

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FIBROMIALGIA

ANA LLEDÓ, M^a ÁNGELES PASTOR Y
SOFÍA LÓPEZ-ROÍG
Departamento de Psicología de la Salud
Universidad Miguel Hernández



Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
Intervención psicológica en la fibromialgia	
FICHA 1.....	19
Estado de Salud en la FM	
FICHA 2	22
Factores Psicosociales en la FM	

Documento base.

Intervención psicológica en la fibromialgia

1. La Fibromialgia y su impacto
2. Concepto de dolor y modelos psicológicos sobre Fibromialgia
3. Factores psicosociales y estado de salud en la Fibromialgia.
4. Tratamiento psicológico en la Fibromialgia
5. Habilidades del psicólogo en la Fibromialgia.

Este material se ha desarrollado para proporcionar información y conocimientos que sirvan para la adquisición de habilidades básicas en el manejo de la Fibromialgia (FM) en cualquier contexto sanitario. Para ello, en primer lugar se describe la FM y su impacto en el estado de salud; en segundo lugar se exponen algunas de las aproximaciones teóricas que intentan explicarla; en tercer lugar se resume el rol de los factores psicosociales en la experiencia de dolor de la FM y, finalmente, se plantean algunas cuestiones sobre la intervención psicológica con estos pacientes. Cabe señalar que no se describe un programa de tratamiento específico sino principios generales a tener en cuenta.

1. LA FIBROMIALGIA Y SU IMPACTO

La Fibromialgia (FM) es un problema de salud reconocido como enfermedad por la Organización Mundial la Salud en el año 1992 (ICD-10: código M79.0). Constituye una de las situaciones de dolor crónico generalizado más frecuentes en la población, así como uno de los problemas sanitarios más actuales en los países en desarrollo. De hecho, en nuestro país, el Ministerio de Sanidad y Política Social publicó el pasado año un guía para el manejo de este problema en el contexto sanitario, principalmente de la Atención Primaria (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, MSPS, 2011) cuya lectura recomendamos para los profesionales que trabajan o desean trabajar con personas con FM. Esta guía se encuentra disponible en la página web del Ministerio (<http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>). En ella, se puede encontrar una actualización del tema, estrategias para la evaluación y el tratamiento multidisciplinar de la FM, recomendaciones para el autocuidado de estos enfermos y algunos de los instrumentos consensuados por diferentes organismos y sociedades científicas para la evaluación del estado de salud de las personas con FM y de los principales factores psicológicos sobre los que se dispone evidencia de su influencia.

Recientemente se han propuesto unos criterios diagnósticos que se encuentran en período de validación (Wolfe et al., 2010) y que, además del dolor, consideran otras manifestaciones clínicas como el cansancio, el sueño no reparador, los problemas cognitivos y otros síntomas orgánicos. Sin embargo, de forma mayoritaria se siguen utilizando los definidos en 1990 por la misma Academia Americana de Reumatología y un grupo semejante de expertos (Wolfe et al., 1990). En ellos, la FM se define por una historia de dolor generalizado de más de tres meses de duración, de forma continua, en ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, y con dolor en el esqueleto axial, raquis cervical o tórax anterior. Además, debe producirse dolor a la palpación en al menos 11 de 18 puntos dolorosos preestablecidos. No existen pruebas diagnósticas objetivas (analíticas o pruebas de imagen, entre otras) por lo que el diagnóstico es exclusivamente clínico. El dolor musculoesquelético es el síntoma principal; sin embargo, no es el único, pues los pacientes con FM suelen mostrar otros problemas como alteraciones del sueño, fatiga, cefaleas, parestesias, rigidez, depresión, ansiedad, déficits atencionales y problemas de memoria, entre otros. Esta gran variedad de síntomas a veces es la responsable del peregrinaje de los pacientes por el sistema sanitario hasta dar con el diagnóstico de FM. De hecho, aunque actualmente se ha reducido el tiempo transcurrido desde que el paciente empieza con sus primeros síntomas hasta que obtiene el diagnóstico, nos encontramos con una duración media de inicio los síntomas en torno a los 10 años (Lledó, Pastor, Pons, López-Roig, y Terol, 2009). Por ello, es de vital importancia conseguir el diagnóstico lo antes posible para prevenir los problemas asociados a la cronicidad y disminuir el consumo de recursos sanitarios, tal y como han mostrado algunos autores (Annemans et al., 2008).

Con la FM nos encontramos ante un problema de dolor generalizado, no amenazante de la vida, de curso crónico pero no progresivo, de etiología desconocida y que, en ocasiones, limita de forma considerable a los pacientes que la padecen (Tabla 1). Una de las explicaciones más aceptadas actualmente sobre la FM, es la existencia de alteraciones significativas en los mecanismos de procesamiento del dolor, caracterizadas por un menor umbral en la detección de estímulos potencialmente dolorosos y un estado de sensibilización e hiper-excitabilidad central. Sin embargo, también es cierto que estas alteraciones se han encontrado en otras patologías de dolor crónico, por lo que no se puede afirmar que sean específicas de la FM (MSPSI, 2011).

La FM es un proceso frecuente que, en España, afecta al 2,4% de la población general adulta principalmente mujeres, en una proporción de 9 a 1 (EPISER 2001). Se presenta principalmente en la edad mediana de la vida (de 30 a 50 años) y después disminuye lentamente. Estos datos son similares a los ofrecidos por estudios en otros países desarrollados. Recientemente se han publicado nuevos datos sobre la prevalencia de este problema en Europa, tanto en población procedente de la comunidad como en población en tratamiento en consultas de Reumatología (Branco et al., 2010). Estos autores, utilizando un instrumento de screening para FM, encontraron una prevalencia global del 2.9%, siendo España el país con porcentaje más alto (23%) y Francia e Italia los países con porcentaje más bajo (10%).

En la actualidad, la FM se considera un importante problema de salud pública, puesto que, además de ser una de las patologías más prevalente en comparación con otras enfermedades musculoesqueléticas y de ser la causa más frecuente de consultas por dolor crónico en el contexto de la Atención Primaria (EPISER, 2001), los pacientes presentan peor estado emocional en comparación con otras patologías reumáticas, mayor número de bajas laborales, mayor frecuentación de servicios sanitarios y mayor consumo de medicación (Carmona et al., 2001). Todo ello, junto con la demora que muchas veces se produce en su diagnóstico, ha hecho que este problema genere un elevado gasto socio-sanitario. En concreto, en nuestro país, algunos autores han situado en 847 euros el coste medio anual por paciente con FM relacionado con las visitas médicas, en 473.5 euros el asociado a pruebas diagnósticas y en 1.368 euros el relacionado con sesiones terapéuticas no médicas (Rivera et al., 2009). Estos mismos autores sitúan en 439 euros el gasto medio anual por paciente asociado al consumo de fármacos, mientras que otros lo cifran en 656 euros (Sicras-Mainar et al., 2009). En pacientes con FM atendidos en reumatología, el coste medio anual por paciente se ha cuantificado en 9.982 euros, de los cuales, el 32,5% se atribuye al uso de recursos sanitarios (costes directos: visitas médicas, derivaciones, pruebas complementarias y prescripciones farmacéuticas) (Rivera et al., 2009). En el contexto de la Atención Primaria, los costes directos de la FM han sido significativamente mayores que los generados por otros problemas de salud como el trastorno de ansiedad generalizada, siendo los asociados a la prescripción farmacéutica y a las derivaciones a los especialistas (interconsultas) los de mayor peso (Sicras-Mainar et al., 2009). En ese mismo contexto, Sicras-Mainar, Rejas et al. (2009) al comparar la FM con otra población con problemas médicos, la primera supuso un gasto medio anual extra por paciente de 5.010 euros (costes directos: 614 euros; costes indirectos, laborales: 4.397 euros). El impacto laboral de la FM parece estar fuertemente influido por la comorbilidad psicopatológica, principalmente ansiedad y depresión; además, los costes totales se asocian significativamente con el impacto percibido de la enfermedad, con la intensidad del dolor y su interferencia en las actividades cotidianas y, nuevamente, con la presencia de ansiedad y de depresión (Sicras-Mainar et al., 2009).

Algunas características presentes en los pacientes con FM son: la disminución significativa en la frecuencia y tipo de actividades cotidianas, los largos periodos de reposo, las limitaciones físicas, el absentismo laboral, los problemas de sueño y el cansancio, los problemas familiares, la reducción en el número de contactos sociales, el uso excesivo de fármacos y de servicios médicos y los cambios psicológicos como ansiedad, depresión o irritabilidad, entre otros (Neumann et al., 2000; Sansone et al., 2004). En términos generales, los pacientes con FM identifican cuatro grandes áreas de impacto del problema: síntomas (dolor, fatiga y problemas de sueño), problemas emocionales y cognitivos

(depresión y ansiedad, problemas de concentración, desorganización mental y problemas de memoria), problemas sociales (relaciones familiares y de amistad alteradas y aislamiento social) y problemas de actividad y trabajo (reducción de las actividades cotidianas y de ocio, reducción de la actividad física, interrupción de la promoción profesional o educativa) (Arnold, Crofford, Mease, Burgess, Palmer, Abetz, y Martin, 2008). Cabe señalar

Tabla 1
¿CÓMO AFECTA EL DOLOR CRÓNICO/FM EN EL ESTADO DE SALUD?

- ✓ FUNCIONAL: actividad física, rol laboral, rol doméstico, autocuidado.
- ✓ EMOCIONAL: miedo/ ansiedad, soledad/depresión, culpabilidad, rabia/enfado, indefensión.
- ✓ SOCIAL: relaciones sociales, ocio, relación de pareja y familiar.
- ✓ COGNITIVO: problemas de atención, memoria, concentración.
- ✓ CONDUCTUAL: conductas de dolor, abuso de medicación y de visitas médicas.

que estas áreas se corresponden con las áreas que se recomienda considerar y evaluar desde un concepto multidimensional de estado de salud.

En resumen, los pacientes con FM comparten las características identificadas en pacientes con otros problemas de dolor crónico benigno (Penzo, 1989) (Tabla 2). Todo ello configura un complejo cuadro clínico que necesita de acercamientos integrales en la rutina de cuidado de estos pacientes. Dada su evolución crónica, gran parte del trabajo se deberá dirigir a la prevención secundaria, intentando evitar el empeoramiento de los síntomas y de las diferentes consecuencias vitales arriba mencionadas.

A pesar de compartir las características y problemas arriba mencionados, tal y como se ha señalado en otras ocasiones (Pastor, Lledó, Pons y López-Roig, 2011) es un error pensar en la FM como una población homogénea; compartir síntomas y características no necesariamente implica ser similar en cuanto a su intensidad, frecuencia, variabilidad e impacto. Está demostrada la heterogeneidad de la población con FM, habiéndose identificado diferentes “clusters” o agrupaciones de enfermos con características semejantes entre sí pero distintas entre ellas. En estos “clusters” se han considerado variables relacionadas con el impacto vital de la FM, con el dolor, y con variables cognitivas y emocionales (Barcellos de Souza, Goffaux, Julien, Potvin, Charest, y Marchand, 2009; Giesecke et al. 2003; Thieme, Turk, y Flor, 2004; Turk, 2004; Turk, Okifuji, Sinclair, y Starz, 1996; Wilson, Robinson, y Turk, 2009). En la mayoría de los trabajos que referenciamos, las percepciones de control sobre el dolor y los pensamientos catastrofistas, la ansiedad y la depresión, han marcado la diferencia entre los subgrupos obtenidos.

Hace ya algunos años, algunos autores mostraron que sólo un subgrupo de pacientes con FM presentaba un perfil que llamaron “disfuncional” (Turk, Okifuji, Sinclair y Starz, 1998) aplicando un instrumento de evaluación, diseñado sobre la base de los principios terapéuticos cognitivo-comportamentales (el “Multidimensional Pain Inventory”: Kerns, Turk y Rudy, 1985) y del que se dispone de varias adaptaciones a nuestro idioma, una con dolor crónico heterogéneo (Ferrer, González y Manassero, 1993) y otra con dolor crónico reumático (Pastor, López Roig, Rodríguez Marín, Terol y Sánchez, 1995). Utilizando las puntuaciones en el instrumento arriba mencionado, Turk et al (1998) dividieron a los enfermos con FM en tres grupos, según tres perfiles psicosociales diferentes. Aplicaron un tratamiento multimodal (ejercicio aeróbico; pautas de actividad diaria y educación: manejo de la medicación, manejo del estrés y el dolor) y mostraron cómo la eficacia del tratamiento variaba según los grupos. El grupo que alcanzaba una mejoría significativamente mayor era el del perfil llamado “Disfuncional”, integrado por personas con una alta intensidad de dolor, alta interferencia del dolor, alto distrés psicológico, bajos niveles de actividad y baja percepción de control. Junto con este perfil, los autores identificaron dos más, el perfil con “Estrés Interpersonal” (a las características anteriores se añade la baja percepción de respuestas de apoyo y la alta percepción de respuestas de castigo ante el dolor por parte del medio social cercano) y el perfil que llaman “Afrontador” (alta percepción de apoyo social, baja intensidad de dolor y baja interferencia percibida del mismo, altos niveles de actividad, bajo distrés y alta percepción de control). Estos perfiles han sido replicados de forma consistente en diferentes problemas de dolor crónico como, por ejemplo, el dolor lumbar, de cabeza, oncológico y también en otros pacientes con FM (Turk, 2005).

Otros autores, utilizando el “Fibromyalgia Impact Questionnaire” (FIQ: Burckhardt et al., 1991) han clasificado dos grupos de pacientes con FM diferenciados fundamentalmente por el grado de distrés (ansiedad y depresión) y de cansancio matutino (Tipo I: caracterizado por los niveles más bajos de depresión, ansiedad y cansancio matutino; Tipo II: Niveles altos de dolor, fatiga, cansancio matutino, ansiedad y depresión). Ambos grupos, mostraron respuestas de hiperalgesia al dolor experimental, por lo que, según los autores, no se puede considerar la presencia de distrés como un hecho universal en estos pacientes (Barcellos de Souza et al., 2009). A su vez, variables psicológicas como el catastrofismo y la percepción de control discriminaron la pertenencia a uno u otro grupo (Barcellos de Souza et al., 2009). Esta clasificación ha sido replicada en enfermos con FM de nuestro país, encontrando que la mayoría se situaban en el perfil Tipo II (81.2% de los enfermos evaluados) (Calandre, García-Carrillo, García-Leiva, Rico, Molina y Rodríguez-López, 2011). Cabe señalar que la clasificación se hace sobre las puntuaciones en las subescalas del FIQ, que es un instrumento reco-

TABLA 2
CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

- ✓ Meses-Años con dolor
- ✓ Tratamientos/pruebas/consultas
- ✓ Percepción fracaso recursos terapéuticos
- ✓ Disminución/abandono de actividades habituales
- ✓ Excesivo reposo
- ✓ Abuso psicofármacos
- ✓ Alteraciones del sueño, emocionales, fatiga.
- ✓ Implicación familiar centrada en cuidados
- ✓ Causa no identificada= incomprensión/rechazo social y, en ocasiones, profesional
- ✓ Absentismo laboral

mendado para evaluar el impacto de la FM y del que se dispone una versión validada y de consenso (Esteve Rivera, Salvat, Gracia, y Alegre, 2007); constituye uno de los indicadores de percepción de estado de salud que más se utilizan tanto en la clínica como en la investigación sobre FM. De hecho, y a pesar de algunos problemas, en la actualidad es el instrumento de elección para evaluar el estado de salud de las personas con FM (MSPS, 2011).

Finalmente, Giesecke et al (2003) encontraron tres agrupaciones de pacientes con FM utilizando variables emocionales (depresión) cognitivas (catastrofismo y percepción de control) y de dolor (hiperalgesia). Uno de ellos solo mostraba puntuaciones extremas en dolor, sin ningún problema de tipo emocional o cognitivo; otro, presentó puntuaciones altas en depresión, catastrofismo y dolor, y bajas en control percibido; el grupo más numeroso presentó un grado moderado de depresión, catastrofismo y percepción de control y bajo dolor. Nuevamente, se pone de manifiesto la importancia de la consideración simultánea de variables psicológicas y de dolor.

En resumen, la evidencia disponible muestra que, entre las personas con FM, hay una amplia variabilidad de respuestas de adaptación al problema que se deben considerar a la hora de planificar los tratamientos. Sin embargo, nos gustaría recordar que este hecho no es exclusivo de la FM pues en otras enfermedades que cursan con dolor también ocurre algo semejante.

2. CONCEPTO DE DOLOR Y MODELOS PSICOLÓGICOS SOBRE FM

Desde que en las décadas de los 60 y 70 fueran apareciendo las diferentes definiciones y modelos de abordaje del dolor, se ha evolucionado hacia la consolidación de un modelo de trabajo que asume la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales para dar una explicación lo más amplia posible de este complejo fenómeno. En el año 1979 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) consensuó una definición del dolor para promover un lenguaje común entre los distintos especialistas que trabajan con estos pacientes y además, recoger la multidimensionalidad mencionada: *“El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, generalmente asociada a un daño tisular real o potencial, o descrito en términos de dicho daño y cuya presencia se manifiesta por alguna forma de conducta observable, visible o audible”*. En relación con esta definición, se señalaron algunas matizaciones que son importantes en el contexto que nos ocupa y que, de algún modo, señalan la importancia del trabajo conjunto desde diferentes disciplinas, siendo la Psicología una de ellas:

- ✓ Cada persona aprende el significado y la aplicación de la palabra dolor mediante experiencias previas, suyas o de su entorno, relacionadas con daños, heridas o lesiones.
- ✓ Muchas personas informan de dolor en ausencia de daño tisular; ahora bien, si se considera el informe del sujeto no existe forma de distinguir si esta experiencia es debida o no a daño tisular.
- ✓ La actividad inducida en el receptor nociceptivo por un estímulo nocivo no es dolor. El dolor es un estado psicológico, aunque frecuentemente se puede apreciar la causa física.
- ✓ La palabra “emocional” convierte al dolor no sólo en una experiencia fisiológica sino también psicológica, mientras el vocablo “potencial” sugiere que se puede experimentar dolor sin que exista una lesión. La inclusión de estos dos términos permitiría hablar de dolor en personas en las que no se detecta causa física. La experiencia dolorosa debe asumirse como real en el individuo que la sufre, tanto en presencia como ausencia de patología orgánica demostrable.
- ✓ Es importante destacar que la definición se centra en sus características y no en la causa, por tanto el enfoque no es la causa sino la conducta de dolor.

Todo lo mencionado es relevante para entender de forma global la pertinencia del acercamiento psicológico a los problemas de dolor crónico de la FM. Así como las diferentes aproximaciones teóricas para explicar el fenómeno del dolor fueron evolucionando hacia modelos multidimensionales, los modelos explicativos de la FM también se desarrollaron en el mismo sentido: por un lado se plantearon modelos biológicos desde las distintas especialidades médicas y, por otro, desde la psicología, se desarrollaron modelos que han pasado desde explicaciones basadas en la psicopatología (hoy en desuso) hasta explicaciones psicosociales, sobre todo desde la perspectiva de los procesos de estrés-afrentamiento. Es imposible -o debería serlo- trabajar en FM sólo desde una perspectiva, ya que significaría considerar sólo una parte de la compleja experiencia que supone como problema de dolor crónico, que hemos intentado resumir en el apartado anterior.

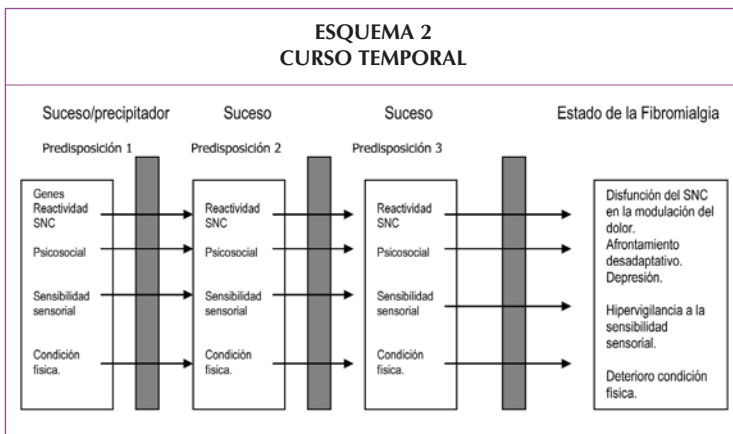
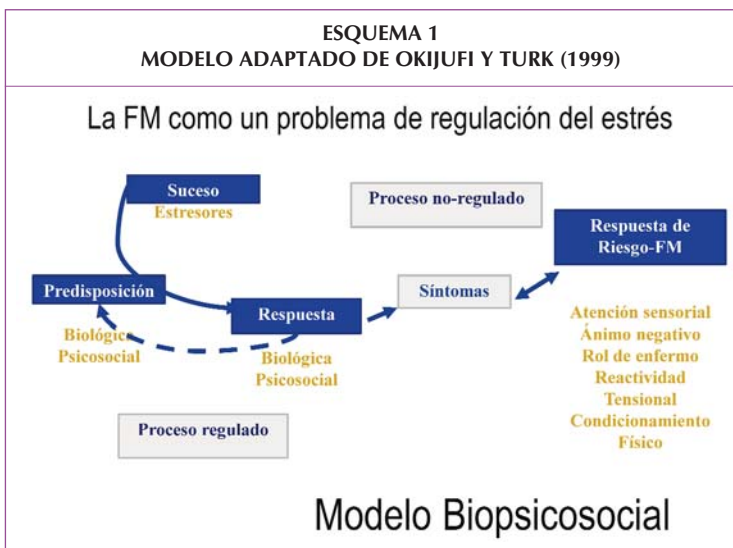
Más recientemente, los avances de las últimas décadas en la investigación sobre la FM han permitido el desarrollo de modelos biopsicosociales incluyendo factores relevantes de todas las dimensiones de los modelos anteriores. Entre éstos, destaca el modelo de Okifuji y Turk (1999) como uno de los marcos explicativos más utilizados. Basándose en la literatura

desarrollada al respecto, estos autores señalan que resulta razonable asumir que tanto las alteraciones biológicas como las psicológicas están implicadas en el desarrollo y mantenimiento del síndrome. En este sentido, su propuesta teórica, por un lado, reproduce los modelos y/o enfoques de estrés tradicionales desarrollados para describir los aspectos biológicos involucrados en la relación entre el estrés y la aparición síntomas y/o enfermedades; y por otro, resalta la importancia del afrontamiento como mecanismo de adaptación al medio o a un proceso de enfermedad. Estos autores proponen un modelo de estrés dinámico que incluye factores biopsicosociales premórbidos (de predisposición), precipitantes (o desencadenantes), y cronificadores (respuestas de riesgo frente al estrés). En el modelo se considera que la FM es el resultado de un problema en el procesamiento de la información debido a un desequilibrio en el sistema de respuestas frente al estrés.

En el esquema 1 se muestra el modelo hipotético que describe a los individuos con riesgo a desarrollar FM. Un estresor provoca automáticamente respuestas fisiológicas y psicosociales, y estas respuestas son moduladas por predisposiciones biológicas (como información genética) y de experiencia (historia previa de aprendizaje). Como consecuencia, un individuo puede reparar en la presencia de ciertos síntomas como un dolor moderado o fatiga. Se supone que respuestas adaptativas de afrontamiento (como relajación o esfuerzos rehabilitadores, entre otras) tienen un papel homeostático, de equilibrio, en cuanto que restituyen tanto las reacciones fisiológicas como las psicológicas a un nivel basal, regulando así el proceso. Sin embargo, en algunos individuos el sistema falla a la hora de ejecutar el proceso autorregulador. La inhibición de este proceso puede ser debida, según los autores, a factores de predisposición (excesiva reactividad del sistema nervioso central, pensamientos disfuncionales como bajas expectativas de autoeficacia o catastrofismo, entre otros), ambientales (número e intensidad de estresores dados o disponibilidad de apoyo social, entre otros) o a la posible interacción de ambos tipos de factores. Las respuestas desadaptativas como los desequilibrios en el sistema nervioso central (por ejemplo: cuando se producen deficiencias en los niveles de serotonina: Russel et al., 1992) y las respuestas cognitivo-conductuales maladaptativas (por ejemplo, errores cognitivos: Turk, 2005), se manifiestan cuando el sistema falla en la autorregulación, dando lugar a las respuestas que sitúan a los individuos con riesgo de desarrollar la FM. Un aspecto central de este modelo es el tiempo, ya que permite que ese conjunto de respuestas de riesgo evolucione hacia un repertorio sistemático y dominante de respuestas ante el estrés, disminuyendo los umbrales y la tolerancia ante estresores menores. Es decir, todo el conjunto de reacciones fisiológicas y psicosociales son desencadenadas por estresores leves que no se considerarían como tales para la mayoría de los individuos.

Los distintos factores “etiológicos” que se plantean en el modelo se pueden delimitar desde el curso temporal (descrito en el esquema 2).

En este esquema, los factores predisposicionales disfuncionales los entenderíamos como aquellos que operan inhibiendo la regulación del proceso, que se encuentra sobre-activado por la reacción ante los estresores iniciales y que, a su vez, modulan o median respuestas no adaptativas. Este proceso favorece la configuración de un nuevo estado predisposicional hasta llegar al desarrollo del cuadro fibromiálgico. Los factores cronificadores se entenderían como el conjunto de respuestas dominantes y sistematizadas (desadaptativas) presentes una vez que ya se ha desarrollado el cuadro sindrómico de la FM, y que mantienen o incluso empeoran el cuadro clínico y psicosocial, retroalimentando también el proceso descrito.



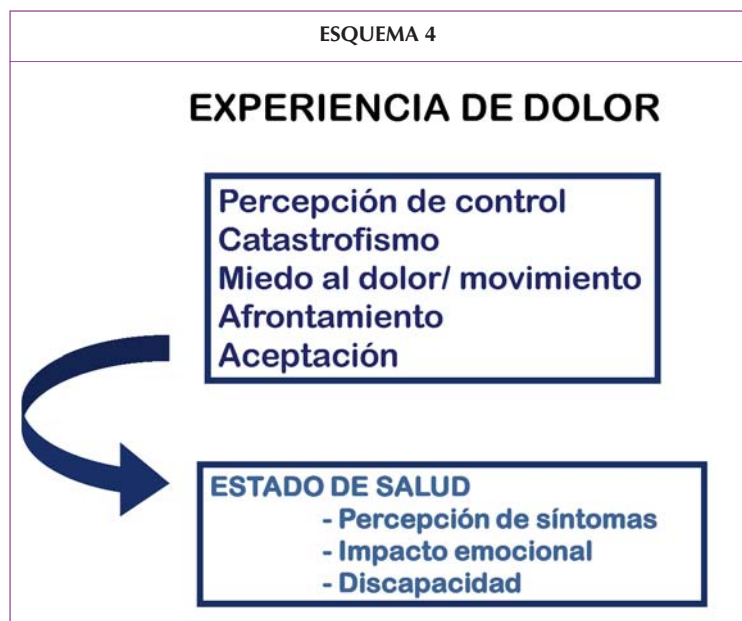
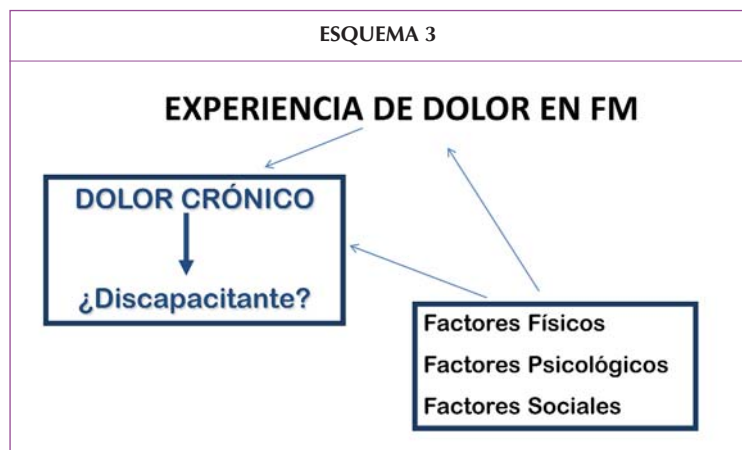
Desde este modelo, la influencia de los factores psicosociales en el desarrollo de la Fibromialgia no se limita a un periodo concreto, sino que están presentes en todo el proceso, como factores de predisposición, desencadenantes y cronificadores. Desde un punto de vista clínico, los autores del modelo subrayan la importancia de la evaluación y tratamiento multifactorial. Dada la compleja red de trayectos conectados, considerar un solo factor sería inadecuado pues por él mismo no provocaría un cambio substancial en el proceso de adaptación o sobre los síntomas. Los autores señalan que los procesos descritos se retroalimentan de forma dinámica, por lo que no plantean una secuencia causal entre ellos. Al mismo tiempo, el modelo sugiere que la Fibromialgia es una alteración de los mecanismos biopsicosociales que regulan la homeostasis de los sistemas adaptativos, generando un cuadro de hipersensibilidad e hipervigilancia a los síntomas (Turk, 1996).

3. FACTORES PSICOSOCIALES Y ESTADO DE SALUD EN FM

Es en el contexto de la multidimensionalidad arriba mencionada desde donde se debe situar el estudio de los factores psicosociales en la experiencia de dolor crónico de la FM (Esquema 3). Asumiendo el modelo biopsicosocial, se ha podido demostrar la aportación de distintos factores a la explicación de los resultados de salud en la FM y a su evolución. La pregunta a resolver se centraría en identificar los factores que hacen que un dolor crónico tenga mayor o menor efecto discapacitante en la vida de la persona que lo padece.

Acorde con el planteamiento descrito en el apartado anterior, los factores psicosociales serán básicos en el trabajo con estos pacientes, pues interviniendo sobre ellos se podrá influir en la experiencia de dolor y en su impacto en el

estado de salud de la persona. Esta perspectiva resulta relevante considerando, además, que el dolor crónico se muestra resistente al tratamiento farmacológico. Por tanto, a la hora de plantear el abordaje psicológico de la FM es necesario conocer cuáles son esos factores y de qué proporciones de varianza explicada de los resultados de salud son responsables. Solo de este modo podremos diseñar de forma adecuada nuestras intervenciones. Tal y como hemos señalado previamente, cabe señalar, también, que la perspectiva de la que partimos para este trabajo es la que nos ofrece la Psicología de la Salud en el abordaje de problemas crónicos (Pastor, Lledó, Pons, y López-Roig, 2011). Es decir, manejamos una perspectiva rehabilitadora que hará que intentemos mejorar las diferentes dimensiones del estado de salud de estos pacientes como son la función física, psicológica y social, así como la disminución de síntomas. Trabajaremos desde la explicación del resultado o funcionamiento del paciente y no desde el “origen” del problema. Es un hecho comprobado que, con frecuencia, se da una escasa asociación entre el deterioro producido por un problema de salud que cursa con dolor y el funcionamiento de la persona en diferentes áreas vitales. Por tanto, es razonable pensar que otros factores, diferentes de los exclusivamente biomédicos, puedan explicar parte de la variabilidad en este funcionamiento (Pastor, 2009). En este sentido, se ha podido constatar la implicación de factores cognitivos y emocionales en la percepción de dolor y en el impacto vital de la FM (Pastor et al., 2011) (Esquema 4). A continuación presentamos de forma



muy resumida algunas de las evidencias más importantes en relación con los factores identificados como relevantes en la experiencia de la FM y remitimos al lector interesado a trabajos anteriores donde se hace una exposición más extensa (Pastor et al., 2011; Peñacoba, Velasco y Gómez, 2011).

La Autoeficacia y, más recientemente, la Aceptación del dolor, han mostrado efectos positivos en los resultados de salud de los pacientes con FM. Está fuera de toda duda el efecto positivo de la percepción de Autoeficacia (AE), apareciendo como el proceso psicológico responsable del éxito adaptativo en problemas de dolor crónico musculoesquelético y en la FM (Lledó et al, 2010; Martín-Aragón et al., 2000; Pastor, Martín-Aragón y Lledó, 1999). La Autoeficacia también ha sido el predictor del éxito a medio plazo de un tratamiento psicológico multicomponente (Dobkin Liu y Abrahamowicz, 2010). Por otro lado, la Aceptación de que el dolor es incontrolable se asocia a un mejor funcionamiento y/o a un mejor bienestar psicológico (Esteve, Ramírez-Maestre, y López-Martínez, 2007; McCracken, Vowles, y Eccleston, 2005; Viane, Crombez, Eccleston, Poppe, Devulder, Van Houdenhove, y De Corte, 2003). La Aceptación del Dolor supone asumir la incontrolabilidad del mismo sin necesidad de resistirse a él, ni de implicarse activamente en el cambio de las sensaciones dolorosas ni en el de los pensamientos y emociones asociadas por muy intensas que sean, continuando, además, con las actividades habituales (Esteve et al, 2007; García-Campayo y Rodero, 2009; McCracken, 1998). En nuestro país disponemos de instrumentos validados para valorar la percepción de Autoeficacia en pacientes con dolor crónico (Martín-Aragón et al., 1999) y la Aceptación en pacientes con FM (González, Fernández y Torres, 2010; Rodero et al., 2010).

De entre los factores que, de forma consistente, han mostrado efectos negativos, destaca el pensamiento catastrofista. El Catastrofismo ante el dolor es una orientación cognitiva negativa y desproporcionada ante estímulos dolorosos que, a su vez, consta de tres componentes: rumiación (no poder parar de pensar sobre el dolor, por ejemplo en cuánto duele), magnificación (exagerar las propiedades amenazantes del estímulo doloroso, como pensar que el dolor está avisando de que se tiene una enfermedad grave) e indefensión (estimar no poder hacer nada para influir sobre el dolor, como por ejemplo, pensar que no hay nada que se pueda hacer para reducir su intensidad) (Sullivan, Bishop, y Pivik, 1995; Sullivan, Thorn, Haythornthwaite, Keefe, Martin, Bradley, y Lefebvre, 2001). Dado el estado de la investigación en FM sobre la relación del catastrofismo con el dolor, la depresión y el impacto físico, la modificación de estas cogniciones se considera un objetivo crucial de intervención (García-Campayo et al., 2009; Van wilgen, Bloten, y Oeseburg, 2007). Igualmente se recomienda su evaluación (pre y post) como criterio para evaluar la eficacia de un tratamiento (Wilgen, Ittersum, Kaptein y Wijhe, 2008) y se considera, junto con otros, un factor pronóstico y predictivo de las respuestas a los tratamientos (Thieme et al., 2007). Disponemos de un instrumento adaptado y validado al castellano para pacientes con FM (García-Campayo et al., 2008).

El Miedo al dolor o al movimiento también ha mostrado efectos negativos en el estado de salud de las personas con FM. La creencia de que la actividad causa más dolor, o que el dolor junto con la actividad causa más daño, o que el dolor es un síntoma indicativo de patología grave explica el patrón de evitación de la actividad encontrado en estos pacientes. En ocasiones, el personal sanitario contribuye al mantenimiento de estas creencias al recomendar la evitación de actividades (Linton, Vlaeyen y Ostelo, 2002). Aunque esta recomendación es correcta para el dolor agudo, no lo es como tratamiento de elección en el caso del crónico. La presencia del miedo a la actividad y al dolor (al margen de la patología física) se asocia a un pobre funcionamiento físico, lo cual parece que se generaliza a otras situaciones de la vida cotidiana que implican actividad (Crombez, Vlaeyen, Heuts, y Lysens, 1999; Vlaeyen y Crombez, 1999). Recientemente se ha adaptado al castellano, en pacientes con dolor crónico, una de las escalas más utilizadas para evaluar el Miedo al Movimiento (Gómez, López y Ruíz, 2010).

El Afrontamiento constituye uno de los procesos más estudiados en dolor crónico y en FM. Los resultados muestran efectos positivos o negativos en el estado de salud de los pacientes, en función del tipo de estrategias y del área de estado de salud que consideremos. Simplificando mucho, y en términos generales, las estrategias que suponen esfuerzos de aproximación al problema y sus consecuencias (estrategias "Activas": desviar la atención del dolor, mantener la actividad a pesar del dolor, entre otras) intentando manejar el dolor y funcionar con y a pesar de él, suelen presentar efectos positivos. Mientras que ocurre lo contrario con estrategias que implican esfuerzos pasivos y/o evitativos del problema (estrategias "Pasivas", como reposo o pensamiento evitativo, entre otras). Es en este último caso donde los resultados son más consistentes respecto de su asociación con mayor dolor y peor funcionamiento físico, mientras que las estrategias activas se asocian a mejor estado emocional presentando resultados variables en relación con las otras dos áreas del estado de salud mencionadas (Pastor et al., 2011). Sin embargo, cabe señalar que el aprendizaje de estrategias de afrontamiento del dolor es una parte central en los diferentes programas de tratamiento cognitivo-conduc-

tual. En general, en ellos se incluye el ejercicio o la relajación junto con educación o información sobre el problema, el manejo de emociones y la adquisición de diferentes estrategias como la solución de problemas o la reestructuración cognitiva, entre otras (Pastor, Martín-Aragón, Pons, y Lledó, 2003). Disponemos de la adaptación del Inventario Vanderbilt para el afrontamiento del dolor, que valora el uso de estrategias activas y pasivas en el manejo del dolor crónico (Esteve, Ramírez y López, 2004).

Recientemente, en nuestro país, con la idea de ofrecer un índice combinado de afectación en FM, se ha trabajado en la elaboración de un instrumento que, desde una perspectiva clínica e integral, recoge la evaluación de la mayoría de los constructos mencionados hasta el momento así como las variables de estado de salud más relevantes en FM (Vallero, Rivera, Esteve y Grupo ICAF, 2010). Tal y como afirma uno de sus autores, el ICAF (Índice Combinado de Afectación en pacientes con Fibromialgia) aparece como una herramienta rápida y eficaz en la práctica clínica diaria, para identificar el grado de afectación de los pacientes así como algunos de sus recursos, además de ser sensible a los cambios asociados al tratamiento (Rivera, 2011).

En resumen, los factores psicosociales mencionados han demostrado añadir varianza explicada (muchas veces en mayor proporción que los factores biológicos) al dolor, a la discapacidad de estos pacientes, e incluso al consumo de recursos sanitarios (Crofford y Clauw, 2002; Hawley, Wolfe, Lue y Moldofsky, 2001; Lledó, Pastor, López-Roig, y Nieto, 2011; Pastor, Lledó, López-Roig, Pons y Martín-Aragón, 2010) y son, por tanto, una de las herramientas fundamentales para realizar intervención y prevención de la cronificación en la FM. Actualmente, existe evidencia de su influencia en la evolución de este síndrome y de su implicación en las formas de adaptación al mismo. Sin embargo, en la práctica clínica no está muy extendida su consideración, aunque recientemente se ha propuesto un protocolo de actuación que incluye la atención y manejo de estas variables (MSPSI, 2011) todavía está por implantar en la práctica cotidiana.

4. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN LA FM

A continuación se presenta una serie de ideas clave en el abordaje de los pacientes con FM:

- ✓ Algunas de las áreas problemáticas para los pacientes con FM pertenecen al dominio psicológico, como son los problemas emocionales (ansiedad y depresión) y los cognitivos (problemas de memoria, de concentración y velocidad de procesamiento de la información) (Arnold et al., 2008). Sin embargo, no hay que olvidar que en el ámbito de muchas enfermedades crónicas, es difícil encontrarse ante problemas únicos y con límites bien definidos, lo frecuente es la presencia de varios problemas simultáneos y los relacionados con la esfera psicológica son una parte de esta situación (Pastor et al., 2011). En la FM, aunque se reconoce la existencia de problemas psicológicos, se asume que son consecuencia y no causa de la enfermedad. Cabe recordar aquí los diferentes estudios mencionados en el primer apartado, donde se muestra la heterogeneidad de los pacientes con FM en relación con las variables de estrés (por ejemplo, Barcellos de Souza et al., 2009; Calandre et al., 2011). Del mismo modo que ocurre en otros problemas de dolor crónico, tal y como hemos comentado, es posible que aparezcan problemas de esta índole en un subgrupo de pacientes y que agraven el cuadro sindrómico y dificulten el tratamiento. Lo fundamental, por tanto, será diseñar un tratamiento centrado en las necesidades psicológicas y conductuales de la persona y no sólo en el alivio farmacológico del dolor. Cualquier estrategia terapéutica que no considere esta necesidad será incompleta e ineficaz (Gatchel, 2004; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007; Gatchel y Okifuji, 2006). Sin embargo, hay que subrayar que esto no supone la identificación de FM con psicopatología (de hecho, como se ha comentado, no hay datos concluyentes acerca de la existencia de un perfil psicopatológico típico en estas personas) solo la necesidad de trabajar desde el inicio (y no solo en situaciones de gravedad) considerando todos los factores que intervienen en la experiencia de dolor crónico de la FM.
- ✓ Hoy en día está ampliamente reconocido que el tratamiento más eficaz para estos enfermos combina la intervención farmacológica, física (ejercicio aeróbico moderado) y psicológica (terapia cognitivo-conductual). La demostración de la participación de variables psicológicas y conductuales (percepciones de control, pensamientos catastrofistas, estrategias de afrontamiento, miedo al movimiento, estados emocionales, conductas de dolor y su condicionamiento, o la evitación conductual, entre otras) en los resultados de salud, hace que la intervención cognitivo-conductual de las personas con FM deba ser un tratamiento de elección (Pastor et al., 2011; Peñacoba et al., 2011). Además, el hecho de que los pacientes presenten multitud de síntomas precisa que, con frecuencia, se realicen intervenciones simultáneas para tratar varios aspectos de la enfermedad (Abeles, Solitar, Pillinger, y Abeles, 2008). La evidencia disponible muestra que la combinación de intervenciones cognitivo-conductuales y biomédicas

son la opción terapéutica más eficaz para la mejoría en los resultados de salud en la FM (Häuser, Bernardy, Bernhard, Bernhard, y Schiltenwolf, 2009; Kröner-Herwig, 2009; Sarci-Puttini, Buskila, Carrabba, Doria, y Atzeni, 2008) y que esto también es así para otros problemas de dolor crónico musculoesquelético (Gatchel y Okifuji, 2006; Kröner-Herwig, 2009; Morley, Williams, y Hussain, 2008).

- ✓ En el estudio de cualquier cuadro de larga duración, valorar el factor de cronicidad supone atender al hecho de que las costumbres y el estilo de vida del paciente hayan tenido que experimentar modificaciones a raíz del proceso doloroso. Los cambios en los hábitos funcionales indicativos de una peor calidad de vida, y los problemas de adaptación consiguientes, se convierten en los principales aspectos a contemplar en el tratamiento, y por lo tanto a evaluar. Asimismo, es necesaria una valoración completa acorde con la concepción de la experiencia del dolor como fenómeno multidimensional (factores físicos, emocionales, cognitivos, comportamentales y sociales). Por lo tanto la evaluación, y el tratamiento, no se deben restringir a una sola área, sino que se deben considerar todas las dimensiones. En apartados anteriores, y al hilo de la exposición, hemos señalado instrumentos de los que disponemos en nuestro país para evaluar tanto el impacto de la FM como los factores predictores del mismo. En cualquier caso, recomendamos al lector que consulte algunos documentos de consenso, como por ejemplo el de la Sociedad Española de Reumatología (Rivera et al., 2006) o el consenso interdisciplinar para el tratamiento de la FM (Alegre et al., 2010), así como la guía sobre FM ya mencionada (MSPSI, 2011). Cabe recordar que la ausencia de pruebas biológicas o radiológicas que indiquen el grado de gravedad del problema, hace que la percepción que la persona tiene del impacto del mismo en su Estado de Salud, sea una de las principales medidas de resultado para valorar la eficacia de los tratamientos (Collado et al., 2002).
- ✓ Desde la perspectiva cognitivo-conductual, en Psicología de la Salud nuestro trabajo debe dirigirse a mejorar la función y/o paliar o amortiguar los efectos de la cronificación. La persona vivirá con su dolor y a pesar de su dolor, con períodos estables combinados con otros de mejoría y de empeoramiento, pero con el dolor presente, alguna de las perspectivas terapéuticas más actuales enseñan a dirigir los esfuerzos de control de la persona a aquellas áreas que realmente son controlables y no a la intensidad del dolor (Vallejo, 2008). Nuestros objetivos serán compartidos con el resto de disciplinas: disminuir síntomas y mejorar la función, en definitiva, re-habilitar al paciente para una mejor calidad de vida. Sin embargo, nosotros utilizaremos la intervención sobre los procesos psicológicos y conductuales intervinientes en esos resultados.
- ✓ En la actualidad disponemos de varios meta-análisis donde se muestra claramente que la terapia cognitivo-conductual tiene efectos significativamente positivos sobre la depresión, la percepción de autoeficacia en el manejo del dolor, el catastrofismo, la limitación funcional, los problemas de sueño y, con frecuencia, en la percepción de dolor, obteniendo cambios similares a los de otros tratamientos farmacológicos (Bernardy, Füber, Köllner y Häuser, 2010; Glombiewski et al., 2010). La terapia cognitivo conductual en FM y en dolor crónico suele tener como objetivos aumentar las conductas adaptativas y disminuir las conductas de dolor (reposo excesivo, uso exclusivo de la medicación en relación con el alivio de los síntomas, interacción social centrada en el dolor, entre otras) así como intervenir sobre aquellos pensamientos, creencias y expectativas que se asocian a emociones negativas o a respuestas de activación fisiológica intensa (pensamientos catastrofistas, ideas irracionales, entre otras).
- ✓ Aunque resulta contradictorio respecto de los resultados mostrados por la investigación, hasta ahora, en la práctica no se ha considerado la variabilidad en los perfiles de funcionamiento y recursos de los pacientes con FM, diseñando programas cognitivo-conductuales o conductuales estandarizados que se aplican con los mismos componentes a todos los pacientes que comparten este diagnóstico. Recientemente, los esfuerzos empiezan a dirigirse a identificar la combinación de técnicas más eficaz para grupos de personas que comparten características funcionales y psicológicas (Flor y Turk, 2011; Thieme Turk y Flor, 2007; Turk, 2004) y que, como hemos visto anteriormente, aunque comparten diagnóstico presentan diferencias en las características mencionadas. Se asume que la adaptación de los objetivos de intervención y técnicas a las necesidades reales de esos grupos incrementará los efectos obtenidos por las intervenciones psicológicas hasta el momento. Por ejemplo, en uno de los meta-análisis arriba mencionado se muestra cómo la relajación es eficaz en el manejo de los problemas de sueño de la FM, pero no parece ser eficaz en el control de la intensidad del dolor en términos generales (Glombiewski et al., 2010); por tanto, no deberíamos incluirla en un tratamiento con ese objetivo y sí con el de disminuir la respuesta de activación elevada que pueda existir o de mejorar los problemas de sueño, siempre y cuando los pacientes tengan estas necesidades y, por tanto, se constituyan en objetivos terapéuticos.

Ante la ausencia de cura los pacientes necesitan aprender a vivir con y a pesar del problema; por ello, la mayoría de los programas tienen como objetivo normalizar/incrementar la actividad del paciente, el funcionamiento social y el psicológico (Pastor, Martín-Aragón, Pons y Lledó, 2003). Sin olvidar los comentarios anteriores sobre la necesidad de ajustar los componentes del tratamiento a los perfiles de funcionamiento de los pacientes, hasta el momento, la mayoría de los tratamientos cognitivos-conductuales en la FM suelen ser multimodales e incluyen una primera fase educativa donde se ofrece información exacta sobre el problema (en qué consiste, posibles causas, contribución de factores cognitivos, conductuales, físicos y emocionales), se ajustan expectativas y se contrastan algunos mitos o ideas equivocadas sobre la FM y el dolor crónico. Además, se suele entrenar en la adquisición y mejora de habilidades de afrontamiento activas, cognitivas y comportamentales (regulación de la actividad, autoinstrucciones, establecimiento de metas, entre otras) aplicando diferentes técnicas terapéuticas (reestructuración cognitiva, solución de problemas, distracción, condicionamiento operante, entre otras) (Pastor et al., 2003).

Los resultados obtenidos por algunos autores sugieren que la aplicación de técnicas conductuales es una elección terapéutica cuando nos encontramos con pacientes con percepción de gran interferencia del dolor en su vida cotidiana, alta frecuencia de conductas de dolor y de visitas médicas, sedentarismo/inactividad, reforzamiento de las conductas de dolor por parte del entorno familiar y alto catastrofismo; las técnicas cognitivo-conductuales serían de elección en el caso de un elevado estrés, de que exista evidencia de que las respuestas emocionales y conductuales están asociadas a pensamientos inadecuados o no realistas, de que haya una baja frecuencia de conductas de dolor, además de que haya evidencia de que el entorno familiar no refuerza esas conductas, de que el catastrofismo sea bajo y de que los pacientes presenten un nivel de funcionamiento o actividad aceptable (Thieme et al., 2007; Waters, Campbell, Keefe, y Carson, 2004). En el estudio de Thieme et al. (2007), de todas las variables mencionadas, las conductas de dolor fueron el predictor más importante a la hora de discriminar entre la eficacia del tratamiento conductual y del cognitivo-conductual, en el sentido esperado desde la teoría. Es decir, los pacientes que respondieron a la terapia conductual mostraban una alta frecuencia de conductas de dolor al inicio del tratamiento, mientras que los pacientes que al inicio mostraron una baja frecuencia de conductas de dolor se beneficiaron o respondieron al tratamiento cognitivo-conductual. Todas estas cuestiones deberían tenerse en cuenta a la hora de planificar el tratamiento para estos pacientes. En el apartado siguiente resumiremos algunas de estas aportaciones.

5. HABILIDADES DEL PSICÓLOGO EN LA FIBROMIALGIA

Como hemos comentado en otro lugar (Pastor y López, 2010), la baja eficacia de los tratamientos disponibles hasta el momento, junto con que la intervención psicológica llega como un recurso de “última opción”, con el consiguiente paso del tiempo intentando otras intervenciones, puede generar frustración, tanto en el paciente como en profesional, y tener consecuencias negativas en la relación terapéutica que se establece entre ellos. Por ello, en estos pacientes todavía es, si cabe, más importante establecer una buena relación terapéutica desde el primer momento, como medio para disminuir esa resistencia y conseguir su colaboración. Será de gran ayuda que la persona disponga de una información adecuada y que ésta se haya recibido inicialmente por parte del profesional legitimado por ellos en una primera instancia, el médico. Habrá mucho adelantado si el paciente acude con la tranquilidad de que nadie va a cuestionar la existencia de su dolor y que los problemas psicológicos que pueda tener serán vistos como una consecuencia del mismo, pero que, desde luego, y esta es la cuestión fundamental, son parte importante en el manejo de su vida con dolor crónico. Es necesario realizar una buena historia clínica, para tener un punto de partida adecuado: saber cuál es su experiencia de enfermedad, no sólo en cuánto a los síntomas y consecuencias que padece, sino también en cuanto a las respuestas del medio social y sanitario, además de averiguar la información que tiene. A partir de ahí se podrá trabajar con la falta de información, las creencias erróneas en relación con el dolor, y la posible frustración por la experiencia de falta de aceptación del proceso de dolor crónico.

Otra de las cuestiones generales que señalamos en su día (Pastor y López, 2010) es la necesidad de una formación sólida y actualizada sobre el abordaje, la evaluación y el tratamiento del dolor crónico y de la FM. En este contexto es especialmente relevante, no sólo por su valor intrínseco, sino porque también contribuye a reconocer y controlar los estereotipos que el propio profesional pueda tener sobre estas personas y que, desde luego, limitan la relación terapéutica.

Un buen profesional de la salud asume la responsabilidad compartida del cuidado de la salud y, como experto, proporciona las herramientas para que la persona adquiera un rol activo en su proceso rehabilitador. Entiende que esa persona también es (o debe llegar a ser) competente en el manejo del problema. En la Tabla 4 se resumen algunas de las habilidades que pensamos que se deberían tener para el manejo de la FM.

Waters et al (2004) sugieren unas pautas generales, desde la perspectiva conductual y cognitivo-conductual, para el trabajo con dolor crónico de los profesionales de la salud que, por su utilidad, para el manejo de los pacientes con dolor crónico y con FM, transcribimos en la Tabla 5.

Cabe señalar que son pautas genéricas y que, por supuesto, no se deben aplicar de forma automática a todos los pacientes, sin un análisis previo de su situación. La existencia de estas recomendaciones son una guía que nos puede ayudar a evitar comportamientos que se sabe no son beneficiosos en el trato con las personas con un dolor crónico porque, entre otras cosas, pueden actuar como reforzadores de las conductas de dolor. Finalmente, estamos tratando de mostrar acercamientos para el trabajo con un paciente cuyos problemas psicológicos están asociados al padecimiento del dolor que padece. Situaciones donde exista psicopatología de otro tipo requerirán, además, de los acercamientos clínicos habituales en el problema concreto de que se trate.

REFERENCIAS

Abeles, M., Solitar, B., Pillinger, M.H. y Abeles, A.M. (2008). Update on Fibromyalgia Therapy. *The American Journal of Medicine*, 121 (7), 555-561.

Alegre, C., García-Campayo, J., Tomás, M., Gómez, JM., Blanco, E., Gobbo, M., et al. Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2010; 38(2):108-21.

Annemans, L., Wessley, S., Spaepen, E., et al. (2008). Health economics consequences related to the diagnosis of Fibromyalgia Syndrome. *Arthritis & Rheum.* 58,895-02.

Arnold, L.M., Crofford, L.J., Mease, Ph.J., Burgess, S.M., Palmer, S.C., Abetz, L., y Martin, S. (2008). Patient perspectives on the impact of Fibromyalgia. *Patient Education & Counseling*, 73, 114-120.

Barcellos de Souza, J., Goffaux, Ph., Julien, N., Potvin, S., Charest, J., y Marchand, S. (2009). Fibromyalgia subgroups: profiling distinct subgroups using the Fibromyalgia Impact Questionnaire. A preliminary study. *Rheumatology International*, 29: 509-515.

Bernardy K, Füber N, Köllner V, y Häuser W. (2010). Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapies in Fibromyalgia Syndrome -A Systematic Review and metaanalysis of Randomized Controlled trials. *Journal of Rheumatology*, 37, 1-15.

Branco, et al (2010). Prevalence of Fibromyalgia: A survey in five European countries. *Semin Arthritis Rheum*, 39, 448-453.

TABLA 4
HABILIDADES DEL PSICÓLOGO EN FIBROMIALGIA

- ✓ Competencia Intelectual: Formación sólida y actualizada.
- ✓ Flexibilidad: No se fuerza a la persona a ajustarse a estrategias del psicólogo. Se negocian objetivos y procedimientos.
- ✓ Cooperación: Estilo de interacción no basado en la imposición.
- ✓ Apoyo y confianza: La persona se siente respetada tal y como es. No es cuestionada, sobre todo en esta situación donde no hay marcadores biológicos específicos.
- ✓ Empatía
- ✓ Saber implicar al entorno familiar

TABLA 5
RECOMENDACIONES PARA PROFESIONALES BASADAS EN LA EVIDENCIA

- ✓ **Técnicas Comportamentales:**
 - ✓ Horario de visitas contingente a tiempo. EVITAR a demanda
 - ✓ Medicación contingente a tiempo. EVITAR a empeoramiento
 - ✓ Reforzamiento conductas adaptación y extinción conductas dolor
 - ✓ Fomentar, animar que la familia y personas relevantes refuercen progresos. EVITAR no considerar a esas redes sociales en el tratamiento.
 - ✓ En situaciones de ansiedad, fomentar el uso relajación o enviar al paciente a entrenamiento formal. EVITAR confiar exclusivamente en la medicación para la reducción de la tensión o la ansiedad.
 - ✓ Establecer metas claras y concretas para actividades. EVITAR utilizar el dolor como una guía para la elección de actividades.
- ✓ **Técnicas cognitivo-comportamentales:**
 - ✓ Educar al paciente sobre influencia pensamientos en dolor, emociones y conducta. EVITAR la idea o sugerir que los pensamientos son la causa del dolor.
 - ✓ Introducir la técnica de solución de problemas como una forma de mejorar las habilidades que ya tiene el paciente. EVITAR dar la impresión de que los pacientes son "incompetentes" en el manejo de su problema.
 - ✓ Guiar al paciente para que de forma sistemática identifique soluciones potenciales a los problemas ("guided discovery approach"). EVITAR soluciones/recomendaciones directivas.
 - ✓ Animar al paciente a considerar la relajación muscular progresiva como un tiempo para centrarse en sensaciones de relajación más que de dolor. EVITAR promover la relajación como un ejercicio, a veces esforzado, que eliminará el dolor.
 - ✓ Permitir que las preferencias de los pacientes determinen el contenido de las imágenes en los ejercicios de imaginación. EVITAR imponer una imagen.
 - ✓ Adaptar los planes de mantenimiento a largo plazo a las habilidades que el paciente ha incorporado con más éxito y con las que está más motivado para continuar. EVITAR incluir de forma automática todas las habilidades en estos planes.
 - ✓ Como parte del plan de mantenimiento establecer un horario de práctica individualizada para cada paciente. EVITAR recomendaciones generales para practicar habilidades que no están en un plan específico.

- Calandre, E., García-Carrillo, J., García-Leiva, J.M., Rico-Villademoros, F., Molina-Barea, F, y Rodríguez-López, M.C: (2011). Subgrouping patients with Fibromyalgia according to the results of the Fibromyalgia Impact Questionnaire : a replication study. *Rheumatology International*, 31, 1555-1559.
- Carmona, L., Ballina, F.J., Gabriel, R., Laffon, A. y EPISER study group (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of Rheumatic Diseases*, 60, 1040-1045.
- Collado, A., Alijotas, J., Benito, P., Alegre, C., Romera, M., Sañudo, I, et al. (2002). Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Medicina Clínica*, 118(19):745-49.
- Crofford, L.J. y Clauw, D.J. (2002). Fibromyalgia: Where are we a decade after the american college of rheumatology criteria were developed? *Arthritis and Rheumatism*, 46(5), 1136-1138.
- Crombez, Vlaeyen, Heuts, y Lysens, (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*. 80(1-2):329-39.
- Dobkin, P., Liu, A. y Abrahamowicz, M. (2010). Predictors of disability and pain six months after the end of treatment for Fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain*, 26 (1), 23-29.
- Esteve-Vives, J., Rivera, J., Salvat, M.I., de Gracia, M., y Alegre, C. (2007). Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatología Clínica*, 3 (1), 21-24.
- Esteve-Zarazaga, R., Ramírez-Maestre, C. y López-Martínez, A.E. (2004). Índices generales vs. específicos en la evaluación del afrontamiento al dolor crónico. *Psicothema*, 16, 421-428.
- Ferrer Pérez, V. González Barrón, R., y Manassero Más, MA (1993). El West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory: un instrumento para evaluar al paciente con dolor crónico. *Dolor*, 8: 153-160.
- Flor, H. y Turk, D. C. (2011). *Chronic Pain. An integrated biobehavioral approach*. Seattle, IASP Press.
- García Campayo J., Rodero B., Alda M., Sobradie N., Montero J., Moreno S. (2008). Validation of the Spanish version of the Pain Catastrophizing Scale in fibromyalgia (2008). *Medicina Clinica*, 131 (13) , 487-492.
- García Campayo J., y Rodero B. (2009). Cognitive and affective aspects of pain. *Reumatología Clínica*, 5 (SUPPL. 2) , 9-11.
- García-Campayo J., Serrano-Blanco A., Rodero B., Magallon R., Alda M., Andres E., Luciano J.V., del Hoyo Y.L. (2009). Effectiveness of the psychological and pharmacological treatment of catastrophization in patients with fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Trials*, 10, 24.
- Gatchel, R.J., Peng, Y.B., Peters, M.L., Fuchs, P.N., y Turk, D.C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133 (4), 581-624.
- Gatchel, R.J. y Okifuji, A. (2006). Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost effectiveness of comprehensive pain programs for chronic pain management. *The Journal of Pain*, 7, 779-793.
- Giesecke T., Williams, D.A., Harris, R.E., Cupps, T.R., Tian, X., Tian, T.X., Gracely, R.H., y Clauw, D.J. (2003). Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis and Rheumatism*, 48, 2916–2222.
- Glombiewski, J.A., Sawyer, A.T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., y Hofmann, S.G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain*, 15 (2),280-295.
- Gómez-Pérez, L., López-Martínez, A. Ruíz-Párraga (2010). Psychometric Properties of the Spanish Version of the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK). *The Journal of Pain*, 12, 425-435.
- González, A., Fernnández, P., y Torres, I. (2010). Aceptación del dolor crónico en pacientes con Fbromialgia: Adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ). *Psicothema*, 22, 4, 997-1003.
- Häuser, W. Bernardy, K., Bernhard, A., Bernhard, M., y Schiltenwolf, M (2009). Efficacy of multicomponent treatment in Fibromyalgia Syndrome: a Meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis Care & Research*, 61 (2), 216-224.
- Kröner-Herwig, B. (2009). Chronic pain syndrome and their treatment by psychological interventions. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 200-204.
- Linton, S.J., Vlaeyen, J.W.S., y Ostelo, R.W. (2002). The back pain beliefs of health care providers: are we fear-avoidant? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(4), 223-32.
- Lledó, A., Pastor, M., Pons, N., López-Roig S., y Terol, Mª. (2009). Comparing Fibromyalgia patients from Primary Care and Rheumatology settings: Clinical and psychosocial features. *Rheumatology Internacional. Clinical and Experimental Investigations*, 29(10), 1151-1160.

- Lledó, A., Pastor, M.A., Pons, N., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., y Bruehl, S. (2010). Control beliefs, coping and emotions: Exploring relationships to explain Fibromyalgia health outcomes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10 (3), 459-476.
- Lledó, A., Pastor, M.A., López-Roig, S. y Nieto, M. (2011). Factores psicosociales y utilización de servicios sanitarios en la Fibromialgia: una revisión. *International Journal of Psychological Research*, 4 (2), 79-90.
- Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., Rodríguez-Marín, J., March, M.J., Lledó, A., López-Roig, S., y Terol, M.C. (1999). Percepción de autoeficacia en dolor crónico: Adaptación y validación de la chronic pain self-efficacy scale. *Revista de Psicología de la Salud*, 11(1/2), 53-75.
- McCracken, L.M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain* 74, 21-27.
- McCracken, L.M., Vowles, K.E., y Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long-standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1335-1346.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Fibromialgia*. ISBN:978-84-7670-717-3. Madrid.
- Morley, S., Williams, A., y Hussain, A. (2008). Estimating the clinical effectiveness of cognitive-behavioral therapy in the clinic: evaluation of a CBT informed pain management program. *Pain*, 137,670-680.
- Neumann, L., Berzak, A. y Buskila, D. (2000). Measuring health status in israeli patients with fibromyalgia syndrome and widespread pain and healthy individuals: Utility of the short form 36-item health survey (sf-36). *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 29(6), 400-408.
- Okifuji, A., y Turk, D.C. (1999). Fibromyalgia: Search for mechanisms and effective treatments. En R.J. Gatchel y D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*, 227-246. New York: Guilford Press.
- Pastor, M.A. (2009). *Psicología y fibromialgia*. En Penacho, A., Rivera, J., Pastor, M.A. y Gusi, N. (2009). *Guía de ejercicios para personas con Fibromialgia*. Cap. 4, pp 29-38. Edita Asociación Vasca de Divulgación de la Fibromialgia. ISBN: 978-84-692-2868-5.
- Pastor, M.A. y López-Roig, S. (2010). *Habilidades terapéuticas para la evaluación y el tratamiento psicológico de la FM*. INFOCOPONLINE-Revista de Psicología. Fecha publicación 12/05/2010. ISSN 1886-1385.
- Pastor, M.A., Lledó, A., López-Roig, S, Pons, N., y Martín-Aragón, M. (2010). Predictores de la utilización de Recursos Sanitarios en la Fibromialgia. *Psicothema* 22 (4), 549-555
- Pastor, M.A., Lledó, A., Pons, N., y López-Roig, S. (2011). Dolor y fibromialgia. Aportaciones desde la Psicología. En C. Peñacoba (ed). *Fibromialgia y promoción de la salud: Herramientas de intervención psicosocial*. Cap 2, pp 76-122, Dykinson. ISBN 978-84-15454-11-3.
- Pastor, M.A., Martín-Aragón, M., Pons, N. y Lledó, A. (2003). Intervención Psicológica en una Unidad de Reumatología. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (eds.) *El psicólogo en el ámbito Hospitalario*, Cap.19, pag. 547-567 DDB, S.A. ISBN:84-33018043.
- Pastor, M.A., Martín-Aragón, M., y Lledó, A. (1999). Expectativas de autoeficacia y estado de salud en enfermos con dolor crónico: una revisión. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 9 (2), 111-125.
- Pastor, M.A., Pons, N., Lledó, A., Martín-Aragón, M., López-Roig, S., Terol, M.C. y Rodríguez-Marín, J. Evaluación de la eficacia de las intervenciones psicológicas en enfermedades reumáticas: el caso de la Fibromialgia. En M. Pérez Álvarez et al. (2003). *Guía de Tratamientos Psicológicos eficaces II*. *Psicología de la Salud*. Cap. 6, 125-166. Madrid, Editorial Pirámide.
- Peñacoba, C., Velasco, L., y Gómez-Argüelles, J.M. (2011). Tratamiento psicosocial en la Fibromialgia. En C. Peñacoba (ed). *Fibromialgia y promoción de la salud: Herramientas de intervención psicosocial*. Cap 3, pp 123-162, Dykinson. ISBN 978-84-15454-11-3.
- Penzo, W. (1989). *EL dolor crónico. Aspectos Psicológicos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Rivera, J. (2011). La Fibromialgia en el sistema sanitario español. Generalidades e impacto en la calidad de vida. En C. Peñacoba (ed). *Fibromialgia y promoción de la salud: Herramientas de intervención psicosocial*. Cap 1, pp 45-76, Dykinson. ISBN 978-84-15454-11-3.
- Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2:S55-66.
- Rivera, J., Rejas, J., Esteve-Vives, J., Vallejo, M.A., y Grupo ICAF. (2009). Resource utilisation and health care costs in patients diagnosed with fibromyalgia in Spain. *Clin Exp Rheum*, 27 (56): S39-S45.

- Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B. López del Hoyo, Y., Serrano-Blanco, A., Luciano, J.V. (2010). Validation of the Spanish version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) for the assessment of acceptance in Fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8:37.
- Russell IJ, Michalek JE, Vipraio GA, Fletcher EM, Javors MA, Bowden CA. (1992). Platelet 3H-imipramine uptake receptor density and serum serotonin levels in patients with fibromyalgia/fibrositis syndrome. *J Rheumatol*, 19: 104–9
- Sansone, R.A., Levenson, J.V. y Sellbom, M. (2004). Psychological aspects of fibromyalgia. Research vs. Clinical impressions. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 185-188.
- Sarzi-Puttini, P., Buskila, D., Carrabba, M., Doria, A., y Atzeni, F. (2008). Treatment strategy in Fibromyalgia Syndrome: Where are we now? *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 37, 353-365.
- Sicras-Mainar A, Rejas J, Navarro R, Blanca M, Morcillo A, Larios R, Velasco S, Villaroya C. (2009). Treating patients with fibromyalgia in primary care settings under routine medical practice: a claim database cost and burden of illness study. *Arthritis Research & Therapy*, 11(2):R54.
- Sicras-Mainar, A., Blanca-Tamayo, M., Navarro-Artieda, R., y Rejas, J. Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de atención primaria de salud. *Atención Primaria* 2009; 41 (2), 77-84.
- Sociedad Española de Reumatología (2001). Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid. Sociedad Española de Reumatología.
- Sullivan, M.J.L., Bishop, S., y Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524-32.
- Sullivan, M.J.L., Thorn, B., Haythornthwaite, J.A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L.A. y Lefebvre, J.C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 17, 52-64.
- Thieme K, Turk DC, Flor H. (2007). Responder criteria for operant and cognitive-behavioral treatment of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheumatism*, 57, 830-36.
- Thieme, K., Turk, D.C., y Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in Fibromyalgia Syndrome: Relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, 66: 837-844.
- Turk, D.C. (2004). Fibromyalgia: A patient-oriented perspective. En R.H. Dworkin y W.S. Breitbart (eds.). *Psychosocial aspects of pain: A handbook for health providers*. Progress in Pain Research and Management, vol. 27, cap. 14, 309-338. IASP Press
- Turk, D.C. (2005). The potential of treatment matching for subgroups of patients with chronic pain. Lumping versus splitting. *Clinical Journal of Pain*, 21 (1), 44-55.
- Turk, D.C., Okifuji, A., Sinclair, J.D., y Starz, T.W. (1996). Pain, disability, and physical function in subgroups of patients with Fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 23, 1255-1262.
- Turk, Okifuji, Sinclair, et al., (1998). Interdisciplinary treatment for fibromyalgia syndrome: clinical and statistical significance. *Arthritis Care and Research*, 11, 397-404
- Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la Fibromialgia. *Medicina Clínica*, 131, 487-492.
- Vallejo, M.A.; Rivera, J., Esteve, J. y Grupo ICAF (2010). Development of a self-reporting tool to obtain a Combined Index of Severity of Fibromyalgia (ICAF). *Health and Quality of Life Outcomes* 2010, 8:2. <http://www.hqlo.com/content/8/1/2>
- Van Wilgen, C.P., Bloten, H., y Oeseburg, B. (2007). Results of a multidisciplinary program for patients with fibromyalgia implemented in the primary care. *Disability and Rehabilitation*, 29(15), 1207 – 1213.
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Van Houdenhove, B., y De Corte, W. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *Pain*, 106, 65– 72.
- Vlaeyen, J., y Crombez, G. (1999) Fear of movement/(re)injury, avoidance and pain disability in chronic low back pain patients. *Manual Therapy*, 4 (4), 187–195.
- Waters, S.J., Campbell, L.C., Keefe, F.J. y Carson, J.W. (2004). The essence of cognitive-behavioral pain management. En R.H. Dworkin & W.S. Breitbart (eds.). *Psychosocial aspects of Pain: A handbook for health care providers*. IASP Press, Seattle. Cap 12, pp. 261-283.
- Wilgen, C.P., Ittersum, M.W., Kaptein, A.A., y Wijhe, M. (2008). Illness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthritis & Rheumatism*, 58, 11, 3618–3626.

- Wilson, H.D., Robinson, J.P., y Turk, D.C. (2009). Toward the identification of symptom patterns in people with fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 61 (4), 527-534.
- Wolfe F, Clauw J, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mesase P, et al. (2010). Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*. 62, 600-10.
- Wolfe, F., Smythe, H.A, Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.L, et al (1990). Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*. 33,160-72.

Fichas.

Introducción

La documentación recogida en las fichas 1 y 2 que ahora se presentan contiene dos casos clínicos junto con algunas sugerencias para la práctica de los contenidos expuestos en el documento base. En ambas fichas, se añade información relacionada con los aspectos sobre los que se pretende practicar. En concreto, la primera ficha (Estado de Salud en la Fibromialgia) se centra en la identificación de las diferentes dimensiones componentes del estado de salud que se recomiendan valorar en este problema. El objetivo es familiarizar a la persona interesada en el manejo e interiorización de esas dimensiones, como parte componente del trabajo de evaluación de la situación línea-base de la persona a la llegada a consulta y del de evaluación de resultados de la intervención clínica. La segunda ficha (Factores psicosociales en la Fibromialgia), siguiendo la orientación de trabajo arriba comentada, se centra en la identificación de los diferentes factores psicosociales que predicen la adaptación a la FM. Nuestro objetivo es el mismo, familiarizar a la persona interesada en la identificación de esos factores a través de la presentación del caso que hace la persona cuando acude a consulta. Los casos de las fichas representan situaciones clínicas reales tal y como son descritas por las personas con el problema. La práctica que proponemos en ningún caso constituye lo único que hay que hacer en la evaluación de estas personas, sino que, a través de ella, podremos concretar los contenidos de una evaluación más profunda para la que recomendamos usar los diferentes instrumentos, validados en nuestro país, que aparecen enunciados en el documento base. La guía del Ministerio a la que se hace referencia en el mismo también constituye un documento actualizado donde el lector interesado encontrará una relación de pruebas más exhaustiva.

Ficha 1.

Estado de Salud en la Fibromialgia

El estado de salud es un concepto de carácter multidimensional que hace referencia a las consecuencias o repercusiones físicas, psíquicas y sociales que la enfermedad produce sobre la vida de las personas (Badía y Alonso, 1994). Cada una de las dimensiones o componentes del estado de salud cobrará mayor o menor importancia dependiendo de la población y patología a la que nos dirijamos y, en consecuencia, se le debe otorgar en cada caso un peso diferenciado (Badía y Alonso, 1994). En la Fibromialgia (FM) se ha señalado la importancia de la valoración de los distintos componentes del estado de salud fundamentalmente por los siguientes motivos:

- ✓ El carácter crónico de la enfermedad supone que las consecuencias o el impacto sobre el estado de salud se extiende en el tiempo, y por lo tanto, casi todas las áreas de la vida del paciente se ven afectadas.
- ✓ La ausencia de marcadores biológicos y parámetros clínicos que permitan establecer o evaluar el dolor y/o la incapacidad funcional sobre la base de un daño o lesión física; es una forma de dolor crónico que no daña, deforma ni inflama las articulaciones, sin embargo, los pacientes con FM lo valoran como un dolor más severo y molesto que, por ejemplo, la artritis reumatoide (EPISER, 2000). Asimismo en otros estudios comparativos sobre estado de salud y enfermedad, los pacientes con FM obtienen peores resultados que otros pacientes crónicos con diagnósticos como el cáncer avanzado, fibrilación auricular y/o enfermedades pulmonares, entre otras (Kaplan, Smidt y Cronan, 2000). De ahí la importancia de evaluar la percepción que el individuo tiene de su propia enfermedad y no tanto el concepto médico de enfermedad.
- ✓ La mejora del estado de salud es el principal resultado del tratamiento aplicado, ya que, como hemos dicho, en el momento actual no existe un tratamiento etiológico que produzca la curación definitiva de esta enfermedad (Rossey et al., 1999).

Acorde con estas observaciones, en la FM se consideran, al menos, cuatro dimensiones del estado de salud percibido: Síntomas (fundamentalmente percepción de dolor, fatiga, problemas de sueño y rigidez), Estado Funcional (discapacidad), Funcionamiento Psicológico (estado emocional y funcionamiento cognitivo) y Funcionamiento Social (frecuencia y calidad de las relaciones y actividades de ocio). Todas estas dimensiones están recogidas en uno de los consensos internacionales más aceptado en el ámbito de la reumatología, la iniciativa OMERACT para la mejora en la evaluación de resultados. En relación con lo que nos interesa en Psicología, añaden una valoración general de la calidad de vida percibida y del cambio percibido asociado al tratamiento para valorar la eficacia de las intervenciones y ensayos clínicos (Mease et al., 2008, 2009).

Asimismo, en la literatura sobre los problemas de dolor crónico, autores relevantes han señalado repetidamente la importancia de evaluar también las conductas de dolor disfuncionales como un parámetro significativo del impacto de este tipo de problemas (Keefe y Gil, 1986). De hecho, Jensen y Karoly (1987), mediante análisis factorial, identificaron las conductas de dolor de consumo de medicación y utilización de servicios sanitarios como una dimensión específica del estado de salud en el dolor crónico, subrayando la necesidad de su consideración y estudio. En la FM la investigación muestra que estos pacientes llegan a hacer un uso desproporcionado tanto de medicación como de los servicios sanitarios (Lledó, Pastor, López-Roig, y Nieto, 2011; Lledó et al., 2010; Pastor, Lledó, López-Roig, Pons, y Martín-Aragón, 2010). Este hecho se refleja en la proliferación de la investigación epidemiológica sobre la FM y su impacto socioeconómico, tanto en términos de costes directos (visitas médicas, derivaciones a los especialistas de referencia, pruebas complementarias y prescripción farmacéutica) como indirectos (bajas laborales, pensiones) (Anemans, Wessely, Spaepen et al., 2008; Berger, Martin, Edelsberg y Ester, 2007; Girolamo, 1991; Liggtfoot et al., 1993; Penrod, Bernatsky, Adam, Baron, Dayan y Dobkin, 2004; Rivera, Rejas, Esteve-Vives, Vallejo y Grupo ICAF, 2009; Robinson, Birnbaum, Morley, Sisitsky, Greenberg y Claxton, 2003). Desde el punto de vista terapéutico, buscar asistencia médica reiteradamente cuando se presenta o agrava el dolor, dificulta o impide la realización de otras conductas más adaptativas. De hecho, como hemos comentado, en el contexto clínico, uno de los principales objetivos de la intervención psicológica es reducir su frecuencia. Se considera que esta situación interfiere con los objetivos dirigidos a que el sujeto sea su propio agente de cambio, fomentando el autocontrol, así como con el de normalizar el ambiente para que éste deje de ser curativo y asistencial, y se convierta en potenciador y mantenedor de conductas adaptativas

(Pastor, Pons, Lledó, Martín-Aragón, López-Roig, Terol y Rodríguez-Marín, 2003). Por esta razón, también se ha señalado que la búsqueda continuada de cuidados médicos en la FM, está directamente implicada y relacionada con su cronificación, al interferir en los procesos de adaptación (Okifuki y Turk, 1999). En este sentido, se consideran las conductas de dolor más frecuentes entre los pacientes con FM (la utilización de servicios médicos y el consumo de medicación) como un resultado del proceso de adaptación, y, por tanto, como una medida complementaria a la del estado de salud percibido.

A continuación señalamos las características que hacen referencia al estado de salud en un caso clínico de un paciente con FM. En el recuadro se señalan con números las dimensiones identificadas. Seguidamente desarrollamos una descripción del caso resaltando los aspectos que consideramos relevantes de cara a su comprensión.

Caso Clínico

Tengo 47 años y hace un año me diagnosticaron Fibromialgia (FM). Sin embargo, hace más de diez años que inicié mi “peregrinar” de un especialista a otro, de una clínica a otra, de chequeo en chequeo, resonancias, etc. (5) También probaba cualquier remedio y medicación (5) que dijeran que podría ayudarme a mejorar mi estado de cansancio continuado, dolor muscular y dolor en las articulaciones (4).

Durante esos años, yo solo sabía que, sin razón aparente, me sentía más cansado de lo normal, que me dolía todo, que tenía que hacer un esfuerzo enorme para hacer el trabajo que antes no me suponía esfuerzo alguno, que me resfriaba con mucha frecuencia, que tenía problemas gastrointestinales, que no dormía bien... y así pasaban los meses, unos días mejor y otros peor (4).

Estaba cansado de escuchar todo tipo de diagnósticos (estrés, principio de parálisis lateral, síndrome depresivo o falta de defensas) y comentarios con buena intención pero que no aportaban nada de positivo, al contrario, me creaban más dudas y angustia (2), ya que no sabes lo que tienes. Además, estaban también algunos profesionales de la medicina, “y el vecino que lo sabe todo”, que te insinúan o te dicen claramente que no tienes nada y que estas cargado de manías.

Con un nuevo bebé y otro niño de cinco niños por cuidar ¿Cómo iba a poder funcionar? ¿el grado de avance del

deterioro me preocupa pensando que pasará conmigo en corto tiempo (2). Cada día los nudillos de las manos crecían. Padecía de extremo dolor en los pulgares. Mis rodillas, manos y tobillos se trataban en las articulaciones y el dolor crecía (4). Estaba perdiendo la habilidad de coordinación física (1) necesaria para atender a mi familia (3). Temía caminar (1). Me tomaba tiempo para animarme lo suficiente para levantarme de la cama y trataba de evadir las escaleras (1).

En marzo del 2002 el reumatólogo me dijo, al final de la primera visita “estoy casi seguro de que Ud. tiene Fibromialgia”. Mi respuesta fue “¿y eso qué es?”. Después de su explicación y tras confirmar el diagnóstico, yo empecé a estar menos angustiado, pues entendí que no estaba “cargado de manías” y que no me iba a morir de esta enfermedad. Y me dijo “tienes que aprender a vivir con y a pesar de ella”.

REFERENCIAS

Annemans, L., Wessely, S., Spaepen, E., Caekelbergh, K., Caubère, J.P., Lay, K.L. y Taïeb, C. (2008). Health economic consequences related to the diagnosis of fibromyalgia syndrome. *Arthritis and rheumatism*, 58(3), 895-902.

ESTADO DE SALUD EN LA FM

- (1) FUNCIONAL: actividad física, rol laboral, rol doméstico, autocuidado.
- (2) EMOCIONAL: miedo/ansiedad, soledad/depresión, culpabilidad, rabia/enfado, indefensión
- (3) SOCIAL: relaciones sociales, ocio, relación de pareja y familiar.
- (4) SINTOMAS: Percepción de dolor, fatiga, problemas de sueño
- (5) CONDUCTUAL: abuso de medicación y de visitas médicas.

En el caso expuesto se evidencian las características que comparten la mayoría de los pacientes con diagnóstico de FM. Es una mujer de mediana edad que refiere años con el problema de dolor. Se ha sometido a múltiples pruebas diagnósticas, ha recibido distintos diagnósticos y tratamientos, señala un consumo abundante de medicación y la realización de numerosas consultas médicas. A continuación refiere la percepción de los síntomas más frecuentes de la FM, fundamentalmente dolor y fatiga. También señala no sentir mejoría respecto a éstos pasados los años, por lo que la percepción de fracaso terapéutico queda patente. Señalar que expresa una de las características más frecuentes de esta situación, como es la incompreensión social (por parte de los profesionales, entre otros). Por otro lado comenta la presencia de ansiedad por el desconocimiento y la incertidumbre respecto al diagnóstico y evolución del problema (impacto emocional). Asimismo indica la disminución de su capacidad física y funcional, y su interferencia en el rol doméstico (cuidado a la familiar).

Es interesante resaltar la frecuencia de las conductas de dolor que exhibe la paciente, en términos de consumo de medicación y utilización de servicios sanitarios. En este sentido, se refleja la importancia de la obtención del diagnóstico para disminuir dicha frecuencia, y para reducir el impacto del problema sobre su estado de salud. En este caso, tanto las conductas de dolor como la ansiedad están relacionadas con el desconocimiento del diagnóstico. Se sabe que el conocimiento del diagnóstico produce una disminución significativa de este tipo de conductas (Annemans et al., 2008)

De acuerdo con el perfil de funcionamiento señalado, los objetivos de la intervención estarían dirigidos fundamentalmente al control de síntomas (dolor y fatiga), a normalizar/incrementar funcionamiento físico y social de la paciente (rol familiar) y el psicológico (reducir ansiedad).

- Badía, X. y Alonso, J. (1994). Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del sickness impact profile. *Medicina Clínica*, 48, 949-957.
- Berger, A., Dukes, E., Martin, S., Edelsberg, J y Oster G. (2007). Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. *International Journal of Clinical Practice*, 61, 1498–1508.
- EPISER. (2000). Prevalencia de Lumbalgia, osteoporosis, artritis, lupus eritematoso sistémico, artrosis de rodilla y manos y fibromialgia en población española. Resumen de resultados Disponible en: <http://www.ser.es/proyectos/episer-resultados.html>.
- Girolamo, G. (1991). Epidemiology and social costs of low back pain and fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain*, 7, 1-7.
- Lledó, A., Pastor, M.A., Pons, N., López-Roig, S., y Terol, M.C. (2009). Comparing Fibromyalgia patients from Primary Care and Rheumatology settings: clinical and psychosocial features. *Rheumatology International*, 29 (10) 1151 – 1160.
- Lightfoot, R.W Jr., Luft, B.J., Rahn, D.W et al. (1993). Empiric parenteral antibiotic treatment of patients with fibromyalgia and fatigue and a positive serologic result for Lyme disease: a cost-effectiveness analysis. *Annals of Internal Medicine*, 119, 503-509.
- Mease, P.J., Arnold, L.M., Crofford, L.J., et al. (2008). Identifying the clinical domains of Fibromyalgia: Contributions from clinical and patients delphi exercises. *Arthritis Care & Research*, 59, 952-60.
- Mease, P.J., Lesley, M. A., Choy, E.H., et al. (2009). Fibromyalgia Syndrome Module at OMERACT 9: Domain Construct. *Journal of Rheumatology*, 36, 2318-29.
- Okifuji, A. y Turk, D.C. (1999). Fibromyalgia: Search for mechanisms and effective treatments. En R.J. Gatchel y D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*, 227-246. New York: Guilford Press.
- Pastor, M. A., Pons, N., Lledó, A., Martín-Aragón, M., López-Roig, S., Terol, M.C. y Rodríguez-Marín, J. (2003). Evaluación de la eficacia de las intervenciones psicológicas en enfermedades reumáticas: el caso de la fibromialgia. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (Ed.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (T.II): Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Pastor, M.A., Lledó, A, López-Roig, S., Pons, N., y Martín-Aragón, M. (2010). Predictores de la utilización de recursos sanitarios en la fibromialgia. *Psicothema*, 22, 4, 549-555.
- Penrod, J.R., Bernatsky, S., Adam, M., Baron, N., y Dayan. (2004). Health services costs and their determinants in women with fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 31 (7), 1391-1398.
- Rivera. J., Rejas, J., Esteve-Vives, J., Vallejo, M.A. y Grupo ICAF. (2009). Resource utilization and health care costs in patients diagnosed with Fibromyalgia in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 27, 39-45.
- Robinson, R.L., Birnbaum, H.G., Morley, M.A, Sisitsky, T, Greenberg, P.E y Claxton, A.J. (2003). Economic cost and epidemiological characteristics of patients with fibromyalgia claims. *Journal of Rheumatology*, 30, 1318–25.
- Rossy L.A., Buckelew S.P., Dorr N., Hagglund K.J., Thayer J.F., McIntosh M.J., Hewett J.E., Johnson J.C. (1999). A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 21 (2) , pp. 180-191 .
- Sicras, A., Blanca, M., Navarro, R. y Rejas, J. (2009). Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 41, 77-84.
- Kaplan, R.M., Schmidt, S.M. y Cronan, T.A. Quality of well being in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2000; 27: 785-789. 25.
- Keefe, F.J. y Gil, K.M. (1986). Behavioral concepts in the analyses of chronic pain síndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 776-783.

Ficha 2.

Factores Psicosociales en la FM

Son muchas las variables que se han señalado como predictoras o influyentes en la cronificación de la FM y en la adaptación del paciente al síndrome. Entre las variables psicosociales que han mostrado su influencia o capacidad predictiva sobre el Estado de Salud, debemos destacar la *Autoeficacia* (Lledó et al., 2010; Martín-Aragón et al., 1999; Pastor, Martín-Aragón y Lledó, 1999) tanto por ser una de las más frecuentemente utilizadas como por los buenos resultados que obtiene. También debemos destacar otros factores como la *Aceptación*, el *Catastrofismo* y el *Miedo al Movimiento*. La Aceptación de que el dolor es incontrolable se asocia a un mejor funcionamiento y/o a un mejor bienestar psicológico (Esteve, Ramírez-Maestre, y López-Martínez, 2007; McCracken, 1998). El pensamiento catastrofista de forma consistente ha mostrado efectos negativos sobre el estado de salud (Pastor et al, 2011). El Miedo al dolor o al movimiento también ha mostrado efectos negativos en el estado de salud de las personas con FM (Crombez, Vlaeyen, Heuts, y Lysens, 1999).

Por otra parte, las estrategias de Afrontamiento también han mostrado ser importantes en su relación y/o predicción del Estado de Salud futuro, siendo especialmente relevante la diferenciación entre Afrontamiento Activo y Pasivo (Pastor et al., 2011). En términos generales, las estrategias que suponen esfuerzos de aproximación al problema y sus consecuencias (estrategias “Activas”: desviar la atención del dolor, mantener la actividad a pesar del dolor, entre otras) intentando manejar el dolor y funcionar con y a pesar de él, suelen presentar efectos positivos. Mientras que ocurre lo contrario con estrategias que implican esfuerzos pasivos y/o evitativos del problema (estrategias “Pasivas”, como reposo o pensamiento evitativo, entre otras).

Los factores psicosociales mencionados han demostrado añadir varianza explicada (muchas veces en mayor proporción que los factores biológicos) al dolor, a la discapacidad de estos pacientes, e incluso al consumo de recursos sanitarios (Crofford y Clauw, 2002; Lledó, Pastor, López-Roig, y Nieto, 2011; Pastor, Lledó, López-Roig, Pons y Martín-Aragón, 2010) y son, por tanto, una de las herramientas fundamentales para realizar intervención y prevención de la cronificación en la FM.

Desde la Psicología de la Salud, se propone la aproximación cognitivo-conductual, como una estrategia de intervención útil para el tratamiento de los problemas de dolor crónico en general y de la FM en particular. Queremos señalar aquí, que esta aproximación incluye diferentes técnicas, fisiológicas, conductuales y cognitivas, de forma que la utilización de unas u otras dependen del objetivo terapéutico marcado. Podemos realizar muchas intervenciones cognitivo-conductuales utilizando técnicas completamente diferentes y dirigidas a objetivos distintos.

- ✓ Las técnicas fisiológicas tienen como objetivo disminuir la tensión y, como consecuencia, la intensidad del dolor. Para ello, se ha utilizado la relajación (muscular progresiva, imaginación, respiración profunda, entre otras) o el biofeedback (para ayudar al paciente a reconocer y disminuir la tensión muscular).
- ✓ Las técnicas conductuales tienen como objetivo la disminución de conductas de dolor y el aumento de conductas adaptativas. Para conseguirlo, podemos diseñar un programa de actividades ordenando jerárquicamente de más sencillas a más complejas para nuestro paciente, que las debe de ir realizando con unos plazos prefijados. A este programa podemos añadirle un programa de condicionamiento operante, de forma que se van reforzando (podemos utilizar diferentes tipos de reforzadores) los logros conductuales que la persona va consiguiendo y se va extinguendo las conductas de dolor exhibidas.
- ✓ Las técnicas cognitivas están dirigidas, fundamentalmente, a lograr que la idea del problema que tiene el paciente se ajuste a la realidad. Entre las técnicas dirigidas a este objetivo, podemos nombrar la reestructuración cognitiva, que trata de flexibilizar los pensamientos negativos e introducir otros pensamientos más positivos o adaptativos.

En la literatura se ha mostrado que la eficacia de los tratamientos empleados en personas con FM varía según el perfil psicosocial y de adaptación que presente. Como hemos comentado en el documento base, uno de los perfiles que alcanza una mejoría significativamente mayor es el grupo llamado “disfuncional”, caracterizado por alta percepción de intensidad de dolor, discapacidad, limitación funcional y distrés psicológico junto con bajos niveles de actividad y sentido de control (Turk et al., 1998).

A continuación identificamos en un caso clínico los factores psicosociales relacionados con la adaptación (Autoeficacia, Afrontamiento, Catastrofismo, Miedo al movimiento, Aceptación). Seguidamente analizamos su perfil de funcionamiento y planteamos unas recomendaciones generales de intervención.

Caso clínico

Me llamo Rocío. El motivo de mi carta es porque me gustaría dar alguna información sobre una enfermedad que ni los propios médicos conocen...LA FIBROMIALGIA. Tengo 22 años y hace tres que la padezco. Sufro dolor en todo el cuerpo, hasta en la cara. Me duele todo y me siento muy triste y desesperada, siento que ya no puedo más (1).Estoy preocupada todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá algún día (1). He visitado a muchos especialistas (2.2) y he probado cualquier remedio (2.2) que dijeran que podría ayudarme a mejorar mi estado de cansancio continuado, dolor muscular y en las articulaciones.

He pedido la baja laboral (2.2) y me quedó casi todos los días en casa (2.2), no veo futuro (1). Descanso mucho (2.2) y a menudo dejo de hacer cosas para no empeorar (2.2), ya que creo que la actividad hace que mi dolor empeore (3). Casi siempre tengo que pedir ayuda para hacer las tareas del día a día y así no empeorar (2.2), ¡es horrible! (1). A veces intento estirar los músculos (2.1) pero no me sirve para aliviar el dolor ni nada. En fin que siempre estoy tumbada en el sofá (2.2). Cuando tengo mucho dolor me sorprende diciéndome a mí misma que otros días le he hecho frente (2.1), pero es difícil. Esta enfermedad conlleva muchas cosas, una de ellas es la pérdida de memoria, pérdida de sueño no reparador, no se tiene capacidad de concentración, etc.

En estos momentos pienso que no me veo capaz de hacer cosas para controlar mi dolor, ni ejercicios en casa que me recomendaron, ni caminar un rato para distraerme (4). Tampoco me veo con fuerzas para realizar mi actividad social, como reunirme con mis amigas, que tanto me gustaba (4). El reumatólogo me ha dicho que tengo que aprender a vivir con la FM y que no hay solución que cure (5). He conocido a otras mujeres con FM, a veces me comparo con ellas (2) pero...no hay solución (1).

Tengo a toda la familia pendiente, no me dejan hacer nada, la verdad es que no me puedo quejar en ese aspecto, porque me ayudan muchísimo. Cada vez que tengo un día malo de dolor, se vuelcan conmigo. Menos mal que están ellos a mí alrededor, porque de los médicos no puedo decir lo mismo. Al final pienso que no es necesario controlar mi dolor para llevar bien mi vida (5)...Ya veremos!

Tengo a toda la familia pendiente, no me dejan hacer nada, la verdad es que no me puedo quejar en ese aspecto, porque me ayudan muchísimo. Cada vez que tengo un día malo de dolor, se vuelcan conmigo. Menos mal que están ellos a mí alrededor, porque de los médicos no puedo decir lo mismo. Al final pienso que no es necesario controlar mi dolor para llevar bien mi vida (5)...Ya veremos!

REFERENCIAS

Crofford, L.J. y Clauw, D.J. (2002). Fibromyalgia: Where are we a decade after the american college of rheumatology criteria were developed? *Arthritis and Rheumatism*, 46(5), 1136-1138.

Crombez, Vlaeyen, Heuts, y Lysens, (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*. 80(1-2):329-39.

Esteve-Vives, J., Rivera, J., Salvat, M.I., de Gracia, M., y Alegre, C. (2007). Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatología Clínica*, 3 (1), 21-24.

FACTORES PSICOSOCIALES
(1) Catastrofismo
(2) Afrontamiento
(2.1) Activo
(2.2) Pasivo
(3) Miedo al movimiento
(4) Autoeficacia
(5) Aceptación

El caso expuesto es el de una mujer joven con un perfil psicosocial disfuncional. Refiere dolor generalizado constante junto con otros síntomas característicos de la FM (fatiga et), distrés psicológico (triste y desesperada) y un alto grado de pensamiento catastrofista. También menciona un uso frecuente de estrategias de afrontamiento de tipo pasivo (descanso y evitación de la actividad) y una importante pérdida de funcionalidad (física y social) vinculada al miedo al movimiento (creo que la actividad me empeora el dolor). Expresa poco sentido de control en términos de baja percepción autoeficacia en el control del dolor y en el funcionamiento físico y social. Finalmente se observa que la paciente ha aceptado la incontrolabilidad del dolor. Destacar del caso la excesiva atención de la familiar centrada en el dolor y su papel reforzador de conductas de dolor desadaptativas. Se recomienda hacer una evaluación de los factores señalados utilizando los cuestionarios indicados en el documento base. Nos permitirá identificar cogniciones y conductas concretas, además de tener una valoración del efecto de nuestra intervención. Recordar también valorar la percepción del cambio asociado a nuestro tratamiento.

De forma resumida planteamos los siguientes objetivos de tratamiento y técnicas para conseguir tales objetivos. Si bien, de acuerdo con el perfil señalado, asumiendo la alta frecuencia de conductas de dolor, las técnicas conductuales serán la opción más apropiada para iniciar el tratamiento. Dada la presencia de pensamientos catastrofistas y baja autoeficacia, también se debe contemplar su intervención. Puesto que la paciente acepta su situación de dolor, no constituirá un objetivo de trabajo, solo se debería reforzar por parte del terapeuta esta situación.

Adquisición de estrategias de afrontamiento activas y eliminación de las pasivas o conductas de dolor como el descanso y la restricción de la actividad: Programa de ejercicio y actividades, establecimiento de metas. Pactar los tiempos de realización, independientemente de que exista dolor. Es necesario ajustar muy bien este aspecto (cantidad de conducta requerida, grado de dificultad y tiempo de ejecución, valorando introducir pequeños descansos, incorporación progresiva de conductas más difíciles para el paciente) para asegurarse el éxito en la realización de las conductas y, de este modo, potenciar también la percepción de autoeficacia, eliminar el miedo al movimiento y el pensamiento catastrofista. Informar y educar a la familia que convive con la paciente para promover un entorno reforzador de estrategias activas más adaptativas y lograr la extinción de las conductas de dolor.

- Linton, S.J., Vlaeyen, J.W.S., y Ostelo, R.W. (2002). The back pain beliefs of health care providers: are we fear-avoidant? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(4), 223-32.
- Lledó, A., Pastor, M.A., Lopez-Roig, S., Nieto, M., (2011). Factores psicosociales y utilización de servicios sanitarios en la Fibromialgia: Una revisión. *International Journal of Psychological Research*, 4(2), 79-90.
- Lledó, A., Pastor, M.A., Pons, N., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., y Bruehl, S. (2010). Control beliefs, coping and emotions: Exploring relationships to explain Fibromyalgia health outcomes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10 (3), 459-476.
- Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., Rodríguez-Marín, J., March, M.J., Lledó, A., López-Roig, S., y Terol, M.C. (1999). Percepción de autoeficacia en dolor crónico: Adaptación y validación de la chronic pain self-efficacy scale. *Revista de Psicología de la Salud*, 11(1/2), 53-75.)
- McCracken, L.M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain* 74, 21-27.
- Pastor, M.A., Martín-Aragón, M., y Lledó, A. (1999). Expectativas de autoeficacia y estado de salud en enfermos con dolor crónico: una revisión. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 9 (2), 111-125.
- Pastor, M.A., Lledó, A., Pons, N., y López-Roig, S. (2011). Dolor y fibromialgia. Aportaciones desde la Psicología. En C. Peñacoba (ed). *Fibromialgia y promoción de la salud: Herramientas de intervención psicosocial*. Cap 2, pp 76-122, Dykinson. ISBN 978-84-15454-11-3.
- Turk, D.C., Okifuji, A., Sinclair, J.A., y Starz, T.W. (1998). Interdisciplinary Treatment for Fibromyalgia Syndrome: Clinical and statistical significance. *Arthritis Care & Research*, 11 (3), 186-195.