

Estudio de caso: aplicación de un tratamiento cognitivo- comportamental para la fibromialgia en una unidad de salud mental

LAURA ANDREU PEJÓ
al0880632@uji.es

AZUCENA GARCÍA PALACIOS
azucena@uji.es

Resumen

Una Unidad de Salud Mental (USM) es un dispositivo al que acuden con frecuencia pacientes diagnosticados de fibromialgia (FM) derivados por los servicios de atención primaria. Pese a la existencia de programas de intervención psicológica cognitivo-comportamentales (TCC) específicos para la FM, en las USM no suelen instaurarse este tipo de protocolos. Las pacientes con FM suelen recibir tratamiento psicológico y psiquiátrico dirigido a las psicopatologías concomitantes pero no específicamente para el afrontamiento de la FM. Pensamos que la TCC está especialmente indicada para ser aplicada en las USM ya que son programas de tratamiento grupales con un número limitado de sesiones, lo que resulta muy atractivo desde un punto de vista de coste-beneficio terapéutico dadas las largas listas de espera que se sufren en estos dispositivos.

En el presente estudio, pretendemos comprobar, en forma de un estudio de caso, la posibilidad de implantar un programa de tratamiento psicológico (TCC) en grupo en una USM, con el fin de explorar si la paciente con FM puede lograr beneficios en variables psicológicas que impliquen una mejora en el manejo del dolor crónico y por tanto en la calidad de vida. La paciente que participó en el estudio era una mujer de 45 años de edad, diagnosticada de FM. Vivía en pareja y tenía un nivel de estudios primario. Recibió un programa TCC grupal de 12 sesiones. Los resultados en la evaluación postratamiento indicaron que el impacto de la FM en la vida de la paciente, la intensidad e interferencia de la fatiga, la intensidad y la interferencia del dolor y la calidad de vida de la paciente mejoraron tras la terapia. Además, aumentó la utilización de algunas estrategias saludables como la persistencia en la tarea y la búsqueda de apoyo social, disminuyendo la realización de algunas estrategias poco saludables como la vigilancia.

Nuestro trabajo aporta datos preliminares que apoyan la utilidad de los TCC en el tratamiento de la FM en el contexto de la salud mental pública.

Palabras clave: dolor crónico, fibromialgia, salud mental pública, terapia cognitivo-comportamental.

Abstract

A Mental Health Unit (MHU) is a service that patients diagnosed with fibromyalgia (FM) attend frequently. These patients are referred to the MHU from their Primary Care Centres (PCC). In spite of the existence of Cognitive Behavioural Therapies (CBT) which are specific to FM, it is not usual to establish these kinds of protocols in MHU. Usually patients with FM receive psychological and psychiatric treatment which is focused on the concurrent pathologies but not specifically focused on the treatment of FM. We specifically recommend that CBT is applied in MHU because they are group treatment programs with a limited number of sessions. It seems to be very attractive from a cost-efficacy therapeutic point of view, due to the long waiting lists experienced in these types of services. The current case study aims to test the possibility of instituting a group CBT treatment in a MHU, with the purpose of exploring if a patient with FM responds positively in different psychological variables which involve an improvement in the control of chronic pain, and therefore, achieves a better quality life.

The participant in our study was a 45 year-old woman diagnosed with FM who lives with her partner and has elementary school studies. The patient participated in a group CBT program of 12 sessions. Results of the post-treatment evaluation showed that FM impact, intensity of and interference from both pain and fatigue, and the perceived quality of life improved significantly after therapy. In addition, the patient increased the use of positive health strategies such as task persistence and looking for social support and reduced the use of negative strategies such as vigilance.

Our work provides preliminary information supporting the use of CBT for FM treatment, in the context of public mental health.

Keywords: Chronic pain, fibromyalgia, public mental health, cognitive-behavioural therapy.

Introducción

Según la Sociedad Española de Reumatología (SER), la FM es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por dolor crónico generalizado en el aparato locomotor. Es una forma de dolor musculoesquelético, difuso, crónico y benigno de origen no articular de evolución variable y que normalmente aparece asociada a otras patologías, como son la fatiga intensa, las alteraciones del sueño, parestesias en extremidades, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefaleas y sensación de tumefacción, que serían las manifestaciones clínicas más comunes.

La preocupación por la sintomatología puede convertirse en frustración, miedo y ansiedad. Los pensamientos negativos y las creencias irracionales, pueden hacer que el individuo desarrolle conductas desadaptativas y utilice estrategias de afrontamiento ineficaces para manejar las situaciones de dolor.

Una línea de investigación actual se ha dirigido a la identificación de los factores psicosociales que se consideran determinantes en la adaptación a los problemas de salud crónicos. De estos factores los recursos cognitivos como las *creencias de control*, *los recursos sociales*, *como el apoyo social*, y *las estrategias de afrontamiento*, parecen tener un papel crucial en el estado de salud de aquellas personas con patologías reumáticas y de dolor crónico (Bukelew

et al., 1996; Lackner, Carosella y Feuerstein, 1996; Goldenberg *et al.*, 1995; Nicasio, Schoenfeld-Smith, Radojevic y Schuman, 1995; Parker *et al.*, 1993; Stewart y Knight, 1991).

La patogenia de la enfermedad es desconocida, sin embargo, se ha investigado sobre la hipótesis de una posible alteración en la percepción del dolor, Giralt Celiméndiz (2010) indica que se ha observado en pacientes con FM una alteración de los mecanismos de procesamiento del dolor, por desequilibrio en los neuromoduladores del sistema nervioso central.

La FM es una patología que afecta a las personas de todos los países y colectivos humanos. Según diversos estudios realizados con población americana y francesa, la FM afecta entre el 2 y el 7 % de la población general. Según el estudio EPISER 2008, en España el 2.4 % de la población general mayor de 20 años presenta FM, siendo más prevalente en mujeres (4.2 %) que en hombres (0.2 %).

Por toda la problemática que implica el sufrimiento del dolor crónico de la FM y por la gran repercusión a nivel psicológico que supone este tipo de dolencia, es importante invertir recursos en la investigación para mejorar la comprensión de los factores asociados al dolor crónico y poder llegar al establecimiento de procedimientos de intervención eficaces que mejoren la atención a las personas que sufren este problema. Los resultados de dichas investigaciones deben dirigirse hacia un objetivo pragmático, es decir, los hallazgos obtenidos a través de la investigación tanto a nivel médico como psicológico deben dar pie a establecer tratamientos de carácter integral que puedan llegar a todas las personas que sufren FM.

En la actualidad no existe ningún tratamiento específico curativo para la FM, sino que más bien se aplica un tratamiento de carácter paliativo en algunos casos y preventivo en otros, por lo tanto el objetivo está encaminado a mejorar el control sintomático del dolor, la repercusión emocional y en definitiva a mejorar la calidad de vida. La intervención de elección para la FM son los tratamientos interdisciplinarios multicomponentes (Flor y Turk, 2011).

Las técnicas cognitivo-comportamentales pueden ayudar a reducir el dolor y la fatiga, aliviar el malestar emocional, mejorar el bienestar, elevar el estado de ánimo y quizás mejorar el funcionamiento físico y social (Friedberg y Jason 2001).

Glombiewski *et al.* (2010) realizó un estudio de meta-análisis de los tratamientos psicológicos en FM, en el que obtuvo algunos resultados importante respecto a las ventajas que demuestra el TCC frente a otros tratamientos psicológicos y no psicológicos con los que se comparó.

La elevada prevalencia de la FM, las limitaciones tanto en su diagnóstico como en su tratamiento y el elevado número de profesionales que intervienen en el cuidado de estos pacientes hace necesaria la creación de una Guía Clínica Integral para la FM para resolver dudas y guiar a los profesionales sanitarios implicados en el diagnóstico y tratamiento de esta patología. Puesto que queda demostrada en las investigaciones científicas, la utilidad de la TCC en los pacientes con FM, cabría esperar la inclusión en dichas guías clínicas de protocolos de tratamiento psicológico que aúnen criterios y establezcan una práctica clínica multidisciplinar e integral basada en la evidencia.

Más allá del problema de crear una guía clínica multidisciplinar, está la cuestión de cómo adaptarla para que resulte eficaz y eficiente en todos aquellos contextos donde se puede atender a la persona que padece FM.

Intentando dar cobertura sanitaria de calidad a los pacientes afectados de dolor crónico, como es el caso de los pacientes con FM, desde los organismos estatales correspondientes se desarrollan en ocasiones documentos específicos que describen los recursos necesarios para crear o mejorar las unidades de tratamiento del dolor y de este modo lograr un nivel asistencial óptimo. En el año 2011 el Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad publicó una guía, *Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad*, cuyo objetivo es poner a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores (públicos

y privados) y profesionales sanitarios, criterios para la organización y gestión de las unidades de tratamiento del dolor.

Actualmente podemos comprobar como algunas de las comunidades autónomas, en base a sus recursos y las demandas de la población, establecen documentos o guías terapéuticas para el manejo clínico de los pacientes con FM en los diversos niveles asistenciales. El objetivo de dichos documentos es, crear una herramienta que ofrezca información actualizada y basada en la evidencia para reforzar los conocimientos de todos los profesionales sanitarios implicados en el tratamiento de la FM. La mayoría de estos documentos se dirigen a la atención del paciente con FM en el ámbito de la Atención Primaria. Algunos ejemplos son: el *Protocolo de Atención a los Pacientes con FM* publicado en 2010 por el Servicio Murciano de Salud. También el Departamento de Sanidad Eusko Jaularitza/Gobierno Vasco en el año 2006, publicó la *Guía Clínica de actuación para la FM y Síndrome de Fatiga Crónica (SFC)*. En el año 2011, después de la revisión del Proceso Asistencial Integrado (PAI) para la FM publicado por la Junta de Andalucía en 2005, se publica un documento de consenso de cada centro de salud dependiente del H. U. de Puerto Real (Cádiz).

En prácticamente todos los protocolos, guías o documentos de actualización sobre el tratamiento de la FM se contempla el área psicológica del sujeto. El tratamiento de elección, como ya hemos comentado anteriormente, por su comprobada eficacia en múltiples estudios empíricos es la TCC.

También nos gustaría señalar que algunas de las guías o protocolos de actuación contemplan a las Unidades de Salud Mental como parte del equipo multidisciplinar para completar la asistencia integral a estos pacientes

En las USM se atiende a multitud de pacientes con algún tipo de psicopatología que requiere la atención psiquiátrica y/o psicológica de los profesionales especialistas. En el caso de un paciente con FM, puede ocurrir que sea el propio médico de atención primaria quien diagnostique la FM o también puede que sea otro especialista, como el reumatólogo, quien realice el diagnóstico, en cualquier caso, ambos pueden detectar la necesidad de derivar al paciente a la USM para recibir el tratamiento psicológico correspondiente para su atención integral.

Pese a la existencia de TCC específica para la FM en las USM no suelen instaurarse este tipo de protocolos. Las pacientes con FM suelen recibir tratamiento psicológico y psiquiátrico dirigido a las psicopatologías concomitantes pero no específicamente para el afrontamiento de la FM. Pensamos que la TCC está especialmente indicada para ser aplicada en las USM ya que son programas de tratamiento grupales con un número limitado de sesiones lo que resulta muy atractivo desde un punto de vista de coste-beneficio terapéutico dadas las largas listas de espera que se tienen en estos dispositivos.

En el presente estudio, pretendemos comprobar, en forma de un estudio piloto, la posibilidad de implantar un programa de tratamiento psicológico (TCC) en grupo en una USM, con el fin de explorar si la paciente con FM del estudio puede lograr beneficios en variables psicológicas que impliquen una mejora en el manejo del dolor crónico y por tanto en su calidad de vida.

Método

Participante

La participante fue derivada desde la consulta del psiquiatra a la psicóloga de la Unidad de Salud Mental del Centro de Salud de Rafalafena de Castellón para recibir tratamiento psicológico en grupo específico para el dolor crónico. Los criterios de admisión para incluir a las paciente en los grupos fueron: 1) haber sido diagnosticadas de FM por un reumatólogo/a de

acuerdo los criterios de la ACR (1990); 2) tener entre 18 y 70 años de edad; 3) No sufrir ninguna enfermedad mental grave tal como esquizofrenia, trastorno bipolar, retraso mental o abuso/dependencia de sustancias; 4) no sufrir una enfermedad física que pueda interferir en el desarrollo del tratamiento psicológico.

El tratamiento psicológico en grupo se desarrolló en colaboración con el Grupo de Investigación Labpsitec del Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón.

La participante mostró su acuerdo con el estudio y firmó un consentimiento informado, en el cual se explicaba el procedimiento y las condiciones del tratamiento.

En la tabla 1 se muestra la descripción biográfica de la paciente sujeto del estudio del grupo de tratamiento cognitivo conductual para la FM.

Tabla 1

Mujer de 45 años de edad, vive en pareja desde hace más de 20 años. Su nivel de estudios corresponde a certificado escolar básico y actualmente está en paro. Presenta un 43 % de minusvalía. Tiene 2 hijos adolescentes.

La paciente padece dolor de forma crónica desde hace 5 años, manifiesta que su aparición fue espontánea, pero presenta múltiples antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Fue operada de un quiste benigno hace 16 años, tuvo 2 cesáreas en 1996 y en el 2000, y fue operada del pie derecho en octubre de 2011. Presenta múltiples alergias, está diagnosticada de colon irritable y migraña con aurea. Hace 3 años tuvo un microinfarto cerebral de origen migrañoso. El tratamiento farmacológico actual es el siguiente: amitriptilina y fluoxetina (tratamiento antidepresivo), clopidogrel (tratamiento para problema cardíaco) y, Flunarizina (tratamiento para vértigos). Aunque la edad de aparición de los síntomas sea a los 40 años, la paciente refiere que desde bien joven se sentía siempre cansada y con dolor de piernas.

En relación con el dolor ha visitado múltiples especialistas: Médico general, traumatólogo. Fisioterapeuta y psiquiatra.

En cuanto a su patrón actual de dolor, la paciente manifiesta que el dolor aparece todos los días, ininterrumpidamente y es más intenso a mediodía. Existen una serie de factores que la paciente identifica como agravantes del dolor, entre los que destacan: el frío, la tensión, la humedad, el cambio de tiempo, el cansancio, la falta de movimiento, y sobre todo sentirse deprimida y las discusiones familiares.

En cuanto al patrón de sueño, refiere dormir bien (7 horas diarias), aunque puede tardar en conciliar el sueño hasta 2 horas. No ha modificado su forma de comer desde que empezó el dolor y no sigue una dieta determinada.

La paciente presenta algunos síntomas que acompañan al dolor: *problemas gastrointestinales* (gases, hinchazón abdominal, dolor de estómago o intolerancias alimentarias); *problemas sexuales*, como, indiferencia sexual y *problemas neurológicos* (dolor de cabeza, amnesia, mareo o vértigo, alteración de la coordinación y el equilibrio o visión doble con las migrañas).

La paciente presenta problemas psicológicos importantes. Es paciente del servicio de psiquiatría de la unidad desde hace algunos años. Fue diagnosticada de depresión con personalidad dependiente y ansiedad. En la entrevista se observa que presenta una baja autoestima y una actitud muy negativa ante sus posibilidades y la vida en general. Es importante destacar algunos factores estresantes que ha vivido y vive actualmente en su vida cotidiana. Comenta que la pérdida de su padre, hace algunos años, fue muy dura para ella. Su pareja presenta, actualmente, un problema de alcoholismo muy grave, la paciente comenta que este es su principal problema –origen y consecuencia de todos sus males– y además actualmente vive una situación económica grave. A pesar de su situación, presenta una buena disposición a mejorar y aprender cómo afrontar los problemas de su vida y entre ellos el problema de dolor crónico.

Instrumentos de evaluación

En primer lugar se utilizó una entrevista semiestructurada sobre el dolor crónico para recoger información respecto a los datos generales, la historia médica, patrón actual del dolor, dolor y sueño, dolor y hábitos alimenticios y trastornos psicósomáticos.

El protocolo de evaluación se diseñó de acuerdo a las recomendaciones de IMMPACT (Dworkin *et al.*, 2008) e incluye las siguientes medidas de autoinforme relacionadas con el dolor y el estado de ánimo:

Cuestionario de Impacto de la fibromialgia (FIQ, Burckhardt, Clark y Bennett, 1991; versión en español de Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia y Alegre, 2007). El FIQ es un instrumento específico para la FM, ampliamente validada (Bennet, 2005).

Inventario Breve de Dolor (BPI) (Badia *et al.*, 2003).

Inventario Breve de Fatiga (BFI) (University of Texas, M. D. Anderson Cancer Center, 2004).

Inventario de Afrontamiento del dolor crónico (Jensen, Turner, Romano y Strom, 1995; validado en población española por García-Campayo, Pascual, Alda y González-Ramírez, 2007).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).

Índice de Calidad de Vida (QLI) (Mezzich, Cohen y Ruipérez, 1999).

Escala de satisfacción con el tratamiento. Al finalizar el tratamiento, la paciente hizo una valoración del grado de satisfacción con el tratamiento recibido en una escala de 0 a 10, donde 0 es nada satisfecha y 10 es muy satisfecha.

Tratamiento

El programa TCC para las pacientes con FM, se aplicó en formato grupal. Se desarrolló en 12 sesiones semanales hasta la décima sesión, siendo las dos últimas cada dos semanas. Cada sesión tenía una duración aproximada de 2 horas.

Las reuniones del grupo tenían lugar en un aula o sala del Centro de Salud de Rafalafena, en el que se disponía del material suficiente y la adaptación adecuada a las necesidades que requería cada sesión.

El tratamiento multicomponente consistió se diseñó de acuerdo a las indicaciones de autores relevantes en el tratamiento psicológico del dolor crónico y la fibromialgia como son los Dres. Dennis Turk y Mark Jensen (Flor y Turk, 2011).

El programa de tratamiento psicológico desarrollado, estaba integrado por los componentes que se describen brevemente a continuación:

Componente educativo: Se realizó una introducción respecto a la situación actual que viven las personas que sufren dolor crónico en fibromialgia y los aspectos médicos, psicológicos y sociales relacionados. Se presenta a continuación la teoría de la compuerta de Melzack y Wall (1965) y los factores relacionados con el mantenimiento del dolor, la influencia de las emociones y los aspectos cognitivos relacionados (*Pensamientos catastrofización, las ideas sobrevaloradas y el papel de la atención en la percepción del dolor*). Por último, se explica la base lógica del tratamiento.

Mindfulness: Se enseña a las participantes la base teórica del funcionamiento del mindfulness como técnica terapéutica, así como sus ventajas y beneficios. Se proponen dos ejercicios para practicar en sesión lo aprendido, «Observar la respiración» y «Observar con los cinco sentidos» y se proporciona a cada una de las pacientes un registro para la práctica diaria de *mindfulness* como tarea para casa.

Relajación: Se proponen y se practican dos tipos de procedimientos de relajación en el programa y se practican ambas en sesión, dándoles a las pacientes la opción de profundizar con la práctica diaria en aquella que mejor se adapte a sus condiciones: «La Relajación Progresiva de Jacobson» y la «Relajación autógena de Schultz».

Terapia de conducta: Para trabajar el componente de activación se establece un Programa de Actividades Agradables (PAA). Con ello se pretende aumentar el número y la intensidad de las emociones positivas y enseñar a las pacientes el nivel de actividad adecuado como factor que puede ayudar a afrontar el dolor. Con todo ello conseguiremos además, tratar las conductas de evitación asociadas al dolor. Otra actividad de notable interés es la presentación audiovisual de un vídeo diseñado por el grupo de investigación Labpsitec.

Terapia cognitiva: Mediante la terapia cognitiva se pretende abordar los pensamientos, expectativas, actitudes, etc., en el mantenimiento del dolor y, por otro lado, el papel de la atención en la percepción del dolor. Con el trabajo cognitivo se pretende lograr la *decatastrofización*. Se trabaja el cambio de pensamientos mediante el modelo ABCD.

Entrenamiento en hábitos de vida saludables: El objetivo esencial es enseñar estrategias para lograr una mejora en la calidad de vida en aspectos relativos a la alimentación, el sueño, las relaciones sexuales, el ejercicio físico y la higiene postural.

Habilidades de comunicación: Mejorando las habilidades sociales en comunicación, podemos lograr cumplir algunos objetivos como, mejorar las relaciones sociales, mejorar la autoestima, permitir conocer y practicar la asertividad y disminuir el estrés ante las dificultades y conflictos interpersonales. Este componente se complementa con el trabajo en el entrenamiento de la asertividad y autoestima.

Resolución de problemas: La resolución de problemas es un punto fundamental en el programa de tratamiento, se enseña y se practica la técnica de resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried.

Prevención de recaídas: En la prevención de recaídas se pretende, programar el uso de las habilidades adquiridas una vez finalice el tratamiento y programar cómo actuar en situaciones de alto riesgo.

Terapeutas

Dos terapeutas participaron en el desarrollo del trabajo en grupo, una terapeuta principal y una coterapeuta (autora de este trabajo). El papel de la terapeuta consistía en aplicar el tratamiento. El papel de la coterapeuta era preparar todos los materiales necesarios para cada sesión y apoyar al terapeuta en la aplicación del tratamiento.

Procedimiento

La participante fue citada a consulta de psicología para realizar la entrevista y proporcionarle los cuestionarios de autoinforme previo al inicio del tratamiento. Se presentó el consentimiento informado. Después de finalizado el tratamiento se llevó a cabo una nueva evaluación mediante el protocolo postratamiento.

Resultados

La tabla 2 muestra la puntuación directa de la participante en las variables elegidas para esta investigación en los dos periodos de evaluación: pretratamiento y postratamiento.

Tabla 2
Resultados obtenidos en la comparación pretratamiento-postratamiento

| | | PUNTUACIÓN DIRECTA PRE-TTO | PUNTUACIÓN DIRECTA POST-TTO |
|-------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| FIQ | | 67.46 | 22.23 |
| BDI | | 31 | 24 |
| INDICE CV | | 3 | 3.6 |
| BFI Intensidad | | 24 | 12 |
| BFI Interferencia | | 44 | 11 |
| BPI Intensidad | | 26 | 18 |
| BPI Interferencia | | 49 | 21 |
| CPCI | Vigilancia | 4 | 2.4 |
| | Descanso | 5.14 | 3.71 |
| | Pedir ayuda | 4.5 | 2.75 |
| | Relajación | 1.42 | 1.71 |
| | Persistencia T. | 1.33 | 2.66 |
| | Ejercicio | 1.66 | 3.08 |
| | Autoafirm. autoayu. | 1.5 | 2 |
| | Búsqueda de apoyo social | 1.5 | 1.75 |

Las puntuaciones en el FIQ mostraron una muy notable disminución del impacto de la FM en la vida de la paciente en el postratamiento.

Tanto la intensidad como la interferencia de la fatiga en la realización de las actividades, se ven disminuidas de manera importante en los resultados del postratamiento.

Se observa una disminución en la puntuación de la intensidad y la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria en el postratamiento.

Aparece una mejora en las puntuaciones respecto a la percepción de la calidad de vida medido con el QLI.

Se observa una disminución en la puntuación del BDI en el postratamiento.

Los resultados en relación al uso de estrategias de afrontamiento, van todas en la dirección de lo esperado, pero cabe destacar la obtención de algunas diferencias significativas:

Se observa una disminución en el postratamiento en la puntuación respecto a las estrategias poco saludables, sobretudo el nivel de vigilancia, pero también descanso y pedir ayuda.

Se observa un aumento importante en la puntuación en el postratamiento en las estrategias saludables sobre todo la persistencia en la tarea, y el ejercicio pero también relajación y autoafirmaciones de autoayuda.

Aparece también un aumento en la puntuación de la variable búsqueda de apoyo social como estrategia neutra en las puntuaciones del postratamiento.

Se observa un aumento en la puntuación de la evaluación de la estrategia de búsqueda de apoyo social.

La participante calificó su nivel de satisfacción con el TCC recibido en una escala de 0 a 10, con una puntuación de 10.

Discusión y conclusiones

El presente estudio pretende analizar la posibilidad de llevar a cabo un programa cognitivo-comportamental en grupo, en el contexto de una USM, con la finalidad de obtener datos preliminares de la posibilidad de aplicar tratamientos psicológicos ampliamente recomendados por la literatura científica actual en este contexto.

Los resultados muestran una mejora en la puntuación del FIQ en el postratamiento. Este puede considerarse uno de los resultados más importantes, puesto que indica que hay una mejora en el impacto de la FM en la vida de la paciente. La disminución en la puntuación de FIQ indica un progreso en el tratamiento de la FM ya que supone una mejoría de la interferencia del dolor en la capacidad para realizar diversas actividades o tareas, pero también una mejoría de la fatiga, el cansancio matutino, la rigidez, la ansiedad y la depresión. La mejora en todas estas variables puede suponer un avance importante en la vida de las pacientes con FM, sentir que la enfermedad repercute en menor medida es un avance importante en la adaptación a la enfermedad.

La fatiga constituye uno de los síntomas más comunes y problemáticos en los pacientes con FM. Se ha demostrado, en algunos estudios, que estaba presente entre el 78 y el 94 % de los pacientes (Wolfe *et al.*, 1990) y que es un síntoma más prevalente en la FM que en otras entidades reumatológicas. Nuestros resultados muestran una disminución muy importante tanto en la interferencia como en la intensidad de la fatiga que siente la paciente una vez finalizado el tratamiento. Las puntuaciones tanto en interferencia como en intensidad de la fatiga en el pretratamiento son bastante elevadas, lo cual indica que este síntoma tenía un peso importante en la enfermedad para la paciente. Por tanto, podemos decir que este resultado evidencia una mejora notable en uno de los síntomas más importantes de la enfermedad y uno de los que provocan mayores dificultades.

El dolor generalizado es el síntoma cardinal de la FM, que puede variar en su intensidad y cuya presencia es esencial para el diagnóstico. En los resultados del presente estudio se observan cambios notables tanto en la intensidad, como en la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria. El cambio en la interferencia del dolor, podría atribuirse a una mejora en el aprendizaje del manejo del dolor. La paciente puede haber aprendido habilidades que le ayuden a afrontar el dolor de modo que no interfiera tanto en el desarrollo habitual de su vida. Del mismo modo este aprendizaje puede repercutir en un mejor manejo de todos los factores que regulan la intensidad del dolor, Aprender estrategias como controlar las cargas físicas o las posturas que deben evitar, practicar la relajación o alternar adecuadamente los periodos de actividad/descanso (temas incluidos en el contenido del TCC) pueden ayudar a controlar la interferencia e intensidad del dolor en la realización de actividades de la vida diaria, pero además aprender estrategias que permitan modular la activación emocional, es esencial para controlar el dolor crónico.

En cuanto a la evaluación de la sintomatología depresiva, a pesar de que la puntuación en el BDI en el postratamiento sigue siendo bastante elevada se observa una disminución muy importante respecto a la puntuación en el pretratamiento. El TCC para la FM gracias a sus componentes ha podido influir en la mejora del estado de ánimo de la paciente a pesar de que su situación personal siga siendo complicada y problemática. Además, no debemos pasar por alto que se trata de una paciente con patología psiquiátrica comórbida y que recibe tratamiento psicofarmacológico de forma paralela que también puede influir en la mejora de su estado de ánimo.

Uno de los objetivos primordiales de la TCC es aumentar el uso de las estrategias de afrontamiento para mejorar el afrontamiento del dolor y otros síntomas y que estos tengan la menor repercusión posible en su vida. Dichas estrategias fueron medidas mediante el CPCI. Los resultados indicaron que los cambios iban todos en la dirección esperada, aunque hubo algunos cambios sustanciales.

El programa de TCC incluye componentes relacionados con el aprendizaje de habilidades de afrontamiento que se consideran positivas o saludables, ya que aumentan el repertorio de estrategias de las pacientes para lidiar con el dolor. Los resultados demuestran un aumento muy notable en la variable de *persistencia en la tarea*, lo cual puede indicar que la paciente no abandona las actividades que emprende con tanta prontitud y que a pesar del dolor pueden tal vez llegar a finalizar alguna de ellas. En cuanto a la utilización del *ejercicio* como estrategia de afrontamiento, se aprecia un aumento importante en la utilización de dicha estrategia, lo cual indica que la paciente ha adquirido la capacidad organizativa y el manejo efectivo del dolor crónico de manera que le permita realizar ejercicio de forma beneficiosa para su salud.

A pesar de no ser cambios muy notables, se observa en los resultados un aumento en la variable que mide la utilización de la *relajación* y de *autoafirmaciones* como estrategia de afrontamiento, después del programa de tratamiento.

El CPCI también incluye la evaluación de estrategias consideradas como negativas o no saludables, estas son: *vigilancia*, *descanso*, *pedir ayuda*. En los resultados se observa, una disminución notable en la *vigilancia*. Esta variable evalúa en qué medida la paciente está pendiente de sus propios síntomas, es decir, evalúa la excesiva atención a la propia sintomatología de la FM, por tanto una disminución en la puntuación de dicha variable en el postratamiento, es importante ya que, favorece el avance en la adaptación a la enfermedad y refleja el aprendizaje de habilidades que cambien el foco de atención constante a la propia sintomatología hacia otras circunstancias externas y diferentes al propio cuerpo. La utilización del *descanso* y *pedir ayuda* se consideran variables poco saludables porque suponen una excesiva inactividad, que en FM puede resultar poco beneficiosa. Es importante tener en cuenta que las puntuaciones disminuyeron en ambas variables después del programa de tratamiento.

Por otro lado cabe destacar que, aunque la estrategia de *búsqueda de apoyo social* se considere neutra, es importante tener en cuenta esta mejora en los resultados. El apoyo social puede ser una herramienta clave en determinados momentos de la vida de una paciente con FM, sentirse comprendido, respetado y apoyado favorece nuestra autoestima y afianza las relaciones con los demás. Teniendo en cuenta la mejora en la puntuación de esta variable, es posible que la paciente haya aprendido con el módulo de comunicación y asertividad que incluye el programa de tratamiento, habilidades que faciliten una mejora en su comunicación con los demás.

Es muy importante destacar la mejora en la percepción de la calidad de vida, puesto que puede indicar que la paciente, haciendo uso durante el programa de tratamiento de las estrategias entrenadas, valora que su vida puede mejorar en algunos aspectos de los evaluados en el QLI, como son, el bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario, plenitud personal, plenitud espiritual y percepción global de calidad de vida.

Nuestros resultados van en la línea de los estudios que apoyan que variables psicológicas como *creencias de control*, *los recursos sociales*, *como el apoyo social*, *y las estrategias de afrontamiento*, parecen tener un papel importante en el estado de salud de las personas que sufren dolor crónico (Bukelew *et al.*, 1996; Lackner, Carosella y Feuerstein, 1996; Goldenberg *et al.*, 1995; Nicasio, Schoenfeld-Simth, Radojevic y Schuman, 1995; Parker *et al.*, 1993; Stewart y Knight, 1991).

El trabajo que presentamos no está exento de algunas limitaciones que cabe mencionar. A pesar de que los resultados del presente estudio muestran que el TCC para la FM aplicado en una USM ha sido muy útil en la mejora de algunas variables, se tiene que tener en cuenta que se trata de un estudio de caso preliminar. Es necesario realizar estudios con muestras mayores y sobre todo con la existencia de un grupo control de comparación que no haya participado del TCC para extraer conclusiones definitivas. Otra limitación es la falta de una evaluación de seguimiento para comprobar si la mejoría se mantiene en el tiempo.

Los estudios de caso, como el nuestro, también son necesarios en la investigación clínica como previos a los ensayos clínicos comparativos controlados. Este tipo de estudios son muy importantes para abrir nuevas líneas de investigación y en ocasiones se acercan más a las condiciones clínicas habituales y por lo tanto priorizan la validez externa. En este caso puede ser francamente valioso, puesto que es necesario comprobar la utilidad de programas psicológicos para la FM de un modo que sea realmente factible y pueda llevarse al terreno de la práctica clínica diaria en la atención sanitaria de los pacientes con FM, como es en el contexto de los dispositivos de la salud mental pública. Por lo tanto, además de resaltar las limitaciones de nuestro trabajo, también subrayamos la necesidad de este tipo de estudios en investigaciones de procesos psicoterapéuticos para ayudar en el progreso hacia la obtención de resultados comunes.

Aún con las limitaciones, los datos del estudio son compatibles con una mejoría muy destacable en la mayoría de las variables relevantes del estudio tras el TCC. Por lo tanto, los datos globales del estudio apoyan, como un grano de arena más, la idea de que el programa TCC es útil para complementar el tratamiento multidisciplinar e integral de los pacientes con FM. Nuestros datos apoyan las recomendaciones de las guías clínicas que contemplan la figura del psicólogo/a como necesaria en el equipo, siendo el tratamiento recomendado la TCC por el gran apoyo científico que la sustenta y la evidencia de sus beneficios en los pacientes con FM.

Hemos realizado un estudio de caso con una paciente con FM. A pesar de la cautela con la que debemos exponer los resultados por las limitaciones metodológicas de nuestro estudio que reducen la validez interna del mismo, pensamos que la participación en el programa de TCC ha sido muy beneficiosa para la paciente. Los resultados y conclusiones expuestos muestran con claridad que el impacto de la FM en la vida de la paciente, la intensidad e interferencia de la fatiga, la interferencia e intensidad del dolor y la calidad de vida de la paciente mejoraron tras la terapia. Además aumentó la utilización de algunas estrategias saludables o positivas y neutras como la persistencia en la tarea, el ejercicio y la búsqueda de apoyo social, disminuyendo la realización de algunas estrategias poco saludables o negativas como la vigilancia.

El tiempo de aplicación, el esfuerzo necesario por parte de terapeutas y pacientes y el contenido de los programas psicológicos, son cuestiones importantes para estudiar y revisar constantemente con el fin de mejorar los programas de tratamiento para la FM, que pueden implementarse en las USM.

Del mismo modo, es fundamental, tener en cuenta la implicación económica que supone incluir en el tratamiento integral de la FM este tipo de programas psicoterapéuticos que proponemos. El hecho de que el tratamiento se lleve a cabo en formato grupal puede suponer un ahorro importante para el funcionamiento de una USM, ya que generalmente en estas unidades se ven sometidos a una gran presión asistencial, que ocasionalmente puede desembocar en una atención insuficiente a la población afectada.

Lograr el establecimiento de una guía clínica oficial, que incluya el tratamiento psicológico de los pacientes que sufren FM, pasa por demostrar que este tipo de tratamientos son necesarios para los pacientes y que con su aplicación se consiguen importantes beneficios. Actualmente existen multitud de trabajos científicos que apoyan esta idea, pero es fundamental seguir con la investigación y llegar a conseguir un modelo de tratamiento que consiga reunir

el trabajo de todas las disciplinas que son fundamentales para la mejora del paciente. Con el trabajo que presentamos y teniendo en cuenta las limitaciones de su metodología, pretendemos aportar datos que justifiquen la enorme necesidad del trabajo psicológico en la atención al paciente con FM y mostrar los múltiples beneficios que se pueden obtener.

Referencias bibliográficas

- Anderson, K. O., Getto, C. J. & Mendoza, T. R. (2003) Fatigue and Sleep Disturbance in Patients with Cancer, Patients with Clinical Depression, and Community-Dwelling Adults. *Journal of Pain and Symptom Management*, 104(20):771-776.
- Badia, X., Muriel, C., Gracia, A., Nuñez-Olarte, J. M., Perulero, N., Gálvez, R., Carulla, J. & Cleeland, C. S. (2003). Validation of the Spanish version of the Brief Pain Inventory in patients with oncological pain. *Medicina Clínica [Med Clin (Barc)]*, 120, 52-59.
- Bennet, R. (2005). The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristic and uses. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23 (Suppl. 39): S154-S162.
- Buckelew, S. P., Huyser, B., Hewett, J. E., Parker, J. C., Johnson, J. C., Conway, R. & Kay D. R. (1996). Self-efficacy predicting outcome among fibromyalgia subjects. *Arthritis Care and Research*; 9(2): 97-104.
- Burckhardt, C. S., Clarck, S. R. & Bennett, R. M. (1993). Fibromyalgia and Quality of Life: a Comparisons Analysis. *Journal of Rheumatology*, 20, 475-479.
- Carmona, L., Gabriel, R., Ballina, J., Laffon, A. & Grupo de Estudio EPISER (2001). Proyecto EPISER 2000: prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española. *Revista española de Reumatología*, 28, 18-25.
- Collado, A., Alijotas, J. B., Benito, P., Alegre, C., Romera, M., Sañudo, I. *et al.* (2002). Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia. *Med Clin (Barc)*, 118: 745-749.
- De Felipe García-Bardón, V., Castel-Bernal, B. & Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Reumatología Clínica* 2(Supl1): S38-43.
- Documento de la SER (Sociedad Española de Reumatología) sobre tratamiento de la Fibromialgia. *Reumatismos*. (2005); septiembre-octubre.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Wyrwich, K. W., Beaton, D., Cleeland, C. S., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Kerns, R. D., Ader, D. N., Brandenburg, N., Burke, L. B., Cella, D., Chandler, J., Cowan, P., Dimitrova, R., Dionne, R., Hertz, S., Jadad, A. R., Katz, N. P., Kehlet, H., Kramer, L. D., Manning, D. C., McCormick, C., McDermott, M. P., McQuay, H. J., Patel, S., Porter, L., Quessy, S., Rappaport, B. A., Rauschkolb, C., Revicki, D. A., Rothman, M., Schmader, K. E., Stacey, B. R., Stauffer, J. W., Von Stein, T., White, R. E., Witter, J. & Zavisic, S. (2008). Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Journal of Pain*, 9 (2), 105-121.
- Esteve-Vives, J., Rivera, J., Salvat, I., de Gracia, M. & Alegre, C. (2007). Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatología Clínica*, 3, 21-24.
- Fibromialgia: Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud de Sevilla, 2005.
- Flor, H. & Turk, D. C. (2011). *Chronic pain. An integrated biobehavioral approach*. Seattle: IASP Press.
- Friedberg, F & Jason, L. A. (2001). Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: clinical assessment and treatment. *Journal of clinical psychology*, 57 (4), 433-55.

- García-Campayo, J., Pascual, A., Alda, M. & González-Ramírez, M. T. (2007). Coping with fibromyalgia: Usefulness of the Chronic Pain Coping Inventory-42. *Pain*, 132, 68-76.
- Giralt Celiméndiz, P. (2010). El dolor en la fibromialgia. *Revista de fibromialgia y síndrome de fatiga crónica*.
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W. & Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain*, 151, 280-295.
- Goldenberg, D. L., Mossey, C. J & Schmid, C. H. (1995) A model to assess severity and impact of fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 22(12): 2313-2318.
- Guía Clínica Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica. Departamento de Sanidad, Departamento de Sanidad, Eusko Jaularitza/Gobierno Vasco. 2006.
- Iglesias Arrabal, F., Neira-Reina, R., Del Pino Algarrada, J., Elorza Guisasola, A., Rendón Acosta, F. & Gómez Rodríguez, R. (2011). Documento de consenso multidisciplinar para la implantación del Proceso Asistencial Integrado Fibromialgia en el área hospitalaria dependiente del Hospital Universitario de Puerto Real. *Rev Soc Esp Dolor*, 18(4): 241-248.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. & Strom, S. E. (1995). The Chronic Pain Coping Inventory: Development and preliminary validation. *Pain*, 60(2), 203-216.
- Lackner, J. M., Carosella, A. M. & Feuerstein, M. (1996). Pain Expectancies, Pain, and Functional Self-Efficacy Expectancies as Determinants of Disability in Patients with Chronic Low Back Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1):212-220.
- Mas, A. J., Carmona, L., Valverde, M. & Ribas, B. EPISER Study Group (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.
- Melzak, R. & Wall, P. (1965). Pain mechanisms: A new Theory. *Science, New Series*, 150, 971-979.
- Merskey, H. & Bogduck, N. (1994). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. 2th ed. Seattle: *International Association for Study of Pain (IASP Press)*.
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. & Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *The Journal of Nervous And Mental Disease [J Nerv Ment Dis]*, 188, 301-305.
- Nicasio, P. M., Schoenfeld-Smith, K., Radojevic, V. & Schuman, C. (1995). Pain Coping Mechanism in Fibromyalgia: Relationship to Pain and Functional Outcomes. *The Journal of Rheumatology*, 22(8): 1552-1558.
- Palanca Sánchez, I. (Dir.), Puig Riera de Conías, M. M. (Coord. Cient.), Elola Somoza, J. (Dir.), Bernal Sobrino, J. L. (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós, J. L. (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*; 2011.
- Parker, J. C., Callahan, C. D., Smarr, K. L., McClure, K. W., Stucky-Ropp, R. C., Anderson, S. K. & Walker, S. E. (1993). Relationship of pain behavior to disease activity and health status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 6(2): 71-77.
- Protocolo de atención a pacientes con fibromialgia. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Servicio Murciano de Salud*.
- Sanz, J., Navarro, M. E. & Vázquez, C. (2003). Adaptación Española del Inventario para la depresión de Beck II (BDI-II). Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Universidad Complutense de Madrid*.
- Sociedad Española de Reumatología (2001). Estudio EPISER. *Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española*. Madrid: Sociedad Española de Reumatología.

- Stewart, M. W. & Knight, R. G. (1991). Coping Strategies and affect in rheumatoid and psoriatic arthritis: Relationship to pain and disability. *Arthritis Care and Research*, 4(3):116-122.
- 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.