

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL
SÍNDROME FIBROMIÁLGICO

Tesis Doctoral

Autora: ANA ISABEL GONZÁLEZ ALONSO

Directores: JUAN ANTONIO CRUZADO RODRIGUEZ

RAMÓN RODRIGUEZ FRANCO

MADRID, 1999

ÍNDICE

1.- Presentación.....	1
PARTE PRIMERA.	
FUNDAMENTOS TEÓRICOS.	
2.- Caracterización del SFM.....	5
2.1.- Criterios de la ACR.....	6
3.- Aspectos sociodemográficos.....	10
4.- Factores causales.....	13
4.1.- Aspectos fisiológicos.....	13
4.1.1.- Alteraciones periféricas.....	14
4.1.1.1.- Alteraciones musculares.....	14
4.1.1.2.- Alteraciones inmunológicas.....	18
4.1.2.- Alteraciones centrales.....	19
4.1.2.1.- Alteraciones neurohormonales.....	19
4.1.2.2.- Alteraciones del sueño.....	22
4.2.- Aspectos psicológicos.....	24
4.2.1.- Aspectos psicopatológicos.....	26
4.2.2.- Ansiedad y depresión.....	29
4.2.3.- Papel del estrés.....	31
4.3.- Calidad de vida.....	34
5.- Modelo integrador explicativo.....	38
6.- Evaluación y tratamiento.....	42
6.1.- Evaluación y procedimientos diagnósticos.....	42
6.2.- Tratamientos utilizados en el SFM.....	43

PARTE SEGUNDA.
INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.

7.- Planteamiento general.....	54
7.1.- Objetivos generales.....	54
7.2.- Preparación del equipo experimental.....	55
8.- Primer estudio.....	56
8.1.- Objetivos.....	56.
8.2.- Hipótesis.....	57
8.3.- Diseño.....	60
8.4.- Método.....	64
8.4.1.- Muestra.....	64
8.4.2.- Instrumentos y aparatos.....	64
8.4.3.- Procedimiento.....	75
8.5.- Análisis de datos.....	80
8.6.- Resultados.....	81
8.6.1.-Análisis descriptivo.....	81
8.6.2.- Análisis correlacional.....	96
8.6.3.- Modelo de regresión.....	107
8.7.- Discusión.....	109
8.7.1.- Análisis descriptivo.....	109
8.7.1.1.- Características demográficas.....	109
8.7.1.2.- Características clínicas.....	110
8.7.1.3.- Características psicológicas..	112
8.7.1.4.- Características de calidad de vida	114
8.7.1.5.- Características de calidad del sueño	116
8.7.2.- Variables que predicen la sintomatología clínica y la calidad de vida	117
9.- Segundo estudio.....	119
9.1.- Planteamiento general.....	119

ÍNDICE

9.2.- Objetivos.....	124
9.3.- Formulación de hipótesis.....	124
9.4.- Diseño.....	125
9.5.- Método.....	126
9.5.1.- Muestra.....	126
9.5.2.- Instrumentos y aparatos.....	127
9.5.3.- Terapeutas.....	127
9.5.4.- Procedimiento.....	128
9.5.4.1.- Primera condición experimental.	130
9.5.4.2.- Segunda condición experimental.	131
9.5.4.3.- Tercera condición experimental.	135
9.6.- Análisis de datos.....	149
9.7.- Resultados.....	150
9.7.1.- Mejorías producidas por cada tratamiento	150
9.7.1.1.- Conclusión.....	163
9.7.2.- Eficacia diferencial de cada tratamiento	165
9.8.- Discusión.....	173
10.- Conclusiones generales.....	176
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	184
ANEXOS.....	202
Anexo 0.- Índice de abreviaturas.	
Anexo 1.- Entrevista clínica (realizada por el médico).	
Anexo 2.- Entrevista psicológica (realizada por el psicólogo).	
Anexo 3.- Ejercicios de rehabilitación y normas de higiene postural.	
Anexo 4.- Autorregistro de dolor-actividad.	
Anexo 5.- Autorregistro del sueño.	
Anexo 6.- Hoja informativa sobre el SFM entregada en la sesión de evaluación.	
Anexo 7.- Registro de respiración y de relajación.	
Anexo 8.- Pruebas F y pruebas de Bonferroni.	

CAPÍTULO 1

PRESENTACIÓN

Los cuadros de dolor crónico son el principal motivo de demanda de asistencia sanitaria; y constituyen un reto para diferentes disciplinas como la medicina, la psicología, etc. Por tanto, este tipo de cuadros exigen un tratamiento interdisciplinar.

Los problemas de dolor crónico son importantes no solo por el gran coste económico que suponen a nuestra sociedad, sino por el sufrimiento que ocasiona a los pacientes y a sus familiares.

La IASP (Internacional Association Studie of Pain) (1979) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño real o potencial de los tejidos, o descrita en términos de dicho daño. El dolor es siempre subjetivo, cada individuo aprende el uso de la palabra a través de experiencias relacionadas con daño en la vida temprana. No es una sensación, ni una percepción, es algo más complejo, donde entra la emoción, ya que siempre es desagradable, también aspectos cognitivos, etc.

Según Melzack y Cases (1968) el dolor es una experiencia tridimensional:

*- Dimensión sensorial-discriminativa: desde un punto de vista fisiológico corresponde a la entrada sensorial, esto es, a la cantidad y cualidad de la estimulación sensorial que da origen a la experiencia final de dolor. Correspondería a la parte más periférica de la experiencia perceptiva. Este componente dependería de los sistemas espinales de conducción rápida.

*- Dimensión motivacional-afectiva: corresponde a la integración superior a nivel intermedio de la información anterior. Estarían implicadas estructuras troncoencefálicas y límbicas. Comporta la caracterización emocional del dolor. Este componente dependería de las influencias de los sistemas espinales de conducción lenta sobre las estructuras reticulares y límbicas.

*- Dimensión cognitivo-evaluativa: corresponde a la integración de la información a nivel cortical, encontrándose por ello más cerca de la experiencia subjetiva de dolor que el resto de las dimensiones. Este componente dependería de las funciones superiores del Sistema Nervioso Central (SNC) o neocorticales.

De acuerdo con Vallejo y Comeche (1994) esta forma de entender el dolor parece la más adecuada ya que describe la integración de los aspectos fisiológicos y psicológicos, siguiendo el desarrollo secuencial ligado al proceso perceptivo. Sin embargo, su valor didáctico no debe hacernos olvidar que la experiencia de dolor viene dada como un todo; por tanto, se podría hablar de una preponderancia de los aspectos sensoriales, motivacionales o cognitivos en la experiencia final de dolor, pero partiendo de la base de que en todo tipo de dolor están presentes dichos factores (modelo de la puerta de Melzack y Wall, 1965).

El presente trabajo de investigación pretende ser un avance ante la necesidad de evaluación y tratamiento de los problemas de dolor crónico. En concreto, esta tesis doctoral se basa en un problema reumatológico denominado Síndrome Fibromiálgico (SFM). En la primera parte de fundamentos teóricos se pretende un acercamiento y un mayor conocimiento sobre los aspectos fundamentales de dicho síndrome, describiendo cuales son los factores causales. Después se pasa a describir un modelo integrador explicativo que nos ayude a comprender mejor dicho síndrome. Posteriormente, se lleva a cabo un análisis de los problemas más importantes que se encuentran a la hora de evaluar dicha enfermedad y de los tratamientos que se han llevado a cabo, con los resultados obtenidos en los más importantes. No se ha pretendido que este recorrido por

los diversos tratamientos utilizados en el SFM tenga un carácter exhaustivo, ya que este no es objetivo de esta tesis doctoral.

Tras el abordaje de los fundamentos teóricos, se presentan, en la segunda parte, dos trabajos de investigación, que pretenden conocer mejor la problemática del SFM, en cuanto a su evaluación y a la eficacia de su tratamiento. Para llevar a cabo dichos trabajos, la muestra clínica fue obtenida de diferentes servicios del Hospital Militar Central "Gómez Ulla", cuyos pacientes fueron derivados a la Unidad de Fibromialgia de dicho hospital. El primer estudio aborda el problema de la evaluación y etiopatogenia del SFM y en el segundo estudio se presenta la eficacia de diferentes tratamientos en el SFM.

PRIMERA PARTE

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO 2

CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME FIBROMIÁLGICO.

La Fibromialgia es un trastorno de la modulación del dolor de etiología desconocida, que se caracteriza por dolor musculoesquelético difuso crónico, rigidez, fatiga y sueño no reparador y la presencia de unos puntos dolorosos, llamados puntos sensibles a la presión (*"tender points"*), a la palpación de unas zonas anatómicas concretas. Con frecuencia se asocia a cefaleas, colon irritable, síndrome de fatiga crónica, fenómeno de Raynaud, síndrome seco y trastornos emocionales.

Este síndrome afecta principalmente a mujeres; en estudios poblacionales la prevalencia es de dos mujeres por cada hombre, aumentando en series clínicas a la razón de 4 por cada hombre. (Rodríguez, 1994).

La prevalencia estimada está entre un 1% y 3% de la población mayor de dieciocho años (Wolfe, 1989; Makela, Heliiovaara, 1991; Raspe, 1992). En España se calcula que alrededor de 800.000 personas padecen esta enfermedad. Siendo la proporción de mujeres afectadas de un 75-90% de la población (Rodríguez, 1994). Es importante tener en cuenta que este síndrome implica un elevado costo para el sistema sanitario, ya que explica el 7'5% de las consultas ambulatorias en Europa (Burckhardt, Clark, Bennett, 1993) y es el segundo cuadro diagnóstico más frecuente en las consultas de Reumatología ocupando entre el 10 y 25% de estas (Wolfe, 1989). Se plantea la importancia que este síndrome tiene en la sociedad actual por su alta frecuencia y el costo que implica a nivel individual y social. Así, investigaciones recientes revelan que los sujetos que presentan este tipo de síntomas constituyen alrededor del 10% del

número de pacientes atendidos médicamente y el 60% de las bajas laborales (Bradley, 1993).

El SFM, a lo largo de la historia ha recibido numerosas acepciones. Gowers, fue el primero que introdujo el término fibrositis a comienzos de este siglo, haciendo referencia a síndromes regionales dolorosos. Alrededor de 1950, surgen dos conceptos nuevos, el Síndrome de Dolor Miofascial (Travell, 1952) y el Reumatismo Psicógeno (Boland, 1947). En 1975 Hench, fue el primero en utilizar el término Fibromialgia, pero no será hasta 1990, cuando el American College of Rheumatology (ACR) describa unos criterios diagnósticos para la clasificación de la Fibromialgia.

La Fibromialgia se clasifica, según Yunus (1983), en Fibromialgia regional, primaria, secundaria y concomitante. En la Fibromialgia regional los síntomas de dolor y los puntos sensibles a la presión (“*tender points*”) están limitados en una zona anatómica concreta, v.g.; el síndrome de dolor miofascial. La Fibromialgia primaria se caracteriza por un dolor generalizado y unos puntos dolorosos extendidos por todo el cuerpo, sin poder explicarse los síntomas presentes a través de otro cuadro clínico. La Fibromialgia secundaria es causada por otro trastorno v.g.; artritis reumatoide, hipotiroidismo... y debe de ser diferenciada de la Fibromialgia concomitante, la cuál se caracteriza por ser una combinación de la primaria con otro trastorno.

2.1. - CRITERIOS DE LA ACR

I. Historia de dolor extenso.

Definición: El dolor es considerado extenso cuando se presenta: dolor en la parte izquierda del cuerpo, dolor en la parte derecha del cuerpo, dolor sobre la cintura, dolor bajo la cintura. Además, dolor axial esquelético (columna cervical o cuello o espina torácica o espalda) deben estar presentes. En esta definición, dolor en el hombro y las nalgas es considerado como dolor para cada lado implicado. El dolor en la espalda es

considerado dolor en el segmento de abajo. De este modo, el dolor extendido en tres sitios (v.g., brazo derecho, espalda y pierna izquierda) satisficieran los criterios de dolor extenso.

II. Dolor en 11 de 18 puntos dolorosos con palpación digital

Definición. Dolor (leve o grave) con palpación digital debe estar presente en al menos 11 de los siguientes puntos dolorosos: occipital, trapecio, supraespinoso, cervical, epicóndilo, segunda costilla, gluteo, trocánter, grasa medial de la rodilla, todos ellos explorados en ambos lados del cuerpo.

La palpación digital debe ser llevada a cabo con una fuerza aproximada de cuatro kilos/cm².

Para que un punto doloroso sea considerado positivo, el sujeto debe afirmar que la palpación es dolorosa. “Molesto” no es considerado “doloroso”.

Tabla I. Características del dolor, según A.C.R.

<i>Dolor Crónico</i>	Dolor de más de tres meses de evolución.
<i>Generalizado</i>	Se considera así, al dolor cuando todas las descripciones que siguen están presentes: dolor en el hemicuerpo derecho, dolor en hemicuerpo izquierdo, dolor por encima de la cintura, dolor por debajo de la cintura. Además de dolor en el esqueleto axial (cervical, dorsal, lumbar o en la pared anterior del tórax). A efectos de esta definición, se considera a los hombros y nalgas como dolor de cada hemicuerpo afectado. El dolor lumbar se considera dolor del segmento inferior.

Tabla II. Localización de los puntos sensibles a la presión.

<i>Occipucio</i>	Bilateral, en la inserción del músculo suboccipital.
<i>Cervical bajo</i>	Bilateral, en los aspectos anteriores de los espacios intertransversos C ₅ .C ₇ .
<i>Trapezio</i>	Bilateral, en el punto medio del borde superior.
<i>Supraespinoso</i>	Bilateral, en su origen, encima de la espina de escápula cerca del borde medial.
<i>2ª Costilla</i>	Bilateral, en la 2ª unión costochondral, lateralmente a las superficies superiores de las uniones.
<i>Epicóndilos</i>	Bilateral, a 2 cm por debajo de los epicóndilos.
<i>Gluteo</i>	Bilateral, en los cuadrantes superoexternos de las nalgas en pliegue anterior del músculo.
<i>Trocánter mayor</i>	Bilateral, posterior a la eminencia trocantérea.
<i>Rodillas</i>	Bilateral, en el paquete graso medial proximal a la línea articular

El dolor a la palpación digital debe ser realizada con una fuerza aproximada de 4 Kg. Para que la palpación sea "positiva" el paciente debe expresar que la palpación fue

dolorosa. La molestia no se puede considerar como dolor a la palpación digital, debe estar presente en 11 o más de las 18 localizaciones arriba expresadas.

Estos criterios tienen una gran importancia, especialmente para la investigación, porque ahora existe una homogeneidad respecto a lo que caracteriza el Síndrome Fibromiálgico.

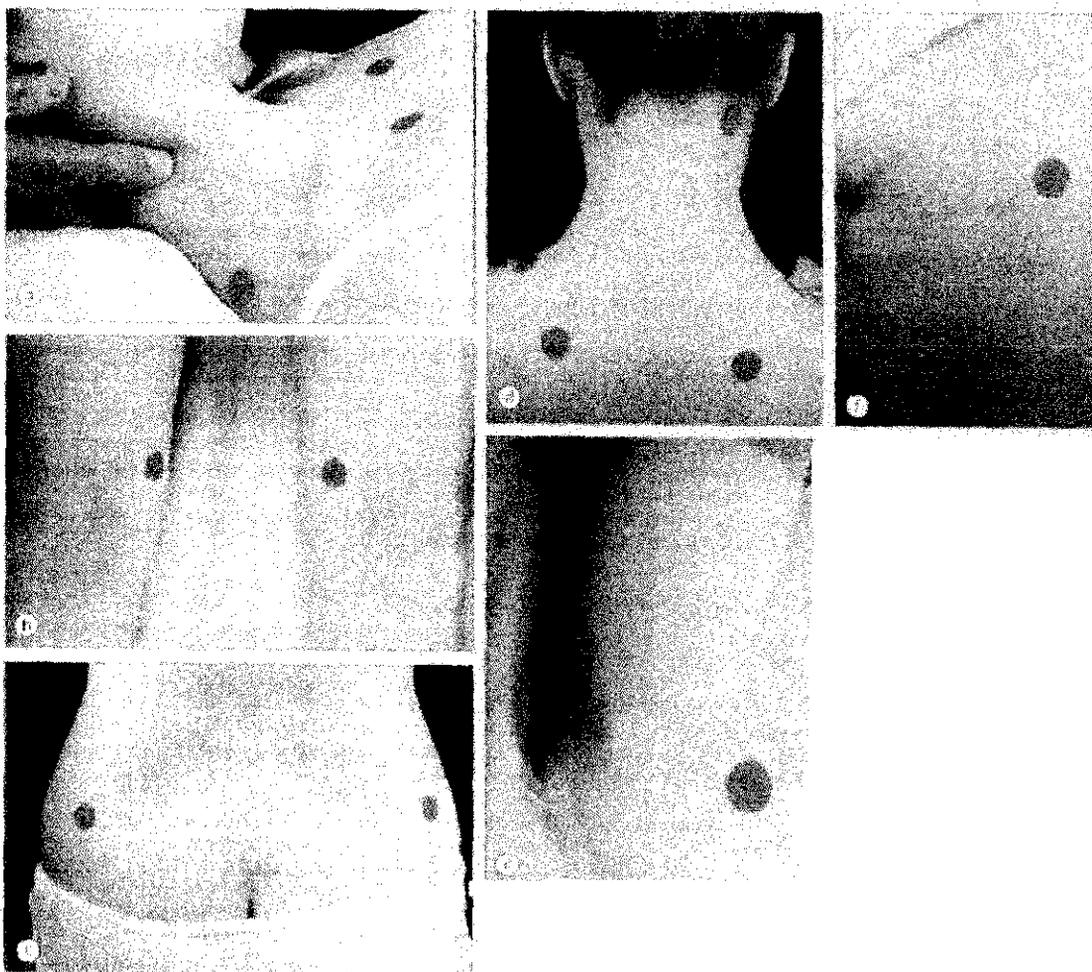


Figura 1. A: trapecio, 2º costilla; B: grasa medial en rodillas; C: glúteo; D: occipucio, cervical bajo y supraespinoso; E: epicóndilos; F: trocanter.

CAPÍTULO 3

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

El SFM afecta sobre todo a mujeres en la edad media de la vida. La media de edad de los pacientes en las series publicadas se encuentra alrededor de los 50 años.

La enfermedad se puede dar a cualquier edad, pero el pico de prevalencia se produce entre los 35 y los 55 años. Un estudio realizado en Israel (Buskila, Press, Gedalia, Klein, Neuman, Boehm, Sukenik, 1987) muestra que más del 6% de los niños entre 11 y 15 años reúnen los criterios de Fibromialgia según la ACR. Prescott y su equipo (1993) en Suecia, encontró que el 1% de la población entre 50 y 70 años presentaban Fibromialgia. Sin embargo, la edad de comienzo de los síntomas se da por término medio entre los 29 y 37 años, aunque el 25 % de los pacientes refiere el comienzo de sus síntomas en la infancia. La edad de diagnóstico se encuentra entre los 34 y los 53 años. Esto parece indicar que en el paciente típico existe un retraso de varios años entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico (Rodríguez, 1994).

La distribución de la enfermedad parece ser universal. La prevalencia de la enfermedad según las diferentes características étnicas es un hecho aún por estudiar, aunque en un estudio realizado en EEUU la frecuencia en caucásianos era superior a la encontrada en hispanos y negros. En la serie de la ACR, no hubo diferencias entre los pacientes y los controles en relación con la raza. (Rodríguez, 1994).

En cuanto a la educación y al nivel económico Cathey (1988) encontró un nivel educativo y económico superior entre los pacientes con SFM que la media de los habitantes del estado en el que se localizaba su centro. Estos datos no pueden ser

extrapolados, ya que parecen reflejar más a las personas que frecuentan la clínica que a los enfermos de SFM de la población general.

En el estudio de Makela y Heliovaara (1991), en una muestra representativa de Finlandia, se encontró que el SFM se asociaba a factores ocupacionales (no había ningún caso entre los profesionales de cuello blanco), niveles bajos de educación y altos niveles de estrés físico en el trabajo.

Durante los últimos 10 años, en lengua inglesa se ha desarrollado una intensa producción científica sobre el SFM, mientras que en lengua española apenas se encuentran trabajos. Existen dos revisiones generales sobre esta entidad (Ballina, Martín, Iglesias, Hernández, Cueto, 1995; Naranjo, Rodríguez, Ojeda, 1992), y algunos trabajos originales publicados en lengua española (Calabozo, Llamazares, Muñoz, Alonso-Ruiz, 1990; Quijada, Valenzuela, Hernanz, Povedano, Fernández, Moreno, 1994) o en lengua inglesa por autores españoles (Hernanz, Valenzuela, Quijada, García, de la Iglesia, Gutierrez, 1994; Pérez, Calabozo, Alonso, Herrero, Ruíz, Otermín, 1995).

Alvarez, Alonso, Alonso, Alegre, Viejo y Maraón (1996) llevaron a cabo un estudio para determinar las características clínicas de las pacientes españolas con Fibromialgia y comprobar si se mantienen en esta población las diferencias frente al grupo control de la serie de la ACR de 1990 y compararlas con otras series. La muestra estaba compuesta por 60 mujeres con SFM, con una edad media de 50,1+- 10,2 años (intervalo 26-69), y para el grupo control se seleccionaron otras 60 mujeres que no cumplieran criterios de Fibromialgia y de características similares en edad (50,5 +-14 años (intervalo 22-73)) al grupo de pacientes. Estos autores concluyen que básicamente sus pacientes son semejantes a otros estudios, aunque con alguna peculiaridad.

En el estudio llevado a cabo por Albornoz J, Povedano J, Quijada J, de la Iglesia JL, Fernández A, Pérez-Vilchez D y García-López A (1997) en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, se estudiaron 193 pacientes con SFM de los que un 92,7% eran mujeres y un 7,3% eran varones. Tenían una edad media de 41,8 +- 10,15 años. La

mayoría tenían estudios primarios (72,77%). Las amas de casa (48,70) y los trabajadores del sector servicios (35,23) fueron los dos grupos mayoritarios. Tenían trabajo remunerado 93 enfermos; de ellos, 60 estuvieron de baja laboral por causa del SFM.

Las características demográficas de esta serie española coinciden con las descritas en la literatura (Campbell et al, 1983; Wolfe et al, 1990; Dinerman et al, 1986).

CAPÍTULO 4

FACTORES CAUSALES.

4.1. - ASPECTOS FISIOLÓGICOS.

La Fibromialgia junto con el síndrome de colon irritable, cefaleas tensionales, fatiga crónica y dismenorrea primaria tienen una serie de características comunes (ver figura 2), como por ejemplo; darse predominantemente en mujeres, ausencia de cambios anatomopatológicos específicos en los tejidos periféricos y la falta de alteraciones bioquímicas en las pruebas de laboratorio normalmente utilizadas, con pocas excepciones como el descubrimiento llevado a cabo por Klein, Bansch y Berg (1992). Estos autores encontraron en un elevado número de pacientes con Fibromialgia (70%) anticuerpos antiserotonina y antigangliósidos.

Estos síndromes se han clasificado como Síndromes Funcionales por el desconocimiento de su origen, pero en los últimos estudios llevados a cabo se ha descubierto que existen alteraciones en el sistema hormonal y en los neurotransmisores, por lo que según Yunus, constituyen un síndrome de disfunción neuroendocrina. (Yunus, 1994).

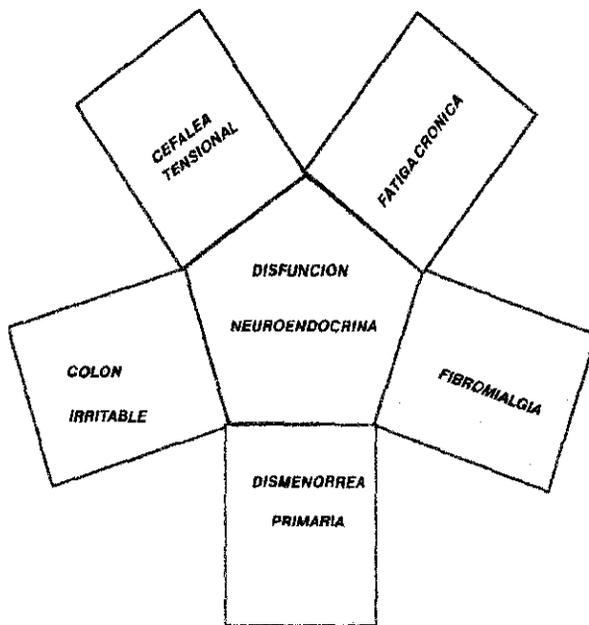


Figura 2. En la base de los denominados síndromes funcionales, existe un factor patogénico común, la existencia de disfunciones neuroendocrinas. (Rodríguez, R., 1996).

La etiopatogenia del Síndrome Fibromiálgico no está aun clarificada, aunque podemos afirmar que no se trata de un trastorno psiquiátrico. Son dos los mecanismos que juegan un papel importante en el origen y posiblemente mantenimiento del cuadro: alteraciones periféricas en las que se incluirían las alteraciones musculares e inmunológicas y mecanismos centrales en las que estarían presentes las alteraciones neurohormonales y las alteraciones del sueño.

4.1.1. - ALTERACIONES PERIFÉRICAS.

4.1.1.1. - ALTERACIONES MUSCULARES.

En los primeros estudios del metabolismo muscular en la Fibromialgia se utilizaron diferentes técnicas que parecían indicar, que existían unas bases metabólicas para explicar los síntomas de dolor musculoesquelal en este trastorno. Los métodos

para determinar el metabolismo energético del músculo, más frecuentemente utilizados han sido los estudios histoquímicos, las pruebas de oxígeno y más recientemente las MRS (resonancia magnética espectroscópica).

Según Gowers (1904) y Stockman (1904) las alteraciones histológicas de la musculatura han sido consideradas una posible causa que pudiese explicar el cuadro de dolor muscular, fatiga y rigidez que presentan los sujetos con SFM. Pero los estudios realizados hasta el momento no han podido describir cuál es el papel que el músculo juega en la Fibromialgia.

El dolor muscular, especialmente en el cruce de músculos-tendones, la fatiga y la rigidez son los primeros síntomas. Se ha encontrado un mal funcionamiento del metabolismo energético en parte de las fibras musculares. Son muchos los estudios, que utilizando técnicas invasivas y técnicas no invasivas, han sugerido que los pacientes con Fibromialgia tienen anomalías en el metabolismo energético muscular (Fassbender, Wegner, 1973; Bengtsson, Henriksson, Lason, 1986). En un estudio realizado por Bennett, parece ser que los sujetos con SFM están más descondicionados cuando se les compara con sujetos normales (Bennett, Clark, Goldberg, Nelson, Bonafede, Porter, Specht, 1989).

Bengtsson y colaboradores utilizaron las concentraciones de diferentes fosfatos en la biopsia de músculos, encontrando menores niveles de ATP, ADP y PCr (fosfocreatina) en los lugares donde existían puntos sensibles a la presión (“*tender points*”) en los pacientes con SFM en comparación con controles normales (Bengtsson et al., 1986). También encontraron, en estos mismos lugares una hipoxia muscular, pudiendo ser esta una posible causa del dolor muscular (Lund, Bengtsson, Thorborg, 1986).

Estudios realizados posteriormente, utilizando la espectroscopia mediante la resonancia magnética (MRS), han dado resultados conflictivos. Parece ser que el estudio realizado por Simms et al (1994) nos da una información más esclarecedora sobre el

tema. Se valoraron el consumo máximo de O₂, contracción voluntaria máxima y estudio espectroscópico del P31 mediante la resonancia magnética nuclear (P31-RMN) en sujetos con SFM y controles con igual nivel de preparación física. No se encontraron diferencias en reposo, durante el ejercicio o en la recuperación en las concentraciones de los fosfatos de alta energía entre los pacientes con Fibromialgia y los controles. Este estudio muestra que no existen diferencias en los parámetros del metabolismo muscular entre pacientes con Fibromialgia y controles sanos, durante un protocolo de ejercicios de fatiga muscular. Por tanto, no podemos mantener la hipótesis de que en el SFM existan defectos localizados en el metabolismo del músculo.

Aunque el papel del músculo en el SFM no está aun clarificado, lo que está claro es que juega un papel importante ya que es el “órgano diana” del síndrome y en un número relativamente importante de casos el cuadro comienza tras un traumatismo, un síndrome de dolor miofascial o un esfuerzo repetitivo (Littlejohn, 1989).

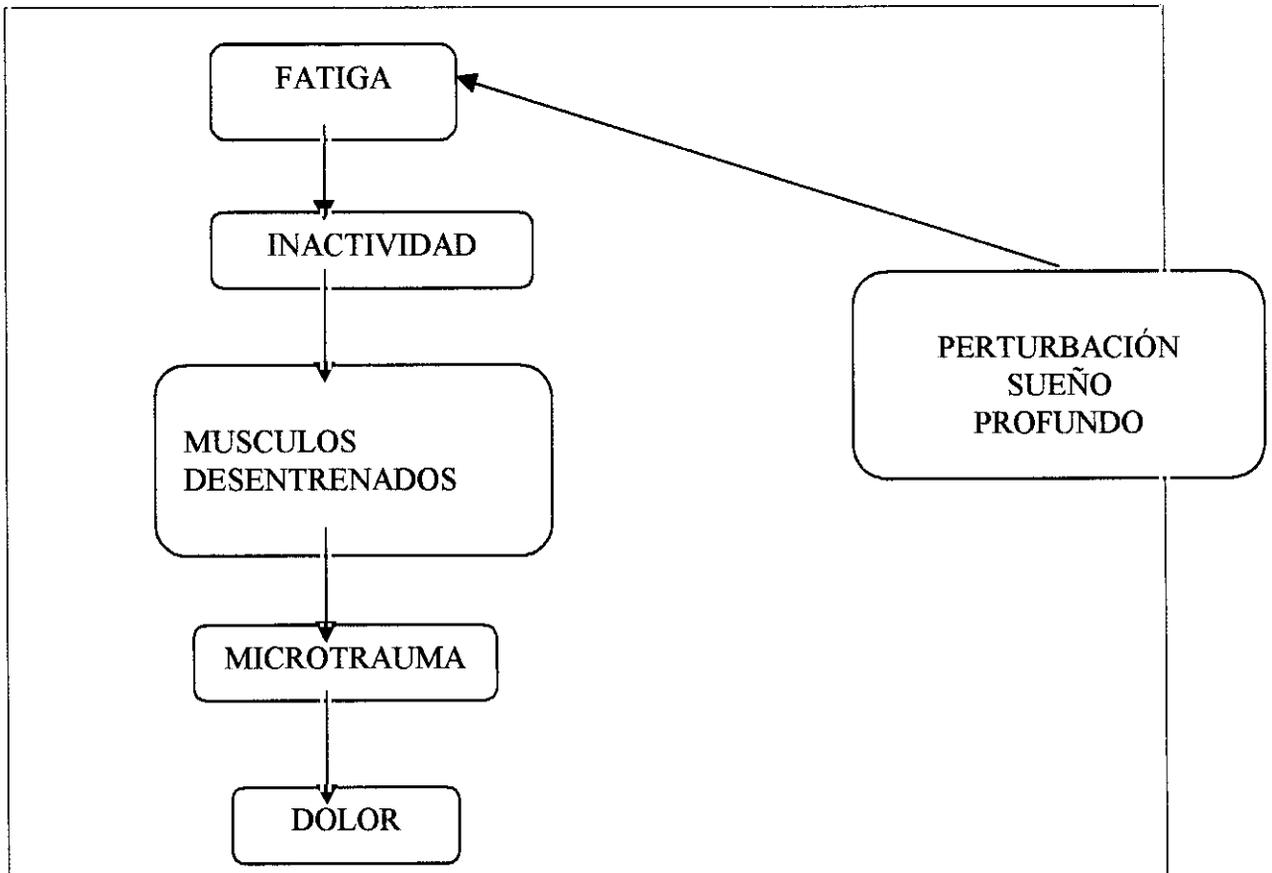


Figura 3. Posible explicación de los problemas de dolor. (Bennett, 1989).

Parece ser que a través de un trauma muscular, se produce una excitación de los receptores periféricos, dando lugar a una sensibilización periférica que desencadena una hiperalgesia primaria, por diversos mecanismos se produce una sensibilización central y se produce una hiperalgesia secundaria y estímulos que en un principio no eran dolorosos se convierten en dolor generalizado. La plasticidad del sistema nervioso central (SNC) juega un papel importante en este proceso (ver figura 4).

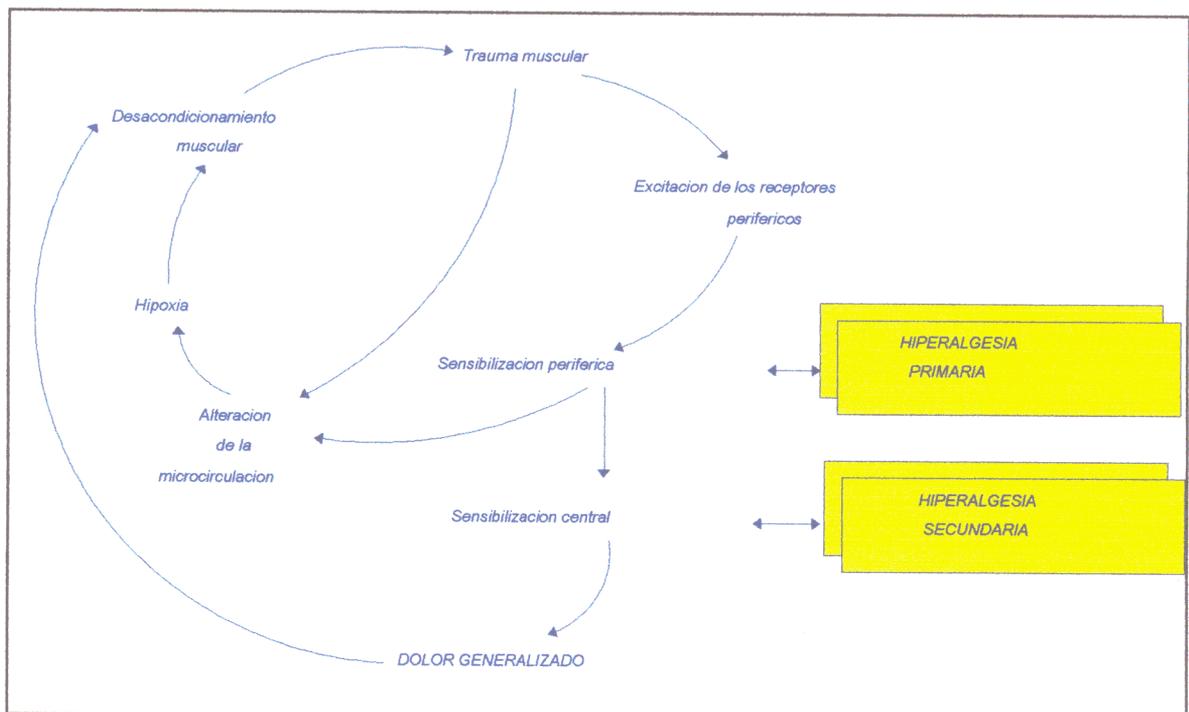


Figura 4. En este esquema se muestran los posibles mecanismos patogénicos que contribuyen al desarrollo y cronificación de la Fibromialgia a partir del músculo (Rodríguez, F., 1996).

Es importante seguir estudiando este tema, para clarificar el papel del músculo en el SFM.

4.1.1.2. - ALTERACIONES INMUNOLÓGICAS.

Alrededor de un 10% de pacientes con SFM presentan anticuerpos antinucleares (ANA) positivos (Dinerman, Goldenberg, Felson, 1986). Esto nos podría hacer pensar, junto con otra serie de datos, como por ejemplo: actividad anormal de las células “*Natural Killer*”, incrementos de la actividad de las células T estimuladoras, que se trata de una enfermedad inmunológica.

Hasta el momento no existen datos concluyentes que nos puedan hacer pensar esto, a excepción de un trabajo llevado a cabo por Klein en 1992 donde proponía que en la base de la enfermedad se encontraba una alteración inmunitaria. Analizó la existencia de anticuerpos antiserotonina y antigangliósidos en el suero de estos pacientes, encontrando en más del 70% de los pacientes con SFM, niveles elevados. Estos anticuerpos tal vez representarían una activación oligoclonal y hasta cierto punto selectiva, ya que en general no se detecta la presencia de otros anticuerpos en este tipo de pacientes. Hasta este momento, ningún grupo investigador ha podido reproducir estos resultados, por lo que sería prudente considerar que no se trata de una enfermedad autoinmune.

Parece ser que los avances teóricos van por otros caminos; por ejemplo, para Yunus los mecanismos centrales estarían en la base del SFM, mientras que para Bennet la responsabilidad inicial sería de los mecanismos periféricos, como ya se explicó anteriormente.

4.1.2. - MECANISMOS CENTRALES.

4.1.2.1. - ALTERACIONES NEUROHORMONALES.

La Fibromialgia está asociada con alteraciones en la percepción del dolor, en el estado de ánimo y en el sueño y parece estar relacionada con el estrés ya que desde su comienzo en determinados casos, coincide con estrés físico o psicológico (Dailey, Bishop, Russell, Fletcher, 1990; Uveges, Parker, Smarr, McGowan, Lyon, Irvin, Meyer, Buckelew, Morgan, Delmonico, Hewett, Kay, 1990). Podemos afirmar que existen alteraciones de los mecanismos neuroendocrinos del estrés. Durante situaciones estresantes, el SNC y las funciones periféricas generalmente están alteradas para restablecer la homeostasis y poder así preservar la vida. Es un hecho conocido la relación entre el sistema del estrés y los mecanismos reguladores del dolor (Chrousos, 1992). Los sistemas de adaptación neuroendocrinológica al estrés, constituyen un complejo sistema y su desequilibrio podría ser la base de determinadas patologías.

Se han llevado a cabo estudios sobre el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal y se han constatado alteraciones en pacientes con SFM. Por una parte los niveles de la hormona corticotropa (ACTH), así como su respuesta a la hipoglucemia inducida por insulina o la administración de CRF son superiores en pacientes con Fibromialgia comparándolos con controles sanos (Griep, Boersma, de Kloet, 1993; McCain, Tilbe, 1989). Por otra parte, también se ha observado que los niveles basales y diurnos de prolactina son normales pero con un aumento en respuesta a la hormona liberadora de tirotrópina (TRH) en pacientes con SFM (Ferraccioli et al. , 1990).

También se han encontrado alteraciones en los mecanismos de neurotransmisión central implicados en la percepción del dolor, como son la sustancia P, la serotonina, etc. Estos neurotransmisores, junto con otros actúan en la modulación del dolor.

Los neurotransmisores implicados en la inhibición del dolor son la serotonina, noradrenalina, ácido gamma-aminobutírico (GABA), péptidos opiáceos (Yunus, 1992; Yunus, Masi, 1992). En estudios recientes se ha visto un déficit de estos neurotransmisores (especialmente serotonina) en sujetos diagnosticados de SFM (Russell, Michalek, Vipraio, 1989; Russell, Vareroy, Javors, 1992). La disminución de los neurotransmisores inhibidores de las vías del dolor (serotonina, noradrenalina...) o el aumento de los neurotransmisores excitadores de las vías del dolor (sustancia P) provocaría la amplificación del dolor. Esto podría explicar parte de los mecanismos patogénicos del SFM.

En un estudio llevado a cabo por Vaeroy (Vaeroy, Helé, Forre, 1988) se encontraron niveles elevados de sustancia P en líquido cefalorraquídeo en sujetos diagnosticados de SFM, aunque los niveles en plasma eran normales. También se ha encontrado un déficit en serotonina en sujetos con Fibromialgia. Esto se ha observado al encontrar bajos niveles de concentraciones de triptófano (precursor de la serotonina) en plasma, una disminución del transporte del triptófano plasmático (un indicador de la entrada del triptófano en el cerebro) (Yunus, Dailey, Aldag, 1992) y un decremento en líquido cefalorraquídeo de 5-hidroxiindolacético (un metabolito de la serotonina) (Russell et al., 1992), comparando sujetos con SFM con controles sanos y pacientes afectados por enfermedades inflamatorias, como artritis reumatoide (AR).

Parece ser, que las alteraciones de las funciones neuroendocrinas en los sujetos con SFM están relacionadas con un anormal funcionamiento del eje hipotalámico-pituitaria-adrenal (Ferraccioli, Cavalieri, Salaffi, 1990) y con bajos niveles de somatomedina C (Bennett, Clark, Campbell, 1992). Las alteraciones a nivel neuroendocrino de mayor relevancia son la aparición de bajos niveles de somatomedina C, “segundo mensajero” en las acciones somatotrópicas de la hormona del crecimiento, la cual se segrega durante la fase 4 del sueño alterada en los sujetos con SFM. (Bennett et al. , 1992).

Otra hormona analizada en la Fibromialgia es la hormona del crecimiento (GH). Se sabe que más del 80% de la producción total diaria de dicha hormona se segrega durante la fase IV N-Rem del sueño, que como se sabe está alterada en los pacientes con SFM. La GH también tiene una función crítica en la homeostásis y reparación del músculo que también es deficiente en la Fibromialgia. Es importante resaltar como este déficit repercute de manera directa en la sintomatología clínica del cuadro fibromiálgico, produciendo sensaciones de fatiga, que es uno de los síntomas que caracterizan dicho cuadro.

De lo descrito anteriormente, parece claro que existe una alteración de los mecanismos centrales del dolor, acompañado de dolor, fatiga, sueño no reparador, depresión, ansiedad, desuso musculares, etc. (ver figura 5). Esto nos lleva a pensar que actuando sobre el estado de ánimo, sobre la calidad del sueño, aumentando el ejercicio físico y por tanto mejorando la forma física del paciente, a través de un tratamiento psicológico combinado con un tratamiento farmacológico, podrá mejorar la sintomatología clínica del sujeto. Es decir, cambiando la base biológica, cambiaremos la presentación clínica del cuadro.

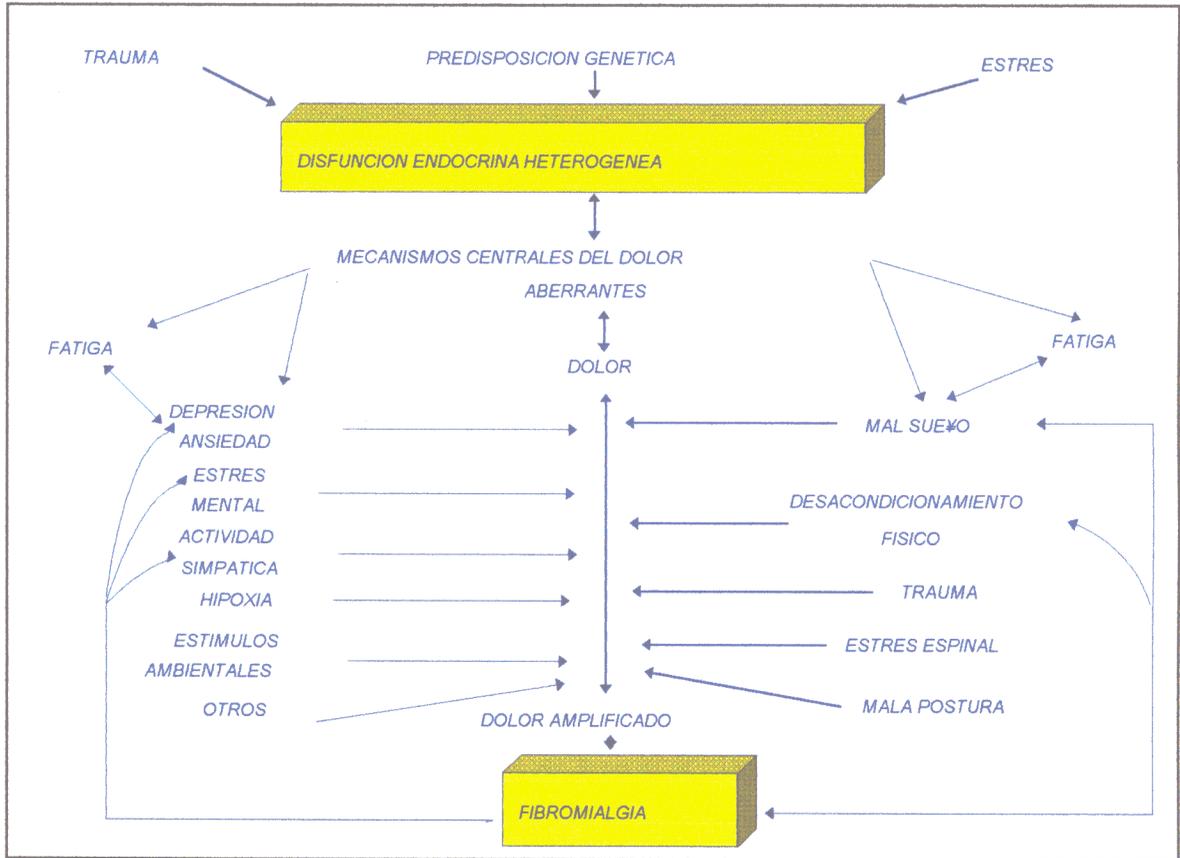


Figura 5. Mecanismos centrales y periféricos en el SFM. Según Yunus, el defecto primario es la disfunción neuroendocrina. (Yunus, 1992).

4.1.2.2. - ALTERACIONES DEL SUEÑO.

Las alteraciones del sueño son frecuentes en sujetos con SFM. En los estudios publicados entre un 75 y un 90 % de los pacientes refieren mala calidad subjetiva del sueño, siendo las alteraciones más frecuentemente descritas por las enfermas, la existencia de sueño no reparador, de sueño “ligero” y de mala calidad del mismo (Hazlett, Haynes, 1992; Bentsson, Henrikson, Jorfeldt, Kadedal, Lennmarken, Lindstrom, 1986; Campbell, Clark, Tindall, Forehand, Benneth, 1983; Nishikai, 1992). Moldofsky describe un patrón de sueño caracterizado por presentar alteraciones en la fase IV del sueño N-REM con la aparición de ondas alfa, denominándolo anomalía alfa-delta (Moldofsky, 1989). Se ha visto en estudios posteriores, que la intrusión de ondas alfa en el sueño no es exclusiva de esta fase, sino que también puede estar presente en las

fases I y II del sueño N-REM y más raramente en el sueño REM, denominándose anomalía alfa EEG del sueño N-REM (Ware, Russel, Campos, 1986).

En otra serie de estudios se ha observado que estas anomalías son poco específicas de los pacientes con SFM, ya que se han encontrado en personas sanas (Hauri, Hawkins, 1973; Scheuler, Stinshoff, Kubicki, 1983) y pacientes con dolor crónico (Watson, Liebmann, Jenson, 1985). Un estudio muy interesante es el realizado por Moldofsky, cuando deprivaba de la fase IV de sueño N-REM a personas sanas mediante estímulos acústicos, estos desarrollaban un cuadro clínico compatible con el SFM, consistente en sueño no reparador, cambios en el estado de ánimo, fatiga y dolores musculoesqueléticos (Moldofski, Scarisbrisk, 1976). También es importante destacar que las personas que desarrollaban un mayor número de síntomas eran aquellas que llevaban una vida sedentaria, mientras que los que realizaban ejercicio físico de manera continua, no desarrollaban el cuadro clínico.

Parece ser que estas alteraciones oníricas están en relación con los niveles de serotonina, que se encuentran disminuidos en los sujetos afectados de este síndrome. Se ha realizado un estudio en el cual al administrar medicación serotoninérgica mejora la calidad del sueño (Moldofsky, Lue, 1980; Goldenberg, Felson, Dinerman, 1986). Por lo tanto, parece ser, que la serotonina juega un papel importante en el sueño, en los mecanismos reguladores del dolor y en la regulación neuroendocrina.

También es importante analizar el papel que la GH juega en las alteraciones del sueño, ya que esta se segrega en más del 80% de su producción total diaria durante la fase IV del sueño N-REM. Además la GH tiene una función crítica en la homeostásis y reparación del músculo que también es deficiente en la Fibromialgia (Rodríguez, 1996).

Por tanto, el sueño juega un papel importante en la comprensión del cuadro Fibromiálgico pero no puede explicar la totalidad del cuadro clínico, aunque si representa un aspecto fundamental en la cronificación y agravación del mismo.

4.2. -. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

El SFM no ha sido definido como categoría médica hasta 1990, que la ACR describe unos criterios diagnósticos para su clasificación. Aún así, hoy en día persisten graves problemas de diagnóstico por el desconocimiento que todavía existe acerca de dicho síndrome. Esto da lugar a que los pacientes que llegan a nuestra consulta puedan llevar entre 5 y 10 años “deambulando” por diferentes consultas médicas. Al ser desconocida su etiología este síndrome ha sido comprendido como principalmente psicológico en su origen. En diferentes estudios el SFM se conceptualiza como puramente un trastorno psicógeno (Boland, 1947) o como una expresión somática de un trastorno afectivo mayor (Bohr, 1987). Las relaciones entre el SFM y enfermedades psíquicas se resumen en la tabla III.

<i>Tabla III. Relaciones entre el síndrome Fibromiálgico y enfermedades psiquiátricas. (Rodríguez, 1996)</i>
<i>1. Síndrome Fibromiálgico sin enfermedad psiquiátrica.</i>
<i>2. Síndrome Fibromiálgico y trastornos psicológicos ligados al dolor crónico.</i>
<i>3. Síndrome Fibromiálgico y enfermedad psiquiátrica comorbida.</i> El curso clínico de las dos enfermedades no es en paralelo, aunque las exacerbaciones de la enfermedad psíquica pueden provocar exacerbaciones del SFM. La remisión de enfermedad psiquiátrica no produce la remisión del SFM.
<i>4. Reumatismo psicógeno (Síndrome Fibromiálgico-like).</i> Los síntomas musculoesqueléticos cursan en paralelo con la enfermedad psiquiátrica, la remisión de la enfermedad mental provoca la remisión de los síntomas musculoesqueléticos.

Yunus y su equipo (Yunus, Masi, Calabro, Miller, Feingerbaum, 1981) diferencian reumatismo psicógeno y SFM. Ambos síndromes deben ser clínicamente distinguidos por sutiles diferencias en la presentación conductual de los síntomas. Los sujetos con reumatismo psicógeno tienen manifestaciones exageradas, asociadas a un gran componente emocional. La exploración de los puntos sensibles (*"tender points"*) es dolorosa, pero también cualquier parte que se les explore y su dolor permanece relativamente constante a lo largo del tiempo. Mientras que los sujetos con SFM, su dolor está moderado por diversos factores como son, el estado de ánimo, el ejercicio físico, el tiempo atmosférico entre otras. Hoy en día estos síndromes se consideran como dos entidades clínicas claramente diferenciadas (ver tabla IV).

<i>Características</i>	<i>Fibromialgia</i>	<i>Reumatismo Psicógeno</i>
<i>Enfermedad Psiquiátrica</i>	< 30%	100%
<i>Dolor</i>	Difuso.	Difuso o localizado.
<i>"Tender points"</i>	Si. Uniformes.	Si. No uniformes.
<i>Puntos control</i>	Normalmente negativos.	Positivos.
<i>Curso clínico del dolor y la enfermedad psiquiátrica.</i>	Los síntomas se pueden exacerbar por el trastorno psiquiátrico.	Paralelo.
<i>Remisión de la enfermedad psiquiátrica</i>	SFM continua	Desaparición del dolor.

Tabla IV. Diferencias entre el Síndrome Fibromiálgico y el Reumatismo Psicógeno (Rodríguez, 1996).

Por tanto, podemos concluir que el SFM no es un trastorno puramente psiquiátrico ya que ha quedado constancia a través de los estudios mencionados que existe un correlato fisiológico que acompaña a las alteraciones psicológicas presentes en el SFM.

4.2.1. - ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS.

Son muchos los años que hace que se comenzó a estudiar la relación de los aspectos psicopatológicos presentes en sujetos con problemas de dolor crónico. Los primeros estudios que se llevaron a cabo, mostraban que el 70% de los pacientes manifestaban diversas perturbaciones psicológicas (Ellman, Savage, 1942), pero debemos ser muy cautelosos a la hora de valorar estos resultados, ya que existían errores metodológicos. Cuarenta años después estas conclusiones han sido corroboradas por diferentes autores utilizando instrumentos multidimensionales estandarizados y una metodología más adecuada.

Payne (Payne, Leavitt, Garron, Katz, Golden, Glickman, Vanderplate, 1982) y Ahles (Ahles, Yunus, Riley, Bradley, Masi, 1984) realizaron estudios similares con pacientes con SFM. Ambos utilizaron el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), aunque Ahles utilizó también el inventario de asertividad-agresividad (AAI) y el inventario de acontecimientos vitales (LEI).

Payne aplicó el MMPI a 30 pacientes con SFM hospitalizados y a dos grupos control formados por pacientes con artritis reumatoide (AR) o poliartritis. Encontró que los grupos de artritis presentaban perfiles muy similares y que los pacientes con SFM puntuaban más alto que los otros dos grupos en 9 de las 10 escalas del MMPI, dándose en seis de ellas diferencias estadísticamente significativas. Los pacientes con Fibromialgia puntuaban en las subescalas de hipocondría e histeria, mientras que no había diferencias entre los distintos grupos en la subescala de depresión. Es importante resaltar que algunas de las diferencias significativas puedan haber sido debidas al azar y que estos

resultados no pueden ser comparados con otras investigaciones ya que no se ha valorado la severidad del trastorno.

Ahles realizó un estudio muy similar pero con pacientes derivados de consultas externas. Comparó pacientes con SFM con pacientes con AR y con un grupo de sujetos control. Obtuvo que los pacientes con SFM puntuaban más alto que los sujetos con artritis reumatoide en las subescalas del MMPI, incluyendo hipocondría, histeria, esquizofrenia y psicastenia, pero que no existían diferencias en la subescala de depresión, aunque ambos grupos puntuaban más alto que el grupo control.

Ahles concluyó que existía un alto nivel de perturbación psicológica en sujetos con SFM. De acuerdo con esto estableció tres perfiles en función de la puntuación obtenida en el MMPI:

- Perfil normal: puntuaciones menores de 70.
- Perfil típico de dolor crónico: puntuaciones elevadas (> 70) en las subescalas de histeria, hipocondría y depresión
- Perfil psicológicamente perturbado: puntuaciones mayores de 70 en cuatro o más subescalas.

Siguiendo este esquema, el 31% de los pacientes con SFM fueron clasificados como perturbados psicológicamente, en comparación con el 7% de AR y el 3% del grupo control. Estos resultados apuntan hacia una asociación entre alteraciones psicopatológicas y el SFM. De cualquier manera, esto no muestra si las alteraciones psicopatológicas reflejan o predicen la sintomatología del dolor que sufren los pacientes con SFM.

Wolfe (Wolfe, Cathey, Kleinheksel, 1984) replicó los estudios realizados por Payne y Ahles aplicando una batería de test psicológicos (MMPI), inventario familiar de acontecimientos vitales (FILE), la escala multidimensional de locus de control de salud (MHLCS), escala de automotivación (SMS) y las subescalas de ansiedad y depresión de

la escala del impacto de la artritis (AIMS)) a 4 grupos diferentes de sujetos (sujetos con sintomatología de SFM exclusivamente, sujetos con sintomatología de SFM y AR, y en los otros dos grupos sujetos con sintomatología de AR exclusivamente).

El autor no encontró diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en el FLIE, MHLCS y el SMS pero si encontró que los sujetos con SFM manifestaban mayor perturbación psicológica que los sujetos con AR, puntuando significativamente en las subescalas de ansiedad y depresión del AIMS y en cuatro subescalas del MMPI (hipocondría, histeria, paranoia, psicoticismo y manía).

Según los perfiles del MMPI descritos por Ahles del 31 al 37% de los sujetos con SFM estarían perturbados psicológicamente frente al 11% de los pacientes con AR.

Probablemente el MMPI ha sido el instrumento mas utilizado para valorar los aspectos psicológicos en pacientes con dolor crónico. Es importante tener en cuenta que este instrumento no fue creado para valorar enfermos con este problema, por lo que hay que tomar los resultados de estos estudios con cierta precaución.

Otro instrumento que se ha utilizado en la evaluación de los aspectos psicológicos en los problemas de dolor crónico en general y en concreto en el SFM es el Symptom Checklist-90 (SCL-90-R) (Derogatis, 1977). Nos permite establecer perfiles característicos para diversas entidades nosológicas, sin pretender ser una prueba diagnóstica.

Uveges et al. en 1990 compara las alteraciones psicológicas medidas a través del SCL-90-R con dolor, perturbaciones del sueño, estado físico, acontecimientos estresantes de la vida diaria y estrategias de afrontamiento entre sujetos con SFM y AR, encontrando diferencias significativas en todas las subescalas del SCL-90-R menos en ansiedad fóbica y sensibilidad interpersonal

En el estudio realizado por Clark (Clark, Campbell, Forehand, 1985) se establece una relación entre sujetos con SFM y sujetos control y no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas. Estos datos pueden ser explicados porque los sujetos que participaron en el estudio no buscaban tratamiento para el dolor y es un hecho comprobado que los pacientes que buscan ayuda médica tienen una mayor frecuencia de sintomatología psicopatológica (Merskey, 1989).

Todo esto nos puede hacer pensar que el SFM cumpliría los criterios de trastorno de somatización, pero desde el momento que tiene unos criterios médicos ya queda excluido. Además el hecho de considerarlo como trastorno de somatización no nos añade nada positivo de cara a un adecuado tratamiento.

4.2.2. - ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

Las alteraciones psicológicas más frecuentemente descritas en el SFM han sido la ansiedad y la depresión. Los instrumentos más utilizados para valorarlas son: inventario de depresión de Beck (Clark, 1985; Clark, Cavanaugh, Gibbons, 1983; :Goldenberg,), inventario de ansiedad estado/rasgo de Spielberger (Clark et al., 1985; Hudson, Hudson, Pliner, 1985), escala de depresión de Zung (Ahles, Yunus, Masi, 1987), escala de ansiedad de Hamilton (Hudson et al., 1985; Tariot, Yocum, Kalin, 1986), entrevista estructurada DSM-III (CIDI) (Tariot et al., 1986; Kirmayer, Robbins, Kapusta, 1988), etc.

La depresión se ha asociado con síndromes de dolor crónico como cefaleas (Garvey, Schaffer, Tuason, 1983), dolor del miembro fantasma (Sherman, Sherman, Bruno, 1987), etc. y la ansiedad parece ser que está implicada en los problemas de dolor crónico a través de los mecanismos de tensión muscular (Philips, Hunter, 1982).

Los resultados obtenidos con respecto a la ansiedad y depresión son inconsistentes. Cuatro de cinco estudios interesantes en este campo, no encontraron

diferencias significativas entre pacientes con fibromialgia y AR en las medidas de depresión y de ansiedad (Payne et al. , 1982; Ahles et al. , 1984; Clark et al. , 1985 ; Scudda, Rollman, Harth, McCain, 1987), mientras que Wolfe encontró que los sujetos con fibromialgia puntuaban de manera más elevada en las subescalas de ansiedad y depresión utilizando el EMIA (escala de medida del impacto de la artritis), que los sujetos con AR (Wolfe et al., 1984). Hudson et al. (1985) administraron la DIS (Diagnostic Interview Schedule) a un grupo de pacientes externos con SFM, otro grupo con AR y un grupo control. Encontró niveles más elevados en depresión y ansiedad en los sujetos con SFM que en los sujetos con AR y controles sanos.

En general se ha encontrado una prevalencia alta de depresión en estos enfermos. Aproximadamente un tercio de los pacientes reunían criterios de depresión de acuerdo a la DSM III, en el momento de la entrevista, aunque más del 70% tenían historia de depresión pasada o presente (Hudson et al. , 1985; Tariot, 1986). Esta relación entre el SFM y la depresión no parece ser causal, sino que tal vez tenga mecanismos patogénicos comunes.

Podemos concluir que existe una asociación entre el malestar psicológico y el SFM, sin que podamos aclarar en que dirección se produce esa relación. Es decir, que el malestar psicológico pueda pronosticar un síndrome específico de dolor crónico como es la fibromialgia o que el malestar psicológico sea el resultado general de experimentar dolor crónico.

Según el DSM-IV (1995) la característica esencial de los factores psicológicos que afectan al estado físico, es la presencia de uno o más factores psicológicos o comportamentales específicos que afectan de una manera adversa al estado médico general. Pueden influir sobre el curso de la enfermedad médica o interferir en su tratamiento. En el caso del SFM podríamos hablar de que los síntomas psicológicos (ansiedad o depresión) afectan al curso y/o al tratamiento de dicho síndrome.

Los estudios realizados para valorar las manifestaciones psicológicas hasta el momento actual presentan algunos problemas metodológicos. Como se comentó anteriormente, la inexistencia de instrumentos de evaluación adecuados para pacientes con dolor crónico, también los estudios han sido realizados con un reducido número de pacientes y existe una falta de homogeneidad tanto en los pacientes como en los controles.

Por lo tanto, de los estudios realizados hasta el momento no podemos concluir que el SFM sea secundario a un trastorno psiquiátrico (Drossman, Mckee, Sandler, 1988).

4.2.3. - PAPEL DEL ESTRES

Es un hecho conocido que el SFM suele asociarse a síndromes que a su vez están asociados al estrés (Bennet, 1993; Dailey, Bishop, Russell, Fletcher, 1990; Dailey, Bishop, Russell, Fletcher, 1992; Yunnus, Masi, Calabro, Miller, Feigenbaun, 1981): cefaleas tensionales, colon irritable etc. y que puede agravarse o desencadenarse por él.

Según el modelo de Lazarus y Folman (1986) el estrés es un proceso dinámico de interacción entre el sujeto y el medio. Un suceso será estresante en la medida en que el sujeto lo valore como tal, sean cual sean las características objetivas del acontecimiento. También es importante tener en cuenta, las estrategias de que dispone el sujeto para hacer frente a la situación, ya que estas determinaran en buena medida que se emita la respuesta de estrés.

Para Labrador, Fernández-Abascal, Cruzado y Vallejo (1987) una persona estará en una situación estresante o bajo un estresor, cuando ha de hacer frente a situaciones que conllevan demandas conductuales que le resulta difícil poner en práctica o satisfacer.

La respuesta de estrés es una movilización de recursos ante demandas ambientales y se caracteriza por ser una hiperactivación del organismo a nivel cognitivo, fisiológico y motor. Esto permite al sujeto disponer en un breve periodo de tiempo de recursos para hacer frente a determinadas demandas. En si misma esta respuesta es positiva, ya que nos pone alerta ante una determinada situación, el problema surge cuando se produce de manera frecuente, intensa o duradera ya que puede crear un desgaste en el organismo y desencadenar serias consecuencias (Labrador, 1992).

Según el modelo de estrés de Labrador (1992), para llevar a cabo un acercamiento adecuado a la respuesta de estrés hemos de tener en cuenta los diversos aspectos implicados, esto es, las condiciones ambientales, la respuesta del sujeto en sus tres niveles (cognitivo, fisiológico, motor) y las consecuencias de la misma.

Son tres los tipos de eventos estresores que se pueden distinguir:

- Sucesos vitales intensos entre los que estarían aquellos acontecimientos importantes en la vida de un sujeto, tanto positivos como negativos (comenzar a trabajar o ser despedido, casarse o separarse, etc.).
- Sucesos diarios de menor intensidad. Serían todas aquellas situaciones de la vida cotidiana que puedan generar estrés (vecinos molestos, no tener tiempo para hacer cosas, trabajo monótono, ruidos, etc.).
- Situaciones de tensión crónica mantenida. Se refiere a aquellas situaciones capaces de generar estrés relativamente intenso y que se mantiene durante un tiempo relativamente prolongado (problemas de pareja diarios y que se mantienen durante tiempo).

En relación con el SFM, diferentes estudios han encontrado que un número importante de sujetos con este síndrome ha sufrido acontecimientos vitales estresantes en su infancia (Amir, Kaplan, Neumann, Sharabani, Shani, Buskila, 1997), abusos en la

infancia y trastorno de estrés postraumático. Este diagnóstico está altamente interrelacionado con problemas de dolor crónico. En adultos que han sufrido acontecimientos traumáticos los efectos residuales pueden ser profundos y los síntomas de dolor físico pueden jugar un papel central, realizando importantes funciones psicológicas.

Una de las características fundamentales del trastorno de estrés postraumático es su asociación con trastornos del sueño. Es bien conocido el hecho que en el SFM también existen estos trastornos del sueño, lo cual nos puede hacer pensar que existan mecanismos similares que en un primer momento desencadenan el trastorno de estrés postraumático y que con el paso del tiempo y con otra serie de circunstancias que se sumen puedan desencadenar un cuadro fibromiálgico en determinados casos.

También se ha observado que los sujetos con SFM experimentan el mismo número de sucesos diarios molestos que pacientes con artritis reumatoide pero que los viven con mayor intensidad, lo que hace que se produzca una situación de tensión mantenida (Dailey, Bishop, Russell, Fletcher, 1990).

Es importante señalar que el propio dolor se convierte en una fuente de estrés, produciendo una respuesta fundamental del eje III, ya que estos pacientes suelen tardar mucho tiempo en ser diagnosticados, se encuentran muy incapacitados en su vida diaria y por la gran dificultad que existe en realizar una correcta evaluación.

El dolor puede ocasionar estrés y malestar, causar incapacidad laboral y por tanto dificultades económicas, alteraciones en el funcionamiento personal y en las relaciones sociales, problemas de sueño, falta de soporte social adecuado y hasta uso excesivo de tranquilizantes y analgésicos. Las diferencias individuales para percibir y responder al estrés están relacionadas entre otros factores, con factores cognitivos personales, como el control percibido, el foco atencional, las atribuciones, etc. (Lennon, et al. , 1990). Por tanto, todo esto es importante a la hora de evaluar y tratar un problema como es el SFM.

Al evaluar el papel que los acontecimientos estresantes pueden tener en la salud de los sujetos es importante valorar también las variables moduladoras. La más importante es el apoyo social. Parece ser que aquellas personas que cuentan con apoyo social en el momento en que viven una situación estresante reducen los efectos nocivos de la misma (Barrón, Lozano, Chacón, 1988).

4.3. - CALIDAD DE VIDA.

A pesar de la gran importancia que el SFM tiene en la sociedad actual por su alta prevalencia y por el sufrimiento que ocasiona al paciente y a sus familiares, son escasos los estudios que existen sobre calidad de vida en estos enfermos (Dailey et al, 1990; Hidding, Van Saten, de Klerg, 1994). Recientes investigaciones sugieren que el SFM es un desorden multifactorial y biopsicosocial (Bennett, Campbell, Burckharadt, Clark, O,Reilly, Wiens, 1991 ; ;Wolfe, 1994), por lo que es interesante evaluar no solamente la sintomatología clínica, sino también las características conductuales y psicosociales que presentan estos sujetos.

La calidad de vida es un concepto multidimensional en el que la dimensión física, valorada mediante la capacidad funcional, juega un papel muy importante, aunque no exclusivo, ya que hay que tener en cuenta otros aspectos principales en el estado de salud del sujeto.

La calidad de vida es un concepto muy amplio que engloba el estado de salud, así como, un amplio rango de competencias, recursos económicos, relaciones sociales, trabajo y tiempo libre, entre otras (Campbell, Converse, Rodgers, 1976; Mason, Anderson, Meenan, 1988). En la literatura médica la calidad de vida tiende a medirse a

través de signos específicos, síntomas y capacidad funcional (Bell, Bombardier, Tugwell, 1990; Patrick, Deyo, 1989).

Las escalas que más se han utilizado para el estudio de la calidad de vida en pacientes con problemas reumáticos han sido:

- Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS). (Meenan RF, Gertman PM, Mason JH, 1980).
- Quality of Life Scale (QLS). (Flanagan JC, 1978)
- Health Assessment Questionnaire (HAQ). (Fries JF, Spitz PW, Kraines RG, 1980).
- Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). (Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM, 1991).
- Arthritis Helplessness Index (AHI). (Nicasio PM, Wallston KA, Callahan LF, Herbert M, Pincus T, 1985).

Estas escalas son subjetivas y multidimensionales. En general son cuatro las áreas que exploran (Schipper, Llinch, McMurry, Levitt, 1984): sensaciones somáticas: dolor, función física y ocupacional, estado psicológico e interacción social.

En enfermedades crónicas como el SFM, es importante tener en cuenta que muchas veces el objetivo terapéutico no va a ser curar la enfermedad, ya que en diversas ocasiones no va a ser posible, sino paliar los síntomas clínicos para así poder mejorar la calidad de vida del sujeto.

Los pacientes con SFM refieren múltiples molestias somáticas, aunque son escasos los hallazgos objetivos encontrados en la exploración física. Tampoco muestran alteraciones en las pruebas de laboratorio o radiológicas, por lo que llama la atención la discapacidad funcional que presentan y son vistos con escepticismo por los médicos. Sin embargo, los pacientes con SFM al ser comparados con sujetos con AR en estadios

funcionales I y II, una enfermedad con base orgánica, experimenta unos niveles de calidad de vida semejantes (Rodríguez, Lanzas, González, Atero, Collado, Cruzado, 1996).

Bennett et al (1993) realizaron un estudio utilizando el Quality of Life Scale para valorar la calidad de vida en pacientes con SFM, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes Mellitus tipo I y portadores de colostomía. Los pacientes con SFM mostraron unos niveles de calidad de vida inferiores a los demás enfermos. La mayoría de los estudios realizados en este sentido, muestran que los niveles de dolor son ligeramente superiores en los sujetos con SFM que en los sujetos con AR (Wolfe, 1989; Rodríguez et al. , 1996) y ambos grupos presentan una importante limitación de la actividad física.

Un aspecto fundamental en la calidad de vida de los sujetos con SFM es ver como repercute su dolor en su actividad laboral. El primero en valorar el impacto laboral en estos sujetos fué Cathey. Este observó que la media de días perdidos por paciente fue de 10 por año. El 6% de los pacientes cobraba pensión por incapacidad, aunque el 10% se consideraban incapacitados para la vida laboral.

En otro estudio realizado en Suecia, Bengson halló que el 24% de los pacientes cobraban algún tipo de pensión y el 44% se consideraba incapaz de realizar trabajos caseros. Mason en un estudio comparativo con pacientes con AR, encontró que el 22 % de los sujetos con SFM y el 32% de los pacientes con AR presentaban una incapacidad laboral. El 33% de los Fibromiálgicos y el 26% de los portadores de AR tuvieron que cambiar al menos una vez de empleo. (Rodríguez et al. , 1994)

Cathey et al.(1988) utilizaron un simulador de trabajo computarizado, que fué diseñado para simular cinco actividades caseras o empleos comunes y los correlacionó con el HAQ, SCL-90-R y el AIMS, en pacientes con SFM, AR y controles sanos. Los pacientes con SFM y AR obtuvieron peores resultados en el simulador de trabajo que los controles sanos. (Cfr. Rodríguez 1994).

Podemos concluir, que los pacientes con SFM presentan una capacidad funcional semejante a los pacientes con AR y unos niveles superiores de dolor, depresión y limitación de las actividades sociales, posiblemente debido a unos mecanismos del dolor alterados. La calidad de vida de los pacientes con SFM medida a través del EMIA mostró una deficitaria calidad de vida motivada por el dolor, las limitaciones en la actividad física, en las actividades sociales y en las alteraciones psicológicas que presentan estos enfermos (Rodríguez, 1996).

CAPÍTULO 5

MODELO INTEGRADOR EXPLICATIVO.

La etiopatogenia del SFM no está aún clarificada, aunque podemos afirmar que no se trata de un trastorno psiquiátrico. Se conocen una serie de factores concomitantes a este síndrome. Las perturbaciones del sueño se asocian al SFM, Moldofsky describe un patrón de sueño caracterizado por presentar alteraciones en la fase IV del sueño N-Rem con la aparición de ondas alfa, denominándose anomalía alfa-delta.

Se ha visto relación con los niveles de serotonina, que se encuentran disminuidos en los sujetos afectos de este síndrome. Se ha realizado un estudio en el cuál al administrar medicación serotoninérgica mejora la calidad de sueño. Existen otros neurotransmisores, que junto con la serotonina, también están disminuidos, encefalinas, noradrenalina, ácido gamma butírico (GABA), etc. Se ha puesto de manifiesto que los sujetos diagnosticados de SFM presentan una mayor concentración de sustancia P, que los sujetos sanos. Este aumento de la sustancia P y la disminución de los neurotransmisores intervienen en la modulación de las sensaciones nociceptivas, amplificando las sensaciones dolorosas.

En el SFM se han encontrado alteraciones neurohormonales, como son los bajos niveles de la hormona del crecimiento (GH), la cual se segrega en más del 80% de su producción diaria durante la fase IV del sueño N-Rem. Además la GH tiene una función crítica en la homeostásis y reparación del músculo que también es deficiente en la fibromialgia.

La etiopatogenia del SFM puede ser debida a la interacción de distintos factores, por un lado parece ser que existe una vulnerabilidad o predisposición genética en determinados sujetos que produce alteraciones en algunos neurotransmisores y alteraciones neuroendocrinas. Estas perturbaciones descritas anteriormente, podrían explicar los síntomas principales del cuadro fibromiálgico: dolor subjetivo generalizado, fatiga, falta de descanso y el dolor a la palpación en diversos tejidos.

Pero no todos los casos se pueden explicar desde esta perspectiva. En otro grupo de pacientes con SFM, se ha explicado su comienzo a través de alteraciones de los mecanismos periféricos. A partir de un acontecimiento traumático (accidente de tráfico, operación quirúrgica, parto, muerte de un ser querido, malas posturas) acompañado de daño tisular se produce una mayor sensibilización de los receptores que hacen disminuir el umbral del dolor (hiperalgesia primaria). Al mantenerse a lo largo del tiempo desencadenan una hiperalgesia secundaria. Desde este momento los sujetos perciben estímulos no dolorosos como dolorosos y aparece el SFM.

Esta disminución del umbral de dolor provoca periodos de inactividad que favorecen el descondicionamiento muscular típico de este síndrome junto con las alteraciones psicológicas que se han descrito asociadas frecuentemente a la fibromialgia, especialmente depresión, ansiedad e hipocondría.

El bajo estado de ánimo que se encuentra en este tipo de pacientes guarda relación con los bajos niveles de serotonina, con la disminución de actividades agradables, con la aparición de pensamientos negativos referidos al desarrollo y evolución de la enfermedad y de si mismo (catastrofismo, desesperanza, inutilidad...). Igualmente los altos niveles de ansiedad se expresan en la tensión muscular mantenida y una elevación de la respuesta del sistema nervioso simpático.

El sujeto comienza a manifestar una serie de conductas características de la persona enferma; visitas frecuentes al médico especialista, quejas somáticas, abuso de fármacos... que se mantienen por condicionamiento operante.

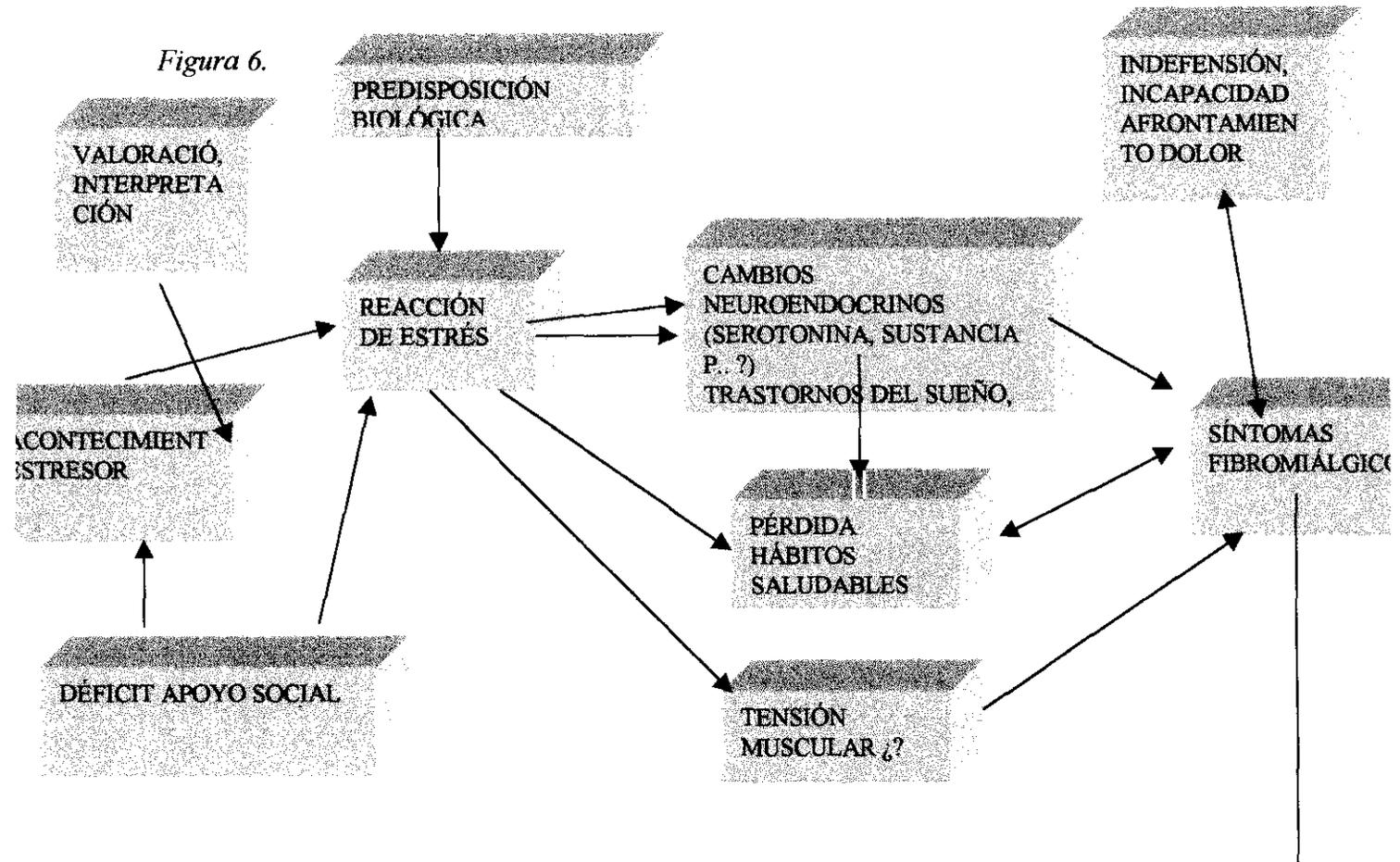
Otro hecho importante a tener en cuenta es el fenómeno de la plasticidad del SNC, por el cual el dolor crónico puede perpetuar los mecanismos alterados de dolor central en un círculo vicioso asegurando la cronicidad. La Fibromialgia localizada inicialmente y ocasionada por un traumatismo puede generalizarse a través de este mecanismo (Waylonis, Heck, 1992).

Todos estos factores están mediados por una serie de aspectos psicosociales; como son el sexo, la edad, el nivel socioeconómico y cultural y el tipo de trabajo que caracterizan al paciente con SFM (Gerwin, 1992; Croft, 1993).

En definitiva, como resumen, la etiopatogenia de este trastorno es multicausal y permanece por dilucidar. El origen del síndrome podría estar relacionado con una alteración de los mecanismos de regulación del dolor que están producidos o asociados a los siguientes factores:

- a) alteraciones del sueño profundo;
- b) altos niveles de ansiedad, depresión y trastornos somatomorfos (26% de Fibromialgia cumplen diagnósticos de trastornos de ansiedad y el 29% de depresión según criterios del DSM-III-R) (Hudson et al. 1985);
- c) alteraciones en patrones de reactividad al estrés, que se caracterizarían por respuestas anómalas tanto a nivel fisiológico, eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal (Griep, 1993) como a nivel psicológico, de los estrategias de afrontamiento del estrés de la vida diaria.
- d) Se ha explicado su comienzo a través de alteraciones de los patrones fisiológicos periféricos (Bennett., 1992).

Figura 6.



Para resumir, los mecanismos centrales en la Fibromialgia, explican que la disfunción neurohormonal sola sin daño tisular periférico puede explicar las características principales del síndrome. Los factores periféricos parecen tener menos importancia que los centrales pero tienen un efecto aditivo en un grupo de pacientes.

CAPÍTULO 6

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

6.1. - EVALUACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS.

Los instrumentos más utilizados en la evaluación del SFM son: entrevista, autorregistros de actividad y de sueño, cuestionarios, escala visual analógica (VAS), actómetro, exploración digital, dibujo del McGill, análisis clínicos.

Es importante resaltar, cuáles son los principales problemas metodológicos con los que nos encontramos a la hora de evaluar el SFM:

1.- El modelo teórico del que partimos no es una explicación definitiva del SFM, quizás sea un modelo insuficiente puesto que la Fibromialgia es un síndrome de dolor crónico complejo con multitud de síndromes asociados. No está validado, parte de revisiones bibliográficas y de la experiencia clínica.

La Fibromialgia es un síndrome de dolor crónico complejo y forma parte de los mal denominados síndromes funcionales, junto con la cefalea crónica, la dismenorrea, el síndrome de fatiga crónica y el colon irritable. Los últimos descubrimientos muestran la existencia de alteraciones en el sistema hormonal y en los neurotransmisores de estos enfermos, lo que hace más correcto considerarlo un síndrome de disfunción neuroendocrina.

2 - La reproductibilidad de los síntomas es muy escasa, ya que es un síndrome muy cambiante, varía significativamente de un día para otro. Y existe una gran cantidad de variables que están interrelacionadas. Esto lleva consigo un problema añadido, ya que no sabemos la relación entre cada una de las variables y el peso específico que cada una de ellas tiene en el conjunto del problema.

3. - La propia definición de la enfermedad, ya que hasta 1990 no se crearon unos criterios comunes, aunque esto presenta algunos desacuerdos, como son los problemas tautológicos de la propia definición y selección de los pacientes, empobrecimiento del cuadro clínico y el problema de que algunos controles eran SFM que no reunían criterios de dolor generalizado o de dolor a la palpación.

4. - La falta de instrumentos válidos, fiables y específicos para el SFM, lo que implica a veces dar diagnósticos equivocados.

Todos estos problemas hacen que no se diagnostique adecuadamente, que se tarde mucho tiempo en llegar al diagnóstico, con lo que esto supone para los propios pacientes, y que no se lleve a cabo una evaluación adecuada de todas las dimensiones del problema. Este síndrome responde a un modelo bio-psico-social por lo que es fundamental llevar a cabo una adecuada evaluación de todos los factores implicados. Parte del objetivo de esta tesis es evaluar convenientemente el SFM teniendo en cuenta variables clínicas, psicológicas, de calidad de vida, laborales, etc.

6.2. - TRATAMIENTOS UTILIZADOS EN EL SFM.

La diversidad de programas terapéuticos para los pacientes con SFM (Gatter, 1986; Goldenberg, 1989; McCain, 1989; Wolfe, 1988), refleja probablemente la ausencia de una fisiopatología conocida de este trastorno y por tanto los tratamientos utilizados hasta el momento se fundamentan en conceptos hipotéticos y no pueden ser tratamientos etiológicos dirigidos a la causa del problema.

Los tratamientos aplicados en el SFM han sido heterogéneos y con resultados poco eficaces. Los tratamientos que han obtenido mejores resultados han sido:

1. - **Tratamientos farmacológicos**. De todos los fármacos utilizados para el tratamiento de la Fibromialgia, los que han demostrado ser más efectivos son: la amitriptilina (Carette, McCain, Bell, 1986; Goldenberg, Felson, Dinerman, 1986) y la ciclobenzaprina (Bennett, Gatter, Campbell et al. , 1988; Fossaluza, de Vita, 1992; Nibbelink, Strickland, 1980; Santandrea, Montrone, Sarzi-Puttini et al. , 1993) en dosis bajas (10-50 mg/10-30 mg). En la mayoría de los casos se han llevado a cabo ensayos clínicos controlados con placebo frente a dosis relativamente bajas de amitriptilina o ciclobenzaprina. Carette et al (1986) llevaron a cabo un estudio con amitriptilina frente a placebo, siguiendo un esquema doble-ciego controlado. Estudiaron a 70 pacientes con SFM. El grupo que fue tratado con medicación activa se le administró 50 mg de amitriptilina en el momento de irse a dormir. Se produjo una mejoría significativa en: dolor, rigidez matutina, calidad del sueño, fatiga y disminución de los puntos dolorosos. En un estudio similar llevado a cabo por Goldenberg et al. (1986) se comprobó que la adición del naproxeno a la amitriptilina no produjo mejorías significativas respecto a los sujetos que fueron solo tratados con amitriptilina.

La ciclobenzaprina es un fármaco con acción relajante muscular y diferentes estudios demuestran que es el que produce mayor beneficio en los pacientes con SFM. Santandrea et al. (1993) estudiaron 40 pacientes con SFM. Llevaron a cabo un ensayo clínico doble-ciego cruzado con dos dosis de ciclobenzaprina: 10 mg a la hora de acostarse frente a 10 mg administrados cada 8 horas. Se produce una mejoría con ambos tratamientos en comparación con la línea base en: rigidez matutina, trastornos del sueño, fatiga, ansiedad y sintomatología del colon irritable. No se pudo demostrar que un tratamiento fuera superior a otro, pero si se vio que el tratamiento que administraba 30 mg de ciclobenzaprina producía un mayor número de efectos secundarios. Bennett et al. (1988) llevaron a cabo un ensayo clínico doble-ciego, controlado con placebo. Estudiaron 120 pacientes a lo largo de doce semanas. Los resultados muestran que el

grupo de sujetos tratado con ciclobenzaprina mejora significativamente en el dolor, en la calidad de sueño y en la disminución del número de puntos dolorosos a la presión. En el grupo tratado con placebo se produjo un 52% de abandono, quizás por la falta de eficacia del tratamiento, mientras que en el grupo tratado con ciclobenzaprina solo abandonó un 16%. Con relación al % de mejoría respecto a la situación basal en cuanto a la respuesta del dolor al tratamiento, el grupo placebo tuvo un 14% de mejoría frente al 28% del grupo tratado con ciclobenzaprina a las doce semanas del tratamiento. Con relación a la respuesta del sueño el grupo placebo mejoró en un 21% frente al 35% del grupo tratado con ciclobenzaprina también a las doce semanas de tratamiento.

Por todo esto, podemos concluir que la ciclobenzaprina confirma su eficacia en el tratamiento del SFM.

Otra serie de fármacos v.g. alprazolam, benzodiazepinas... se han estudiado sin tener ningún efecto positivo en los síntomas del SFM. (Russell, Flelcher, Michalek, McBroom, Hester, 1991). Partimos de una base un tanto complicada, ya que no se conoce un tratamiento absolutamente eficaz para el SFM y además no podemos valorar de forma precisa la eficacia de la terapéutica. Pero podemos concluir, que la ciclobenzaprina parece ser el fármaco que presenta una tasa de eficacia superior a otros tratamientos. Por todo esto, es la sustancia que se utilizara en el segundo experimento llevado a cabo en esta tesis doctoral

2. - **Entrenamiento en ejercicio aeróbico.** Un programa de ejercicio aeróbico mantenido de forma constante y aumentado progresivamente, se ha visto beneficioso para disminuir el cuadro fibromiálgico (McCain, Bell, Mai, Holliday, 1988) El programa de ejercicio utilizado en este estudio duraba 20 semanas. Sin embargo, en otro estudio llevado a cabo por Nichols, Glenn (1994) los resultados no llegan a la misma conclusión. Muestran una tendencia a la mejoría pero no es significativa. Este programa de ejercicio duraba 8 semanas y evaluaba los efectos del ejercicio aeróbico en el dolor, la discapacidad y los síntomas psicológicos en sujetos con SFM. Donde si que se producían mejorías significativas era en las puntuaciones obtenidas en la dimensión física del

Sickness Impact Profile. El grupo control tuvo un grado de mejoría del 5,7 mientras que el grupo experimental mejoro en un 9,2.

Por tanto, futuras investigaciones deberían investigar si este tipo de programas son útiles para sujetos con SFM. En esta tesis doctoral se intenta demostrar la eficacia de este tipo de programas.

3. - **Entrenamiento en biofeedback de EMG**. Al aplicar el EMG a personas con Fibromialgia se ha observado mejoría en el número de puntos dolorosos, en la intensidad del dolor medida a través de la escala visual analógica y en la rigidez matutina, manteniéndose estas mejorías en seguimientos posteriores (Ferraccioli, Ghirelli, Scita et al, 1987).

4. - **Terapia cognitiva-conductual**. Los tratamientos multidisciplinarios son de reciente aplicación en estos trastornos. No están suficientemente estudiados, pero alguno de los publicados hasta el momento muestran resultados prometedores que invitan a continuar la investigación en esta línea (Nelson, Walker, McCain, 1992; Burckhardt, Mannerkorpi, Hedenberg, Bjelle, 1994; Vlaeyen, Teeken-Gruben, Goossans, 1996; Nicassio, Radojevic, Weisman, Schuman, Kim, Schoenfeld, Krall, 1997).

Nielson et al. (1992) encontraron en una muestra compuesta por 25 pacientes, que las intervenciones cognitivo-conductuales producían resultados favorables en sujetos con SFM. El programa estaba compuesto por un grupo de intervenciones dirigidas a componentes sensoriales, afectivos, cognitivos y conductuales relacionados con el dolor crónico. Los resultados mostraron una mejoría en medidas de autoinforme de la severidad del dolor, en el grado de interferencia que el dolor produce en la vida, en la sensación de control sobre el dolor y en las conductas de dolor, pero no en resultados como apoyo percibido por otros, ajuste marital, etc.

En 1995, White y Nielson, llevaron a cabo otro estudio en el que reevaluaban a los sujetos del estudio mencionado anteriormente, de 2 a 4 años después de haber

terminado el programa cognitivo-conductual, para ver si se mantenían los resultados beneficiosos obtenidos inicialmente. Se utilizaron los mismos instrumentos psicométricos: el inventario de dolor multidimensional (MPI), la escala de experiencia del dolor (PES), la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977), el inventario de ansiedad estado-rasgo, la escala de ajuste marital de Locke-Wallace (LWMAS) (Locke, Wallace, 1959) y la escala de conducta del dolor de la universidad de Alabama (UAB). Se compararon los resultados a largo plazo de cada paciente con sus puntuaciones psicométricas obtenidas en el pretratamiento. La sensación de los sujetos de control sobre su enfermedad, su grado de preocupación y sus conductas de dolor observadas se mantuvieron. Los resultados mostraron una mejoría con relación a la línea base.

Buckhardt et al. (1994), encontraron que con un tratamiento cognitivo-conductual, consistente en estrategias como entrenamiento en relajación, solución de problemas, entrenamiento en asertividad y entrenamiento en ejercicio físico (caminar, bicicleta, natación), se producía una mayor mejoría que en un grupo control en medidas de calidad de vida y autoeficacia. Pero ningún grupo de tratamiento tuvo efectos significativos en medidas de dolor, discapacidad y otros síntomas molestos del SFM.

En 1996, Bennett, Burckhardt, Clark, O'Reilly, Wiens y Campbell evaluaron los resultados de un programa cognitivo-conductual en pacientes con SFM. La muestra estaba compuesta por 170 sujetos que se veían una vez a la semana durante seis meses. Cada sesión duraba alrededor de 90 minutos. El programa estaba compuesto por: educación, técnicas de modificación de conducta, incremento del ejercicio aeróbico y flexibilidad, tratamiento de los problemas asociados al sueño, manejo óptimo de los problemas asociados como depresión, ansiedad, síntomas de colon irritable, etc., conocimiento del uso muscular y minimización de las contracciones musculares, y sesiones de apoyo para esposos y miembros de la familia o amigos.

Se valoraron los puntos dolorosos a la presión, y se utilizaron los siguientes instrumentos: cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ), índice de actitudes de la

fibromialgia (FAI), escala de calidad de vida (QOLS), inventario de depresión y de ansiedad de Beck, cuestionario de estrategias de afrontamiento (CSQ), y para evaluar el entrenamiento físico se utilizó un índice de condicionamiento aeróbico, flexibilidad y la distancia caminada durante seis minutos. El periodo de seguimiento se hizo a los dos años. De los 170 pacientes que se evaluaron, 104 completaron el programa. Al final del tratamiento el 70 % de los pacientes no cumplían criterios de Fibromialgia, ya que tenían menos de 11 puntos dolorosos a la presión y habían mejorado un 25% en el FIQ. Al cabo de dos años un 31% seguían manteniendo estas mejorías.

Es importante señalar que este estudio no está controlado sino que es una descripción de un programa de tratamiento y por tanto los resultados hay que interpretarlos como impresiones que parecen indicar que los sujetos con SFM pueden mejorar con este tipo de tratamientos.

Vlaeyen et al. (1996) encontraron que al añadir a un programa de terapia cognitivo-conductual una intervención de “educación” no aumentaba el valor de la “educación” sola, comparándolo con un grupo control.

Estos estudios parecen indicar que se produce cierta mejoría con técnicas cognitivo-conductuales, pero no podemos concluir que sean efectivas para reducir los síntomas del SFM y la discapacidad que este produce.

Nicassio et al. (1997) compararon una intervención conductual con una condición de educación/control y sus resultados muestran la potencial eficacia de la intervención conductual en la reducción de los síntomas depresivos, puntuaciones de dolor y conductas de dolor en el tratamiento del SFM. En la intervención conductual participaron 48 sujetos mientras que la condición de educación/control participaron 38 sujetos. Completaron todas las fases de la investigación 71 sujetos. La muestra estaba compuesta por 63 mujeres y 8 hombres, con una media de edad de 53,1. La media de la duración de la enfermedad era de 11,1 años, con un rango de 4 meses a 52 años. A todos los participantes en el estudio se les pidió que trajeran a un familiar o a un amigo (como

apoyo social), que estuviera dispuesto, si se le requería, a participar en un estudio que duraba 10 semanas.

Las dos condiciones experimentales estaban compuestas por 10 sesiones semanales, de 90 minutos de duración. En el tratamiento conductual, en primer lugar se explicaba la naturaleza del dolor en el SFM, la teoría de la puerta para comprender el papel que las cogniciones y las emociones tienen en la experiencia y expresión del dolor, en segundo lugar, se les entrenaba en relajación progresiva muscular. A continuación se les explica el papel que las contingencias tienen en el problema de dolor y el apoyo social. Las personas que han venido a acompañar a los sujetos, aprenden el mismo manejo de las estrategias de dolor y asisten a los sujetos cuando es necesario. En las primeras 8 sesiones se aprenden las estrategias, mientras que en las dos últimas sesiones se revisan y consolidan todas las habilidades de afrontamiento al dolor aprendidas.

En la condición de educación/control son dos los elementos importantes. En primer lugar, se presentan lecturas informativas y videos sobre los criterios diagnósticos de la Fibromialgia, la diferencia con otras enfermedades, los síntomas asociados, teorías explicativas, el uso de la medicación, etc. En segundo lugar, se forman grupos de discusión y apoyo.

Los efectos de la intervención se valoraron como resultados clínicos (índice de dolor, autoinforme de las conductas de dolor, observación de las conductas de dolor, depresión, discapacidad y puntos dolorosos a la presión) y como variables de intervención (indefensión, afrontamiento al dolor y apoyo social). Se tomaron medidas en el postratamiento y en un periodo de seguimiento de 6 meses. Los resultados indican que los sujetos mejoraron en los resultados clínicos y en las variables de intervención, pero que no hubo efectos diferenciales entre las dos condiciones experimentales.

**CARACTERÍSTICAS DE LOS TRATAMIENTOS COGNITIVO-
CONDUCTUALES**

<u>Autores</u>	<u>Gr. control</u>	<u>Nº sesiones</u>	<u>Periodo seguimiento</u>	<u>Nº pacientes</u>	<u>Componentes del tratamiento</u>	<u>Mejorías</u>
<u>Nielson et al., 1992</u>	No		De 2 a 4 años después, con el siguiente estudio.	25	1.- Componentes sensoriales, afectivos, cognitivos, conductuales relacionados con el dolor.	1. - Severidad del dolor 2. - Grado de interferencia del dolor en su vida 3. - Sensación de control sobre el dolor 4. - Conductas de dolor
<u>White et al., 1995</u>	No			25	Los mismos componentes que en el anterior.	1. - Sensación de control sobre el dolor 2. - Preocupación sobre la enfermedad 3. - Conductas de dolor
<u>Buckhardt et al., 1994</u>	Si				1.-Relajación 2.- Solución de problemas 3.- Entrenamiento en asertividad y en ejercicio físico	1. - Calidad de vida 2. - Autoeficacia
<u>Bennett et al., 1996</u>	No	24	A los dos años	170	1.- Educación 2.- Técnicas de modificación de conducta 3.-Ejercicio 4.-Sueño 5.-Apoyo a familiares.	1. - Disminución de puntos dolorosos a la presión 2. - Calidad de vida (FIQ).
<u>Nicassio et al., 1997</u>	Si	10	A los seis meses	71	1.-Estrategias connitivo-conductuales: 2.-Relajación, manejo del dolor, 3.-Papel de las contingencias 4.- Apoyo a familiares.	1. - Síntomas depresivos 2. - Intensidad del dolor 3. - Conductas de dolor

Tabla 5. Resumen de las características más importantes de cada estudio en los que se utiliza tratamientos cognitivo-conductuales.

5. - **Miscelánea.** Existe una serie de tratamientos aplicados en este tipo de síndrome, como son los masajes, hipnosis (Haanen, Hoenderdos, Van Romuden, 1991), acupuntura (Deluze, Bosia, Zibrs, 1992), ingesta de analgésicos... de los cuales no existen estudios concluyentes.

Uno de los problemas más importantes a la hora de evaluar la eficacia de los tratamientos es la elección de las medidas del resultado. En primer lugar, no existen parámetros objetivos para evaluarla (Yunus, Masi, Aldadg, 1989) y en segundo lugar, no se ha identificado ninguna variable clínica que sirva como marcador para la evaluación de la eficacia de los ensayos terapéuticos (Quijada, Valenzuela, Povedano, Fernández-Rodríguez, Hernanz, Gutierrez-Rubio, de la Iglesia, García-López, 1998).

Al ser el SFM un trastorno de etiología desconocida y en el que se presentan múltiples alteraciones v.g. alteraciones neuroendocrinas, perturbaciones del sueño, alteraciones musculares, estados emocionales alterados. , se hace necesario un enfoque multidisciplinar a la hora de su evaluación y tratamiento.

Por tanto, podemos concluir que el SFM ha sido tratado con múltiples tratamientos y el que ha mostrado una mayor eficacia, aunque a corto plazo es el tratamiento farmacológico. Quizás esto también sea debido a que se ha llevado a cabo mucha más investigación sobre este tratamiento que sobre cualquier otro tipo de tratamiento.

El SFM tiene como tratamiento farmacológico principal la ciclobenzaprina en dosis bajas (10-30 mg) mostrando una mejoría del 28% en un periodo de seguimiento de doce semanas (Bennett et al., 1988). En cuanto al tratamiento psicológico existe mucha menos investigación, aunque recientemente se ha visto en aumento por las mejorías que en estudios preliminares ha ido demostrando, aunque estas mejorías no son suficientes. La aplicación de tratamientos cognitivo-conductuales ha sido de reciente aparición aunque los estudios que existen hasta el momento no son suficientemente clarificadores.

Podemos concluir que producen mejorías en diferentes variables, como sintomatología clínica, calidad de vida y sintomatología psicológica (depresión, ansiedad etc.) (Nielson et al., 1992; Buckhardt et al., 1994; Bennett et al., 1996). Pero estas mejorías no podemos generalizarlas ya que existen muchos problemas metodológicos en estos estudios. Por ello, en los trabajos que se presentan en esta tesis, se intentara solucionar los problemas planteados en estudios anteriores, para así poder avanzar en el mayor conocimiento sobre tratamientos más eficaces en el SFM. Es importante tener en cuenta que no podemos prescindir del tratamiento farmacológico ya que controla la sintomatología del SFM (Bennett et al., 1988; Santandrea et al., 1993). Los entrenamientos en ejercicio aeróbico también se ha visto que son beneficiosos en la mejoría de la calidad del sueño en pacientes con SFM (McCain et al., 1988). En cuanto a los resultados de los tratamientos cognitivo-conductuales son prometedores pero es importante en futuras investigaciones controlar los aspectos metodológicos que no se han tenido en cuenta, como por ejemplo, la utilización de grupos control, el tener unos periodos de seguimiento relativamente largos, etc. para que así los resultados tengan una mayor validez.

SEGUNDA PARTE
INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO 7

PLANTEAMIENTO GENERAL

7.1. -OBJETIVOS GENERALES

Esta segunda parte de la presente tesis doctoral supone el planteamiento de diversos objetivos generales de investigación que nos han llevado a desarrollar los diferentes trabajos experimentales que se exponen en los siguientes capítulos. Como se ha puesto de manifiesto en los fundamentos teóricos, el SFM es la causa más frecuente de dolor musculoesquelético crónico generalizado (Csillag, 1992) lo que hace que tome una especial relevancia entre los profesionales que en su quehacer diario tropiezan con ella. Aunque en la actualidad van conociéndose cada vez más aspectos que influyen en la patogenia del SFM, la verdad es que son muchos los aspectos que aún quedan por conocer. Este trabajo de investigación pretende profundizar en el estudio de este síndrome para poder llegar a un mayor conocimiento y así a un mejor tratamiento del mismo.

Por tanto, la presente investigación pretende:

- a) En su primer estudio, en primer lugar desarrollar un sistema de evaluación adecuado para sujetos con SFM, ya que ha quedado constancia de la dificultad de evaluación de dicho síndrome por la gran complejidad de sus características. En segundo lugar, determinar que variables predicen la sintomatología clínica y la calidad de vida de los sujetos que padecen SFM.
- b) En un segundo estudio, se presentara un diseño experimental de tres grupos aleatorios con medidas en pretratamiento y en un periodo de seguimiento de tres, seis y doce meses del alta de los sujetos. Nuestro objetivo es probar la

eficacia diferencial de un tratamiento psicológico multicomponente, frente a un tratamiento farmacológico, rehabilitador y de desactivación fisiológica y cognitiva y frente a un tratamiento exclusivamente farmacológico y rehabilitador, con la ausencia de dichos tratamientos psicológicos.

7.2. - PREPARACIÓN DEL EQUIPO EXPERIMENTAL

El primer paso para iniciar la presente investigación consistió en llevar a cabo un análisis teórico a través de una revisión bibliográfica y de la puesta en contacto con otros grupos investigadores que trabajaban con este tipo de pacientes.

El segundo paso fue realizar una selección de los instrumentos más adecuados para la evaluación de las variables más significativas dentro del SFM.

Seguidamente se procedió a la formación del equipo de campo para realizar la evaluación y el tratamiento estandarizado. Este se compuso por tres reumatólogos especialistas, un rehabilitador especialista, una fisioterapeuta y cinco terapeutas psicólogos. Para la selección de los terapeutas, se tuvo en cuenta el expediente académico, la experiencia clínica y la motivación para trabajar con este tipo de pacientes.

El entrenamiento de los terapeutas consistió en realizar la evaluación y cada uno de los módulos del tratamiento entre ellos y a continuación tener un feedback correctivo, para pasar finalmente a realizar un estudio piloto con 15 pacientes, en el que se ponían a prueba los instrumentos seleccionados, se sometían a sesión clínica con expertos cada uno de los casos y se entrenaban las técnicas del tratamiento.

Como resultado final alguno de los instrumentos fue mejorado, entre ellos la entrevista clínica.

CAPÍTULO 8

PRIMER ESTUDIO.

8.1. - OBJETIVOS:

- Desarrollar un sistema de evaluación adecuado para sujetos con Síndrome Fibromiálgico (SFM) y mostrar datos normativos de la aplicación de dicho sistema de evaluación con respecto a variables demográficas, clínicas, estados emocionales, índice de psicopatología, estrés cotidiano y estrés vital, estrategias de afrontamiento, calidad de vida y calidad del sueño.
- Determinar el valor predictivo de la calidad de vida en la sintomatología clínica del SFM : intensidad del dolor medido a través de los autorregistros de dolor-actividad, número de puntos sensibles a la presión (TP) e intensidad de TP.
- Determinar si los niveles de depresión, ansiedad y nivel global de psicopatología predicen la sintomatología propia del SFM.
- Determinar si el estrés cotidiano y el estrés vital predicen la sintomatología clínica propia del SFM.
- Determinar si las diferentes estrategias de afrontamiento ante el dolor predicen la sintomatología clínica del SFM.
- Determinar si la calidad de sueño predice la sintomatología clínica propia del SFM.

- Determinar si los niveles de depresión, de ansiedad y el nivel global de psicopatología son determinantes en la calidad de vida de sujetos con SFM.

- Comprobar el grado en que el estrés vital y cotidiano influyen en la calidad de vida de sujetos con SFM.

- Comprobar si el uso de diferentes estrategias de afrontamiento del dolor influyen en la calidad de vida de los sujetos con SFM.

- Comprobar si la calidad de sueño influye en la calidad de vida de los sujetos con SFM.

- Determinar cuáles son las variables psicológicas que son más predictivas de la sintomatología clínica del SFM y el orden jerárquico de ellas.

- Determinar cuáles son las variables psicológicas que son más predictivas de la calidad de vida de sujetos con SFM y el orden jerárquico de ellas.

8.2. -FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.

1. - En la medida en que exista mayor sintomatología clínica, más deficitaria será la calidad de vida de los sujetos con SFM.

- 1.1. - La intensidad del dolor medida a través de los autorregistros de dolor-actividad, correlaciona positivamente con un déficit en calidad de vida.

- 1.2. - El mayor número de puntos sensibles a la presión correlaciona positivamente con un déficit en calidad de vida.

- 1.3. - La mayor intensidad de los TP correlaciona positivamente con un déficit en calidad de vida.

2. - Cuantos mayores niveles de depresión presente el sujeto, mayor será la sintomatología clínica propia del SFM.

- 2.1. - Los mayores niveles de depresión correlacionan positivamente con mayor intensidad del dolor.

- 2.2. - Los mayores niveles de depresión correlacionan positivamente con un mayor número de puntos sensibles a la presión.

- 2.3. - Los mayores niveles de depresión correlacionan positivamente con la intensidad de los TP.

3. - En la medida en que existan mayores niveles de ansiedad, mayor será la sintomatología clínica propia del SFM.

- 3.1. - Los mayores niveles de ansiedad correlacionan positivamente con mayor intensidad del dolor.

- 3.2. - Los mayores niveles de ansiedad correlacionan positivamente con un mayor número de puntos sensibles a la presión.

- 3.3. - Los mayores niveles de ansiedad correlacionan positivamente con la intensidad de los TP.

4. - Cuanto mayor nivel global de psicopatología presente el paciente, mayor será la sintomatología clínica propia del SFM.

- 4.1. - El mayor nivel global de psicopatología correlaciona positivamente con mayor intensidad del dolor.

- 4.2. - El mayor nivel global de psicopatología correlaciona positivamente con un mayor número de puntos sensibles a la presión.

- 4.3. - El mayor nivel global de psicopatología correlaciona positivamente con la intensidad de los TP.

5. -En la medida en que exista mayor nivel de estrés vital y estrés cotidiano, mayor será la sintomatología clínica propia del SFM.

- 5.1. -El mayor nivel de estrés vital y estrés cotidiano, correlaciona positivamente con mayor intensidad del dolor.

- 5.2. - El mayor nivel de estrés vital y estrés cotidiano, correlaciona positivamente con un mayor número de puntos sensibles a la presión.

- 5.3. - El mayor nivel de estrés vital y estrés cotidiano, correlaciona positivamente con la intensidad de los TP.

6. - La aplicación preferente de estrategias de afrontamiento pasivo, tales como catastrofismo, rezos y esperanzas, está asociada con mayor sintomatología clínica propia del SFM.

- 6.1. - El mayor número de estrategias de afrontamiento pasivo ante el dolor, correlaciona positivamente con mayor intensidad del dolor.

- 6.2. - El mayor número de estrategias de afrontamiento pasivo ante el dolor, correlaciona positivamente con un mayor número de puntos sensibles a la presión.

- 6.3. - El mayor número de estrategias de afrontamiento pasivo ante el dolor, correlaciona positivamente con la intensidad de los TP.

7. - Cuanto más deficitaria sea la calidad de sueño, mayor será la sintomatología clínica propia del SFM.

- 7.1. - La deficitaria calidad de sueño, correlaciona positivamente con mayor intensidad del dolor.

- 7.2. - La deficitaria calidad de sueño, correlaciona positivamente con un mayor número de puntos sensibles a la presión.

- 7.3. - La deficitaria calidad de sueño, correlaciona positivamente con la intensidad de los TP.

8. - Los mayores niveles de depresión correlacionan positivamente con una menor calidad de vida.

9. - Los mayores niveles de ansiedad correlacionan positivamente con un déficit en calidad de vida en los sujetos con SFM.

10. - El mayor nivel global de psicopatología correlaciona positivamente con un déficit en calidad de vida en los sujetos con SFM.

11. - Los mayores niveles de estrés vital y estrés cotidiano correlacionan positivamente con un déficit en calidad de vida.

12. - La utilización de estrategias de afrontamiento pasivo (catastrofismo, rezos y esperanza) ante el dolor correlacionan positivamente con un déficit en calidad de vida.

13. - La deficitaria calidad de sueño correlaciona positivamente con un déficit en calidad de vida en sujetos con SFM.

8.3. - DISEÑO.

Se llevará a cabo un análisis descriptivo de las variables medidas y un diseño correlacional para comprobar la significación de las asociaciones entre las distintas variables.

En primer lugar, definiremos las variables que podemos denominar predictoras o independientes:

1. - Variables psicosociales:

- Niveles de depresión medido por la escala autoaplicada para la evaluación de la depresión de Beck (Conde y Franch, 1984).
- Niveles de ansiedad medido por el cuestionario de ansiedad estado-rasgo de Spielberger (Spielberger , Gorsuch , Lushene , 1988).
- Nivel global de psicopatología medido por el SCL-90-R (Derogatis, 1977).
- Niveles de estresores vitales medido por la escala autoaplicada de evaluación del estrés del “Departament of mental health of California” (1981).
- Nivel de estrés cotidiano medido por la escala de acontecimientos molestos (Kanner et al, 1981).
- Estrategias de afrontamiento utilizadas frente a los episodios de dolor medidas por el cuestionario de estrategias de afrontamiento (CSQ) (Rosenstiel and Keefe, 1983).

2. - Variables de calidad de sueño medido por el actómetro y el registro diario de sueño.

En el actómetro se tomarán los índices de:

- Eficiencia (*Eficien*), considerándose como tal el porcentaje de movimiento de umbral inferior a 20 (duración en minutos de los movimientos con intensidad inferior a 20 partido por el tiempo total de sueño).

- Tiempo total en cama (*TTC*): tiempo expresado en minutos desde que se acuesta hasta que se levanta.
- Tiempo de inmovilidad durante el sueño (*TIS*): porcentaje del tiempo total en que el paciente tiene movimientos de umbral 0.
- Fracciones de movimientos con umbral < de 6 (*frac6*), entre 7 y 14 (*frac14*) y entre 15 y 20 (*frac20*)

En el registro de sueño se analizaron los siguientes índices:

- Tiempo que tardó en dormirse.
- Cuántas veces se despertó durante la noche.
- Cuánto durmió en total en horas y minutos.
- En qué medida fue difícil quedarse dormido la noche pasada.
- Cómo se siente de descansado esta mañana.
- La calidad de sueño durante la noche pasada.
- Grado de tensión física cuando se fue a la cama la noche pasada.
- Grado de actividad mental cuando se fue a la cama la noche pasada.
- Cómo estuvo funcionando el día anterior en general

Las últimas seis preguntas se miden en una escala de 1 a 5.

Las variables dependientes son:

1. - Variables clínicas o sintomatología clínica del SFM medido a través de una exploración clínica completa, llevada a cabo por el personal médico:

- Intensidad del dolor medido a través del VAS.
- Número de puntos sensibles a la presión medido a través de exploración física. Se exploraron los 18 puntos sensibles a la presión, propuestos por la ACR para la clasificación de la Fibromialgia. La presión fue realizada mediante el pulgar o los dedos índice y corazón,

aplicándose una presión aproximada de 4 Kg/cm², según la técnica comúnmente aceptada. Cada uno de ellos se cuantificó de la siguiente forma: (0) sin dolor, (1) el paciente refiere molestias pero no dolor, (2) el paciente refiere dolor, (3) la exploración del punto doloroso da lugar a dolor que se acompaña de gesto de dolor, (4) el paciente relata dolor y realiza retirada de miembro.

Se obtuvo el número de puntos dolorosos a la presión (NPP), siendo igual a la suma de aquellos puntos sensibles a la presión, cuya intensidad del dolor a la exploración fue igual o mayor a 2, y la puntuación total de los puntos sensibles a la presión (PTP) que se definió como la suma de las puntuaciones en cada uno de los 18 puntos explorados partido por 18.

- Intensidad de los puntos sensibles a la presión medido a través de exploración física.
- Número de síntomas asociados medido a través de entrevista clínica.
- Nivel medio de dolor, síntomas asociados (frecuencia media de síntomas diarios) y actividad que realiza cada periodo de dos horas medido por el registro de dolor-actividad.

2. - Variables de calidad de vida medido por la escala de medidas del impacto de la artritis (EMIA) (Meenan, Gertman, Mason, Dunaif, 1982):

- Función física: Movilidad, destreza, actividades de la vida diaria, actividades domésticas y actividad física.
- Función psíquica: Ansiedad y depresión.
- Función social: actividades sociales.
- Dolor.

8.4. - MÉTODO.

8.4.1. - MUESTRA:

En el estudio participaron 100 pacientes diagnosticados de Síndrome Fibromiálgico con una mediana de edad (51) y un rango de (19-63). Todos los pacientes fueron derivados desde el Servicio de Reumatología del Hospital Militar Central “Gómez Ulla” a la Unidad de Fibromialgia de dicho centro y aceptaron participar de forma voluntaria en el estudio.

Los criterios utilizados para el diagnóstico de SFM fueron los propuestos por el American College Rheumatology (ACR): dolor generalizado de más de tres meses de evolución, en combinación con dolor a la palpación al aplicar una fuerza de aproximadamente 4 Kg./cm² en once o más localizaciones anatómicas precisas, denominadas puntos sensibles a la palpación (“*tender points*” o TP) (*ver tabla 1*).

Fueron excluidos de la muestra aquellos sujetos que presentaron algún tipo de patología concomitante significativa como enfermedades reumáticas, hipotiroidismo, enfermedad hepática, diabetes mellitus, etc.

8.4.2. - INSTRUMENTOS Y APARATOS.

1º. - ENTREVISTA CLÍNICA.

1. INSTRUMENTO.

Se desarrollo una entrevista clínica semiestructurada en la que se registraron los siguientes datos (ver anexo 1).

1.1. DATOS DEMOGRÁFICOS: edad, sexo, estado civil, número de hijos, estudios, trabajo, trabajo del marido.

1.2. DATOS CLÍNICOS:

1. **Dolor:** Comienzo del cuadro clínico, tiempo de evolución, intensidad global del dolor, medida a través de una escala visual analógica 0-10 de 10 cm de longitud con frases explicativas en ambos extremos (sin dolor-dolor insoportable). También se exploró la existencia de causa precipitante, periodos asintomáticos y duración de los mismos.

2. **Localización e intensidad del dolor:** Presencia o no de dolor en diferentes regiones corporales (columna cervical, columna dorsal y tórax, columna lumbar, extremidades superiores e inferiores). En caso de existir dolor, se valoró la intensidad del mismo mediante una escala visual analógica semejante a la empleada para valorar el dolor global.

3. **Síntomas funcionales:** Se administró un cuestionario para medir la frecuencia de aparición de los síntomas funcionales: fatiga (cansancio), parestesias (acorchamiento, adormecimiento.), síndrome uretral (escozor y/o polaquiuria de corta evolución con orina estéril y/o urgencia miccional), palpitaciones, mareos (vértigos, sensación de inestabilidad), cefaleas y disnea (sensación de falta de aire o/y respiración suspirosa). Se graduaron según una escala de clasificación verbal, siendo las opciones de respuesta nunca (1), a veces (2), frecuente (3) o siempre (4). Se consideró positiva cuando la respuesta era superior a 2.

Asimismo, se valoró la existencia (1) o no (2) de otros cuadros funcionales como, colon irritable (considerándose como tal la existencia de fases alternantes de estreñimiento y diarrea y/o dolor abdominal que se calma con la defecación o la emisión de gases), fenómeno de "Raynaud-like" (cuando existían las tres fases típicas) y síndrome seco (cuando existían xerostomía y xeroftalmia).

2º. - ENTREVISTA PSICOLÓGICA.

1. INSTRUMENTO.

Se diseñó la *Entrevista de Evaluación del Síndrome Fibromiálgico (EEFS)* que evalúa las siguientes áreas (ver anexo 2):

1.1. DATOS DEMOGRÁFICOS. Edad, sexo, estado civil, número de hijos, con que personas convive en la actualidad, estudios, situación laboral e ingresos económicos.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL DOLOR. Donde se le pide al sujeto que describa con sus propias palabras cuáles son sus problemas físicos actuales y se le presentan una serie de adjetivos para que nos indique si siente así el dolor.

1.3. PARÁMETROS DEL DOLOR. Intensidad media e intensidad máxima del dolor en una escala de 0-10, frecuencia de los episodios de dolor y que nos describa como es el curso de este (constante, empeoramiento progresivo, empeoramiento repentino, mejora gradual, fluctuante).

1.4. SÍNTOMAS ASOCIADOS. Se presentan una lista de síntomas y se le pregunta al sujeto si aparecen de manera aislada o acompañando el cuadro de dolor.

1.5. FACTORES CAUSALES DEL DOLOR (antecedentes que aumenten o disminuyan el dolor, como por ejemplo las horas del día, vacaciones, épocas del año, ejercicio físico, trabajo, ciclo menstrual, estados de relajación, preocupaciones, estados de concentración etc. y consecuencias del dolor en las principales actividades de la vida diaria: ejercicio físico, trabajo, ocio, pareja, actividad sexual, relaciones sociales, sueño, tareas domésticas, economía, estado afectivo).

1.6. NIVEL DE EJERCICIO FÍSICO detallando el tipo, la duración y la frecuencia semanal.

1.7. HÁBITOS DE SALUD. Número de cigarrillos al día, tazas de café o té, píldora anticonceptiva, drogas estimulantes e ingesta de alcohol con la frecuencia y cantidad.

1.8. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL DOLOR. Explicando el tipo de estrategia, el tiempo que tarda en controlar el dolor y la efectividad de la estrategia (medida de 0-10). También se evalúa el uso de la medicación actual para el dolor y un juicio del evaluador acerca de la actitud del paciente hacia la medicación.

1.9. HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME FIBROMIÁLGICO. Cómo y cuándo se inició el problema, qué condiciones biológicas, personales, laborales, etc., existieron en el momento de inicio del dolor, cuál ha sido el momento mejor y peor y cómo ha ido evolucionando.

1.10. EVALUACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD DE LA FAMILIA relacionados con el dolor en el momento presente y pasado, y ver la historia de trastornos psiquiátricos en la familia.

1.11. Evaluar su NIVEL DE APOYO SOCIAL. Ver como son las relaciones que tiene con la familia, pareja, amigos, vecinos y compañeros de trabajo. La frecuencia semanal de dichas relaciones y el grado de satisfacción medido en una escala de 0-10.

1.12. ESTRESORES COTIDIANOS ACTUALES. Tipo de estresor (familiar, laboral, económico, personal, ocio, tráfico/transportes...)

1.13. HISTORIA LABORAL. Tiempo de baja, días perdidos por el

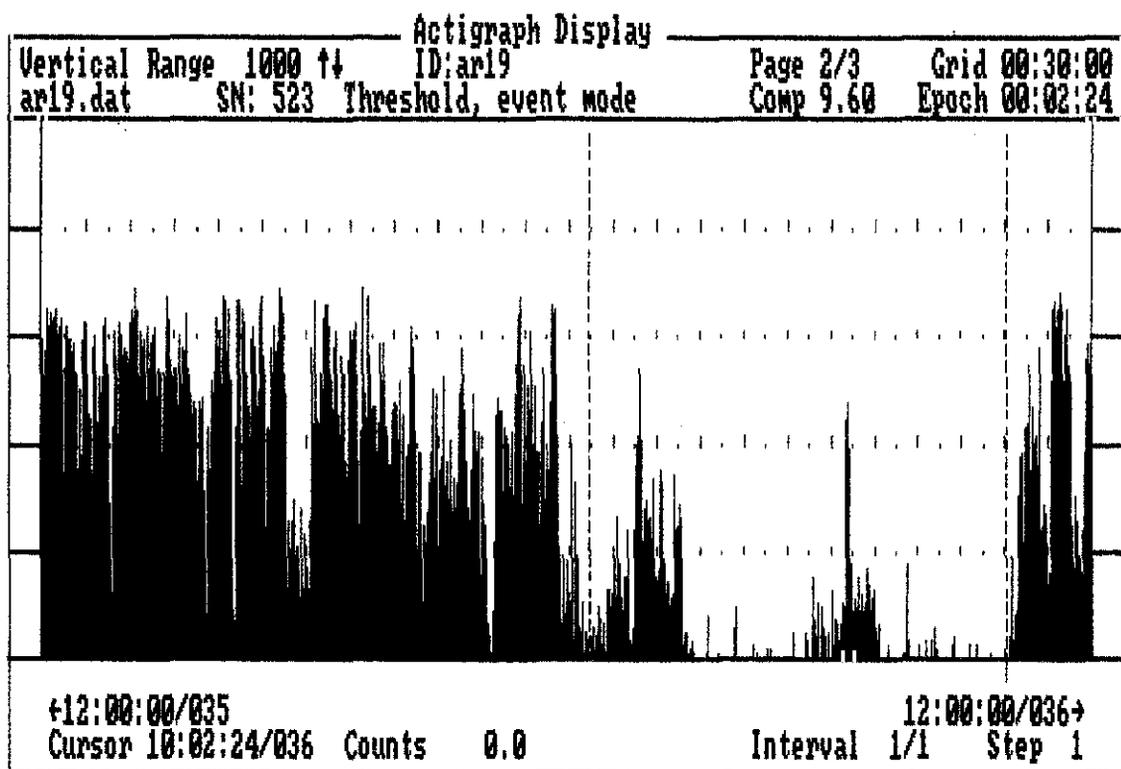
problema de dolor, pleitos debidos al problema de dolor, problemas en el trabajo, satisfacción en el trabajo, motivación para retornar al trabajo.

1.14. FACTORES DE PRONÓSTICO. Preguntar al paciente que espera del tratamiento que le podemos ofrecer, cuáles son sus expectativas medido en una escala de 0-10 y qué haría si mañana no tuviese dolor.

3º.- ACTÓMETRO.

1. INSTRUMENTO.

El registro de la actividad se llevó a cabo mediante un actógrafo modelo "Action of the Ambulatory Corporation Inc". Este es capaz de detectar, cuantificar y procesar la actividad motora en las tres dimensiones del espacio, quedando recogida dicha información en un microprocesador, que posteriormente se transfiere mediante un interface a un ordenador Toshiba T 1900 c. El análisis de los datos obtenidos se realizó mediante el programa ACTIONr de la Ambulatory Corp.



Interval= 1, Threshold= 20, 00:26:24/036→10:02:24/036
 111 of 241 epochs, 266.4 of 578.4 minutes, 46.1% above.

Store? (y/N)

Figura 7. Gráfica del actómetro durante 24 horas.

4º.- REGISTRO DIARIO DEL SUEÑO.

1. INSTRUMENTO

A través de este registro se le pregunta al sujeto la percepción subjetiva de su cantidad y calidad de sueño. (Ver anexo 5).

Se exploró la frecuencia de diferentes síntomas como: la dificultad para conciliar el sueño, la necesidad de medicación para dormir, la existencia de sueño reparador o las interrupciones del mismo. Las preguntas se valoraron de acuerdo a una escala de clasificación verbal; nunca (1), a veces (2), frecuente (3) y siempre (4). Asimismo, se

registró el tiempo de latencia del sueño y el número de horas de sueño, expresados ambos en minutos.

5º.- REGISTRO DIARIO DE DOLOR-ACTIVIDAD.

1. INSTRUMENTO.

A través de este registro se evalúa la actividad que realiza el sujeto a lo largo del día, dividido en periodos de dos horas, comenzando a las 8 horas y terminando a las 24 horas. También se evalúa la intensidad del dolor en una escala de 0 (ningún dolor), 1 (dolor leve), 2 (dolor molesto, moderado), 3 (dolor intenso), 4 (dolor muy intenso) y 5 (dolor insoportable). La localización, lugar y lado del dolor en cada periodo de tiempo, qué es lo que hace cuando tiene dolor, si toma alguna medicación y quienes están presentes y que es lo que hacen referente al dolor. (Ver anexo 4).

También se incluyen una serie de síntomas de los cuales tiene que decir por la noche, si los ha sentido a lo largo del día (náuseas, vómitos, mareos, desgana, miedo, respiración agitada, sudoración, nerviosismo, tristeza, otros).

6º.- MEDIDA DE CALIDAD DE VIDA.

1. INSTRUMENTO.

1.1. **Escala de medidas del impacto de la artritis (EMIA).** Se utilizó una versión española de la "*Arthritis Impact Measurement Scales*"(A.I.M.S.) (Meenan RF et al. , 1982), que sirve para medir el estado de salud de los pacientes con artritis en sus diferentes dimensiones, Física, Psíquica y Social. Se trata de un cuestionario autoaplicado que consta de 45 preguntas más una escala visual analógica horizontal 0-100 para valorar el impacto global de la enfermedad sobre su estado de salud. (EAV). El cuestionario se encuentra

dividido en 9 escalas: *Movilidad, Actividad Física, Destreza, Actividades de la vida diaria, Actividades Domésticas, Actividad Social, Ansiedad, Depresión y Dolor*. Cada escala consta de 4 a 7 preguntas con opciones de respuestas entre 2 y 6 posibilidades. Las puntuaciones de cada una de las escalas se corrige por un factor estandarizado para que las mismas estén comprendidas entre 0 y 10. Las puntuaciones más altas indican peores resultados. Estas 9 escalas se agrupan en 4 dimensiones: *Función Física* (Movilidad, Actividad Física, Destreza, Actividades de la vida diaria, Actividades Domésticas), *Función Psicológica* (depresión y ansiedad), *Función social* (Actividad social) y *dolor*.

1.2. **Cuestionario de evaluación de la salud de Stanford** (Health Assessment Questionnaire : H.A.Q.). Se usó una versión en español del HAQ (Esteve-Vives, BattleGualda, Reig, 1993) consistente en 20 preguntas agrupadas dentro de 8 categorías: vistiéndose, levantándose, comiendo, caminando, higiene, cogiendo, habilidad manual y actividades. Cada una de estas categorías consta de 2 o 3 preguntas con 4 opciones de respuesta: Sin dificultad (0), con alguna dificultad (1), con mucha dificultad (2) e incapaz de hacerlo (3). Valorándose con un punto adicional cualquier necesidad de utilizar ayudas para la realización de las diferentes categorías. Los resultados se expresaron como la suma de las respuestas dadas partido por 20. El rango de puntuaciones obtenidas oscila entre 0 y 4, significando a mayor puntuación mayores niveles de discapacidad.

1.3. - ESCALAS ANALÓGICAS

1. INSTRUMENTO.

Se aplicó una serie de escalas visuales analógicas 0-10 de 10 cm de longitud, con frases explicativas en cada extremo, que servían para contestar a una serie de preguntas en relación con algunos de los síntomas que referían los pacientes. A continuación se expresan las frases utilizadas, entre paréntesis figuran las frases explicativas usadas en los extremos de la escala visual analógica. Las frases fueron tomadas del F.I.Q (Burckhardt, Clark, Bennett, 1991).

- (1) ¿Cómo ha sido su dolor? (Ninguno-muy severo).
- (2) ¿Cómo se ha sentido de cansado? (sin cansancio-muy cansado).
- (3) ¿Cómo se ha sentido al levantarse de la cama? (descansada-muy cansada).
- (4) ¿Cómo se ha sentido de rígido/envarado? (sin rigidez-muy rígido).
- (5) ¿Cómo se ha sentido de nervioso/tensa/ansioso? (nada nervioso-muy nervioso).
- (6) ¿Cómo se ha sentido de deprimido? (nada deprimido-muy deprimido).
- (7) Si fue a trabajar fuera de casa, ¿de qué manera la Fibromialgia le afectó a su trabajo? (Sin problemas-ocasionando gran dificultad).
- (8) Si realiza las tareas de casa, ¿de qué forma la Fibromialgia le afectó en su realización? (Sin problemas-ocasionando gran dificultad).
- (9) De los siete días de la semana ¿cuántos se ha sentido bien? (0-7).
- (10) ¿Cuántos días ha dejado de ir al trabajo por su Fibromialgia? (0-7).

7º.- MEDIDAS PSICOSOCIALES.

1. INSTRUMENTO.

7.1. - NIVELES DE DEPRESIÓN.

ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE BECK (Beck depression inventory-BDI). (Beck et al., 1974).

Se trata de un cuestionario específicamente desarrollado para valorar el nivel de depresión. Se utilizó la versión española de Conde y Franch (1984). Consta de 21 ítems con cinco opciones de respuestas que gradúan la importancia de los síntomas. Las puntuaciones más altas reflejan mayor gravedad.

7.2. - NIVELES DE ANSIEDAD.

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO DE SPIELBERGER (STAI E/R) (Spielberger C D, 1988).

Los cuestionarios para valorar cada una de las dimensiones de la ansiedad (Estado-Rasgo) están compuestos por 20 preguntas cada uno de ellos. Cada una de las preguntas tiene cuatro opciones de respuesta, 0 (nada), 1 (algo), 2 (bastante), 3 (mucho).

Las instrucciones referidas al Estado reflejan sus impresiones sobre lo que siente “en ese momento”, mientras que la parte referida al Rasgo anota lo que siente “en general”. En nuestro estudio solamente se utilizó la dimensión de ansiedad rasgo, ya que era la que más información nos ofrecía.

7.3. - SÍNTOMAS DE PSICOPATOLOGÍA. *SCL-90-R*.

Fue desarrollado por Derogatis en 1977, para valorar la psicopatología encuadrable con la Clasificación de la OMS para enfermedades psiquiátricas. Lo utilizamos para evaluar si está presente alguna alteración emocional como instrumento de screening. Está formado por 90 ítems, a través de los cuales se pregunta al sujeto como se sienten de molestos o preocupados durante la última semana, en relación con una serie de síntomas psiquiátricos. Existen cinco opciones de respuesta 0 (nada), 1 (un poco), 2 (bastante), 3 (mucho), 4 (extremadamente). Las preguntas se agrupan en 10 dimensiones, *Somatización* (12), *Obsesión* (10), *Sensibilidad Interpersonal* (9), *Depresión* (13), *Ansiedad* (10), *Hostilidad* (6), *Ansiedad Fóbica* (7), *Paranoia* (6), *Psicoticismo* (9) y *Síntomas adicionales* (8). El cuestionario también nos ofrece un índice general de psicopatología (*GSI*). La corrección se realizó acorde con las normas del instrumento.

7.4. - NIVELES DE ESTRES VITAL Y DE LA VIDA DIARIA.

En el proceso de evaluación distinguimos entre estresores de la vida diaria para los cuales utilizamos la Escala de Acontecimientos Molestos de Kranner et al. y estresores vitales medidos a través de la Escala Autoaplicada para la Evaluación del Estrés y Apoyo Social del “Departament of Mental Health of California”.

ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTRÉS Y APOYO SOCIAL DEL “DEPARTAMENT OF MENTAL HEALTH OF CALIFORNIA”(1981).

La escala consta de dos partes. En la primera parte se explora el nivel de estrés en los últimos doce meses en las áreas familiar, económico-laboral y personal. En la segunda parte se explora el nivel de apoyo social del sujeto, relacionándolo con el nivel frecuencia y calidad de sus relaciones afectivas y sociales.

ESCALA DE ACONTECIMIENTOS MOLESTOS (Kanner et al., 1981).

Consta de 117 ítems que se centran en siete áreas fundamentales: trabajo, salud, familia, ambiente, amigos, consideraciones de orden práctico y acontecimientos causales. Los sujetos han de seleccionar los sucesos que le han ocurrido y le han molestado en un periodo de un mes. El grado de molestia se mide en una escala de tres puntos: algo severo (1), moderadamente severo (2), extremadamente severo (3). Se obtienen tres tipos de puntuaciones: Frecuencia o número de ítems seleccionados, severidad acumulada o suma de todas las puntuaciones e intensidad o resultado de dividir la severidad acumulada entre la frecuencia.

CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. (“COPING STRATEGIES QUESTIONNARIE” CSQ.) (Rosenstiel et al., 1983).

Este cuestionario es utilizado para valorar las estrategias de afrontamiento ante los episodios de dolor. Está formado por siete escalas; distracción de la atención, reinterpretación de las sensaciones dolorosas, catastrofismo, ignorar las sensaciones de

dolor, rezos y esperanza, autocontrol y aumento de actividad. Las primeras seis escalas son estrategias cognitivas de afrontamiento, mientras que la última escala mide estrategias conductuales.

8.4.3. - PROCEDIMIENTO.

La evaluación fue realizada por un equipo multidisciplinar formado por un médico, psicólogo y rehabilitador a lo largo de cuatro sesiones de una hora de duración. En este proceso es importante tener en cuenta las particularidades de cada caso, pero siempre hay que tener presente que son personas aquejadas de dolores severos y un 85% de ellos presentan fatiga como síntoma asociado. Por ello es necesario planificar las sesiones de manera semiestructurada y de forma dosificada.

Sesiones de evaluación inicial

La evaluación inicial se realiza a lo largo de una semana y media, en cinco sesiones de una hora aproximada de duración. En la primera sesión se establece la valoración médica diagnóstica, se dedica otra sesión a la evaluación por parte del rehabilitador, dos sesiones más a la evaluación psicológica del sujeto y en la última sesión se realiza una devolución de información en la que se expone el tipo de tratamiento que se aplica a cada sujeto.

<p><u>VARIABLES CLÍNICAS:</u></p> <p>1. - Puntos sensibles y puntos control.</p> <p>2. - Intensidad del dolor.</p> <p>3. - Síntomas funcionales.</p> <p>4. - Síntomas del sueño.</p>	<p>1. - Exploración médica.</p> <p>2. - VAS y autorregistro de dolor-actividad.</p> <p>3. - Entrevista clínica.</p> <p>4. - Entrevista clínica, actómetro y autorregistro del sueño.</p>	<p>1. - Reumatólogo.</p> <p>2. - Reumatólogo y psicólogo.</p> <p>3. - Reumatólogo.</p> <p>4. - Reumatólogo y psicólogo.</p>
<p><u>VARIABLES PSICOSOCIALES:</u></p> <p>1. - Niveles de depresión.</p> <p>2. - Niveles de ansiedad.</p> <p>3. - Niveles de psicopatología.</p> <p>4. - Estrategias de afrontamiento al dolor.</p> <p>5. - Estresores vitales.</p> <p>6. - Estresores cotidianos.</p> <p>7. - Apoyo social.</p>	<p><u>INSTRUMENTO</u></p> <p>1. - Escala autoaplicada para la evaluación de la depresión de Beck.</p> <p>2. - Cuestionario de ansiedad rasgo de Spielberger.</p> <p>3. - SCL-90-R.</p> <p>4. - Cuestionario de estrategias de afrontamiento.</p> <p>5. - Escala autoaplicada para la evaluación de estrés y apoyo social del "Department of mental health of California".</p> <p>6. - Escala de acontecimientos molestos.</p> <p>7. - Escala autoaplicada para la evaluación del estrés y apoyo social del "Department of mental health of California".</p>	<p><u>ESPECIALISTA</u></p> <p>1. - Psicólogo.</p> <p>2. - Psicólogo.</p> <p>3. - Psicólogo.</p> <p>4. - Psicólogo.</p> <p>5. - Psicólogo.</p> <p>6. - Psicólogo.</p> <p>7. - Psicólogo.</p>

<u>VARIABLES</u>	<u>INSTRUMENTO</u>	<u>ESPECIALISTA</u>
<u>CALIDAD DE VIDA:</u>		
1. - Función física.	1. - EMIA.	1. - Psicólogo y reumatólogo.
2. - Función psíquica.	2. - EMIA.	2. - Psicólogo y reumatólogo.
3. - Función social.	3. - EMIA.	3. - Psicólogo y reumatólogo.
4. - Dolor.	4. - EMIA.	4. - Psicólogo y reumatólogo.

Tabla 6. Variables, instrumentos y especialistas que llevan a cabo la evaluación en el SFM. (Véase índice de abreviaturas)

PRIMERA SESIÓN:

El reumatólogo lleva a cabo la explicación médica junto con la entrevista clínica en presencia del psicólogo. En ella se explica el tipo de evaluación que se va a hacer y la presentación del equipo multidisciplinar.

La exploración médica junto con la aplicación de la entrevista clínica se realiza por el reumatólogo, aunque el psicólogo se encuentre presente. Se siguen los criterios diagnósticos de la ACR. Primeramente explora los puntos sensibles a la presión, tanto en frecuencia como en intensidad. A continuación explora los cuatro puntos control para valorar la sensibilidad al dolor desencadenado por la presión; la uña del pulgar derecho colocada sobre una mesa, arco ciliar izquierdo, cara posterior del tercio medio del antebrazo derecho y tercio medio del tercer metatarsiano izquierdo. La exploración se realiza con el mismo patrón que en los puntos sensibles a la presión. Asimismo se valoró el número de puntos control positivos (NCP) y la puntuación total de los puntos control (PTC) de la misma forma que la usada en los puntos sensibles.

Después realiza la entrevista clínica y se lleva a cabo la autoaplicación de los cuestionarios relativos a calidad de vida (EMIA, HAQ y escalas visuales analógicas FIQ) y el cuestionario de estrategias de afrontamiento al dolor.

A todos los sujetos se le mandan unas tareas para casa. Se les entregan al menos cinco registros diarios del sueño, pidiéndole que los rellene inmediatamente después de levantarse. Se les examina la actividad motora durante 48 horas haciéndolo coincidir con la autoaplicación de los autoregistros del sueño. Se registró dicha actividad motora cada 10 segundos mediante un actómetro colocado en la muñeca no dominante. Se obtuvieron la intensidad media y la desviación típica de los movimientos para cada hora del día, resultando la media y la desviación típica de la mañana, tarde y noche.

Otra de las tareas que se le manda es rellenar al menos cinco de los autoregistros de dolor-actividad. Se le pide que los rellene durante los periodos de dos horas, ya que sino es menos fiable la información, por las pérdidas de memoria que se pueden llegar a tener.

SEGUNDA SESIÓN:

Durante la segunda sesión se encuentra únicamente el psicólogo ya que aquí se lleva a cabo la evaluación del estado psicológico del sujeto.

Se comienza con parte de la entrevista estructurada de Fibromialgia: datos demográficos, descripción del dolor, parámetros del dolor, síntomas asociados, factores causales, nivel de ejercicio físico, hábitos de salud, estrategias de afrontamiento al dolor e historia del problema.

A continuación se le pide al sujeto que rellene los siguientes cuestionarios: la escala autoaplicada para la evaluación de la depresión de Beck, el cuestionario de ansiedad rasgo de Spielberger y la escala autoaplicada para la evaluación del estrés y apoyo social del "Department of mental health of California".

Se revisa con el paciente los autoregistros tanto de sueño como de actividad-dolor que haya rellenado hasta el momento, para disipar las posibles dudas que existan y se le refuerza por haber realizado parte de la tarea, animándole a que continúe.

TERCERA SESIÓN:

Se comienza revisando el periodo entre sesiones y reforzando al sujeto por haber asistido a consulta y por rellenar los autoregistros, los cuales son revisados en ese momento por el psicólogo.

A continuación se termina con la entrevista estructurada de la Fibromialgia comenzada en la sesión anterior: aspectos generales (problemas de salud de la familia relacionados con el dolor, historia de trastornos psiquiátricos en la familia), relaciones sociales (frecuencia y grado de satisfacción), estresores actuales, historia laboral (tiempo de baja, pleitos, problemas en el trabajo, satisfacción en el trabajo...) y expectativas del tratamiento.

Durante esta sesión se le pide al sujeto que rellene el cuestionario de acontecimientos molestos y el SCL-90-R.

CUARTA SESIÓN:

Esta sesión es realizada por el rehabilitador. En primer lugar realiza una exploración física completa del estado de salud de la paciente, evaluando su fuerza muscular, las posturas que normalmente utiliza, etc.

A continuación le explica el papel que la higiene postural tiene en la Fibromialgia, entregándole unas normas que le puedan ser de ayuda (ver anexo 3). También, le explica el papel que el ejercicio aeróbico tiene en la Fibromialgia y estudia con el sujeto la forma más adecuada para poner en marcha un plan de ejercicio aeróbico en su rutina diaria, que en sesiones posteriores será evaluado por el psicólogo.

QUINTA SESIÓN:

Durante esta sesión se encuentran presentes el médico y el psicólogo y en ella se hará una devolución de información. Una vez llevada a cabo la evaluación del caso se le explicará al sujeto que es lo más relevante y la explicación por la que puede haber llegado a desarrollar un SFM. A continuación se le explicará el tratamiento al que ha sido asignado.

8.5. - ANÁLISIS DE DATOS.

El primer paso consistió en rechazar todas aquellas pruebas que no estaban completas. A continuación se codificaron todas las variables y se introdujeron los resultados en una base de datos Access, creada para ello. El paquete estadístico que se utilizó fue el SPSS 7.5.

Se desarrollaron varios programas dentro de la opción *Review* del programa *SPSS* para la corrección de los diferentes test psicológicos y de calidad de vida.

Para el estudio descriptivo de las variables se usaron las opciones "descriptives" y "frequencies" de dicho programa. Como paso previo al análisis de regresión, se llevó a cabo un análisis correlacional de las variables más significativas, para ver las interrelaciones que existían entre ellas.

Todos los análisis de regresión se llevaron a cabo mediante el procedimiento *REGRESSION* del paquete estadístico *SPSS-X*. El método utilizado en dichos análisis fue el de *stepwise*, que es un método de construcción de la ecuación de regresión lineal múltiple que selecciona las variables paso a paso.

8.6-. RESULTADOS.

Los resultados obtenidos tras realizar los oportunos análisis estadísticos se presentan en dos apartados. En el primer apartado se describen las características sociodemográficas de la muestra, así como el análisis descriptivo de la sintomatología clínica, las variables psicológicas, las variables más relevantes de la calidad de vida y las variables referentes a la calidad del sueño. El segundo apartado presenta los resultados de los análisis correlacionales realizados entre las variables más significativas y el análisis de regresión.

8.6.1. -ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

En primer lugar se expone un resumen de las características sociodemográficas de la muestra de sujetos con SFM utilizada en el trabajo. (Ver tabla 7 y figuras 8-9-10-11-12)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Sx	Mediana
EDAD	89	19,00	63,00	47,9663	8,6359	51

Tabla 7. Media de la edad de la muestra.

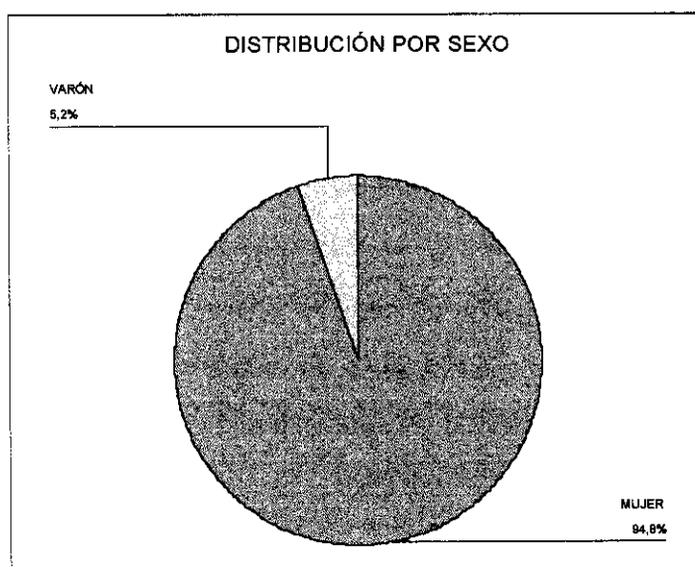


Figura 8.

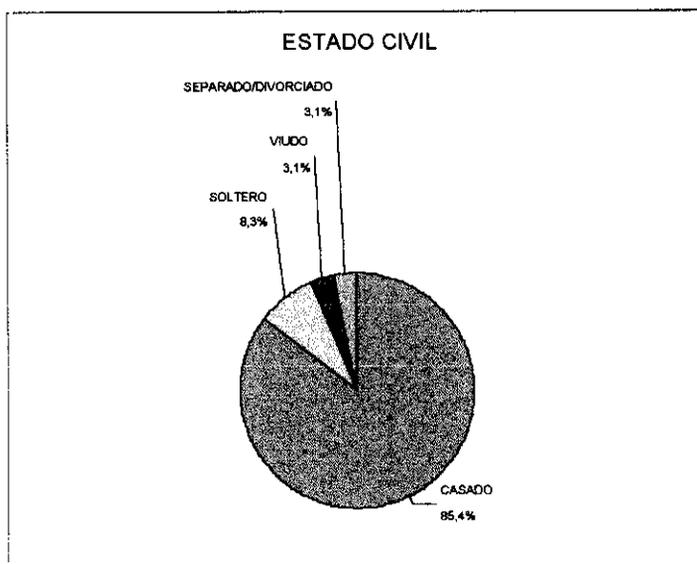


Figura 9.

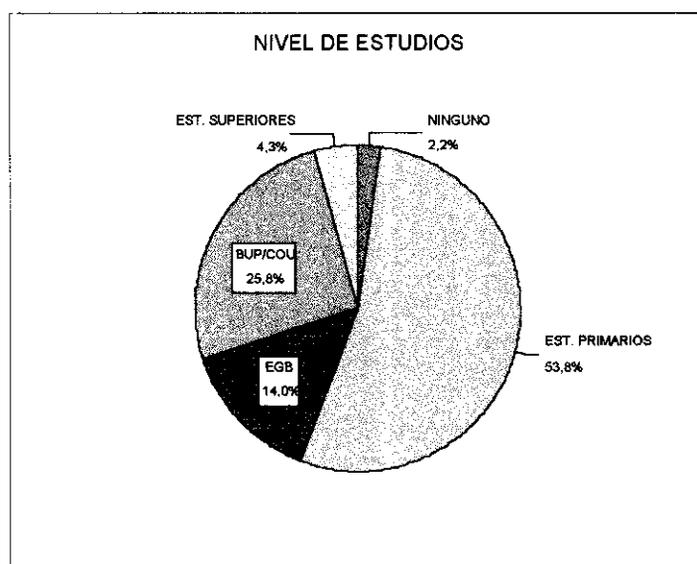


Figura 10.

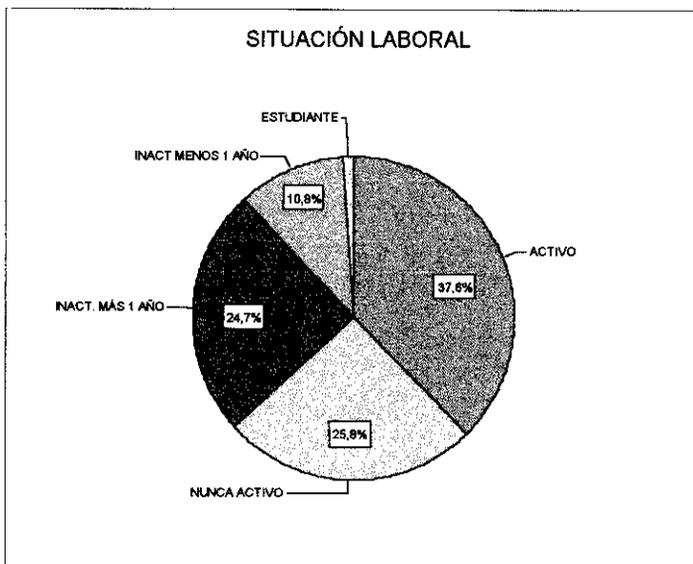


Figura 11.

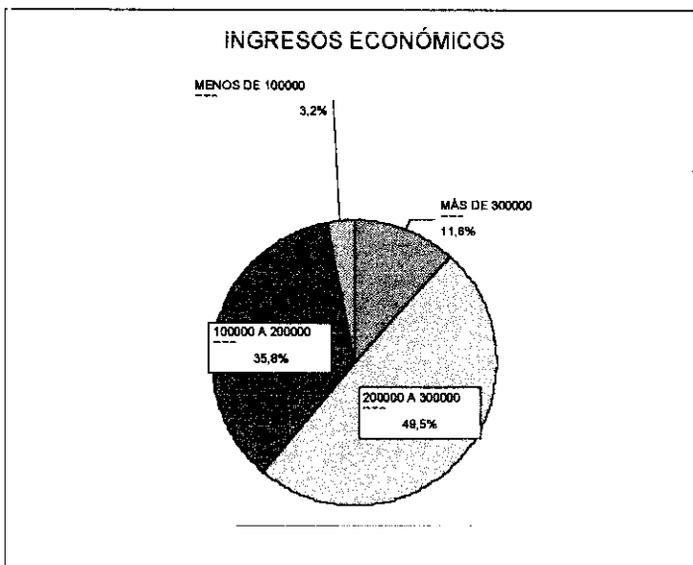


Figura 12.

En relación con las características sociodemográficas cabe destacar, que el paciente tipo corresponde a una mujer (94,7%), casada (85,3%), con estudios primarios (67%), que no trabaja (54,3%) y con unos ingresos económicos familiares entre 200000 pts y 300000 pts mensuales (49,5%).

En segundo lugar, respondiendo al primer objetivo, se expone la estadística descriptiva (datos normativos) de las variables clínicas, variables psicológicas y variables de calidad de vida. (Ver tablas 8-9-10-11-12-13-14-15-16). (Ver índice de abreviaturas para ver que significa cada variable en las tablas. En anexo 0).

En la tabla 8 se presenta la intensidad del dolor medida a través de los autorregistros de dolor-actividad (MOV MED) (0-5), la intensidad del dolor medida a través de escalas visuales analógicas 0-10 (VAS) en general y en distintas localizaciones (cervical, lumbar, miembros inferiores, miembros superiores y tórax), la intensidad de los puntos sensibles a la presión (TP) y de los puntos control (CONTROL) y el número de puntos sensibles a la presión (NTP) y de los puntos control (NCONTROL).

SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA

	<u>N</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>
<u>MOV MED</u>	94	3,12	0,81	1,43	5
<u>VAS</u>	88	4,25	2,73	,00	9,00
<u>VASCERV</u>	87	4,40	2,96	,00	9,50
<u>VASLUMB</u>	87	4,29	2,84	,00	10,00
<u>VASMMII</u>	87	3,69	2,93	,00	10,00
<u>VASMMSS</u>	87	4,36	3,10	,00	9,50
<u>VASTORA</u>	87	2,67	2,84	,00	9,90
<u>TP</u>	95	3,35	0,61	2,06	5
<u>NTP</u>	95	14,53	2,80	3	18
<u>CONTROL</u>	85	2,02	0,95	1	4,5
<u>NCONTROL</u>	85	1,21	1,33	,00	4

Tabla 8.

El número de puntos sensibles a la presión (NTP), - siendo igual a la suma de aquellos puntos sensibles a la presión cuya intensidad de dolor fue igual o mayor a 3-, fue de 14,53+-2,80 (rango entre 3 y 18). La puntuación de los puntos sensibles a la presión (TP), que se definió como la suma de las puntuaciones de cada punto sensible a la presión partido por el número de puntos sensibles a la presión, fue 3,35+-0,61 (rango entre 2,06 y 5).

En la tabla 9 se muestran la media y la desviación típica de las puntuaciones obtenidas en el BDI y en el STAI-R. Los niveles de depresión medidos mediante el Beck Depression Inventory (BDI) son de 13,97+7,39 (rango entre 3 y 38) y las puntuaciones obtenidas mediante el STAI-R fueron de 31,09+9,30 (rango entre 6 y 51).

NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

	<u>N</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>
<u>BDI</u>	86	13,97	7,39	3,00	38,00
<u>STAI</u>	92	31,09	9,30	6,00	51,00

Tabla 9.

La tabla 10 presenta los niveles de psicopatología medidos a través del SCL-90-R. Las puntuaciones más elevadas son las halladas en las escalas de somatización, obsesión, depresión, ansiedad y síntomas adicionales. El índice de psicopatología de nuestra población fue de 0,90.

NIVELES DE PSICOPATOLOGÍA

	<u>N</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>
<u>SOMATIZ</u>	90	1,60	0,62	,58	3,58
<u>SENSIB</u>	92	0,69	0,60	,00	2,89
<u>PSICOT</u>	91	0,32	0,40	,00	1,78
<u>PARANOI</u>	95	0,82	0,71	,00	3,00
<u>OBSESI</u>	87	1,13	0,75	,00	3,50
<u>HOSTIL</u>	93	0,55	0,57	,00	3,67
<u>FOBIA</u>	92	0,44	0,53	,00	2,29
<u>DEPRE</u>	88	1,08	0,66	,00	2,85
<u>ANSIE</u>	91	4,52	0,94	,66	6,93
<u>ADICIONA</u>	91	1,07	0,62	,00	2,88
<u>GSI</u>	74	0,90	0,46	,14	2,42

Tabla 10.

Las tablas 11 y 12 nos presentan los niveles de estrés vital y de estrés cotidiano de la muestra en el momento de la evaluación. La escala que muestra un mayor índice de estrés vital es la escala total con una X de 15 y una Sx de 9,61 (rango entre 0 y 36).

NIVELES DE ESTRÉS VITAL

	<u>N</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>
<u>ESFAM</u>	84	7,54	7,15	,00	24,00
<u>ESPER</u>	82	5,39	4,05	,00	16,00
<u>ESTRA</u>	84	1,26	2,27	,00	10,00
<u>ESTOTAL</u>	72	15,00	9,61	,00	36,00

Tabla 11.

NIVELES DE ESTRÉS COTIDIANO

	<u>N</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>
<u>MOLES</u>	92	58,68	39,57	10,00	200,00
<u>NUMOLES</u>	92	30,59	17,15	4,00	87,00
<u>RAZOIN</u>	92	1,87	0,47	1,00	2,88

Tabla 12.

En la tabla 13 podemos ver las estrategias de afrontamiento al dolor. La escala que puntúa mas alto es la de rezos y esperanzas (24,07+-5,51, en un rango entre 12 y 36).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL DOLOR

	<u>N</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>
<u>ACT</u>	93	19,62	4,94	8	
<u>ACTIVI</u>	93	23,55	5,93	10	36
<u>ATEN</u>	92	21,10	7,38	6	59
<u>CATASTR</u>	92	16,10	5,13	6	31
<u>IGNO</u>	89	19,03	5,76	6	34
<u>REIN</u>	93	14,35	5,02	5	30
<u>REINT</u>	93	17,23	6,03	6	36
<u>REZO</u>	90	24,07	5,51	12	36

Tabla 13.

CALIDAD DE VIDA

Las tablas 14, 15 y 16 nos presentan las medidas de calidad de vida a través de los siguientes cuestionarios: EMIA, HAQ, FIQ.

De las nueve dimensiones que componen la Escala de Impacto de la Artritis (EMIA), las que presentaron mayores alteraciones son la escala de dolor con una puntuación de $7,07 \pm 1,71$ y la escala de ansiedad ($4,52 \pm 0,94$). Las menos afectadas fueron las subescalas de actividades caseras ($0,96 \pm 0,96$) y actividades de la vida diaria ($0,71 \pm 1,26$).

Las tres funciones principales del EMIA obtuvieron los siguientes resultados: función física (EMIAFIS) $9,08 \pm 5,14$ (0 y 29,33), función psicológica (EMIAPSI) $8,19 \pm 1,78$ (rango entre 4,29 y 14,52) y función dolor (PAIN) $7,07 \pm 1,71$ (rango entre 2,5 y 10). La puntuación global obtenida en el EMIA fue de $28,9 \pm 7,39$ (rango entre 15,79 y 47,83).

En el cuestionario de salud de Stanford (HAQ) la media encontrada fue de $0,54 \pm 0,35$ (rango entre 0 y 1,65).

ESCALA DE IMPACTO DE LA ARTRITIS

	<u>N</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>
<u>PAIN</u>	92	7,07	1,71	2,50	10,00
<u>SOCIAL</u>	81	3,91	2,37	,00	9,50
<u>MOVIL</u>	90	1,62	2,30	,00	10,00
<u>DESTRE</u>	87	2,52	2,33	,00	10,00
<u>DEPRI</u>	91	3,69	1,50	,99	8,58
<u>CASERA</u>	87	0,96	0,96	,00	3,85
<u>ANSI</u>	91	4,52	0,94	,66	6,93
<u>ADL</u>	93	0,71	1,26	,00	6,25
<u>ACTIVID</u>	87	3,35	2,03	,00	10,00
<u>P46</u>	92	69,18	14,92	0	100
<u>EMIA</u>	64	28,90	7,39	15,79	47,83
<u>EMIAFIS</u>	75	9,08	5,14	,00	29,33
<u>EMIAPSI</u>	89	8,19	1,78	4,29	14,52

Tabla 14.

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE LA SALUD (HAQ)

	<u>N</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>
<u>HAQ</u>	82	0,542	0,35	,00	1,65

Tabla 15.

La graduación de la intensidad de los síntomas medidos mediante el uso de escalas visuales analógicas obtuvieron puntuaciones más elevadas en la intensidad del dolor (6,40), cansancio (7,13), en la ausencia de sueño reparador (7,08), rigidez (6,29), nerviosismo (5,95), dificultad en el trabajo (5,93) y dificultad en las tareas caseras (6,07) entre un rango de 0-10.

CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA (FIO)

	<u>N</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>
<u>DOLOR</u>	94	6,40	2,17	1	10
<u>DEJARTR</u>	46	1,30	2,47	0	7
<u>CANSANCI</u>	94	7,13	2,50	0	10
<u>DESCANSA</u>	93	7,08	2,80	0	10
<u>RÍGIDA</u>	94	6,29	2,67	0	10
<u>NERVIOSA</u>	94	5,95	2,86	0	10
<u>DEPRIMID</u>	93	4,85	3,14	0	10
<u>AFECTTRA</u>	54	5,93	2,87	0	10
<u>AFECTCAS</u>	92	6,07	2,58	0	10
<u>SENTBIEN</u>	92	1,43	1,89	0	7

Tabla 16.

ENTREVISTA PSICOLÓGICA

En tercer lugar se presentan los datos descriptivos de la entrevista psicológica del SFM, utilizada para la evaluación de dicho síndrome.

Los adjetivos que con mayor frecuencia utilizan los sujetos para definir su dolor son: pinchazos (66,7%), calambres (61,5%), caliente (54,2 %) y palpitante (53,1%).

La tabla 17 presenta la intensidad media y la intensidad máxima del dolor en una escala de 0-10, la frecuencia en que se encuentra presente el dolor y la duración medida en horas de los episodios de dolor.

PARÁMETROS DEL DOLOR

	N	Media	Desv. típ.
INT MEDIA	96	5,5417	1,5212
INT MÁXIMA	96	8,3646	1,4591
FRECUENCIA (DÍAS)	96	349,5313	53,9778
DURACIÓN (HORAS)	82	18,9512	38,4804

Tabla 17.

La tabla 18 nos muestra el curso del dolor a lo largo del día. El patrón que se da con mayor frecuencia en nuestra muestra es el de empeoramiento progresivo (60,4%).

CURSO DEL DOLOR

	COSTANTE		EMPEORAMIENTO PROGRESIVO		EMPEORAMIENTO REPENTINO		MEJORA GRADUAL		FLUCTUANTE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	29	30,2%	58	60,4%	16	16,7%	18	18,8%	34	35,4%
NO	67	69,8%	38	39,6%	80	83,3%	78	81,3%	62	64,6%

Tabla 18.

En relación, con los parámetros del dolor y el curso del mismo, podemos concluir que la intensidad media y la intensidad máxima son elevadas, que el dolor está presente prácticamente todos los días del año y durante todo el día. Normalmente el dolor comienza por la mañana y va incrementándose a lo largo del día.

La tabla 19 nos presenta los ejercicios que realizan los sujetos siendo él mas frecuente el pasear (66,3%) y dándose en gran medida una conducta sedentaria, con las implicaciones que esto conlleva para el estado general de salud de los pacientes con SFM.

TIPO DE EJERCICIO

	PASEAR		FOOTIN		ESCALERA		BICICLET		NATACIO		GIMNAS		OTR	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	63	66,3%	1	1,1%	9	9,5%	7	7,4%	14	14,7%	16	16,8%	3	3,2%
NO	32	33,7%	94	98,9%	86	90,5%	88	92,6%	81	85,3%	79	83,2%	91	96,8%

Tabla 19.

En relación con los hábitos de salud utilizados por nuestra muestra, en la tabla 20 se observa que el 80,2% no fuma de forma habitual y el 75 % no toma alcohol. No hay consumo de conductas de drogas.

HÁBITOS DE SALUD

	CIGARRIL		CAFÉ		PÍLDORA ANTICONCEPTI		DROGAS ESTIMULANTE		ALCOHOL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CONSUMEN	19	19,8%	74	77,1%	2	2,1%	1	1,0%	24	25,0%
NO CONSUMEN	77	80,2%	22	22,9%	92	97,9%	95	99,0%	72	75,0%

Tabla 20.

Como muestra la tabla 21 la medicación es la estrategia frente al dolor más utilizada por nuestra muestra (83,3%).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL DOLOR

	ESTRA ACTIVAS		ESTRA PASIVAS		MEDICACIÓN	
	N	%	N	%	N	%
UTILIZAN	60	62,5%	52	54,2%	80	83,3%
NO UTILIZAN	36	37,5%	44	45,8%	16	16,7%

Tabla 21.

El 83,2 % de los sujetos de la muestra ha tenido (padres) o tiene (hijos) problemas de dolor en la familia y un 43,2% ha tenido historia de trastornos psiquiátricos en la familia.

En cuanto al nivel de relaciones sociales parece ser que es alto y el grado de satisfacción también (tablas 22-23).

RELACIONES SOCIALES

	FAMILIA		PAREJA		AMIGOS		VECINOS		COMPAÑEROS TRABAJO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	94	98,9%	86	95,6%	86	91,5%	78	83,0%	38	84,4%
NO	1	1,1%	4	4,4%	8	8,5%	16	17,0%	7	15,6%

Tabla 22.

GRADO DE SATISFACCIÓN EN LAS RELACIONES SOCIALES

	N	Media	Desv. tip.
FAMILIA	94	8,5745	2,1073
PAREJA	85	8,5647	2,3424
AMIGOS	84	8,0595	1,8650
VECINOS	77	7,2857	2,0638
COMPA. TRABAJO	38	7,8421	1,6526

Tabla 23. Media del grado de satisfacción de las relaciones sociales (0-10).

Un 44,8% de los sujetos manifiestan su dolor a sus familiares a través de comunicación verbal (palabras), mientras que un 53,1% lo hace con gestos, a través de comunicación no verbal (tabla 23).

COMPORTAMIENTO CON LA FAMILIA

	PERSONAS CONTACTO DOLOR	
	N	%
COMUN. VERBAL	43	44,8%
COMUNI. NO VERBAL	51	53,1%
OTRAS	2	2,1%

Tabla 23.

El 37,5 % de los familiares de los pacientes que sufren dolor intentan alentar al sujeto a que sea pasivo y no realice determinadas actividades y un 25% intenta distraerle ante los episodios de dolor (tabla 24).

	REACCIÓN FAMILIA	
	Recuento	%
DISTRAYENDO	24	25,0%
ALENTANDO A SER ACTIVO	11	11,5%
ALENTANDO A SER PASIVO	36	37,5%
IGNORANDO AL PACIENTE	17	17,7%
ENFADÁNDOSE CON EL PACIENTE	8	8,3%

Tabla 24.

En las tablas 25-26 se muestra la información sobre la vida laboral de la muestra que trabaja.

HISTORIA LABORAL

	N	Media	Desv. tip.
TIEMPO BAJA (MESES DESDE COMIENZO ENFERMEDAD)	29	15,2069	18,0859
DÍAS PERDIDOS EN EL ÚLTIMO AÑO	32	17,7812	56,1023

Tabla 25.

	PLEITOS		PROBLEMAS TRABAJO		SATISFACCIÓN TRABAJO		MOTIVACIÓN RETORNAR AL TRABAJO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	1	2,7%	15	39,5%	32	78,0%	15	78,9%
NO	36	97,3%	23	60,5%	9	22,0%	4	21,1%

Tabla 26.

En una escala de 0-10, siendo 0 que no se produciría ninguna mejoría una vez finalizado el tratamiento y 10 que desaparecerían los problemas de dolor una vez finalizado el tratamiento, en la tabla 27 se exponen las expectativas del tratamiento.

EXPECTATIVAS DE LA TERAPIA

	N	Media	Desv. típ.
EXPECTATIVAS DE LA TERAPIA (0-10)	96	6,9479	1,8260

A la pregunta ¿qué haría si no tuviese dolor?, los sujetos respondieron (Tabla 28):

PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

	HACER SIN DOLOR	
	Recuento	%
CONCRETA ACTIVIDADES	27	28,1%
NO CONCRETA ACTIVIDADES	58	60,4%
OTROS	11	11,5%

Tabla 28.

ESTUDIO DEL SUEÑO MEDIANTE EVALUACIÓN ACTOMÉTRICA

En cuarto lugar se exponen los resultados del estudio actométrico: Los resultados de la monitorización del sueño, mediante el registro actográfico se expresa en la Tabla 29.

Tabla 29. Registro actográfico del sueño

	X	σ	Rango
Tiempo en cama	464 min.	64.25 min.	350.4-583.2 min
Tiempo de latencia	10.70 min.	39.99 min.	0-179
Eficiencia	75.81%	12.34%	41-89.4%
Tiempo de inmovilidad	61.72%	20.12%	40.6-98%

En la tabla 30 se presenta la media y la desviación típica de las horas que han dormido los sujetos en total y los minutos que tardaron en quedarse dormidos, recogida esta información a través de los registros de calidad del sueño.

REGISTROS DIARIOS DEL SUEÑO

	<u>N</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>
<u>XDORMTO</u>	65	371,74	69,40	188,57	522,86
<u>XMINDOR</u>	66	40,10	29,27	5	141,43

Tabla 30.

8.6.2. - ANÁLISIS CORRELACIONAL.

Las correlaciones entre la sintomatología clínica y la calidad de vida se presentan en las tablas 31-32. Tales correlaciones responden a la hipótesis 1.

EMIA Y HAQ.

	<u>MOV MED</u>	<u>TP</u>	<u>NTP</u>
<u>EMIA</u>	0,34**	0,31**	0,31**
<u>HAQ</u>	0,36**	0,40**	0,39**

Tabla 31.

** La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

FIQ

	<u>MOV MED</u>	<u>NTP</u>	<u>TP</u>
<u>DOLOR</u>	0,53**	0,46**	0,41**
<u>CANSANCIO</u>	0,47**	0,41**	0,38**
<u>DESCANSADA</u>	0,41**	0,36**	0,31**
<u>RÍGIDA</u>	0,37**	0,39**	0,35**
<u>NERVIOSA</u>	0,27**	0,30**	0,27**
<u>DEPRIMIDA</u>	0,32**	0,27**	0,24**
<u>AFECTÓ TRABAJO</u>	0,45**	0,37**	0,35**
<u>AFECTÓ CASA</u>	0,42**	0,43**	0,41**
<u>SENTIRSE BIEN</u>	-0,47**	-0,51**	-0,44**
<u>DEJAR TRABAJO</u>	0,28**	0,24**	0,19*

Tabla 32.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

La intensidad del dolor medida a través de los autorregistros de dolor-actividad (MOV MED) se correlaciona positivamente con las puntuaciones obtenidas en el EMIA y en el HAQ, a la vez que el número de puntos sensibles a la presión (NTP) y la intensidad de los mismos (TP) que también se correlaciona.

La intensidad del dolor (MOV MED), el número de puntos sensibles a la presión (NTP) y la intensidad de los mismos (TP) se correlacionan con todas las escalas del FIQ. Todas las escalas se correlacionan con un nivel de significación menor o igual a 0,01, excepto "dejar de ir a trabajar" que se correlaciona con un nivel de significación mayor a 0,01.

CORRELACIONES ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA Y LOS NIVELES DE DEPRESIÓN

	<u>MOV MED</u>	<u>NTP</u>	<u>TP</u>
<u>BDI</u>	,244**	,287**	,231**
<u>DEPRE</u>	,239*	,200*	,196*
<u>DEPRESIO</u>	-,070	-,168	-,202
<u>DEPRI</u>	,297**	,283**	,216**

Tabla 33.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En cuanto a las correlaciones entre la intensidad del dolor (MOV MED), el número de puntos sensibles a la presión (NTP) y la intensidad de los mismos (TP) con los niveles de depresión, se puede observar (tabla 33) que existe correlación con el BDI, la escala de depresión del SCL-90-R (DEPRE) y la escala de depresión del EMIA (DEPRI). Estos resultados responden a la hipótesis 2.

CORRELACIONES ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA Y LOS NIVELES DE ANSIEDAD

	<u>MOV MED</u>	<u>NTP</u>	<u>TP</u>
<u>STAI-R</u>	,243**	,268**	,231**
<u>ANSI</u>	-,053	,083	,082
<u>ANSIEDAD</u>	-,099	-,276*	-,270*
<u>ANXIE</u>	,288**	,196*	,226*

Tabla 34.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En relación con la hipótesis 3, la intensidad del dolor y los niveles de ansiedad que podemos observar en la tabla 34 solo existe correlación con el STAI-R y la escala de ansiedad del SCL-90-R (ANXIE). Mientras que el número de puntos sensibles a la presión (NTP) y la intensidad de los mismos (TP) se correlacionan también con la

pregunta referente a los niveles de ansiedad (ANSIEDAD) que han tenido los sujetos en los últimos 15 días realizada en la entrevista médica.

CORRELACIONES ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA Y LOS NIVELES DE PSICOPATOLOGÍA

En la tabla 35 se presentan las correlaciones entre la sintomatología clínica y los niveles de psicopatología medidos a través del SCL-90-R. Las correlaciones se dan entre la intensidad del dolor (MOV MED) y las escalas de somatización, depresión, ansiedad, fobia y síntomas adicionales. El número de puntos sensibles a la presión se correlaciona positivamente con las escalas de somatización, depresión, ansiedad e índice global de psicopatología (GSI) mientras que la intensidad de los TP se correlaciona también con los síntomas adicionales. Por tanto, se confirma la hipótesis 4.

	MOV MED	NTP	TP
<u>SOMATIZACIÓN</u>	,307**	,242**	,251**
<u>OBSESIÓN</u>	,112	,113	,151
<u>SENS. INTERPE</u>	,003	,178*	,169
<u>DEPRESIÓN</u>	,239*	,200*	,196*
<u>ANSIEDAD</u>	,288**	,196*	,226*
<u>HOSTILIDAD</u>	-,139	,023	,040
<u>FOBIA</u>	,239*	,169	,125
<u>PARANOIA</u>	-,016	,083	,097
<u>PSICOTICISMO</u>	,100	,039	,036
<u>ADICIONAL</u>	,290**	,172	,189*
<u>GSI</u>	,179	,212*	,238*

Tabla 35.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

CORRELACIONES ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA Y EL ESTRÉS VITAL

En relación con la sintomatología clínica y el estrés vital y cotidiano, podemos ver que no existe ninguna correlación en los niveles de estrés vital pero si entre el número de puntos sensibles a la presión y la intensidad de los acontecimientos molestos. (tabla 37-38).

	MOV MED	NTP	TP
EST. PERSONAL	,181	,069	,032
EST. FAMILIAR	,078	,116	,083
EST. TRABAJO	,060	,099	,104
EST. TOTAL	,166	,173	,135

Tabla 36.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

CORRELACIONES ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA Y EL ESTRÉS COTIDIANO

	MOV MED	NTP	TP
MOLESTOS	,029	,164	,115
NÚMERO	,017	,083	,028
MOLESTOS			
RAZÓN	,152	,207*	,192*
MOLESTOS			

Tabla 37.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

CORRELACIONES ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL DOLOR

En la tabla 38 se presenta la relación entre la sintomatología clínica y las estrategias de afrontamiento al dolor, dándose solamente correlación entre la intensidad del dolor (MOV MED) y la estrategia de catastrofizar, el número de puntos sensibles a la presión y la intensidad de los mismos con la escala de rezos y esperanzas.

	MOV MED	NTP	TP
ACT	-,099	-,039	-,027
DISTRACCIÓN	-,011	,083	,099
ATENCIÓN			
IGNORAR SENSACIONES	,031	,013	,012
DOLOR			
FRAS	-,016	-,079	-,065
REZOS Y	,030	,190*	,191*
ESPERANZAS			
CATASTROFIZA	,286**	,147	,072
REIN	,083	-,018	,028
REINTERP	,083	-,018	,028
SESAC DOLOR			
AUMENTO	-,099	-,039	-,027
ACTIVIDAD			

Tabla 38.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)./ * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

CORRELACIONES ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA Y LA CALIDAD DEL SUEÑO

	MOV MED	NTP	TP
DORMIR TOTAL	-,205*	-,223**	-,155
TARDÓ DORMIR	,224**	,121	,073
VECES	,179*	,093	,069
DESPERTÓ			
TIEMPO	,227**	,176*	,159
DESPIERTO			
CALIDAD SUEÑO	,339**	,163	,144
DESACANSADO	,492**	,368**	,305**
DIFICULTAD	,263**	,139	,086
DORMIR			
ACT. MENTAL	,180*	,104	,108
TENSIÓN FÍSICA	,248**	,227**	,190*
FUNCIONA	,402**	,292**	,242**
GENERAL			

Tabla 39.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En cuanto a la calidad de sueño (tabla 39) (hipótesis 7) la intensidad del dolor (MOV MED) se correlaciona negativamente con las horas que el sujeto ha dormido, con el tiempo que tardó en dormirse, las veces que se despertó y el tiempo que estuvo despierto, con la percepción subjetiva de la calidad del sueño, con como se ha levantado de descansado, con la dificultad que tuvo para dormirse, con el nivel de activación

mental y de tensión física que tenía cuando se fue a dormir y con el funcionamiento en general del día anterior. El número de puntos sensibles a la presión se correlaciona con el sueño total, con el tiempo que permaneció despierto, con como se ha levantado de descansado, con la tensión física que tenía el sujeto cuando se fue a dormir y con el funcionamiento en general que tuvo el día anterior. La intensidad de los TP se correlaciona con las mismas variables excepto con el sueño total y el tiempo que permaneció despierto.

CORRELACIONES ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LOS NIVELES DE DEPRESIÓN

En las tablas 40-41 se muestran las correlaciones entre la calidad de vida y los niveles de depresión. En la primera tabla se observa que el BDI, la escala de depresión del SCL-90-R (DEPRE) y la escala de depresión del EMIA (DEPRI) correlacionan con todas las medidas de calidad de vida, mientras que en la segunda tabla vemos que el BDI correlaciona con todos los ítems del FIQ excepto dejar de ir al trabajo. Las otras escalas que miden depresión también tienen correlaciones con los ítems del FIQ. Estos resultados responden a la hipótesis 8.

EMIA Y HAQ

	<u>EMIA</u>	<u>EMIA FÍSICO</u>	<u>EMIA PSIOU</u>	<u>HAQ</u>
<u>HAQ</u>	,547**	,394**	,095	1,000
<u>BDI</u>	,412**	,211**	,434**	,277**
<u>DEPRE</u>	,465**	,251*	,319**	,246*
<u>DEPRESIO</u>	-,022	-,072	,091	-,267*
<u>DEPRI</u>	,505**	,224**	,834**	,111

Tabla 40.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

FIQ

	<u>IT. 1</u>	<u>IT. 2</u>	<u>IT. 3</u>	<u>IT. 4</u>	<u>IT. 5</u>	<u>IT. 6</u>	<u>IT. 7</u>	<u>IT. 8</u>	<u>IT. 9</u>	<u>IT. 10</u>
<u>BDI</u>	,321**	,299**	,268**	,285**	,505**	,533**	,351**	,404**	-,275**	,135
<u>DEPRE</u>	,294**	,312**	,264**	,214*	,495**	,566**	,383**	,366**	-,129	,167
<u>DEPRESIO</u>	-,060	-,331**	-,300*	-,197	-,040	,014	-,040	-,216	,172	,257
<u>DEPRI</u>	,248**	,354**	,360**	,283**	,556**	,627**	,152	,302**	-,184*	,229*

Tabla 41

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

CORRELACIONES ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LOS NIVELES DE ANSIEDAD

Respondiendo a la hipótesis 9, se puede observar (tabla 42) como la ansiedad medida a través del STAI-R y la escala de ansiedad del EMIA correlacionan positivamente con la puntuación del EMIA, EMIA PSÍQUICO y HAQ. La escala de ansiedad del SCL-90-R correlaciona positivamente con la puntuación total del EMIA y del HAQ.

En la tabla 43 se muestra como el STAI-R correlaciona con los ítems del FIQ que miden dolor, cansancio, rigidez, nerviosismo, depresión, como afectó en las tareas de la casa y sentirse bien. Mientras que la escala que mide ansiedad en el SCL-90-R (ANXIE) correlaciona con las mismas escalas además de como le afectó el dolor en el trabajo y en la sensación de bienestar.

EMIA Y HAQ

	<u>EMIA</u>	<u>EMIA FÍSICO</u>	<u>EMIS PSÍQUI</u>	<u>HAQ</u>
<u>HAQ</u>	,547**	,394**	,095	1,000
<u>STAI-R</u>	,242**	,066	,409**	,168*
<u>ANSI</u>	,187*	,052	,529**	,012
<u>ANSIEDAD</u>	-,199	-,042	-,132	-,122
<u>ANXIE</u>	,241*	,151	,140	,280**

Tabla 42.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

FIQ

	<u>IT. 1</u>	<u>IT. 2</u>	<u>IT. 3</u>	<u>IT. 4</u>	<u>IT. 5</u>	<u>IT. 6</u>	<u>IT. 7</u>	<u>IT. 8</u>	<u>IT. 9</u>	<u>IT. 10</u>
<u>STAI-R</u>	,229**	,29**	,254	,258**	,520**	,536**	,166	,26**	-,19**	,15
<u>ANSI</u>	,051	-,066	,021	-,038	-,047	-,059	-0,057	,069	,08	,06
<u>ANSIEDAD</u>	-,187	-,215	-,247	-,228	-,032	-,088	-0,291	-,11	,03	-,036
<u>ANXIE</u>	,278**	,33**	,301	,283**	,462**	,387**	,291*	,27**	-,24**	-,24**

Tabla 43.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

CORRELACIONES ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LOS NIVELES DE PSICOPATOLOGÍA

Con respecto a los niveles de psicopatología en las tablas 44-45 se muestra como el GSI (índice global de psicopatología) entre otros, correlaciona con todas las medidas de calidad de vida y casi todos los ítems del FIQ: nerviosismo, depresión, cómo afectó el dolor al trabajo, cómo afectó el dolor a las tareas del hogar, etc.

EMIA Y HAQ

	<u>EMIA</u>	<u>EMIA FÍSICO</u>	<u>EMIA PSIQUI</u>	<u>HAQ</u>
<u>HAQ</u>	,547**	,394**	,095	1,000
<u>SOMATIZAC</u>	,427**	,278**	,068	,443**
<u>OBSESION</u>	,290*	,154	,282**	,394**
<u>SENS. INTER</u>	,181	,118	,220*	,203*
<u>DEPRESIÓN</u>	,465**	,251*	,319**	,246*
<u>ANSIEDAD</u>	,241*	,151	,140	,280**
<u>HOSTILIDAD</u>	,164	,231*	,171	,030
<u>FOBIA</u>	,278*	,178	,229*	,268**
<u>PARANOIA</u>	,119	,011	,160	,101
<u>PSICOTICIS</u>	,239*	,165	,179	,153
<u>ADICIONAL</u>	,438**	,304**	,262**	,326**
<u>GSI</u>	,409**	,257*	,289**	,407**

Tabla 44.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

FIQ

	<u>IT.1</u>	<u>IT.2</u>	<u>IT.3</u>	<u>IT.4</u>	<u>IT.5</u>	<u>IT.6</u>	<u>IT.7</u>	<u>IT.8</u>	<u>IT.9</u>	<u>IT.10</u>
<u>SOM</u>	,257**	,290**	,276**	,282**	,287**	,360**	,397**	,378**	-,194*	,049
<u>OBS</u>	,127	,219*	,156	,199*	,323**	,372**	,218	,324**	,004	,163
<u>SENS</u>	,130	,097	,049	,174	,232*	,324**	,190	,254**	,104	-,044
<u>DEP</u>	,294**	,312**	,264**	,214*	,495**	,566**	,383**	,366**	-,129	,167
<u>ANS</u>	,278**	,331**	,301**	,283**	,462**	,387**	,291*	,271**	-,24**	-,076
<u>HOS</u>	,078	,127	-,001	,099	,297**	,345**	,088	,160	,042	-,019
<u>FOB</u>	,229*	,226*	,160	,158	,335**	,363**	,350**	,337**	-,123	,143
<u>PAR</u>	,055	,100	-,061	,092	,198*	,276**	,084	,111	-,028	-,187
<u>PSIC</u>	,062	,171	-,004	,043	,174	,270**	,069	,054	-,041	-,068
<u>ADIC</u>	,212*	,324**	,241**	,130	,377**	,396**	,225	,369**	-,097	-,051
<u>GSI</u>	,263**	,321**	,242*	,224*	,447**	,478**	,515**	,406**	-,202	,049

Tabla 45.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**CORRELACIONES ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL ESTRÉS VITAL
EMIA Y HAQ**

En cuanto al estrés vital podemos decir que no existe ninguna correlación (tabla 46) con el EMIA y el HAQ pero si se correlaciona con alguno de los ítems del FIQ, cansancio, descansada, rigidez, nerviosismo, depresión y sensación de bienestar.

	EMIA	EMIA FÍSICO	EMIA PSIQUI	HAQ
HAQ	,547**	,394**	,095	1,000
EST.PERSON	,162	,105	,123	,135
EST.FAMILI	,021	,048	,052	,006
EST.TRABAJ	,162	,248	,060	,143
EST.TOTAL	,071	,065	,129	,103

Tabla 46.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

FIQ

	IT.1	IT.2	IT.3	IT.4	IT.5	IT.6	IT.7	IT.8	IT.9	IT.10
EST.PERSONA	,162	,108	-,013	,069	,126	,103	,184	,170	-,134	,075
EST.FAMILIA	,096	,213*	,148	,109	,173	,156	,089	,029	-,125	-,038
EST.TRABAJO	,034	,161	,087	,107	,189	,200*	,127	,142	-,044	-,243
EST.TOTAL	,180	,331**	,216*	,213*	,26**	,256*	,205	,144	-,212*	-,141

Tabla 47.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

**CORRELACIONES ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL ESTRÉS
COTIDIANO**

Respecto al estrés cotidiano, la puntuación del HAQ se correlaciona con la intensidad de los acontecimientos molestos. Y en bastantes escalas del FIQ también existe correlación.

EMIA Y HAQ

	EMIA	EMIA FÍSICO	EMIA PSIQU	HAQ
HAQ	,547**	,394**	,095	1,000
MOLESTOS	,186	,100	,179	,176
NÚME. MOLE	,119	,086	,154	,118
RAZÓN MOL	,156	,041	,053	,225*

Tabla 48.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

FIQ

	<u>IT.1</u>	<u>IT.2</u>	<u>IT.3</u>	<u>IT.4</u>	<u>IT.5</u>	<u>IT.6</u>	<u>IT.7</u>	<u>IT.8</u>	<u>IT.9</u>	<u>IT.10</u>
<u>MOLESTO</u>	,228*	,218*	,145	,149	,331**	,321**	,214	,28**	-,227*	-,094
<u>NUMOLES</u>	,174	,174	,123	,070	,272**	,226*	,107	,195*	-,201*	-,140
<u>RAZMOLE</u>	,265**	,25**	,178	,27**	,232*	,261**	,31**	,31**	-,26**	,205

Tabla 49.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

CORRELACIONES ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL DOLOR

En la tabla 50 se muestra que la puntuación del EMIA PSÍQUICO correlaciona con una estrategia de afrontamiento al dolor pasivo, como es catastrofizar. También existe correlación con algunos de los ítems del FIQ. El nivel de depresión y ansiedad se correlacionan con catastrofizar. Se presentan los resultados en la tabla 51.

EMIA Y HAQ

	<u>EMIA</u>	<u>EMIA FISICO</u>	<u>EMIA PSIQU</u>	<u>HAQ</u>
<u>HAQ</u>	,547**	,394**	,095	1,000
<u>ACT</u>	-,175	-,066	-,059	,020
<u>DISTRA ATE</u>	-,150	,006	-,015	,026
<u>IGNORA DOL</u>	-,123	-,070	-,009	-,042
<u>REZOS ESPE</u>	-,115	-,149	-,026	,046
<u>CATASTROF</u>	,179	,034	,261**	,042
<u>REIN</u>	-,065	-,026	,010	,018
<u>REINT SENS</u>	-,065	-,026	,010	,018
<u>ACTIVIDAD</u>	-,175	-,066	-,059	,020

Tabla 50.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

FIO

	IT.1	IT.2	IT.3	IT.4	IT.5	IT.6	IT.7	IT.8	IT.9	IT.10
ACT	-,038	-,087	-,114	-,042	-,130	-,162	-,140	-,005	,199*	,078
DISTRAC ATE	,003	-,065	-,093	-,070	-,119	-,159	,053	-,001	,137	,208
IGNOR DOLO	,023	-,014	-,076	-,073	-,227*	-,190*	,113	-,044	,134	,135
FRAS	-,080	-,023	-,194*	-,070	-,243**	-,186*	,021	-,094	,140	,030
REZAR ESPER	,006	,023	-,063	,005	,010	-,031	-,035	,007	,005	,068
CATASTROFI	,119	,119	,152	,155	,272**	,308**	,175	,227*	-,012	,021
REIN	,050	,018	-,008	,002	-,076	-,055	,039	,138	,057	,102
REINT DOLOR	,050	,018	-,008	,002	-,076	-,055	,039	,138	,057	,102
ACTIVIDAD	-,038	-,087	-,114	-,042	-,130	-,162	-,140	-,005	,199*	,078

Tabla 51.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

CORRELACIONES ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA CALIDAD DEL SUEÑO

En las tablas 52-53 se muestra las correlaciones entre la calidad de vida y la calidad del sueño medida a través de los registros diarios de sueño. Parece ser que el cuestionario de calidad de vida que más correlaciona con la calidad del sueño es el HAQ, y la puntuación del EMIA PSIQUICO.

EMIA Y HAQ

	EMIA	EMIA FISICO	EMIA PSIQUI	HAQ
HAQ	,547**	,394**	,095	1,000
DORMI TOT	-,203	-,020	-,289**	-,243**
MINUTOS	,254*	,250*	,225*	,270**
VECES DESP	-,029	,032	,054	,085
TIEMPO DES	,302*	,154	,317**	,302**
CALIDAD	,096	-,007	,284**	,261**
DESCANSAD	,187	,108	,290**	,216**
DIFICULTAD	,245	-,004	,216*	,254**
ACT. MENTA	,004	-,123	,152	,065
TENSIO FISI	,086	-,020	,095	,119
FUNCIONAM	,297	,129	,201*	,175*

Tabla 52.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

FIO

	<u>IT.1</u>	<u>IT.2</u>	<u>IT.3</u>	<u>IT.4</u>	<u>IT.5</u>	<u>IT.6</u>	<u>IT.7</u>	<u>IT.8</u>	<u>IT.9</u>	<u>IT.10</u>
<u>DORMI TO</u>	-,199*	-,17*	-,202*	-,183*	-,230**	-,145	-,155	-,21**	,151	,105
<u>MINUTOS</u>	,240**	,22**	,238**	,172*	,188*	,188*	,275*	,198*	-,22**	,020
<u>VECEDESP</u>	,066	,024	,093	,098	,100	,030	-,106	,057	-,060	,003
<u>TIEDESPIE</u>	,099	,151	,193*	,103	,163	,157	-,014	,184*	-,145	,004
<u>CALIDAD</u>	,282**	,26**	,306**	,208*	,325**	,23**	,128	,203*	-,24**	-,141
<u>DESCASAD</u>	,400**	,39**	,484**	,38**	,356**	,30**	,262*	,28**	-,31**	-,033
<u>DIFICULTA</u>	,231**	,22**	,292**	,21**	,336**	,22**	,198	,21**	-,153	-,143
<u>ACTMENTA</u>	,232**	,179*	,187*	,128	,359**	,29**	,078	,129	-,083	-,075
<u>TENSFISIC</u>	,251**	,20**	,243**	,190*	,369**	,29**	,123	,085	-,185*	-,111
<u>FUNCIONA</u>	,333**	,32**	,351**	,29**	,310**	,28**	,267*	,23**	-,33**	-,033

Tabla 53.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

8.6.3. - MODELO DE REGRESIÓN.

El presente estudio tiene como objetivo en primer lugar, determinar cuales son las variables más predictivas de la sintomatología clínica del SFM y el orden jerárquico que ocupa cada una de ellas, y en segundo lugar, cual son las variables más predictivas de la calidad de vida de los sujetos con SFM.

Para llevar a cabo el primer objetivo se tomó como variable independiente el dolor medido a través de los registros de dolor-actividad, ya que es la medida más exacta de dolor, pues supone un seguimiento de una semana de duración reflejando cada dos horas los niveles de dolor que refiere el paciente.

Todos los análisis de regresión se llevaron a cabo mediante el procedimiento REGRESSION del paquete estadístico SPSS-X. El método utilizado en dichos análisis fue el de stepwise, que es un método de construcción de la ecuación de regresión lineal múltiple que selecciona las variables paso a paso.

En la siguiente tabla se recogen los resultados del análisis de regresión llevado a cabo para buscar las variables más predictivas de la sintomatología clínica del SFM.

	Variables predictoras	R cuadrado	F	Sig	Coefficientes estandarizados	Sig
<u>DOLOR</u>	SUEÑO	0,29	12,45	0,001	0,407	0,001
	GSI				0,28	0,001

En esta tabla se muestra que el dolor está predecido en un 29% por la calidad del sueño y por los niveles de psicopatología (en dicho orden) que presentan los sujetos.

Para llevar a cabo el segundo experimento, se tomó como variable independiente la puntuación global obtenida en el HAQ, como medida de calidad de vida. La siguiente tabla muestra los resultados obtenidos.

	Variables predictoras	R cuadrado	F	Sig	Coefficientes estandarizados	Sig
<u>CALIDAD DE VIDA</u>	DOLOR	0,438	26,53	0,001	0,475	0,001
	SUEÑO				0,337	0,001

Los niveles de dolor junto con la calidad del sueño predicen la calidad de vida en un 44% (en dicho orden).

Por tanto, podemos concluir que los problemas de sueño están asociados al dolor y al malestar psicológico y físico que presentan estos sujetos.

8.7. - DISCUSIÓN.

8.7.1. - ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

8.7.1.1. - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.

En relación con las características sociodemográficas de la muestra, observamos que no difieren en gran medida con otros estudios publicados. La **edad** de nuestros pacientes fue de 47,96, con una mediana de 50 años, semejante a la encontrada por la A.C.R. en Estados Unidos (49,1) (Wolfe, Smythe, Yunus, Bennet, Bombardier, Goldenberg, Tugwell, 1990), Nishikai en Japón (47,9 años) (Nishikai, 1992) y en muestras españolas a la encontrada por Albornoz et al en 1997 (41,8 años), e incluso con otras series nuestras (Rodríguez et al, 1996) (48,11 años).

Con relación al **sexo**, en la serie que se presenta, la proporción de mujeres es superior ya que los hombres sólo representan algo más del 5%. Este hallazgo se ha encontrado en otras series en estudios realizados en España, en que la proporción hombre/mujer es mucho más baja de lo esperado (Rodríguez et al, 1996; Pastor, Salas, López, 1993). En estudios realizados fuera de nuestras fronteras, la proporción media hombre/mujer es 1 hombre por cada 4-9 mujeres en la mayoría de las series publicadas (Wolfe et al, 1989; Wolfe et al, 1990; Yunus et al, 1981; Nishikai, 1992). Esta proporción disminuye a un hombre por cada 2-3 mujeres en los estudios poblacionales (Makela, 1991).

El **tiempo medio de evolución** de nuestros pacientes desde que comenzaron con el dolor hasta que son evaluados por nuestro servicio es de 11,6 años, lo que supone un gran sufrimiento para el paciente por no saber realmente que es lo que le ocurre, con las consecuencias psicológicas, familiares y sociales que ello conlleva. Esta cifra es similar a las encontradas por otros autores que encuentran un retraso de casi 10 años entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico (Yunus et al, 1981; Simons, 1975; Muller, 1987).

En nuestra serie el 58% tiene **estudios** primarios o ninguno, esto coincide con otros estudios (Makela et al., 1991) poniendo de manifiesto que este síndrome se da entre personas de niveles socio-culturales bajos.

En cuanto a los **ingresos económicos**, nuestra muestra presenta un nivel más elevado que los estudios llevados a cabo por otros autores (Makela, Heliovaara, 1991), quienes encuentran bajos niveles de educación y bajos ingresos económicos. Esta diferencia, quizás se deba a que los sujetos seleccionados (todos ellos en un centro hospitalario concertado con el Instituto Social de la Fuerzas Armadas) perciben rentas de trabajo o rentas familiares sustitutorias, que les sitúan en un nivel socioeconómico intermedio (entre 200.000 y 300.000 pts mensuales).

En resumen, podemos concluir que la muestra utilizada en el estudio, está compuesta por mujeres de mediana edad, con un tiempo medio de evolución de la enfermedad muy elevado, con estudios primarios y con unos ingresos económicos medio-bajos.

8.7.1.2. - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

El **dolor musculoesquelético** generalizado es el síntoma principal del síndrome e imprescindible para el diagnóstico. En nuestro trabajo, hemos utilizado tres medidas distintas para evaluar el dolor, ya que no coincidían los resultados referentes al dolor evaluado mediante entrevista y mediante una escala visual analógica (VAS). La intensidad del dolor medido a través de una escala visual analógica 0-10 (VAS), fue de 4,25, ligeramente inferior al obtenido por el grupo del American College Rheumatology (Wolfe et al, 1990) (6,48) y del trabajo de Rodríguez et al (1996) que fue de 6,53. Mientras que la intensidad del dolor medido mediante entrevista fue de 5,54 en una escala de 0-10, significativamente superior a la obtenida por el VAS. La tercera medida utilizada para medir el dolor fue el registro de dolor-actividad, a través del cual durante una semana registraban en intervalos de dos horas la intensidad de su dolor. La media obtenida fue de 3,12 en una escala de 0-5. Por tanto, a través de esta medida, que es la

más valiosa por la exactitud con que mide el dolor, aunque de manera subjetiva, se confirman los datos obtenidos en la entrevista, quedando constancia de que la intensidad del dolor en este grupo de pacientes es muy elevada.

El **número de puntos sensibles a la presión** es de $NTP=14,53\pm 2,80$, similar a la del estudio de Albornoz et al (1996) ($NTP=16,2\pm 1,9$). Es un número muy elevado por lo que demuestra que el dolor se manifiesta de manera generalizada, a lo largo de todo el cuerpo.

En cuanto a los **parámetros del dolor** obtenidos a través de la entrevista psicológica, podemos concluir que la intensidad del dolor es alta (8,36 entre un rango de 0-10), con una frecuencia casi diaria durante todo el año (349,53 días al año) y que se mantiene a lo largo de todo el día (19 horas al día). El dolor comienza por la mañana y va empeorando a lo largo del día.

La frecuencia de los **principales síntomas funcionales** y su comparación con otras series se presenta en la Tabla 76. La fatiga, las cefaleas, los trastornos del sueño y el síndrome seco son los que se dan con mayor frecuencia en nuestra muestra. Como ya se dijo en la introducción, la Fibromialgia muchas veces va asociada a determinados síndromes de disfunción neuroendocrina, como por ejemplo: colon irritable, cefaleas crónicas, fenómeno de Raynaud, síndrome seco, dismenorrea, etc. En general, estos síndromes tienen una serie de características comunes, como son aparecer más frecuentemente en mujeres, el dolor como parte fundamental del cuadro clínico, la ausencia aparente de hallazgos objetivos a la exploración física, normalidad de las pruebas de laboratorio y radiológicas, agravación por el estrés y perfiles psicológicos comunes (Rodríguez, 1996).

En la tabla 76, podemos ver la comparación entre diferentes variables y síntomas del SFM en distintos estudios, incluyendo los datos obtenidos en el presente estudio. La edad y el sexo es muy similar en todos los estudios, junto con la presencia de fatiga, trastornos del sueño, parestesias y cefaleas. Existen diferencias en la frecuencia de

presentación de algunos síntomas funcionales, como por ejemplo, colon irritable, síndrome seco y fenómeno de Raynaud.

SÍNTOMAS Y SÍNDROMES DE "DISFUNCIÓN NEUROENDOCRINA".

	ACR	NISHIKAI	ALBORNOZ	NUESTRA SERIE
	%	%	%	%
EDAD	49,1	47,9	41,8	47,9
SEXO (Mujeres)	88,7	94	92,8	94,8
DOLOR (VAS)	6,4	-	-	4,3
FATIGA	78,2	98	84,4	96
TRAST. SUEÑO	75,6	62,5	91,1	68
PARESTESIAS	67,1	66	83,4	56,6
CEFALEAS	54,3	61,4	76,1	69,3
COLON IRRITABLE	35,7	71,4	21,47	48,9
S. SECO	35,8	71,4	8,81	67
F. DE RAYNAUD	16,7	26,5	13,4	50

Tabla 76.

ACR (Wolfe et al. , 1990); NISHIKAI (Nishikai, 1992); ALBORNOZ (Albornoz et al., 1997).

En resumen, como se puede ver en la tabla 76, la muestra se caracteriza por unos niveles de dolor muy elevados (3,12 según los autorregistros de dolor-actividad en una escala de 0-5), gran número de puntos sensibles a la presión, y la presencia de síntomas asociados de fatiga, trastornos del sueño, cefaleas y síndrome seco principalmente.

8.7.1.3. - CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS.

En el presente estudio los sujetos muestran una **depresión** ligera (13,97) y unos **niveles de ansiedad** relativamente altos (32,09). Esto coincide con los estudios llevados a cabo por Burckhardt et al (1994) y White et al (1995). En cuanto a los **niveles de**

psicopatología medidos a través del SCL-90-R, las puntuaciones más elevadas se dan en las subescalas de somatización, obsesión, depresión, ansiedad y síntomas adicionales coincidiendo con el estudio llevado a cabo por Uveges et al (1990). También es importante destacar, que el índice general de psicopatología (GSI) es elevado. Todo esto pone de manifiesto que existe una relación entre el malestar psicológico y el SFM, sin que podamos aclarar en que dirección se produce esta relación. Estos datos son consistentes con el modelo que se presenta en esta tesis, que supone la presencia de una alteración neurohormonal central común en los mecanismos de control del dolor y de la depresión.

En cuanto a los **niveles de estrés**, podemos concluir que la muestra no presenta unos niveles muy elevados en lo que se refiere a **estrés vital**. En lo referente al **estrés cotidiano**, el número de acontecimientos cotidianos tampoco es muy elevado (30,59 entre un rango de 4 y 87) pero la intensidad con que viven los acontecimientos estresantes si es elevada, alrededor de 2 (rango 1 y 2,88). El que los pacientes con SFM muestren una gran susceptibilidad a los acontecimientos estresantes diarios es un dato que apoya los modelos explicativos del estrés en la etiología o mantenimiento de este síndrome.

Las **estrategias de afrontamiento al dolor** más utilizadas entre los sujetos de este estudio son estrategias pasivas (rezos y esperanzas) que se combinan con un aumento de actividades, lo que por una parte hace que los sujetos no tengan control sobre su problema de dolor y por otra parte crea patrones de actividad motora inadecuados, en los que el sujeto tiene periodos de gran actividad motora seguidos de otros de inactividad. Tal vez, este tipo de comportamiento pueda explicar la incapacidad que presentan algunos de estos enfermos para desarrollar una actividad motora de forma mantenida.

En resumen, podemos concluir que la muestra presenta depresión ligera, con altos niveles de ansiedad, con una percepción de los acontecimientos diarios estresantes muy elevada y con estrategias de afrontamiento al dolor de tipo pasivo.

8.7.1.4. - CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DE VIDA.

Son escasos los estudios que existen sobre la calidad de vida en este tipo de pacientes. En nuestro estudio hemos utilizado tres instrumentos altamente validados en pacientes con enfermedades reumáticas crónicas. La Escala de Medida del Impacto de la Artritis (EMIA), el Cuestionario de Valoración de Salud de Stanford (HAQ) y el Cuestionario del Impacto de la Fibromialgia (FIQ).

La **calidad de vida** de los pacientes con Fibromialgia medida a través del **EMIA** mostró una deficitaria calidad de vida motivada por el dolor y las alteraciones psicológicas (ansiedad y depresión) principalmente, lo que coincide con los resultados presentados anteriormente. El **HAQ** solo mide la dimensión física de la calidad de vida y nos dio una puntuación de 0,54 (rango 0-1,65), lo que nos indica una deficitaria calidad de vida. La valoración de la Fibromialgia mediante las escalas analógicas del **FIQ** mostró las puntuaciones mas elevadas (>6) en dolor, cansancio, levantarse descansado, rigidez y dificultades para el trabajo casero.

Burkchart et al (1991) en su estudio utilizan el EMIA y el FIQ. A continuación se comparan los resultados (Tabla 77-78).

Comparación de los datos del FIQ de nuestra serie con la serie de Burckardt.

	<u>NUESTRA SERIE</u>	<u>BURCKHARDT</u>
<u>DOLOR</u>	6,40	5,52
<u>DEJAR TRABAJO</u>	1,30	0,78
<u>CANSANCIO</u>	7,13	6,61
<u>DESCANSADO</u>	7,08	6,97
<u>RÍGIDA</u>	6,29	6,11
<u>NERVIOSA</u>	5,95	4,50
<u>DEPRIMIDA</u>	4,85	3,95
<u>AFECTÓ TRABAJO</u>	5,93	4,08
<u>AFECTÓ CASA</u>	6,07	3,17
<u>SENTIRSE BIEN</u>	1,43	6,44

Tabla 77.

(Burckardt et al, 1991).

Comparación de los datos del EMIA de nuestra serie con la serie de Burckardt.

	<u>NUESTRA SERIE N=100.</u>	<u>BURCKARDT N=272.</u>
<u>MOVILIDAD</u>	1,62	2,61
<u>ACTIVIDAD</u>	3,35	5,79
<u>DESTREZA</u>	2,52	3,04
<u>ACT. DOMÉSTICAS</u>	0,96	0,82
<u>ACT. SOCIAL</u>	3,91	4,32
<u>ACT. VIDA DIARIA</u>	0,71	0,14
<u>DOLOR</u>	7,07	6,52
<u>DEPRESIÓN</u>	3,69	3,16
<u>ANSIEDAD</u>	4,52	4,87

Tabla 78.

(Burckardt et al, 1991).

Como se puede observar en las tablas 77-78, los resultados son muy similares en ambas series, excepto en el FIQ que en la serie de Burckardt puntúan más bajo en nerviosismo, depresión, dificultades en el trabajo y en casa y en el EMIA que nuestra serie puntúa más bajo en movilidad y actividad.

Cuando comparamos los niveles de calidad de vida de pacientes con SFM con otras enfermedades reumáticas y no reumáticas, los pacientes con SFM presentan unos niveles de calidad de vida similares o inferiores (Rodríguez et al, 1996; Burckhardt et al, 1993) a pesar de la ausencia teórica de base orgánica en dicho síndrome.

Todo esto nos puede hacer pensar si realmente estos sujetos tienen una verdadera discapacidad, lo que si es cierto es que tienen una pésima calidad de vida, ello lo perciben como tal, sobre todo en las dimensiones de movilidad y actividad

8.7.1.5. - CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DEL SUEÑO.

Como queda descrito en la primera parte de este trabajo, las **alteraciones del sueño** son frecuentes en el SFM. En nuestro estudio hemos utilizado los registros actométricos para medir tanto los trastornos sueño-vigilia como la actividad motora en este tipo de pacientes. La actometría es una técnica cada vez más utilizada para medir los trastornos sueño-vigilia por las grandes ventajas que presenta. En primer lugar, resulta mucho más sencillo y barato que los estudios polisomnográficos y en segundo lugar, evita el problema más importante de estos estudios, que es el "efecto de laboratorio", ya que permite realizar la monitorización de manera ambulatoria y en el habitat ordinario del sujeto. La actometría aporta estudios objetivos y fiables acerca de la calidad y eficiencia del sueño.

Los resultados de nuestro estudio vienen a coincidir con los obtenidos en otras series, empleando los registros actométricos en este tipo de pacientes (Robles et al, 1996). Salvando diferencias metodológicas, los resultados del presente estudio, también coinciden con los obtenidos en otros estudios (Yunus et al, 1981; Ware et al, 1986;

Branco, Atalaia, Paiva, 1994), ya que este tipo de sujetos muestra alteraciones significativas en el sueño.

Las alteraciones más importantes encontradas fueron: un **incremento del tiempo total en cama**, quizás debido a la necesidad de permanecer más tiempo en cama para obtener un sueño suficientemente reparador, junto a otros factores como la medicación que muchos de estos pacientes toman, factores sociolaborales, baja laboral, circunstancias domésticas, etc. **El retardo de la latencia del sueño** indica la presencia de un trastorno de conciliación, quizás debido a los problemas dolorosos y posturales que sufren estos sujetos. Por último, **la eficiencia del sueño** no parece ser peor que la obtenida en otros estudios, en una muestra sana (Robles et al, 1996), lo que nos lleva a pensar que la diferencia con otro tipo de poblaciones no está en parámetros cualitativos, es decir de calidad de sueño, sino en parámetros cuantitativos (tiempo total en cama, latencia del sueño).

Es importante destacar que la actometría se ha mostrado como una técnica de gran utilidad, en la evaluación y objetivación de los trastornos del sueño en pacientes con SFM.

8.7.2. - VARIABLES QUE PREDICEN LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA Y LA CALIDAD DE VIDA.

En cuanto a la sintomatología clínica, podemos concluir que la calidad de vida, los niveles de depresión, los niveles de ansiedad, los niveles de psicopatología y una deficitaria calidad del sueño, se relacionan con la sintomatología clínica de los sujetos con SFM.

Los datos muestran, que el estrés vital no se relaciona con la sintomatología clínica del SFM, mientras que el estrés cotidiano si está relacionado con dicha sintomatología. Las estrategias de afrontamiento al dolor que parecen estar asociadas a una mayor sintomatología clínica son las estrategias de afrontamiento pasivo (catastrofizar, rezos y esperanzas).

En cuanto a la predicción de la calidad de vida, los niveles de depresión, los niveles de ansiedad, los niveles de psicopatología y una deficitaria calidad del sueño, se relacionan con la calidad de vida. Mientras que en los niveles de estrés vital, estrés cotidiano y estrategias pasivas de afrontamiento al dolor, solo se encuentra una pequeña relación.

Al hacer un análisis de regresión se ve que la sintomatología clínica se predice por una deficitaria calidad del sueño y por los niveles de psicopatología y la calidad de vida se predice por el dolor y por una deficitaria calidad del sueño.

Los resultados del primer estudio de regresión ponen de manifiesto que la sintomatología clínica del SFM, en concreto el dolor, que es el síntoma característico de estos enfermos, podría explicarse en un 29% por una deficitaria calidad del sueño y por la presencia de niveles de psicopatología. Estos resultados, tal y como se esperaba, concuerdan con el modelo explicativo presentado en esta tesis, para la explicación del SFM. Como se ha puesto de manifiesto, una deficitaria calidad de sueño y los altos niveles de psicopatología, concretamente altos niveles de somatización, depresión y de ansiedad, juegan un papel fundamental en la comprensión de dicho síndrome y se han de tener en cuenta para un tratamiento eficaz.

En cuanto a la calidad de vida, podemos concluir que los elevados niveles de dolor, junto con una deficitaria calidad del sueño predicen en un 44% una deficitaria calidad de vida. Por tanto, los déficits de calidad de vida se deben al dolor y al sueño.

En conclusión, los problemas de sueño están asociados al dolor y al malestar psicológico y físico.

Estos hallazgos tienen importantes consecuencias con vistas al tratamiento, ya que será un objetivo fundamental para mejorar la sintomatología del SFM y la calidad de vida, el incidir sobre la calidad del sueño. Para ello, se utilizará por una parte el tratamiento farmacológico, que como ya ha quedado demostrado mejora la calidad del

sueño, así como la aplicación de técnicas de desactivación fisiológica y cognitiva, junto con un programa de ejercicio físico y aeróbico y de planificación de actividades. Todo ello justifica la aplicación del tratamiento farmacológico.

CAPÍTULO 9

SEGUNDO EXPERIMENTO

9.1. - PLANTEAMIENTO GENERAL

Como ha quedado visto en la revisión teórica, el SFM es un síndrome en el que influyen muchos factores. Por tanto, un abordaje terapéutico correcto a de hacer énfasis en todos estos aspectos. Esta es la razón por la que el tratamiento ha de ser multicomponente. Frente a ello está el tratamiento convencional farmacológico y técnicas específicas, para problemas de dolor crónico en general.

La etiopatogenia del SFM es multicausal y permanece todavía por dilucidar. El origen del Síndrome podría estar relacionado con una alteración de los mecanismos de regulación del dolor que están producidos o sujetos a una serie de factores. Los más importantes son los siguientes:

a.- Las perturbaciones del sueño se asocian al SFM. Así Moldofsky (1975) ha descrito un patrón de sueño caracterizado por presentar alteraciones en la fase IV del sueño N-Rem con la aparición de ondas alfa, denominándose anomalía alfa-delta.

b.- Alteraciones de determinados neurotransmisores. Se ha observado que los niveles de serotonina se encuentran disminuidos en los sujetos afectados de este síndrome (Russel, 1989). Asimismo, se han detectado alteraciones en otras sustancias transmisoras o neuromoduladoras tales como péptidos opiáceos, noradrenalina, ácido gamma butírico (GABA). Se ha puesto de manifiesto que los sujetos diagnosticados de SFM presentan una mayor concentración de sustancia P, que los sujetos sanos. Este aumento de la sustancia P y la disminución de los neurotransmisores intervienen en la modulación de las sensaciones nociceptivas, amplificando las sensaciones dolorosas (Vaeroy, 1988).

c.- Se han observado alteraciones en patrones de reactividad al estrés, que se caracterizarían por respuestas anómalas tanto a nivel fisiológico, eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal (Griep, 1993), como a nivel psicológico, de las estrategias de afrontamiento del estrés de la vida cotidiana. Entre otras, se han encontrado, alteraciones neurohormonales, como son los bajos niveles de la hormona del crecimiento (GH), la cual se segrega en más del 80% de su producción diaria durante la fase IV del sueño N-Rem. Además la GH tiene una función crítica en la homeostasis y reparación del músculo que también es deficiente en la Fibromialgia (Bennett, 1992).

d.- Alteraciones emocionales. Se han descrito alteraciones emocionales asociadas al SFM, especialmente altos niveles de depresión, ansiedad y trastornos somatomorfos. En concreto, el 26% de los casos de SFM cumplen diagnósticos de criterios de ansiedad y el 29% de depresión según criterios del DSM-III-R según describe Hudson et al. (1985). Esto puede explicarse como consecuencia de que los mecanismos implicados en las alteraciones emocionales, en concreto en la depresión (bajos niveles de serotonina) están relacionados con los mecanismos de regulación del dolor.

e.- También se ha explicado el comienzo del SFM, a través de alteraciones de los mecanismos periféricos (Bennett, 1992). A partir de un acontecimiento traumático (accidente de tráfico, operación quirúrgica, parto, muerte de un ser querido...) se produce una mayor sensibilización de los receptores que hacen disminuir el umbral del dolor (hiperalgesia primaria), que al mantenerse a lo largo del tiempo desencadenan una hiperalgesia secundaria. Todo ello provoca que los sujetos perciban estímulos de poca intensidad como dolorosos y se produzca la aparición del SFM. Esta disminución del umbral de dolor provoca periodos de inactividad motora que favorecen el descondicionamiento muscular típico de este síndrome junto con las alteraciones psicológicas que se han descrito asociadas frecuentemente a la Fibromialgia, especialmente depresión, ansiedad e hipocondría.

Todos estos factores están mediados por una serie de aspectos psicosociales; como son el sexo, la edad, el nivel socioeconómico y cultural y el tipo de trabajo que

caracterizan al paciente con SFM (Gerwin, 1992; Croft, 1993).

Los tratamientos más aplicados en el SFM han sido los tratamientos farmacológicos como ya se ha puesto de manifiesto en la introducción de este trabajo. De todos los fármacos utilizados los que han demostrado ser más efectivos son la amitriptilina y la ciclobenzaprina en dosis bajas (10-50 mg/10-30 mg). Pero este tipo de tratamiento no es eficaz en todos los casos. Por ello, en este trabajo se pone a prueba la eficacia de otro tipo de tratamientos. Debido a todos los factores que parecen intervenir en el origen y mantenimiento de este síndrome se plantea, en primer lugar, evaluar la eficacia de un método de tratamiento aplicado a problemas generales de dolor crónico, como son, técnicas de desactivación fisiológica y cognitiva, y en segundo lugar, evaluar la eficacia de un tratamiento multicomponente que tenga en cuenta los factores más relevantes que aparecen en el origen y mantenimiento de este síndrome.

Son tres los distintos tratamientos que se van a poner a prueba en el siguiente experimento.

■ El primer tipo de tratamiento (tratamiento FARMA como condición experimental 1) se llevará a cabo en los tres grupos. Se trata de un tratamiento farmacológico junto con un tratamiento rehabilitador. El tratamiento farmacológico consiste en 10 mg de ciclobenzaprina (nombre comercial: Yurelax) que han de tomarse todas las noches antes de irse a la cama. El tratamiento rehabilitador consiste en una tabla de ejercicios de autoestiramiento y una serie de normas de higiene postural para mejorar la postura en la vida cotidiana (ver anexo 3), junto con un programa de ejercicio físico aeróbico.

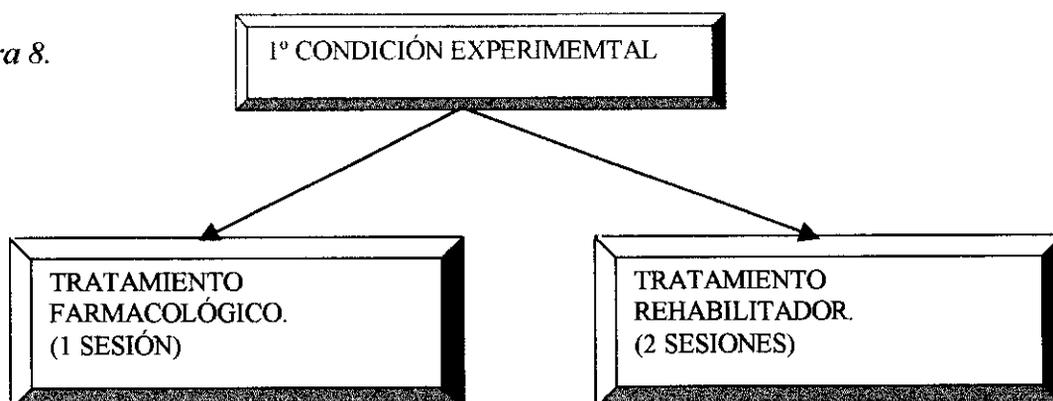
■ El segundo tipo de tratamiento (tratamiento DESAC como condición experimental 2), consiste en el tratamiento FARMA añadiéndole un módulo de desactivación fisiológica y cognitiva. Se llevará a cabo en cuatro sesiones de hora y media aproximadamente de duración.

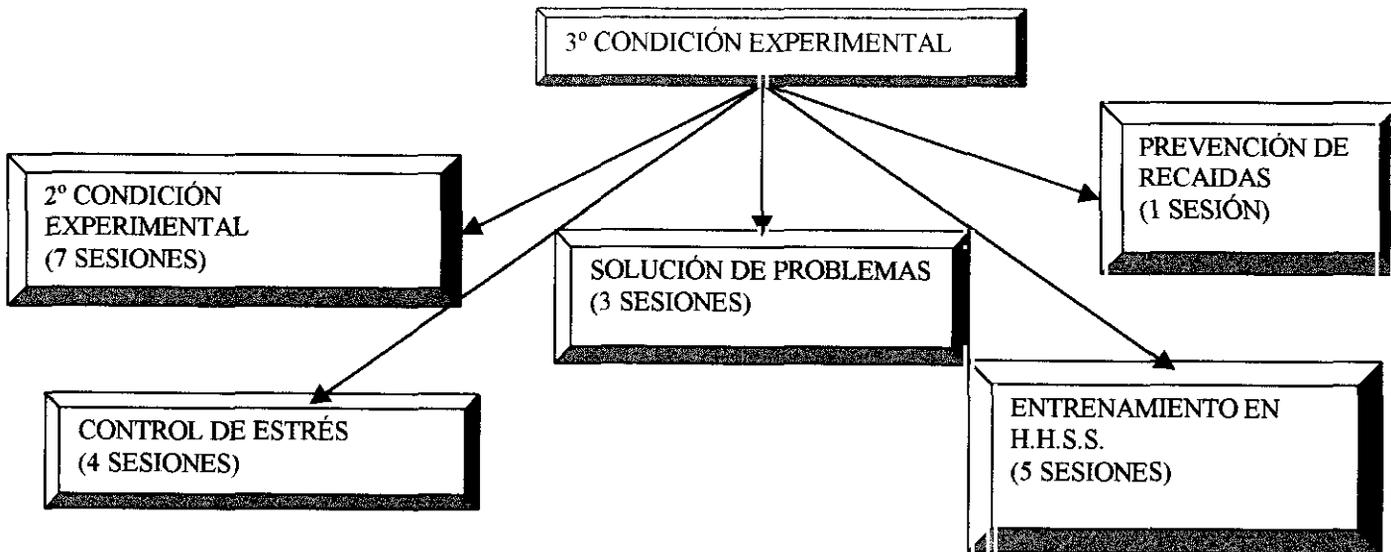
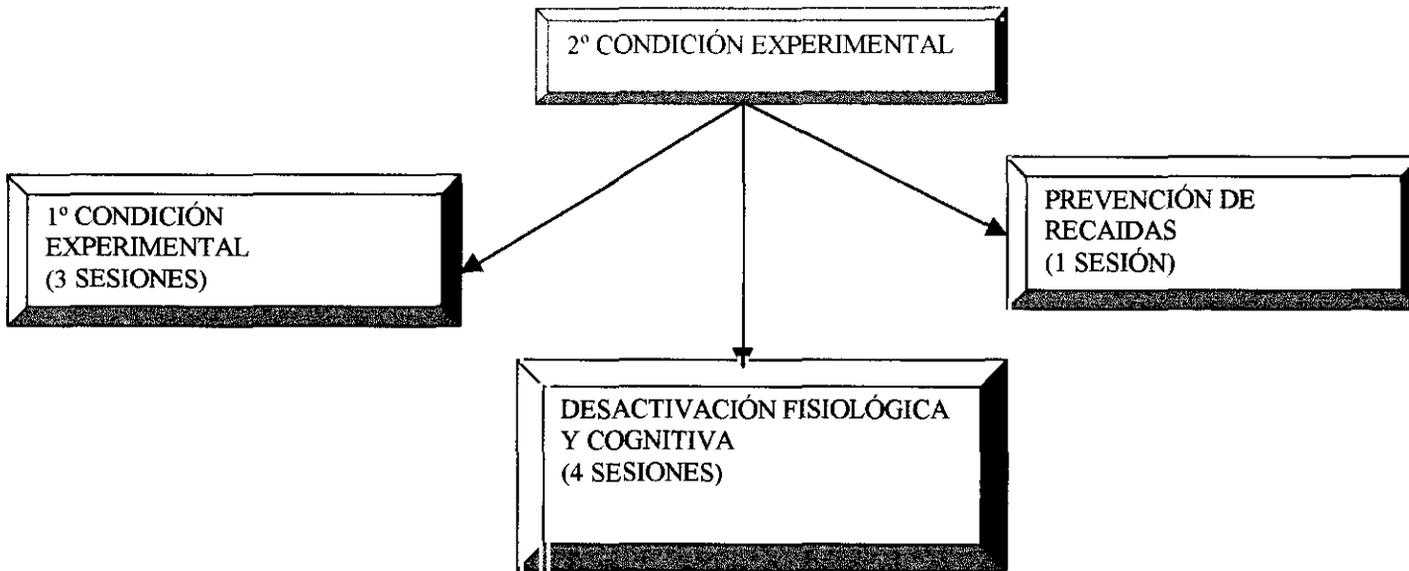
■ El tercer tipo de tratamiento (tratamiento MULTI como condición experimental 3) es un tratamiento psicológico multicomponente. En primer lugar se aplicará el tratamiento FARMA, a continuación el módulo de desactivación fisiológica y cognitiva (tratamiento DESAC) que se completará con otra serie de módulos: planificación de actividades y ejercicio aeróbico, control del estrés, solución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales. (Véase en la tabla de tratamientos).

Es muy importante evaluar para que tipo de personas sea eficaz cada tratamiento y ver cuales son las variables predictivas de cada uno de ellos. Al determinar para que personas es válido cada tratamiento es posible ajustar mejor la intervención a cada sujeto y así ahorrar costes.

Nuestro objetivo principal es evaluar si el tratamiento MULTI mejora en mayor medida la calidad de vida y la sintomatología clínica de los sujetos con SFM que el tratamiento DESAC y este mejora en mayor medida que el tratamiento FARMA, a corto plazo y en un periodo de seguimiento de 3, 6 y 12 meses.

Figura 8.





9.2. - OBJETIVOS:

- Probar la eficacia diferencial de un tratamiento psicológico multicomponente (MULTI) que afecta más significativamente a todas las variables relevantes del SFM, en un seguimiento a tres, seis meses y un año, en comparación con un tratamiento farmacológico, rehabilitador y de desactivación fisiológica y cognitiva (DESAC) y con la ausencia de dichos tratamientos psicológicos (FARMA).

9.3. - FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.

- 1. - Los tres tratamientos producirán cambios en mejoras en la sintomatología clínica, en el estado psicológico y en los niveles de calidad de vida, a los tres meses, a los seis meses y al año del alta.
- 2. - El programa de tratamiento MULTI producirá un mayor número de mejoras en las variables clínicas, psicológicas y de calidad de vida, que el tratamiento FARMA de manera aislada en un grupo de sujetos con SFM, a los 3, 6 meses y un año del alta.
- 3. - El programa de tratamiento DESAC producirá mejoras en cada variable clínica, psicológica y de calidad de vida, en mayor medida que el tratamiento FARMA de manera aislada en un grupo de sujetos con SFM, a los 3, 6 meses y un año del alta.
- 4. - Los sujetos que han llevado a cabo el tratamiento MULTI dejarán de cumplir los criterios de sujetos con SFM impuestos por la ACR, es decir, estarán curados, en mayor medida, que los sujetos que han sido asignados al tratamiento FARMA de forma aislada.

9.4. - DISEÑO.

El experimento corresponde a un diseño experimental de tres grupos aleatorios con medidas en pretratamiento y en un periodo de seguimiento a los tres, seis meses y un año del alta de los sujetos.

La variable independiente es el tipo de tratamiento que adopta tres valores:

- Tratamiento farmacológico y rehabilitador (FARMA).
- Tratamiento de desactivación fisiológica y cognitiva junto con el tratamiento farmacológico y rehabilitador (DESAC).
- Tratamiento multicomponente en el que está incluido el tratamiento farmacológico y rehabilitador (MULTI).

Las variables dependientes son:

- Variables clínicas: Número de puntos sensibles al dolor (TP) e intensidad de los mismos, puntos control (PC), intensidad global del dolor y presencia o ausencia de dolor en diferentes zonas corporales (medido por la escala visual analógica (VAS)), síntomas funcionales y síntomas del sueño. Todo ello medido por la entrevista clínica y la exploración médica. (Ver anexo 1).

Nivel medio de dolor (intensidad y frecuencia), síntomas asociados (frecuencia media de síntomas diarios que tiene el sujeto en el periodo de registro) y actividad que realiza. Todo ello medido por los autoregistros de dolor-actividad (ver anexo 4).

- Variables psicosociales: Niveles de depresión, niveles de ansiedad, niveles de psicopatología, estrategias de afrontamiento utilizadas ante los episodios de dolor, apoyo social, niveles de

estresores vitales y niveles de estresores cotidianos. Medido por los cuestionarios descritos en el diseño del experimento anterior.

- Variables de calidad de vida medido por la escala de medida del impacto de la artritis (EMIA): Función física (movilidad, destreza, actividades de la vida diaria, actividades domésticas y actividad física), función psíquica (ansiedad y depresión), función social (actividades sociales) y dolor.

9.5. - MÉTODO.

9.5.1. - MUESTRA.

En el estudio participaron 60 sujetos diagnosticados de SFM siguiendo los criterios de la ACR, con una mediana de edad de (51) y un rango de (19-63). Todos los sujetos participaron de forma voluntaria en el estudio. Los pacientes fueron derivados desde el Servicio de Reumatología del Hospital Militar Central “Gómez Ulla” a la Unidad de Fibromialgia de dicho centro.

El procedimiento de selección se llevó a cabo por reumatólogos a través de una exploración física, evaluando los puntos fibromiálgicos y los puntos control y de una entrevista clínica en la cual se evaluaba si existía algún tipo de patología concomitante significativa. En dicha entrevista también se evaluaba la medicación que el sujeto estaba ingiriendo en la actualidad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Ser mayor de 65 años o menor de 18 años.
- Tener otras enfermedades reumáticas o infecciosas concomitantes, como por ejemplo, artritis reumatoide, hipotiroidismo, enfermedad hepática, diabetes mellitus, etc.
- Padecer alguna minusvalía sensorial.
- Padecer alguna enfermedad mental grave.

9.5.2. - INSTRUMENTOS Y APARATOS.

Los instrumentos y aparatos utilizados en este experimento son los mismos que se utilizaron en el primer experimento, por lo que ya están descritos anteriormente. (ver primer estudio, aparatos e instrumentos).

9.5.3. - TERAPEUTAS.

Como ya se ha explicado con anterioridad son varios los profesionales que realizan la evaluación y el tratamiento de los pacientes con SFM.

En primer lugar son tres los especialistas reumatólogos que diagnostican y evalúan la sintomatología clínica del SFM.

Un médico rehabilitador perteneciente al servicio de rehabilitación del Hospital Militar Central “Gómez Ulla” estudia los niveles de fuerza muscular y descondicionamiento muscular que presentan estos sujetos.

Una fisioterapeuta, perteneciente al mismo servicio de rehabilitación, fue seleccionada entre una muestra de cinco fisioterapeutas por su interés y motivación ante este tipo de patología y formada específicamente para enseñar ejercicios de estiramiento útiles para el SFM.

Los terapeutas que realizaron la evaluación psicológica y el tratamiento psicológico fueron cinco psicólogos seleccionados mediante entrevista, entre una muestra de 40 psicólogos que se encontraban haciendo cursos de doctorado y masters en la facultad de psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Para la selección se tuvo en cuenta el expediente académico, la experiencia clínica y la motivación para trabajar con este tipo de pacientes.

El entrenamiento de los terapeutas consistió en realizar la evaluación y cada uno de los módulos del tratamiento entre ellos y a continuación tener un feedback correctivo, para pasar finalmente a realizar un estudio piloto con 15 pacientes, en el que se ponían a prueba los instrumentos seleccionados, se sometían a sesión clínica con expertos cada uno de los casos y se entrenaban las técnicas del tratamiento.

9.5.4- PROCEDIMIENTO.

Los pacientes que eran derivados a la unidad de Fibromialgia, venían principalmente de los servicios de Reumatología y Rehabilitación del Hospital Militar Central “Gómez Ulla”. A continuación se comenzaba con la evaluación reumatológica y psicológica. *Figura 9.*

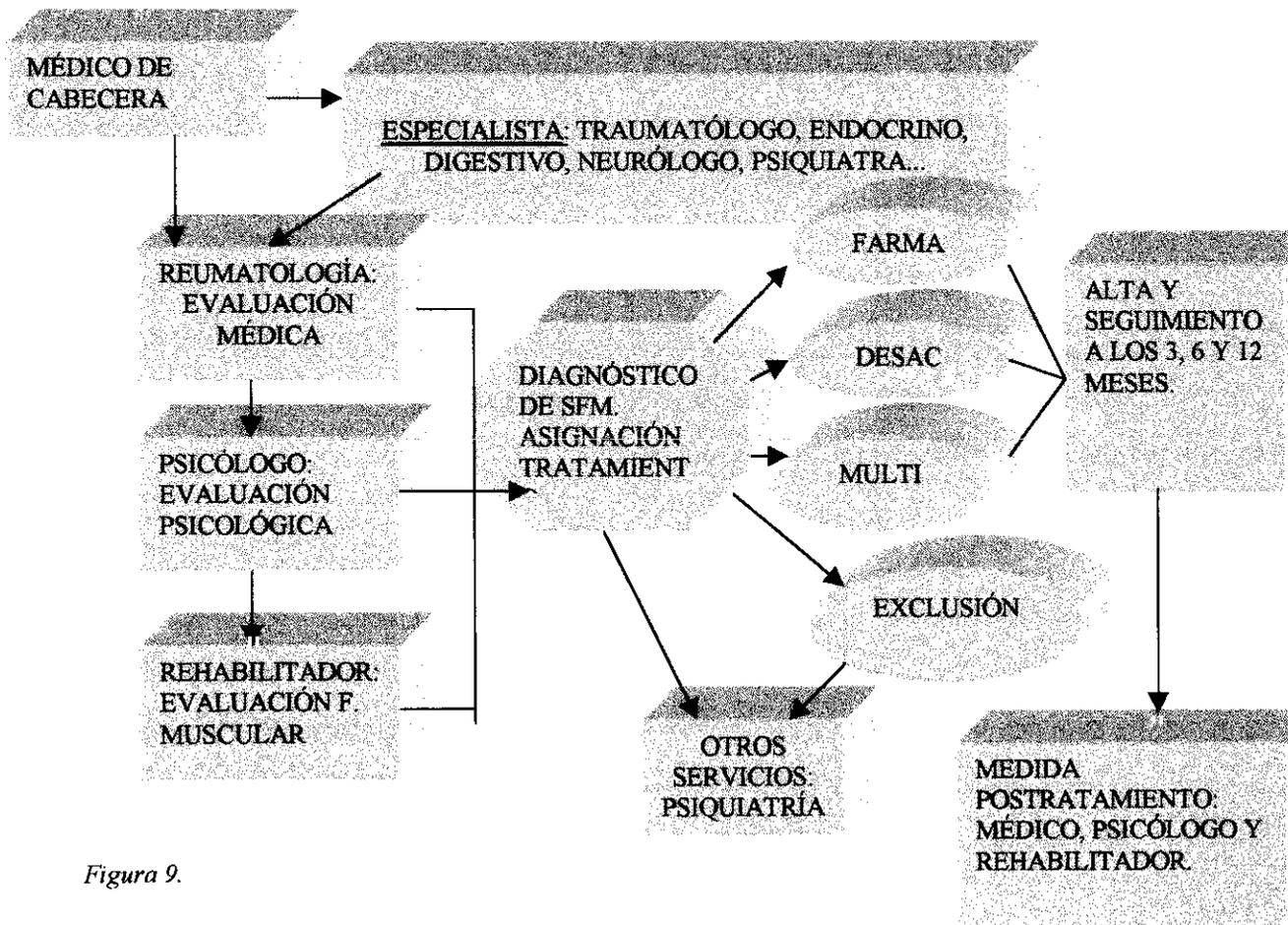


Figura 9.

En este procedimiento intervinieron tres médicos especialistas en reumatología, un médico rehabilitador, un fisioterapeuta y cinco psicólogos que anteriormente habían

La muestra se dividió en tres grupos, asignando aleatoriamente 20 pacientes a cada uno de los grupos. El grupo 1 llevaba a cabo el tratamiento FARMA, el grupo 2 llevaba a cabo el tratamiento DESAC y el grupo 3 llevaba a cabo el tratamiento MULTI.

<i>FARMA</i>	PERTURBACIONES DEL SUEÑO	CALIDAD Y CANTIDAD DE SUEÑO	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. RELAJACIÓN PROGRESIVA
<i>FARMA</i>	ALTERACIONES DE LOS MECANISMOS CENTRALES: Cambios neuroendocrinos y neurohormonales	NIVELES DE AMINOÁCIDOS EN PLASMA SANGUINEO	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
<i>FARMA</i>	ALTERACIONES DE LOS MECANISMOS PERIFÉRICOS: Alteraciones musculares.	FUERZA Y RESISTENCIA MUSCULAR. Nivel de ejercicio	EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y EJERCICIO AERÓBICO. PLAN DE ACTIVIDADES.
<i>FARMA DESAC MULTI</i>	ALTERACIONES PSICOLÓGICAS: Depresión y ansiedad.	NIVELES DE PSICOPATOLOGÍA NIVELES DE ACTIVIDAD ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES AFRONTAMIENTO	RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA RELAJACIÓN PROGRESIVA PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES REESTRUCTURAC. COGNITIVA
<i>MULTI</i>	PROCESOS COGNITIVOS ALTERADOS: pensamiento y atención	PERCEPCIÓN DE LOS ESTÍMULOS FOCALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PENSAMIENTOS NEGATIVOS	FOCALIZACIÓN VISUALIZACIÓN REESTRUCTURAC. COGNITIVA

9.5.4.1. - PRIMERA CONDICIÓN EXPERIMENTAL:

La primera de ellas consistía en un tratamiento farmacológico y rehabilitador (tratamiento FARMA). El tratamiento farmacológico estaba compuesto por una dosis de 10 mg de ciclobenzaprina (nombre comercial: *Yurelax*) que los sujetos debían de ingerir, por la noche, antes de irse a dormir. El tratamiento rehabilitador estaba compuesto por una sesión de información-educación en la que se le explicaba al sujeto la importancia del ejercicio físico aeróbico para mejorar la sintomatología de su enfermedad junto con el papel que la adecuada higiene postural podía jugar dentro de ella. Se formaba un grupo de cinco pacientes y se les citaba con el fisioterapeuta durante dos días, el cual les enseñaba una tabla de ejercicios de autoestiramiento realizados específicamente para sujetos con SFM. Se les entregaba un folleto con los ejercicios para que los realizaran en casa al menos tres veces a la semana, comenzando suavemente y aumentando persistentemente y con las normas de higiene postural en la vida cotidiana. Estas normas se referían a sentarse en la mesa, alzar los brazos, recoger objetos del suelo, trabajar en el jardín, dormir, montar en bicicleta, recoger y acarrear objetos, lavar la ropa, hacer la compra, pasar el aspirador, planchar, leer tumbado, comer en la mesa, levantar niños, etc., de manera correcta.

También se les explicaban los beneficios que el ejercicio aeróbico regular podía tener en su patología:

- Da mayor energía.
- Ayuda a afrontar el estrés.
- Mejora la propia imagen.
- Aumenta la resistencia a la fatiga.
- Ayuda a luchar contra la ansiedad y la depresión.
- Ayuda a relajarse y a mantenerse menos tenso.
- Tonifica los músculos.

Como ejemplos de ejercicio aeróbico: caminar, natación, bicicleta estática, paseo por el monte (treking), “footing”, remo, danza.

9.5.4.2. - SEGUNDA CONDICIÓN EXPERIMENTAL:

Los 20 sujetos asignados aleatoriamente a este grupo llevaban a cabo el tratamiento DESAC. Este consiste en el tratamiento expuesto anteriormente junto con un módulo de desactivación fisiológica y cognitiva.

El módulo está compuesto por cuatro sesiones de hora y media de duración aproximadamente, realizadas por el psicólogo.

El objetivo general de este tratamiento es enseñar al sujeto a controlar su dolor a través de una adecuada información-educación y de un conjunto de estrategias de afrontamiento.

■ PRIMERA SESIÓN.

En la primera sesión de este módulo, se retoma la información dada con anterioridad en la devolución de información, explicando las características principales de su enfermedad, eliminando falsas creencias y miedos que pueda tener el paciente v.g. "Como ya sabe, estos dolores que usted tiene, forman parte de un síndrome que se caracteriza por todos estos síntomas que nos está comentando: cefaleas, hormigueos en las manos, alteraciones del sueño, fatiga... y sobretodo ese dolor generalizado que altera su calidad de vida. Esta enfermedad es crónica, pero ello no implica que sea degenerativa o invalidante, es decir, que no se va a quedar en una silla de ruedas, aunque el tener Fibromialgia no impide que pueda tener cualquier otra enfermedad v.g. una gripe. Lo que nosotros podemos enseñarle es a controlar sus dolores y así mejorar su calidad de vida" (Ver anexo 6).

A continuación se le presenta al paciente la planificación temporal del tratamiento para que conozca como va a ser el proceso y decida si puede comprometerse con él, sabiendo que la asistencia a las sesiones es obligatoria para que resulten provechosas.

Otro elemento importante de este módulo es el papel que el sujeto tiene en el tratamiento, este es un rol activo en el que ha de comprometerse a realizar las tareas que se le manden en la terapia, porque de ello dependerá en gran medida el éxito de la intervención v.g.: “Nosotros en la sesión vamos a enseñarle una serie de técnicas que han demostrado ser eficaces para los síntomas que nos refiere, pero para que estas técnicas sean realmente efectivas es necesario que usted se comprometa a realizar las tareas que aquí proponemos a lo largo de la semana.”

Es necesario dejar un espacio durante la sesión para que el sujeto pregunte las dudas y problemas que tenga respecto a su enfermedad y al tratamiento.

A continuación comenzamos con la técnica de respiración diafragmática que se caracteriza por respiraciones predominantemente abdominales, con bajas tasas de inspiración y con volúmenes elevados de aire. Este tipo de respiración incrementa el control parasimpático produciendo una desactivación del organismo. Según Davis, McKay y Eshelman (1985), una buena respiración es un antídoto general contra el estrés.

El procedimiento que seguimos al aplicar este tipo de respiración es el formulado por Labrador, (1993). En esta sesión se llevan a cabo los tres primeros ejercicios, mandando como tarea para casa la realización de estos durante tres veces al día, para ello se les hace entrega de un registro que será revisado en la próxima sesión. (Ver anexo 7).

■ SEGUNDA SESIÓN.

Al comenzar esta sesión, lo primero que se hace es revisar los registros de respiración que trae el paciente, reforzándole por haber realizado la tarea satisfactoriamente. En caso de no ser así se analizarán las causas tomando las medidas oportunas.

Se terminan los ejercicios de respiración y durante la realización del último de ellos, se le pide al sujeto que centre su atención en algún punto doloroso o sensación

corporal desagradable y la mantenga durante 30 segundos, fijándose en la extensión, forma, intensidad y desarrollo de esa zona dolorosa. A continuación, se le dice al paciente que traslade su atención al entorno durante los próximos 30 segundos, especialmente en los estímulos externos auditivos e intente reconocerlos y calcular su distancia.

En la sesión se comentan los resultados de este pequeño experimento con el cuál pretendemos que el sujeto perciba el papel modulador que juega la atención en su trastorno. Esto lo retomaremos en sesiones posteriores.

Se le vuelve a entregar el registro de respiración, como tarea para casa.

■ TERCERA SESIÓN.

Revisamos las tareas mandadas en la sesión anterior, reforzando al sujeto por haberlas realizado.

Siguiendo con el módulo de desactivación fisiológica y cognitiva, comenzamos con la técnica de relajación progresiva de Jacobson (1938) modificada. Se lleva a cabo en dos sesiones, en la primera se recorren todos los grupos musculares, haciendo los ejercicios de tensión-relajación y en la segunda también se recorren todos los grupos musculares pero evocando solamente sensaciones de relajación.

Se le explica al paciente la utilidad y ventajas que aporta esta técnica en su trastorno:

- Es una técnica de afrontamiento general al estrés, manejo y control del dolor.
- Regula los niveles de tensión muscular que están presentes en el cuadro fibromiálgico.
- Mejora su calidad de sueño.

En esta sesión se realizan los ejercicios de tensión-relajación y se le entrega al sujeto una cinta con la sesión grabada, para que practique dos veces al día en su hogar junto con el registro pertinente.

■ CUARTA SESIÓN.

Revisamos junto con el paciente las tareas y preguntamos si ha surgido algún problema con la práctica de la relajación. Seguimos reforzando por la realización de las tareas.

Se comienza realizando los ejercicios de evocación, al finalizar intentamos que el sujeto se centre en una zona dolorosa y le enseñamos a interpretar esa sensación como algo distinto v.g. Imaginar que la zona dolorosa está bañada por agua fría que se va retirando lentamente y llevándose con ella su dolor.

Se comenta con el sujeto los problemas que han surgido durante la visualización y el papel que juega en el control del dolor:

- Durante la visualización el cuerpo ha de estar relajado, contrarrestándose la tensión muscular mantenida que incrementa el dolor.
- La visualización funciona como una distracción del dolor ya que toda la atención está centrada en la tarea que realiza.
- Durante la visualización el cerebro emite ondas alfa, incrementándose las posibilidades de producir neurotransmisores bloqueantes del dolor.
- El dolor fluctúa en función del significado que se le asigne en cada momento, por ello cuando se está visualizando hay que examinar los significados negativos que tiene el dolor y cambiarlos por otros más positivos (Fanning, 1988).

Al final de la sesión, se le entrega una hoja con diferentes alternativas de visualización para que las practique en su casa junto con la relajación.

9.5.4.3. - TERCERA CONDICIÓN EXPERIMENTAL:

Los 20 sujetos asignados aleatoriamente a este grupo llevaran a cabo el tratamiento MULTI. Este consiste en los tratamientos anteriormente descritos añadiendo un módulo de planificación de actividades y ejercicio aeróbico, otro de control de estrés y un módulo de solución de problemas y otro de habilidades sociales.

PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y DE EJERCICIO FÍSICO.

La planificación de actividades y ejercicio físico se subdivide en dos programas; por una parte, un programa de ejercicio para recuperar la fuerza muscular y por otra parte, una planificación de actividades distractoras para producir una elevación de su estado de ánimo y regularizar las actividades de su rutina diaria.

Este módulo consta de dos sesiones de una hora aproximadamente de duración.

■ PRIMERA SESIÓN.

En esta primera sesión se explica la relación entre la falta de actividad y de ejercicio físico y la Fibromialgia. Existen varios motivos importantes que explican porqué la inactividad y la falta de ejercicio pueden aumentar el problema de dolor en la Fibromialgia:

1. - Cuando sentimos dolor, tendemos a disminuir nuestras actividades (ejercicio, actividades gratificantes y placenteras, tareas de casa...), pensando que esto acabará con nuestro dolor. Esto es así cuando tenemos algún daño, alguna lesión, en un problema de dolor agudo, pero en el SFM, dado su carácter crónico, el descanso prolongado no tiene efectos beneficiosos, sino todo lo contrario.

Esto es así, debido a que el reposo y el descanso prolongados, lleva a una rápida reducción de la potencia muscular. A mayor inactividad, mayor debilidad, disminuye la flexibilidad de los músculos y estos pierden fuerza. Además los músculos tienden a contracturarse y esto aumenta el dolor. Por tanto, cualquier esfuerzo o movimiento,

supondrá un enorme cansancio, fatiga y dolor y esto hará que se evite cualquier actividad.

Existe la creencia errónea de que la inactividad es el mejor recurso para evitar el dolor crónico, pero esta no solo mantiene el problema sino que lo incrementa. Si bien, a la hora de llevar a cabo el ejercicio y las actividades, hay que tener en cuenta los periodos de descanso y evitar los esfuerzos excesivos e innecesarios.

2. - Por otro lado, la falta de actividad y ejercicio físico afectan al estado de ánimo. Nos sentimos inútiles cuando no podemos o pensamos que no podemos hacer las cosas que antes sí hacíamos. Además cuando dejamos de hacer cosas agradables o gratificantes o las realizamos en menor medida, nos sentimos más tristes y aumentan nuestros sentimientos de fracaso e impotencia.

Esta disminución de actividades hace que se dedique más tiempo a focalizar nuestra atención en el dolor, y esto hace que se perciba como más intenso, se detecte cualquier pequeña fluctuación, cualquier pequeño cambio en la localización o la intensidad del mismo.

En el caso de la Fibromialgia además se añaden pensamientos respecto a la enfermedad en sí misma, creyendo que la enfermedad cada vez va a ir a peor y que terminara sin poder realizar ningún tipo de actividad.

3. - Por otro lado, el ejercicio físico parece incrementar la producción de endorfinas (que en los pacientes con Fibromialgia se encuentran en niveles muy bajos), que sirve como sistema de defensa natural, bloqueando la transmisión del mensaje del dolor.

También se señalan algunas de las ventajas que tiene la realización de ejercicio físico y de actividades:

- Previene enfermedades (cardiovasculares, retrasa el deterioro de las articulaciones, favorece una buena oxigenación muscular, ayuda a prevenir el dolor...).
- Aumenta el estado de ánimo y mejora la autoestima.
- Mejora la calidad de sueño.
- Aumenta los sentimientos de autoeficacia y autocontrol.
- Ayuda a controlar los niveles de tensión muscular.
- La realización constante mejora la forma física, haciendo que nos fatiguemos menos y que hagamos las cosas con menor esfuerzo (v.g. las tareas del hogar).
- Aumenta el número de endorfinas.
- Si se realiza en compañía puede ser un elemento para favorecer las relaciones sociales.

Es importante hacer ver al sujeto, que esto conlleva una serie de costes y que requiere un compromiso por su parte. Hace falta constancia y perseverancia, al principio el dolor aumentará, pero con la práctica irá disminuyendo. Es un proceso lento, al principio no notará mejoría sólo al cabo de un mes o mes y medio comenzará a notar los efectos positivos del ejercicio y de las actividades.

A continuación, se plantea un programa de planificación de actividades que incluya:

- **Actividades gratificantes y placenteras:** Para mejorar el estado de ánimo, evitar centrarnos excesivamente en el dolor y recuperar el tiempo dedicado a actividades de ocio.
- **Tareas de la casa:** Es necesario planificar las tareas de casa para evitar periodos de gran actividad (v.g. hacer todas las tareas de casa un mismo día porque no tengo dolor), seguidos de periodos de inactividad (ya que estoy muy dolorida). Lo importante es ser capaces de distribuir las tareas de casa a lo largo de toda la semana y realizarlas de forma constante y diaria, evitando los esfuerzos innecesarios.

Se planifica junto con el paciente tres actividades gratificantes en distintas áreas de su vida (laboral, ocio, tareas caseras) y se valora el grado de placer que le producen antes y después de realizarlas, a través de una escala de 0 (ningún placer) a 10 (máximo placer).

■ SEGUNDA SESIÓN:

Al comenzar la sesión lo primero de todo es revisar los registros y ver si se han cumplido las metas establecidas. Si es así, realizar una nueva planificación de actividades, y explicar nuevamente la importancia de realizar actividades de ocio y placenteras. Si no es así, analizar las razones y tomar las medidas oportunas.

Es muy importante reforzar al sujeto por haber acudido a sesión y por haber realizado las tareas para casa.

Esta sesión se va a dedicar a planificar el ejercicio físico. El programa de ejercicio físico aeróbico comienza a partir del registro de una línea base que nos entrega el paciente, con el tiempo que dedica en el momento presente a esa actividad. A partir de los datos obtenidos se va aumentando progresivamente el nivel de ejercicio hasta alcanzar alrededor de 30 minutos de ejercicio al día. Lo que se pretende es establecer un estilo de vida más activo (lo cual no significa un estilo de vida más forzado), para ello se va a planificar el ejercicio físico instaurándolo gradualmente o controlando la realización del mismo (en caso de que ya realice algún tipo de ejercicio), evitando periodos de excesiva actividad seguidos de periodos de inactividad.

La realización del ejercicio físico debe instaurarse de forma gradual, debe realizarse diariamente y de manera constante. Para ello se irán estableciendo pequeñas metas realistas para asegurar la consecución de las mismas.

Hay que hacer ver al paciente, que al principio al incrementar el ejercicio físico aumentará el dolor, debido a que los músculos han perdido su fuerza, están débiles, pero con la constancia, la realización diaria y el incremento gradual (hasta alcanzar la cantidad de ejercicio adecuada a sus posibilidades), mejorará el estado físico general,

encontrándose más ágil y en mejor forma física, y el dolor irá disminuyendo. Si bien, en algunas ocasiones el dolor no desaparece por completo, pero si disminuye hasta alcanzar niveles más bajos.

El ejercicio físico consta de dos categorías:

- Ejercicios de autoestiramiento: establecidos por el fisioterapeuta y que ya estará realizando.
- Ejercicio aeróbico: caminar, bicicleta, natación, subir y bajar escaleras.

Primeramente se elegirá el tipo de ejercicio aeróbico que se va a realizar, a continuación se establecerá el tiempo que se va a dedicar diariamente y el momento del día en el que se va a realizar, siendo realistas y atendiendo tanto a la capacidad física como a la disponibilidad del tiempo, para lo cual se utilizará una hoja de planificación.

Es importante señalar que el ejercicio se ha de instaurar como un hábito por lo que es conveniente realizarlo siempre en el mismo momento del día, sobretodo al principio.

En la primera sesión del siguiente módulo se comentarán los aspectos positivos y negativos de la realización del ejercicio físico, costes y beneficios. Dependiendo de cada caso en particular, se mantendrá la misma pauta de ejercicio o se incrementará 5 o 10 minutos, reforzando al sujeto por ello.

CONTROL DE ESTRÉS.

En este módulo la intervención va dirigida a dotar al paciente de estrategias adecuadas para enfrentarse a su estrés cognitivo (pensamientos automáticos negativos) y a los estresores ambientales presentes en ese momento. Para ello, utilizamos autoinstrucciones positivas y terapia cognitiva siguiendo el modelo de Beck.

■ PRIMERA SESIÓN:

El modelo teórico de estrés que vamos a seguir es el desarrollado por Labrador (1993), el cuál considera que una persona está sometida a una situación de estrés cuando ha de hacer frente a demandas ambientales que sobrepasan sus recursos, de manera que el sujeto percibe que no puede darles una respuesta efectiva. En estas situaciones el sujeto emite una respuesta de estrés (aumento de activación cognitiva, fisiológica y preparación para la actividad motora). Las consecuencias de esta activación dependerán de su intensidad y duración. Así, cuando la respuesta es demasiado intensa, frecuente o duradera puede tener repercusiones negativas con manifestaciones orgánicas produciendo trastornos psicofisiológicos. Este proceso se puede desglosar en varios elementos: situación estresante, valoración de demandas (evaluación primaria), valoración de recursos (evaluación secundaria), organización de la respuesta y acción, estando todos relacionados con respuestas psicofisiológicas prototípicas hasta formar un trastorno psicofisiológico como puede ser un síndrome de dolor crónico como el SFM. Por esto, al evaluar el estrés en un sujeto debemos valorar cada uno de estos elementos y descubrir cual es el que se encuentra alterado para intentar modificarlo con las técnicas adecuadas. En este momento del tratamiento nos vamos a centrar en el estrés cognitivo.

Durante la sesión se explica al sujeto lo más sencillamente posible este proceso. Para ello aludiremos al término de homeostasis o equilibrio en el que deseamos encontrarnos en todo momento. En ocasiones este agradable equilibrio se ve alterado por elementos externos al sujeto (muerte de un familiar) o por elementos internos (operación). Ante estos eventos aumenta el malestar del sujeto (aumenta el dolor) y el individuo pone en marcha unas estrategias probablemente utilizadas en otras ocasiones con éxito (aplicarse calor, darse baños de agua caliente, descansar, rezar, etc.) y otra serie de estrategias novedosas para el sujeto (ir a curanderos, darse masajes, etc.). En algunas ocasiones el equilibrio se restablece pero en otras los intentos no dan resultado, manteniéndose el desequilibrio y el malestar en el sujeto de una forma constante llegando a producirse algún trastorno psicofisiológico, como puede ser el SFM. ¿Cómo hacer para que no suceda esto y poder restablecer el equilibrio? Una de las causas más

comunes del desequilibrio es el estrés cognitivo (pensamientos negativos) que mantiene ante la situación problemática.

Se sabe que la forma que tenemos de pensar influye sobre nuestras emociones y conductas, estando estos tres elementos en interacción constante. Por ejemplo: “Está pensando que sus dolores no tienen solución, que va a terminar en una silla de ruedas. Estos pensamientos le hacen sentirse mal, aumentan sus dolores, el corazón le palpita fuertemente, comienza a sudar (conducta fisiológica). Como se siente cada vez peor decide descansar un rato y no moverse (conducta motora de inactividad). De tal manera que si cambiamos alguno de estos elementos se verán alterados los demás”.

Después de explicar como interactúan los tres elementos se dice al sujeto que durante la semana va a intentar fijarse en sus pensamientos negativos de una manera especial, como es algo nuevo, en algunas ocasiones se le van a “escapar”, así que debe de ser especialmente cuidadoso (registro de pensamientos de tres columnas).

Cada vez que se descubra pensando en el dolor lo va a registrar y además pondrá la situación en la que se encuentra y como se siente en ese momento, para ver como interaccionan los tres sistemas (pensamiento, emoción y conducta) en su caso concreto.

■ SEGUNDA SESIÓN:

Recogemos los registros de pensamientos de toda la semana y reforzamos al sujeto por haberlos realizado correctamente.

En esta sesión, se analizan el tipo de pensamientos que tiene el sujeto y lo entrenamos para analizarlos adecuadamente, ayudado de una pequeña lista de errores vistos como más frecuentes en este tipo de pacientes (v.g. pensamiento dicotómico, sobregeneralización, adivinación del futuro, etc.).

A continuación se le explica como el mantenimiento de estos pensamientos le puede estar perjudicando y las ventajas que tiene él modificarlos. La manera de

modificarlos es creando otros pensamientos alternativos que no hagan sentir mal al sujeto, siendo pensamientos reales.

Se le entrega un registro con 5 columnas. Las tres primeras son iguales al registro anterior, pero se añaden otra columna en la que debe de crear un pensamiento alternativo adecuado a la situación, y el grado de creencia de ese pensamiento.

La tarea para casa consiste en rellenar este autorregistro durante toda la semana.

■ TERCERA SESIÓN:

Reforzamos al sujeto por haber traído la tarea de la semana y comenzamos a revisarla. Probablemente haya tenido cierta dificultad para crear pensamientos alternativos en determinadas ocasiones. Por ello, se le entrega una lista de creación de pensamientos alternativos paralela a la anteriormente dada y se le explica como utilizarla. En esta sesión se practica conjuntamente con el paciente, la posibilidad de cambiar los pensamientos utilizando los expuestos en el registro de la semana pasada. Se le entrega un nuevo autorregistro de 5 columnas y se le pide al sujeto que intente seguir detectando los pensamientos negativos para luego poder cambiarlos por positivos.

En esta sesión, se pretende que el sujeto de un cambio importante en su forma de pensar respecto al dolor, pero debemos de tener presente que este cambio no se va a producir en poco tiempo, sino que es a partir de trabajo constante y de manera muy lenta. Esta idea hay que trasmitirla al sujeto para que no se desilusione. Además hay que dejarle claro, que aunque en un principio le parezca totalmente artificioso, el proceso de cambio poco a poco se irá automatizando hasta producirse de una forma totalmente natural.

■ CUARTA SESIÓN:

Se refuerza al sujeto por haber traído la tarea de la semana realizada y se revisa con él.

Se comienza a explicar la técnica de autoinstrucciones positivas. El sujeto ya comienza a detectar el dialogo interno negativo que mantenía respecto a sus dolores, pero todavía quedan en algunos casos pensamientos negativos muy automatizados elicitados por los episodios de dolor, que hay que desterrar.

Para ello, vamos a crear junto con el paciente, una lista de pensamientos positivos, realizables y realistas, que conducen al sujeto a la acción para eliminar el malestar. El dolor comienza a ser un desafío al cual hay que enfrentarse, mas que un problema que el sujeto es incapaz de solventar.

Alguna de las autoinstrucciones a utilizar pueden ser: “puedo controlar mi tensión relajando mis músculos y respirando profunda y pausadamente”, “puedo manejar este episodio de dolor focalizando mi atención fuera de él”. Las autoinstrucciones serán más efectivas cuanto más personales y concisas sean.

Se le comenta al individuo, que comience esta semana a practicar y que formule él sus propias autoinstrucciones como tarea para casa.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS:

El objetivo fundamental es dotar a los pacientes de las estrategias necesarias para poder afrontar los problemas de una forma más objetiva y eficaz. Para ello, se entrenará al sujeto en la búsqueda de información relevante (teniendo en cuenta todos los aspectos del problema), en la definición operativa del mismo, en la generación y análisis de diferentes soluciones posibles así como de los pasos a realizar una vez elegida la mejor opción.

Este módulo constará de tres sesiones de una hora de duración aproximadamente.

■ PRIMERA SESIÓN:

Al comenzar la sesión se explicará al sujeto que durante los siguientes tres encuentros se le enseñará y se entrenará la “técnica de solución de problemas”, para permitirle enfrentarse a los problemas diarios con una serie de estrategias que faciliten su resolución. Esta técnica consta de varios pasos:

- Breve descripción del problema y valoración de su intensidad.
- Determinar las características del problema, tanto para la situación como para las respuestas que se han dado a esa situación. Para ello, se irá respondiendo a una serie de preguntas tales como; ¿dónde sucede?, ¿cuántas veces sucede?, ¿qué personas están implicadas?, etc.
- Especificar los objetivos. Ver que es lo que se quiere conseguir con relación al problema analizado.

Se le pedirá al sujeto que para la siguiente sesión elabore una lista con problemas diarios de relevancia para él. Después a de elegir uno de esos problemas, hacer una breve descripción del mismo y valorar su intensidad. Determinar las características del problema, tanto para la situación como para las respuestas que se han dado en dicha situación.

■ SEGUNDA SESIÓN:

Se revisan las tareas mandadas para casa y se resuelven las dudas que hayan podido surgir.

El siguiente paso consiste en buscar posibles soluciones contestando a la pregunta ¿qué puedo hacer para conseguir los objetivos que me he propuesto?. Al menos hemos de conseguir cinco alternativas distintas con las que luego se trabajará.

A continuación se valorarán cada una de las alternativas por separado, anotando los obstáculos o dificultades que puedan surgir en cada una de ellas (no disponer de las habilidades necesarias, no tener tiempo, etc.). Después se anotarán las consecuencias positivas y negativas que se cree que tendrá la solución que se está valorando, y se elegirán las dos mejores opciones.

Durante la semana se le pedirá al sujeto que busque las posibles soluciones a los problemas con los que estuvo trabajando en casa la semana anterior y que valore las distintas soluciones que encuentre.

■ TERCERA SESIÓN:

Se revisan las tareas mandadas y se resuelven las dudas que hayan podido surgir.

Durante esta sesión se elaborarán los planes de acción. Se trata de estructurar los planes precisos para llevar a cabo las soluciones seleccionadas anteriormente. La elaboración de planes de acción operativos requiere que se especifique, por un lado los factores ambientales o situacionales en los que se va a dar la solución, y por otro, los componentes de la misma.

Por último, se hace un repaso general de solución de problemas, haciendo especial hincapié en aquellos aspectos en los que haya encontrado mayor dificultad el sujeto.

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES:

El objetivo de este módulo es dotar al sujeto de habilidades nuevas o conductas alternativas a las que posee y que no le son suficientes en el manejo de sus situaciones sociales, ampliando su repertorio de conductas adaptativas.

Este módulo se realizará en cinco sesiones de una hora de duración aproximadamente.

■ PRIMERA SESIÓN:

Esta primera sesión podemos denominarla de psicoeducación. Primeramente se le explicará al sujeto cual son los objetivos del módulo y sus partes; explicación de habilidad social, los estilos de comportamiento, entrenamiento en habilidades y entrenamiento en conductas adecuadas a través de role-playing.

A continuación se explicará la definición según Caballo (1986), de una conducta socialmente habilidosa. Y dentro de las actuaciones que puede tener un sujeto en diferentes situaciones se puede hablar de tres estilos de conducta: pasiva, agresiva y asertiva. También se explicará la conducta no verbal, la conducta verbal y los efectos que tienen cada una de estas conductas.

Nuestro objetivo es que el sujeto se comporte de manera asertiva en la mayoría de las ocasiones y para ello es necesario que le expliquemos cuales son sus derechos. Para ello se le entrega la lista con los derechos asertivos. Se van comentando con él en terapia para ir eliminando cualquier idea irracional que tenga referente a las relaciones sociales y dándole la posibilidad de añadir sus propios derechos a la lista.

Se le entregan unos ejercicios en los cuáles tendrá que diferenciar los tres estilos de comportamiento, para que lo realice durante la semana.

■ SEGUNDA SESIÓN:

Se revisan las tareas mandadas para casa y se le refuerza por la realización de ellas.

Durante esta sesión, se le explicarán al sujeto cinco de las nueve habilidades elegidas, que le serán útiles en determinadas situaciones.

Las habilidades son: escuchar activamente, empatizar o escuchar sentimientos, ser positivo y recompensante, dar información útil y enviar mensajes yo.

Al finalizar la explicación de estas habilidades, se realizarán una serie de ejercicios en los cuáles el sujeto tendrá que reconocer que tipo de habilidad se está utilizando en cada caso. Una vez comprendidas las habilidades se le pedirá al sujeto situaciones concretas de su vida diaria en las cuáles pueda utilizarlas.

Como tarea para la semana se le pedirá que rellene el siguiente registro:
situación/¿qué hace?/habilidad utilizada/grado de satisfacción (0-10).

■ TERCERA SESIÓN:

Se revisan el registro relleno durante la semana y se refuerza al sujeto por haberlo realizado.

A continuación se le explican las cuatro habilidades restantes: disco rayado, aserción negativa, ignorar selectivamente y pedir información y hacer preguntas.

Se realizarán los ejercicios siguiendo el mismo esquema de la sesión anterior.

Como tarea para casa se le pedirá que continúe relleno el mismo registro.

■ CUARTA SESIÓN:

Se revisa el registro y se refuerza al sujeto por haberlo realizado. Durante esta sesión se entrenarán las conductas adecuadas dependiendo de cada uno de los casos: decir no, expresar sentimientos, expresar molestia y desagrado, aceptar cumplidos, expresión de amor, agrado y afecto, y aceptar críticas. El terapeuta, teniendo en cuenta el menú explicado en las sesiones anteriores, seleccionará aquellas habilidades necesarias para llevar a cabo la conducta que queremos entrenar. Esto se llevará a cabo mediante ejercicios de role-playing.

■ QUINTA SESIÓN:

Se hará un resumen de todo lo entrenado y aprendido hasta el momento y se continuará con ejercicios de cada habilidad a través de role-playing.

PREVENCIÓN DE RECAIDAS:

Los tres tratamientos finalizan con una sesión en la cual se intenta resumir las estrategias aprendidas para que el sujeto sepa utilizarlas en el momento adecuado.

Una vez que el sujeto ha aprendido una serie de técnicas eficaces en el control de su dolor, llega el momento clave de generalización y mantenimiento de todas estas estrategias de afrontamiento en la vida diaria del paciente. Por ello, es sumamente importante este momento del tratamiento.

En primer lugar, se realiza conjuntamente con el individuo un listado de situaciones en las que puede aparecer una recaída; v.g. muerte de un familiar, aumento de dolores de forma repentina, presencia de otra enfermedad, jubilación, etc.

En segundo lugar, se escribe de forma paralela otra lista de acciones a emprender para cada una de las situaciones de posible recaída del sujeto. De esta manera, se quiere que el sujeto se de cuenta del amplio abanico de posibilidades que tiene para controlar su enfermedad y la utilidad de estas.

Por último, se hará un resumen de todas las técnicas que ha aprendido a lo largo del tratamiento describiendo su utilidad y se le da al sujeto para que se lo lleve a casa.

En resumen, podemos observar en la figura 10, en primer lugar quién lleva a cabo las medidas pretratamiento. En segundo lugar, los distintos grupos a los cuales se

asigna experimentalmente a cada sujeto, y en tercer lugar, en que momentos se realizan las medidas postratamiento y quien las lleva a cabo.

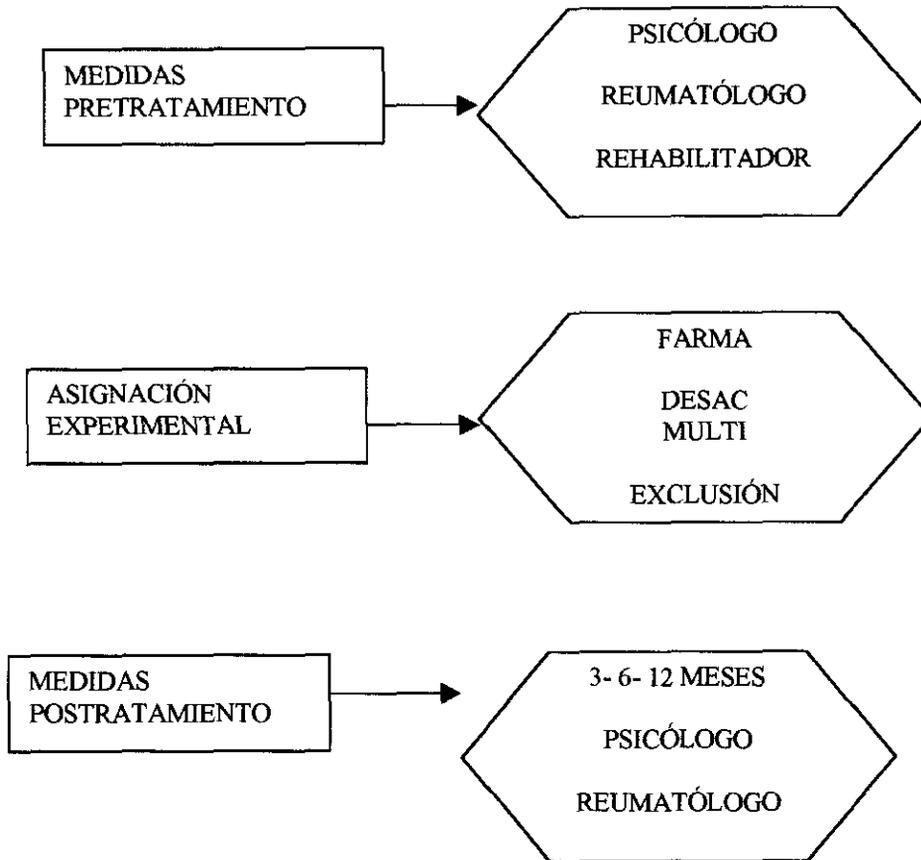


Figura 10.

9.6. - ANÁLISIS DE DATOS.

Para realizar el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS-X 7.5. En primer lugar se comprobó que los grupos eran homogéneos. A continuación se analizó los cambios que cada uno de los tratamientos habían producido, en los periodos de seguimiento, a través de un análisis de varianza (ANOVA).

Después, se compararon los tres tratamientos por medio de análisis de varianza, y el posterior método de comparaciones múltiples de Scheffé, para comprobar en que dirección se producían las diferencias entre los distintos tratamientos. En ambos estudios el nivel de significación considerado fue 0,05.

Respondiendo a la hipótesis 4, se calculó la prueba Chi-Cuadrado, para comparar diferentes porcentajes en diferentes variables, en los distintos tratamientos

9.7. - RESULTADOS.

9.7.1. - MEJORÍAS PRODUCIDAS POR CADA TRATAMIENTO.

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis de varianza entre los tres grupos, para ver que no existían diferencias significativas.

Como se puede observar en la tabla 54 la muestra es homogénea en las características sociodemográficas más relevantes. No existen diferencias significativas en el momento en el que se realiza la evaluación como indican las F.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

	<u>FARMA</u>	<u>DESAC</u>	<u>MULTI</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>EDAD</u>	46+-14,23	52+-6,28	48+-11,15	,807	,459
<u>SEXO (MUJER)</u>	84%	80%	100%	,934	,408
<u>ESTADO CIVIL (CASADO)</u>	67%	70%	100%	1,339	,283
<u>NIVEL DE ESTUDIOS (PRIMARIOS)</u>	84%	70%	67%	,079	,924
<u>ACTIVIDAD LABORAL</u>	40%	60%	43%	,840	,446

Tabla 54.

Nuestra primera hipótesis plantea que los tres tratamientos producirán mejorías en la sintomatología clínica, en los niveles de calidad de vida, en las variables psicológicas y en la calidad del sueño, a los tres meses, a los seis meses y al año del alta. Los datos se presentarán en sucesivas tablas, en las que se mostraran las medias y

desviaciones típicas de las variables, señalándose con asterisco aquellas cuya diferencia entre la línea base y las tres medidas de seguimiento sean significativas. Respondiendo a dicha hipótesis presentamos los siguientes datos:

VARIABLES CLÍNICAS

En la tabla 55 podemos ver las variables clínicas más relevantes, los niveles de dolor medidos mediante los autorregistros de dolor-actividad (MOV MED), el número de puntos sensibles a la presión (NTP) y la intensidad de los mismos (TP). Como podemos observar los tres tratamientos producen mejorías significativas, aunque el tratamiento MULTI y el tratamiento DESAC producen mejorías significativas en un mayor número de variables que el FARMA. Es importante resaltar que las mejorías se mantienen en todo el periodo de seguimiento.

SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA

	VISITA	FARMA		DESAC		MULTI	
		X	Sx	X	Sx	X	Sx
<u>MOV MED</u>	1	3,02	,92	3,04	,76	3,25	,80
	2	2,89	,93	2,22**	,87	2,05**	,98
	3	2,58	,96	2,02**	1,17	1,79**	1,28
	4	2,78	,86	2,68**	,89	2,39**	,86
<u>TP</u>	1	3,37	,47	3,45	,64	3,23	,64
	2	2,53**	,59	2,22**	,71	2,21**	,84
	3	2,38**	,78	2,10**	,62	2,30**	,84
	4	2,18**	,81	2,58**	,81	2,03**	,65
<u>NTP</u>	1	14,91	2,06	14,97	2,49	14,25	2,58
	2	9,66**	4,76	7,33**	6,23	7,33**	6,28
	3	7,73**	5,66	5,38**	4,58	8,09**	6,51
	4	7,28**	5,22	9,64**	4,80	5,57**	4,68

TABLA 55. *p<0,05. ** p<0,01.

VARIABLES PSICOLÓGICAS

En cuanto a los niveles de depresión, el tratamiento FARMA no produce ninguna mejoría, mientras que el tratamiento DESAC produce mejorías en la puntuación obtenida en el BDI y en la puntuación obtenida en la subescala del SCL-90-R. El tratamiento MULTI produce mejorías en la puntuación de la subescala del SCL-90-R. (Tabla 56).

NIVELES DE DEPRESIÓN

	<u>VISITA</u>	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
		<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>
<u>BDI</u>	1	12,23	6,99	13,64	6,65	15,51	8,29
	2	9,12	5,27	11,29**	7,12	13,21	9,45
	3	8,81	5,34	8,89**	6,85	11,61	6,82
	4	9,01	3,29	7,37**	5,25	11,84	6,78
<u>DEPRE</u>	1	,86	,61	1,12	,66	1,18	,68
	4	,73	,46	,53**	,26	,71*	,42
<u>DEPRESIO</u>	1	2,50	,54	2,30	,82	2,22	,66
	2	2,25	,95	2,90	,70	2,25	,70
	3	3,20	,83	2,54	,68	2,14	,69
	4	2,28	,75	2,14	1,06	2,40	1,07
<u>DEPRI</u>	1	3,43	1,52	3,82	1,31	3,72	1,69
	2	2,35	,96	2,94	1,07	2,84	1,67
	3	2,83	1,18	3,17	1,45	3,08	1,08
	4	3,57	1,58	2,90	,69	3,12	,73

TABLA 56 *p<0,05. ** p<0,01.

NIVELES DE ANSIEDAD.

La tabla 57, nos presenta las mejorías que los tres tratamientos producen en los niveles de ansiedad.

MEDIDAS DE ANSIEDAD

	<u>VISITA</u>	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
		<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>
<u>STAI-R</u>	1	29,76	10,37	31,43	9,21	31,55	8,91
	2	24,01*	9,06	25,61**	7,44	29,52	11,95
	3	21,78*	7,06	25,91**	9,25	25,56	7,51
	4	22,54*	7,03	21,33**	6,52	28,27	9,51
<u>ANSI</u>	1	4,82	1,01	4,45	,67	4,41	1,13
	2	4,15*	,85	4,55	,66	4,61	,63
	3	5,17*	,57	4,31	,98	4,39	,83
	4	4,20*	,83	5,01	,95	4,52	,69
<u>ANSIEDAD</u>	1	2,66	,81	2,90	,99	2,66	,86
	2	3,50	1	2,81	,61	3,51	,75
	3	3,40	,54	2,45	,52	2,71	,75
	4	2,85	,89	2,71	1,11	3,21	,91
<u>ANXIE</u>	1	0,71	,63	0,91	0,53	1,02	0,65
	4	0,61	,53	0,37**	0,16	0,53**	0,30

TABLA 57. *p<0,05. ** p<0,01.

NIVELES DE PSICOPATOLOGÍA.

La tabla 58 muestra que el tratamiento DESAC y MULTI produce un mayor número de mejorías en los niveles de psicopatología, medidos por el SCL-90-R. En el tratamiento FARMA no se da ninguna mejoría entre la línea base y las medidas de seguimiento.

MEDIDAS DE PSICOPATOLOGÍA

	VISITA	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
		X	Sx	X	Sx	X	Sx
<u>SOMATIZA</u>	1	1,35	,46	1,63	,71	1,74	,58
	4	1,15	,55	1,02**	,36	1,09**	,47
<u>OBSESION</u>	1	,98	,60	1,13	,84	1,24	,77
	4	,84	,64	,67*	,37	,81*	,41
<u>SENSIB</u>	1	,58	,54	,67	,59	,79	,66
	4	,54	,43	,44	,52	,49	,55
<u>DEPRE</u>	1	,86	,61	1,12	,66	1,18	,68
	4	,73	,46	,53**	,26	,71*	,42
<u>ANXIE</u>	1	,71	,63	,91	,53	1,02	,65
	4	,61	,53	,37**	,16	,53**	,30
<u>HOSTIL</u>	1	,50	,49	,62	,69	,52	,47
	4	,50	,40	,30	,33	,36	,38
<u>FOBIA</u>	1	,42	,67	,44	,52	,44	,44
	4	,27	,30	,21	,20	,38	,46
<u>PSICOT</u>	1	,76	,79	,71	,68	,99	,68
	4	,45	,52	,41*	,36	,50	,34
<u>PARAN</u>	1	,28	,43	,26	,33	,40	,44
	4	,19	,26	8,63	,15	,21**	,24
<u>ADICIONAL</u>	1	,76	,49	1,07	,58	1,27	,67
	4	,80	,46	,53**	,30	,82*	,43
<u>GSI</u>	1	,67	,36	,89	,46	1,04	,48
	4	,64	,42	,47**	,17	,62*	,29

TABLA 58. *p<0,05. ** p<0,01.

NIVELES DE ESTRÉS.

Con respecto a los niveles de estrés vital solo en el tratamiento DESAC existen diferencias significativas en la escala de estrés total, mientras que en el estrés cotidiano, las diferencias se dan en el tratamiento MULTI en la razón de acontecimientos molestos, es decir en como de molestos perciben los sujetos dichos acontecimientos (Tabla 59-60).

NIVELES DE ESTRÉS VITAL

	<u>VISITA</u>	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
		<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>
<u>EST. PERSONAL</u>	1	5,01	4,42	5,03	3,61	6,06	4,32
	4	3,01	2,44	5,53	5,78	4,46	4,40
<u>EST.FAMILIAR</u>	1	7,52	8,02	8,42	7,44	6,60	6,26
	4	4,28	6,77	5,16	6,46	6,15	5,44
<u>EST.TRABAJO</u>	1	,85	1,95	1,39	2,47	1,40	2,29
	4	,57	1,51	1,33	3,55	1,53	2,96
<u>EST. TOTAL</u>	1	14,11	9,78	15,61	10,27	14,88	9,01
	4	8,66	7,86	8,36*	8,47	12,15	9,71

TABLA 59. *p<0,05. ** p<0,01.

NIVELES DE ESTRÉS COTIDIANO

	<u>VISITA</u>	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
		<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>
<u>MOLESTOS</u>	1	56,91	44,73	51,13	28,25	68,68	45,56
	4	35,83	31,11	36,57	31,80	50,14	46,58
<u>NUMOLESTOS</u>	1	30,39	19,60	28,43	12,68	33,25	19,79
	4	24,83	21,25	23,42	22,38	30,78	27,14
<u>RAZOIN</u>	1	1,79	,51	1,76	,50	2,05	,37
	4	1,46	,40	1,61	,544	1,56**	,38

TABLA 60. *p<0,05. ** p<0,01.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL DOLOR

En cuanto a las estrategias de afrontamiento al dolor, la tabla 61 nos muestra como con el tratamiento FARMA se dan diferencias significativas en la estrategia de distracción de la atención y rezos y esperanzas, mientras que el tratamiento DESAC disminuye la estrategia de catastrofismo.

	<u>VISITA</u>	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
		<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>
<u>ACT</u>	1	20,30	4,88	19,00	4,38	19,78	5,51
	4	18,22	4,58	17,72	3,71	20,67	5,31
<u>ATEN</u>	1	23,04	5,69	20,79	5,53	20,11	9,56
	4	18,44*	5,50	19,53	6,05	22,27	6,91
<u>IGNO</u>	1	19,70	6,02	18,00	5,11	19,61	6,20
	4	17,36	8,08	18,39	6,55	21,08	5,85
<u>REZO</u>	1	25,18	4,02	24,24	5,94	23,18	5,88
	4	19,25**	5,40	20,83	6,54	23,13	6,67
<u>CATASTR</u>	1	15,17	4,71	16,37	5,63	16,44	4,93
	4	14,27	4,88	12,78*	4,57	14,00	4,23
<u>REIN</u>	1	14,91	5,74	13,77	4,35	14,57	5,24
	4	14,58	4,42	13,53	4,54	16,00	6,56
<u>REINT</u>	1	17,90	6,88	16,53	5,22	17,49	6,29
	4	17,50	5,30	16,23	5,45	19,20	7,88
<u>ACTIVI</u>	1	24,37	5,86	22,80	5,26	23,73	6,61
	4	21,87	5,49	21,27	4,45	24,80	6,38

TABLA 61 *p<0,05. ** p<0,01.

CALIDAD DE VIDA.

En la tabla 62-63-64 se presentan los resultados referentes a los niveles de calidad de vida. La tabla 62 muestra las escalas del EMIA. Como podemos ver el tratamiento FARMA produce mejorías en la escala de ansiedad. En el tratamiento

DESAC se dan diferencias significativas en las escalas de actividad física, dolor y escala de bienestar, mientras que las diferencias significativas en el tratamiento MULTI se dan en las mismas escalas más en la puntuación global del EMIA.

En el HAQ las diferencias se dan en el tratamiento DESAC (Tabla 63). En cuanto a las escalas del FIQ, el tratamiento DESAC y el tratamiento MULTI producen mejoras significativas en todas las escalas menos en la escala de dejar de ir al trabajo por la Fibromialgia.

ESCALA DEL IMPACTO DE LA ARTRITIS (EMIA)

	<u>VISITA</u>	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
		<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>
<u>MOVIL</u>	1	1,70	2,39	1,59	2,54	1,60	2,01
	2	1,75	1,68	1,83	1,75	1,49	1,73
	3	1,25	1,25	1,96	1,06	1,50	1,49
	4	1,66	1,62	1,62	1,46	1,25	1,29
<u>ACTIVID</u>	1	4,01	2,39	3,35	2,07	2,90	1,61
	2	5,60	2,95	4,66*	2,79	5,28**	2,93
	3	6,01	4,01	5,28*	2,78	4,42**	2,36
	4	6,16	3,01	5,26*	2,68	4,57**	2,13
<u>DESTREZA</u>	1	2,40	2,01	2,57	2,35	2,56	2,55
	2	1,40	1,34	1,85	2,28	1,72	2,07
	3	3,00	3,74	3,01	2,39	1,88	1,87
	4	1,77	1,56	2,26	2,12	1,53	1,19
<u>CASERA</u>	1	,77	,82	1,17	1,03	,84	,94
	2	,92	1,29	,92	1,27	,61	,73
	3	1,65	2,82	,41	,59	,72	1,22
	4	,63	,96	,67	1,18	,60	,80
<u>SOCIAL</u>	1	3,70	2,35	3,97	2,41	4,01	2,42
	2	2,65	1,54	4,23	2,68	3,84	2,18
	3	1,85	1,34	4,10	2,78	2,82	1,70
	4	4,33	2,18	3,80	2,90	3,07	1,83

	VISITA	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
		X	Sx	X	Sx	X	Sx
<u>ADL</u>	1	,45	1,19	,81	1,44	,77	1,11
	2	,12	,39	,41	,77	,43	,96
	3	,01	,01	,31	,56	,59	1,27
	4	,56	,65	,32	,70	,26	,72
<u>PAIN</u>	1	6,77	2,06	7,37	1,55	6,94	1,62
	2	5,65	2,32	5,46**	1,86	5,09**	2,44
	3	5,57	3,45	6,37**	2,05	5,57**	2,65
	4	4,50	2,26	6,34**	1,69	4,60**	1,95
<u>DEPRI</u>	1	3,43	1,52	3,82	1,31	3,72	1,69
	2	2,35	,96	2,94	1,07	2,84	1,67
	3	2,83	1,18	3,17	1,45	3,08	1,08
	4	3,57	1,58	2,90	,69	3,12	,73
<u>ANSI</u>	1	4,82	1,08	4,45	,67	4,41	1,13
	2	4,15*	,85	4,55	,6624	4,60	,63
	3	5,17*	,57	4,31	,98	4,39	,83
	4	4,20*	,83	5,01	,95	4,52	,69
<u>P46</u>	1	66,67	14,26	69,73	17,04	70,15	13,00
	2	54,50	24,09	55,67*	23,74	47,20**	25,62
	3	57,50	32,52	56,79*	18,67	52,00**	25,62
	4	47,08	22,71	58,50*	18,36	44,64**	18,13
<u>EMIA</u>	1	27,70	5,95	29,69	7,42	28,71	8,58
	2	23,39	3,99	26,71	5,19	23,48*	4,94
	3	28,41	6,91	26,21	4,83	24,23*	5,04
	4	24,33	6,19	24,97	5,47	23,17*	2,90
<u>EMIAFIS</u>	1	8,89	4,30	9,74	5,48	8,32	5,33
	2	9,79	2,21	9,73	3,41	8,60	3,57
	3	11,63	3,41	9,83	3,19	8,81	3,03
	4	9,65	3,07	9,32	3,86	8,03	2,07
<u>EMIAPSI</u>	1	8,25	1,80	8,25	1,60	8,08	1,98
	2	6,55	1,43	7,44	1,36	7,55	1,63
	3	8,05	1,48	7,59	2,44	7,59	1,12
	4	7,86	1,71	7,92	1,32	7,64	,6151

TABLA 62. *p<0,05. ** p<0,01.

CUESTIONARIO DE SALUD DE STANFORD (HAQ)

	<u>VISITA</u>	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
		<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>
<u>HAQ</u>	1	,56	,32	,55	,37	,52	,36
	2	,45	,34	,33*	,31	,37	,32
	3	,45	,37	,32*	,37	,40	,33
	4	,27	,40	,31*	,31	,28	,22

TABLA 63 *p<0,05. ** p<0,01.

CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA (FIQ)

	<u>VISITA</u>	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
		<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>
<u>DOLOR</u>	1	5,95	2,54	6,41	2,15	6,67	1,96
	2	4,71	2,49	4,92**	2,15	4,63**	2,67
	3	4,93	2,89	4,43**	2,80	4,84**	3,02
	4	3,92	3,06	5,47**	2,06	3,62**	1,56
<u>CANSANCIO</u>	1	6,43	2,94	7,19	2,66	7,47	1,99
	2	4,76	2,68	4,71**	2,69	5,08**	2,93
	3	5,13	2,90	5,19**	2,93	5,21**	2,90
	4	4,83	2,52	5,50**	2,56	4,00**	2,31
<u>DESACANSADA</u>	1	6,19	2,98	7,43	2,73	7,23	2,72
	2	4,82	3,13	4,35**	2,85	4,88**	2,68
	3	5,60	2,82	4,86**	2,99	4,37**	3,17
	4	5,64	2,73	5,75**	2,57	3,54**	2,44
<u>RIGIDA</u>	1	5,62	2,64	6,70	2,93	6,25	2,37
	2	4,82	3,11	4,38**	2,46	4,17**	2,57
	3	4,53	2,97	4,24**	2,76	4,16**	2,99
	4	5,17	3,16	4,45**	2,67	4,00**	2,58

	VISITA	FARMA		DESAC		MULTI	
		X	Sx	X	Sx	X	Sx
<u>NERVIOSA</u>	1	4,86	3,23	6,16	2,70	6,36	2,72
	2	3,65	2,21	4,17**	2,58	4,17**	2,78
	3	4,27	2,40	4,29**	3,26	4,37**	2,14
	4	4,50	1,93	3,40**	2,76	4,23**	2,05
<u>DEPRIMIDA</u>	1	3,95	2,97	5,17	3,33	5,06	3,03
	2	3,94	2,67	3,33**	2,35	3,22*	3,07
	3	3,14	2,25	3,76**	2,17	2,95*	2,88
	4	3,50	2,50	2,70**	2,20	4,15*	2,44
<u>TRABAJO</u>	1	4,57	3,25	6,90	2,74	5,84	2,41
	2	2,82	2,79	4,25*	3,72	3,56*	2,97
	3	3,22	3,27	3,89*	2,67	3,75*	3,05
	4	5,17	3,76	4,69*	3,20	3,56*	2,19
<u>CASA</u>	1	5,29	2,49	6,31	2,63	6,28	2,56
	2	4,50	2,42	3,71**	2,82	4,65**	3,08
	3	4,71	3,05	3,65**	2,80	3,84**	2,73
	4	4,67	2,96	4,53**	2,44	3,62**	2,06
<u>DIASBIEN</u>	1	2,20	2,24	1,36	1,85	1,08	1,63
	2	2,25	2,05	3,17**	2,06	3,48**	2,66
	3	2,53	1,96	3,24**	2,17	2,74**	2,56
	4	4,08	1,75	2,20**	2,19	3,58**	2,23
<u>DEJARTRABAJO</u>	1	,33	1,00	2,30	3,05	,65	1,84
	2	,00	,00	,27	,65	,15	,55
	3	,00	,00	,88	2,10	,00	,00
	4	,00	,00	,56	1,33	,00	,00

TABLA 64. *p<0,05. ** p<0,01.

CALIDAD DEL SUEÑO.

En los niveles de calidad de sueño medidos por los registros del sueño es el tratamiento MULTI el único que produce diferencias significativas. Estas diferencias se

dan en el sueño reparador (levantarse descansado por la mañana) y en el funcionamiento general del día anterior (Tabla 65). En la tabla 66 se muestran los resultados del sueño recogidos por medio de la entrevista médica. Nos muestran que los sujetos del tratamiento FARMA duermen más en el periodo de seguimiento que en la línea base, lo mismo les ocurre a los sujetos del tratamiento DESAC y MULTI además de tardar menos tiempo en quedarse dormidos.

REGISTRO DIARIO DEL SUEÑO

		<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
	<u>VISITA</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>
<u>XDORMIR</u>	1	358,52	60,67	392,04	62,75	360,63	77,57
	2	381,23	56,27	429,54	56,27	384,09	76,95
	3	405,95	97,42	410,22	52,60	354,71	73,03
	4	416,79	90,56	358,96	57,77	401,51	70,46
<u>XMINUTOS</u>	1	45,03	32,18	33,28	21,94	43,06	32,73
	2	32,08	20,43	25,81	11,62	22,77	10,55
	3	37,74	34,54	18,98	12,63	41,91	35,28
	4	16,19	6,50	41,42	44,80	44,18	30,37
<u>XVECESDESP</u>	1	1,81	1,96	1,94	,83	2,11	1,49
	2	1,78	,60	1,31	,86	1,64	1,59
	3	1,85	,77	1,38	,89	2,16	1,77
	4	1,64	,88	1,28	,74	1,46	,84
<u>XTIEMPO</u>	1	51,14	41,08	38,02	27,85	43,16	41,86
	2	43,64	30,34	26,62	25,72	22,52	21,79
	3	50,62	38,99	18,50	15,99	42,77	37,00
	4	19,83	20,19	27,48	22,20	31,73	14,43
<u>XCALIDAD</u>	1	2,74	,63	2,53	,57	2,97	,72
	2	2,72	,41	2,29	,85	2,35	,75
	3	,	,	,	,	3,57	,
	4	2,48	,57	2,71	,70	2,62	,35

	VISITA	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
		X	Sx	X	Sx	X	Sx
<u>XDESCAN</u>	1	3,19	,73	2,88	,68	3,25	,75
	2	2,86	,91	2,56	,90	2,72*	,50
	3	2,68	,66	2,44	,66	2,87*	,80
	4	2,67	,68	2,55	,77	2,38*	,55
<u>XDIFICUL</u>	1	2,22	,74	2,13	,74	2,61	,79
	2	2,39	,75	1,92	,82	2,12	,82
	3	2,37	,88	1,91	,58	2,35	,75
	4	2,06	,77	2,41	,96	2,55	,36
<u>XACTMENTAL</u>	1	2,18	,51	2,46	,56	2,80	,61
	2	2,50	,40	2,26	,89	2,66	,80
	3	2,31	,55	2,22	,50	2,57	,92
	4	2,44	,31	2,20	,68	2,17	,28
<u>XTENSION</u>	1	2,43	,49	2,57	,42	3,00	,66
	2	2,67	,47	2,40	,74	2,64	,51
	3	2,37	,59	2,33	,53	2,64	,71
	4	2,32	,49	2,24	,54	2,41	,51
<u>XFUNCION</u>	1	2,68	,59	2,68	,50	3,04	,59
	2	2,53	,43	2,48	,79	2,58*	,71
	3	2,38	,53	2,53	,60	2,65*	,78
	4	2,53	,37	2,25	,69	2,33*	,51

TABLA 65. *p<0,05. ** p<0,01.

ENTREVISTA MÉDICA (SUEÑO)

	<u>VISITA</u>	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
		<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>
<u>DORMIR</u>	1	336,10	117,54	367,94	97,22	418,12	87,85
	2	349,09*	75,02	374,28**	78,01	353,75**	63,16
	3	420*	81,52	436,66**	51,21	416,40**	87,17
	4	394,61*	62,26	400,50**	93,49	328,23**	70,73
<u>TIEMPODOR</u>	1	42,40	38,37	41,94	47,35	32,27	34,55
	2	48,182	50,51	45,71	48,79	36,45**	39,02
	3	48,57	47,85	28,83	28,90	26,88**	32,10
	4	35,41	48,77	57,89	67,35	82,66**	66,91

TABLA 66. *p<0,05. ** p<0,01.

9.7.1.1. - CONCLUSIÓN

Para finalizar podemos concluir, que los tres tipos de tratamiento producen mejorías significativas en las variables más relevantes del SFM, pero que el tratamiento DESAC y MULTI producen mejorías en un número mayor de variables que el tratamiento FARMA.

El tratamiento FARMA produce mejorías principalmente en la sintomatología clínica. En las siguientes variables se producen diferencias significativas: número e intensidad de puntos sensibles a la presión, niveles de ansiedad medidos por el STAI-R y la subescala de ansiedad del EMIA, disminuyen también la distracción de la atención y los rezos como estrategias de afrontamiento al dolor y en la cantidad de sueño (los sujetos duermen durante más horas).

En cuanto al tratamiento DESAC podemos concluir que produce mejorías significativas en todas las variables importantes; sintomatología clínica, variables

psicológicas, calidad de vida y calidad del sueño. En cuanto a la **sintomatología clínica**, concretamente se produce una disminución de la intensidad del dolor medido por los autorregistros de dolor-actividad y en el número y la intensidad de puntos sensibles a la presión. Las **variables psicológicas** que mejoran son los niveles de depresión, ansiedad y psicopatología. Los niveles de estrés total también disminuyen, a la vez que la catastrofización como estrategia de afrontamiento al dolor. En **la calidad de vida** se producen mejorías en las tres medidas utilizadas (EMIA, HAQ, FIQ) y este grupo de sujetos también mejoran en la **cantidad de sueño**.

El tratamiento **MULTI** también produce mejorías significativas en gran número de variables aunque en menor medida que el tratamiento DESAC. La **sintomatología clínica** se ve mejorada en los niveles de dolor y en el número y la intensidad de los puntos sensibles a la presión. En cuanto a las **variables psicológicas** se manifiesta una mejoría significativa en siete de las subescalas del SCL-90-R y en la percepción de la intensidad de los acontecimientos molestos. Con relación a **la calidad de vida** la mejoría es significativa en las siguientes subescalas del EMIA: nivel de actividad, dolor, funcionamiento en general y puntuación total y en el FIQ. En cuanto al **sueño**, podemos concluir que mejora tanto su calidad (se levantan más descansados y funcionan mejor durante el día) como la cantidad del sueño, ya que tardan menos tiempo en dormirse y duermen más horas.

Las mejorías parecen consistentes ya que se mantienen a lo largo de un año de seguimiento.

9.7.2.- COMPARACIÓN DE LA EFICACIA ENTRE LOS TRES TRATAMIENTOS.

Como ya se dijo en el planteamiento general de este experimento, nuestro objetivo principal es evaluar si el tratamiento MULTI mejora en mayor medida la calidad de vida y la sintomatología clínica de los sujetos con SFM que el tratamiento DESAC y este mejora en mayor medida que el tratamiento FARMA, en un periodo de seguimiento de 3, 6 y 12 meses. Por tanto, respondiendo a las hipótesis 2 y 3 se presenta la comparación de la eficacia de los tres tratamientos en las variables clínicas, psicológicas, de calidad de vida y de calidad del sueño.

La presentación de los datos sigue el mismo orden que el apartado anterior. En cada tabla se presentan las variables que correspondan con sus medias y desviaciones típicas para cada tratamiento y en cada visita. Las diferencias significativas entre los tres tratamientos se marcaran con un asterisco.

SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA.

Según los datos presentados en la tabla 67, existen diferencias significativas entre los tres tratamientos en el dolor medido a través de los autorregistros a los tres meses del alta, pero estas mejorías no se mantienen en las siguientes revisiones. Según la prueba de Bonferroni, que se presenta en el anexo 8, las diferencias significativas se producen entre el tratamiento FARMA y el tratamiento MULTI, quedando demostrado que el tratamiento MULTI se mostró más efectivo que el tratamiento FARMA.

		<u>1º VISITA</u>		<u>2º VISITA</u>		<u>3º VISITA</u>		<u>4º VISITA</u>	
<u>TRATAMIE</u>		<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>
	<u>FARMA</u>	3,02	,92	2,89*	,93	2,58	,96	2,78	,86
<u>MOV MED</u>	<u>DESAC</u>	3,04	,76	2,22*	,87	2,02	1,17	2,68	,89
	<u>MULTI</u>	3,25	,80	2,05*	,98	1,79	1,28	2,39	,86
	<u>FARMA</u>	3,37	,47	2,53	,59	2,38	,78	2,18	,81
<u>TP</u>	<u>DESAC</u>	3,45	,64	2,22	,71	2,10	,62	2,58	,81
	<u>MULTI</u>	3,23	,64	2,21	,84	2,30	,84	2,03	,65
	<u>FARMA</u>	14,91	2,06	9,66	4,76	7,73	5,66	7,28	5,22
<u>NTP</u>	<u>DESAC</u>	14,97	2,49	7,33	6,23	5,38	4,58	9,64	4,80
	<u>MULTI</u>	14,25	2,58	7,33	6,28	8,09	6,51	5,57	4,68

TABLA 67 *p<0,05. ** p<0,01.

Es importante resaltar que no existió ningún tratamiento de apoyo o de reciclaje, a lo largo del tiempo que se fueron sucediendo las revisiones, lo que puede hacer comprensible el hecho de que las mejorías no se mantuvieran más allá de los tres meses después del alta.

NIVELES DE DEPRESIÓN.

En cuanto a los niveles de depresión, ningún tratamiento parece ser superior, ya que no existen diferencias significativas entre ellos.

NIVELES DE ANSIEDAD.

La tabla 68 nos muestra los resultados referentes a los niveles de ansiedad, dándose diferencias significativas entre los tres tratamientos a los seis meses y al año del alta. En la subescala de ansiedad del EMIA, la prueba de Bonferroni (anexo 8) nos demuestra que el tratamiento DESAC es superior al tratamiento FARMA, y lo mismo ocurre con la subescala del SCL-90-R. Por tanto se confirma que el tratamiento DESAC es más específico y efectivo para disminuir los niveles de ansiedad, que cualquiera de los otros tratamientos. Esto es lógico ya que este tratamiento consiste en técnicas específicas de desactivación fisiológica y cognitiva.

		<u>1° VISITA</u>		<u>2° VISITA</u>		<u>3° VISITA</u>		<u>4° VISITA</u>	
	<u>TRATAMI</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>
<u>STAI-R</u>	FARMA	29,76	10,37	24,01	9,06	21,78	7,06	22,54	7,03
	DESAC	31,43	9,21	25,61	7,44	25,90	9,25	21,33	6,52
	MULTI	31,55	8,91	29,52	11,95	25,56	7,50	28,27	9,50
<u>ANSI</u>	FARMA	4,82	1,01	4,15	,85	5,17	,57	4,20*	,83
	DESAC	4,45	,67	4,55	,66	4,31	,98	5,01*	,95
	MULTI	4,41	1,13	4,60	,63	4,39	,83	4,52*	,69
<u>ANSIEDA</u>	FARMA	2,66	,81	3,50	1,00	3,40*	,54	2,85	,89
	DESAC	2,90	,99	2,81	,60	2,45*	,52	2,71	1,11
	MULTI	2,66	,86	3,50	,75	2,71*	,75	3,20	,918
<u>ANXIE</u>	FARMA	,71	,63					,61	,53
	DESAC	,91	,53					,37	,16
	MULTI	1,02	,65					,53	,30

TABLA 68 *p<0,05. ** p<0,01.

NIVELES DE PSICOPATOLOGÍA, NIVELES DE ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL DOLOR.

No se presentan datos sobre los niveles de psicopatología, los niveles de estrés vital y de estrés cotidiano y las estrategias de afrontamiento al dolor porque no existen diferencias significativas entre los tres tratamientos en dichas variables.

CALIDAD DE VIDA

Las tablas 69-70 nos presentan los niveles de calidad de vida. En cuanto al EMIA existen diferencias estadísticamente significativas en la 4° visita en las escalas de dolor y ansiedad (Tabla 69). En cuanto a las escalas de dolor (autorregistros y subescala del EMIA), queda demostrado que el dolor se reduce mediante los autorregistros de dolor-actividad y mediante esta subescala de dolor. En el HAQ no existen diferencias por lo que no se presentan datos. Y en el FIQ (Tabla 70) existen diferencias

estadísticamente significativas al cabo de un año de los tratamientos, en que los sujetos se encuentran más descansados y se sienten más días bien a lo largo de la semana. En ambas escalas, las pruebas de Bonferroni (anexo 8) nos especifican que las diferencias estadísticamente significativas se producen entre el tratamiento FARMA y el tratamiento DESAC, quedando demostrada la superioridad de este último.

ESCALA DEL IMPACTO DE LA ARTRITIS (EMIA)

		<u>1° VISITA</u>		<u>4° VISITA</u>	
	<u>TRATAMIENTO</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>
<u>MOVIL</u>	FARMA	1,70	2,39	1,66	1,62
	DESAC	1,59	2,54	1,62	1,46
	MULTI	1,60	2,01	1,25	1,29
<u>ACTIVID</u>	FARMA	4,00	2,39	6,16	3,01
	DESAC	3,35	2,07	5,26	2,68
	MULTI	2,90	1,61	4,57	2,13
<u>DESTREZA</u>	FARMA	2,40	2,01	1,77	1,56
	DESAC	2,57	2,35	2,26	2,12
	MULTI	2,56	2,55	1,53	1,19
<u>CASERA</u>	FARMA	,77	,82	,63	,96
	DESAC	1,17	1,03	,67	1,18
	MULTI	,84	,94	,60	,80
<u>SOCIAL</u>	FARMA	3,70	2,35	4,33	2,18
	DESAC	3,97	2,41	3,80	2,90
	MULTI	4,00	2,42	3,07	1,83
<u>ADL</u>	FARMA	,45	1,19	,56	,65
	DESAC	,81	1,44	,32	,70
	MULTI	,77	1,11	,26	,72
<u>PAIN</u>	FARMA	6,72	2,06	4,50*	2,26
	DESAC	7,37	1,55	6,34*	1,69
	MULTI	6,94	1,62	4,60*	1,95

	<u>TRATAMIENTO</u>	<u>1º VISITA</u>		<u>4º VISITA</u>	
		<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>
<u>DEPRI</u>	FARMA	3,43	1,52	3,57	1,58
	DESAC	3,82	1,31	2,90	,69
	MULTI	3,72	1,69	3,12	,73
<u>ANSI</u>	FARMA	4,82	1,01	4,20*	,83
	DESAC	4,45	,67	5,00*	,95
	MULTI	4,41	1,13	4,52*	,69
<u>P46</u>	FARMA	66,67	14,26	47,08	22,71
	DESAC	69,73	17,04	58,50	18,36
	MULTI	70,15	13	44,64	18,13
<u>EMIA</u>	FARMA	27,70	5,95	24,33	6,19
	DESAC	29,69	7,42	24,97	5,47
	MULTI	28,71	8,58	23,17	2,90
<u>EMIAFIS</u>	FARMA	8,89	4,30	9,65	3,07
	DESAC	9,74	5,48	9,32	3,86
	MULTI	8,32	5,33	8,03	2,07
<u>EMISPSI</u>	FARMA	8,25	1,80	7,86	1,71
	DESAC	8,25	1,60	7,92	1,32
	MULTI	8,08	1,98	7,64	,61

TABLA 69. *p<0,05. ** p<0,01.

CUESTIONARIO DEL IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA

	<u>TRATAMIENTO</u>	<u>1º VISITA</u>		<u>4º VISITA</u>	
		<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>
<u>DOLOR</u>	FARMA	5,95	2,54	3,92	3,06
	DESAC	6,41	2,15	5,47	2,06
	MULTI	6,67	1,96	3,62	1,56
<u>CANSANCIO</u>	FARMA	6,43	2,94	4,83	2,52
	DESAC	7,19	2,66	5,50	2,56
	MULTI	7,47	1,99	4,00	2,31

	TRATAMIENTO	1º VISITA		4º VISITA	
		<u>X</u>	<u>Sx</u>	<u>X</u>	<u>Sx</u>
<u>DESCANSADA</u>	FARMA	6,19	2,98	5,64*	2,73
	DESAC	7,43	2,73	5,75*	2,57
	MULTI	7,23	2,72	3,54*	2,44
<u>RIGIDA</u>	FARMA	5,62	2,64	5,17	3,16
	DESAC	6,70	2,93	4,45	2,67
	MULTI	6,25	2,37	4,00	2,58
<u>NERVIOSA</u>	FARMA	4,86	3,23	4,50	1,93
	DESAC	6,16	2,70	3,40	2,76
	MULTI	6,36	2,72	4,23	2,05
<u>DEPRIMIDA</u>	FARMA	3,95	2,97	3,50	2,50
	DESAC	5,17	3,33	2,70	2,20
	MULTI	5,06	3,03	4,15	2,44
<u>TRABAJO</u>	FARMA	4,57	3,25	5,17	3,76
	DESAC	6,90	2,74	4,69	3,20
	MULTI	5,84	2,41	3,56	2,19
<u>CASA</u>	FARMA	5,29	2,49	4,67	2,96
	DESAC	6,31	2,63	4,53	2,44
	MULTI	6,28	2,56	3,62	2,06
<u>DIASBIEN</u>	FARMA	2,20	2,24	4,08*	1,75
	DESAC	1,36	1,85	2,20*	2,19
	MULTI	1,08	1,63	3,58*	2,23
<u>DEJARTRABAJO</u>	FARMA	,33	1,00	,00	,00
	DESAC	2,30	3,05	,56	1,33
	MULTI	,65	1,84	,00	,00

TABLA 70 *p<0,05. ** p<0,01.

CALIDAD DEL SUEÑO.

En cuanto a la calidad del sueño, no existen diferencias significativas entre los tres tratamientos a través de las medidas utilizadas: registro diario del sueño y preguntas sobre el sueño en la entrevista médica.

Por tanto podemos concluir que el tratamiento MULTI es superior en los niveles de dolor, ansiedad y calidad de vida al tratamiento FARMA, aceptando la segunda de las hipótesis.

SUJETOS CURADOS EN CADA TRATAMIENTO.

Respondiendo a la **hipótesis 4** en la Tabla 71 presentamos el % de sujetos que dejan de cumplir criterios de SFM (< 11 puntos positivos sensibles a la presión) en cada uno de los tratamientos en la revisión que se realiza al año.

Porcentaje de sujetos que no cumplen criterios de SFM a los 12 meses del alta.

	FARMA	DESAC	MULTI
NO CUMPLEN CRITERIOS	69%	53%	79%

Chi-cuadrado=1,40, p=0,49. *Tabla 71.*

No existen diferencias significativas entre los tres tratamientos en el porcentaje de sujetos que dejan de cumplir los criterios de SFM en un periodo de seguimiento de 12 meses. Los tres tratamiento producen más de un 50 % de sujetos curados al cabo de un año.

Porcentaje de sujetos que tienen dolor intenso en la evaluación y a los 12 meses del alta.

	FARMA	DESAC	MULTI
1° VISITA	48%	46%	56%
4° VISITA	34%	37%	0%

Chi-cuadrado=12,802, $p < 0,01^{**}$. (Entre los tres tratamientos en la 4° visita).

Si existen diferencias significativas entre los tres tratamientos, en la intensidad del dolor que presentan los sujetos en un periodo de seguimiento de doce meses. Los sujetos que han sido tratados con el tratamiento MULTI no presentan dolor intenso al año de seguimiento.

Porcentaje de sujetos que tienen una deficitaria calidad de vida en la evaluación y a los 12 meses del alta.

	FARMA	DESAC	MULTI
1° VISITA	67%	84%	85%
4° VISITA	42%	55%	28%

Chi-cuadrado=2,362, $p = 0,307$. (Entre los tres tratamientos en la 4° visita).

En cuanto a los niveles de calidad de vida, parece ser que no existen diferencias significativas entre los tres tratamientos, ya que todos producen mejorías en la deficitaria calidad de vida que los sujetos presentaban en la línea base.

9.8. - DISCUSIÓN.

En primer lugar, se ha demostrado que los tres grupos experimentales eran homogéneos, tanto en las características sociodemográficas, como en las otras variables relevantes (síntomatología clínica, variables psicológicas, variables de calidad de vida y variables de calidad de sueño).

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que los tres tipos de tratamientos son eficaces para producir mejorías significativas en los pacientes con SFM.

Podríamos concluir que el **tratamiento DESAC** es superior a los otros dos tratamientos para controlar los niveles de ansiedad (medidos a través de la subescala de ansiedad del EMIA y de la pregunta de ansiedad de la entrevista médica) y en la mejoría de los niveles de dolor (subescala del EMIA).

Mientras que el **tratamiento MULTI** es superior al tratamiento FARMA y DESAC para el control del dolor (medido a través de los autorregistros de dolor-actividad) y en producir mayores sensaciones de descanso (medido por el FIQ). Es importante resaltar que este tratamiento ha demostrado superioridad en el control del dolor, ya que ha conseguido reducir a cero, el porcentaje de sujetos que tienen dolor intenso (medido por el FIQ) a los doce meses del alta.

Como cabría esperar, los tratamientos DESAC y MULTI han mostrado superioridad en algunas variables (clínicas y psicológicas). Esto corrobora y supera los resultados obtenidos por Burckhardt et al, (1994,1996), el cual encontró que el 70% de sus pacientes dejaron de cumplir criterios de SFM (menos de 11 puntos sensibles a la presión) en el momento del alta y al cabo de dos años el 31% seguía manteniendo estas mejorías. En el estudio presentado en este trabajo, el 79% de los sujetos tratados con el tratamiento MULTI dejaron de cumplir criterios de SFM en un periodo de seguimiento de doce meses. Es importante señalar que el estudio llevado a cabo por Buckhardt et al.

no está controlado, sino que es una descripción de un programa de tratamiento y por tanto los resultados hay que interpretarlos como impresiones que parecen indicar que los sujetos con SFM pueden mejorar con este tipo de tratamientos.

Estas diferencias entre los distintos tratamientos, adquieren gran relevancia ya que las tres condiciones experimentales comparan tres tratamientos activos que han demostrado eficacia (véase revisión teórica). Normalmente, en las revisiones realizadas se ha visto que se han comparado dos condiciones experimentales, una condición control (educación por ejemplo) y un tratamiento cognitivo-conductual (Nicasio et al. , 1997), pero no se ha encontrado ningún trabajo que compare un tratamiento eficaz, como es el uso de ciclobenzaprina, con tratamientos psicológicos. Asimismo, es importante señalar, que las diferencias producidas entre los tratamientos son en periodos de seguimiento de al menos tres meses hasta un año.

Por otra parte, se ha mantenido el control experimental, ya que el único criterio de asignación de los sujetos a los tratamientos ha sido la aleatorización y se ha utilizado una metodología multirasgo multimétodo.

En resumen, podemos concluir que los tratamientos psicológicos limitados en el tiempo, son eficaces para disminuir los niveles de ansiedad, como ha demostrado ser el tratamiento DESAC compuesto por 6 sesiones. Es importante resaltar que las mejorías se han mantenido a un año de seguimiento. Estos datos cobran mayor importancia si tenemos en cuenta que el tratamiento ha sido limitado en el tiempo, sin que haya habido ningún tratamiento de apoyo y sobre todo teniendo en cuenta que la muestra presenta una historia de dolor muy elevada, más de 11 años.

Ha quedado demostrado el efecto añadido de los tratamientos psicológicos sobre los farmacológicos, a pesar de que los dos tratamientos psicológicos llevan como base el tratamiento farmacológico que es un tratamiento activo.

El tratamiento MULTI es posible que no haya demostrado superioridad por la cantidad de información con la que se bombardeaba al sujeto en un espacio breve de

tiempo. Esto puede haber producido que el sujeto no haya asimilado tal cantidad de información, no habiendo sido posible el realizar todas las técnicas que se le enseñaban.

CAPÍTULO 10

CONCLUSIONES GENERALES.

La presente tesis doctoral surge como necesidad de dar respuesta a las dificultades encontradas en la evaluación y el tratamiento de pacientes con SFM. Su objetivo fundamental es profundizar en un mayor conocimiento de la etiopatogenia de dicho síndrome, para así poder llegar a tratamientos más eficaces de los existentes hasta el momento.

Tres son los problemas frente a los que se busca aportar soluciones en el presente trabajo. Respecto al problema de la evaluación del SFM, se han aportado datos empíricos sobre las variables que juegan un papel importante en el origen y mantenimiento de la Fibromialgia.

En cuanto al problema de la eficacia de los tratamientos, esta tesis doctoral ha demostrado que los tres tratamientos presentados son eficaces y disminuyen los principales síntomas de dicho síndrome, en un periodo de seguimiento de 12 meses.

Otro de los objetivos principales de este trabajo, ha sido demostrar que un tratamiento psicológico es eficaz contra el SFM. Se ha realizado escasa investigación sobre la eficacia de tratamientos psicológicos y los datos presentados en este estudio son esperanzadores para el tratamiento eficaz del SFM.

Como se ha comentado el primero de los trabajos empíricos se ha propuesto con el objetivo fundamental de desarrollar un sistema de evaluación adecuado para sujetos con SFM y mostrar datos normativos de la aplicación de dicho sistema de evaluación con respecto a variables demográficas, clínicas, psicológicas, de calidad de vida y de

calidad del sueño. Y también con el objetivo de saber que variables predicen la sintomatología clínica y la calidad de vida de los sujetos con SFM.

En relación con las **características demográficas** de la muestra presentada en este estudio, observamos que no difieren de manera importante de otras muestras publicadas.

Las **características clínicas** presentan unos elevados niveles de dolor, un alto número de puntos sensibles a la presión y una alta frecuencia de síntomas funcionales.

Las **características psicológicas** presentadas en este trabajo, muestran altos niveles de depresión y ansiedad, junto con somatización y la subescala de síntomas adicionales del SCL-90-R. Los niveles de estrés vital son normales y estos sujetos no muestran tampoco un mayor número de acontecimientos molestos que otras muestras con patologías similares, pero si manifiestan una mayor intensidad percibida de dichos acontecimientos. En cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por estos sujetos son de carácter pasivo principalmente.

En cuanto a la **calidad de vida**, los distintos instrumentos utilizados mostraron una deficitaria calidad de vida motivada por el dolor y las alteraciones psicológicas (depresión y ansiedad) principalmente.

Las alteraciones más importantes encontradas con relación a la **calidad del sueño** fueron: un incremento del tiempo total en cama, quizás debido a la necesidad de permanecer más tiempo en cama para obtener un sueño suficientemente reparador, junto a otros factores como la medicación que muchos de estos pacientes toman, factores sociolaborales, baja laboral, circunstancias domésticas, etc. El retardo de la latencia del sueño indica la presencia de un trastorno de conciliación, quizás debido a los problemas dolorosos y posturales que sufren estos sujetos. Por último, la eficiencia del sueño no parece ser peor que la obtenida por nosotros en una muestra sana (Robles et al, 1996), lo que nos lleva a pensar que la diferencia con otro tipo de poblaciones no está en

parámetros cualitativos, es decir de calidad de sueño, sino en parámetros cuantitativos (tiempo total en cama, latencia del sueño).

Respondiendo al segundo objetivo de este primer trabajo experimental, podemos concluir que la **sintomatología clínica se predice** fundamentalmente por la calidad del sueño y los niveles de psicopatología. Mientras que la **calidad de vida se predice** fundamentalmente por la calidad del sueño y los niveles de dolor.

El segundo trabajo empírico presentado en esta tesis doctoral, intenta responder a dos objetivos. El primero de ellos consiste en demostrar la eficacia de los tratamientos presentados y el segundo de los objetivos pretende demostrar la superioridad de los tratamientos psicológicos a los tratamientos farmacológicos de manera aislada.

Respondiendo al primero de los objetivos, podemos concluir, **que los tres tipos de tratamiento producen mejorías significativas** en las variables más relevantes del SFM, pero que el tratamiento DESAC y MULTI producen mejorías en un número mayor de variables que el tratamiento FARMA.

El **tratamiento FARMA** es eficaz principalmente en la sintomatología clínica. El tratamiento **DESAC** produce mejorías en la sintomatología clínica, variables psicológicas, calidad de vida y cantidad de sueño. Y el tratamiento **MULTI** produce mejorías en las mismas variables que el tratamiento DESAC y en la calidad de sueño.

El 69% de los sujetos tratados con el tratamiento FARMA deja de cumplir criterios de Fibromialgia después de 12 meses de haberles dado el alta. El 53 % de los sujetos tratados con el tratamiento DESAC dejan de ser fibromiálgicos al año del alta y el 79% de los sujetos tratados con el tratamiento MULTI deja de cumplir también criterios de Fibromialgia, en el mismo periodo de tiempo.

Con relación al segundo de los objetivos que corresponde a la comparación de la eficacia de los tres tratamientos, podemos concluir que el tratamiento **DESAC** es superior a los otros dos para disminuir los niveles de ansiedad. Mientras que el

tratamiento **MULTI** es superior en los niveles de dolor y en los niveles de calidad de vida.

Estos datos son especialmente importantes ya que estamos comparando tres tratamientos activos, y lo que consideramos grupo control, que es el tratamiento **FARMA**, está demostrado que es un tratamiento eficaz para los sujetos con SFM.

Este trabajo pretende abrir puertas para seguir profundizando en el conocimiento de dicho síndrome, lo que nos permitirá comprender mejor los mecanismos etiopatogénicos y así poder llegar a un tratamiento más eficaz contra las graves molestias que refieren estos enfermos.

Por todo esto podemos concluir:

CONCLUSIONES DEL PRIMER ESTUDIO:

1.- El SFM es un trastorno multicausal en el cual intervienen variables de carácter médico y psicológico. Por tanto, un adecuado acercamiento a dicho síndrome ha de ser multidisciplinar, y los modelos teóricos deben incidir en todos los aspectos que forman parte de dicho problema. Los trabajos realizados en esta tesis, parten de un modelo bio-psico-social llevado a cabo por un equipo multidisciplinar.

2.- Según los datos aportados en el presente estudio las personas afectadas por el SFM son principalmente mujeres (95%), de mediana edad (51 años), con bajos niveles de estudios (estudios primarios 58%) y unos ingresos económicos medio-bajos (200.000 pts).

3.- El presente estudio pone de manifiesto que las principales características clínicas del SFM en la muestra estudiada son, la presencia de elevados niveles de dolor (3,12 en una escala de 1-5), constantes a lo largo de todo el día, que afectan a amplias zonas corporales (15 puntos sensibles a la presión), con una amplia historia de dolor (11,6 años) y con un gran número de síntomas asociados.

4.- En cuanto a las características psicológicas podemos concluir que los pacientes con SFM se caracterizan por presentar depresión ligera, elevados niveles de ansiedad y sintomatología psicológica alta, que se ve corroborado por los elevados niveles de psicopatología presentes. Los datos muestran que estos pacientes perciben los acontecimientos diarios como muy estresantes y las estrategias de afrontamiento al dolor que utilizan son de tipo pasivo.

5.- Los pacientes con SFM presentan bajos niveles de calidad de vida debido principalmente al dolor y a las alteraciones psicológicas.

6.- Los pacientes con SFM presentan una deficitaria calidad del sueño que se manifiesta en un incremento del tiempo total en cama, un retardo de la latencia del sueño y una deficitaria eficiencia del sueño.

7.- Las variables predictoras de la sintomatología clínica (en un 29%) son una deficitaria calidad del sueño y altos niveles de psicopatología, en concreto, somatización, ansiedad y depresión.

8.- Las variables predictoras de la calidad de vida en el SFM vienen dadas (en un 44%) por una deficitaria calidad de sueño y el dolor.

Los resultados presentados en las conclusiones 7 y 8, tal y como se esperaba, concuerdan con el modelo explicativo presentado en esta tesis, para la explicación del SFM. Como se ha puesto de manifiesto, una deficitaria calidad de sueño y los altos niveles de psicopatología, concretamente altos niveles de somatización, depresión y de ansiedad, juegan un papel fundamental en la comprensión de dicho síndrome y se han de tener en cuenta para un tratamiento eficaz.

CONCLUSIONES DE SEGUNDO ESTUDIO:

1.- Los tres tratamientos han producido cambios y mejorías entre la línea base y los periodos de seguimiento (3, 6 y 12 meses).

2.- El tratamiento FARMA produce cambios en la sintomatología clínica (número e intensidad de puntos sensibles a la presión), niveles de ansiedad, estrategias de afrontamiento pasivo al dolor y en la cantidad de sueño.

3.- El tratamiento DESAC produce cambios en la sintomatología clínica (intensidad del dolor y en el número y la intensidad de puntos sensibles a la presión), en los niveles de depresión, ansiedad, psicopatología, estrés vital, estrategias de afrontamiento pasivo al dolor, en la calidad de vida y en la cantidad de sueño.

4.- El tratamiento MULTI produce cambios en la sintomatología clínica (intensidad del dolor y número e intensidad de puntos sensibles a la presión), en los niveles de psicopatología, en la percepción de la intensidad de los acontecimientos molestos, en la calidad de vida y en la calidad del sueño.

Es importante señalar que las mejorías en los tres tratamientos son consistentes en el tiempo, ya que se mantienen en el periodo de seguimiento de 12 meses, a partir del momento del alta. Teniendo en cuenta que estos sujetos tienen una historia larga de dolor, que no existe ningún tratamiento de apoyo y que los tratamientos se realizan en un número de sesiones relativamente corto, estos datos son altamente relevantes.

5.- Cuando se comparan los tres tratamientos entre sí, se muestran efectos diferenciales.

6.- Se ha demostrado la superioridad del tratamiento DESAC sobre los otros tratamientos, para controlar los niveles de ansiedad.

7.- Se ha demostrado la superioridad del tratamiento MULTI en los niveles de dolor, ya que a los doce meses del alta ningún sujeto tratado con este tratamiento tiene dolor intenso, y en la calidad de vida (estos sujetos se encuentran más descansados).

Es importante resaltar que las primeras comparaciones entre los tratamientos se realizan a los tres meses del alta, lo que implica que los sujetos hayan mantenido la práctica de las técnicas enseñadas y que los tres tratamientos que se comparan son tratamientos activos.

8.-El porcentaje de personas curadas en los tres tratamientos es elevado ya que más del 50% de los sujetos de cada uno de los tratamientos dejan de cumplir criterios. El 69% de los sujetos del tratamiento FARMA, el 53% de los sujetos del tratamiento DESAC y el 79% de los sujetos del tratamiento MULTI.

9.- Se ha llevado una metodología experimental con periodos de seguimiento amplios. Se ha utilizado la medición de las variables más relevantes a través de medidas múltiples de la misma variable por diferentes especialistas, médico y psicólogo, con diferentes instrumentos (test, autorregistros, cuestionarios, escalas visuales analógicas) y en diferentes periodos de seguimiento (a los tres meses, a los seis meses y al año del alta). Es importante destacar, que los terapeutas no han sido el propio investigador, con las interferencias que esto puede producir. Por tanto los datos tienen una importante validez.

El enfoque y la realización de la presente investigación ha sido multidisciplinar para un mejor conocimiento y eficacia del tratamiento del SFM.

Como ha quedado demostrado, los aspectos psicológicos influyen en la etiología y mantenimiento de la Fibromialgia. Por tanto, los tratamientos psicológicos que aquí se presentan, se ha demostrado que tienen efectos añadidos al tratamiento farmacológico. Todo esto, nos hace concluir que el acercamiento multidisciplinar entre las distintas

áreas de intervención, en este caso reumatología y psicología, nos ayuda a conocer y comprender mejor el SFM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA.

Ahles TA, Yunus MB, Masi AT (1987): Is chronic pain a variant of depressive disease ?. The case primary fibromyalgia syndrome pain. *Pain*, 29; 105-111.

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

Albornoz J, Povedano J, Quijada J, de la Iglesia JL, Fernández A, Pérez-Vilchez D y García-López A (1997): Características clínicas y sociolaborales de la fibromialgia en España: descripción de 193 pacientes. *Revista Española de Reumatología*, 24; 38-44.

Alvarez B, Alonso JL, Alegre J, Viejo JL, Marañón A (1996). Síndrome de Fibromialgia: características clínicas de las pacientes españolas. *Revista Española de Reumatología*, 23, 76-82.

American Psychiatric Association : DSM-IV (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (4ª edición, versión española). Masson Editores. Barcelona.

Amir M, Kaplan Z, Neumann L, Sharabani R, Shani N, Buskila D (1997): Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromyalgia. *Journal-Psychosomatic-Research*, 42, 607-13.

Ballina FG, Martín P, Iglesias A, Hernández R, Cueto A (1995). La Fibromialgia. Revisión clínica. *Revista Clínica Española*; 195, 326-334.

Barrón, Lozano, Chacón, 1988.

Bell MJ, Bombardier C, Tugwell P (1990): Measurement of functional status, quality of life, and utility in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatology*; 33, 591-601.

Bengtsson A, Henrikson KG, Jorfeldt L, Kadedal B, Lennmarken C, Lindstrom F (1986): Primary fibromyalgia. A clinical and laboratory study of 55 patients. *Scandinavian Journal Rheumatology* 15, 340-347.

Bengtsson A, Henriksson K G, Lason J (1986): Reduced high-energy phosphate levels in the painful muscles of patients with primary fibromyalgia. *Arthritis Rheumatology* 29, 817-821.

Bennet RM (1993): Fibromyalgia and the facts. Sense o nonsense. *Rheumatology Diseases Clinical North American* 19, 45-59.

Bennett R M, Clark S R, Goldberg L, Nelson D, Bonafede R P, Porter J, Specht D (1989): Aerobic fitness in patients with fibrositis : a controlled study of respiratory gas exchange and xenon clearance from exercising muscle. *Arthritis Rheumatology* 32, 454-460.

Bennett RM, Burckhardt CS, Clark SR, O'Reilly CA, Wiens AN, Campbell SM (1996). Group treatment of fibromyalgia: a 6 moth outpatient program. *Journal Rheumatology*, 23; 521-528.

Bennett RM, Campbell S, Burckhardt C, Clark S, O,Reilly C, Wiens A (1991): A multidisciplinary approach to fibromyalgia management. *Journal Musculoskeletal Medical*; 8, 21-32.

Bennett RM, Clark SR, Campbell SM, et al (1992): Low levels of somatomedin C in patients with fibromyalgia syndrome : A possible link between sleep and muscle pain, *Arthritis Rheumatology* 35, 113-116.

Bennett RM, Gatter RA, Campbell JM, et al. (1988): A comparison of ciclobenzaprine and placebo in the management of fibrosotis. A double-blind controlled study. *Arthritis Rheumatology*, 31, 1535-1542.

Bennett, R.M (1989); Beyund Fibromyalgia: Ideas on etiology and meatnut. *Journal of Rheumatology*, 16 (supplement 19), 185-190.

Bohr T (1987): Painful questions about fibromyalgia (letter). *JAMA*, 258, 1467.

Boland EW (1947): Psychogenic Rheumatism. The musculoskeletal expression of psychoneurosis. *Anuario Rheumatology Diseases*, 6, 195-203.

Bradley, 1993.

Branco J, Atalaia A, Paiva T (1994): Sleep cycles and alpha delta sleep in Fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 21, 1113-1117.

Burckhardt C, Mannerkorpi K, Hedenberg L, Bjelle A (1994): A randomized, controlled clinical trial of education and physical training for woen with fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*; 21, 714-720.

Burckhardt CS, Clark SR, Bennet RM (1993): Fibromyalgia and quality of life : A comparative analysis. *Journal of Rheumatology*, 20, 475-479.

Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM (1991): The fibromyalgia impact questionnaire : development and validation. *Journal of Rheumatology*, 20, 475-479.

Buskila D, Press J, Gedalia A, Klein M, Neuman I, Boehm R, Sukenik S (1987): Assesment of non-articular tenderness and prevalence of Fibromyalgia Syndrome. *JAMA* 257, 2782-2787.

Calabozo M, Llamazares AI, Muñoz MT, Alonso-Ruiz A (1990). Síndrome de Fibromialgia (fibrositis): tan frecuente como desconocido. *Medical Clinical (Barc)*, 94, 173-175.

Campbell A, Converse PE, Rodgers WL (1976): *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions*. New York : Russell Sage Foundation,:198.

Campbell SM, Clark S, Tindall EA, Forehand ME, Benneth RM (1983): Clinical characteristics of fibrositis I. A “blinded”, controlled study of symtons and tender points. *Arthritis Rheumatology*, 26, 817-24.

Carette S, McCain GA, Bell DA, et al.(1986): Evaluation of amitriptyline in primary fibrositis. *Arthritis Rheumatology*, 29, 655-659.

Cathey M.A, Wolfe F, Kleinheksel SM, Miller S, Pitetti KH (1988). Functional ability and work status in patients with Fibromyalgia. *Arthritis Care Research*; 1, 85-98.

Clark DC, Cavanaugh SV, Gibbons RD (1983): The core symptoms of depression in medical psychiatric patients. *Journal Nervaus and Mental Disorders*; 171, 705-713.

Clark S, Campbell SM, Forehand ME (1985): clinical characteristics of fibrositis. A "blinded" controlled study using standard psychological tests. *Arthritis Rheumatology*; 28, 132-137.

Chrousos GP (1992): Regulation and dysregulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Endocrinol Met Clin North Am*;4, 833-859.

Dailey PA, Bishop GD, Russell IJ, Fletchr EM (1990): Psychological stress and the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology* 17, 1380-1385.

Deluze CH, Bosia L, Zirbs A et al (1992): Electroacupuncture in fibromyalgia: results of contolled trial. *British Medical Journal* 305, 1249-1252.

Dinerman H, Goldenberg DL, Felson DT (1986): A prospective evaluation of 118 patients with the fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*;13, 368-373.

Drossman DA, Mckee DC, Sandler (1988): Psychological factors in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 95, 701-708.

Ellman P, Savage O :A, Wittkower E, Rodger T:F (1942): Fibrositis : a biographical study of fifty civilian and military cases from the rheumatic unit. St. Stephen,s hospital and military hospital, *Anuario. Rheumatology. Disorders.* 3, 56-76.

Esteve-Vives J, BattleGualda E, Reig A and the grupo para la adaptación del HAQ a la población española: Spanish version of the health Assesment Questionnaire (1993): Reability, validity and transcultural Equivalency. *Journal of. Rheumatology*, 20, 2116-2122.

Fassbender H G, Wegner K (1973): Morphologie und Pathogenese des Weichteilrheumatismus. *Z Rheumaforsch* 32, 355-374.

Ferraccioli G, Cavalieri F, Salaffi F, et al (1990): Neuroendocrine findings in primary fibromyalgia and in other chronic rheumatic conditions (rheumatoid arthritis, low back pain), *Journal of Rheumatology*, 17, 869-873.

Ferraccioli G, Ghirelli L, Scita F, et al.(1987): EMG-biofeedback training in fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology.*, 14, 820-825.

Flanagan JC (1978): A research approach to improving our quality of life. *American Psychological*; 33, 138-147.

Fossaluzza V, De Vita S (1992): Combined therapy with ciclobenzaprine and ibuprofen in primary fibromyalgia syndrome. *Int J Clin Pharm Res*, 12, 99-102.

Fries JF, Spitz PW, Kraines RG (1980): Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheumatolog*; 23, 137-145.

Garvey MJ, Schaffer CB and Tuason VB (1983). Relationship of headaches to depression. *British Journal Psychiatric*, 143, 544-547.

Gatter RA (1986): Pharmacotherapeutics in fibrositis. *American Journal Medical.*, 81, 63-66.

Goldenberg DL(1989): Treatment of fibromyalgia syndrome, *Rheumatology. Diseases. Clinical. North. American*, 15, 61-71.

Goldenberg DL, Felson DT, Dinerman H (1986): A randomized, controlled trial of amitriptiline and naproxen in the treatment of patients with Fibromyalgia. *Arthritis Rheumatology*, 29, 1371-1377.

Goldenberg DL. Controversies in the fibromyalgia and myofascial pain syndrome. De evaluation and treatment of chronic pain.

Gowers, W.R. (1904), Lumbago: its lessons and analogues, *British. Medical. Journal*. 1, 117-121.

Griep EN, Boersma JW, de Kloet ET (1993): Pituitary-adrenal and sympathetic-adrenal responses to physical exercise in patients with primary fibromyalgia syndrome. *British Journal Rheumatology* (suple. 68).

Haanen HBC, Hoenderdos TW, Van Romuden LKJ et al (1991): Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 18, 72-75.

Hauri P, Hawkins DR (1973): Alpha-delta sleep. *Electroenceph Clin Neurophysiol* 24, 233-237.

Hazlett RL, Haynes SN (1992): A time-series analysis of the stressors-physical symptoms association. *Journal Behavior Medical*, 15, 541-8.

Hernanz W, Valenzuela A, Quijada J, García A, de la Iglesia JL, Gutierrez A et al (1994). Lymphocyte subpopulations in patients with primary fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 21, 2.122-2.124.

Hidding A, Van Saten M, de Klerk E et al (1994): Comparison between self-report measures and clinical observations of functional disability in ankylosing spondylitis, rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *Journal of Rheumatology* 21, 818-823.

Hudson JI, Hudson MS, Pliner LF et al (1985): Fibromyalgia and major affective disorder : a controlled phenomenology and family history study. *American Journal Psychiatric*; 142, 441-446.

Kirmayer JL, Robbins JM, Kapusta MA (1988): Somatization and depression in fibromyalgia syndrome. *American Journal Psychiatric*; 145, 950-954.

Klein R, Bansch M, Berg PA (1992): Clinical relevance of antibodies against serotonin and gangliosides in patients with primary fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology* 17, 593-598.

Labrador FJ, Fernández-Abasacal EG, Cruzado JA, Vallejo MA (1987): Trastornos psicofisiológicos: Patrones comportamentales básicos. En J. Santacreu (De.). *Modificación de conducta y psicología de la salud*. Valencia: Promolibro.

Lazarus RS, Folkman, S (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona : Martínez Roca (orig. 1984).

Lennon et al, 1990. (internet).

Littlejohn GO : Fibrositis / Fibromyalgia in the workplace. *Rheumatology Diseases Clinical North American* 15, 45-60.

Locke HJ, Wallace KM (1959): Short marital-adjustment and prediction test: their reliability and validity. *Marriage and family living*, 251-255.

Lund N, Bengtsson A, Thorborg P (1986): Muscle tissue oxygen pressure in primary fibromyalgia. *Scandiavy Journal Rheumatology* 15, 165-173.

Makela M, Heliovaara M (1991): Prevalence of Fibromyalgia in the finnish population. *British Medical Journal* 303, 216-219.

Mason JH, Anderson JJ, Meenan RF (19988): A model of health status for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatology*;31, 714-720.

McCain GA (1989): Non-medical treatments in primary fibromyalgia, *Rheumatology. Diseases. North .American.*, 15, 73-90.

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

McCain GA, Tilbe KS (1989): Diuranl hormone variation in fibromyalgia syndrome : a comparison with rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*; 16, 154-157.

Meenan RF, Gertman PM, Mason JH (1980): Measuring health status in arthritis : The arthris impact measurement scales. *Arthritis Rheumatology*;23, 146-152.

Meenan RF, Gertman PM, Mason JH, Dunaif R (1982): The Arthris Impact Measurements Scales: Further investigations of health status measure. *Arthritis Rheumatology*, 25, 104810-53.

Merskey H (1989) . Physical and psychological considerations in the classifications of fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*; 16, 72-79.

Moldofski H, Scarisbrisk P (1976): Indution of neurasthenic Musculoskelatal pain syndrome by selective sleep stage deprivation. *Psychosomatic Medical* 38, 35-44.

Moldofsky H, Lue FA (1980): The relationship of alfa and delta EEG frequencies to pain and mood in "fibrositis" patients treated with chorpromazine and L-tryptophan. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 50, 71-80.

Moldofsky H, Scarisbrick P, England R et al, (1976): Indution of neurasthenic musculoskeletal pain syndrome by selective sleep stage deprivation. *Psychosomatic Medical*, 38: 35-44.

Moldofsky H (1989): Sleep and fibrositis syndrome. *Rheumatology Diseases Clinical North American* 15, 91-103.

Muller W (1987). The fibrositis syndrome: diagnosis, differencial diagnosis and pathogenesis. *Scandinavy Journal Rheumatology*, 65, 40-53.

Naranjo A, Rodriguez C, Ojeda S (1992). Síndrome de Fibromialgia. *Anuario Médico Internacional (Madrid)*; 9, 95-100.

Nibbelink DW, Strickland SC (1980): Ciclobenzaprine (Flehxeril) report of a postmarketing surveillance program. *Currnt Ther Res*, 28, 894-903.

Nicasio PM, Wallston KA, Callahan LF, Herbert M, Pincus T (1985): The measurement of helplessness in rheumatoid arthritis. The development of the arthritis helplessness index. *Journal of Rheumatology*;12, 462-467.

Nicassio PM, Radojevic V, Weisman MH, Schuman C, Kim J, Schoenfeld-Smith K, Krall T (1997): A comparison of behavioral and educational interventions for fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*; 24, 2000-2007.

Nichols DS, Glenn TM (1994). Effects of aerobic exercise on pain perception, affect, and level disability in individuals with fibromyalgia. *Phys Ther*; 74, 327-332.

Nielson WR, Walker C, McCain GA (1992): Cognitive behavioral treatment of fibromyalgia syndrome : preliminary findings. *Journal of Rheumatology*, 19, 98-103.

Nishikai M (1992): Fibromyalgia in Japanese. *Journal of Rheumatology* 18, 353-360.

Pastor MA, Salas E, López S et al (1993): Patients beliefs about their lack of pain control in primary Fibromyalgia Syndrome. *British Journal Rheumatology*, 32, 484-489.

Patrick DL, Deyo RA (1989): Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care*; 27, 217-232.

Payne TC, Leavitt F, Garron DC, Katz RS, Golden HE, Glickman PB, Vanderplate C (1982). Fibrositis and psychologic disturbance. *Arthritis. Rheumatology*, 25, 213-217.

Pérez F, Calabozo M, Alonso A, Herrero A, Ruiz E, Oterín I (1995). High prevalence of undetected carpal tunnel syndrome in patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*; 22, 501-504.

Pescott E, Kjoler M, Jacobsen S, Bulow P, Danneskiold-Samsoe B, Kamper-Jorgensen F (1993): Fibromyalgia in the danish population. A prevalence study. *Scandinavian Journal Rheumatology* 22, 233-237.

Philips C and Hunter M (1982). A psychophysiological investigation of tension headache. *Headache*, 22, 162-165.

Quijada J, Valenzuela A, Hernanz W, Povedano J, Fernández A, Moreno I et al. (1994) Prevalencia del síndrome del túnel carpiano en la fibromialgia primaria. *Revista Española de Reumatología*, 21, 49-52.

Quijada J, Valenzuela A, Povedano J, Fernández-Rodríguez A, Hernanz W, Gutierrez-Rubio A, de la Iglesia JL, García-López A (1998): Comparación de tenoxicán y bromazepán en el tratamiento de la fibromialgia : ensayo aleatorio, doble ciego, controlado con placebo. *Revista. Sociedad. Española. de Dolor* 5, 343-349.

Radloff LS (1977): The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psych Meas*; 1, 385-401.

Raspe H (1992). Rheuma epidemiologie in Europe. *Soz preventimed* 37, 168-78.

Richards JS, Nepomuceno C, Riles M, et al (1982): Assessing pain behavior: the UAB Pain behavior scale. *Pain*, 14, 393-398.

Robles J.L, Garcia de León M, Rodriguez Franco R, González A.I, del Valle L (1996). Estudio del sueño mediante técnicas de registro actométrico en pacientes afectos del Síndrome Fibromiálgico. *Vigilia Sueño*, 8, 16-20.

Rodriguez Franco R, Lanzas G, González AI, Atero F, Collado M, Cruzado JA (1996): Discapacidad percibida y Síndrome Fibromiálgico. *Medicina de Rehabilitación*. 2, 23-28.

Rodriguez Franco RJ (1994): Concepto y epidemiología del Síndrome Fibromiálgico. En *Fibromialgia*. De. Mulero J. ICN. Barcelona.

Rodriguez, R (1996): Los aminoácidos y el Síndrome Fibromiálgico : su posible papel patogénico. Tesis Doctoral. Universidad Complutense. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina. Junio.

Russell IJ, Fielcher EM, Michalek JE, McBroom PC, Hester GG (1991): Treatment of primary fibrositis/fibromyalgia syndrome with ibuprofen and alprazolam : A double-blind, placebo-controlled study. *Arthritis Rheumatology*, 34, 552-560.

Russell IJ, Michalek JE, Vipraio GH, et al (1989): Serum amino acids in fibrositis/fibromyalgia concentration, *Journal of Rheumatology* 16 , 158-163.

Russell IJ, Vaeroy H, Javors M, et al (1992): Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in fibromyalgia/fibrositis syndrome and rheumatoid arthritis, *Arthritis Rheumatology* 35, 550-556.

Santandrea S, Montrone F, Sarzi-Puttini P, et al (1993): A double-blind crossover study of two ciclobenzaprine regimens in primary fibromyalgia syndrome. *Revista Internacional Médica*, 21, 74-80.

Scudds RA, Rollman GB, Harth M, McCain GA (1987). Pain perception and personality measures as discriminators in the clasification of fibrositis. *Journal of Rheumatology*, 14, 563-569.

Scheuler W, Stinshoff D, Kubicki S (1983): The alfa sleep pattern. *Neuropsychobiol* 10, 183-189.

Schipper H, Llinch J, McMurry A and Levitt A (1984): Measuring the quality of life of cancer patients: The functional living index cancer, development and validation. *Journal of clinical*, 2, 472-483.

Sherman RA, Sherman CJ, and Bruno GM (1983). Psychological factors influencing phantom limb pain : an analysis of the literature. *Pain*, 28, 285-295.

Simms RW, Roy SH, Hrovat M, Andersson JJ, Skrinar G, LePoole SR, Zerbini CAF, De Luca C, Jolesz F (1994): Lack of association between fibromyalgia syndrome and abnormalities in muscle metabolism. *Arthritis Rheumatology* 37, 794-800.

Simons DG (1975): Muscle pain syndromes. Part 1. *American Journal Psysomatic Medical*, 54, 289-311.

Stockman, R (1904)., The causes pathology and treatment of chronic rheumatism. *Edinb. Medical. Journal*, 15, 107-116.

Tariot PN, Yocum D, Kalin NH (1986): Psychiatric disorders in fibromyalgia. *American Journal Psychiatric*; 145, 813-814.

Travells J (1952): Referred pain of skeletal muscle. *NY State Journal Medical*, 55, 331-339.

Uveges JM, Parker JC, Smarr KL, McGowan JF (1990): Phychological symptoms in primary fibromyalgia syndrome : Relationship to pain, life stress and sleep disturbance. *Arthritis Rheumatology*, 33; 1279-1283.

Uveges JM, Parker JC, Smarr KL, McGowan JF, Lyon MG, Irvin WS, Meyer AA, Buckelew SP, Morgan RB, Delmonico RL, Hewett JE, Kay DR (1990): Psychological

symptoms in primary fibromyalgia syndrome : Relationship to pain, life stress, and sleep disturbance. *Arthritis Rheumatology* 33, 1279-1283.

Vaeroy H, Helle R, Forre O, et al (1988): Elevated CFS levels of substance P and high incidence of Raynaud's phenomenon in patients with fibromyalgia : New features for diagnosis, *Pain* 32, 21-26.

Vlaeyen JWS, Teeken-Gruben NJG, Goossans MEFB, et al (1996): Cognitive-educational treatment of fibromyalgia : A randomized clinical trial. I. Clinical effects. *Journal of Rheumatology*; 23, 1237-1245.

Ware JC, Russel J, Campos E (1986): Alfa intrusions into the sleep of depressed and fibromyalgia syndrome patients. *Sleep Res* 15, 210.

Watson R, Liebmann KO, Jenson J (1985): Alfa-delta sleep : EEG characteristics, incidence, treatment, psychological correlates and personality. *Sleep Res* 14, 226.

Waylonis GW, Heck W (1992): Fibromyalgia Syndrome. New associations. *American Journal Physomatic Medical Rehabilitation* 71, 343-348.

White KP, Nielson WR (1995). Cognitive behavioral treatment of fibromyalgia syndrome: a followup assessment. *Journal of Rheumatology*, 22, 717-720.

Wolfe F (1988): Fibromyalgia : Whither treatment ?, *Journal of Rheumatology.*, 15, 1047-1049.

Wolfe F (1994): When to diagnose fibromyalgia. *Rheumatology Diseases Clinical North American*;20, 485-501.

Wolfe F, Cathey MA, Kleinheksel SM (1984): Fibrositis in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*. 11, 814-818.

Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennet RM, Bombardier C, Goldenberg DM, Tugwell P (1990): The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the Clasification of Fibromyalgia Report of the multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheumatology*, 3, 160-72.

Wolfe F. *Fibromyalgia* (1989): The clinical Syndrome. *Rheumatology Diseases Clinical North American* 15, 1-18.

Yunus M, Masi AT, Calabro SS, Miller KA, Feigenbaun SL (1981): Primary Fibromyalgia : Clinical study of 50 patients with matched normal control. *Sem Arthritis Rheumatology* 11, 151-169.

Yunus MB (1994): Clinical features, laboratory test diagnostic and patophysiological machanism. En *Myofascial pain and Fibromyalgia. Trigger Point managenent*. De Rachin ES. Moslet. Londres, pag 3-31.

Yunus M, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, Feingerbaum, SL (1981): Primary fibromyalgia : clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Sem. Arthr. Rheum.*, 11, 151-169.

Yunus MB (1983): Fibromyalgia syndrome : a need for uniform classification. *Journal of Rheumatology*, 10, 841-844.

Yunus MB (1992): Towards a model of pathophysiology of fibromyalgia : aberrant central pain mechanisms with peripheral modulation. *Journal of Rheumatology* 19, 846-850.

Yunus MB, Dailey JW, Aldag JC, et al (1992): Plasma tryptophan and other amino acids in primary fibromyalgia : A controlled study, *Journal of Rheumatology* 19, 90-94.

Yunus MB, Kalyan-Raman UP (1989): Muscle biopsy findings in primary fibromyalgia and another forms of nonarticular rheumatism. *Rheumatology Diseases Clinical North American*, 15, 115-134.

Yunus MB, Masi AT (1992): Fibromyalgia, restless legs syndrome, periodic limb movement disorder and psychogenic pain. In McCarty DJ Jr, Koopman WJ, editors : *Arthritis and allied conditions : a textbook of rheumatology*, Philadelphia, Lea&Febiger, 1383-1405.

Yunus MB, Masi AT, Aldag JC (1989): Short term effect of ibuprofen in primary fibromyalgia syndrome : a double blind, placebo controlled trial, *Journal of Rheumatology.*, 16, 527-532.

Yunus, MB (1992): Towards a model of pathophysiology of Fibromyalgia: Aberrant central pain mechanisms with peripheral modulation. *Journal of Rheumatology*, 16, 846-850.

ANEXOS

ANEXO 0

ABREVIATURAS UTILIZADAS EN LAS TABLAS:

FARMA: tratamiento farmacológico.

DESAC: tratamiento de desactivación fisiológica y cognitiva.

MULTI: tratamiento psicológico completo.

MOVMED: media del dolor a través de los autorregistros de dolor-actividad.

TP: intensidad de los puntos sensibles a la presión.

NTP: número de puntos sensibles a la presión.

BDI: puntuación obtenida en la Escala de Depresión de Beck. (Conde y Franch, 1984).

DEPRE: puntuación obtenida en la subescala de depresión del SCL-90-R. (Derogatis, 1977).

DEPRESIO: puntuación obtenida en la pregunta sobre depresión de la entrevista médica.

DEPRI: puntuación obtenida en la subescala de depresión de la Escala del Impacto de la Artritis (EMIA). (Meenan, Gertman, Mason, Dunaif, 1982).

STAI-R: puntuación obtenida en el cuestionario de ansiedad rasgo de Spielberg. (Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1988).

ANSI: puntuación obtenida en la subescala de ansiedad de la Escala del Impacto de la Artritis.). (Meenan, Gertman, Mason, Dunaif, 1982).

ANSIEDAD: puntuación obtenida en la pregunta sobre ansiedad en la entrevista médica.

ANXIE: puntuación obtenida en la subescala de ansiedad del SCL-90-R. (Derogatis, 1977).

SOMATIZA: puntuación obtenida en la subescala de somatización del SCL-90-R. (Derogatis, 1977).

OBSESION: puntuación obtenida en la subescala de obsesión del SCL-90-R. (Derogatis, 1977).

SENSIB: puntuación obtenida en la subescala de sensibilidad interpersonal del SCL-90-R. (Derogatis, 1977).

HOSTIL: puntuación obtenida en la subescala de hostilidad del SCL-90-R. (Derogatis, 1977).

FOBIA: puntuación obtenida en la subescala de fobia del SCL-90-R.

PSICOT: puntuación obtenida en la subescala de psicoticismo del SCL-90-R. (Derogatis, 1977).

PARAN: puntuación obtenida en la subescala del SCL-90-R. (Derogatis, 1977).

ADICIONAL: puntuación obtenida en la subescala de síntomas adicionales del SCL-90-R. (Derogatis, 1977).

GSI: índice global de psicopatología del SCL-90-R. (Derogatis, 1977).

EST. PERSONAL: puntuación del estrés personal medido a través de la escala autoaplicada de evaluación del estrés del "Department of mental health of California" (1981).

EST. FAMILIAR: puntuación del estrés familiar a través de la escala autoaplicada de evaluación del estrés del "Department of mental health of California" (1981).

EST. TRABAJO: puntuación del estrés en el trabajo a través de la escala autoaplicada de evaluación del estrés del "Department of mental health of California" (1981).

EST. TOTAL: puntuación del estrés total a través de la escala autoaplicada de evaluación del estrés del "Department of mental health of California" (1981).

MOLESTOS: puntuación total del estrés cotidiano medido a través de la escala de acontecimientos molestos (Kanner et al, 1981).

NUMOLESTOS: número de acontecimientos molestos medido a través de la escala de acontecimientos molestos (Kanner et al, 1981).

RAZOIN: intensidad de los acontecimientos molestos medido a través de la escala de acontecimientos molestos (Kanner et al, 1981).

ACT: puntuación obtenida en la estrategia de autocontrol del cuestionario de estrategias de afrontamiento (CSQ) (Rosenfield and Keefe, 1983).

ATEN: puntuación obtenida en la estrategia de distracción de la atención del cuestionario de estrategias de afrontamiento (CSQ) (Rosenfield and Keefe, 1983).

IGNO: puntuación obtenida en la estrategia de ignorar sensaciones de dolor del cuestionario de estrategias de afrontamiento (CSQ) (Rosenfield and Keefe, 1983).

REZO: puntuación obtenida en la estrategia de rezos y esperanzas del cuestionario de estrategias de afrontamiento (CSQ) (Rosenfield and Keefe, 1983).

CATASTR: puntuación obtenida en la estrategia de catastrofizar del cuestionario de estrategias de afrontamiento (CSQ) (Rosenfield and Keefe, 1983).

REIN: puntuación obtenida en la estrategia de incrementar las conductas de dolor del cuestionario de estrategias de afrontamiento (CSQ) (Rosenfield and Keefe, 1983).

REINT: puntuación obtenida en la estrategia de reinterpretación de las sensaciones dolorosas del cuestionario de estrategias de afrontamiento (CSQ) (Rosenfield and Keefe, 1983).

ACTIVI: puntuación obtenida en la estrategia de aumento de actividad del cuestionario de estrategias de afrontamiento (CSQ) (Rosenfield and Keefe, 1983).

MOVIL: puntuación obtenida por la subescala de movilidad de la Escala de Medida del Impacto de la Artritis. (Meenan, Gertman, Mason, Dunaif, 1982).

ACTIVID: puntuación obtenida en la subescala de nivel de actividad física medida por la Escala de Medida del Impacto de la Artritis. (Meenan, Gertman, Mason, Dunaif, 1982).

DESTREZA: puntuación obtenida en la subescala de destreza de la Escala de Medida del Impacto de la Artritis. (Meenan, Gertman, Mason, Dunaif, 1982).

CASERA: puntuación obtenida en la subescala de actividades caseras de la Escala de Medida del Impacto de la Artritis. (Meenan, Gertman, Mason, Dunaif, 1982).

SOCIAL: puntuación obtenida en la subescala de actividades sociales de la Escala de Medida del Impacto de la Artritis. (Meenan, Gertman, Mason, Dunaif, 1982).

ADL: puntuación obtenida en la subescala de actividades de la vida diaria de la Escala de Medida del Impacto de la Artritis. (Meenan, Gertman, Mason, Dunaif, 1982).

PAIN: puntuación obtenida en la subescala de dolor de la Escala de Medida del Impacto de la Artritis. (Meenan, Gertman, Mason, Dunaif, 1982).

P46: puntuación obtenida en la pregunta ¿cómo le afecta el dolor en su estado de salud? de la de la Escala de Medida del Impacto de la Artritis. (Meenan, Gertman, Mason, Dunaif, 1982).

EMIA: puntuación total de la Escala de Medida del Impacto de la Artritis. (Meenan, Gertman, Mason, Dunaif, 1982).

EMIAFIS: puntuación total de la dimensión física de la Escala de Medida del Impacto de la Artritis. (Meenan, Gertman, Mason, Dunaif, 1982).

EMIAPSI: puntuación total de la dimensión psíquica Escala de Medida del Impacto de la Artritis. (Meenan, Gertman, Mason, Dunaif, 1982).

HAQ: puntuación total del Cuestionario de Salud de Stanford.

FIQ: Cuestionario del Impacto de la Fibromialgia.

DOLOR: puntuación de la pregunta ¿cómo ha sido su dolor en la última semana?.

CANSANCIO: ¿cómo se ha sentido de cansada?.

DESACANSADA: ¿cómo se ha levantado de descansad de la cama ?.

RÍGIDA: ¿cómo se ha sentido de rígida o envarada?

NERVIOSA: ¿cómo se ha sentido de nerviosa?

DEPRIMIDA: ¿cómo se ha sentido de deprimida?

TRABAJO: ¿cómo le afectó el dolor en el trabajo fuera de casa?

CASA: ¿cómo le afectó el dolor en las tareas de casa?

DIASBIEN: ¿cuántos días se ha sentido bien, en esta última semana?

DEJARTRABAJO: ¿cuántos días ha dejado de ir a trabajar por el dolor, en esta última semana?

XDORMIR: media del sueño total (en minutos) medido por el registro del sueño.

XMINUTOS: media de los minutos que tardaron en dormirse medido por los registros del sueño.

XVECESDESP: media de las veces que se despertaron durante la noche medido por los registros del sueño.

XTIEMPO: media del tiempo que estuvieron despiertos durante la noche medido por el registro del sueño.

XCALIDAD: media de la puntuación obtenida en la pregunta de calidad del sueño, medida por el registro del sueño.

XDESACAN: media de la puntuación obtenida en la pregunta ¿cómo se han levantado de descansados esta mañana? medida por el registro del sueño.

XDIFICUL: media de la puntuación obtenida en la pregunta ¿cómo fue para ellos de difícil quedarse dormidos la noche anterior? medida por el registro del sueño.

XACTMENTAL: media de la puntuación obtenida en la pregunta ¿qué grado de activación mental tenían el día anterior, cuando se fueron a dormir? medida por el registro del sueño.

XTENSION: media de la puntuación obtenida en la pregunta ¿qué grado de tensión física tenían el día anterior, cuando se fueron a dormir? medido por el registro del sueño.

XFUNCION: media de la puntuación obtenida en la pregunta ¿cómo estuvieron funcionando ayer en general? medido por el registro de sueño.

DORMIR: puntuación obtenida de la pregunta ¿cuánto tiempo duermen (en minutos) por norma general, realizada en la entrevista médica.

TIEMPODOR: puntuación obtenida de la pregunta ¿cuánto tiempo tardan en quedarse dormidos en minutos?, realizada en la entrevista médica.

MATERIAL UTILIZADO EN LA EVALUACIÓN

ANEXO 1

**SERVICIO DE REUMATOLOGIA. HOSPITAL MILITAR CENTRAL "GOMEZ ULLA"
UNIDAD DE FIBROMIALGIA.**

1.- IDENTIFICACION.-

APELLIDOS: **NOMBRE:**
DIRECCION: **DP:** **TEL:**

2.- SOCIALES.-

EDAD:	SEXO: MUJER			HOMBRE	
ESTADO CIVIL:	Casado	Soltero	Divorciado	Viudo	Otros
Nº DE HIJOS:	Edad del mayor:		Edad del menor ...		
NIVEL ESTUDIOS	Analfabeto	Primarios	BUP-F.P.	E.Universitarios medios	Universitarios
NIVEL ESTUDIOS DEL MARIDO	Analfabeto	Primarios	BUP-F.P.	E.Universitarios medios	Universitarios
TRABAJO	No trabaja	Manual	Subalterno	Administrativo	Técnico

3.- CLINICAS.-

DOLOR:
 * **MOTIVO DE CONSULTA:**
 * **DIFUSO:** SI NO
 * **VAS:**
 * **COMIENZO:** Agudo Crónico
 * **TIEMPO DE EVOLUCION:**
 * **INTENSIDAD:** Nula Leve Moderada Severa
 * **PERIODOS ASINTOMATICOS:** SI NO **DURACION (meses):**
 * **CAUSA PRECIPITANTE:**

LOCALIZACION:

* COLUMNA CERVICAL:	SI	NO	VAS:
* COLUMNA LUMBAR:	SI	NO	VAS:
* PARED TORACIA:	SI	NO	VAS:
* MIEMBROS SUPERIORES:	SI	NO	VAS:
* MIEMBROS INFERIORES:	SI	NO	VAS:

RIGIDEZ (duración):

SINTOMAS ASOCIADOS:

* FATIGA:	Nunca	A veces	Frecuente	Siempre	Aparición	Matutina	Vespertina
	Constante						

UNIDAD DE FIBROMIALGIA.

* <i>Ansiedad</i>	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuente</i>	<i>Siempre</i>
* <i>Depresión</i>	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuente</i>	<i>Siempre</i>
* <i>Parestesias</i>	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuente</i>	<i>Siempre</i>
* <i>Urgencia Miccional</i>	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuente</i>	<i>Siempre</i>
* <i>Palpitaciones</i>	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuente</i>	<i>Siempre</i>
* <i>Vertigos</i>	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuente</i>	<i>Siempre</i>
* <i>Inapetencia sexual</i>	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuente</i>	<i>Siempre</i>
* <i>Sensación subjetiva de inflamación articular</i>	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuente</i>	<i>Siempre</i>
* <i>Colón irritable</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>		
* <i>Fenómeno de Raynaud</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>		
* <i>Síndrome seco</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>		
* <i>Hipocondría</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>		
* <i>Dismenorrea</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>		
* <i>Cefaleas</i>	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuente</i>	<i>Siempre</i>
				<i>Tipo: Tensional Migraña</i>

SUEÑO:

¿ **DUERME BIEN ?** . *Si* . *No*

¿ **TIENE DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO ?** . *Nunca* . *A veces* . *Frecuente* . *Siempre*

¿ **TOMA ALGUNA MEDICACION PARA DORMIR ?** . *Nunca* . *A veces* . *Frecuente* . *Siempre*

¿ **LE DESPIERTA POR LA NOCHE EL DOLOR ?** . *Nunca* . *A veces* . *Frecuente* . *Siempre*

¿ **EL SUEÑO ES REPARADOR ?** . *Nunca* . *A veces* . *Frecuente* . *Siempre*

¿ **QUE TIEMPO TARDA EN DORMIRSE ?**

Nº DE HORAS DE SUEÑO POR LAS NOCHES

ALTERACIONES MUSCULARES:

DOLOR MUSCULAR . *Si* . *No*

DOLOR MUSCULAR CON EL EJERCICIO . *Si* . *No*

DOLOR MUSCULAR RETARDADO CON EL EJERCICIO . *Si* . *No*

FATIGABILIDAD CON EL EJERCICIO . *Si* . *No*

CALAMBRES . *Nunca* . *A veces* . *Frecuente* . *Siempre*

**SERVICIO DE REUMATOLOGIA. HOSPITAL MILITAR CENTRAL "GOMEZ ULLA"
UNIDAD DE FIBROMIALGIA.**

EXPLORACION:

PUNTOS FIBROMIALGICOS

Occipucio izq. 1 2 3 4 5
Occipucio dcho. 1 2 3 4 5
Cervical izq. 1 2 3 4 5
Cervical dcho. 1 2 3 4 5
Trapezio izq. 1 2 3 4 5
Trapezio dcho. 1 2 3 4 5
Supraespinoso izq. 1 2 3 4 5
Supraespinoso dcho. 1 2 3 4 5
2ª Costilla izq. 1 2 3 4 5
2ª Costilla dcha. 1 2 3 4 5
Epicondilo izq. 1 2 3 4 5
Epicondilo dcho. 1 2 3 4 5
Gluteo izq. 1 2 3 4 5
Gluteo dcho. 1 2 3 4 5
Trocarter izq. 1 2 3 4 5
Trocarter dcho. 1 2 3 4 5
Grasa medial rodilla i. 1 2 3 4 5
Grasa medial rodilla d. 1 2 3 4 5

PUNTOS CONTROL

Antebrazo. 1 2 3 4 5
Pulgar 1 2 3 4 5
Arco Ciliar 1 2 3 4 5
3Er MTT 1 2 3 4 5

PLIEGUE CUTANEO DOLOROSO . Si . No

HIPEREMIA REACTIVA .Si . No

ANEXO 2

ENTREVISTA DE FIBROMIALGIA

Fecha: _____

DATOS DEMOGRÁFICOS:

APELLIDOS y NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ PROFESIÓN: _____

EDAD: _____

SEXO: Mujer (1) Varón (2)

ESTADO CIVIL:

- | | |
|---------------------|-----|
| Casado | (1) |
| Soltero | (2) |
| Viuvo | (3) |
| Separado/Divorciado | (4) |

Nº HIJOS: _____ EDADES: _____

CONVIVENCIA:

- | | |
|---------------|-----|
| Pareja/Marido | (1) |
| Hijos | (2) |
| Padres | (3) |
| Amiga/o | (4) |
| Solo | (5) |
| Otros | (6) |

ESTUDIOS:

- | | |
|------------------------------|-----|
| Ninguno | (1) |
| Primarios | (2) |
| EGB (Bachiller Elemental) | (3) |
| BUP/COU (Bachiller Superior) | (4) |
| Estudios Superiores | (5) |

SITUACIÓN LABORAL:

- | | |
|-------------------------|-----|
| Activo | (1) |
| Nunca Activo | (2) |
| Inactivo más de 1 año | (3) |
| Inactivo menos de 1 año | (4) |
| Estudiante | (5) |

INGRESOS ECONÓMICOS:

- | | |
|-----------------------------|-----|
| Más de 300.000 Pts. | (1) |
| 200.000 Pts. a 300.000 Pts. | (2) |
| 100.000 Pts. a 200.000 Pts. | (3) |
| Menos de 100.000 Pts. | (4) |

DESCRIPCIÓN DEL DOLOR

DESCRIBA CON SUS PROPIAS PALABRAS CUÁLES SON SUS PROBLEMAS FÍSICOS ACTUALES.

DESCRIBA CON SUS PALABRAS CÓMO ES EL DOLOR QUE SIENTE:

- | | |
|----------------|------------|
| Banda apretada | Mordisco |
| Pinchazos | Palpitante |
| Calambres | Tirante |
| Caliente | Escozor |
| Frio | Lacerante |

INTENSIDAD MEDIA (0-10): _____

INTENSIDAD MÁXIMA (0-10): _____

FRECUENCIA POR DÍA/SEMANA/MES: _____

DURACIÓN MEDIA DE CADA EPISODIO (En horas): _____

CURSO DEL DOLOR:

- Constante
- Empeoramiento progresivo
- Empeoramiento repentino
- Mejora gradual
- Fluctuante

SÍNTOMAS ASOCIADOS:

	Con FM	Sólo	No
Náuseas			
Mareos			
Sentirse desganado			
Miedo			
Sudoración			
Entumecimiento			
Bradycardia			
Sensibilidad a la luz			
Somnolencia			
Diarrea			
Trastornos digestivos			
Acidez estomacal			
Desmayos			

	Con FM	Sólo	No
Vómitos			
Visión Borrosa			
Sequedad de boca			
Respiración agitada			
Alteraciones visuales			
Taquicardia			
Sensibilidad al ruido			
Irritabilidad			
Insonmio			
Estreñimiento			
Temblores			
Trastornos en micción			

ANTECEDENTES:

Disminuya = (-)

Agrava = (+)

No afecta = (*)

	(+)	(-)	(*)
HORAS			
Mañana			
Tarde			
Noche			
DÍAS			
Semana			
Fin de semana			
VACACIONES			
EPOCAS DEL AÑO			
EJERCICIO FÍSICO			
TRABAJO			
CICLO MENSTRUAL			
RELAJACIÓN			
PREOCUPACIONES			
CONCENTRACIÓN			
LEER/ESTUDIAR			
EXCITACIÓN			
PELEAS			
ENFADOS			
TOMAR EL SOL			
BAÑOS CALIENTES			
ACTO SEXUAL			
COMIDAS/BEBIDAS			
ALCOHOL			
FATIGA			
CALOR			
FRIO			
HUMEDAD			
CAMBIOS ATMOSFÉRICOS			
DORMIR MAL			
PROBLEMAS ECONÓMICOS			
ESTADO DE HUMOR:			
Contenta			
Triste			
Nerviosa			
OTROS			

CONSEQUENTES:

ACTIVIDADES ALTERADAS	SI/NO	0 - 10
Ejercicio Físico		
Trabajo		
Ocio		
Pareja		
Actividad Sexual		
Relaciones Sexuales		
Sueño		
Tareas Domésticas		
Economía		
Estado Afectivo:		
Deprimido		
Nervioso		
Otros		

EJERCICIO FÍSICO

	Tipo	Duración	Frecuencia Semanal
1.			
2.			
3.			

HÁBITOS DE SALUD:

Cigarrillos por día: _____

Tazas de café/té por día: _____

Píldora anticonceptiva: _____

Drogas estimulantes: no

Ingesta alcohol: Frecuencia: _____

Cantidad: _____

RUTINA DIARIA: Desarrollo y horario de un día normal. _____

USO DE ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO AL DOLOR:

	Tipo	Tiempo para controlar el dolor	Efectividad (0-10)
1.	<u>no</u>		
2.	<u>no</u>		
3.	<u>no</u>		
4.			

OBSERVACIONES: _____

USO DE MEDICACIÓN ACTUAL PARA EL DOLOR:

NOMBRE			
DURACIÓN			
EFFECTIVIDAD			

JUICIO DEL EVALUADOR ACERCA DE LA ACTITUD DEL PACIENTE HACIA LA MEDICACIÓN PARA EL DOLOR: _____

HISTORIA DEL PROBLEMA

¿CÓMO Y CUANDO SE INICIÓ?

CONDICIONES BIOLÓGICAS, PERSONALES, LABORABLES, ETC. EN EL MOMENTO DEL INICIO DEL DOLOR.

EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA.

MOMENTO MEJOR Y PEOR.

ASPECTOS GENERALES

PROBLEMAS DE SALUD DE LA FAMILIA RELACIONADOS CON EL DOLOR (Presentes y pasados).

HISTORIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA FAMILIA.

RELACIONES SOCIALES:

RELACIONES	SÍ/NO	FRECUENCIA SEMANAL	GRADO DE SATISFACCIÓN (0-10)
Familia			
Pareja			
Amigos			
Vecinos			
Compañeros de Trabajo			

¿CÓMO SABEN LAS PERSONAS QUE ESTÁN EN CONTACTO CON EL PACIENTE, QUE SUFRE DOLOR?

¿CÓMO REACCIONA LA FAMILIA ANTE LOS EPISODIOS DE DOLOR?

Distrayendo al paciente.

Alentando al paciente a ser activo a pesar del dolor.

Alentando al paciente a que evite ciertas acciones.

Ignorando al paciente.

Enfadándose con el paciente.

ESTRESORES RECIENTES Y ACTUALES (Familiares, Laborales, Económicos, Personales, Amistad, Ocio,

Tráfico/Transporte....):

TIPO	FECHA COMIENZO	REACCIÓN	ASOCIACIÓN CON EL DOLOR	FRECUENCIA SEMANAL	GRADO DE ESTRES (0-10)

OBSERVACIONES: _____

HISTORIA LABORAL

TIEMPO DE BAJA: _____

CANTIDAD DE TIEMPO o DÍAS DE TRABAJO PERDIDOS: _____

PLEITOS: _____

PROBLEMAS EN EL TRABAJO: _____

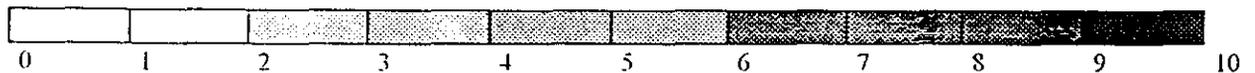
SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO: _____

MOTIVACIÓN PARA RETORNAR AL TRABAJO: _____

PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE SOBRE LA CAUSA, FUTURO Y DESARROLLO DEL DOLOR: _____

¿QUÉ ESPERA DEL TRATAMIENTO?: _____

EXPECTATIVAS DE LA TERAPIA:



¿QUÉ HARÍA USTED SI NO TUVIESE EL DOLOR?: _____

ANEXO 3

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

" GOMEZ ULLA "

SERVICIO DE REHABILITACION

Ha sido demostrado que el ejercicio fisico aérobico regular, mejora la sintomatología de la FIBROMIALGIA

Tiene ademas los siguiente beneficios:

- Da mayor energía
- Ayuda a frontar el stress
- Mejora la propia imagen
- Aumenta la resistencia a la fatiga
- Ayuda a luchar contra la ansiedad y la depresion
- Ayuda a relajarse y a mantenerse menos tenso
- Tonifica los músculos

Para conseguir buenos resultados:

- Se debe hacer ejercicios al menos 3 veces a la semana
- Empezar suavemente y aumentar persistentemente
- Conseguir la frecuencia cardiaca aconsejada, segun edad (ver tabla).
- Mantener esta frecuencia cardiaca (pulso) al menos entre 15 y 30 min.

Ejemplos de ejercicio aeróbico:

- Caminar
- Natación
- Bicicleta estática
- Paseo por el monte (Treking)
- Footing
- Remo
- Danza
- Salto con cuerda

VALORES ACONSEJADOS DE FRECUENCIA CARDIACA SEGUN EDAD

<u>EDAD</u>	<u>FRECUENCIA CARDIACA ACONSEJADA</u>		
20	120 - 150	latidos/	minuto
25	117 - 146	"	"
30	114 - 142	"	"
35	111 - 138	"	"
40	108 - 135	"	"
45	105 - 131	"	"
50	102 - 127	"	"
55	99 - 123	"	"
60	96 - 120	"	"
65	93 - 116	"	"
70	90 - 113	"	"

EJERCICIOS DE AUTOESTIRAMIENTO

A. MIEMBRO SUPERIOR

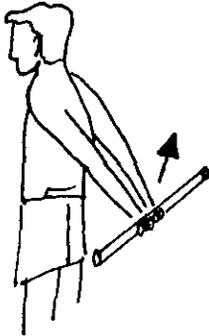
1. FLEXIÓN DE HOMBRO:

En bipedestación. Espalda recta. Pies ligeramente separados. Elevar el brazo con la mano dirigida encima de la cabeza. Mantener la posición 10 sg, ayudándonos traccionando con la mano del otro brazo. Repetir con el otro miembro superior.



2. EXTENSIÓN DE HOMBRO:

En bipedestación, manos cogidas por detrás de la espalda, codos estirados. Llevamos las manos hacia la cabeza y mantenemos la posición 10 sg.



3. ROTACIÓN EXTERNA DE HOMBRO:

Levantamos los brazos por encima de la cabeza y sujetando uno de ellos a la altura del codo, forzamos la posición de rotación externa. Mantenemos 10 sg. Repetir con el otro brazo.



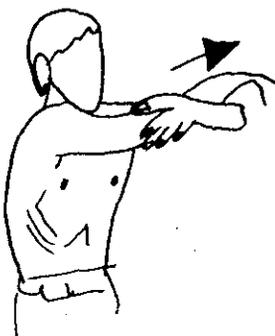
4. ROTACIÓN INTERNA DE HOMBRO:

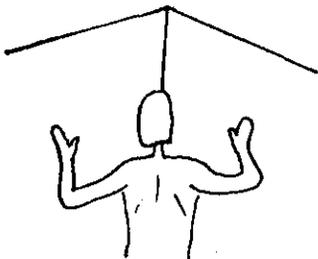
Cogemos las manos por detrás de la espalda, con los codos flexionados y forzamos la posición de rotación interna de hombro. Primero con un brazo y luego con el otro. Mantener 10 sg.



5. APROXIMACIÓN DEL BRAZO:

Colocamos el brazo horizontal y lo llevamos hacia el lado contrario, ayudándonos con la mano a forzar la posición. Mantener 10 sg. Repetir con el otro brazo.





6. PECTORALES:

Aprovechando la esquina de una habitación, apoyamos las manos en cada una de las paredes, con los codos flexionados y, dejamos caer el peso del cuerpo hacia adelante. Mantener 10 sg.



7. INTERCOSTALES Y SERRATOS:

Brazos estirados y levantados al máximo, espalda recta, inspiramos.

Relajamos los brazos al tiempo que espiramos.

Repetir 5 veces.

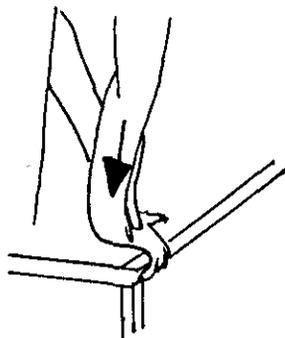


8. FLEXIÓN DORSAL DE LA MUÑECA:

Forzamos la posición de flexión de la muñeca, ayudándonos con la otra mano.

Mantener 10 sg.

Repetir con la otra mano.

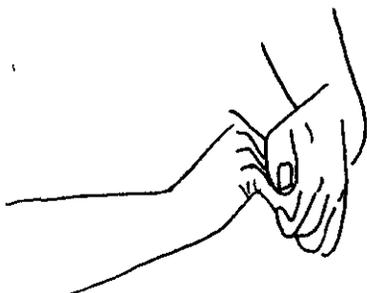


9. EXTENSIÓN DE LA MUÑECA:

Apoyamos la palma de la mano en una mesa, y aumentamos la presión con la otra mano.

Mantenemos 10 sg.

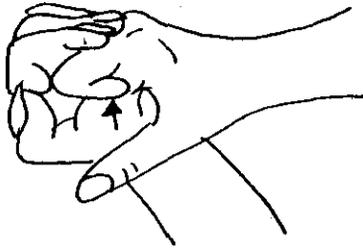
Repetir con la otra mano.



10. MOVILIZACIÓN DE LAS ARTICULACIONES MCF:

Cogemos los dedos de una mano en bloque y movemos la primera articulación, en flexión y extensión máximas.

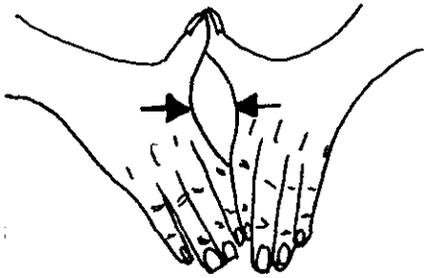
Repetir 5 veces.



11. MOVILIZACIÓN DE LAS ARTICULACIONES INTERFALÁNGICAS:

Movemos en flexión y extensión los dedos de una mano y después los de la otra.

Repetir 5 veces.



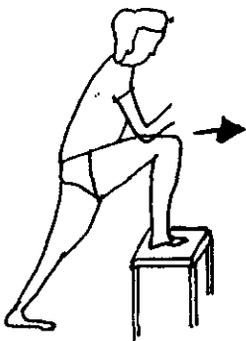
12. ESTIRAMIENTO EN ABDUCCIÓN Y EXTENSIÓN DEL PULGAR:

Juntamos el pulgar y el índice de una mano con los mismos dedos de la otra, tal y como indica el dibujo. Forzamos la posición.

Mantener 10 sg.

B. MIEMBRO INFERIOR

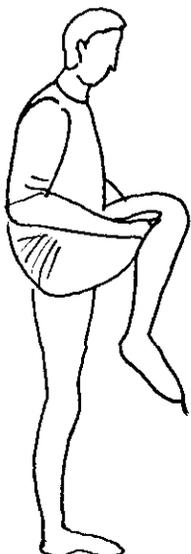
1. ESTIRAMIENTO DE GEMELOS:



Apoyamos un pie en el suelo y el otro en un taburete. Llevamos el peso del cuerpo hacia el pie del taburete. Mantenemos la posición 10 sg.

Repetir con la otra pierna.

2. GLUTEOS:



Llevamos la rodilla hacia el pecho, ayudándonos con un brazo. Con la otra mano nos sujetamos en la pared, para no perder el equilibrio. Mantener 10 sg.

Repetir con la otra pierna.

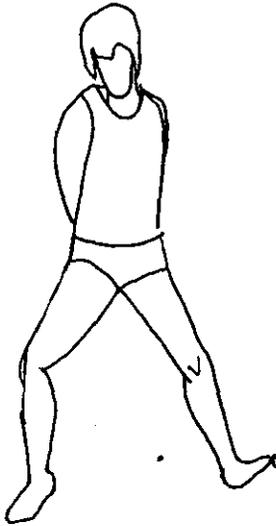


3. CUADRICEPS:

Cogemos el pie de una pierna con la mano del mismo lado, estirando la cadera y flexionando al máximo la rodilla. El otro pie apoyado en el suelo.

Mantener 10 sg.

Repetir con la otra pierna.



4. ADDUCTORES:

Colocamos los pies formando un ángulo de 90° en el suelo. La rodilla derecha se flexiona y dejamos caer el peso del cuerpo hacia el lado derecho. Notamos tensión de estiramiento en la parte interna del muslo izquierdo.

Mantener 10 sg.

Repetir con la otra pierna.



5. DECOAPTACIÓN DE LA CADERA:

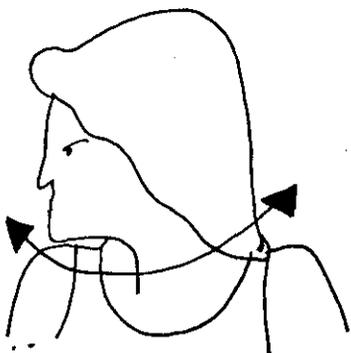
Nos ponemos de pie en un taburete, sobre un a sola pierna. La otra queda colgando por fuera. Realizamos con ella movimientos de circunducción dibujando círculos imaginarios con el pie en el aire.

Realizar durante 10 sg.

Repetir con la otra pierna.

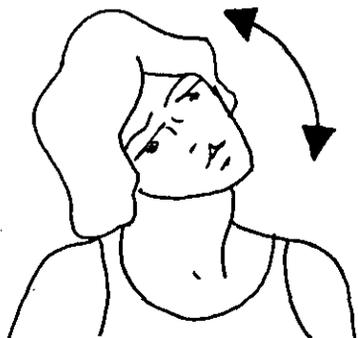
C:COLUMNA CERVICAL

1.ROTACIÓN:



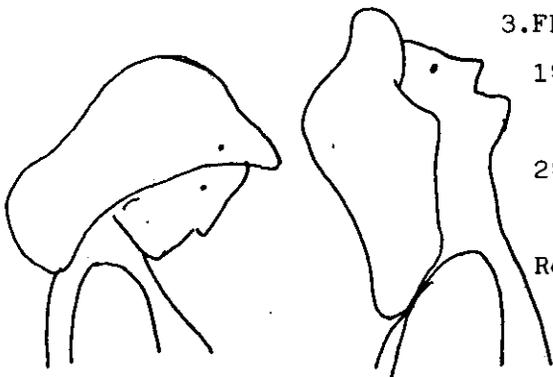
Mirar hacia un hombro y mantener 5 sg., aumentando progresivamente la rotación.
Repetir 3 veces de cada lado.

2.LATEROFLEXIÓN:



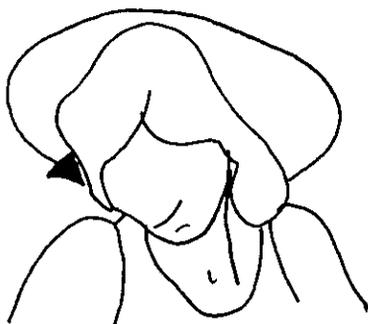
Intentar tocar el hombro con la oreja. Mantener 5 sg.
Repetir 3 veces de cada lado,

3.FLEXIÓN -EXTENSIÓN:



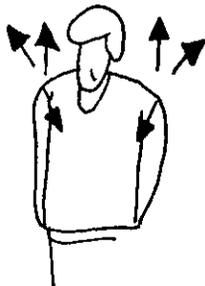
1º Intentar tocar el esternón con la barbilla.
Mantener 5 sg.
2º Intentar reposar la cabeza en la espalda.
Mantener 5 sg.
Repetir 3 veces.

4.CIRCUNDUCCIÓN:

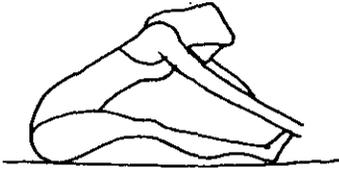


Movimiento combinado de los tres anteriores.
Realizar 3 veces para cada lado, lentamente.

5.MOVILIZACIÓN DE HOMBRO:



Brazos estirados a lo largo del tronco. Elevamos los hombros y realizamos movimientos de circunducción, durante 10 sg.



6. ISQUIOTIBIALES Y GEMELOS:

Sentados en una colchoneta, piernas estiradas, intentamos tocar con los dedos de las manos, los dedos de los pies.

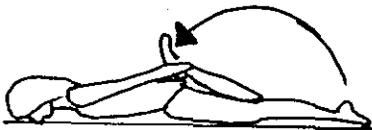
Mantener la posición 10 sg. en la postura de máxima tensión.



7. ADDUCTORES:

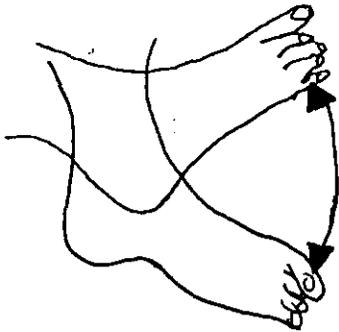
Decubito supino (boca arriba), rodillas flexionadas, plantas de los pies juntas. Dejamos caer las rodillas al lateral.

Mantener separadas 10 sg.



8. CUADRICEPS:

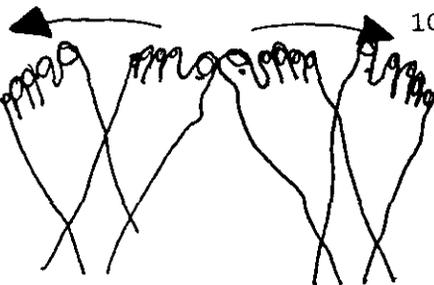
Decubito prono (boca abajo). Cogemos un pie con una mano, consiguiendo la máxima flexión de la rodilla. Mantener 10 sg. Repetir con la otra.



9. FLEXIÓN-EXTENSIÓN DE TOBILLO:

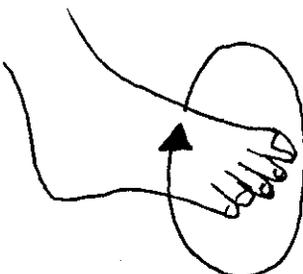
Decubito supino, realizamos movimientos de flexión y extensión de tobillo.

Repetir 10 veces, con los dos pies a la vez.



10. INVERSIÓN-EVERSIÓN DE TOBILLO:

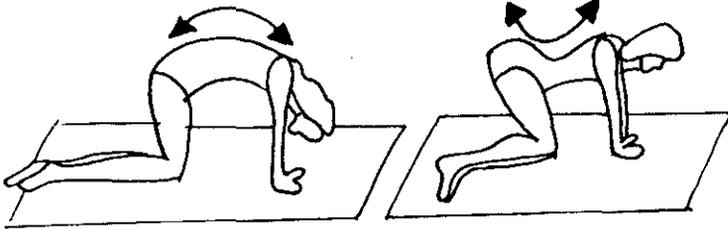
10 veces con cada pie.



11. CIRCUNDUCCIÓN DE TOBILLO:

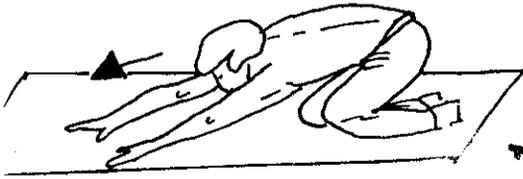
10 veces con cada pie.

D. COLUMNA DORSO-LUMBAR



1. EJERCICIO DEL GATO:

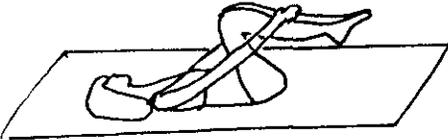
A cuatro patas, realizamos flexión y extensión máximas con todo el tronco, sin mover brazos ni piernas, durante 10 sg.



2. COLUMNA DORSAL:

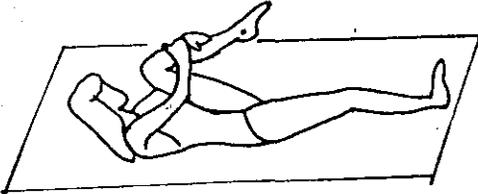
Sentados sobre los talones, brazos elevados por encima de la cabeza, vamos a tocar la colchoneta con las manos. Una vez abajo, gateamos con los dedos, hasta alcanzar el estiramiento máximo.

Mantener 10 sg.



3. COLUMNA LUMBAR:

Llevamos las dos rodillas hacia el pecho. Mantenemos la posición 10 sg., ayudándonos con las manos.



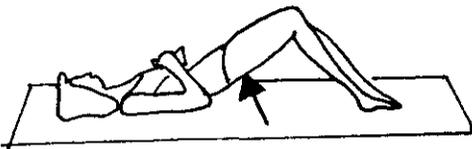
4. REGIÓN LUMBO-SACRA:

-Llevamos una rodilla al hombro del mismo lado. Mantener 10 sg., ayudándonos con los brazos. Repetir con la otra pierna.

-Llevar una rodilla al hombro del lado contrario. Mantener 10 sg, Repetir con la otra pierna.

-Coger un pie con las manos, con flexión de cadera y rodilla y rotación externa de cadera.

Mantener 10 sg. Repetir con la otra pierna.



5. EJERCICIO DE POTENCIACIÓN DE GLUTEOS:

Decubito supino con las rodillas flexionadas y los pies apoyados, elevar las caderas,

Mantener 3 sg. Repetir 10 veces.



6. EJERCICIO DE POTENCIACIÓN DE ABDOMINALES:

Decubito supino, rodillas flexionadas y pies apoyados.

Manos cruzadas al pecho. Levantamos el tronco.

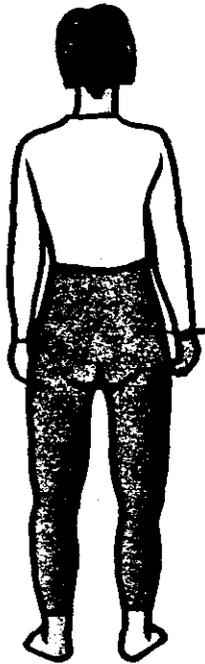
Mantenemos arriba.

Repetir 10 veces.

MALA POSTURA:



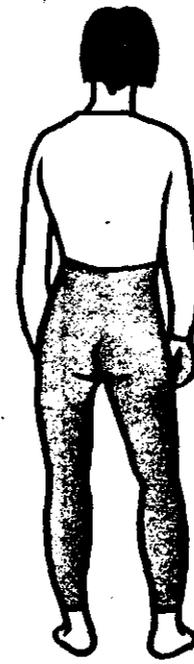
El defecto más común, la típica oscilación hacia atrás, es juntar las rodillas, hundiendo las nalgas hacia dentro y sacando las caderas, apoyando todo el peso sobre los pulpejos de los dedos del pie.



Los tacones altos favorecen esta mala postura, porque los músculos posteriores de la pierna y el tendón de aquiles se acortan y pierden flexibilidad.

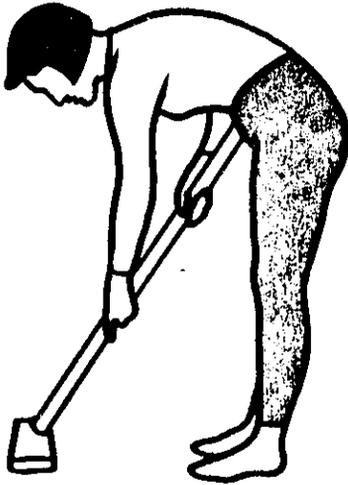


Otra mala postura, no tan frecuente pero sí seria, es la postura rígida **excesivamente envarada**.

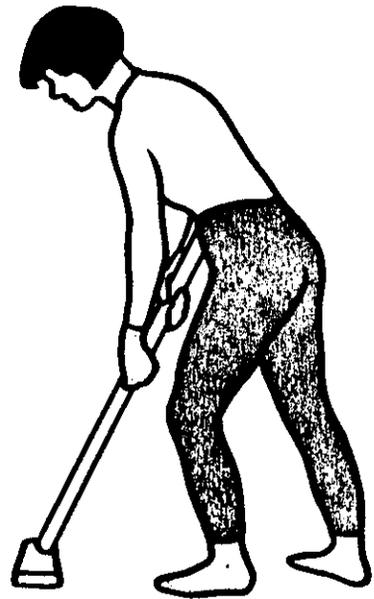


Una mala postura, típica en los adolescentes, es apoyarse en una cadera: **ESPALDA TORCIDA Y DESPLOMADA**.

PASAR EL ASPIRADOR

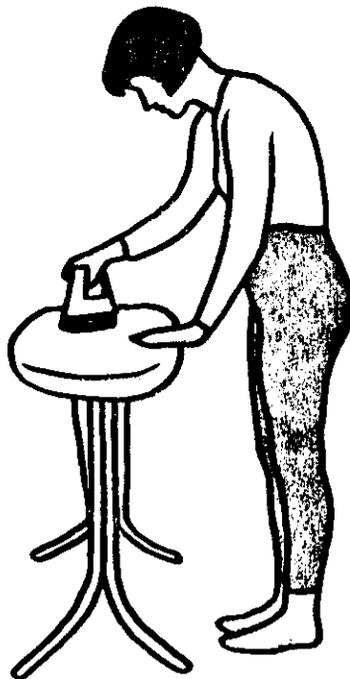


INCORRECTO



CORRECTO

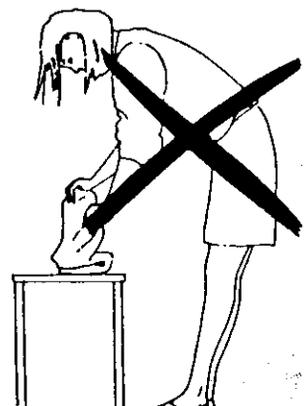
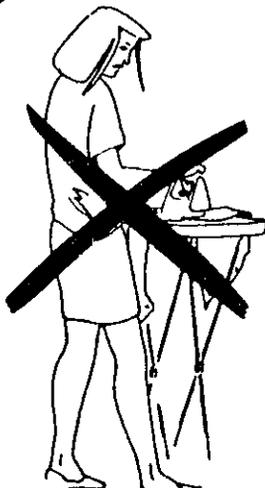
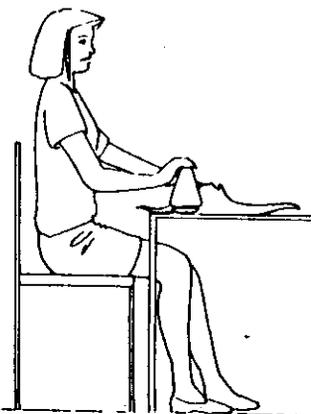
PLANCHAR



INCORRECTO

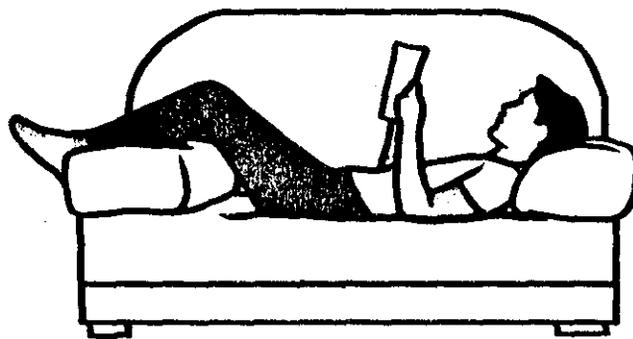


CORRECTO

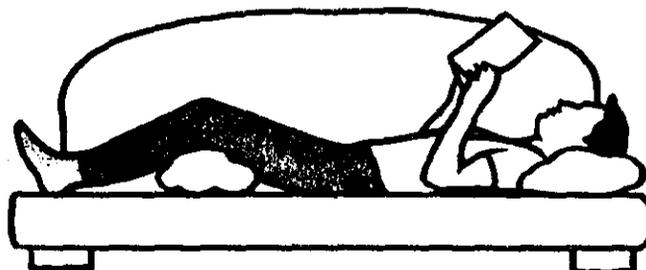


LEER TUMBADO

INCORRECTO



CORRECTO

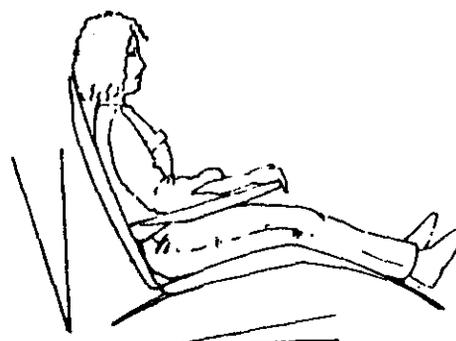
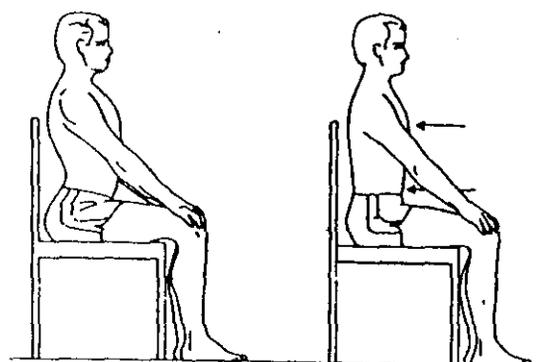
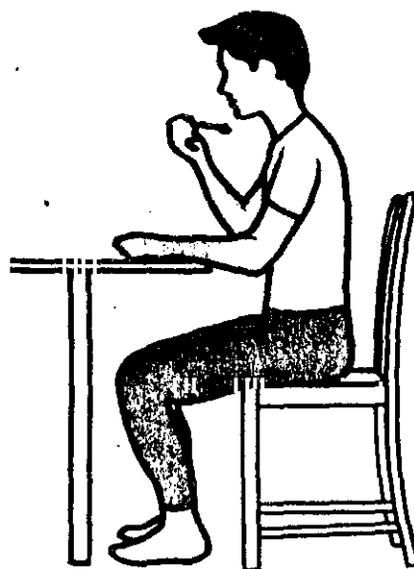


COMER EN LA MESA

INCORRECTO



CORRECTO



. Postura de descanso en sillón.



INCORRECTO

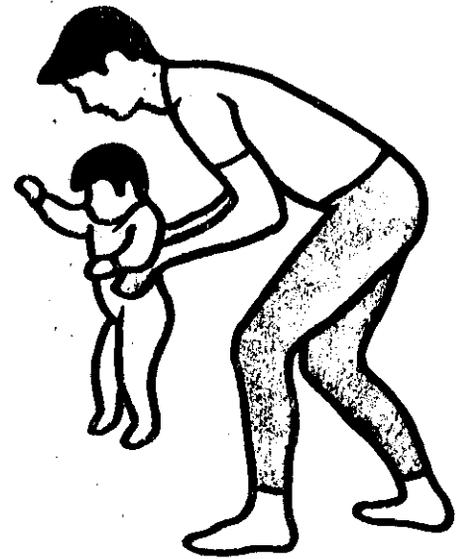


CORRECTO

LEVANTAR NIÑOS

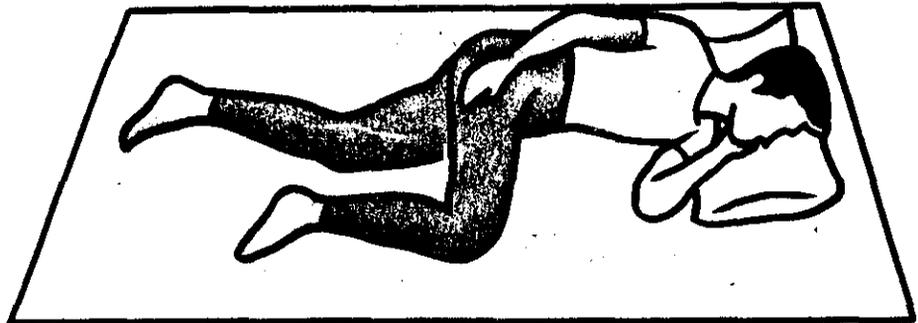


INCORRECTO

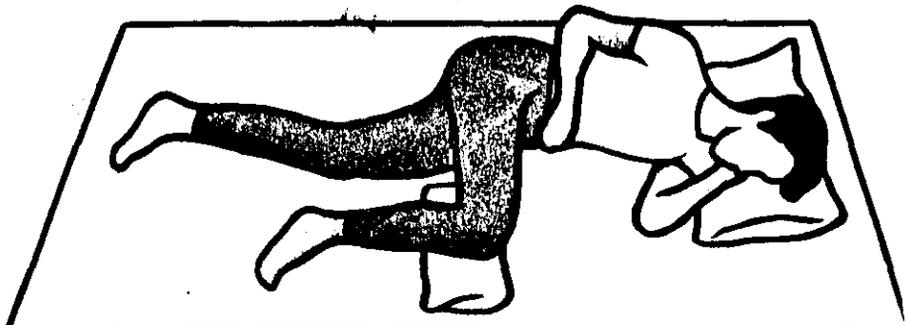


CORRECTO

DORMIR



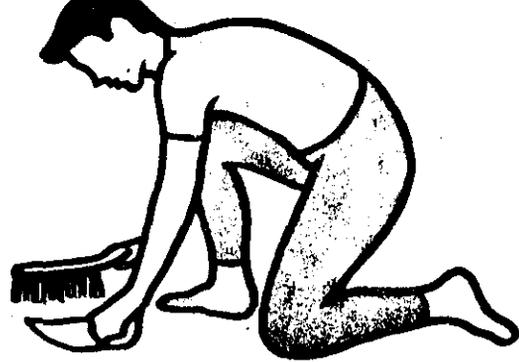
INCORRECTO



CORRECTO



INCORRECTO

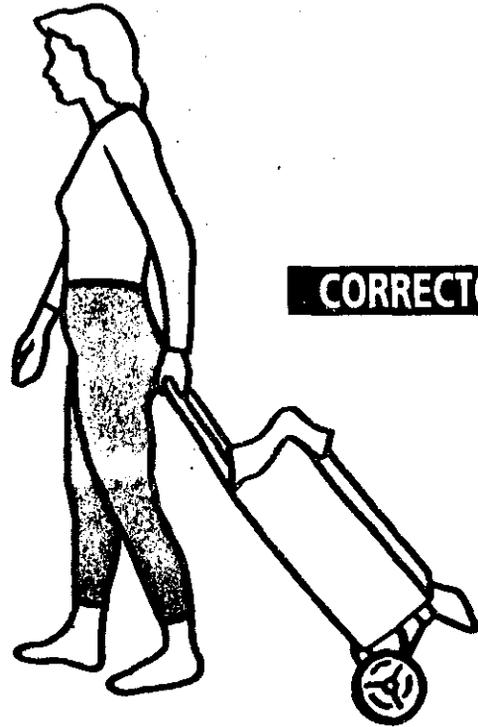


CORRECTO

HACER LA COMPRA

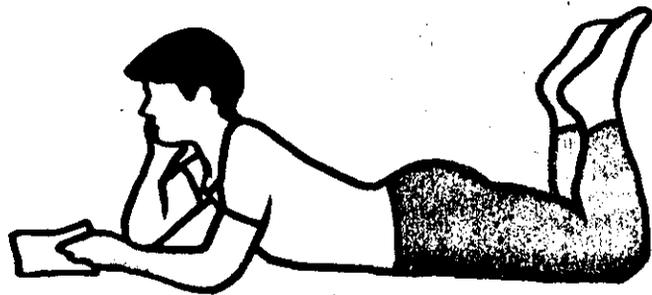


INCORRECTO

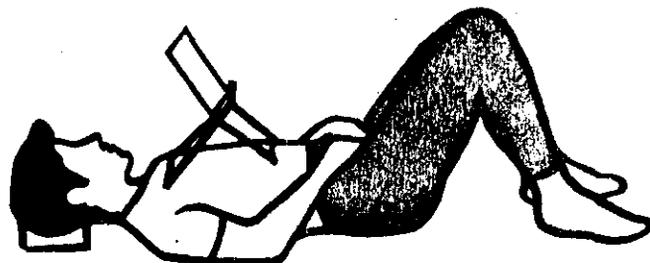


CORRECTO

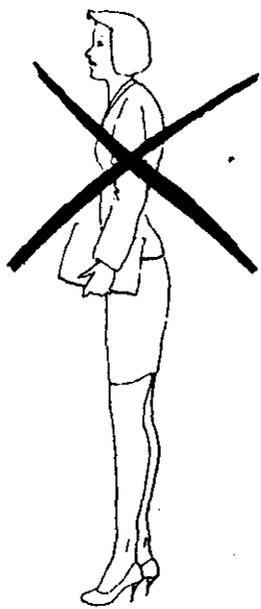
LEER TUMBADO



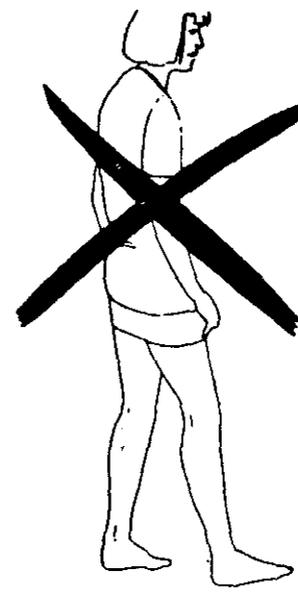
INCORRECTO



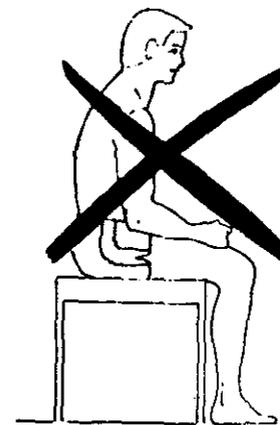
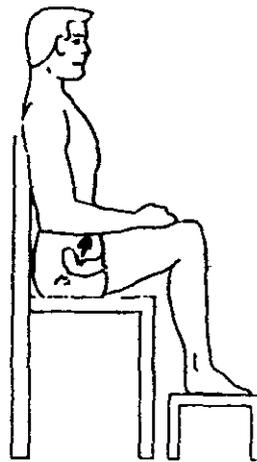
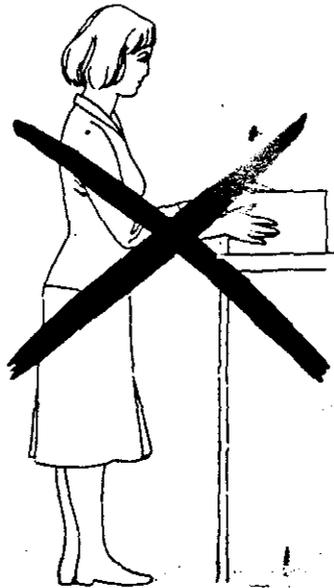
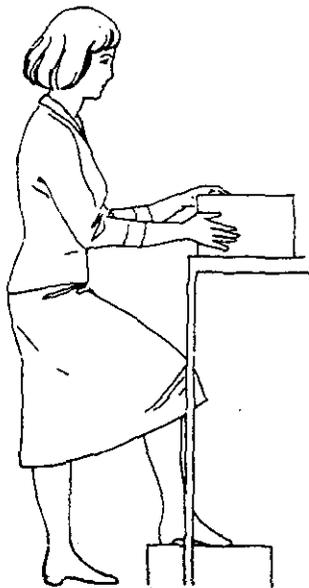
CORRECTO



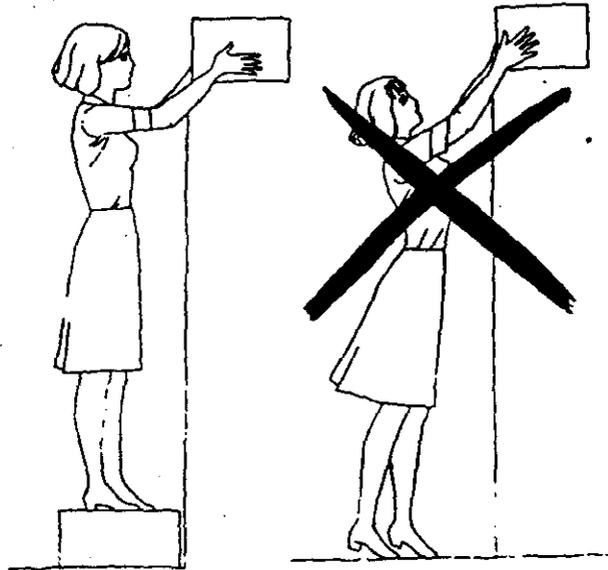
. Evitar la utilización de calzado con tacón alto.



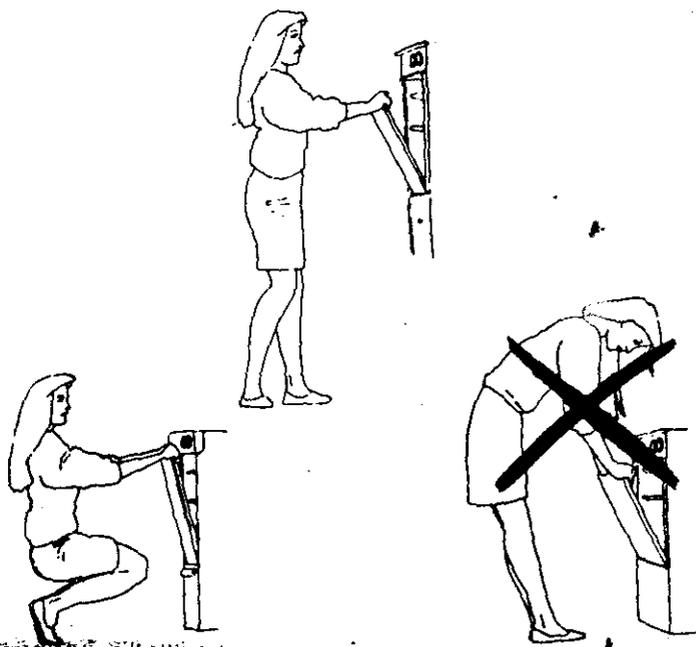
Postura correcta al caminar.



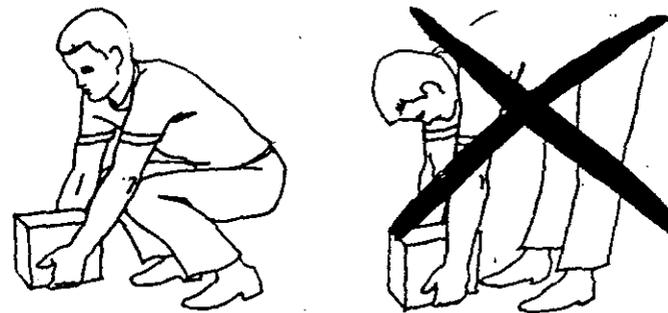
Postura correcta en una silla



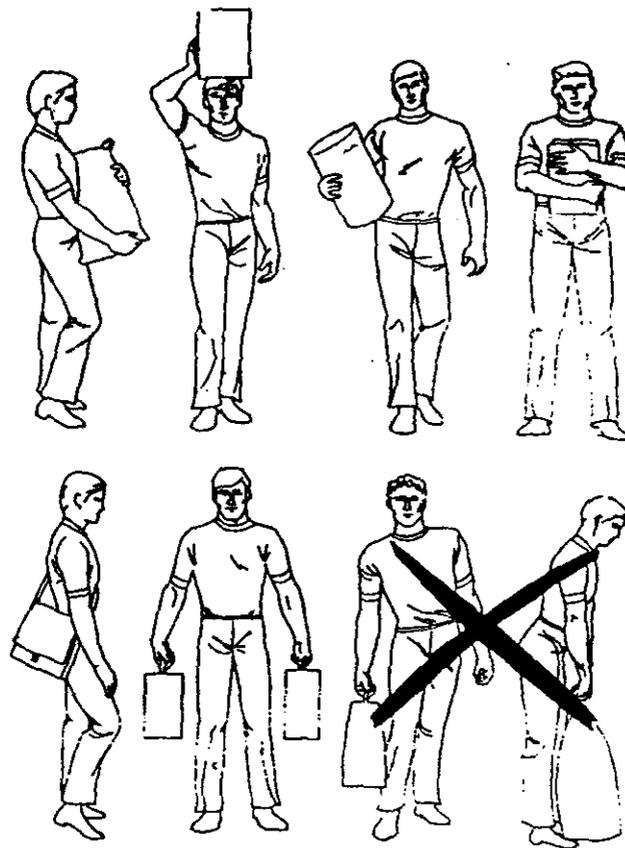
F .. Utilizar un tamburete para alcanzar objetos altos.



.. Flexionar caderas y rodillas.



. Forma de levantar pesos del suelo.



. Forma de trasladar objetos.

ANEXO 4

HORA	ACTIVIDAD QUE REALIZA	INTENSIDAD DEL DOLOR 0-5	LOCALIZACION LUGAR Y LADO	¿QUE HACE CUANDO TIENE DOLOR?	MEDICACION DOSIS	¿QUIENES ESTAN PRESENTE ¿QUE HACEN?
8-10						
10-12						
12-2						
2-4						
4-6						
6-8						
8-10						
10-12						
NOCHE						

INTENSIDAD:

- 0: NINGUN DOLOR
- 1: DOLOR LEVE
- 2. MOLESTO, MODERADO
- 3: INTENSO
- 4: MUY INTENSO
- 5: INSOPORTABLE

HOY HE SENTIDO:

- NAUSEAS
- VOMITOS
- MAREOS
- DESGANA
- MAREOS
- MIEDO

- RESPIRACIÓN AGITADA
- SUDORACION
- NERVIOSISIMO
- TRISTEZA
- NERVIOSISMO
- OTROS: _____

ANEXO 5

REGISTRO DIARIO DE SUEÑO

NOMBRE: _____

FECHA: _____

1. ¿Cuántos minutos tardó en dormirse la pasada noche? _____
2. ¿Cuántas veces se despertó durante la noche? _____
3. Por favor, señale durante cuánto tiempo estuvo despierto en cada una de las veces indicadas en la pregunta anterior:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. ¿Cuánto durmió en total, en horas y minutos, esta noche pasada? _____

5. ¿En qué medida fue difícil para usted quedarse dormido la noche pasada?

1	2	3	4	5
No muy difícil				Extremadamente difícil

6. ¿Cómo te sientes de descansado esta mañana?

1	2	3	4	5
Muy descansado				Nada descansado

7. Señale la cantidad de sueño durante la pasada noche

1	2	3	4	5
Excelente				Muy mala

8. ¿Cuál era su grado de tensión física cuando se fue a la cama esta noche pasada?

1	2	3	4	5
Extremadamente relajado				Extremadamente tenso

9. Señale su grado de actividad mental cuando se fue a la cama esta noche pasada.

1	2	3	4	5
Muy tranquila				Muy activa

10. ¿Cómo cree que estuvo funcionando ayer en general?

1	2	3	4	5
Muy bien				Muy mal

* Traducción y adaptación de Carmelo Vázquez. Facultad de
Psicología. Universidad Complutense.

ANEXO 6

SERVICIO DE REUMATOLOGIA. HOSPITAL MILITAR CENTRAL.
"GÓMEZ ULLA".

UNIDAD DE FIBROMIALGIA

Por los datos encontrados en su estudio, tenemos la certeza de que usted padece una enfermedad llamada **FIBROMIALGIA**.

Esta enfermedad es muy frecuente (en España se estima que la padecen más de un millón de personas), y se caracteriza por la existencia de dolor generalizado. La causa o causas que producen esta alteración no son bien conocidas.

La fibromialgia es una enfermedad que afecta fundamentalmente a mujeres en la edad media de la vida, pero puede darse a cualquier edad, incluyendo niños y ancianos.

La enfermedad se caracteriza, como hemos señalado, por la presencia de dolor generalizado y la existencia de unos puntos específicos de su cuerpo que son dolorosos a la presión. Esto nos permite a los médicos, el diagnóstico de su enfermedad.

Además de los síntomas señalados, la enfermedad puede causar cansancio, mala tolerancia al ejercicio físico, y con frecuencia, al levantarse de la cama por las mañanas puede encontrarse como si no hubiera descansado bien.

También puede asociarse en algunas ocasiones a dolores de cabeza, estreñimiento, sensación de boca seca, depresión o ansiedad.

Es importante que usted sepa que la fibromialgia **NO** es una enfermedad maligna, **NI** tiene nada que ver con el cáncer. Esta enfermedad **NO** produce lesiones irreversibles, **NI** alteraciones del funcionamiento del hígado, riñones, corazón o pulmones.

Nuestra unidad está formada por especialistas en diferentes campos de la medicina (reumatólogos, psicólogos, rehabilitadores...), y está orientada a tratar a cada enfermo de la forma más individualizada que nos sea posible, según sus manifestaciones.

Para poder adaptar mejor el tratamiento, necesitamos saber como le afecta su enfermedad. Las pruebas que le vamos a realizar están encaminadas a esto.

ANEXO 7

ANEXO 8

PRUEBAS "F" DEL SEGUNDO ESTUDIO

MEJORÍAS DE LOS SÍNTOMAS EN CADA TRATAMIENTO.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

	<u>1° VISITA</u>	
	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>EDAD</u>	,807	,459
<u>SEXO</u>	,934	,408
<u>ESTADO CIVIL</u>	1,339	,283
<u>NÚMERO DE HIJOS</u>	,233	,794
<u>NIVEL DE ESTUDIOS</u>	,079	,924
<u>TIPO DE TRABAJO</u>	,840	,446

Tabla 54.

SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA

	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>MOV MED</u>	,621	,605	6,625	,000**	12,092	,000**
<u>TP</u>	12,610	,000**	23,798	,000**	14,155	,000**
<u>NTP</u>	12,105	,000**	24,826	,000**	13,036	,000**

Tabla 55.

Comparaciones múltiples^a

Bonferroni

Variable dependiente	(I) VISITA	(J) VISITA	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
TP	1,00000	2,00000	,8404*	,206	,001	,2805	1,4004
		3,00000	,9892*	,217	,000	,3987	1,5797
		4,00000	1,1919*	,222	,000	,5887	1,7950
	2,00000	1,00000	-,8404*	,206	,001	-1,4004	-,2805
		3,00000	,1488	,229	1,000	-,4733	,7708
		4,00000	,3514	,233	,819	-,2827	,9855
	3,00000	1,00000	-,9892*	,217	,000	-1,5797	-,3987
		2,00000	-,1488	,229	1,000	-,7708	,4733
		4,00000	,2026	,243	1,000	-,4586	,8639
	4,00000	1,00000	-1,1919*	,222	,000	-1,7950	-,5887
		2,00000	-,3514	,233	,819	-,9855	,2827
		3,00000	-,2026	,243	1,000	-,8639	,4586
NTP	1,00000	2,00000	5,2464*	1,388	,002	1,4713	9,0214
		3,00000	7,1797*	1,464	,000	3,1985	11,1609
		4,00000	7,6273*	1,495	,000	3,5610	11,6937
	2,00000	1,00000	-5,2464*	1,388	,002	-9,0214	-1,4713
		3,00000	1,9333	1,542	1,000	-2,2605	6,1271
		4,00000	2,3810	1,572	,807	-1,8938	6,6557
	3,00000	1,00000	-7,1797*	1,464	,000	-11,1609	-3,1985
		2,00000	-1,9333	1,542	1,000	-6,1271	2,2605
		4,00000	,4476	1,639	1,000	-4,0102	4,9054
	4,00000	1,00000	-7,6273*	1,495	,000	-11,6937	-3,5610
		2,00000	-2,3810	1,572	,807	-6,6557	1,8938
		3,00000	-,4476	1,639	1,000	-4,9054	4,0102

*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

a. TRATAMIE = 1

NIVELES DE DEPRESIÓN Y DE ANSIEDAD

	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>BDI</u>	1,329	,276	4,134	,009**	1,164	,329
<u>DEPRE</u>	,450	,508	13,228	,001**	6,492	,014**
<u>DEPRESIO</u>	1,704	,202	1,627	,201	,150	,929
<u>DEPRI</u>	1,275	,298	2,736	,051	1,705	,173
<u>STAI-R</u>	2,974	,040**	6,361	,001**	1,513	,218
<u>ANSI</u>	2,808	,050**	2,584	,059	,295	,829
<u>ANSIEDAD</u>	1,242	,324	,620	,607	1,875	,155
<u>ANXIE</u>	,185	,670	17,181	,000**	7,557	,008**

Tabla 56.

NIVELES DE PSICOPATOLOGÍA

	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>SOMATIZACIÓN</u>	1,122	,297	12,085	,001**	15,112	,000**
<u>OBSESIÓN</u>	,344	,562	4,985	,030**	4,339	,043**
<u>SENSIBILIDAD</u>	,046	,831	1,989	,164	2,254	,140
<u>INTERPERSO.</u>						
<u>DEPRESIÓN</u>	,450	,508	13,228	,001**	6,492	,014**
<u>ANSIEDAD</u>	,185	,670	17,181	,000**	7,557	,008**
<u>HOSTILIDAD</u>	,000	1,000	3,626	,062	1,466	,232
<u>FOBIA</u>	,513	,479	3,590	,064	,213	,647
<u>PSICOTICISMO</u>	,386	,539	4,903	,031**	2,056	,158
<u>PARANOIA</u>	1,396	,246	2,950	,092	7,192	,010**
<u>ADICIONAL</u>	,057	,812	14,148	,000**	5,993	,018**
<u>GSI</u>	,035	,853	10,646	,002**	7,105	,011**

NIVELES DE ESTRÉS VITAL

	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>EST. PERSONAL</u>	1,102	,304	,130	,721	1,225	,275
<u>EST. FAMILIAR</u>	,916	,347	1,798	,187	,050	,825
<u>EST. TRABAJO</u>	,123	,728	,004	,949	,028	,869
<u>EST. TOTAL</u>	1,503	,234	4,351	,044**	,744	,394

Tabla 58.

NIVEL DE ESTRÉS DIARIO Tabla 59.

	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>MOLESTOS</u>	2,115	,155	3,060	,086	1,592	,214
<u>NÚMERO</u>	,599	,445	1,149	,288	,120	,731
<u>MOLESTOS</u>						
<u>RAZÓN</u>	3,883	,057	1,032	,314	16,169	,000**
<u>MOLESTOS</u>						

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL DOLOR

	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>ACT</u>	1,215	,279	1,107	,298	,281	,598
<u>DISTRACCIÓN</u>	4,297	,047**	,599	,443	,618	,436
<u>ATENCIÓN</u>						
<u>IGNORAR</u>	,893	,352	,055	,815	,541	,466
<u>SENSAC DOLOR</u>						
<u>FRAS</u>	1,392	,247	,157	,694	,000	,986
<u>REZOS</u> Y	13,256	,001**	3,602	,063	,001	,982
<u>ESPERANZAS</u>						
<u>CATASTROFISMO</u>	,267	,609	5,470	,023**	2,770	,103
<u>REIN</u>	,030	,863	,038	,846	,642	,427
<u>REINTERPRAC.</u>	,030	,863	,038	,846	,642	,427
<u>SENSAC. DOLOR</u>						
<u>AUMENTO</u>	1,215	,279	1,107	,298	,281	,598
<u>ACTIVIDAD</u>						

Tabla 60.

EMIA

	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>MOVILIDAD</u>	,109	,954	,144	,933	,133	,940
<u>ACT. FÍSICA</u>	1,926	,138	3,422	,021**	5,338	,002**
<u>DESTREZA</u>	,931	,435	,523	,668	1,065	,369
<u>ACT. DOMÉSTICA</u>	,873	,463	1,966	,126	,357	,784
<u>ACT. SOCIAL</u>	2,714	,056	,086	,967	1,580	,201
<u>ACT. VIDA</u>	,919	,439	1,198	,316	,911	,439
<u>DIARIA</u>						
<u>DOLOR</u>	2,441	,076	4,787	,004**	5,609	,001**
<u>DEPRESIÓN</u>	1,275	,298	2,736	,051	1,705	,173
<u>ANSIEDAD</u>	2,808	,050**	2,584	,059	,295	,829

<u>ESCALA</u>	2,317	,088	3,185	,028**	8,464	,000**
<u>BIENESTAR</u>						
<u>EMIA</u>	1,350	,277	1,629	,194	3,078	,035**
<u>EMIA FISICO</u>	,901	,450	,034	,991	,110	,954
<u>EMIA PSIQUICO</u>	1,777	,170	,980	,408	,602	,616

Tabla 61.

HAQ

	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>HAQ</u>	1,449	,238	2,893	,040**	1,905	,135

Tabla 62.

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: HAQ

Bonferroni

(I) VISITA	(J) VISITA	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
1,00000	2,00000	,2174	,096	,160	-4,28E-02	,4776
	3,00000	,2275	,100	,156	-4,37E-02	,4987
	4,00000	,2368	,102	,136	-3,86E-02	,5123
2,00000	1,00000	-,2174	,096	,160	-,4776	4,279E-02
	3,00000	1,011E-02	,107	1,000	-,2790	,2992
	4,00000	1,945E-02	,109	1,000	-,2736	,3126
3,00000	1,00000	-,2275	,100	,156	-,4987	4,366E-02
	2,00000	-1,01E-02	,107	1,000	-,2992	,2790
	4,00000	9,342E-03	,112	1,000	-,2935	,3122
4,00000	1,00000	-,2368	,102	,136	-,5123	3,862E-02
	2,00000	-1,95E-02	,109	1,000	-,3126	,2736
	3,00000	-9,34E-03	,112	1,000	-,3122	,2935

a. TRATAMIE = 2

FIQ

	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>DOLOR</u>	1,572	,205	3,989	,010**	7,105	,000**
<u>CANSANCIO</u>	1,454	,236	4,963	,003**	8,553	,000**

<u>DESCANSADA</u>	,676	,570	7,107	,000**	8,168	,000**
<u>RÍGIDA</u>	,455	,715	5,794	,001**	4,944	,003**
<u>NERVIOSA</u>	,705	,553	5,191	,002**	5,063	,003**
<u>DEPRIMIDA</u>	,331	,803	4,359	,006**	2,918	,039**
<u>AFECTÓ TRABAJO</u>	1,064	,377	3,177	,032**	2,860	,046**
<u>AFECTÓ CASA</u>	,302	,824	6,358	,001**	5,201	,002**
<u>SENTIRSE BIEN</u>	2,672	,055	5,478	,002**	7,443	,000**
<u>DEJAR TRABAJO</u>	,718	,550	2,472	,074	,912	,443

Tabla 63.

REGISTRO DIARIO DE SUEÑO

	<u>FARMA</u>		<u>DESAC</u>		<u>MULTI</u>	
	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>DORMIR TOTAL</u>	1,318	,283	2,638	,059	,914	,440
<u>TARDO DORMIR</u>	1,640	,196	2,107	,110	1,208	,316
<u>VECES</u>	,035	,991	2,252	,093	,556	,647
<u>DESPERTÓ</u>						
<u>TIEMPO</u>	1,212	,322	1,915	,139	,859	,469
<u>DESPIERTO</u>						
<u>CALIDAD SUEÑO</u>	,552	,581	1,053	,357	2,744	,054
<u>DESCANSADO</u>	1,248	,305	1,223	,310	3,624	,018**
<u>DIFÍCIL DORMIR</u>	,340	,797	1,091	,360	1,243	,302
<u>ACT. MENTAL</u>	1,246	,305	,678	,569	1,569	,207
<u>TENSIÓN FÍSICA</u>	,984	,409	1,141	,340	2,542	,065
<u>FUNCIONA</u>	,736	,537	1,249	,300	3,263	,027**
<u>GENERAL</u>						

Tabla 64.

Comparaciones múltiples^a

Bonferroni

Variable dependiente	(I) VISITA	(J) VISITA	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
XDESCAN1	1,00000	2,00000	,5289	,252	,243	-,1608	1,2186
		3,00000	,3800	,227	,595	-,2395	,9994
		4,00000	,8684*	,300	,032	4,816E-02	1,6886
	2,00000	1,00000	-,5289	,252	,243	-1,2186	,1608
		3,00000	-,1489	,283	1,000	-,9221	,6243
		4,00000	,3395	,345	1,000	-,6022	1,2813
	3,00000	1,00000	-,3800	,227	,595	-,9994	,2395
		2,00000	,1489	,283	1,000	-,6243	,9221
		4,00000	,4884	,326	,840	-,4031	1,3800
	4,00000	1,00000	-,8684*	,300	,032	-1,6886	-4,82E-02
		2,00000	-,3395	,345	1,000	-1,2813	,6022
		3,00000	-,4884	,326	,840	-1,3800	,4031
XFUNCIO1	1,00000	2,00000	,4610	,227	,279	-,1576	1,0796
		3,00000	,3872	,210	,421	-,1860	,9604
		4,00000	,7050	,264	,058	-1,47E-02	1,4248
	2,00000	1,00000	-,4610	,227	,279	-1,0796	,1576
		3,00000	-7,38E-02	,256	1,000	-,7718	,6242
		4,00000	,2440	,301	1,000	-,5785	1,0666
	3,00000	1,00000	-,3872	,210	,421	-,9604	,1860
		2,00000	7,381E-02	,256	1,000	-,6242	,7718
		4,00000	,3179	,289	1,000	-,4711	1,1069
	4,00000	1,00000	-,7050	,264	,058	-1,4248	1,467E-02
		2,00000	-,2440	,301	1,000	-1,0666	,5785
		3,00000	-,3179	,289	1,000	-1,1069	,4711

*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

a. TRATAMIE = 3

SUEÑO EN LA ENTREVISTA MÉDICA

	FARMA		DESAC		MULTI	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig
<u>TIEMPO DORMIR</u>	,228	,877	1,50	0,21**	6,536	,000**
<u>SUEÑO TOTAL</u>	2,807	,048**	4,31	0,007**	7,276	,000**

Tabla 65.

Comparaciones múltiples^a

Bonferroni

Variable dependiente	(I) VISITA	(J) VISITA	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
HORASSUE	1,00000	2,00000	64,37500*	21,456	,021	6,5457961	122,2042
		3,00000	1,7250000	21,209	1,000	-55,4395	58,88948
		4,00000	89,88971*	23,847	,002	25,61614	154,1633
	2,00000	1,00000	-64,37500*	21,456	,021	-122,204	-6,54580
		3,00000	-62,65000*	22,707	,042	-123,851	-1,44932
		4,00000	25,51471	25,188	1,000	-42,3737	93,40312
	3,00000	1,00000	-1,725000	21,209	1,000	-58,8895	55,43948
		2,00000	62,65000*	22,707	,042	1,4493232	123,8507
		4,00000	88,16471*	24,979	,004	20,84162	155,4878
	4,00000	1,00000	-89,88971*	23,847	,002	-154,163	-25,6161
		2,00000	-25,51471	25,188	1,000	-93,4031	42,37371
		3,00000	-88,16471*	24,979	,004	-155,488	-20,8416
TARDASUE	1,00000	2,00000	-4,185606	11,150	1,000	-34,2456	25,87436
		3,00000	5,3927273	11,021	1,000	-24,3171	35,10260
		4,00000	-50,39394*	12,943	,001	-85,2864	-15,5015
	2,00000	1,00000	4,1856061	11,150	1,000	-25,8744	34,24558
		3,00000	9,5783333	11,878	1,000	-22,4428	41,59942
		4,00000	-46,20833*	13,680	,006	-83,0887	-9,32801
	3,00000	1,00000	-5,392727	11,021	1,000	-35,1026	24,31714
		2,00000	-9,578333	11,878	1,000	-41,5994	22,44276
		4,00000	-55,78667*	13,575	,001	-92,3822	-19,1911
	4,00000	1,00000	50,39394*	12,943	,001	15,50147	85,28641
		2,00000	46,20833*	13,680	,006	9,3280067	83,08866
		3,00000	55,78667*	13,575	,001	19,19113	92,38220

*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

a. TRATAMIE = 3

COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS.

SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA

	1º VISITA		2º VISITA		3º VISITA		4º VISITA	
	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
<u>MOV</u> MED	0,80	0,45	3,32	0,04**	1,79	0,17	0,47	0,63
<u>TP</u>	1,18	0,31	1,16	0,31	0,67	0,51	2,07	0,13
<u>NTP</u>	1,38	0,25	1,01	0,36	1,38	0,25	2,70	0,07

Tabla 66.

NIVELES DE DEPRESIÓN Y DE ANSIEDAD

	<u>1° VISITA</u>		<u>2° VISITA</u>		<u>3° VISITA</u>		<u>4° VISITA</u>	
	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>SIG</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>BDI</u>	1,296	,279	,777	,466	1,077	,349	2,360	,110
<u>DEPRE</u>	1,608	,206					1,304	,282
<u>DEPRESIO</u>	,280	,758	2,234	,133	3,147	,065	,138	,872
<u>DEPRI</u>	,466	,629	,449	,642	,122	,886	,948	,401
<u>STAI-R</u>	,278	,758	1,261	,294	1,200	,310	3,005	,062
<u>ANSI</u>	1,381	,257	1,572	,218	2,270	,118	3,416	,042**
<u>ANSIEDAD</u>	,197	,823	2,508	,107	4,186	,030**	,566	,576
<u>ANXIE</u>	1,783	,174					1,941	,157

Tabla 67.

NIVELES DE PSICOPATOLOGÍA

	<u>1° VISITA</u>		<u>4° VISITA</u>	
	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>SOMATIZACIÓN</u>	2,969	,057	,338	,715
<u>OBSESIÓN</u>	,762	,470	,552	,580
<u>SENSIBILIDAD INTERP</u>	,800	,453	,137	,872
<u>DEPRESIÓN</u>	1,608	,206	1,304	,282
<u>ANSIEDAD</u>	1,783	,174	1,941	,157
<u>HOSTILIDAD</u>	,400	,672	1,010	,372
<u>FOBIA</u>	,018	,982	1,097	,343
<u>PSICOTICISMO</u>	1,107	,335	1,575	,220
<u>PARANOIA</u>	1,479	,233	,180	,836
<u>ADICIONAL</u>	5,173	,008**	2,922	,064
<u>GSI</u>	3,648	,031**	1,148	,330

Tabla 68.

NIVELES DE ESTRÉS VITAL

	<u>1° VISITA</u>		<u>4° VISITA</u>	
	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>ESTR. PERSONAL</u>	,622	,539	,590	,561
<u>ESTR. FAMILIAR</u>	,505	,606	,222	,802
<u>ESTR. TRABAJO</u>	,437	,648	,247	,783
<u>ESTR. TOTAL</u>	,129	,879	,627	,542

Tabla 69.

NIVELES DE ESTRÉS COTIDIANO

	<u>1° VISITA</u>		<u>4° VISITA</u>	
	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>MOLESTOS</u>	1,747	,180	,683	,511
<u>NÚMERO MOLESTOS</u>	,674	,512	,413	,665
<u>RAZÓN MOLESTOS</u>	3,607	,031	,421	,659

Tabla 70.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL DOLOR

	<u>1° VISITA</u>		<u>4° VISITA</u>	
	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>ACT</u>	,501	,608	1,858	,169
<u>DISTRACCIÓN</u>	1,143	,324	1,278	,290
<u>ATENCIÓN</u>				
<u>IGNORAR</u>	,843	,434	1,003	,376
<u>SENSACIONES DOLOR</u>				
<u>FRAS</u>	2,319	,104	,008	,992
<u>REZOS Y ESPERANZAS</u>	,909	,407	1,309	,281
<u>CATASTROFISMO</u>	,494	,612	,474	,626
<u>REIN</u>	,405	,668	,904	,413

<u>REINTERPRETACIÓN</u>	,405	,668	,904	,413
<u>SENSACIONES</u>				
<u>DOLOROSAS</u>				
<u>AUMENTO ACTIVIDAD</u>	,501	,608	1,858	,169

Tabla 71.

	<u>EMIA.</u>							
	<u>1° VISITA</u>		<u>2° VISITA</u>		<u>3° VISITA</u>		<u>4° VISITA</u>	
	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>MOVILIDAD</u>	,017	,983	,211	,811	,829	,444	,350	,706
<u>ACTIVIDAD</u>	1,910	,155	,354	,704	,902	,414	1,197	,312
<u>FÍSICA</u>								
<u>DESTREZA</u>	,039	,962	,155	,857	,830	,446	,656	,525
<u>ACT.</u>	1,540	,220	,547	,583	1,595	,217	,022	,979
<u>DOMÉSTICA</u>								
<u>ACT. SOCIAL</u>	,106	,900	1,573	,218	3,016	,061	,882	,421
<u>ACT. VIDA</u>	,598	,552	,539	,587	1,020	,371	,627	,539
<u>DIARIA</u>								
<u>DOLOR</u>	,997	,373	,264	,769	,373	,691	4,667	,015**
<u>DEPRESIÓN</u>	,466	,629	,449	,642	,122	,886	,948	,401
<u>ANSIEDAD</u>	1,381	,257	1,572	,218	2,270	,118	3,416	,042**
<u>ESCALA</u>	,389	,679	,658	,523	,209	,812	2,460	,097
<u>BIENESTAR</u>								
<u>EMIA</u>	,372	,691	1,799	,182	1,166	,330	,423	,659
<u>EMIA FÍSICO</u>	,538	,586	,668	,519	1,766	,191	,885	,422
<u>EMIA</u>	,099	,906	1,169	,322	,160	,853	,182	,835
<u>PSÍQUICO</u>								

Tabla 72.

<u>SENTIRSE BIEN</u>	2,361	,100	1,424	,249	,479	,622	3,603	,036**
<u>DEJAR TRABAJO</u>	3,220	0,05	,702	,504	1,199	,323	1,096	,354

Tabla 74.

REGISTRO DIARIO DEL SUEÑO

	<u>1° VISITA</u>		<u>2° VISITA</u>		<u>3° VISITA</u>		<u>4° VISITA</u>	
	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>	<u>F</u>	<u>Sig</u>
<u>DORMIR</u>	1,666	,197	1,978	,156	2,212	,126	1,400	,269
<u>TOTAL</u>								
<u>TARDO EN DORMIR</u>	,979	,381	1,124	,338	2,600	,089	1,342	,285
<u>VECES</u>	,206	,815	,639	,534	1,357	,272	,354	,707
<u>DESPERTÓ</u>								
<u>TIEMPO</u>	,431	,652	1,862	,174	3,463	,044**	,580	,571
<u>DESPIERTO</u>								
<u>CALIDAD</u>	3,083	,052	1,324	,280			,308	,738
<u>SUEÑO</u>								
<u>DESCANSAD</u>	1,815	,171	,469	,629	1,331	,277	,298	,745
<u>DIFICIL</u>	2,888	,063	1,022	,371	1,624	,211	,795	,464
<u>DORMIR</u>								
<u>ACTIVIDAD</u>	5,668	,005**	,961	,392	,949	,397	,662	,525
<u>MENTAL</u>								
<u>TENSIÓN</u>	6,763	,002**	,767	,472	1,095	,345	,229	,797
<u>FÍSICA</u>								
<u>FUNCIONA</u>	3,426	,038**	,062	,940	,504	,608	,490	,619
<u>GENERAL</u>								

Tabla 75.

Comparaciones múltiples

Bonferroni

Variable dependiente	(I) TRATAMIE	(J) TRATAMIE	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
	2	3	*				
	3	2	*				
XACTIVA1	1	2	-,2861	,187	,391	-,7449	,1728
		3	-,6190*	,188	,005	-1,0813	-,1568
	2	1	,2861	,187	,391	-,1728	,7449
		3	-,3330	,161	,129	-,7294	6,345E-02
3	1	,6190*	,188	,005	,1568	1,0813	
	2	,3330	,161	,129	-6,35E-02	,7294	
XTENSIO1	1	2	-,1399	,180	1,000	-,5816	,3018
		3	-,5724*	,173	,005	-,9986	-,1462
	2	1	,1399	,180	1,000	-,3018	,5816
		3	-,4325*	,154	,019	-,8101	-5,48E-02
	3	1	,5724*	,173	,005	,1462	,9986
		2	,4325*	,154	,019	5,481E-02	,8101
XFUNCIO1	1	2	6,868E-04	,180	1,000	-,4402	,4416
		3	-,3568	,176	,140	-,7889	7,527E-02
	2	1	-6,87E-04	,180	1,000	-,4416	,4402
		3	-,3575	,153	,066	-,7323	1,723E-02
	3	1	,3568	,176	,140	-7,53E-02	,7889
		2	,3575	,153	,066	-1,72E-02	,7323

*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

a. VISITA = 1,00000

Comparaciones múltiples

Bonferroni

Variable dependiente	(I) TRATAMIE	(J) TRATAMIE	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
XTIEMDE1	1	2	32,1250	13,562	,073	-2,1997	66,4497
		3	7,8512	13,967	1,000	-27,4983	43,2007
	2	1	-32,1250	13,562	,073	-66,4497	2,1997
		3	-24,2738	12,038	,157	-54,7413	6,1936
	3	1	-7,8512	13,967	1,000	-43,2007	27,4983
		2	24,2738	12,038	,157	-6,1936	54,7413

a. VISITA = 3,00000