoría se mantiene a medio y largo plazo.

En conclusión, observando la fácil implementación del programa y sus buenos resultados, podríamos considerar que la utilización del programa “Vivir mejor a pesar de la fibromialgia” podría resultar beneficiosa, a la par que eficiente, para las personas diagnosticadas de fibromialgia.

A pesar de esto, sería recomendable llevar a cabo futuras investigaciones que, con muestras más numerosas y utilizando un grupo control y un grupo placebo, determinaran la eficacia diferencial de las distintas estrategias que componen el programa de tratamiento multicomponente y un análisis de coste-beneficios que permitieran respaldar dicha afirmación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vallejo MA, Comeche MA, Ortega J, Rodríguez M, Díaz M. Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escritos de Psicología* 2009; 2 (2): 28-34.
2. Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Carbonell JA, Blotman F, Spaeth M, Saraiva F, Nacci F, Thomas E, Caubere JP, Le Lay K, Taied C y Matucci- Cerinic, M. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. In *seminars in arthritis and rheumatism*, 2010; 39 (6), 448-453.
3. Carbonell-Baeza A, Ruiz JR, Aparicio VA, Ortega FB, Munguía-Izquierdo D, Álvarez-Gallardo IC, Segura-Jimenez V, Camiletti-Moirón D, Romero A, Estévez- López, F, Samos B, Casimiro,

“VIVIR MEJOR A PESAR DE LA FIBROMIALGIA”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA FIBROMIALGIA

- AJ, Sierra A, Latorre PA, Pulido-Martos M, Femia P, Pérez-López IJ, Chillón P, Girela-Rejón MJ, Tercedor P, Lucía A y Delgado-Fernández M. Land and water based exercise intervention in women with fibromyalgia. The al andalus physical activity randomised controlled trial. BMC musculoskeletal disorders 2012; 13 (1), 1.
4. Díaz-Sibaja MA, Comeche MI, Martín-Fernández A. *Vivir mejor a pesar de la fibromialgia*. Madrid: Publicaciones www.psicologiadelasalud.es; 2014.
 5. Clauw, DJ. Fibromyalgia and related conditions. Mayo clinic proceedings, 2015; Volume 90, issue 5, Pages 680-692.
 6. Ozcetin AA. Effects of depresión and anxiety on cuality of life of rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromialgia syndrome. The West Indian Medical Journal 2007; 56 (2).
 7. Arnold L, Crofford L, Martin S, Young J, Sharma U. American Academy of Pain Medicine 2009; 8 (8): 633-638.
 8. Máñez I, Fenollosa P, Martínez Azucena A, Salazar A. Calidad del sueño, dolor y depresión en fibromialgia. Revista de la Sociedad Española del Dolor 2005; 12 (8): 491-500.
 9. Rehm S, Koroschetz J, Gockel U, Brosz M, Freynhagen R, Tölle T. y Baron R. A cross-sectional survey of 3035 patients with fibromialgia: subgroups of patientswith typical comorbidities and sensorial symptom profiles. Rheumatology (Oxford) 2010; 49:1146-52.
 10. Gureje O. Comorbidity of pain and anxiety disorders. Current Psychiatry Reports, 2008; 10(4), 318-322.
 11. Lazarus RS, Folkman S. Stress appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
 12. Arnstein P. The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. Disability & rehabilitation 2000; 22: 794-801.
 13. Vallejo MA, Comeche MI, Ortega J, Rodríguez MF, Díaz MI. Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. Escritos de Psicología 2009; 2 (2): 28-34.
 14. Brister H, Turner JA, Aaron LA, Mancl L. Self-efficacy is associated with pain, functioning and coping in patients with chronic temporomandibular disorder pain. Journal of Orofacial Pain 2006; 20: 115-124.
 15. Charles MD, Philiipi PH, Gordon MD, Frank PH. Multimodal analgesia for Chronic Pain: rationale and Future Directions. Pain Medicine 2009; 10, Sup 2: 53-66.
 16. Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, Koenig K, Rief W, y Hofmann SG. Psychological treatments for fibromyalgia: A meta- analysis. Pain, 2010; 151(2), 280-295.
 17. Díaz MI, Comeche MI y Vallejo, MA. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el dolor crónico. En M. Perez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Eds.), Guía de Tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud 2003; (pp.124-140). Madrid: Pirámide.
 18. Turk DC, Swanson KS y Tunks ER. Psychological approaches in the treatment of chronic pain

“VIVIR MEJOR A PESAR DE LA FIBROMIALGIA”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA FIBROMIALGIA

- patients--when pills, scalpels, and needles are not enough. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2008; 53(4), 213-223.
19. Häuser W, Bernardy K, Arnold B, Offenbächer M y Schiltenswolf M. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta- analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis and Rheumatism*, 2009; 61(2), 216-224.
 20. Eccleston C, Williams A, Morley S. Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico (excluida la cefalea) en adultos. *Biblioteca Cochrane Plus* 2009; 3 (2).
 21. Díaz Sibaja MA, Martín A, Díaz MI. Aspectos comportamentales del dolor crónico. Monográfico: Aspectos psicológicos y dolor en atención primaria. DOYMA: Actualizaciones en dolor 2001; 2 (\$): 48-56.
 22. Pérez-Portas L, Cervera IM, Díaz-Sibaja MA y Machado A. Eficacia de un tratamiento cognitivo- conductual en fibromialgia en formato grupal y protocolizado. *Interpsiquis* 2010.
 23. Vallhonrat C, Jiménez Rico B, de Castro-Palomino M y Fábregas M. Ira, fibromialgia y ansiedad: aproximación terapéutica desde un CSM. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2009; 103: 203-215.
 24. Corey G. Teoría y práctica de la terapia grupal. Bilbao: Descleé de Brouwer; 1995.
 25. Morrison N. Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2001; 29, 311-332.
 26. American Psychiatric Association, Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatment: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist* 1995; (48): 2-23.
 27. Hickling EJ y Blanchard EB. The private practice psychologist and manual based treatments: A case study in the treatment of post traumatic stress disorder secondary to motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy* 1997; (35): 191-203.
 28. Thorn BE y Kuhajda MC. Group cognitive therapy for chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 2006; 62(11), 1355-1366.
 29. Bernardy K, Füber N, Köllner V y Häuser W. Efficacy of cognitive- behavioral therapies in fibromyalgia syndrome - a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *The Journal of Rheumatology*, 2010; 37(10), 1991-2005.
 30. Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck. Barcelona: 3º Congreso de Evaluación Psicológica; 1991.
 31. Zingmond AS, Smith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
 32. Jensen MP, Turner JA, Romano JM y Strom SE. The chronic pain coping inventory: development and preliminary validation. *Pain* 1995; (60): 203-216.
 33. Díaz-Sibaja MA y Comeche-Moreno MI. Entrenamiento en relajación muscular progresiva. Bilbao: Publicaciones de www.psicologiadelasalud.es 2009.

“VIVIR MEJOR A PESAR DE LA FIBROMIALGIA”. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN GRUPO PARA LA FIBROMIALGIA

34. Guthrie E, Jackson J, Shaffer J, Thompson D, Tomenson B, Creed F. Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *American Journal of Gastroenterology* 2002; 97(8): 1994-9.
35. Díaz-García MI, Comeche-Moreno MI y Vallejo MA. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el dolor crónico. En Pérez M, Fernández JR, Fernández C, Amigo I. (Coor.). Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Madrid: Pirámide 2003.
36. Pastor y cols. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en las enfermedades reumáticas: el caso de la fibromialgia. En Pérez M, Fernández JR, Fernández C, Amigo I. (Coor.), Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Madrid: Pirámide 2003.
37. Burckhardt CS, Mannerkorpi K, Hedenberg L y Bjelle A. A randomized, controlled clinical trial of education and physical training for women with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology* 1994; 21(4): 714-720.
38. Pérez-Álvarez M, García-Montes JM. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema* 2001; 13(3): 493-510.
39. Ortega Pardo J. Tratamiento cognitivo-conductual protocolizado y en grupo, para la fibromialgia: Aplicación en contexto hospitalario. UNED 2012.
40. Luciano JV, D'Amico F, Cerdá-Lafont M, Peñarrubia-María MT, Knapp M, Cuesta-Vargas AI, Serrano-Blanco A, García Campayo J. Cost-utility of cognitive behavioral therapy versus U.S. Food and Drug Administration recommended drugs and usual care in the treatment of patients with fibromyalgia: an economic evaluation alongside a 6 month randomized controlled trial. *Arthritis Res Ther.* 2014 Oct 1;16(5):451. doi: 10.1186/s13075-014-0451-y.