

Terapia emocional *on line* (TEO) en el tratamiento de la fibromialgia

EVA DEL RÍO GONZÁLEZ
eva.delrio@uji.es

GUADALUPE MOLINARI
molinari@psb.uji.es

ALBERTO GONZÁLEZ ROBLES
al117136@alumail.uji.es

ROCÍO HERRERO CAMARANO
rherrero@psb.uji.es

CRISTINA BOTELLA ARBONA
botella@psb.uji.es

Resum

La fibromialgia (FM) y otros síndromes de dolor crónico constituyen un importante problema de salud por el deterioro de la actividad y la calidad de vida que producen. Estos problemas requieren un abordaje multidisciplinar, sin embargo, el tratamiento actual todavía es insuficiente. Una forma de mejorar las intervenciones podría ser el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). El grupo de investigación Labpsittec ha creado TEO (Terapia Emocional On Line), un sistema abierto y autoaplicado que permite recoger datos del paciente en tiempo real en su ambiente natural, crear sesiones de tratamiento personalizadas y enviarlas a los pacientes mediante Internet. Con esta herramienta pretendemos trabajar el mantenimiento de las estrategias aprendidas por los pacientes ya que, en ocasiones, dejan de practicarlas a medio o largo plazo una vez finalizados los tratamientos. El objetivo de este trabajo es describir el programa TEO-FM y presentar datos preliminares de la aceptación del mismo por parte de tres pacientes (edad media de 57,33 años [DT = 0,577]), con diagnóstico de síndromes de dolor crónico. Las tres utilizaron TEO de forma autoaplicada durante 4 semanas tras finalizar un tratamiento presencial. Todas manifestaron un alto grado de satisfacción y una opinión muy positiva de la herramienta. Estos resultados preliminares ayudan a continuar con la validación de TEO como una herramienta para que los pacientes consoliden lo aprendido en las sesiones, contribuyendo a su calidad de vida y su bienestar.

Palabras clave: dolor crónico, fibromialgia (FM), TIC (tecnologías de la información y la comunicación), terapia on line, mantenimiento estrategias aprendidas.

Abstract

Fibromyalgia (FM) and other chronic pain syndromes are a major health problem due to the decline in activity and quality of life they produce. These problems require a

multidisciplinary approach; however, the current interventions present still limitation that could be improved. A way to progress in this line is to include the support of Information and Communication Technologies (ICT). The research group Labpsitec has created TEO (Emotional Therapy On-Line), an open and self-applied system that allows collecting patient data in real time in their natural environment, to create custom treatment sessions and to send them to patients via Internet. With this tool we try to obtain the maintenance of the strategies learned by patients because sometimes they stop practicing them at mid-and long-term once the treatment is over. The aim of this paper is to describe the program and present data of TEO-FM preliminary acceptance by three patients (mean age 57.33 years [SD = 0.577]), with a diagnosis of chronic pain syndromes. These three patients used TEO in a self administered mode for 4 weeks after finishing a face-to-face treatment program. All reported a high degree of satisfaction and a very positive opinion about the tool. These preliminary results help to continue the validation of TEO as a tool for patients to consolidate what has been learned in the sessions, contributing to their quality of life and welfare.

Keywords: Fibromyalgia (FM), ICTS (Information and Communication Technologies), Intervet-based intervention, self-management.

Introducción

Dentro del dolor crónico, la fibromialgia (FM), constituye un síndrome complejo, cuyas causas nos son desconocidas por el momento, cuya evolución es variable y que, con frecuencia, presenta una alta comorbilidad con otro tipo de patologías (Documento de la SER [Sociedad Española de Reumatología], 2005). El grupo EPIDOR en 2005, concluyó que las patologías más frecuentemente asociadas a la FM fueron la hipertensión arterial (21,7 %), la depresión (14,4 %), las enfermedades digestivas (13,8 %) y la ansiedad (13,4 %). A pesar de la controversia existente acerca de la etiología de este trastorno, no cabe duda de que se trata de una enfermedad de base músculo-esquelética, en la que existen aspectos psicológicos y psiquiátricos implicados en su inicio o evolución.

La FM se caracteriza por dolor crónico generalizado que se localiza en el aparato locomotor y que, en ocasiones, puede llegar a ser invalidante. Según la American College of Rheumatology (ACR), deben cumplirse dos criterios para el diagnóstico de esta enfermedad: 1. historia de dolor generalizado de más de 3 meses de duración y 2. presencia de dolor en 11 de 18 puntos sensibles a la palpación digital (Wolfe, Smythe, Yunus, Bennett, Bombardier, Goldenberg *et al.*, 1990).

Esta dolencia constituye un grave problema de salud pública debido al deterioro que produce, lo que resulta en una participación más limitada en la vida social y profesional (Martínez, Barauna Filho, Kubokawa, Pedreira, Machado y Cevasco, 2001; Bernard, Prince y Edsall, 2000), y a la repercusión tanto en recursos asistenciales como económicos del dolor crónico que se calcula que puede corresponder al 2,5 % del PIB de los países industrializados (Bassols Farrés, Bosch Llonch y Eladi Baños, 2000). Es una enfermedad que produce una disminución del rendimiento de quienes la padecen, lo que se ve reflejado en el aumento de las bajas laborales de estos pacientes. En un estudio de Ubago *et al.* (2005), se encontró que la FM causaba baja laboral en el 31,4 % de los casos, aumentando por tanto los costes económicos y sociales que esta enfermedad genera.

El dolor crónico es un estado de tensión sostenido que afecta en gran medida al individuo que la padece puesto que tiene importantes repercusiones en distintos ámbitos de la vida del sujeto: en el laboral (en muchas ocasiones tienen que coger bajas debido a lo invalidante de su dolor, lo que puede llegar a crearles ciertos conflictos con la empresa); en el económico (debido por ejemplo, al gasto que les produce las diversas visitas y tratamientos médicos); y/o en el social, ya que estos pacientes no se sienten comprendidos del todo por las personas de su entorno. Al no encontrarse ningún resultado concluyente en las pruebas que les llevan a cabo los médicos, sus más allegados empiezan a pensar que estos pacientes fingen sus dolencias por los posibles beneficios que les puedan aportar. Además, los síntomas de esta enfermedad pueden verse a menudo exacerbados por el esfuerzo, el estrés, la falta de sueño y los cambios climáticos. Del mismo modo, las características psicológicas y de conducta de estas pacientes pueden dar lugar a un aumento en la percepción del dolor (mayor del que realmente se está sufriendo) siendo la depresión y la ansiedad dos de las complicaciones que se han estudiado con mayor frecuencia, ya que pueden exacerbar los síntomas e interferir en su adecuado manejo. Asimismo, se ha encontrado que ciertos estilos cognitivos (como la somatización, el catastrofismo, o la hipervigilancia) y rasgos de personalidad se relacionan con la amplificación del dolor y su extensión en ausencia de daño tisular (Waddell, Newton, Henderson, Somerville y Main, 1993; Turner, Jensen y Romano, 2000).

Por todo ello, los pacientes tienen que poner en marcha ciertas «estrategias de afrontamiento», aquellos intentos cognoscitivos y conductuales en constante cambio que le hacen posible al individuo manejar las exigencias internas o externas que considera como restrictivas o que rebasan sus recursos (Lautenbacher, Rollman y McCain, 1994) y que le permitan paliar los daños producidos por esta enfermedad.

Se considera que el dolor afecta de forma distinta a hombres y a mujeres. Este trastorno es más prevalente en mujeres (4,2 %) que en hombres (0,2 %) en población adulta (Estudio EPISER, 2008). Las mujeres se recuperan más rápidamente del dolor, buscan ayuda antes, y tienen menos posibilidades de dejar que el dolor controle sus vidas. También es más posible que organicen una variedad de recursos como por ejemplo, pensamientos positivos, relajación, ejercicio regular o búsqueda de apoyo y distracción para sobrellevar el dolor.

Es importante aclarar que los pacientes con FM no siempre emplean de manera positiva las estrategias de afrontamiento puesto que, según apuntaron Kosek y Hansson en 1997, las demandas prolongadas de respuestas de afrontamiento agotan la capacidad psíquica y limitan los recursos de la persona.

Haciendo un repaso por diversos estudios sobre estrategias adaptativas y/o desadaptativas en pacientes con FM, encontramos en el trabajo de Soucase, Monsalve, Soriano y de Andrés del 2004, que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por estos pacientes eran principalmente dos, la autoafirmación y la búsqueda de información, y la menos utilizada el autocontrol mental. En otro estudio se concluyó que, el uso de la religión tendía a relacionarse positivamente con la ansiedad, depresión y pérdida de control. Por el contrario, el uso de la distracción y del autocontrol mental se relacionaba negativamente con las dimensiones de ansiedad y pérdida de control, por lo tanto, una mayor utilización de dichas estrategias se relacionaba con una mejor calidad de vida del paciente (De Andrés Ares, Monsalve, Soriano y Soucase, 2002). Parece que la utilización de estrategias de afrontamiento pasivas (rezo, esperanza, pensamiento desiderativo) se asocia a un incremento del dolor, depresión, impotencia y peor ajuste psicológico (Soriano y Monsalve, 2002). Por el contrario, las estrategias activas (solución de problemas, búsqueda de información) se relacionan de forma positiva con índices de mejor funcionamiento físico y psicológico (Nicholas, Wilson y Goyen, 1992).

Como hemos podido comprobar, existen evidencias claras de que el estilo de afrontamiento de los pacientes puede, o bien ayudar a sobrellevar el problema, o predecir la cronicidad

dad del mismo, así como las percepciones catastróficas sobre su naturaleza o el temor a futuros problemas o lesiones. Las estrategias más eficaces en el dolor crónico son aquellas que disminuyen la atención y concentración del individuo sobre su dolor y la desvían hacia otras actividades como la relajación o las relaciones sociales, ya que además, suelen reducir el uso del catastrofismo y la evitación (Rosenstiel y Keefe, 1983). Dependiendo del tipo de estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes de FM, les será más fácil o no aprender a convivir con ella, ya que se trata de un problema crónico.

Centrándonos únicamente en los factores cognitivos, la investigación ha estudiado la influencia de cogniciones desadaptativas en el mantenimiento y empeoramiento del dolor crónico, donde en algunas ocasiones se sugiere que la patología física podría iniciar la sintomatología pero que serán la percepción e interpretación de los síntomas la que contribuye mayoritariamente a una representación disfuncional sobre el dolor, facilitando con ello un mayor sentimiento de incapacidad, distrés y dolor. En este sentido, y como señala Monsalve (2001), en la FM, como en otros cuadros de dolor crónico, las creencias, los estilos cognitivos, las estrategias de afrontamiento, la estabilidad emocional, la tensión emocional, así como la respuesta del entorno familiar y social van a tener una influencia relevante en el paciente, siendo el perfil psicológico del paciente con FM una persona que muestra hipervigilancia, depresión, desesperanza, ansiedad, locus de control externo, con acontecimientos estresantes vitales cotidianos, y estrategias de afrontamiento pasivas y catastrofismo (Hudson y Pope, 1989; Okifuji, Turk y Sherman, 2000; Dailey, Bishop, Russell y Fletcher, 1990).

Dado que se ven afectadas diversas áreas de la vida de estos pacientes (social, personal y/o laboral), la FM requiere de un tratamiento que aborde cada una de ellas teniendo en cuenta tanto el aspecto médico, como el fisioterapéutico y el psicológico, ya que se ha comprobado que ciertos estilos cognitivos influyen en el aumento o disminución de la sintomatología de esta enfermedad. Hasta el momento, el abordaje de este tipo de dolencias es insuficiente por lo que se hace necesaria la búsqueda de un tratamiento más eficaz, sin encarecer en exceso los costes y sin disminuir la eficacia de la intervención.

Como hemos podido comprobar, para ello sería de gran utilidad instaurar y consolidar las estrategias de afrontamiento adaptativas aprendidas en terapia presencial de manera que las pacientes pudieran aplicarlas en su vida cotidiana llegando a convertirlas en un hábito, como parte de su rutina de funcionamiento cognitivo y conductual. Se ha visto que estas pacientes aprenden y utilizan las estrategias aprendidas a corto plazo, sin embargo, a medio y largo plazo van dejando de emplearlas. Por tanto, y como medio para hacer más fácil y amena la tarea de consolidación de los conocimientos adquiridos en terapia, sería útil emplear las TIC.

En este caso nuestro grupo (*Labpsitec*: Laboratorio de Psicología y Tecnología) ha desarrollado TEO (Terapia Emocional On line) un sistema totalmente autoaplicado que permite la creación por parte de los terapeutas, de sesiones de tratamiento y/o tareas para casa en una plataforma on line, según las necesidades de cada persona y problema, lo que ofrece la oportunidad de personalizar la terapia y llegar a un mayor número de personas enviando las sesiones a través de internet. De este modo, las pacientes tienen acceso a las sesiones de terapia preparadas por su terapeuta desde sus propias casas, lo que resulta de mayor comodidad para ellas ya que no han de desplazarse, y nos permite recabar datos de evaluación en su ambiente natural. La posibilidad que nos ofrece el sistema desarrollado es que el paciente pueda seguir recibiendo indicaciones terapéuticas cuando no está en la consulta, como tarea para casa o una vez finalizado el tratamiento.

En los últimos años, la FM ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia debido a su alta prevalencia (2,4 % de la población general mayor de 20 años (estudio EPISER, [2008]), al escaso conocimiento acerca de su etiología y los mecanismos que la producen, y a la ausencia de un tratamiento curativo. Esta enfermedad no es degenerativa ni mortal, pero el curso natural de sus

síntomas es crónico, contribuyendo a formar una situación compleja y difícil de manejar desde el punto de vista clínico, lo que hace necesaria la búsqueda de intervenciones más eficaces. Por ello, iniciamos la aplicación del sistema TEO para esta población en concreto, con el fin de facilitar la instauración de las estrategias aprendidas y con ello maximizar el efecto de la terapia. El objetivo principal que persigue este trabajo es analizar la aceptación que tiene el sistema TEO aplicado en pacientes diagnosticadas de síndromes de dolor crónico.

Método

- **Objetivos**

Los objetivos concretos que persigue este estudio son, en primer lugar, describir la plataforma TEO aplicada a pacientes con FM con el fin de emplearla para el mantenimiento de las estrategias aprendidas en terapia presencial y, en segundo lugar, presentar datos preliminares de aceptación de tres pacientes con este tipo de dolencias.

- **Muestra**

Las participantes de este estudio fueron tres mujeres diagnosticadas de síndromes de dolor crónico, con una edad media de 57,33 años (DT = 0,577). Dos de ellas poseían el graduado escolar y la tercera el título de bachiller.

- **Instrumentos de evaluación**

El instrumento empleado para valorar la aceptación del sistema TEO por parte de estas pacientes fue:

La escala de satisfacción con el tratamiento (adaptado de *Credibility/Expectancy Questionnaire*, CEQ; Borkovec y Nau, 1972). Este cuestionario está compuesto por 7 ítems que evalúan el grado de satisfacción de los participantes con el tratamiento. Se administró al finalizar el mismo y los participantes contestaron a una serie de preguntas generales (ítems 1 a 6) en una escala de 0 a 10. En el siguiente ítem (ítem 7) se pide que valoren de manera independiente en una escala de 0 a 10 también, la satisfacción con cada uno de los elementos multimedia que han visualizado en las sesiones así como la utilidad de los mismos. Por último, el cuestionario presenta una serie de preguntas cualitativas que nos aportan una valoración más subjetiva sobre el programa.

- **Descripción del programa**

TEO es un sistema abierto que permite crear material terapéutico personalizado de manera sencilla y eficaz y enviarlo a los pacientes vía on line. Esta plataforma hace posible optimizar la terapia creando material de repaso de las sesiones de tratamiento presenciales y tareas para casa, de modo que la intervención se vea reforzada. Asimismo, TEO posibilita un tratamiento totalmente autoaplicado, lo que permite una mayor difusión del mismo, llegando así a un mayor número de pacientes.

En las siguientes imágenes ofrecemos la pantalla de Bienvenida de TEO (véase figura 1) y dos pantallas dentro del programa con las sesiones de TEO asignadas y realizadas por el paciente (véanse figuras 2 y 3).



Figura 1. Pantalla de bienvenida de TEO

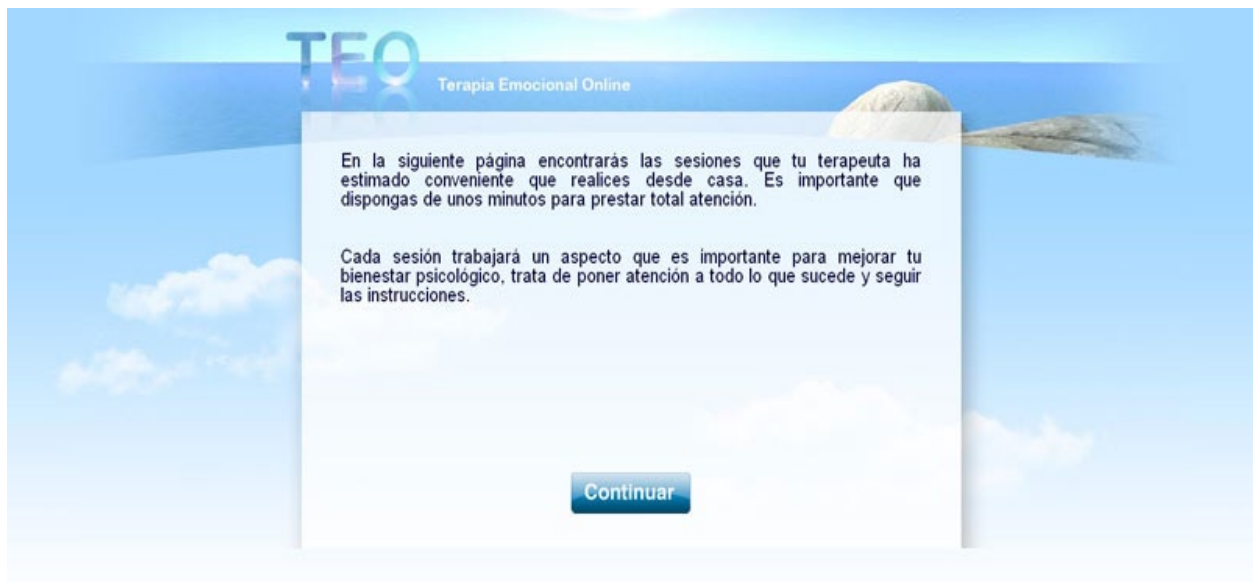


Figura 2. Pantalla de TEO previa a la de acceso a las sesiones

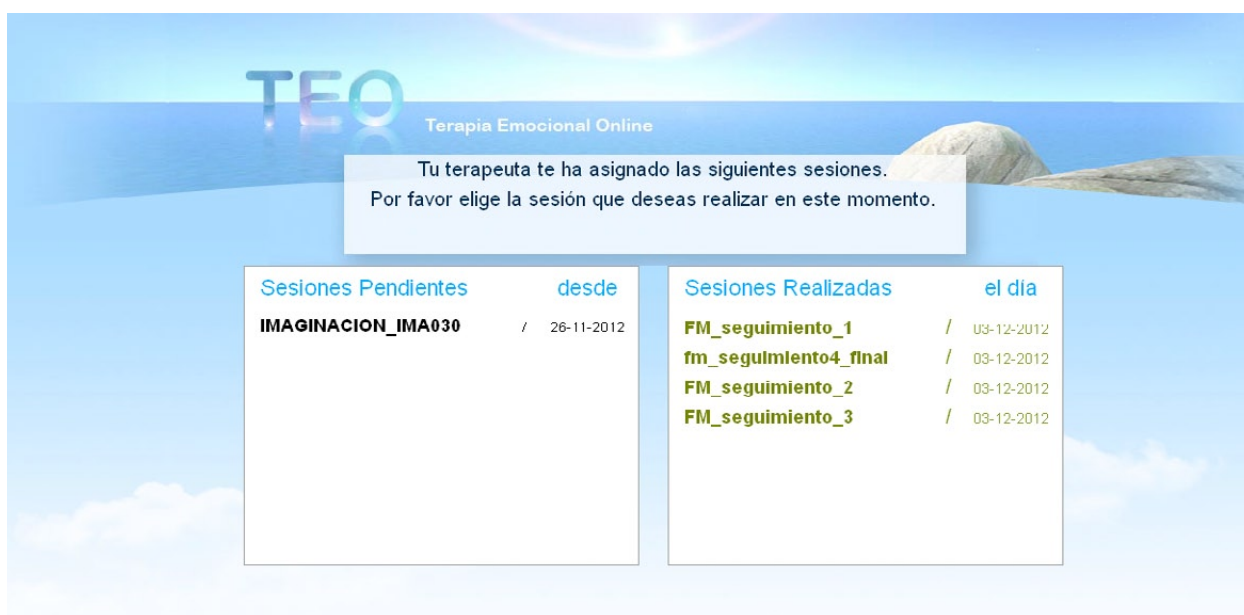


Figura 3. Pantalla de TEO en la que los pacientes pueden visualizar las sesiones disponibles, tanto las nuevas como las ya realizadas

Este programa está formado por dos plataformas diferenciadas, cada una de las cuales permite unas funciones diferentes que se describen a continuación:

- La plataforma de acceso al terapeuta (administrador) permite:
 - Gestionar y administrar la base de datos de los pacientes de forma centralizada, junto con los resultados de tratamiento de cada uno de ellos.
 - Crear sesiones y protocolos de tratamiento personalizados mediante material multimedia que se asignan a los distintos pacientes, los cuales pueden visualizar dichas sesiones accediendo a través de la plataforma del paciente.
 - Asignar protocolos de evaluación que permitan el seguimiento de cada paciente, y con ello poder valorar su evolución a lo largo del tratamiento.
- La plataforma de acceso para el paciente por su parte permite:
 - Aplicar protocolos de evaluación de forma remota.
 - Visualizar las sesiones que el terapeuta ha enviado en un entorno 3D de realidad virtual simulada, que permite potenciar la experiencia de la terapia.
 - Al acabar cada sesión de terapia, el paciente puede navegar por el entorno de realidad virtual simulado, para reflexionar sobre la sesión realizada en un contexto seguro.
 - Repetir cada sesión cuantas veces quiera el paciente para repasar o refrescar ciertos puntos vistos en terapia.

Este sistema está compuesto por diversos contenidos multimedia como pueden ser audios, imágenes, vídeos y texto (música, grabaciones en voz, fotos, frases) que el terapeuta podrá utilizar para configurar las distintas sesiones de tratamiento, de manera que sean lo más personalizadas posible a las necesidades particulares de cada paciente. Asimismo, el terapeuta podrá agrupar varias sesiones para dar lugar a un protocolo de tratamiento completo, optimizando el tiempo empleado en la preparación de la terapia y pudiendo compartirlo con otros terapeutas. TEO permite también estudiar qué componentes terapéuticos han sido mejor representados y, con ello, mejorar las sesiones de tratamiento.

Antes y después de realizar cada sesión, cada paciente responde una serie de preguntas sobre: su capacidad de afrontar eficazmente los problemas (0-10), estado de ánimo (1-7), con qué intensidad sienten cada una de las siguientes 7 emociones (1-7): alegría, tristeza, enfado/rabia, sorpresa, ansiedad, relax/tranquilidad y vigor/energía y, por último, eligen el entorno en el que quieren navegar, una playa o un campo. Tras esta pequeña evaluación, los pacientes pueden ver las sesiones nuevas que ya tienen disponibles y las ya realizadas, pudiendo acceder a la que deseen. Una vez finalizada la sesión los pacientes pueden navegar por el entorno virtual tanto tiempo como deseen para reflexionar sobre la información recibida.

TEO ofrece la ventaja de contener elementos atractivos y variados que unidos a su facilidad de uso aumentan la probabilidad de adherencia al tratamiento por parte de los usuarios, así como facilitar el trabajo del terapeuta a la hora de diseñar las tareas para casa de cada paciente.

• Procedimiento

Las tres pacientes de fibromialgia utilizaron TEO de manera autoaplicada durante 4 semanas tras finalizar el tratamiento presencial en grupo. El tratamiento en grupo consistió en seis sesiones aplicadas en tres semanas (2 sesiones por semanas) que las que se enseñaba a las pacientes distintas estrategias de afrontamiento del dolor, destacando la programación de actividades significativas, equilibrando periodos de actividad y descanso. Este componente se apoyaba de ejercicios de inducción de emociones positivas para aumentar la motivación y de estrategias de mindfulness para fomentar la aceptación de las experiencias.

La plataforma TEO FM contó con 4 sesiones de refuerzo y afianzamiento de los conocimientos adquiridos en terapia presencial, para consolidar las estrategias aprendidas y su uso a medio y largo plazo. El contenido de cada sesión se especifica a continuación.

Durante la primera sesión se introducía el componente físico y emocional así como la programación de actividades. La tarea sugerida en esta primera sesión era pensar y plantear actividades agradables, pequeñas acciones que pudieran introducir en su vida cotidiana como pasear, leer o cocinar. Podían utilizar las actividades que hubieran propuesto durante la terapia presencial. Como apoyo multimedia se presentaban dos poemas dirigidos a motivar a las pacientes para que realizaran esas actividades: «No te rindas» y el «Cuento del león».

En la segunda sesión se profundizaba más en el componente emocional y en la importancia de las emociones positivas. Se les sugería como actividad que escribieran 3 cosas positivas que les hubieran ocurrido ese mismo día. En esta sesión se visualizaban tres vídeos con cuentos e historias para fomentar la ocurrencia de emociones positivas: vídeo con carteles de marcianitos, el vídeo de «Sonreír es divertido» y el cuento de las ranitas.

La introducción al mindfulness con la puesta en práctica de ejercicios sobre ello, y la visualización del vídeo *Hoy empieza un nuevo día* se realizaba en la tercera sesión.

Por último, la cuarta sesión se dedicaba a la prevención de recaídas, empleando metáforas, heurísticos y el cuento «¿Quién se ha llevado mi queso?».

Tras la práctica con TEO en casa durante cuatro semanas se citó a las pacientes en una sesión individual para evaluar el grado de aceptación y satisfacción con la herramienta.

Resultados

Las pacientes manifestaron un alto grado de satisfacción con la herramienta y una opinión muy positiva sobre la misma. Sus valoraciones medias respecto a cada pregunta, valoradas en una escala de 0 a 10 se reflejan en la tabla 1:

Tabla 1
Media de las valoraciones de las pacientes, de los ítems 1 al 6 en la escala de satisfacción con el tratamiento (adaptado Borkovec & Nau, 1972)

PREGUNTA	\bar{X} SATISFACCIÓN
¿En qué medida le ha parecido lógico el programa?	8,6
¿En qué medida le ha satisfecho el programa de tratamiento que ha recibido?	9
¿En qué medida le recomendaría este programa de tratamiento a un amigo que tuviera su mismo problema?	9,3
¿En qué medida cree que este programa de tratamiento podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?	9,3
¿En qué medida cree que el programa de tratamiento le ha resultado útil en su caso?	9
¿En qué medida este programa de tratamiento le ha resultado aversivo?	0

Respecto al ítem 7 del cuestionario en el que se valorar por separado cada uno de los elementos multimedia empleados en las sesiones, se presentan las opiniones de las tres pacientes a continuación:

Tabla 2

Media de valoración de satisfacción y utilidad de cada elemento multimedia de TEO por parte de las pacientes

ELEMENTO MULTIMEDIA	\bar{X} SATISFACCIÓN	\bar{X} UTILIDAD
«Cuento del león»	9,3	9
«Cuento de las ranitas»	9,3	9
Video con carteles de marcianitos	9,3	9
Video <i>Hoy empieza un nuevo día</i>	9,3	9
Cuento «¿Quién se ha llevado mi queso?»	9,6	9
Video heurísticos	6,6	9
Imágenes	7,6	7,6
Ejercicios propuestos	8,6	8,6
Cualidades de la voz / Audio	6,6	9

Por último, se presentan las respuestas referentes a las preguntas cualitativas de la escala empleada:

Tabla 3

Respuestas de las pacientes a las preguntas cualitativas sobre TEO

1. ^a PREGUNTA:	<i>¿QUÉ ES LO QUE MÁS LE HA IMPACTADO DE LAS SESIONES?</i>
Opinión paciente 1 (OP1)	«Ver el lado positivo de las cosas»
Opinión paciente 2 (OP2)	«Los cuentos y ejemplos»
Opinión paciente 3 (OP3)	«Los cuentos y las imágenes»
2. ^a PREGUNTA:	<i>¿POR QUÉ?</i>
OP1	«Porque si valoras más las cosas positivas que te da la vida, las negativas pierden importancia»
OP2	«Me hacen ver que puedo hacer lo que me proponga y no tener miedo al fracaso»
OP3	«Porque las imágenes están muy acertadas y te impactan y llegan al interior»
3. ^a PREGUNTA:	<i>¿HARÍAS ALGÚN CAMBIO AL SISTEMA?</i>
OP1	«Haría la imagen virtual más realista»
OP2	«Me parece bien así»
OP3	«Las sesiones personales (cara a cara) son más afectivas»

Discusión y conclusiones

Los resultados preliminares obtenidos en este estudio nos aportan información acerca de la aceptación del sistema en pacientes con FM, los cuales lo valoran de manera muy positiva y como nada aversivo, y nos ayudan a continuar con la validación de TEO como una herramienta para que las pacientes recuerden, repasen y mantengan en práctica las estrategias aprendidas en terapia y puedan consolidar lo aprendido.

TEO es un sistema todavía en proceso de validación, por ello resulta de gran utilidad saber la valoración que las pacientes hacen de este programa en su conjunto, así como de cada uno de sus elementos por separado para poder continuar mejorándolo y, con ello, optimizar los beneficios que pueda aportarles en el mantenimiento a largo plazo de los conocimientos y estrategias aprendidas durante la terapia.

Este estudio de aceptación nos ha permitido descubrir algunas de las limitaciones que presenta el sistema TEO para poder mejorarlo. En primer lugar esta herramienta no envía ningún tipo de aviso a los participantes cuando tienen disponible una nueva sesión. Podría ser interesante que los pacientes pudieran recibir, de manera automatizada, un sms a sus teléfonos móviles o un correo electrónico como aviso para que accedan cuando quieran para visualizar la sesión que sus terapeutas les han preparado, sin necesidad de que sea el propio terapeuta el que le comunique al paciente la existencia de una nueva sesión. Por otro lado, esta herramienta no da *feedback* al terapeuta, sobre las actividades que realizan los participantes en el sistema (por ejemplo, escribir cosas positivas que le hayan pasado en el día de hoy).

Estos datos preliminares nos aportan información valiosa para continuar mejorando TEO y conseguir que sea una herramienta lo más útil y eficaz posible para la mejora del tratamiento y consolidación de las estrategias aprendidas en terapia.

Referencias bibliográficas

- Bassols Farrés, A., Bosch Llonch, F. & Eladi Baños, J. (2000). Epidemiología del dolor en la población general, *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15, 149-158.
- Bernard, A. L., Prince, A. & Edsall, P. (2000). Quality of life issues for fibromyagia patients. *Arthritis Care & Research*, 13, 42-50.
- Borkovec, T. D. & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257-260.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R. M. & García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de Psicología*, 40, 155-170.
- Dailey, P. A., Bishop, G. D., Russell, I. J. & Fletcher, E. M. (1990). Psychological stress and the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 17, 1380-1385.
- De Andrés Ares, J., Monsalve, V., Soriano, J. F. & Soucase, B. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida: relaciones entre las variables en una muestra de pacientes diagnosticados de fibromialgia. *V Congreso de la SED (Sociedad Española de Dolor)*.
- Documento de la SER (Sociedad Española de Reumatología) sobre tratamiento de la Fibromialgia. Reumatismos. (2005); septiembre - octubre.
- EPISER Study Group: Mas, A. J.; Carmona, L., Valverde, M. & Ribas, B. (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clinical and experimental rheumatology*, 26, 519-526.

- Gamero Ruiz, F., Gabriel Sánchez, R., Carbonell Abello, J., Tornero Molina, J. & Sánchez-Magro, I. (2005). Pain in spanish Rheumatology outpatient offices: EPIDOR epidemiological study. *Revista Clínica Española*, 205, 157-163.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Martínez, K., Yépez, M., Echevarria, C., Contreras, F. & Pineda, R. (2006). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *Psicología y salud*, 16, 129-138.
- Hudson, J. L. & Pope, H. G. (1989). Fibromyalgia and psychopathology: is fibromyalgia a form of affective spectrum disorder? *Journal of Rheumatology*, 16, 15-22.
- Kosek, E. & Hansson, P. (1997). Modulatory influence on somatosensory perception from vibration and heterotopic noxious conditioning stimulation (HNCS) in fibromyalgia patients and healthy subjects. *Pain*, 70, 41-51.
- Lautenbacher, S., Rollman, G. B. & McCain, G. A. (1994). Multi-method assessment of experimental and clinical pain in patients with fibromyalgia. *Pain*, 59, 45-53.
- Martínez, J. E., Barauna Filho, I. S., Kubokawa, K., Pedreira, I. S., Machado, L. A. & Cevalco, G. (2001). Evaluation of the quality of life in Brazilian women with fibromyalgia, through the medical outcome survey 36 items short-form study. *Disability and Rehabilitation*, 23, 64-68.
- Monsalve, V. (2001). *Perfil psicológico del paciente con fibromialgia*. En Muriel, C. (coord.). *Fibromialgia reunión de expertos*. Universidad de Salamanca. Fundación Grüenthal, 47-58.
- Nicholas, M. K., Wilson, P. H. & Goyen, J. (1992). Comparison of cognitive-behavioral group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. *Pain*, 339-347.
- Okifuji, A., Turk, D. C. & Sherman, J. J. (2000). Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed? *Journal of Rheumatology*, 27, 212-219.
- Rosenstiel, A. & Keefe, F. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain: relationship to patient characteristic and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Sourcase, B., Monsalve, V., Soriano, J. F. & de Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 11, 353-359.
- Soriano J. & Monsalve V. (2002). CAD: Cuestionario de afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 9, 13-22.
- Turner, J. A., Jensen, M. P. & Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85, 115-125.
- Ubago Linares, M. C., Ruíz Pérez, I., Bermejo Pérez, M. J., De Labry Lima, A. O. & Plazaola Castaño, J. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 683-695.
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D. & Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52, 157-168.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L. *et al.* (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 33, 160-172.