



Universidad  
Católica  
de Valencia  
San Vicente Mártir

**Facultad de Psicología**

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

**Programa de intervención psicológica individual  
en pacientes con fibromialgia y sus familiares.**

**Presentado por:** M<sup>a</sup> Jesús Herrero Pardo

**Tutor/a:** M<sup>a</sup> José Jorques Infante

**Valencia, a 24 de mayo del 2019**

*Morgan Freeman dijo una vez: “Solo tengo una vida, y no voy a permitir que la fibromialgia me quite la alegría de vivirla”*

*Esto es para ellos. Para mi hermano. Para mi madre.*

*Que el dolor no os haga dejar de disfrutar de la vida, ni de la familia, porque es lo mejor que tenemos.*

Llegar hasta aquí supone dejar cuatro años atrás, quizás los mejores años, y no puedo olvidarme de las personas que me han acompañado durante todos ellos.

En primer lugar, gracias a mis padres. Los culpables de que yo esté donde estoy a día de hoy. Yo, que soy de pocas palabras, tengo que agradecerles a ellos (que a veces me piden que diga alguna de más) el esfuerzo y la confianza ciega que han puesto en mí desde el primer momento, ya que sin ellos no podría haber hecho todo lo que supone esta etapa.

A mi hermana, mi “chacha”. Por ser mi mayor fan y por soñar con organizar mi agenda, llena de todas esas consultas que está segura que algún día llevaré adelante. Por no decirme nunca que no y por cuidarme, sobre todo gracias por cuidarme siempre.

A mi hermano, “el chico” de la casa. Por ser el motivo principal por el que decidí embarcarme un día en este trabajo. Por su gran corazón, por dar siempre más de lo que tiene y porque estoy segura de que algún día veremos esta etapa como un bache malo que logró superar con creces.

A los pequeños y ya no tan pequeños. Mis sobrinos. Que durante estos años han ejercido de conejillo de indias en más de una ocasión, y a los que también les debo parte del mérito obtenido en esos trabajos.

A mis cuñados, por darme, junto a mis hermanos, a mis sobrinos. También por el cariño y apoyo que siempre he recibido.

Y, por supuesto, cuando hablo de familia no puedo olvidarme de ellos: Alessio, Akelei y “Akeleisca”. Porque ya me lo dijeron una vez: la familia no siempre es de sangre. Y qué bien que sea cierto, porque vaya suerte que tenemos con vosotros.

A mis amigas, mis “Babys”. A las que siempre están y hacen las cosas más fáciles. A las que están lejos, pero cuando vienen hacen que la ausencia no se note. A Maica, por las pequeñas cosas, por compartir “aficiones” y, sobre todo, por aguantarme mientras hacia este trabajo, aportando su granito de arena.

A Raquel, que desde el primer día que aparecí en su casa (con mi mano temblorosa y mi poca idea de inglés) ha llovido mucho. A día de hoy, que sigo sin saber inglés, ella sigue siendo mi profe particular y mi “pequeña” amiga de besos en la frente. Así que aceptaremos pulpo como animal de compañía.

Pero la carrera no hubiese sido lo mismo sin ellas, las que me han acompañado día a día. A María, por ser incondicional, por tropezarse conmigo el primer día en la facultad y por seguir todavía celebrando cosas juntas. A Aroa, por compartir las semanas de exámenes y por esas conversaciones castellano-valenciano que poca gente entiende y que a mí me gustan tanto. A Amanda, por ser la persona que mejor escucha, comprende y aconseja que conozco, y por dejarme compartir tantas cosas con ella. A Julia, por ser el primer punto de unión, Ebbinghaus siempre la echará de menos y yo echaré de menos sus golpecitos en el brazo con su risa de fondo. Y a Irene, mi “soulmate”, por llevar siempre la sonrisa puesta y por ser tranquilidad y alegría a la vez. Gracias. Habéis sido las culpables de casi todas las cosas buenas que me han pasado en la Universidad.

A mis compañeras de piso. A Júlia y a Marina, dos descubrimientos que han hecho más fácil mi día a día. Gracias por los ratitos cenando, por las noches de OT, por las risas compartidas y por las “pisi-excursiones”, sean donde sean.

Y a Julia... que la estoy guardando para el final, ¿qué le voy a decir a ella? Ha sido compañera de clase, de piso y lo mejor que me llevo de estos cuatro años. Con ella he ganado a esa persona que me entiende (a veces hasta sin palabras de por medio), que escucha mis largas historias y que me da la opinión que necesito en cada momento. Gracias por hacer sencillo lo difícil, “sigamos nadando” siempre.

Por último, agradecerle a Rebeca, que me ha enseñado una de las cosas más importantes de esta etapa: la importancia de valorar, por encima de todo, el bienestar de la persona que tenemos delante. Gracias también a M<sup>a</sup> José, por aguantar mis nervios en las reuniones y conseguir que siempre saliera de ellas sin ninguno. A vosotras dos os debo el último escalón y estoy orgullosa de decir que no podría haber estado mejor acompañada.

## Resumen

La fibromialgia (FM) es una patología caracterizada por dolor crónico musculoesquelético generalizado, de etiología desconocida. Su diagnóstico es meramente clínico, ya que no se apoya en ninguna prueba analítica, de imagen o anatómica específica, determinándose a partir de los síntomas que manifiesta el propio paciente y los hallazgos que encuentra el médico al explorar los «puntos sensibles». Mediante este programa, y teniendo como base el programa psicoterapéutico grupal de afrontamiento realizado por la Generalitat Valenciana (2010-2013), lo que se pretende es realizar una intervención individualizada de manera multidisciplinar, que incluya tanto al paciente como al familiar más cercano a este. La metodología empleada en el desarrollo del programa constará de 19 sesiones, de las cuales 14 van a ir enfocadas al paciente con FM, nuestro principal foco de atención, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y disminuir la sintomatología asociada. Las 5 sesiones restantes se centraran en el familiar más cercano a este (pareja, progenitor, hijo...), con la finalidad de proporcionarle las herramientas necesarias para lidiar con el paciente y la enfermedad. Todas ellas se van a abordar de manera individual, tanto con el paciente como con el familiar, e independientes unas de otras, con una duración alrededor de 45-60 minutos y con una frecuencia semanal.

*Palabras clave:* Fibromialgia, dolor crónico generalizado, «puntos sensibles», tratamiento multidisciplinar

Fibromyalgia (FM) is a pathology characterized by chronic generalized musculoskeletal pain of unknown etiology. Its diagnosis is purely clinical, since it doesn't rely on any specific analytical, imaging or anatomical test, being determined from the symptoms that the patient himself shows and the findings the doctor finds when exploring the "tender points". Through this program, and based on the psychotherapeutic group coping program conducted by the Generalitat Valenciana (2010-2013), what can be done is an individualized intervention in a multidisciplinary way, including the patient and his family closest. The methodology used in the development of the program will consist of 19 sessions, of which 14 of them will be focused on the patient with FM, our main focus of attention, with the aim of improving their quality of life and reducing the associated symptomatology. The remaining 5 sessions will focus on the closest family member (couple, parent, child ...), in order to provide the necessary tools to deal with the patient and the disease. All of them will be addressed individually, both with the patient and with the family member, and independent of each other, with a duration of around 45-60 minutes and with a weekly frequency.

*Keywords:* Fibromyalgia, chronic generalized pain, «tender points», multidisciplinary treatment

## Índice

<b>Introducción .....</b>	<b>8</b>
<b>Marco teórico .....</b>	<b>8</b>
<b>Estudios previos .....</b>	<b>17</b>
<b>Justificación del programa.....</b>	<b>18</b>
<b>Descripción del programa de intervención.....</b>	<b>20</b>
<b>Ámbito de aplicación .....</b>	<b>20</b>
<b>Objetivos del programa.....</b>	<b>20</b>
<b>Población diana sobre la que se va a aplicar el programa .....</b>	<b>21</b>
<b>Fases en la elaboración del programa.....</b>	<b>21</b>
<b>Descripción del programa .....</b>	<b>22</b>
• <b>Sesiones con el paciente .....</b>	<b>22</b>
• <b>Sesiones con el familiar.....</b>	<b>32</b>
<b>Calendario de actividades .....</b>	<b>35</b>
<b>Delimitación de recursos .....</b>	<b>36</b>
<b>Análisis de su viabilidad .....</b>	<b>36</b>
<b>Evaluación: instrumentos de evaluación continua y final .....</b>	<b>37</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>39</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>41</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>44</b>

## **Introducción**

### **Marco teórico**

La etimología de la palabra fibromialgia proviene del sustantivo latín «FIBRA-», el cual se refiere al tejido fibroso, y de los vocablos griegos «-MIO-» que significa músculo y «-ALGIA» que quiere decir dolor.

La fibromialgia (FM), según la Sociedad Española de Reumatología [SER] (2017), se conoce como la patología caracterizada por la presencia de dolor crónico musculoesquelético generalizado, concretamente en los músculos y el tejido fibroso, es decir, ligamentos y tendones. Su sintomatología no se justifica mediante ninguna afección degenerativa o inflamatoria (Lledó et al., 2016), caracterizándose por ser una enfermedad que genera alto grado de discapacidad y que carece de un tratamiento eficaz que acabe con el dolor crónico (Garaigordobil y Govillard, 2016).

La Asociación de Divulgación de Fibromialgia [ADFM] (2015), afirma que el principal síntoma de la enfermedad es el dolor crónico generalizado en el aparato locomotor del paciente (músculos, ligamentos y articulaciones). Sin embargo, dicho síntoma, presenta comorbilidad con el cansancio, el desorden en el sueño, la pérdida de memoria y concentración, los trastornos psicológicos (como la ansiedad y la depresión), entre otros. Asimismo, en vista de la alta prevalencia que presenta en población adulta, la carencia de conocimiento sobre su etiología, la inexistencia de un tratamiento que la erradique y la insatisfacción de pacientes y profesionales, debemos considerar la FM como uno de los problemas de primer orden en la salud pública (Rivera et al., 2006).

Habiendo realizado un estudio sobre el análisis y la recopilación del marco histórico desarrollado por Martín (2011), podemos afirmar que el término «fibromialgia», como lo conocemos en la actualidad, ha sufrido un extenso recorrido, atravesando desde los antiguos documentos médicos y sagrados, hasta las teorías de los múltiples autores en relación a su diagnóstico.

Cabe profundizar, entonces, en el origen de la terminología actual. Para ello, es necesario remontarnos a los tiempos en los que Hipócrates y Galeno hacían referencia al «reuma» y al «reumatismo», siendo el primero aquel que se enfoca en el dolor y, el segundo, el que denomina la enfermedad producida al fluir de un exceso de sangre.

Sin embargo, tenemos que dar un salto en la historia hacia el siglo XVI, en el que Guillermo de Baillou empleó por primera vez el término “reumatismo” para hacer referencia a las enfermedades que dañaban los músculos y articulaciones de los pacientes; y al siglo XVIII, donde empezaron a categorizarse este tipo de enfermedades, distinguiendo las afecciones reumáticas que deforman las articulaciones de aquellas que no, es decir, el «reumatismo muscular». Dicho término fue asociado a distintas patologías, adquiriendo diversas definiciones. Por ejemplo, era utilizado para referirse a las que presentaban síntomas tales como un dolor fuerte ante la presión en determinadas partes del cuerpo, lo que posteriormente fue denominado «neuralgia» por Vallaix.

A partir de 1880, gracias a los estudios de Beard, comenzó a conocerse bajo el nombre de «neurastenia» aquella enfermedad caracterizada por la presencia de un dolor generalizado, con sensación de fatiga y problemas de índole psicológico que, según este autor, eran generados por el estrés propio del estilo de vida moderna de la época.

Ya entrados en el siglo XX, en el año 1904, Gowers hizo hincapié en las inflamaciones del tejido fibroso de los músculos, introduciendo el término «fibrositis», con el que hacía referencia al reumatismo muscular mencionado anteriormente. Muchos de los síntomas que presentaba la enfermedad desarrollada por el autor (fatiga, trastornos del sueño, agravamiento de los síntomas por el frío y el calor, entre otros), concuerdan con los que se utilizan, a la fecha, para la fibromialgia.

El término «reumatismo psicógeno», introducido Hallyday en 1937, fue recuperado tras la Segunda Guerra Mundial, debido a la agudización de la incidencia y a la prevalencia de la «fibrositis». Dicho término fue justificado por la ausencia de hallazgos de inflamación o degeneración muscular y por la presencia de depresión y estrés. De todos modos, «fibrositis» fue el vocablo mayormente empleado para referirse a la FM, al menos hasta el año 1975, en el cual Hensch aplicó por primera vez el término FM, designándola como la patología producida por dolor muscular, en ausencia de signos propios de inflamación. Es por este motivo por el que fue posible abandonar el uso incorrecto del término «fibrositis».

El Colegio Americano de Reumatología (CAR) estableció en el año 1990 los criterios para la clasificación de FM que actualmente se encuentran vigentes. Tres años más tarde, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la declaración de Copenhague, reconoció

la FM como una enfermedad como tal, tipificándola bajo el código M79.7 en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Continuando con el análisis realizado por Martín (2011), deberemos clarificar el recorrido histórico sobre el diagnóstico de la enfermedad. Hacia el año 1968, Traust formuló una definición de la patología muy similar a la que conocemos actualmente, concluyendo en que afecta casi exclusivamente a las mujeres, produciendo dolor y rigidez generalizados, con presencia de excesiva fatiga, dolor de cabeza, colitis, problemas para conciliar el sueño y puntos dolorosos en la exploración física. Además, el autor consideró que la interacción entre lo psíquico y lo físico es de gran importancia cuando se habla de FM.

Uno de los referentes en la actualidad sobre la FM es Smythe, quien en la década de los 70 definió lo que él llamó «fibrositis generalizada». En ella desarrolló el cuadro de dolor generalizado acompañado de fatiga, sueño no reparador, rigidez matutina, factores agravantes y aliviadores, estrés emocional y múltiples puntos dolorosos, especificando la localización de muchos de estos últimos. En el año 1978, publicó un artículo junto a Moldofsky, mediante el cual se recogían criterios para el diagnóstico de la FM.

Pocos años más tarde, en 1981, Yunus realizaría un estudio donde habría de poner en manifiesto que el dolor, la fatiga, el sueño no reparador y los puntos dolorosos eran frecuentes en los pacientes con FM, añadiendo que también se presentaban con frecuencia otros acontecimientos, tales como la tumefacción de tejidos, parestesias, colon irritable, síndrome de piernas inquietas, cefalea tensional, entre otros.

Finalmente, para el año 1991, Burckhardt desarrolló un cuestionario, con el fin de valorar la funcionalidad física y psíquica de los pacientes afectados de FM (“Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia” - FIQ). El mismo, se encuentra disponible en múltiples idiomas y, actualmente, continúa siendo utilizado por los investigadores para valorar el efecto de las diversas terapias en la enfermedad.

La FM es una patología crónica cuya etiología se desconoce (Cabo-Meseguer, Cerdá-Olmedo y Trillo-Mata, 2017), por lo que su diagnóstico es meramente clínico. Se determina a partir de los síntomas que manifiesta el propio paciente y los hallazgos que encuentra el médico al explorar los denominados «puntos sensibles» (SER, 2017), los cuales fueron establecidos, como hemos mencionado anteriormente, por la ACR en 1990.

Fue esta misma institución la que estableció los criterios por la presencia conjunta de, al menos, los siguientes síntomas (Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, 2011):

- A) Cuadro de dolor generalizado como mínimo durante un periodo de tres meses presente en el lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura y en el esqueleto axial (columna cervical, pared torácica anterior, columna dorsal o columna lumbar). Es por ello que se cumple este criterio si existe dolor en alguna zona del esqueleto axial y, por lo menos, en tres de los cuatro cuadrantes del cuerpo; o, si esto no sucede, solamente se considerará como dolor generalizado si los cuadrantes en relación a los dos ejes de división se encuentran situados de manera opuesta. Es considerado el síntoma principal de la FM, por lo que su presencia será fundamental para realizar el diagnóstico de la patología.
- B) Dolor a la presión en determinados «puntos sensibles». De manera que, de estos 18 «puntos sensibles» (organizados en nueve pares), el dolor a la presión debe hallarse por lo menos en 11 de ellos, los cuales afecten a zonas muy sensibles para movimientos mecánicos (por ejemplo, la sencilla acción de cepillarse los dientes). Según expresan Cancela y Gusi (2011), estos puntos se encuentran ubicados en diferentes zonas del cuerpo, pudiendo desarrollarse de diversos modos a pesar de no conocer su origen con precisión. Asimismo, “el comité que los seleccionó determinó 74 puntos sensibles, de los que se eligieron los 18 más frecuentes estadísticamente, que corresponden a zonas donde existe mayor número de receptores nociceptivos” (p.14) (Figura 1). Cabe resaltar que es vital que la exploración por parte del médico se realice de forma sistematizada, siguiendo las pautas que establece el Manual Tender Point Survey (Okifuji, Turk, Sinclair, Starz y Marcus, 1997).

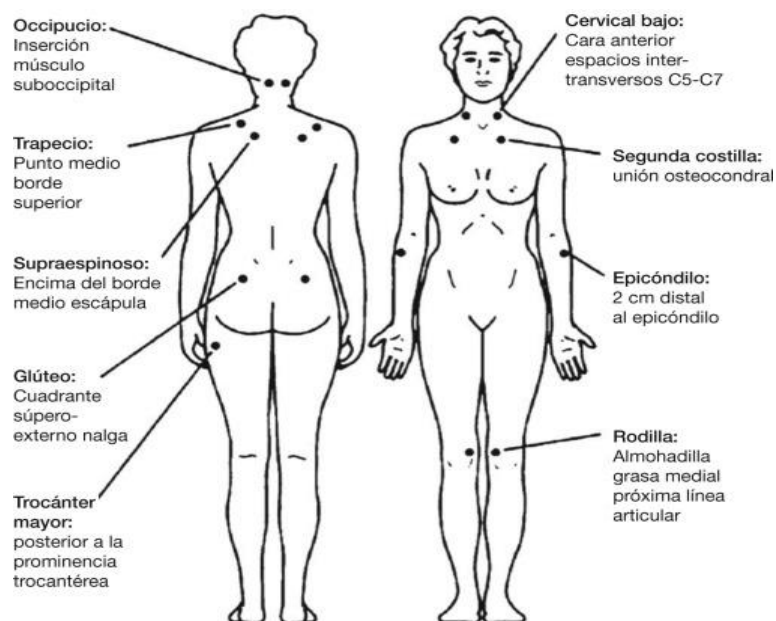


Figura 1. Localización de los puntos sensibles en fibromialgia

Tal y como observamos en la imagen, estos nueve pares de «puntos sensibles» se encuentran, sobre todo, a ambos lados del cuerpo, a la altura de:

- Occipucio: inserción del musculo suboccipital.
- Cervicales bajas: caras anteriores de los espacios intertransversos a la altura de C5-C7
- Trapecio: por encima de la escápula.
- Segunda costilla: segundas uniones costocondrales.
- Epicóndilo externo: distal a 2cm por debajo de los epicóndilos.
- Glúteo: cuadrantes superiores externos de los glúteos.
- Trocánter mayor: detrás de la prominencia trocantérica.
- Rodilla: en el tejido subcutáneo de la parte interna.

En lo que respecta a la presión digital que el médico realiza durante la exploración, esta debe ejecutarse con una fuerza aproximada de 4kg, lo que correspondería al cambio de color que se produce en la parte subungueal del dedo del profesional (Generalitat Valenciana, 2014). Sin embargo, los pacientes pueden presentar dolor producido a la presión en zonas distintas a las que se exponen en los criterios diagnósticos preestablecidos. Además, cabe destacar que los «puntos sensibles» deben carecer de inflamación.

En los años 90, cuando se desarrollaron los criterios diagnósticos para la FM por la ACR, se pensaba que el dolor crónico solamente afectaba a la zona musculoesquelética. Si bien, tal y como refieren Barbosa-Torres, López-López y Cubo-Delgado (2018), dichos criterios comenzaron a ponerse en duda, ya que se observó que el relativo a los «puntos dolorosos» llegaba a ser erróneo en algunos casos. Esto supuso que en el año 2010 se actualizaran, teniéndose en cuenta el índice de dolor generalizado (puntuación mayor o igual a 7), la escala de gravedad de síntomas (puntuación mayor o igual a 5), presencia de síntomas al menos durante 3 meses y no presentar otra patología que explique la sintomatología asociada.

Mediante estos nuevos criterios, no se pretendía invalidar los anteriores, sino complementar el diagnóstico. Es decir, la exploración por parte del médico para establecer los «puntos sensibles» en el paciente no iba a ser una prueba imprescindible para determinar su diagnóstico.

De igual importancia, los síntomas clínicos necesarios para el diagnóstico de la FM, según el Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia (2006), son principalmente el dolor (que aparece de manera unánime en todos los pacientes) y la fatiga (presente en más del 70% de estos). El tercer síntoma más habitual, es la alteración del sueño, que puede preexistir al principio del dolor crónico. Asimismo, aunque en menor medida, aparecen también síntomas sensoriales, motores, vegetativos cognitivos y afectivos.

Por otro lado, a pesar de que la fisiopatología que presenta la FM se desconoce, se han identificado factores de riesgo para padecer la enfermedad, tales como (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011):

- El hecho de ser mujer. Por lo que respecta al sexo, la mayor parte de los pacientes diagnosticados de FM son mujeres. Según estudios epidemiológicos publicados en Miró, Diener, Martínez, Sánchez y Valenza (2012), existe una relación de 9 mujeres por cada 1 hombre. Por su parte, en España, el ratio de mujeres y hombres se situaría aproximadamente en 22:1.
- Ser familiar de primer grado. La agregación familiar presenta una mayor probabilidad de padecer la enfermedad en familiares de generaciones continuas. Según Rivera et al. (2006), “en el seno de estas familias, tanto los factores

psicológicos como el estado de salud son similares en los sujetos con y sin FM”, lo que podría determinar la base genética en la aparición de la patología.

- Presencia de manifestaciones de dolor regional crónico (cefaleas crónicas, dolor lumbar crónico o colon irritable, entre otros).
- Estrés emocional significativo. Es cierto que se desconoce si los trastornos mentales, como el estrés, intervienen en la enfermedad (ya sea como factores de riesgo, precipitantes y/o desencadenantes) desarrollando y empeorando la patología. El análisis de acontecimientos emocionales traumáticos y de trastornos emocionales (en el momento actual o anterior a la afección) demuestran resultados contradictorios. Ciertamente es que el trastorno depresivo mayor se triplica en pacientes con FM y que sí se mostraron diferencias en el riesgo de tener antecedentes y/o criterios actuales de padecer un trastorno de ansiedad, un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y/o un trastorno de estrés posttraumático (TEPT), siendo en estos casos 5 veces superiores en pacientes diagnosticados de FM.

A pesar de que la FM no discrimina rango de edad, ya que niños y adolescentes también reciben diagnósticos de dicha patología, suele aparecer entre los 35 y 55 años (Branco et al., 2010). En España, concretamente, la prevalencia de dicho diagnóstico es del 2,4% de la población general mayor de 20 años, siendo más frecuente en mujeres que en hombres y con un mayor riesgo en personas con edades comprendidas entre los 40-60 años que habitan en medios rurales y presentan niveles socioeconómicos y culturales medios-bajos (Actualización en Medicina Familiar, [AMF], 2018).

En lo que respecta a su clasificación, hemos de destacar que la Sociedad Española de Reumatología (2017) reconoce solo dos subtipos de FM: por un lado, la «fibromialgia primaria», mostrándose como una única alteración médica y, por otro lado, «fibromialgia concomitante», asociándola a otras patologías. No obstante, según Lozano (2004), podemos categorizarla en tres subgrupos, coincidiendo con dos de los anteriormente mencionados:

- A) Fibromialgia primaria. Se presenta en pacientes que muestran dolor osteomuscular generalizado y múltiples «puntos sensibles». Además, deben carecer de otras afecciones que puedan explicar su sintomatología.
- B) Fibromialgia concomitante. Los pacientes con este tipo de FM poseen una patología asociada que puede ser la causa de algunos síntomas que este presenta.

Es decir, podríamos explicar, por ejemplo, el caso de un paciente, que además de la patología sobre la que estamos haciendo hincapié, sufre dolor localizado propio de la artrosis, careciendo del dolor difuso característico de la FM.

- C) Fibromialgia secundaria. En este caso, la FM se presenta a la vez que otra patología latente, pudiendo ser esta última la causa de su desarrollo. Esto supone que una vez la patología latente mejora, la sintomatología propia de la FM también lo hace, incluso, en algunas ocasiones, llegando a desaparecer.

A pesar de ello, dicho autor hace referencia a que los pacientes deben ser diagnosticados sin tener en cuenta la posible comorbilidad con otras alteraciones médicas o psicológicas, ya que la subclasificación no variaría las características clínicas presentes en los pacientes.

Con relación a la calidad de vida del paciente, fue en 1991 cuando la OMS planteó la siguiente definición: “Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes”.

En opinión de Gil (2011), el paciente que sufre FM comprende su enfermedad con un grado mayor que otros enfermos con patologías características de dolor crónico. Esto se debe a que el interés del paciente está dirigido hacia la calidad o el valor que presenta el tiempo de vida y no solo en la cantidad de esta. Sin embargo, el nivel de calidad de vida de las personas diagnosticadas con FM es inferior si los comparamos con pacientes de otras enfermedades y, sobre todo, respecto a la población general. Sin lugar a dudas, la parte emocional y psicológica es un aspecto importante a tener en cuenta con respecto a la calidad de vida de la sociedad en general, y aún más si estamos hablando de pacientes con algún tipo de patología, ya que puede afectar a su bienestar general. Por tanto, el paciente con FM necesita asumir la enfermedad y las reticencias que conlleva dicha afección, así como el estado de ánimo y la capacidad de lidiar con situaciones problemáticas.

Asimismo se han relacionado diferentes variables con la calidad de vida. La primera de ellas es la biológica, en la cual se han establecido: el sexo femenino, la falta de forma física, las alteraciones del sueño, las alteraciones de los mecanismos de regulación del dolor y la alteración del sistema de respuesta al estrés.

Seguidamente, encontramos los factores cognitivos, implicados en la adaptación de los pacientes con dolor crónico a sus propios síntomas, así como la influencia de las cogniciones desadaptativas en el mantenimiento y empeoramiento de dicho dolor. Dentro de estos factores podemos destacar: la hipervigilancia, las estrategias de afrontamiento, la autoeficacia percibida, la depresión y ansiedad, los rasgos alterados de personalidad y el comportamiento del paciente ante el dolor.

Por último, en las variables ambientales y socio-culturales se encuentra: el abuso en la infancia o continuado en cualquier momento de la vida del paciente.

Cabe añadir que diversos estudios epidemiológicos afirman que las personas con FM son más propensas a desarrollar obesidad y sobrepeso en referencia a la población sana, presentando una prevalencia del 40% y 30%, respectivamente (Pomares-Sepulcre, Ayala, López-Valenciano y Ruiz-Pérez, 2019).

Por otro lado, es necesario recalcar el perfil psicológico de los pacientes con FM. Estos suelen ser, a rasgos generales, personas que muestran hipervigilancia, depresión, desesperanza, ansiedad, locus de control externo, con presencia de acontecimientos estresantes vitales cotidianos y estrategias de afrontamiento pasivas y catastrofismo. Suelen apreciar fuertes dolores, hasta el punto de llegar a ser incapacitantes en su día a día, y entienden el dolor como una amenaza. A su vez, consideran que nunca podrán reducirlo o modificarlo, así como que la medicación pocas veces acaba con este y que no pueden predecir cuándo se va a generar el siguiente brote. Es por ello que el dolor es la principal causa de limitación de sus actividades diarias.

A pesar de no saber con certeza el vínculo que presentan las variables psicológicas con la etiología de la FM, podemos afirmar que la sintomatología psicopatológica es un punto clave tanto en la génesis como en el desarrollo de la patología (Riviera et al., 2006). Más aún, como hemos mencionado con anterioridad, el trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad son dos de los síndromes que muestran mayor comorbilidad con la FM, presentando una prevalencia de entre el 30-68% en diferentes fases evolutivas de la patología (Cabrera, Martín-Aragón, Terol, Nuñez y Pastor, 2015). Según León-Llamas, Collado-Mateo, Murillo-García, Villafaina y Gusi (2019), dichos trastornos pueden ser la causa o la consecuencia de la FM, ya que muestran una asociación con los niveles de estrés, dolor crónico o frustración, entre otros. Esto, por consiguiente, afecta de manera negativa al estado de ánimo del paciente, y por tanto, disminuye su calidad de vida.

En último lugar, se debe añadir que en los últimos años una de las terapias que más eficacia ha mostrado en el dolor crónico ha sido la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Desde el punto de vista de Cuetos y Amigo (2018), se entiende por aceptación la “alternativa a la evitación y al control”. Es decir, se pretende que el paciente esté preparado y quiera relacionarse con el dolor sin querer deshacerse de él. Muchos estudios relacionan este término con un mejor funcionamiento en aquellas personas que presentan dolor crónico. En personas con FM, se corresponde con un nivel de aceptación mayor, lo que disminuye la manifestación de los síntomas, la comorbilidad con trastornos como la depresión y la ansiedad y mejora la calidad de vida del enfermo.

### **Estudios previos**

Como investigación previa, encontramos que en 2014 la Generalitat Valenciana realizó un programa psicoterapéutico grupal de afrontamiento para aquellas personas con FM de las Unidades de Salud Mental (USM), el cual fue vigente durante tres años (2010-2013). El programa estaba dirigido a pacientes que presentaban una dolencia grave o moderada tras ser diagnosticados de la enfermedad y haber empezado el tratamiento en atención primaria (AP), queriendo ser derivados a las USM. El propósito y fin de esto era mejorar la eficacia respecto a la calidad de vida del paciente por medio de un coste mínimo y, a su vez, poder abordar, de manera grupal y como tratamiento terapéutico, la invisibilidad e incomprensión que percibe el paciente con FM. Su ejecución se llevó a cabo en combinación y colaboración con aquellas intervenciones grupales que se realizan en AP.

Este programa fue propio de una orientación cognitiva-conductual, constando de 9 sesiones. En cuanto a sus contenidos, el programa empezaba con una presentación y psicoeducación sobre la influencia de las variables psicológicas en FM, así como un pase de pruebas pre-test a los pacientes, tales como el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond y Snaith, 1983) y la Escala para valorar el pensamiento catastrofista para el dolor (Sullivan, 1995).

Seguidamente, se trabajó con la Relajación progresiva de Jacobson (Jacobson, 1920) y técnicas de visualización y reinterpretación del dolor para, en la tercera sesión, centrarse en una psicoeducación sobre hábitos de vida, higiene del sueño, activación conductual, adherencia al tratamiento y otras variables relacionadas con la salud. En la cuarta y quinta

sesión, se centraron en habilidades sociales, mediante técnicas de asertividad para pedir ayuda o negar la que se les ofrece si no es necesaria. En las siguientes sesiones los puntos clave fueron las técnicas para mejorar la autoeficacia respuesta al manejo de la enfermedad y la autoestima; las técnicas de reestructuración cognitiva para modificar la visión catastrofista del dolor crónico y las técnicas de resolución de problemas, con el fin de aprender a adaptarse a la nueva situación.

Finalmente, se les prepara para evitar futuras recaídas, se aclaran dudas y aspectos no tratados que interesen a los pacientes y se les vuelve a realizar un post-test de las pruebas que se realizaron en la primera sesión.

Con todo ello, encontramos que, a pesar de que los pacientes con FM puedan recibir programas psicoterapéuticos grupales en las USM pertenecientes a la Generalitat Valenciana se carece de un programa individualizado, el cual es necesario dado que el dolor crónico y la manera de afrontar la enfermedad es diferente en cada individuo afectado y en sus familiares.

### **Justificación del programa**

La idea principal de un diseño de programa individualizado es poder tratar a la persona de manera multidisciplinar en todo el proceso de tratamiento, es decir, por medio de un médico, un enfermero, un psicólogo, un fisioterapeuta y un terapeuta ocupacional. Por lo tanto, la intervención sería correcta realizarla desde que el paciente es diagnosticado de FM en la consulta del médico, en AP, hasta que consigue afrontarla y aprender a convivir con ella, con ayuda de dicho tratamiento individualizado y sus profesionales.

Actualmente se está observando que la enfermedad, que si bien es mucho más propia en mujeres que en hombres, está aumentando en estos últimos. Es cierto que existe una diferencia en la manifestación clínica por lo que respecta al sexo del paciente, ya que los hombres muestran un dolor más localizado y menos puntos dolorosos que las mujeres (Martín, 2011), lo que podría ser la causa de que anteriormente no fueran diagnosticados de la manera que si lo están siendo ahora.

Una vez analizado el artículo publicado por Miró, Diener, Martínez, Sánchez y Valenza, (2012), encontramos estudios donde se averiguó que las mujeres diagnosticadas de FM mostraban un indicio de dolor menor, más difuso y con mayor número de «puntos

sensibles», así como mayor fatiga y desórdenes en el sueño que los hombres. De todos modos, el malestar emocional o el nivel de psicopatología que empeoraba la calidad de vida de los pacientes no variaban en referencia al sexo. Del mismo artículo, hayamos que por lo que respecta al diagnóstico, los hombres tardaban más años en conocer su enfermedad, además de presentar un porcentaje mayor en bajas laborales y peor salud apreciada que las mujeres.

A pesar del sesgo social que refiere a que esta patología es una «enfermedad de mujeres», la idea reside en buscar un programa enfocado a aceptar al paciente de manera personal e individual, independientemente de su sexo, y que se adapte tanto a este como a sus familiares más cercanos y que conviven día a día con la enfermedad.

## **Descripción del programa de intervención**

### **Ámbito de aplicación**

El entorno más favorecedor para la implantación del programa de intervención en pacientes con FM y en sus familiares sería un Centro de Salud perteneciente a la Sanidad Pública.

El Centro de Salud es un espacio facilitador para el paciente, el cual, una vez diagnosticado de FM en atención primaria por su médico de cabecera, podría incorporarse al programa con la seguridad de estar en un entorno conocido y sin necesidad de desplazarse lejos. Lo que se pretende es que los diversos profesionales (médico, enfermero, psicólogo, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional) acudan al centro, en un primer momento de manera puntual, hasta que, con el paso del tiempo, se logre implantar en el Centro de Salud una unidad multidisciplinar especialista en FM y capaz de llevar adelante el programa de intervención individual a medida que los pacientes son diagnosticados de la patología y se van incorporando a este.

Por otro lado, es de gran interés que se trate de un centro perteneciente a la Sanidad Pública, ya que podría ser uno de los puntos clave que permita al paciente querer y poder optar al programa de intervención. El paciente no necesitaría ninguna aportación económica, lo que proporciona las mismas oportunidades a personas con diferentes niveles socio-económicos. Además, como hemos mencionado dentro del marco teórico, la mayoría de los pacientes diagnosticados de FM presentan un nivel socio-económico medio-bajo, lo que dificultaría la participación si tuviesen que costearse ellos mismos una intervención individual y personalizada de estas características en el ámbito privado.

### **Objetivos del programa**

- A) Mejorar la calidad de vida en los pacientes con FM mediante un programa de tratamiento individual.
  - a. Disminuir la sintomatología secundaria en los pacientes mediante intervención multidisciplinar.
- B) Dar herramientas a los familiares de pacientes con FM para relacionarse mejor con ellos.

### **Población diana sobre la que se va a aplicar el programa**

El programa va dirigido a la población adulta, perteneciente a la Comunidad Valenciana, con edades comprendidas entre los 25 y 50 años que hayan sido diagnosticados de FM y siempre que el médico de cabecera considere que cumple los criterios para participar en el tratamiento individual y que el propio paciente esté dispuesto a aceptarlo.

Del mismo modo, sería aconsejable ofrecerlo en aquellos casos en los que la calidad de vida del paciente se vea afectada y esté dispuesto a mejorarla mediante el programa de intervención, aunque su diagnóstico se haya realizado con anterioridad. Esto haría que la población diana fueran tanto pacientes recién diagnosticados como aquellos que llevan mucho tiempo luchando con la enfermedad en lugar de convivir con ella.

### **Fases en la elaboración del programa**

El programa de intervención constará de 3 fases: evaluación, tratamiento del paciente y proporcionar las herramientas necesarias al familiar del paciente.

En la primera de ellas, la fase de evaluación, es en la que se le administrará al paciente las pruebas psicológicas que se explicarán en el apartado de la descripción del programa. La primera de ellas será administrada por el médico de cabecera y posteriormente se le realizará una batería de test, con pre – test y post – test, por medio del psicólogo y el médico encargados del programa.

La segunda fase constará de 14 sesiones mediante las cuales se pretende que el paciente mejore la calidad de vida y disminuye la sintomatología asociada a la enfermedad crónica que padece.

Finalmente se le proporcionarán las herramientas al familiar en la tercera fase para que sea capaz de relacionarse mejor con su familiar afectado, así como con la patología que presenta.

## **Descripción del programa**

Previo a las sesiones, en la consulta de AP, el médico de cabecera será quien se encargará de pasar al paciente con FM el test de Percepción de Autoeficacia en Dolor Crónico (CADC) (Anderson, Dowds, Pelletz, Edwards y Peeters-Asdourian, 1995) (Anexo A), para valorar los factores psicológicos como estados emocionales, pensamiento catastrofista y percepción de autoeficacia del paciente. Por tanto, dicho test será nuestra variable criterio para la participación del programa por parte del paciente.

Una vez el paciente entra en el programa de intervención, la metodología empleada en el desarrollo del mismo constará de 19 sesiones, de las cuales 14 van a ir enfocadas al paciente con FM, nuestro principal foco de atención, y las 5 restantes se centrarán en el familiar más cercano a este (pareja, progenitor, hijo...).

Por lo que respecta al paciente, de esas 14 sesiones, la primera estará enfocada al pase de una batería de test, a modo pre-test. En las 12 siguientes, con ayuda de los diferentes profesionales, se trabajarán los conceptos principales de la intervención con el propósito de disminuir la sintomatología secundaria asociada a la FM. Finalmente, la sesión 14 servirá para administrar de nuevo las mismas pruebas psicológicas que al principio, a modo post-test, lo que nos permitirá observar la evolución del paciente mediante el programa.

Con el familiar principal del paciente se trabajarán 6 sesiones mediante las cuales se pretende cumplir el segundo objetivo del programa: proporcionarle las herramientas necesarias para una mejor relación con el paciente diagnosticado de FM.

Todas las sesiones, tanto con el paciente como con el familiar, se van a abordar de manera individual e independientes unas de otras. Asimismo, presentarán una duración alrededor de 45-60 minutos y con una frecuencia semanal.

- **Sesiones con el paciente:**

Durante la sesión inicial, el psicólogo, con ayuda del médico, será el encargado de pasar las pruebas psicológicas, a modo pre – test, al paciente. Estos cuestionarios serán los siguientes: el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) (Burckhardt, Clark y Bennett, 1980) (Anexo B), el Cuestionario Breve del Dolor (BPI) (Daut, 1983), el Inventario Breve

de 18 Síntomas (BSI-18) (Derogatis y Melisaratos, 1983), el Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Zigmond y Snaith, 1983) (Anexo C) y, por último el de Índices de Escala del Sueño (MOS) (Hays, Martin, Sesti y Spritzer, 2005)

Una vez realizados todos los test por parte del paciente, se le citará de manera semanal para la realización del programa. Asimismo, se le entregará un autorregistro de dolor, para que lo rellene durante la semana previa a la primera sesión del programa. Este presenta dos alternativas: una para mujeres (Anexo D) y otra para hombres (Anexo E). El hecho de que esté diseñado de esta manera, es simplemente para diferenciar la figura anatómica y así ajustarnos al género del paciente.

Hay que recordarle al paciente, que tanto esta actividad como las que posteriormente se le irán administrando, son fundamentales durante el proceso del tratamiento, por lo que es importante que se comprometa con ellas y que las realice lo más diariamente posible.

### **Sesión 1: ¿Por qué me duele?**

Durante esta primera sesión, contaremos con la participación del psicólogo y el médico, dedicando los primeros minutos a que el paciente se presente y explique su experiencia frente a la enfermedad y el cambio personal que esta ha supuesto en su vida, a modo de desahogo.

Seguidamente, le prediremos al paciente que nos muestre el autorregistro del dolor que se le entregó en la sesión inicial. En este autorregistro, el paciente cuenta con una figura anatomía correspondiente a su género, femenino o masculino, en la que tendrá que haber señalado con un color las zonas en las que ha sentido dolor durante la última semana, marcando las partes más dolorosas con una cruz. Además, presenta una tabla con los días de la semana y las horas, para que coloque una cruz, variando el color según el tipo de dolor que presente en ese momento (roja = dolor agudo insoportable; naranja = dolor agudo, pero soportable; y amarillo = dolor leve y soportable). Finalmente, en el lado adverso a esta ficha, aparece una tabla de registro donde deberá apuntar, el mayor número de veces que le sea posible, cuando siente dolor, especificando la fecha, la hora, dónde y con quién está, qué le preocupa, qué siente, qué piensa, qué hace y cómo reacciona la persona con la que se encuentra con el paciente en ese momento.

En esta sesión lo que se pretenden es que, a través del dolor que siente el propio paciente y con los registros aportados por el mismo, entienda que es el dolor como

definición. Para ello, el psicólogo, mediante una psicoeducación le explicará los diferentes tipos de dolor, diferenciando entre dolor agudo y el dolor crónico.

Seguidamente, el médico le informará de lo importante que es seguir con las pautas que se le indicó su médico de cabecera respecto la toma de medicamentos administrados. La FM es una patología que va acompañada con un tratamiento farmacológico que permite aliviar el dolor y la sintomatología asociada a la enfermedad. Lo que se intenta es que el paciente entienda que no debe modificar las dosis y mucho menos aumentarlas, porque aunque parezca que el dolor no disminuye, la solución no reside en la administración de dosis mayores a las prescritas por el médico de cabecera.

## **Sesión 2: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)**

Una vez el paciente ha entendido en la sesión anterior que es el dolor, el psicólogo se encargará de abordar esta sesión mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), empleando el dolor como concepto clave para el tratamiento.

Este tipo de terapia, que pertenece a las terapias de tercera generación, tiene como finalidad que el paciente sea capaz de aceptar el dolor que sufre y que se comprometa con él, por lo que no se trata de reducir la sintomatología que sufre. En consecuencia, para conseguir esta flexibilidad emocional en el paciente trabajaremos con seis aspectos:

- Aceptación. Con aceptación entendemos que el paciente sea capaz de reconocer el dolor y que no juzgue sus sensaciones físicas respecto a este. Es decir, se pretenderá que deje de ver el dolor como un problema e impedimento en su día a día, para así disminuir la ansiedad y malestar que este le produce. Hay que hacerle entender que no debemos luchar contra nosotros mismos y que, para mejorar su bienestar general, el primer paso reside en la aceptación de la enfermedad.
- Defusión cognitiva. El objetivo será que reconozca aquellos pensamientos y cogniciones indeseadas que le generan incapacidad frente a la FM. El paciente deberá aprender a gestionarlos, sin juzgarlos, para que no limiten su vida, ya que los eventos internos no son la causa del problema, sino parte del mismo.
- Experiencia presente. Se trata de hacerle entender que el único momento que podemos vivir es el “aquí y ahora”, por lo que debemos hacerlo en conciencia plena, lo que incrementará su bienestar, tanto consigo mismo como con su entorno.

- “Yo observador”. Concibiéndolo como la parte de sí mismo que observa, sin opinar, ni analizar o juzgar, sino registrando lo que ocurre, tanto en su interior como en el exterior.
- El trabajo con valores. El paciente ha de ser honesto consigo mismo, para mostrarse de acuerdo sobre qué es realmente valioso en su vida. Deberá plantearse dónde quiere estar, o incluso hasta qué punto quiere que la enfermedad le sea incapacitante.
- Acción comprometida. En relación al aspecto anterior, deberá comprometerse con la conducta que mejor permita la inclusión de la FM en su vida diaria y que esta le cause el mínimo grado de frustración y desesperanza. Por lo tanto, se le ayudará a que asuma sus síntomas, lo que supone la meta final de la terapia.

### **Sesión 3: ¿Por qué me siento así?**

Como hemos mencionado con anterioridad, los pacientes con FM sufren sintomatología asociada, destacando el estrés o trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad.

El psicólogo dedicará la primera parte de la sesión a instruir al paciente en técnicas de relajación, como la Relajación progresiva de Jacobson (Jacobson, 1920), dado que este tipo de técnica es útil para que el paciente consiga un reposo intenso a nivel muscular. Asimismo, también se le enseñarán técnicas de respiración con el propósito de disminuir, a largo plazo, el estrés y la ansiedad que sufre. Es importante recordarle que estas técnicas son efectivas cuando se practican de forma constante. Al principio es normal que les cueste conseguir resultados, por lo que deberá intentar no frustrarse consigo mismo, ya que la idea de esta sesión reside en enseñarle las técnicas para que las lleve a cabo posteriormente en casa. Por tanto, el fin de esta sesión no es en que el paciente salga de consulta relajado y sin estrés, sino en que sepa realizarlas correctamente.

La segunda parte de la sesión consistirá en explicarle la comorbilidad que presenta la FM respecto a trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión. Cabe la posibilidad de que el paciente ya conozca esta información, incluso que haya recibido terapia psicología con anterioridad por alguno de estos trastornos. En todo caso, una vez realizada la psicoeducación, e incluso la recomendación de referencias bibliográficas relacionadas con el tema, se le aconsejará que, si carece de intervención psicología al respecto, estaría bien que paralelamente al tratamiento de FM, la recibiese.

El motivo de dedicar una sola sesión a los trastornos psicológicos y a sintomatología asociada, como es el estrés, es porque se pretende que el paciente aborde, con mayor profundidad, dichas patologías mediante la ayuda de profesionales externos al programa. Esto permitirá que el tratamiento psicológico no sea rápido e ineficaz, ya que el profesional de la salud siempre debe velar por el bienestar del paciente, ajustando la intervención a las necesidades del mismo.

#### **Sesión 4: ¿Cómo puedo mejorar mi calidad de vida?**

En el marco teórico hemos hablado de cómo afecta la FM a la calidad de vida de los pacientes. En esta cuarta sesión, trabajaremos la importancia que tiene una serie de hábitos saludables para la FM, ya que si estos son los correctos, el paciente podrá llegar a prevenir las consecuencias negativas que tiene el exceso de carga para el aparato locomotor.

El terapeuta ocupacional profundizará sobre todo en la correcta postura corporal del paciente cuando está de pie, sentado, acostado en la cama o cogiendo algo del suelo, por lo que le entregaremos un documento que recoge dicha postura corporal (Anexo F), y, seguidamente, dependiendo del trabajo laboral llevado a cabo por el paciente, se trabajará mejorar las posturas este desempeño, siendo el profesional el que se adaptará a las necesidades.

Por otro lado, el médico, dirigirá la psicoeducación sobre la nutrición. Deberá explicarle la importancia que presenta una buena alimentación para asegurar un peso saludable, ya que como hemos visto anteriormente un exceso del mismo es perjudicial en su calidad de vida. Mantenerse en buena forma física será clave para mejorar la sintomatología asociada a la FM, evitando el exceso de carga en músculos y tendones y siendo además una de las medidas más importantes para mejorar la calidad de vida. Para ello, el médico podrá ayudarse de la Pirámide de la Alimentación Saludable (Anexo G).

Finalmente, y solamente en el caso de que el paciente sea fumador, el psicólogo mantendrá una breve intervención con el paciente para explicarle que el tabaco, además de ser un problema de salud global y la principal causa de muerte prevenible en el mundo desarrollado, está asociado con una intensidad de dolor mayor y un deterioro funcional en pacientes con dolor crónico, incluyendo pacientes con FM. La mayoría de la gente considera que el tabaco es relajante y que alivia el dolor, sin embargo, a pesar de que en

un principio el paciente no es consciente de los efectos nocivos que este presenta, fumar es el desencadenante de muchas enfermedades. Hay que tener en cuenta lo adictivo y dependiente que llegar a ser el consumo de tabaco, por lo que para que el paciente no se sienta que lo estamos juzgando, emplearemos una ficha con mitos sobre el tabaco (Anexo H).

### **Sesión 5: “No puedo” hacer ejercicio físico.**

En la quinta sesión, se encargarán el fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional de hacer entender al paciente la importancia que tienen realizar actividades aeróbicas para disminuir el dolor característico de la FM.

Tras las cuatro sesiones anteriores, el paciente ya debería ser consciente de que el dolor no va a desaparecer, que simplemente se puede atenuar el grado en que se presenta mediante conductas favorecedoras, como en este caso la actividad física. Se pretenderá realizar una regulación de la misma y, con ayuda de una sala adaptada para la realización de ejercicios, instruirle en aquellos más básicos que después pueda realizar, de manera diaria, en casa, con ayuda de la guía de ejercicios (Anexo I) que se le entregará.

Por otro lado, será recomendable invitarle a que realice ejercicios aeróbicos fuera de los establecidos en el tratamiento, con una intensidad baja-moderada, teniendo como finalidad minimizar la tensión que aparece tanto en la columna como en las partes blandas de las extremidades. Para ello, podríamos recomendarle que realice ejercicios en piscinas de agua caliente o yoga, entre otros.

El paciente no deberá abusar de actividades como bajar escaleras o pendientes, dado que posteriormente estos ejercicios pueden producirle rigidez o dolor. Si bien, esto no quiere decir que el paciente deje de hacer vida normal e intente mantenerse en reposo para evitar sentir dolor, porque esto no funcionará; simplemente conseguirá atrofiar sus músculos, generando un dolor mayor. Cabe recordarle que será una carrera de fondo y que aunque al principio sienta que el dolor no disminuye, no se rinda, porque a largo plazo observará los beneficios.

Finalmente, podría suceder que el paciente esté dispuesto a preparar un pequeño programa de ejercicio con ayuda de los profesionales. Para ello, estos podrán seguir viéndolo fuera del programa. Es importante señalar que no se pretenderá que durante la incorporación del ejercicio en la rutina diaria del paciente, el primer día este realice una

cantidad abusiva de ejercicios que hagan que no pueda ejecutar otra actividad en un largo periodo de tiempo, sino que vaya incrementándolos progresivamente. Asimismo, no podemos olvidar los efectos que pueden llegar a tener los medicamentos destinados a la sintomatología de la FM y las implicaciones de los mismos en cuanto al ejercicio, por lo que es fundamental que esto sea contratado por los profesionales encargados.

### **Sesión 6: Quejas, funciones cognitivas y pensamientos catastrofistas.**

Las quejas, funciones cognitivas y pensamientos catastrofistas son muy usuales en pacientes con FM. Mediante esta sesión, se intentará modificar cómo el paciente interpreta las cosas, los tipos de pensamiento que presenta y las valoraciones subjetivas de su entorno. Por consiguiente, emplearemos la técnica de la reestructuración cognitiva.

Una de las más conocidas es el modelo del ABC. Mediante este método, entendemos A como el acontecimiento activador, que sería el suceso real y externo que se le presenta al paciente; B (Belief), como aquella creencia que responde a un suceso real; y, por último, C como la consecuencia emocional y conductual de la creencia.

Trataremos que, con ayuda del psicólogo y la pizarra, el paciente consiga ser capaz de detectar y modificar sus pensamientos, así como cambiar las creencias desadaptativas que le permitan identificar y gestionar las emociones que estos pensamientos desencadenan.

### **Sesión 7: ¿Qué le pasa a mi sueño?**

El sueño es una de las partes que más se ve afectada en los pacientes con FM, ya que muchas veces el dolor les impide dormir de forma continuada. Con ayuda del cuestionario que le habremos pasado en la sesión inicial de Índices de Escala del Sueño (MOS), realizaremos la sesión de acuerdo con las necesidades del paciente.

La idea será dedicar la primera parte de la sesión a que sea él mismo el que nos explique cómo es su sueño y qué alternativas emplea si durante la noche su sueño es interrumpido por el fuerte dolor muscular. Es frecuente que los pacientes se levanten a pasear, se desvelen o coman algo, incluso que decidan tomarse algún medicamento de más para paliar el dolor. Por ello, el psicólogo le entregará una ficha con consejos para la higiene del sueño (Anexo J). Entre ellos destacará la no utilización de aparatos electrónicos en el dormitorio, el establecimiento de horario regular o el tabaco como agente que incrementa el dolor en FM y que por tanto favorece al insomnio.

## **Sesión 8: ¿Mi pareja ya no me quiere?**

La octava sesión solo se realizará en caso de que el paciente disponga de una pareja en el momento actual del tratamiento. En caso contrario, dicha sesión se descartaría del tratamiento, pasando directamente a la siguiente sesión.

Está demostrado que la conducta con la que el paciente afronta la enfermedad afecta a diversos aspectos de su vida diaria, entre ellos, uno de los más importantes y que más problemas pueden llegar a suponer en el núcleo familiar (separaciones, divorcios...), es la afectividad y la sexualidad con la pareja. El paciente siente incompreensión por parte de su pareja y la pareja puede llegar a sentir frustración y estrés al no saber cómo afrontar la enfermedad.

En este caso, emplearíamos la técnica de la silla vacía, perteneciente a la corriente de la Gestalt. La idea será tratar de producir un encuentro con la pareja para mitigar la causa del bloqueo emocional y dialogar con ella.

Para obtener dicho objetivo, en primer lugar, durante la fase preparatoria, confrontaríamos al paciente con la silla vacía para que sea él quien se imagine dialogando con su pareja. Seguidamente deberá describir cómo se ha sentido, con el fin de fortalecer esa imaginación aún más, mencionando tanto las partes positivas como las negativas.

Durante la fase del diálogo, trateremos que el paciente inicie, en voz alta, lo que se está imaginando, intentando ser del todo sincero y exteriorizando aquellos detalles que no se ha atrevido a decir antes o cómo ha vivido la situación. Con ayuda del psicólogo, se irán reflexionando sobre las sensaciones que esto produce en el paciente, haciendo que este sea capaz de identificarlas y darse cuenta de cómo le ha afectado el suceso. Para finalizar se le pedirá que cierre los ojos e imagine dicha proyección guardándosela otra vez para el mismo y eliminando las imágenes creadas.

Es importante que, en caso de que el paciente no tuviera la imaginación suficiente o se sintiera ridículo al hablar consigo mismo, el psicólogo no lo deberá forzar y cambiará la terapia por una narrativa. Ahí es donde el paciente podrá expresarse mediante, por ejemplo, una carta al familiar.

## **Sesión 9: Autoestima y autoeficacia personal**

Tanto la autoestima como la autoeficacia personal del paciente se ven afectadas tras el diagnóstico de la FM. En consecuencia, el psicólogo realizará una distinción entre ambos conceptos, a modo de psicoeducación, para después entablar una terapia donde el paciente se exprese y cuente por qué considera que su autoestima y autoeficacia han disminuido.

Como técnica de apoyo para la terapia, utilizaremos un autorregistro de autoestima y autoeficacia (Anexo K). En primer lugar, lo que se pretenderá es que el paciente sea capaz de recordar sus propios éxitos, así como elogios y halagos recibidos por la gente más cercana, dejando de lado las cosas que hace mal o las críticas y autocríticas recibidas.

En la primera columna del autorregistro deberá anotar los halagos que recuerde por parte de otras personas a lo largo de su vida, como por ejemplo, “Se te da genial cantar”; en la segunda, recopilará las capacidades y fortalezas propias, tales como “Soy generoso”; y, finalmente, la última irá dedicada a las cosas que le hagan sentirse orgullosos de sí mismo, lo que podría ser: “Me saqué el título del mitja a la primera”.

Este autorregistro podrá ser una tarea compleja para el paciente, la cual requerirá su tiempo. Debido a esto, el psicólogo la comenzará en consulta con el paciente, pero la idea es que este la vaya autorrellenando fuera de la consulta a medida que avanza la semana hasta la próxima sesión.

Posteriormente deberá puntuar la primera columna dependiendo del grado de credibilidad que genere en el paciente dicho halago, siendo 1 “no me lo creo” y 10 “me lo creo íntegramente”. Dado que es muy probable que el paciente evalúe la mayoría con puntuaciones bajas, la idea es que se plantee que pasaría si se creyese esos halagos por completo. En la siguiente columna reflexionará sobre que dicen esas fortalezas sobre sí mismo y que habilidades y recursos considera que hay detrás de ellas. Finalmente, en el apartado de cosas por las que está orgulloso, estaría bien que recapitara sobre que dicen de él mismo.

## **Sesión 10: ¿Qué piensa mi familia de mí?**

Para la familia del paciente diagnosticado de FM es difícil sobrellevar este cambio de vida en el núcleo familiar. Aprender las herramientas necesarias para que la enfermedad

no afecte a los familiares y todo siga como antes no es tarea fácil, pero, por supuesto, tampoco lo es para el paciente.

En esta sesión el psicólogo dialogará sobre la familia, ya que el paciente siente incompreensión, llegando a sentirse infravalorado en reiteradas ocasiones y, por tanto, se distancia. El objetivo principal residirá en que el paciente exprese cómo se siente con esta situación y explique por qué considera que las personas de su alrededor no le entienden. Asimismo, se le administrarán técnicas o pautas para un buen clima familiar, que podrán variar, adjuntándose a las circunstancias propias del paciente con su entorno más cercano.

Una vez el paciente se haya desahogado, se le entregará un sobre con una carta (Anexo L). Dicha carta está escrita por un familiar real de un paciente con FM. Se intentará que el paciente, que no conoce a esta persona, se ponga en el otro lugar y entienda que a veces es difícil sobrellevar la enfermedad, sobre todo para aquel que no la padece y no sabe del todo como sufre la persona con dolor crónico.

### **Sesión 11: ¿Puedo seguir haciendo planes con mis amigos o trabajar teniendo esta enfermedad?**

En esta sesión es importante conocer si el paciente actualmente se encuentra en situación laboral, así como si sigue viendo a sus amigos, o por el contrario, evita estas circunstancias y por qué motivo.

Mediante las nuevas tecnologías aportadas por la pizarra digital y con la ayuda del profesional sanitario, trataremos que el paciente sea capaz de reconstruir, en la medida de lo posible, sus últimas dos semanas. Deberá incluir cuánto tiempo ha dedicado a su vida social, laboral y personal en diferentes colores, lo que le permitirá observar por sí mismo cómo han cambiado sus rutinas a raíz de la enfermedad, sin necesidad de que el psicólogo deba decírselo.

Como actividad para casa, se le comentará al paciente que, si lo desea, puede ver el documental de Lady Gaga denominado “Gaga: Five Foot”. La cantante fue diagnosticada de FM en 2017 y en este cuenta como, a pesar de sentir muchas veces dolores fuertes, fue capaz de llevar adelante su carrera musical. El video sería una herramienta adicional, que el paciente puede elegir si desea verla o no.

## **Sesión 12: Activación conductual y adherencia al tratamiento.**

Esta última sesión con el paciente estará destinada a la activación conductual con el mismo, para que, a pesar de haber acabado la intervención individual con el mismo, se le motive a que no deje de mostrar interés por la patología que padece. La idea del programa, será que una vez acabado, el paciente podrá recurrir a los profesionales implicados siempre que lo necesite, para que no se pierda el vínculo paciente-profesional que se ha forjado durante los aproximadamente 3 meses.

Por otro lado, también observaremos la adherencia al tratamiento desde que este empezó hasta ahora, mostrándole toda la documentación que ha ido rellenando durante la duración del programa, lo que nos permitirá ver la evolución del paciente. Por último, será de vital importancia prevenir las recaídas, ya que se supone que una vez finalizado el tratamiento el paciente habrá sido capaz de cumplir con los objetivos del programa: mejorar su calidad de vida y disminuir la sintomatología secundaria como el estrés o la ansiedad.

Tras esta sesión, se realizará la sesión final, donde el psicólogo, con ayuda del médico, volverá a administrar las pruebas psicológicas, a modo post – test, que se le pasaron con anterioridad y que se encuentran citadas en la sesión inicial. Esto nos permitirá observar la evolución del paciente a lo largo del tratamiento.

- **Sesiones con el familiar:**

Las 5 sesiones dedicadas al familiar del paciente con FM, están enfocadas principalmente a la psicoeducación del mismo y no a un tratamiento como tal. Esto se debe a que, como hemos mencionado con anterioridad, lo que se pretende es brindar al familiar las herramientas necesarias para hacer frente a la enfermedad, por lo que el profesional encargado de llevar a cabo estas sesiones será únicamente el psicólogo.

### **Sesión 1: ¿Por qué nadie me pregunta cómo me siento yo?**

En esta primera sesión, el familiar necesita trabajar la ventilación emocional para sentirse entendido. Lleva mucho tiempo acompañando al paciente y seguramente haya

estado presente durante el recorrido por diversos médicos hasta llegar al diagnóstico definitivo, por lo que cabe la posibilidad de que se encuentre perdido o aturdido. Será el momento de desahogo, de sentirse escuchado y de expresar que es para él la enfermedad que ahora convive con él y su pareja.

Hay que tener en cuenta que los pacientes con enfermedades crónicas generan mucho estrés en sus familiares más cercanos sin darse cuenta, por lo que también deberemos darle instrumentos para disminuir esta sintomatología. Por este motivo, tal y como hemos trabajado anteriormente con el paciente, le enseñaríamos al familiar a realizar la Relajación Progresiva de Jacobson (Jacobson, 1920), así como técnicas de respiración y meditación. Al igual que ocurre con el paciente, no se tendremos como finalidad que dichas técnicas sean eficientes durante la sesión, ya que será muy difícil que se relaje la primera vez que las realiza. El objetivo principal consistirá en que lleve a cabo las técnicas de manera correcta.

## **Sesión 2: ¿Es la fibromialgia una enfermedad de verdad?**

Una vez el familiar ya se ha desahogado en la primera sesión, esta segunda estará enfocada a que consiga empatizar con el paciente. Como es difícil ser comprensivos con la persona que tenemos más cerca, se le mostrará un video (Anexo M) de un paciente con FM ajeno a su entorno. En esta entrevista se cuenta la historia del protagonista y es él quien narra su experiencia con la enfermedad y como ha cambiado su vida desde que fue diagnosticado de FM.

Una vez el familiar haya visto el video y aportado una breve reflexión sobre el mismo, cabe la posibilidad de que algunos pensamientos o cogniciones sean ligeramente modificadas. Por consiguiente, será el momento clave para que el profesional realice una reestructuración cognitiva, tal y como hemos visto en la sesión 6 del paciente.

En este caso, como reestructuración cognitiva, podríamos emplear el autorregistro de Ellis, el cual comprende 3 columnas: situación, cogniciones y consecuencias. La idea es que el familiar, con ayuda del psicólogo, registre los pensamientos en la pizarra y observe cuanto de verdad presentan en referencia a lo que considera sobre la enfermedad que padece el paciente.

### **Sesión 3: ¿Por qué se queja? ¿Por qué mi [familiar] presenta comorbilidad con trastornos psicológicos?**

Una de las cosas que menos comprenden los familiares es por qué el paciente con FM suele quejarse de manera mucho más habitual de la que lo hacía antes. Esto genera dudas de si la enfermedad es real o simplemente es una manera de llamar la atención por parte del paciente.

Mediante esta sesión, se realizará una psicoeducación donde el psicólogo le explicará qué es la enfermedad, qué es el dolor crónico y cómo afrontar los brotes del paciente. Se pretenderá que sea consciente de que si es una enfermedad, la cual incapacita la vida de las personas que la sufren y que, como se ha visto en la sesión anterior por medio del video, la vida de la persona con FM puede cambiar muy radicalmente.

Para afrontar estos cambios, se le administrarán una serie de pautas que le permitan lidiar con el dolor del paciente y los brotes que aparecen de repente, entre otra sintomatología asociada a la patología.

Por otro lado, encontramos que en muchas ocasiones, tal y como hemos visto a lo largo del trabajo, los pacientes con FM presentan comorbilidad con trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad. Los familiares a veces consideran que lo que realmente les ocurre es causa de un trastorno psicológico, por lo que debemos hacerle entender que no es así, que es posible que ambas patologías ocurran al mismo tiempo, pero que la fibromialgia no deja de ser real.

### **Sesión 4: Afectividad y sexualidad con mi pareja**

La FM perjudica la vida familiar, incluida la vida en pareja. Por ello, la calidad de vida de los familiares también se ve empeorada. Al igual que ocurre con el paciente, dicha sesión solamente se abordará si el principal familiar del paciente, y aquel con quien estamos realizando el programa, es la pareja del mismo.

Realizaríamos una psicoeducación con el familiar, para hacerle entender porque su pareja carece de la afectividad y sexualidad que antes si presentaba. Asimismo, de la misma manera que en la sesión 8 del tratamiento dedicado al paciente, emplearemos la técnica de la silla vacía (con las mismas pautas empleadas en el paciente).

Por otro lado, si el familiar no tuviese demasiada imaginación o no quisiera enfrentarse a dicha técnica, como ocurre con el paciente, recurriríamos a una terapia narrativa.

### **Sesión 5: Dificil adaptación social de mi [familiar]**

La patología sobre la que estamos trabajando presenta un efecto negativo en el paciente por la estigmatización social. En la actualidad se siguen infravalorando la sintomatología presente en la FM, pensando que se trata de una llamada de atención por parte de la persona que sufre la enfermedad.

A pesar de ser difícil, intentaremos que el familiar comprenda que el paciente con FM inevitablemente se va a aislar de su ambiente, tanto familiar como social. Por lo tanto, se pretenderá hacer ver al familiar que no es posible modificar los comportamientos del paciente ni acabar con el dolor que le genera la patología. Asimismo, haremos hincapié en que el paciente no necesita ser arreglado como si estuviera roto, el simple acompañamiento y la muestra de comprensión de sus seres queridos será suficiente.

Así pues, la idea consistirá en que el familiar, en la medida de lo posible, intente no juzgar las actitudes del paciente, transmitiéndole con cariño las cosas que le desagradan de su comportamiento.

### **Calendario de actividades**

Dado que se trata de un programa individual, durará aproximadamente 3 meses, pero sin comienzo del tratamiento fijo, ya que se ajustará al momento y tiempo del diagnóstico del paciente.

Al principio, cada profesional implicado en el programa deberá tener un día fijo a la semana para poder dedicar las horas laborales a los pacientes con FM pertenecientes al programa. Lo que se intenta es que, con el paso del tiempo y la mayor participación de los pacientes en el programa de intervención, se consiga una unidad especializada en FM en el Centro de Salud, lo que generaría que los profesionales estuviesen a disposición del paciente durante toda la semana. Esto facilitaría que el paciente intente cuadrar las sesiones con los diferentes profesionales en un mismo día, para no tener que asistir al Centro de Salud varios días a la semana, o en caso de que el paciente trabaje, no tener que pedir más de un día libre en el ámbito laboral.

La idea es que sean los profesionales los que se ajusten a las necesidades del paciente dentro de lo que se pueda, y no al revés.

### **Delimitación de recursos**

Los recursos necesarios para llevar a cabo el programa de intervención, son tanto profesionales como materiales.

En referencia a los primeros, y como ya hemos mencionado anteriormente, los encargados de llevar a cabo el programa de intervención son diferentes profesionales, que de manera multidisciplinar, trataran tanto con el paciente como con el familiar. Es por ello que necesitaríamos un médico, un enfermero, un psicólogo, un fisioterapeuta y un terapeuta ocupacional. Los profesionales deberán asistir al centro, en un primer momento, varios días a la semana para atender a los pacientes, hasta que se consiga formar por completo la unidad especializada en FM.

Por otro lado, necesitamos una serie de recursos materiales. El principal, una sala habilitada para cada profesional, por lo que necesitaríamos 4. Más detalladamente, estaríamos hablando de una consulta para el psicólogo, con un ordenador y pizarra digital para la realización de las terapias de reestructuración cognitiva y la visualización de material complementario, así como para servir de apoyo en las psicoeducaciones pertinentes. Una consulta donde el médico disponga de un ordenador y otra pantalla que le ayude a plasmar el material complementario. La sala de enfermería y una última sala compartida por el fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional, donde sería recomendable que contara con materiales básicos para la realización de ejercicios físicos con el paciente durante la quinta sesión.

### **Análisis de su viabilidad**

La implantación de dicho programa de intervención y la puesta en marcha del mismo, al estar pensado para la Sanidad Pública por los motivos expuestos anteriormente, sería posible con un aumento de las plazas ofertadas por Sanidad para profesionales sanitarios. Esto permitiría habilitar el programa, de manera progresiva, en más de un Centro de Salud.

Lo ideal sería que a medida que los pacientes se adhiriesen al tratamiento individualizado, el programa de intervención estuviese instaurado en, al menos, uno por Comarca de la Comunidad Valenciana, para facilitar que el paciente no tenga que desplazarse de su entorno más cercano. Esto supone estar hablando, a largo plazo, de 34 programas de intervención como mínimo. A pesar de que a día de hoy esto supone una inversión desde la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública bastante grande, no es necesario que se instaure en todas las Comarcas a la vez, sino ir creando las unidades especializadas en FM conforme vayan aumentando el número de pacientes.

### **Evaluación: instrumentos de evaluación continua y final**

Tal y como hemos mencionado anteriormente, tanto antes (pre – test) como después (post – test) del programa de intervención, los pacientes realizarán una batería compuesta por 5 test:

- FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) (Burckhardt, Clark y Bennett, 1980). Es considerado el instrumento de elección para evaluar el impacto global de la FM en el estado de salud. Se trata de una escala de síntomas sobre el sistema osteomuscular y el tejido conectivo indicado para pacientes con FM adultos, el cual está compuesto de 20 ítems, correspondientes a 10 dimensiones.
- BPI (Cuestionario Breve del Dolor) (Daut, 1983). Es un instrumento multidimensional de valoración del dolor que proporciona información sobre la intensidad e interferencia de este en las actividades diarias del paciente. Se forma mediante 15 ítems.
- BSI-18 (Inventario Breve de 18 Síntomas) (Derogatis y Melisaratos (1983). Es un instrumento de screening, a través del cual el paciente estima el nivel general de gravedad y medidas en factores de somatización, depresión y ansiedad. Consta de 18 ítems, a los que se responde mediante una escala Likert.
- HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) (Zigmond y Snaith, 1983). Es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar ansiedad y depresión en enfermos físicos y mentales. Está compuesto de 14 ítems y muestra fiabilidad y validez a la hora de diagnosticar la gravedad de trastornos.
- MOS (*Índices de Escala del Sueño*) (Hays, Martin, Sesti y Spritzer, 2005). Es una escala que proporciona información subjetiva sobre la calidad y cantidad de sueño

en las últimas cuatro semanas. Consta de 12 ítems tipo Likert, agrupados en: alteraciones del sueño, ronquidos, despertar con falta de respiración o cefalea, cantidad del sueño, adecuación del sueño y somnolencia diurna.

## Conclusiones

A raíz de lo desarrollado en el presente trabajo, podemos afirmar que el tratamiento de la FM apenas ha evolucionado, a pesar de que, como hemos mencionado, el 2,4% de la población adulta española sufre dicha patología.

Es cierto que en el pasado se han realizado programas de intervención centrados en pacientes con FM, y que diferentes asociaciones velan por el bienestar y la calidad de vida de los mismos. Pero, en la actualidad, ninguno de ellos cuenta con la novedad que este posee: el entorno familiar. No hay que olvidar que el paciente es el principal foco de atención a la hora del tratamiento, pero son los familiares quienes se ven obligados a apoyarlo, soportando, además, tareas domésticas tales como el mantenimiento total del hogar o la compra en el supermercado, lo que acaba generando en el paciente un sentimiento de inutilidad, que en realidad no tiene. Por tanto, la presente propuesta enfoca su mirada no solo en quien padece la enfermedad, sino también en sus familiares más cercanos que son, en definitiva, los que deben emprender la lucha diaria de ver sufrir a un ser querido sin, aparentemente, razón alguna.

Otra característica novedosa es el uso de un tratamiento multidisciplinar. Contar con los profesionales mejor cualificados para la enfermedad no es tarea fácil. Estos deben mantener una comunicación constante para que la intervención prospere de manera beneficiosa. El correcto tratamiento no debe enfocarse solo en la patología en sí misma y en quien la carga, sino también en el contexto y ambiente social del paciente, asegurándose de que quienes lo rodean se encuentren debidamente capacitados y fortalecidos para afrontar la lucha contra el dolor que la enfermedad genera.

A su vez, cumplir con los ambiciosos objetivos, tales como la mejora de la calidad de vida del paciente reduciendo la sintomatología asociada de este y la proporción de herramientas al familiar para lidiar con la enfermedad, supone efectos muy grandes.

Por un lado, cabe la posibilidad de que el tratamiento aporte en el paciente un cambio de visión por lo que refiere a la enfermedad, tanto que le ayude a mejorar la perspectiva hacia esta y mejore en diversos aspectos de su vida. Si bien, no hay que olvidar la posibilidad de que el paciente, o incluso el familiar, no se adhieran bien al tratamiento, y que estos objetivos no se pueden llegar a cumplir.

Por consiguiente, uno de los efectos más positivos, pero que también puede considerarse como inconvenientes es el hecho de que sea un programa destinado a la Sanidad Pública.

Por un lado, es fundamental que sea así dado que el paciente necesita tener derecho a un tratamiento que no le suponga un gran gasto económico y que ayude a reducir su sufrimiento. Sin embargo, la implantación de dicho programa y la puesta en marcha supone una alta inversión en Sanidad, de la cual a día de hoy carecemos.

Finalmente, como sabemos, la FM es conocida como la enfermedad de la incomprensión. Es cierto que los pacientes sienten que el entorno no les comprende, que les juzga y que menosprecia sus niveles de dolor. Pero, ¿estamos haciendo algo para acabar con esto? No comprendemos por falta de información. La FM, desgraciadamente, a pesar de ser una enfermedad de primer orden en las consultas de AP, es de segundo respecto a investigación e información para la sociedad.

## Referencias

- Asociación de Divulgación de Fibromialgia (2015). *Guía de Debut en Fibromialgia*. Vitoria: (Asociación de Divulgación de Fibromialgia)
- Barbosa-Torres, C., López-López, L., Cubo-Delgado, S. (2018). El síndrome de fibromialgia y su tratamiento. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, 5(3), 103-115.
- Branco, J.C., Bannwarth, B., Failde, I., Abellido, J., Blotman, F., Spaeth, M., Saraiva, F., Nacci, F., Thomas, E., Caubère, J.P., Le Lay, K., Taieb, C., Matucci-Cerinic, M. (2010). Prevalence of fibromialgia: a survey in five European countries. *Semin Arthritis Rheum*, 39(6)
- Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G. y Trillo-Mata, J.L. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica*, 149(10)
- Cabrera, V., Martín-Aragón, M., Terol, M.C., Núñez, R. y Pastor, M.A. (2015). La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *Terapia psicológica*, 33(3), 181-193.
- Cancela, J.L. y Gusi, N. (2011). Fibromialgia: características clínicas, criterios diagnósticos, etiopatogenia, clasificación, prevalencia e impacto económico. En C. Ayán (eds.), *Fibromialgia: Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación* (pp. 11-22) Madrid, España: Editorial Médica Paramericana.
- Cuetos, J.M. y Amigo, I. (2018). Relación del apoyo social y familiar con la aceptación del dolor en pacientes con fibromialgia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 18(2), 151-161.
- Garaigordobil, M. y Govillard, L. (2016). Síntomas psicopatológicos en personas con fibromialgia: una reflexión. *Interdisciplinaria*, 33(2), 355-374
- Garzón, J. y Galiván, E. (2018). Fibromialgia. *Actualización en Medicina Familiar*, 14(3), 145-152.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad (2014). *Atención a pacientes con Fibromialgia*. Recuperado de <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/APF.pdf>

- Gil, L. (2011). Calidad de vida en la fibromialgia. En C. Ayán, (eds), *Fibromialgia: Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación* (pp. 79-91) Madrid, España: Editorial Médica Paramericana.
- León-Llamas, J.L., Collado-Mateo, D., Murillo-García, A., Villafaina, S. y Gusi, N. (2019). Efectos de los exergames sobre los síntomas de depresión en mujeres con fibromialgia: un ensayo aleatorizado controlado. *Journal of Negative and No Positive Results*, 4(4), 422-435.
- Lledó, A., Fernández-Diez, E., Pastor, M.A., López-Roig, S., Ibáñez, J., Sorinas, J. (2016). Funcionamiento del sistema nervioso autónomo y estado de salud en la fibromialgia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 119-128.
- Lozano, J.A. (2004). Fibromialgia. Un síndrome de dolor osteomuscular generalizado. *Elsevier*, 23(2)
- Martín, V. (2011). Historia de la fibromialgia. En C. Ayán, (eds.), *Fibromialgia: Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación* (pp. 1-9) Madrid, España: Editorial Médica Paramericana.
- Miró, E., Diener, F.N., Martínez, M.P., Sánchez, A.I. y Valenza, M.C. (2012). La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema*, 24(1), 10-15.
- Okijuri, A., Turk, D.C., Sinclair, J.D., Starz, T.W., Marcus, D.A. (1997) A standardized manual tender point survey. I. Development and determination of a threshold point for the identification of positive tender points in fibromialgia syndrome. *J Rheumatol*, 24(2), 83-377
- Pomares-Sepulcre, G., Ayala, F., López-Valenciano, A. y Ruíz-Pérez, I. (2019). Efectos de un programa de ejercicio físico concurrente y de corta duración sobre los principales síntomas, autoconcepto, calidad de vida y condición física en pacientes con fibromialgia: un estudio de casos. *Revista Española de Educación Física y Deportes*, 424
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F.J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J.J., Martínez, F.G., Tornero, J., Vallejo, M.A. y Vidal, J. (2006). Documento

de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia.  
*Reumatol Clin*, 2, 55-66

Sociedad Española de Reumatología (2017). *Fibromialgia*. Recuperado de  
[https://inforeuma.com/wp-content/uploads/2017/04/57\\_Fibromialgia\\_ENFERMEDADES-A4-v04.pdf](https://inforeuma.com/wp-content/uploads/2017/04/57_Fibromialgia_ENFERMEDADES-A4-v04.pdf)

Torres, P., Yerro, I. y Rodríguez, R. (2011) *Fibromialgia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

## Anexos

### Anexo A

Percepción de Autoeficacia en Dolor Crónico (CADC) (Anderson, Dowds, Pelletz, Edwards y Peeters-Asdourian, 1995)

Con este cuestionario estamos interesados en conocer la **CAPACIDAD QUE USTED CREE QUE TIENE PARA REALIZAR UNA SERIE DE ACTIVIDADES O TAREAS**. Siguiendo la escala de respuesta que le presentamos, responda poniendo una X en la casilla que usted crea que corresponde a su grado de capacidad.

A continuación le ponemos un ejemplo; no es necesario que lo conteste.

Por ejemplo, si la pregunta es:

*¿Se cree capaz de leer El Quijote ?*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

Si usted cree que es **totalmente incapaz** de leerlo, tendrá que poner una X en la casilla **0** de la escala de respuesta.

Sin embargo, si usted cree que es **totalmente capaz** de leerlo, tendrá que poner una X en la casilla **10** de la escala de respuesta.

**RECUERDE: NO NOS INTERESA SABER SI LO HACE O NO LO HACE. SÓLO NOS INTERESA SABER SI USTED CREE QUE ES CAPAZ DE HACERLO O NO.**

**PONGA UNA X EN EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA CAPACIDAD QUE CREE QUE TIENE PARA REALIZAR EN ESTE MOMENTO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES O TAREAS.**

**1 ¿Se cree capaz de controlar su fatiga?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

**2 ¿Se cree capaz de regular su actividad, para poder estar activo pero sin empeorar sus síntomas físicos? (por ejemplo, fatiga, dolor)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

**3 ¿Se cree capaz de hacer algo para sentirse mejor si está triste o bajo de ánimo?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

**4 Comparado con otra gente con problemas crónicos como los suyos. ¿Se cree capaz de controlar su dolor durante sus actividades diarias?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

**5 ¿Se cree capaz de controlar sus síntomas físicos, de manera que pueda seguir haciendo las cosas que le gusta hacer?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

**6 ¿Se cree capaz de hacer frente a la frustración de sus problemas físicos crónicos?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

**7 ¿Se cree capaz de afrontar dolores leves o moderados?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

**8 ¿Se cree capaz de afrontar dolores intensos?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

**PONGA UNA X EN EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA CAPACIDAD QUE CREE QUE TIENE PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES SIN AYUDA DE OTRA PERSONA. CONSIDERE LO QUE NORMALMENTE PUEDE HACER, NO AQUELLO QUE SUPONGA UN ESFUERZO EXTRAORDINARIO.**

**1 ¿Se cree capaz de caminar aproximadamente un kilómetro por terreno llano?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

**2 ¿Se cree capaz de levantar una caja de aproximadamente 5 kilos de peso?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

**3 ¿Se cree capaz de hacer un programa diario de ejercicios en casa?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

**4 ¿Se cree capaz de hacer sus tareas domésticas?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

**5 ¿Se cree capaz de participar en actividades sociales?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

**6 ¿Se cree capaz de ir de compras para adquirir alimentos o ropa?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

**7 ¿Se cree capaz de cumplir con las mismas obligaciones de trabajo que tenía antes del inicio del dolor crónico? (Para las personas que trabajen en casa, por favor, consideren sus quehaceres domésticos como sus obligaciones?)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

**PONGA UNA X EN EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA CAPACIDAD QUE CREE QUE TIENE EN ESTE MOMENTO PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:**

**1 ¿Se cree capaz de disminuir bastante su dolor?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

**2 ¿Se cree capaz de evitar que el dolor interfiera en su sueño?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

**3 ¿Se cree capaz de reducir su dolor, aunque sea un poco, haciendo otra cosa que no sea tomar más medicinas?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

**4 ¿Se cree capaz de reducir mucho su dolor haciendo otra cosa que no sea tomar más medicinas?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me creo totalmente  
incapaz

Me creo moderadamente  
capaz

Me creo totalmente  
capaz

## Anexo B

Cuestionario de Impacto de la FM (CIF<sup>251</sup>/FIQ) (Burckhardt, Clark y Bennett, 1980)

Nombre:

Fecha:

Puntuación CIF:

**Rodee con un círculo** el número que mejor describa cómo se encontró durante la **ÚLTIMA SEMANA**. Si no tiene costumbre de realizar alguna actividad, tache la pregunta.

1. ¿Ha sido usted capaz de ...

	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
Hacer la compra?	0	1	2	3
Hacer la colada, con lavadora?	0	1	2	3
Preparar la comida?	0	1	2	3
Lavar a mano los platos y los cacharros de cocina?	0	1	2	3
Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora?	0	1	2	3
Hacer las camas?	0	1	2	3
Caminar varias manzanas?	0	1	2	3
Visitar a amigos o parientes?	0	1	2	3
Subir escaleras?	0	1	2	3
Utilizar transporte público?	0	1	2	3

2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?

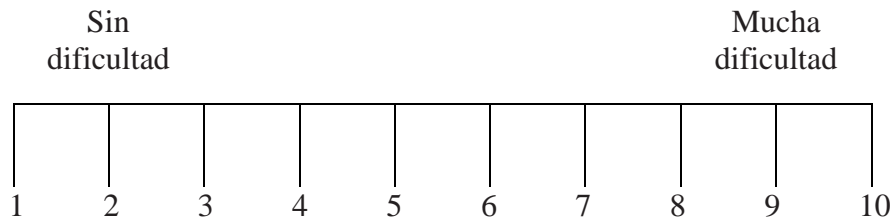
0    1    2    3    4    5    6    7

3. ¿Cuántos días de la última semana no pudo hacer su trabajo habitual, incluido el doméstico, por causa de la fibromialgia?

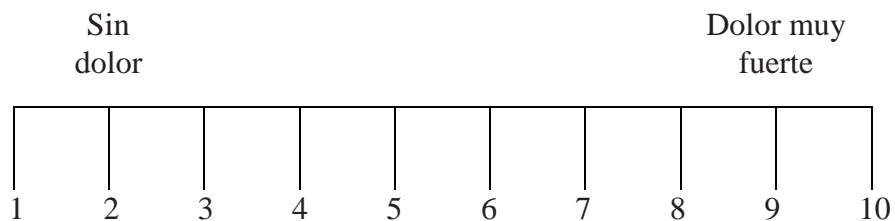
0    1    2    3    4    5    6    7

**Rodee con un círculo** el número que mejor indique cómo se sintió en general **durante la ÚLTIMA SEMANA:**

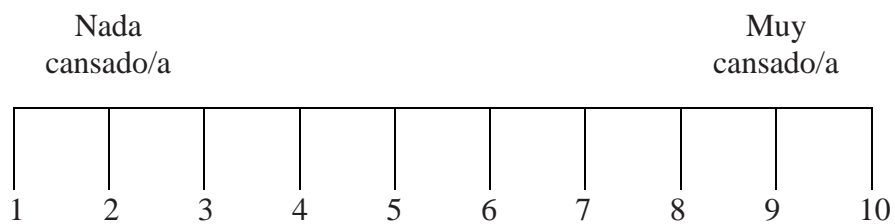
4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?



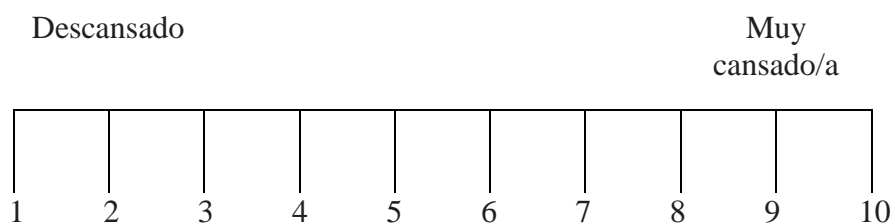
5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?



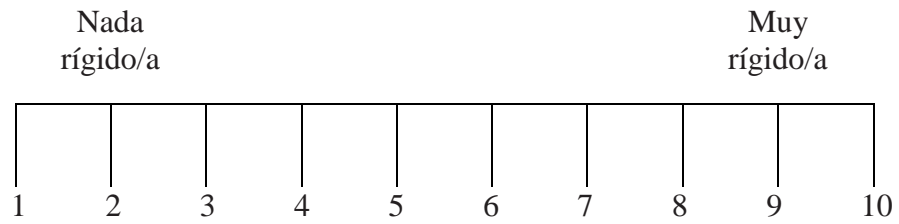
6. ¿Cómo se ha encontrado de cansado/a?



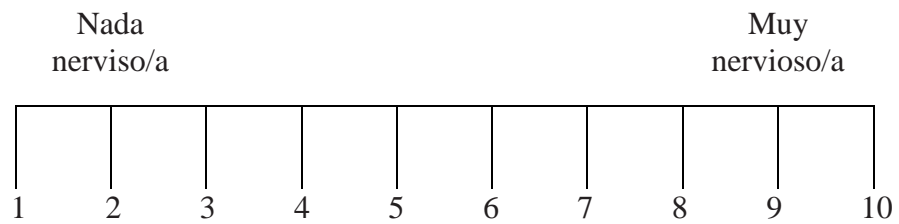
7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?



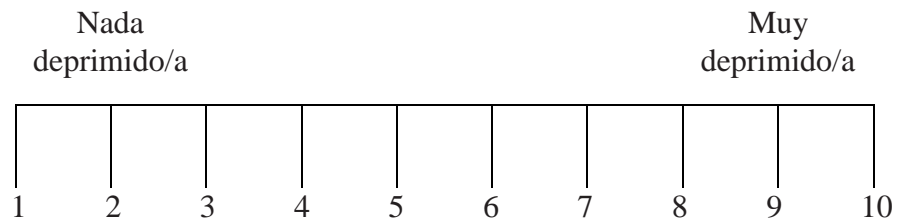
8. ¿Cómo se ha notado de rígido/a o agarrotado/a?



9. ¿Cómo se ha notado de nervioso/a, tenso/a o angustiado/a?



10. ¿Cómo se ha sentido de deprimido/a o triste?



## Anexo C

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) (Zigmond y Snaith, 1983)

A continuación leerá unas frases que pueden describir cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada frase y marque con una cruz la respuesta que coincida mejor con **cómo se ha sentido usted en general**. No hay respuestas buenas ni malas. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta.

**1. Me siento tenso/a o nervioso/a:**

- |                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| Casi todo el día   | <input type="checkbox"/> |
| Gran parte del día | <input type="checkbox"/> |
| De vez en cuando   | <input type="checkbox"/> |
| Nunca              | <input type="checkbox"/> |

**2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:**

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Igual que antes         | <input type="checkbox"/> |
| No tanto como antes     | <input type="checkbox"/> |
| Solamente un poco       | <input type="checkbox"/> |
| Ya no disfruto con nada | <input type="checkbox"/> |

**3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:**

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Sí y muy intenso        | <input type="checkbox"/> |
| Sí, pero no muy intenso | <input type="checkbox"/> |
| Sí, pero no me preocupa | <input type="checkbox"/> |
| No siento nada de eso   | <input type="checkbox"/> |

**4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:**

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Igual que siempre       | <input type="checkbox"/> |
| Actualmente algo menos  | <input type="checkbox"/> |
| Actualmente mucho menos | <input type="checkbox"/> |
| Actualmente en absoluto | <input type="checkbox"/> |

**5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:**

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

**6. Me siento alegre:**

- Nunca
- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día

**7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente:**

- Siempre
- A menudo
- Raras veces
- Nunca

**8. Me siento lento/a y torpe:**

- Gran parte del día
- A menudo
- A veces
- Nunca

**9. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos en el estómago”:**

- Nunca
- Sólo en algunas ocasiones
- A menudo
- Muy a menudo

**10. He perdido el interés por mi aspecto personal:**

- Completamente
- No me cuido como debería hacerlo
- Es posible que no me cuide como debería
- Me cuido como siempre lo he hecho

**11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:**

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- En absoluto

**12. Tengo ilusión por las cosas:**

- Como siempre
- Algo menos que antes
- Mucho menos que antes
- En absoluto

**13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:**

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

**14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o de televisión:**

- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca

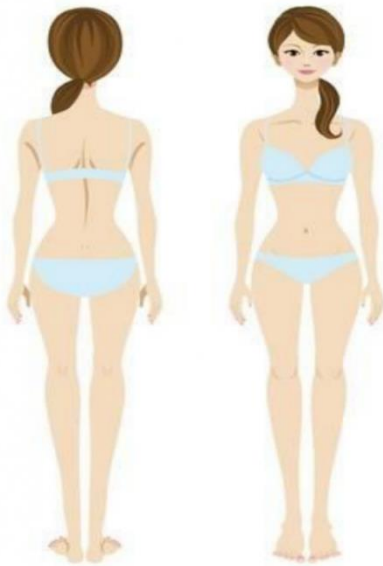
## Anexo D

Autorregistro del dolor para mujeres.

# ¿Por qué me duele?

Con ayuda de este autorregistro, se busca que, por un lado colore en la silueta del cuerpo las zonas donde siente dolor y que además marque con una cruz, encima del color, las zonas más dolorosas o difíciles de soportar.

En la tabla de la derecha, debe poner una cruz (**roja** = dolor agudo insoportable; **naranja** = dolor agudo, pero soportable; **amarillo** = dolor leve y soportable), tal y como aparece en el ejemplo de abajo, en las horas y días de la semana que se produzcan. Al final del todo, aparecen tres casillas en blanco, para que indique las horas en las que siente dolor, si estas no aparecen en la plantilla.



	L	M	X	J	V	S	D
8 – 9 h							
9 – 10 h							
10 – 11 h							
11 – 12 h							
12 – 13 h							
13 – 14 h							
14 – 15 h							
15 – 16 h							
16 – 17 h							
17 – 18 h							
18 – 19 h							
19 – 20 h							
20 – 21 h							

Ejemplo		X		X	X		
---------	--	---	--	---	---	--	--

En esta tabla, y con ayuda del dibujo y la tabla anterior, registra, el mayor número de veces posible, los momentos en que sientas dolor y rellena las casillas que se muestran a continuación en referencia a este:

FECHA	HORA	¿DÓNDE Y CON QUIÉN ESTOY?	¿QUÉ ME PREOCUPA?	¿QUÉ SIENTO?	¿QUÉ PIENSO?	¿QUÉ HAGO?	¿CÓMO REACCIONA MI ACOMPAÑANTE?

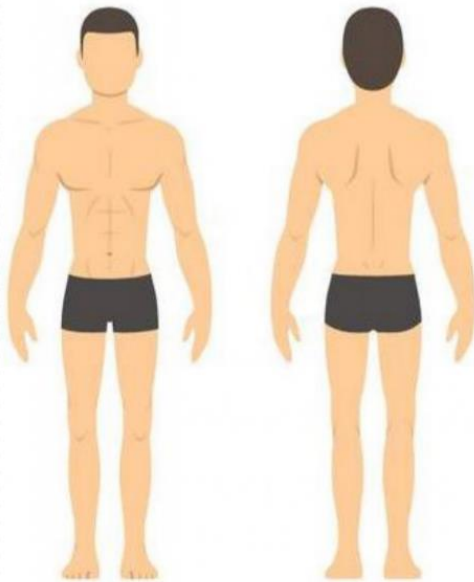
## Anexo E

Autorregistro del dolor para hombres.

# ¿Por qué me duele?

Con ayuda de este autorregistro, se busca que, por un lado coloree en la silueta del cuerpo las zonas donde siente dolor y que además marque con una cruz, encima del color, las zonas más dolorosas o difíciles de soportar.

En la tabla de la derecha, debe poner una cruz (**roja** = dolor agudo insoportable; **naranja** = dolor agudo, pero soportable; **amarillo** = dolor leve y soportable), tal y como aparece en el ejemplo de abajo, en las horas y días de la semana que se produzcan. Al final del todo, aparecen tres casillas en blanco, para que indique las horas en las que siente dolor, si estas no aparecen en la plantilla.



	L	M	X	J	V	S	D
8 – 9 h							
9 – 10 h							
10 – 11 h							
11 – 12 h							
12 – 13 h							
13 – 14 h							
14 – 15 h							
15 – 16 h							
16 – 17 h							
17 – 18 h							
18 – 19 h							
19 – 20 h							
20 – 21 h							

Ejemplo		X		X	X		
---------	--	---	--	---	---	--	--

En esta tabla, y con ayuda del dibujo y la tabla anterior, registra, el mayor número de veces posible, los momentos en que sientas dolor y rellena las casillas que se muestran a continuación en referencia a este:

FECHA	HORA	¿DÓNDE Y CON QUIÉN ESTOY?	¿QUÉ ME PREOCUPA?	¿QUÉ SIENTO?	¿QUÉ PIENSO?	¿QUÉ HAGO?	¿CÓMO REACCIONA MI ACOMPAÑANTE?

## Anexo F

### Correcta postura corporal del paciente

# ¿Cómo puedo mejorar mi calidad de vida?

*"Lo que importa verdaderamente en la vida no son los objetivos que nos marcamos, sino los caminos que seguimos para lograrlos"*

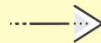
Mahatma Gandhi



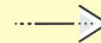
A veces no nos damos cuenta de como una mala postura puede perjudicarnos más adelante. Por ello, para evitar sobrecargas en tu aparato locomotor y que eso provoque consecuencias negativas para tu calidad de vida, es importante que fomentes una serie de posturas corporales correctas.

Vamos a ayudarte con las más básicas:

### Lavarse los dientes



### Planchar la ropa

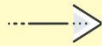


Cuando estamos de pie y tenemos que mantener la misma postura durante un largo periodo de tiempo tendemos a encorvar nuestra espalda para evitar el cansancio.

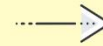
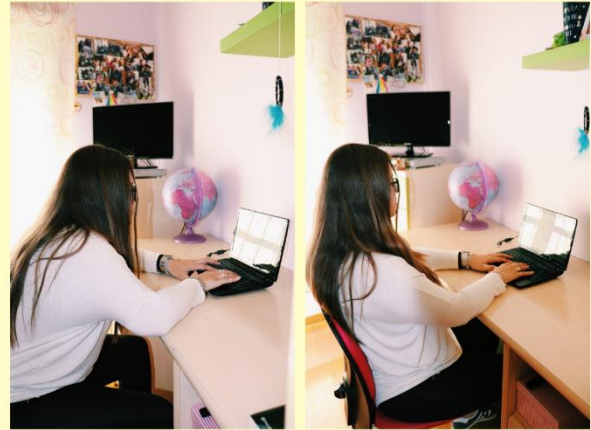
Sin embargo, es aconsejable que vayas cambiando, por ejemplo, la posición de tus pies con frecuencia, pero intentando mantener la espalda lo más recta posible. En tareas como planchar, puedes utilizar un taburete para apoyar los pies e ir alternándolos.

En el caso de las mujeres, es recomendable utilizar un calzado que sea cómodo, pero que presente un tacón de entre 2 y 5 cm.

## Sentado/a en una silla



## Sentado/a con el ordenador



A la hora de estar sentados, no debemos olvidar evitar que nuestra espalda no este apoyada al respaldo del asiento, así como que nuestros pies no estén tocando el suelo. Es importante, si lo necesitas, que utilices una pequeña almohada para la parte inferior de la espalda y que evites los asientos blandos y los que no tengan respaldo.

## Dormir



El tipo de colchón es clave para un buen descanso de nuestro cuerpo. Es importante que este presente una dureza intermedia, la cual permita una buena y natural adaptación de nuestro cuerpo.

Es recomendable que la almohada sea baja, para no forzar en exceso nuestro cuello.

La postura recomendable es en "posición fetal", evitando siempre dormir boca abajo, ya que puede modificar la curvatura de la columna.



## Levantarse un objeto pesado

Cuando necesitas coger algo pesado del suelo, es importante que **nunca** lo realices como se muestra en la imagen de la izquierda.

Es importante que no dobles la columna hacia delante, por lo que una buena manera de coger dicho objeto sería flexionando las rodillas y manteniendo la espalda recta. Una vez agarrado el objeto en el suelo, se recomienda sostenerlo junto al cuerpo, tal y como se muestran en las imágenes inferiores.



## AUTORIZACIÓN DERECHOS DE IMAGEN

Dado que el derecho a la propia imagen está reconocido en el artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, así como la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD),

Yo ESTHER MERENCIANO PARDO, con DNI 73577186-L,  
autorizo que:

Mi imagen, con finalidad educativa y no comercial, pueda aparecer en materiales audiovisuales presente en el Trabajo de Fin de Grado titulado “Programa de intervención psicológica en pacientes con fibromialgia y sus familiares”, realizado por María Jesús Herrero Pardo.

Del mismo modo, autorizo a la Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia a la publicación total o parcial del trabajo de Fin de Grado y, por tanto, de mi imagen, para uso didáctico y académico.

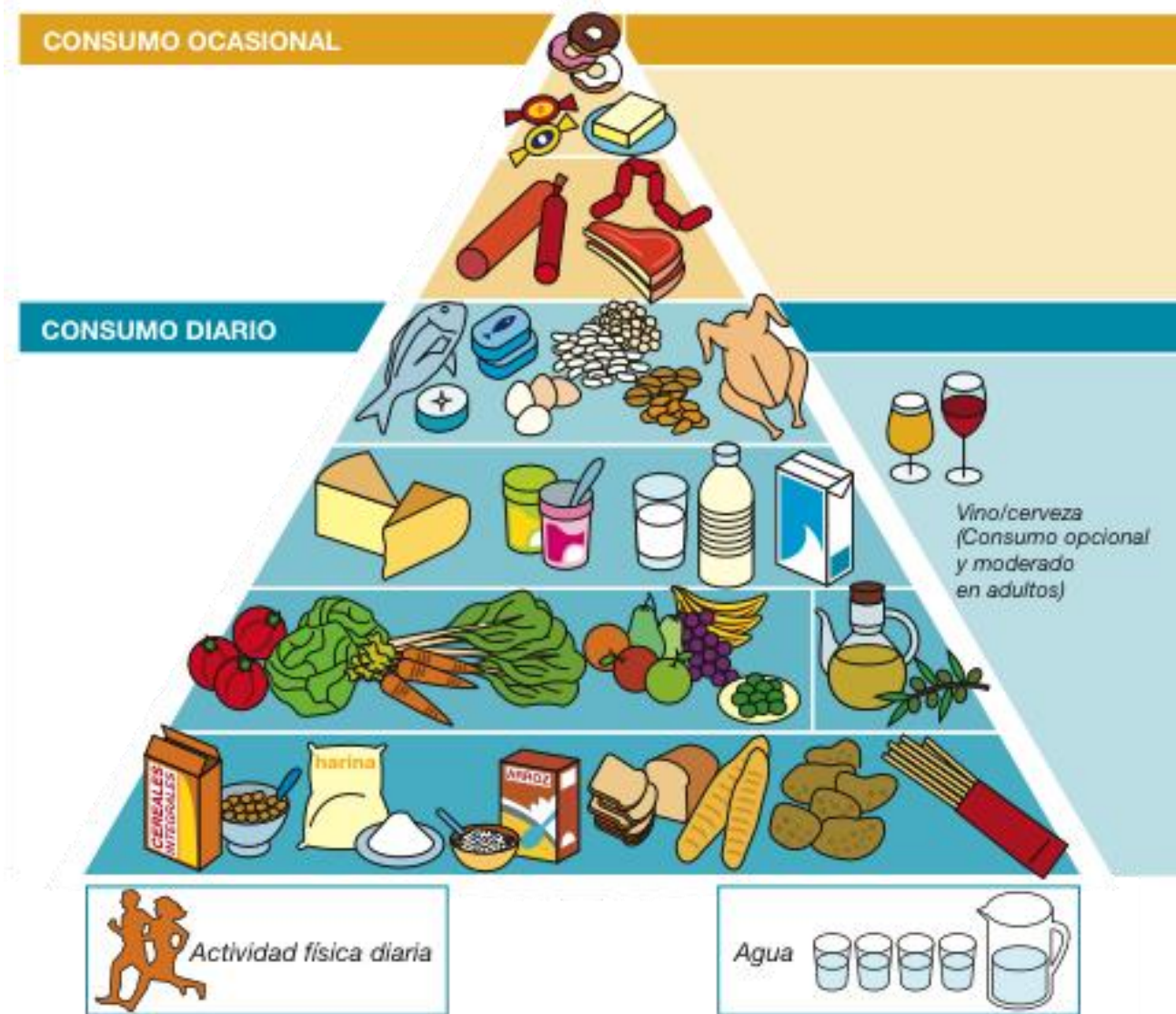
En Valencia, a 24 de mayo del 2019

Firmado



## Anexo G

### Pirámide de la Alimentación Saludable.



## Anexo H

### Mitos del tabaco.

# MITOS DEL TABACO



**X** *El cáncer de pulmón es la única enfermedad de la cual tengo que preocuparme si fumo.*

¿Sabías que, desafortunadamente, no es así?

Fumar causa otras enfermedades como el enfisema: enfermedad degenerativa que dificulta el respirar cada vez más. Además, incrementa el riesgo de padecer enfermedades del corazón y de agravar desordenes de digestión, pudiendo llegar a causar cáncer de la boca, la laringe y el esófago.

Juega un papel importante en el cáncer de páncreas, riñones, vejiga y, en las mujeres, del cuello del útero.

En todas las enfermedades, incluida la fibromialgia, el tabaco es signo de alerta, ya que juega como agravante de la sintomatología asociada y perjudica la calidad de vida de la persona.

**X** *Hay muchas cosas peores que el tabaco, por ejemplo, las drogas duras o los accidentes de tráfico.*

El tabaco es la principal causa de muerte evitable en el mundo desarrollado.

Esto no quiere decir que las drogas no presenten efectos negativos en las personas, ya que si los presentan y en grandes cantidades. Tampoco se pretende minusvalorar las muertes que se producen por una mala conducción en las carreteras. Pero no por ello debemos considerar que el tabaco es mejor.

**X** *Por fumar 3 o 4 cigarrillos al día no pasa nada.*

El cáncer de pulmón sí guarda relación con la dosis; a más cigarrillos fumados, mayor riesgo de padecer este tipo de tumor.

Si bien, otras enfermedades, como las cardiovasculares, no presentan esta característica y la probabilidad de sufrirlas aumenta aun consumiendo bajas cantidades.



*No noto que me haga daño como dicen, en realidad me relaja y alivia mi malestar.*

Aunque durante un tiempo el fumador no sea consciente de los efectos nocivos del tabaco, nuestro organismo está recibiendo un daño muy grande que nosotros mismos estamos ejerciendo, a nivel pulmonar, vías respiratorias...

La sola acción de fumar un cigarrillo produce aumento de la tensión arterial y una elevación de la frecuencia cardíaca de 10 a 15 latidos por minuto.

El dolor que te produce la fibromialgia no se va con fumarte un par de cigarrillos, realmente estás haciéndole crear a tu cuerpo algo que es totalmente lo contrario.



*Conozco muchas personas mayores que toda su vida han fumado y están muy bien.*

Por supuesto, hay gente que ha fumado y ha llegado a la vejez, todos conocemos a alguien. Tristemente, la mayoría a la que no podemos ver es porque se quedó en el camino...

Una persona fumadora presenta un mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades, tales como: cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares...

Seguramente la calidad de vida de las personas que han llegado a la vejez es bastante inferior, es muy probable que tosa con frecuencia, o que le cueste respirar.



*Fumar es relajante, cuando estoy nervioso o necesito concentrarme, lo único que me ayuda es fumar*

En realidad la nicotina es una sustancia estimulante, no relajante. Fumarte un cigarrillo te relaja, porque tu cuerpo está acostumbrado a la nicotina y la falta de esta hace que te pongas nervioso.

Así, al fumar, reduces la sensación de abstinencia. Pero a medio plazo, fumar está aumentando la tensión del organismo y el ritmo del corazón, lo que hace que aumente nuestro nerviosismo y estemos más agitados.

Emplea técnicas de relajación para destensar tus músculos y aliviar el dolor producido por la patología, será más sano, más barato y te aportará mayores beneficios.

## Anexo I

Guía de ejercicios para pacientes con FM.

# GUÍA DE EJERCICIOS

para pacientes con *fibromialgia*



El tratamiento fisioterapéutico en fibromialgia alivia el dolor y mejora la calidad de vida de los pacientes. Si bien, no todas las técnicas de fisioterapia son buenas para todos los pacientes. El profesional de la salud del programa de intervención será el encargado de adaptarse a tus necesidades.

Paralelamente al tratamiento, es importante que realices en tu día a día pequeños ejercicios referentes al fortalecimiento muscular y estiramientos.

Esta breve guía de ejercicios te ayudará durante el proceso de iniciación.

## FORTALEZIMIENTO MUSCULAR

### Extremidades superiores

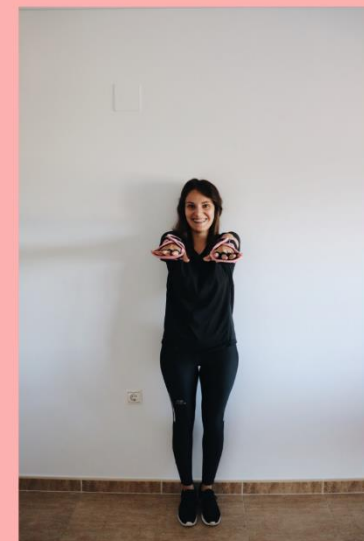


Sentado/a en una silla eleva, de manera frontal, el brazo hasta la altura de tus hombros.

Acompaña el movimiento con pesas de 0,5kg en cada mano y repite el ejercicio con el brazo contrario.



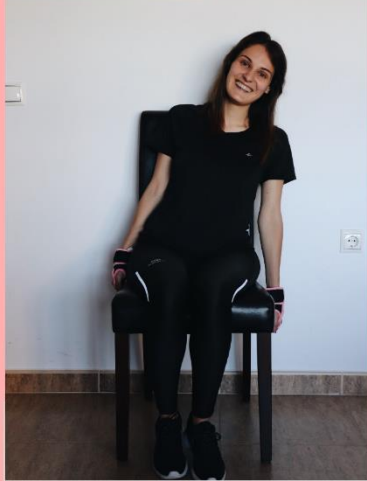
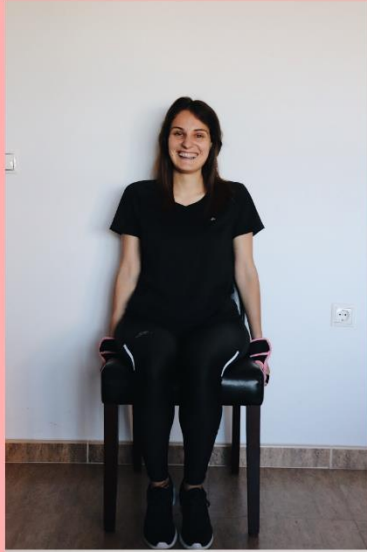
En la misma posición que el ejercicio anterior y acompañándote de las pesas, realiza flexión y extensión de codos, tal y como se observa en las imágenes.



Colócate de pie y estira horizontalmente sus brazos, de manera que la mano quede a la altura de tu hombro.

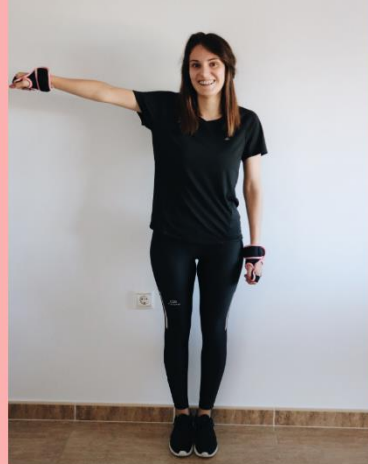
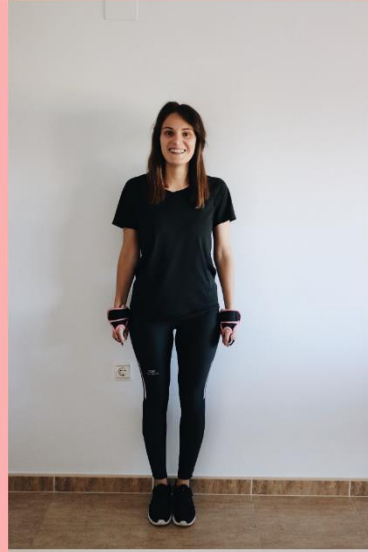
Debes abrir y cerrar los brazos estirados horizontalmente, comenzando como se indica en la primera imagen y moviendo los brazos hasta que se junten las manos delante del cuerpo.

Acompaña el ejercicio con pesas de 0,5kg en cada mano.



Sentado/a, debes realizar inclinaciones laterales del tronco.

Acompaña tu ejercicio con pesas de 0,5kg en cada mano.



De pie, realiza elevaciones laterales de cada brazo hasta la altura de los hombros.

Utiliza las mismas pesas.

# Extremidades inferiores

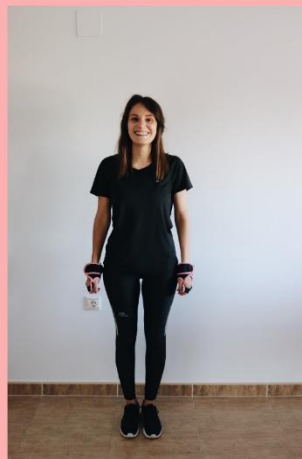


Colócate de pie.

Realiza elevaciones frontales de una pierna y repite el ejercicio con la otra.

Seguidamente, eleva una pierna lateralmente.

Repite el ejercicio con la otra extremidad.



Sube y baja una rodilla flexionada como se observa en la imagen. Puedes ayudarte de la pared para no caerte.

Repite el ejercicio con la otra pierna.



Apoyado/a en un silla para mantener el equilibrio, flexiona y extensa la rodilla, llevando el talón al glúteo.

Repite el ejercicio con ambas piernas.



Eleva los talones durante 15 segundos.

Repite el ejercicio varias veces.

---

## ESTIRAMIENTOS

### Extremidades superiores



Estira lateralmente el cuello, inclinando la cabeza. Ayúdate de la mano.



Extiende y levanta el brazo a la altura del hombro. Con la otra mano presiona suavemente hacia atrás.



Con ayuda de la pared. Gira el cuerpo hacia el lado contrario a la mano, sin perder en contacto con la pared.



Sentado/a o de pie, con las piernas ligeramente separadas y los brazos estirados, inclínate hacia un lado y después hacia el contrario. Ten en cuenta la colocación correcta de la pelvis, para evitar la hiperextensión lumbar.

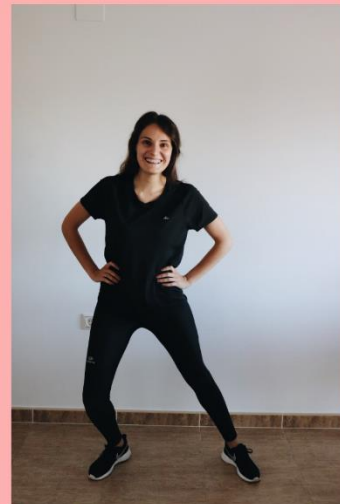
## Extremidades inferiores



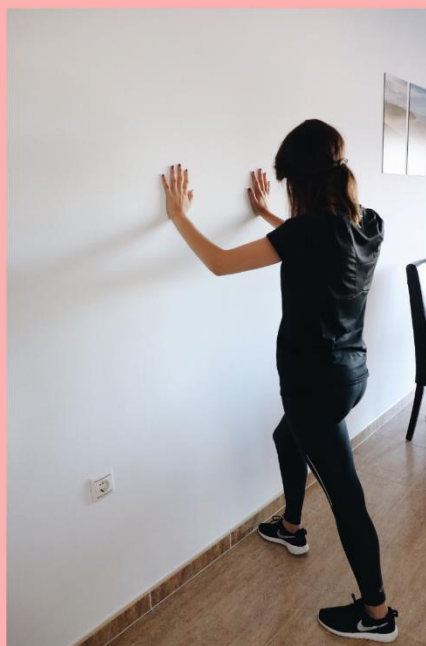
Sujeta la parte posterior del pie con la mano, tirando lentamente de él hacia el glúteo. Evita la hiperflexión de las rodillas.



Con los pies separados a la altura de las caderas, extiende una pierna y por el talón en el suelo con los dedos apuntando al techo. Flexiona la rodilla contraria e inclina el tronco hacia delante.



Con las piernas separadas, flexiona una de ellas y sitúa el peso del cuerpo sobre esta, con una pequeña inclinación en el tronco.



Colócate de pie, a una distancia de un brazo de la pared. con los pies paralelos y separados a la altura de las caderas, coloca ambas manos en la pared.

Adelanta una pierna con la rodilla flexionada. El talón debe estar en contacto con el suelo.

Repite el ejercicio con la otra pierna.

## AUTORIZACIÓN DERECHOS DE IMAGEN

Dado que el derecho a la propia imagen está reconocido en el artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, así como la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD),

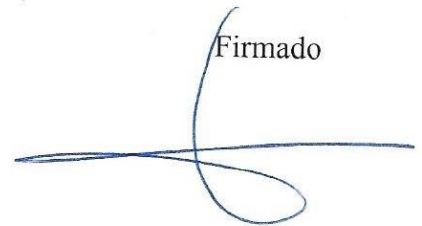
Yo M. CARMEN ORTIZ BLASCO....., con DNI 21803510-Q,  
autorizo que:

Mi imagen, con finalidad educativa y no comercial, pueda aparecer en materiales audiovisuales presente en el Trabajo de Fin de Grado titulado “Programa de intervención psicológica en pacientes con fibromialgia y sus familiares”, realizado por María Jesús Herrero Pardo.

Del mismo modo, autorizo a la Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia a la publicación total o parcial del trabajo de Fin de Grado y, por tanto, de mi imagen, para uso didáctico y académico.

En Valencia, a 24 de mayo del 2019

Firmado



## Anexo J

Consejos para la higiene del sueño.

# ¿QUÉ LE PASA A MI SUEÑO?



## Consejos para la higiene del sueño

Crea un ambiente relajado y tranquilo en tu habitación, sin televisión ni aparatos electrónicos.



Utiliza la cama para dormir pero no para leer, ver la tele o escuchar música.

Es importante mantener siempre los mismos horarios, tanto para irse a dormir como para levantarse.



Duerme entre 6 y 9 horas, y no pases tiempo de más en la cama.

Puedes descansar después de la comida principal, pero no más de 15-20 minutos.



Las cenas deben ser ligeras. No comas de forma copiosa antes de ir a dormir.

Hacer un ejercicio de manera regular es muy saludable, y en los pacientes con fibromialgia mejora la calidad del sueño. Es preferible realizarlo por las mañanas y no debe realizarse unas horas antes de dormir.



El café por las mañanas tiene un efecto estimulador, combate la fatiga crónica y mejora la tolerancia al dolor.

No debe tomarse después de las 17h bebidas estimulantes tales como el café, el té o las colas.



El tabaco incrementa el dolor en pacientes con fibromialgia y empeora el insomnio.



Antes de dormir, realiza actividades relajantes como meditación, lectura de poesía, una ducha de agua templada...



En las horas previas a acostarte, evita hablar de problemas, discutir, realizar actividades intensas...

Cuando te acuestes y tardes más de 20 minutos en dormirte, levántate y sal de la habitación.

Si durante la noche te despiertas y no puedes volver a dormirte fácilmente, haz lo mismo; para distraerte realiza alguna actividad relajante y, cuando tengas sueño otra vez, vuelve a la cama.



Establece rituales antes de ir a dormir, la repetición sistemática de ciertas conductas suele dar sensación de seguridad y rebajar la tensión.

Si el insomnio se convierte en un problema crónico, busca ayuda con tu médico de cabecera.



## Anexo K

Autorregistro autoestima y autoeficacia.

<b>HALAGOS RECIBIDOS</b>	<b>¿Cuánto me creo ese halago?</b> (1= no me lo creo nada/ 10= me lo creo innegablemente)	<b>CAPACIDADES Y FORTALEZAS PROPIAS</b>	<b>¿Qué dicen de mí?</b>	<b>¿Qué habilidades o recursos hay detrás de ellas?</b>	<b>¿QUÉ ME HACE SENTIRME ORGULLOSO DE MI MISMO?</b>	<b>¿Qué dicen de mí?</b>
<i>“Se te da genial cantar”</i>		<i>“Soy generoso”</i>			<i>““Me saqué el título del mitja a la primera”</i>	

## Anexo L

Carta de un familiar de un paciente con FM.

# ¿FIBRO... QUÉ?

Desde que tengo uso de razón he convivido con una de las patologías más difíciles de entender para el que no la sufre: la fibromialgia.

Cuando era pequeña, y sin terminar de pronunciar bien la palabra, recuerdo lo complicado que era para mí intentar definir la enfermedad. Simplemente sabía decir que mi madre tenía un dolor muy fuerte en todo el cuerpo, lo que le impedía poder ir a algunos sitios conmigo. No sabía justificar que era lo que le dolía, si eran los huesos, si eran los músculos... y entonces llegaba la pregunta que todo el mundo me hacía: "¿Fibro... qué?" Sonaba raro.

En casa, era difícil afrontar que mi madre tenía una enfermedad que no se veía. No era como cuando alguien está enfermo a causa de una enfermedad degenerativa o un cáncer. Muchas veces hemos llegado a pensar que el dolor que decía sentir no era tan fuerte y hemos vivido sus cambios repentinos de humor, su insomnio y como dejaba de hacer los planes que teníamos. Hemos sentido frustración de ver cómo el dolor crónico le hacía sufrir y vulnerabilidad de no poder hacer nada para frenarlo. Hemos visto como se medicaba de más y cómo le afectaba quedarse sin medicación. Y también nos hemos enfadado con ella, a veces sin motivo aparente y otras por cansancio de no saber cómo afrontar la enfermedad.

Pero lo más duro de todo no ha sido crecer con la enfermedad de mi madre, sino ver como hace apenas un año mi hermano, que era de los que pensaba que esta enfermedad no era del todo cierta, fue diagnosticado de fibromialgia. Eso nos costó asumirlo a todos. Porque la fibromialgia cambia la vida de la persona que la sufre, pero también la su entorno más cercano.

El caso de mi hermano no lo hemos vivido como el de mi madre. Quizás porque hace mucho que mi madre sufre fibromialgia. No sé. Pero con él hemos visto el gran cambio que sufre la persona afectada. Mi

hermano era el que cocinaba la paella más rica del mundo y acaba cantando en cada comida familiar. Era el que sonreía siempre y ayudaba a cualquiera sin necesidad de que se lo pidieran. Era una persona súper activa y de los que no paran quietos. También mi mayor protector (a veces en exceso) durante las fiestas del pueblo. Pero con el tiempo dejó de hacer esas cosas. Dejó de venir a las comidas familiares. Dejó de salir. Dejó de sonreír... Y lo más duro para el resto fue ver como pasaba y no podíamos hacer nada.

La fibromialgia quizás sea uno de los obstáculos más complicados que podemos poner en la vida de una persona. Eso es así. Pero aunque a veces parezca que los familiares siempre nos enfadamos y que no terminamos de entender al enfermo, nos afecta verlo así. En ocasiones no sabemos cómo reaccionar a las circunstancias que se presentan sin previo aviso. No sabemos cómo va a reaccionar la persona una vez se levanta. Quizás ese ese día se va a sentir bien. O igual no. Es difícil convivir con tu familiar y con la fibromialgia a la vez, y eso es lo que genera conflicto en muchas ocasiones...

Para mí, esta enfermedad es difícil, de sobrellevar y de entender. Para mí, esta enfermedad son dos personas: mi hermano y mi madre. Y para mí, no hay cosa que duela más que ver a alguien que quieres sufrir y no poder cambiarlo.

María Jesús

**Anexo M.**

Entrevista a paciente con FM: <https://youtu.be/CIWJpf8FIJ0>

**AUTORIZACIÓN DERECHOS DE IMAGEN**

Dado que el derecho a la propia imagen está reconocido en el artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, así como la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD),

Yo Miguel Ángel Merenciano Pardo, con DNI 29398746-R, autorizo que:

Mi imagen, con finalidad educativa y no comercial, pueda aparecer en materiales audiovisuales presente en el Trabajo de Fin de Grado titulado “Programa de intervención psicológica en pacientes con fibromialgia y sus familiares”, realizado por María Jesús Herrero Pardo.

Del mismo modo, autorizo a la Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia a la publicación total o parcial del trabajo de Fin de Grado y, por tanto, de mi imagen, para uso didáctico y académico.

En Valencia, a 24 de mayo del 2019

Firmado

