

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**Efecto de un taller psicoeducativo sobre
variables biológicas y psicológicas en
mujeres con Fibromialgia**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

presenta

Luis Rodrigo Martínez Jiménez

Director: Juan José Sánchez Sosa
Revisor: Benjamín Domínguez Trejo
Sinodales : Dra. Mariana Gutiérrez Lara
Mtra. Nancy Rangel Domínguez
Dr. Samuel Jurado Cárdenas

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., DICIEMBRE DE 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Cuando te olvides de las raíces voltea a la infancia. Ahí encontrarás un ser oculto y verdadero, brotes eternos de la existencia en que el ser más puro cobra sentido y se ilumina.

Mis queridos viejos, (Mariano, Juanita, Rita y Roberto) esto en el fondo es por ustedes, por su guía eterna y sabiduría en silencio, por su recuerdo que estalla en mi presente y me proyecta a un futuro sin tiempo, pero sonriente.

A mi hermano que amo. Siempre recuerda que te convertirás en un gran hombre, florece de ti mismo, sonríe, ama, sigue y descubre tu pasión que de ello resurgen las almas en penas.

A mis padres por darme la oportunidad de vivir este sueño, por vivirlo conmigo y por amarme sin sueño.

A mis amigos compañeros de viaje, sin mención alguna, ellos son los confidentes de mis aventuras y mi segunda gran familia.

A la Mtra. Nancy Rangel Domínguez por su apoyo y visión en la generación de este proyecto. Te admiro, respeto y quiero mucho.

Al Dr. Sánchez Sosa por su sabiduría y apoyo incondicional, por no soltarme. Cada estudiante que llegue con él tendría que sentirse afortunado tanto como yo. Inspira y edifica el espíritu Universitario.

A la Dra. Aime Martínez Basurto por su apoyo y asesorías en mi proyecto, le dieron luz y camino cuando la oscuridad acechaba. Mi admiración y respeto.

A la Dra. Templos, mi ma, por abrirme las puertas de la Clínica, por su cariño y apoyo, muchas gracias

A la Mtra. Andrea Herrera por el apoyo en la elaboración de este proyecto, por los consejos y orientación. Mi cariño y respeto.

A Diana Chías por su amor y apoyo en este proceso. Gracias por cada compartir conmigo este sueño. El mejor momento es el que se respira; el futuro es nuestro. Te amo.

Al Hospital General Dr. Manuel Gea González y a cada integrante del equipo de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos por permitirme crecer como persona y profesional de la salud.

A mis pacientes por su confianza, nobleza y coraje mostrado durante cada sesión. Grandes maestros de vida.

A David Sánchez por su apoyo incondicional, cariño y apoyo. Por vivir como si fuera el último día. Te quiero.

A Arturo Toral por su apoyo, creatividad y dedicación en mis locuras y por su amistad infinita. Mi admiración y cariño.

Al Dr. Benjamín Domínguez por su apoyo y asesoría en la recolección y análisis de IL-6 en muestras salivales con el fin de mejorar e innovar siempre en el campo de la psicología.

Al laboratorio de neurociencias en de la UAM

A mis lectores

INDICE

Portada.....	1
Agradecimientos.....	2
Resumen in extensso.....	4
Generalidades de la Fibriomalgía	6
Antecedentes.....	6
Definición.....	8
Diagnóstico.....	10
Algunas cifras epidemiologías.....	12
La Fibromialgia en México.....	13
Dolor y Fibromialgia.....	14
Clasificación del dolor.....	16
Fisiopatología del dolor.....	17
Fisiopatología de la Fibromialgia.....	19
Calidad de Vida.....	21
Tratamientos.....	23
Tratamientos farmacológicos.....	24
Tratamiento psicológico.....	25
Habilidades Sociales en Fibromialgia.....	26
Psicoeducación y fibromialgia.....	28
Apoyo Social	32
Apoyo Social y Función Inmune.....	36
Emociones y Sistema Inmune.....	38
Fundamentación del estudio.....	39
Planteamiento del problema.....	42
Método.....	43
Diseño.....	47
Procedimiento.....	47
Integridad del Tratamiento.....	50
Análisis Estadísticos.....	53
Resultados.....	55
Discusión.....	66
Conclusiones.....	70
Referencias.....	72
Anexos	87

RESUMEN in EXTENSO

Antecedentes. La fibromialgia (FM) es una enfermedad con una prevalencia mundial entre 0,5 y 5%; sin embargo, implica un alto grado de sufrimiento para los pacientes que la padecen, para sus familiares y para la economía de los países. Se trata de una enfermedad reumática donde el dolor crónico es el síntoma principal, seguido de fatiga, problemas para dormir, alteración de estados emocionales, alexitimia, entre otros. **Objetivo.** El propósito del presente estudio fue evaluar el efecto de un taller psicoeducativo en mujeres con FM sobre variables biológicas y psicológicas en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del “Hospital General Dr. Manuel Gea González”. **Medición.** Las principales variables medidas incluyeron: Interleucina 6, Percepción de Apoyo Social, Calidad de Vida e Impacto de la Enfermedad. Se agregó un registro de conductas asertivas que las pacientes llenaron semanalmente. Participaron 34 mujeres con diagnóstico formal de FM según criterios de ACR de 2010. Para la selección de temas a tratar en el taller psicoeducativo se realizó una entrevista telefónica a 34 participantes con el fin de realizar una detección de necesidades de la enfermedad. **Intervención.** Se realizaron dos talleres: un piloto y la versión definitiva. En el piloto participaron 20 asistentes y en la fase definitiva 14. La duración de los talleres fue de 5 sesiones y cada sesión duró 2 horas aplicadas durante los fines de semana por psicólogos de posgrado y pregrado. **Diseño.** Se utilizó un diseño mixto pre-experimental con comparaciones pretest-postest. Se midió la proteína IL-6 (antes y después de la intervención) de dos pacientes, la de mayor y menor puntaje de percepción de apoyo social a través de la toma de muestras salivales. Para la obtener el puntaje de la concentración de la proteína se realizó la prueba ELISA. **Análisis estadístico.** Se utilizó la prueba Wilcoxon para las variables de Impacto de la Enfermedad y Calidad de Vida considerando un nivel de significancia de .05. **Resultados.** Después de la intervención hubo una disminución en el impacto de la enfermedad de grave a moderado con diferencias estadísticamente significativas. Se registraron cambios clínicos significativos en cuatro áreas de Calidad de Vida: aislamiento, relación con el médico, adherencia terapéutica y tiempo libre. Los niveles de Interleucina 6 disminuyeron considerablemente en ambas pacientes en un 81.58% y 63.65%. **Discusión.** El taller implementado mostró resultados positivos en variables tanto psicológicas como biológicas. Dada la falta de credibilidad en la enfermedad es importante que las pacientes adquieran habilidades sociales para poder lidiar con la invalidación social y mejoren sus procesos de comunicación con su medio social. El campo de la psicología, como el de otras ciencias, ha comenzado entrelazarse dando como resultado mejoras en la eficacia de tratamientos. La interdisciplinariedad ha tomado un terreno prometedor en el avance hacia una calidad de vida más digna por parte de nuestros enfermos.

Palabras Clave: *Fibromialgia, Psocoeducación, Calidad de Vida, Apoyo Social percibido, Impacto de la enfermedad, IL-6*

GENERALIDADES DE LA FIBROMIALGIA

El Síndrome de Fibromialgia (SMF), coloquialmente denominado Fibromialgia (FM), es una enfermedad que resulta todo un reto contemporáneo para el estudio del dolor. De este padecimiento se derivan problemas físicos severos, familiares y económicos para los países, en su inversión al sector salud. Una característica muy particular en la FM que toma gran relevancia en esta investigación es la falta de credibilidad en la enfermedad por parte de la esfera social y médica del paciente. Lo anterior, repercute a nivel biológico y psicosocial, repercusiones en las que se ahondará más adelante.

Es importante recalcar que para conocer de manera profunda una enfermedad es fundamental tener una perspectiva histórica de la misma. Esto nos permite observar la evolución de su patogenia y también ubicar errores conceptuales transitorios hasta su eventual corrección (Lavin, 2014).

Antecedentes

Desde el siglo XVI se encuentran descripciones de dolores musculares que pueden corresponder con esta enfermedad (Lavin, 2014). A mediados del siglo XVIII se comenzó a dar carácter a lo que hoy conocemos como FM gracias a la ayuda de Richard Mannigham quien aportó observaciones clínicas de pacientes destacando síntomas como dolor y cansancio sin aparente fundamentación clínica (Mannigham, 1750).

En 1815, William Balfour realizó la descripción de nódulos en el “músculo reumático”, atribuyendo esta característica a un proceso inflamatorio del tejido conectivo que deriva en síntomas como el dolor regional (Ugeda, González, Fernández & Hernández, 2000). Gowers asignó el nombre de “fibrositis” a lo que hoy denominamos FM a principios del siglo XX (Gowers, 1904).

Slocumb, en 1943, propuso que la fibrositis era la forma más frecuente de reumatismo de los tejidos blandos; es decir, que la fibrositis es una designación para referirse al dolor regional de las extremidades (Álvarez, 2003).

A finales de 1930 y 1940 aparecieron conceptos como síndrome miofascial y reumatismo psicógeno, síndromes relacionados con la FM. Steindler (1938) introdujo el concepto de «síndrome doloroso miofascial» en donde mencionó la existencia de los puntos “gatillo” (*trigger*) característicos de la FM.

En 1945, Kelly y colaboradores (Herch, 1989) propusieron una teoría a la que denominaron refleja; de acuerdo con ella, los impulsos que se generan en una lesión tisular viajan por el sistema nervioso central donde tienen conexiones directas con otras células. Estos impulsos pueden producir dolor en los puntos miálgicos, los cuales, a su vez, originan impulsos que se dirigen a zonas de dolor referido. Kelly creía que un aumento considerable en la activación del sistema nervioso central producida por estrés o enfermedad, facilitaba el desarrollo del padecimiento (López y Mingote, 2008).

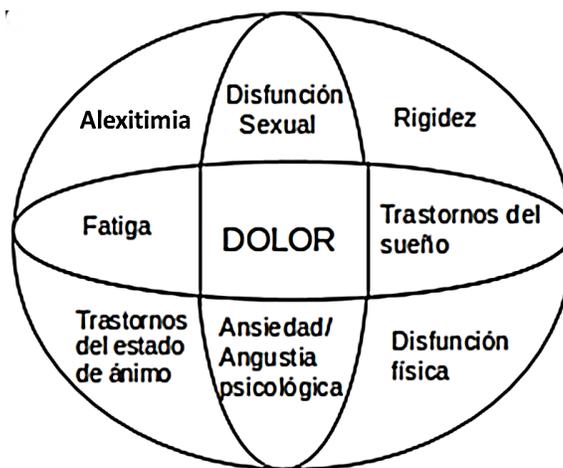
A fines de los setenta del siglo XX Moldofsky, Scarisbrick, England y Smythe (1975) estudiaron las alteraciones electroencefalográficas ocurridas durante el sueño y refirieron la presencia anómala del ritmo alfa y en las ondas delta del sueño lento a través en los registros electroencefalográficos (EEG). Esta alteración recibiría el nombre de “sueño alfa-delta”, asociado a una mayor duración e intensidad del dolor y una menor duración y eficiencia del sueño (Roizenblatt, Moldofsky, Benedito & Tufik, 2001).

Posteriormente Smythe y Moldofsky (1977) describieron la FM como un síndrome de dolor generalizado con entre 9 y 12 puntos sensibles de dolor que servirían como parámetro diagnóstico. Así bien, hay que remarcar la motivación por la investigación científica en el campo de la FM.

A pesar de ello aún queda mucho trabajo por delante, destacando ciertas lagunas teóricas existentes sobre mecanismos que subyacen a la enfermedad. Éstas van desde su diagnóstico y etiología hasta las intervenciones terapéuticas (Rodham, 2010). Esta falta de fundamentación ilustra la dificultad que se tiene en la FM. Cabe destacar que en la FM hay una falta de credibilidad en la enfermedad muy notable; se trata de pacientes que "se ven bien por fuera" pero que realmente sufren.

Definición

El nombre de Fibromialgia (FM) deriva de "*fibro*", que significa tejidos blandos del cuerpo; "*mios*", que significa músculos, y "*algia*", que significa dolor. En resumen: "Dolor músculo-esquelético" (López, 2008). El término de FM describe un síndrome clínico de origen desconocido en el que el dolor músculo esquelético difuso es el síntoma cardinal aunado a la presencia de puntos dolorosos determinados por la exploración física. Paralela al dolor, los pacientes refieren fatiga inexplicable, rigidez matutina subjetiva, parestesias diversas, alteraciones del sueño, síntomas de colon irritable, cefaleas, disfunción sexual y cambios en el tono afectivo (síntomas de depresión y ansiedad).



La figura anterior contiene una representación del esquema

"Dominios de la Fibromialgia" (Smith, Harris & Clauw, 2008) se observa que el dolor es el síntoma central en la FM y su cronicidad implica un costo directo en la esfera psíquica y social del enfermo, lo que suele generar sensación de desamparo y desesperanza, que suele asociarse a una resistencia a cualquier tipo de tratamiento (Ballesteros, 2008).

Una característica medular de este padecimiento es su "invisibilidad social", pues a pesar del gran número de síntomas, difícilmente es perceptible para personas que no lo padecen. Debido a esto, incluso se ha llegado a denominar "invalidez invisible" (Reilly & Littlejohn, 1992).

En este estudio la invisibilidad en la FM significa un eje conductor del presente estudio como problemática a abordarse, misma que se menciona en la literatura de investigación pero no abordada de manera terapéutica ni sistemática.

Se ha documentado que los pacientes que presentan esta enfermedad también muestran alteraciones del sistema nervioso central (SNC) y del sistema nervioso autónomo (SNA), que podrían repercutir en la amplificación de la transmisión de las señales dolorosas y en la interpretación de las mismas a nivel cortical. Hay un vínculo en el inicio de los síntomas mencionados y sus exacerbaciones (Rao, 2002).

La literatura de investigación señala que algunos factores relacionados con la exacerbación de los síntomas de FM incluyen eventos estresantes, traumatismos, cambios en el clima u otros cambios ambientales, falta de sueño y actividad física intensa (Barrera, 2005).

A pesar de que la FM no destruye las articulaciones, ni las deforma o las inflama, es mucho más molesta que la artritis reumatoide (Wolfe, Smythe y Yunus, 1990). Un ejemplo de ello se encuentra en una entrevista realizada a personas con FM reportada por Carrasco, Jiménez y Márquez (2010):

“Yo sufría porque intentaba seguir un ritmo y el cuerpo no me acompañaba, me ha ido frenando... he ido apartando a las personas de mi lado, me metía en mi mundo y hacia mis cosas... La enfermedad ha cambiado mi vida, he tenido que dejar mi trabajo, que me gustaba, la vida con mi familia y mis actividades de la vida diaria... He cambiado, cuando estoy mal no me gusta encontrarme con una persona porque me cuesta hasta hablar.” (pag 48)

Los comentarios anteriores denotan cómo la FM es una enfermedad que implica un elevado grado de sufrimiento e incomprensión para las personas que la padecen. Esto se traduce en un reto para los profesionales de la salud en cuanto al desarrollo de nuevas opciones terapéuticas que, como en el caso del estudio realizado para el presente trabajo, se centren en problemáticas actuales y emergentes como la falta de apoyo e invalidación social de la enfermedad.

Diagnóstico

En la FM existen complejidades que van desde la etiología, su costo físico o emocional, hasta su diagnóstico. En referencia a este último resulta alarmante que, a falta de estudios de índole científica, el diagnóstico se base en datos principalmente subjetivos tales como el dolor percibido y los puntos sensibles al dolor característicos de la FM (Andreu & Sanz, 2005). Es de destacarse que el hecho de que un paciente tenga noción de su enfermedad puede producir en él un relativo efecto tranquilizador que puede reducir la angustia, evitar pruebas complementarias costosas y compartir sus expectativas, dolencias y temores a personas que sufren su misma enfermedad (Ehrlich, 2003).

Los primeros criterios diagnósticos de la FM se documentaron en 1990, (Wolfe, Smythe & Yunus, 1990) y la *American College of Rheumatology* (ACR) los establecieron formalmente.

Entre ellos se incluye la historia de dolor difuso de tres o más meses de evolución en los cuatro cuadrantes del cuerpo y su localización física en un mínimo de 11 de los 18 sitios dolorosos específicos a la palpación digital con una fuerza aproximada de 4 Kg (Aréchiga, 2004).

Figura 2. Puntos dolorosos de acuerdo al Colegio Estadounidense de Reumatólogos. Once o más de los 18 se asocian al diagnóstico de FM (Aréchiga 2004).

A pesar de los esfuerzos científicos y terapéuticos para comprender la FM, no fue sino hasta 1992 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoció como enfermedad y además la homologó en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.0 (WHO, 1992).

En 2010, promovidos por Wolfe y el ACR (Wolfe, et. al. 2010), se publicaron los criterios diagnósticos que se utilizan actualmente y que incluyen instrumentos como el *Widespread Pain Index* (WPI), que mide el índice de dolor generalizado, y el *Severity Scale Symptom* (SS-SYMPTOM), que mide la gravedad percibida de los síntomas durante un período típico de veinticuatro horas. Se requiere que el paciente experimente los síntomas referidos anteriormente y obtener un puntaje de ≥ 7 en el WPI

y ≥ 5 en el SS-SYMPTOM, respectivamente.

Además de cumplir con los puntos anteriores, se requiere referir dolor generalizado (sin incluir la mandíbula, el tórax ni el abdomen) con duración mayor a tres meses.

Estos aspectos se utilizaron hasta el 2016, año en el que nuevamente Wolfe y colaboradores (2016) publicaron criterios diagnósticos actualizados, vigentes en la actualidad, donde destacan los siguientes cambios:

- 1) el uso de un criterio de dolor generalizado para asegurar que se tiene el síndrome
- 2) la reafirmación de la recomendación original de 1990 en la que "la fibromialgia sigue siendo válida independientemente de otros diagnósticos"
- 3) la recomendación para el uso de la escala de síntomas de la fibromialgia (escala FS)
- 4) la combinación de los criterios basados en médicos y la ACR (2010) en un solo conjunto

Algunas cifras epidemiológicas

Los estudios sobre FM sugieren que se encuentra en cualquier sitio del mundo con una prevalencia en población general que oscila entre el 0,5% y el 5% y hasta un 15.7% en contextos clínicos (Neumann, Zeldets, Bolotin & Buskila, 2003).

Un estudio comparó la frecuencia de síntomas reumáticos, incluyendo FM, con 1997 adultos distribuidos equitativamente en tres comunidades sociodemográficas diferentes en el norte de Pakistán (Farooqi y Gibson, 1998). La FM afectó a 2.6% en las áreas rurales, 3.2% en la población adulta urbana pobre y 0.1% de la población adinerada.

Wolfe y colaboradores (1995) informaron los hallazgos de una encuesta por correo de 3006 adultos que vivían en Wichita (Kansas, EUA). Los resultados revelaron una prevalencia de FM del 2% en general (3,4% en mujeres y 0.5% en hombres).

Otros estudios sugieren un predominio de la FM en mujeres frente a los varones con una proporción aproximada de 9:1 (Katz, et. al., 2010). Sin embargo, un estudio más reciente (Queiroz, 2013) indica que por cada hombre con FM hay tres mujeres con este cuadro clínico (1:3). Las edades de mayor impacto se encuentran oscilan entre 25 y 50 años (Wolfe, Ross, Anderson, Russell & Hebert, 1995).

La Fibromialgia en México

En México durante la década de 1990 se estimó una prevalencia del 4.8% (sólo mujeres) en el Hospital General de México (Clark, 2001). Otro estudio mexicano, con seguimiento a tres años, refiere que la intensidad de dolor en promedio (registrada con la escala visual análoga de cero a diez) es de 5.7, cifra que se ubica en un impacto de dolor moderado. Además, se registró comorbilidad con obesidad, hipertensión arterial, depresión, dislipidemia e hipotiroidismo (Cruz, Tamayo, Guevara & Bautista, 2010).

Un informe de la Clínica del Dolor del Hospital General de México (aún no publicado) expone que los pacientes con FM reciben atención médica después de aproximadamente 26 meses desde el inicio de los síntomas y que antes del diagnóstico el número de médicos visitados es en promedio de 6.6 (Covarrubias & Carrillo, 2016).

DOLOR Y FIBROMIALGIA

Es de destacarse que la FM se caracteriza porque su síntoma principal es el *dolor crónico (DC)*. Según Wallace (1997), la mayoría de las manifestaciones psicológicas en la FM pueden considerarse aspectos del DC y plantea que los pacientes con DC presentan alteraciones en el funcionamiento psicosocial por el abuso de analgésicos, funcionamiento físico disminuido, aumento de sensación de desamparo y desesperanza, conflictos emocionales con personas del entorno, abandono de actividades psicosociales, alteraciones emocionales y elevada resistencia al tratamiento.

Se han propuesto numerosos abordajes teóricos para describir lo relativo al proceso doloroso, desde la fisiología y psicología, hasta la antropología y otras disciplinas.

Algunas investigaciones interdisciplinarias describen, en general, al proceso doloroso como parte de una experiencia total y compleja que repercute directamente en la calidad de vida de quien lo experimenta (Herrera, 2003).

Al buscar definir este proceso aparece un panorama aparentemente inextricable. Dentro de las definiciones que han tenido mayor aceptación internacional están las propuestas por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor ([IASP], 1979). La primera de ellas la describe como:

“Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño real o potencial de los tejidos, que incluye una serie de conductas relacionadas con el dolor, visibles o audibles que pueden modificarse mediante el aprendizaje”.

La segunda propuesta de definición de la IASP (2008, p. 475) propone que el dolor es una:

“Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada al daño actual

o potencial o descrita en términos de dicho daño”.

La descripción de las dos definiciones referidas sugiere ubicar a la experiencia dolorosa como un proceso subjetivo y profundamente individual, por lo que el abordaje psicológico resulta necesario y fundamental. De hecho Chapman y Turner (2003) especifican que: *“El dolor por ser subjetivo y personal, es de naturaleza inherentemente psicológica”* (p. 172).

Ruvalcaba & Domínguez (2010) agregan que el dolor es *“una experiencia emocional y somática que afecta de manera importante la esfera biológica, psicológica y social de quien lo padece”* (p. 7). Así, el dolor suele considerarse como precursor de estados afectivos que muy probablemente incluyen un poderoso motivador conductual.

Según Caudill (2002), las alteraciones físicas requieren atención inmediata por medio de fármacos, o bien, de intervenciones psicológicas debido a complicaciones emocionales (como sensaciones de ansiedad, depresión y abandono), cognitivas (como producción de pensamientos catastróficos y una sensación de pérdida de control) y sociales (relacionadas a conductas de retraimiento y escasa actividad social).

Respecto al funcionamiento cerebral, un estudio (Neugebauer, Galhardo, Maione y Mackey, 2008) identificó estructuras cerebrales, corticales y subcorticales, relacionadas al dolor (fuera de la concepción ortodoxa de la red del procesamiento de dolor). Dichas estructuras contribuyen críticamente a formar respuestas afectivo-emocionales y déficits cognitivos relacionados.

Algunas de estas áreas incluyen el núcleo de la amígdala y ciertas áreas corticales prefrontales; por lo que el dolor requiere considerarse como una experiencia multidimensional que incluye componentes afectivo-emocionales, cognitivos y psicosomáticos:

Figura 3. El dolor como experiencia multidimensional. Diferentes componentes interactúan en la naturaleza compleja del dolor. Sus relaciones recíprocas se indican con flechas. Traducida y tomada de Neugebauer, Galhardo, Maione y Mackey, (2008).

Clasificación del dolor

Una clasificación del dolor suele incluir las siguientes opciones:

- a) En función de la intensidad, y puede ser clasificado como: agudo, moderado o grave
- b) Por tiempo de evolución en dolor agudo (DA) y dolor crónico (DC)

En sentido biológico el dolor forma parte de un proceso neurobioquímico de transmisión de un impulso nervioso desde su percepción por diversos nociceptores, pasando por la médula espinal, el tracto espinotalámico, el tálamo, hasta los centros superiores cerebrales en la corteza somatosensorial (Fields & Heinriecher, 1983). Su función básica es alertar al individuo acerca de una amenaza a su integridad, lo que obliga a recurrir a una actitud rápida que evite mayor daño (dolor agudo).

Un ejemplo de esto es retirar la mano tras una quemadura. El DA, por tanto, cumple una misión filogenéticamente útil como aviso para evitar mayores daños. Para ser considerado como dolor agudo tiene que tener una duración no mayor a tres meses (Muriel, et. al., 2001).

En contraste, se considera DC a aquel que se mantiene más allá de 3 o 6 meses desde su inicio, o que persiste por más tiempo del requerido para obtener la curación.

En el primer caso, resulta arbitrario asignar de forma definitiva un margen temporal; en el segundo, la definición se considera ambigua y confusa (Covarrubias, 2008).

Fisiopatología del dolor

El "sistema de dolor" suele llamarse "nociceptivo" porque el dolor es un resultado subjetivo de nocicepción. Se entiende por nocicepción a la codificación y al procesamiento de estímulos dolorosos captados por el SNC.

La mayoría de los nociceptores son polimodales, es decir, responden a estímulos mecánicos nocivos (por ejemplo presión dolorosa o cortar o picar o quemar el tejido), estímulos térmicos nocivos (calor o frío) y estímulos químicos nocivos (por ejemplo algo picante) (Belmonte & Cervero, 1996). Pueden identificarse varios pasos en el procesamiento neural de las señales nocivas que conducen a la aparición de dolor. Por un lado, la transducción; y por el otro, la transmisión:

1. La *transducción* se refiere al proceso por el que los estímulos nocivos se convierten en señales eléctricas en los nociceptores. A diferencia de otros receptores sensitivos, los nociceptores tienen la característica de contar con terminaciones nerviosas libres. Esto quiere decir que los nociceptores responden difícilmente a estímulos inocuos; por el contrario, reaccionan con facilidad a estímulos térmicos, mecánicos o químicos nocivos. Además y a diferencia de otros tipos de receptores sensitivos, los nociceptores no se adaptan (no permiten

habitación) (Meyer, Matthias & Campbell, 2006).

2. La *transmisión* es la segunda fase del procesamiento de señales dolorosas. En esta fase la información se transmite desde la periferia a la médula espinal, de ahí al tálamo y por último a la corteza somatosensorial.

La información nociva se transmite principalmente a través de dos tipos diferentes de neuronas nociceptivas aferentes primarias: fibras C y las fibras A δ (Porreca, Ossipov & Gebarth, 2002).

Las fibras C son fibras amielínicas que conducen en el rango de 0,5 a 2 m/s. Las fibras C nociceptivas tienen la función de transmitir información nociva de diversos tipos de estímulos térmicos, mecánicos y químicos. Por otro lado, las fibras A δ son finamente mielinizadas y conducen con velocidad entre 2 y 20 metros por segundo.

La totalidad de las fibras responden a una estimulación mecánica de alta intensidad, por lo que se denominan mecanorreceptores de alto umbral. Se debe destacar que algunas fibras A δ también responden a estímulos térmicos, razón por la que se les llama receptores mecanotérmicos (Meyer, Matthias & Campbell, 2006).

Las sustancias químicas implicadas en la respuesta al dolor (Serafino, 2002) influyen en el aspecto cognitivo, emocional, sistema inmune y en otros sistemas. A continuación se refieren dichas sustancias:

- Sustancia P: es un neurotransmisor que secretan las fibras del dolor en la médula espinal, se estimula así la transmisión celular para enviar señales nociceptivas al cerebro

- Prostaglandinas, prostaciclina, leucotrienos y tromboxano: son mediadores comunes de la inflamación en la mayoría de los mecanismos dolorosos. También sensibilizan los receptores y desarrollan hiperalgesia (síntoma característico en la FM)

- Histamina y serotonina (5-HT): están presentes en los tejidos inflamatorios aunque su relación con el dolor no ha sido del todo establecida
- Catecolaminas: existe participación de neuronas postganglionares simpáticas y de noradrenalina, la acción es sólo sobre los nociceptores que han sido excitados y no sobre aquéllos intactos

Fisiopatología de la FM

A pesar de que su etiología es relativamente desconocida, un extenso y creciente cuerpo de evidencia respalda a la amplificación del dolor y al dolor generalizado como procesos subyacentes en la FM. (Wolfe, Smythe & Yunus, 1990). Los datos en neuroimagen de pacientes de este tipo demuestran que existe un mayor flujo sanguíneo en las áreas del cerebro relacionadas al procesamiento de dolor (Nebel & Gracely, 2009).

Se han descrito algunos casos de FM que comienzan después de procesos agudos de enfermedad o de algún evento altamente estresante como una infección bacteriana o viral, accidente de automóvil, separación matrimonial o divorcio, problema serio con los hijos o la pérdida del trabajo, entre otros. (Moreno & Montaña, 2000). Estos eventos por sí solos no causan dicha enfermedad, más bien son variables moderadoras que influyen en la aparición de la FM.

Como se describió en apartados anteriores, la alteración principal de la FM parece residir en el SNC y el SNA, y es una afección que desencadena un mecanismo de amplificación del dolor denominado “sensibilización central”.

También es responsable de la alodinia (dolor inducido por

estímulos que normalmente no son dolorosos, como la presión o la temperatura) e hipersensibilidad a otros estímulos térmicos, auditivos, olfativos e incluso lumínicos (Smith, Harris & Clauw, 2011).

Un punto central es la alteración de neurotransmisores en la FM. Se ha detectado una concentración elevada de opioides endógenos, lo cual explicaría por qué los opioides suelen ser menos efectivos de lo esperado para el manejo del dolor en dicha enfermedad por lo cual éstos no tendrían que ser necesariamente parte del tratamiento farmacológico en FM, aunque aún no se ha descartado su uso (Clauw, Arnold & Mc Carberg, 2011).

La disminución de neurotransmisores se percibe en la concentración de dopamina, noradrenalina y serotonina. En el caso de la serotonina, su efecto es de inhibición en las vías de transmisión del dolor y como se encuentra en bajos niveles se genera un aumento en la hipersensibilidad al dolor (Mas, Carmona, Valverde & Ribas, 2008).

También se registra una disfunción neuro-inmuno-endocrina dentro del sistema de respuesta al estrés mediado por el eje hipotálamo-pituitario-adrenal y una reducción en algunas citosinas IL-6 e IL-8. Es importante este dato ya que algunos estudios (Schmidt, Wood & Lürding, 2010) sugieren que en la FM además de estar alteradas las áreas responsables de la percepción del dolor, hay algunas zonas alteradas del sistema límbico, sustrato cerebral de las emociones.

Sin embargo, si bien es cierto que en la FM hay complicaciones en torno a su diagnóstico, etiología y tratamientos, tener la enfermedad no lleva necesariamente a incapacidad laboral ni social. Se ha documentado que los tratamientos que comprenden trabajo interdisciplinario inciden en el cambio cognitivo y modifican algunas ideas distorsionadas que tienen estos pacientes sobre el dolor, y ayudan a recuperar la realización de actividades significativas ya que estos aspectos parecen estar muy relacionados con la CV percibida.

Lo anterior apoyaría la importancia que desde hace tiempo se le da a variables cognitivas como la catastrofización en el desarrollo y mantenimiento del dolor crónico (Keefe et al., 2004).

En virtud de la amplitud con que el dolor crónico relacionado con la FM afecta en funcionamiento de los pacientes y de sus allegados inmediatos, a continuación se aborda, en general, su relación con el concepto "calidad de vida".

Calidad de Vida

El término Calidad de Vida (CV) se utiliza en dos tipos de lenguajes: lego y científico. Incluso se ha utilizado como "slogan" en marcas privadas como en el caso de la Cámara Mexicana de La Industria de la Construcción, CMIC: (*"por una mejor calidad de vida"*). Si bien es un término que aparece en muchos sitios de la vida cotidiana, conviene promover claridad en su uso.

Históricamente, la primera vez que el término se usó fue hace más de sesenta años (en publicaciones formales) en un trabajo sobre planeación de población en el contexto de la eugenesia (Huxley, 1959) y la primera publicación en el área de la salud en que se usa el término fue en un trabajo sobre trasplante renal (Beard, 1971).

En una revisión teórica del concepto de CV en castellano se identificó (Velarde y Ávila, 2002) una primera definición registrada en 1990 por Ferrans que dice: *"Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes"* (p. 350).

Organismos internacionales como La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) adoptó la definición propuesta por Harper y Power en la década de los setenta como: *"Percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que*

se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”(p. 98).

En las definiciones, un punto importante es el peso que se le brinda a la percepción individual y subjetiva del estado de salud funcional. En este sentido, cabe mencionar un estudio en donde se compara la percepción de CV de pacientes con diferentes enfermedades crónicas obteniendo como resultado que los pacientes con FM fueron los pacientes que peor percepción de CV vida registraron. La comparación se hizo con pacientes de enfermedades con síndrome de fatiga crónica como: artritis reumatoide, poliartrosis y otras conectivopatías (Fernández, et. al., 2006).

El anterior artículo dio pie a nuestra interrogante sobre las razones por las que los pacientes con FM percibían una CV tan deteriorada. Esta curiosidad cobró sentido a partir de nuestro contacto con pacientes con dolor crónico en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General *Dr. Manuel Gea González* porque, de todos los pacientes los que padecían FM eran los que referían mayor incomprensión y sufrimiento. En efecto y en un contexto más general relativo a la regulación a niveles de Instancias Públicas dedicadas a la salud, en España la Sociedad Española de Reumatología clasificó a la FM como “un problema de salud pública de primer orden” (Nogueras, 2010).

Este hecho naturalmente sitúa a los pacientes en una posición de desventaja pues la FM llega a ser, sin un tratamiento multidisciplinar, muy invalidante impactando gravemente su CV.

En otro estudio (Birtane, et.al., 2007) se refuerza la gravedad de la percepción de CV que tienen los pacientes con FM y además agregan cuáles son las dimensiones más afectadas al utilizar el cuestionario “Cuestionario de Nottingham” (NHP) que son: “Dolor”, “Problemas físicos”, “Vitalidad” y “Percepción de la Salud General”.

Los valores obtenidos en el estudio anterior son muy similares a los de otras investigaciones llevadas a cabo en Holanda y España (Le Goff, 2006; Broderik, 2013) siendo la dimensión más afectada en todos

los casos la correspondiente a los “Problemas físicos” seguida por la del “Dolor”.

Estudios como el de Gormsen, Rosenberg, Flemming & Troels (2010) muestran que los trastornos en los estados de ansiedad y del estado de ánimo se encuentran relacionados con la FM y ejercen sobre todo un impacto negativo sobre la calidad de vida CV.

Varias menciones en la literatura de investigación internacional (Van Wilgen, Van Ittersum, Kaptein & Van Wijhe, 2008) refieren a la FM como una enfermedad altamente incapacitante que interfiere con las actividades críticas de la vida cotidiana, incluyendo el desempeño laboral y social.

Como consecuencia suele haber ausentismo laboral, pérdida de amistades, dejar de realizar actividades placenteras, entre otras.

Lo anterior empeora la percepción de CV porque las personas se sienten incapacitadas y les invaden sentimientos de inutilidad y poca valía personal.

Por todo esto se recomienda un tratamiento multidisciplinario (medicina, enfermería, psicología, psiquiatría, fisioterapia) ya que tanto los aspectos psíquicos como en los físicos tienen gran influencia en la CV percibida y por ende, ambas han de tenerse en cuenta a la hora de plantear programas de tratamiento eficaces.

Tratamientos

Existe una gran cantidad de opciones terapéuticas cuya diversidad proviene de una relativa ineficacia de muchos de ellos. Dentro de dichos tratamientos, se pueden incluir terapias con menores niveles de eficacia como: acupuntura, homeopatía, suplementos dietéticos, quiropraxia y ozonoterapia, entre otras. Tratamientos que suelen tener mayor eficacia son: farmacoterapia, psicoterapia cognitivo-conductual y actividad física (ejercicio sistemático). A pesar de que estas estrategias tienen

mayores niveles de eficacia no resultan suficientes por sí solas para mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes.

En virtud de lo anterior se propone un enfoque integral que contemple tres componentes centrales en el tratamiento de la FM: psicológico, farmacológico y físico (Carville, Arendt, Bliddal, Blotman, Branco & Buskila, 2008).

En este sentido cabe destacar que en el campo científico de investigación en psicología del dolor se han comenzado a desarrollar estudios interdisciplinarios donde se apoyan de ramas como la biología o la inmunología ya que el DC comprende de un proceso inflamatorio y éste es un proceso complejo que apenas comenzamos a entender (Michopoulos & Jovanovic, 2015).

Tratamientos farmacológicos

Una particularidad de los tratamientos farmacológicos es su diversidad y su acción, ya que la mayoría de los medicamentos actúan sobre el SNC y esto implica efectos benéficos en las manifestaciones clínicas de los pacientes. A pesar de ello la gran cantidad y diversidad de fármacos implica una desventaja al momento de seleccionar medicamentos adecuados.

Los fármacos más utilizados en FM son: analgésicos, antiinflamatorios, antidepresivos, inhibidores selectivos en la recaptación de serotonina o norepinefrina, antagonistas bloqueadores y agonistas de receptores de dopamina, relajantes musculares, anticonvulsivos, tratamientos hormonales y benzodiacepinas (Rivera, 2011). Paradójicamente, aunque el dolor es uno de los síntomas más prevalentes en estos pacientes, existen pocos ensayos clínicos (EC) que evalúen confiablemente la eficacia de los analgésicos en FM.

Los mejores estudios en sentido metodológico tienen un nivel de evidencia moderado y en ellos se sugiere que el uso de tramadol,

asociado con el paracetamol, es más eficaz que placebos en el control del dolor (Alegre, Pereda, Nishishinya & Rivera, 2005; Bennett et al. 2005). Por ejemplo, la Sociedad Española de Reumatología (Rivera, et. al., 2006) recomienda el uso de paracetamol y tramadol como analgésicos en el tratamiento de estos pacientes y no considera el uso de opioides mayores o antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

En una revisión sistemática de la literatura de investigación clínica (Häuser, Bernardy, Uceyler & Sommer, 2009) se hace referencia al efecto de antidepresivos en pacientes con FM.

La revisión incluyó una muy amplia variedad de antidepresivos y se sugiere que su efecto de éstos sobre el dolor es favorable en la mayoría de los casos, registrando además un impacto favorable en variables como: estado de ánimo, fatiga, alteraciones del sueño y calidad de vida.

Diversos ensayos clínicos (Tofferi, Jackson, & O'Malley) han señalado que fármacos anticonvulsivantes como gabapentina o pregabalina tienen una eficacia considerable en la disminución de los síntomas.

En el caso de los relajantes musculares, particularmente benzaprinas, la evidencia sobre la eficacia es también relativamente alta. Una gran cantidad de fármacos se utilizan para contrarrestar los síntomas de la FM; sin embargo, la mayoría no muestran tener resultados clínicamente consistentes por lo que se han elaborado intervenciones donde se integra la farmacoterapia con el tratamiento psicológico (Sim & Adams, 2002)

Tratamiento psicológico

Actualmente existe una gran cantidad de tratamientos psicológicos para tratar la FM; no obstante, dentro de los enfoques que mayor aceptación tienen en el ámbito científico se encuentra la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), que puede definirse como la aplicación clínica de la psicología como ciencia fundamentada en principios y

procedimientos validados empíricamente (Wells, Arnstein & Slosberg, 2003). Además, la TCC es de las terapias no farmacológicas con mayor efectividad (Plaud, 2001).

En el tratamiento para la FM encontramos en la literatura de investigación diversos tratamientos con enfoque TCC como psicoeducación, relajación diafragmática y muscular, reestructuración cognitiva o “multicomponentes” que incorporan diversas técnicas (Häuser, Bernardy, Arnold & Offenbacher, 2009).

Habilidades sociales en Fibromialgia

Hemos mencionado las técnicas de TCC más utilizadas en FM, sin embargo, en la revisión de literatura propia para el presente estudio sólo se encontró un estudio que utiliza la técnica TCC específicamente denominada *entrenamiento en habilidades sociales* (Moioli & Merayo, 2005). Se pueden definir a estas habilidades como “*conductas o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal. Implica un conjunto de comportamientos adquiridos y aprendidos y no un rasgo de personalidad. Son un conjunto de comportamientos interpersonales complejos que se ponen en juego en la interacción con otras personas*” (Monja 2000, p. 28).

Resulta importante la adhesión de esta técnica al tratamiento en FM, así como se hizo en el presente estudio, ya que dentro de las alteraciones más significativas en FM se encuentran: alteraciones en el funcionamiento emocional y psicosocial, aumento de sensación de desamparo y desesperanza y abandono de actividades sociales y laborales (Offenbacher, 2009).

Además, hay un factor muy particular de la FM que es la marcada alexitimia, esto implica que cognitivamente tienen la imposibilidad de poner en palabras sus sentimientos, discriminar emociones como cólera, miedo, vergüenza y tienen poca capacidad de introspección y un déficit marcado de creatividad.

También, resalta su imposibilidad de vincularse con el placer lo que les lleva a un estado de aislamiento donde se aumenta no sólo el dolor físico sino el sufrimiento psicológico, generando pensamientos catastróficos de discapacidad e imposibilidad de control del dolor (Arcas, 2014).

Otro elemento fundamental, mencionado en la literatura de investigación pero no abordado en sentido terapéutico es la falta de credibilidad en la enfermedad pues generalmente las personas de su entorno social no les creen que les duele y ello repercute en problemáticas que se abordarán más adelante (Carrasco, Jiménez & Márquez, 2010).

La incapacidad en la comunicación de manera asertiva y eficaz con el medio social también repercute de manera negativa en la posibilidad de cumplir metas personales llevando a la persona al posible desarrollo de psicopatologías y al mantenimiento del deterioro social y ocupacional (Del Prette y Del Prette, 2002).

Ante estas exigencias los pacientes requieren disponer de un repertorio conductual óptimo para lograr relaciones personales que le resulten satisfactorias. Para esto es necesario que los individuos se sientan valorados y respetados, estima que no siempre depende de otros sino de que ellos mismos posean (y se sepan poseedores de) una serie de habilidades para responder correctamente, así como de esquemas claros que los hagan sentir bien consigo mismos (Flores y Díaz, 2002).

Este déficit conductual puede tratarse a través de la técnica denominada entrenamiento asertivo, el cual se sustenta en la teoría del aprendizaje social y en la terapia conductual (Kelly, 2000). Este entrenamiento destaca la autoexpresión mediante conductas que se dan de formas socialmente aceptables, y que a su vez suelen mejorar la autoestima.

El objetivo de este entrenamiento se centra en fomentar el aumento

de competencias conductuales a través de una variedad de situaciones como parte de un proceso interactivo en el cual se lleva a los individuos a que se sientan cómodos con ellos mismos y con su relación con los demás (Bishop, 2000; Caballo, 2000; Castanyer, 2003; Z. Del Prette y A. Del Prette, 2002). Existen otras técnicas como el Entrenamiento en Solución de Problemas (ERP) que ayuda a los pacientes a mejorar sus estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés. Es una técnica psicoterapéutica para la solución de situaciones causantes de mucho estrés. Esta técnica se caracteriza por su eficacia y practicidad y es útil cuando el paciente no tiene los recursos conductuales necesarios para poder enfrentar la situación de estrés como ocurre en una enfermedad crónica (D'Zurilla & Goldfried, 1997; Del Prette & Del Prette, 2002).

Dos componentes destacan en esta técnica:

- 1) Orientación o actitud hacia los problemas
- 2) Habilidades básicas de resolución de problemas

El primero destaca la actitud del individuo ante los problemas, es decir, qué tipo de orientación tiene; (positiva o negativa; activa o pasiva). El tipo de orientación es un proceso motivacional relacionado con un conjunto de esquemas cognitivo-emocionales que muestran las características de los pensamientos y sentimientos de una persona sobre la vida y su propia habilidad para resolver los problemas (D'Zurilla, & Nezu, 2007). Hablando particularmente del tipo de orientación, la positiva, se refiere a la producción de pensamientos que suelen ser esperanzadores:

"Todo va a estar bien... No hay ningún problema más grande que mi capacidad para resolverlos... Siempre hay una solución... Después de la tormenta viene la calma".

Dentro de las técnicas TCC que mencionamos como más frecuentes utilizadas en FM destaca la psicoeducación, perspectiva que le ha dado un peso sustancial a la modificación de las creencias sobre la enfermedad, al aprendizaje de técnicas de afrontamiento que permiten una respuesta adaptativa al dolor, al aumento de calidad de vida y a la reducción de impacto en la enfermedad (Nishishinya, Rivera, Alegre de Miquel & Pereda, pendiente la publicación).

Psicoeducación y Fibromialgia

La Psicoeducación es una herramienta que se usa como plataforma cognitiva de información válida y actualizada, relativa al problema de salud, que dota al participante de los conocimientos indispensables para abordar los componentes emocionales y conductuales de su padecimiento (Sánchez Sosa, 2019). Esta herramienta consiste de manera medular en proporcionar información al paciente sobre su estado de salud médica y/o psicológica. Dicha herramienta encontró su origen dentro de la Psiquiatría aplicada a los familiares de pacientes con esquizofrenia (Correa & Hernández, 2006).

En la Guía Psicoeducativa de personal de salud (Rascón, Hernández, Casanova, Alcántara y Sampedro, 2011, pp. 82-83) se indica que:

“La Psicoeducación hace referencia a la educación que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico. Así mismo, incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar.”

Diversos estudios han utilizado la psicoeducación en pacientes

con FM. Por ejemplo, en una investigación en España (Luciano et al., 2015) se intervinieron a dos grupos de pacientes con FM durante nueve sesiones semanales con duración de dos horas cada una. El primer grupo recibió tratamiento farmacológico y un taller psicoeducativo en el que se incluyeron 5 sesiones educativas y 4 de relajación muscular progresiva profunda, el segundo grupo recibió solo tratamiento farmacológico.

El grupo que recibió el taller más el tratamiento farmacológico mostró mayor mejoría que el tratamiento farmacológico en su estado funcional tras la intervención, manteniéndose el efecto hasta los 12 meses,.

En otro estudio que utilizó psicoeducación (Bernardy, Füber, Köllner & Häuser, 2010), se formaron grupos de 9 a 15 pacientes con FM y los refirieron a siete talleres, cada uno de 6 sesiones semanales. Para la evaluación se utilizó el FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) considerado como el "patrón de oro" (Esteve, et.al., 2007) en la medida del estado funcional de la FM. El FIQ se diseñó para cuantificar el impacto de la FM en varias dimensiones: funcionalidad, percepción de dolor, rigidez y fatiga, trastornos del sueño, depresión, ansiedad y capacidad para trabajo remunerado y doméstico. El instrumento usa una escala del 0 al 100, donde 100 representa el mayor impacto de la enfermedad y 0 el menor, con tres puntos de corte o categorías: leve, moderado y grave ("severo"). Participó un total de 79 personas. El 98,73% eran mujeres con media de edad de 54.5 años.

La aplicación se hizo en tres momentos: al inicio de la intervención, al final y ocho semanas después del fin de ésta. Las pacientes con FM más afectadas tuvieron un puntaje inicial ≥ 70 .

La media de la primera intervención (FIQ-1) de 69.20 reveló un impacto grave. La media de la segunda medición (FIQ-2) dió un impacto moderado con 61,71 puntos (7.49 puntos menos que la primera medición). La media de la tercera y última medición (FIQ-3) mostró un impacto moderado con 59,59 puntos (2.12 puntos por debajo de la

segunda medición).

Estos resultados indican que la intervención psicoeducativa redujo el impacto negativo de la enfermedad hasta en 10,1 puntos en total desde el inicio y hasta ocho semanas posteriores a la intervención.

Otro estudio similar, (García, et.al., 2005) se centró en la calidad de vida de pacientes con FM, se evaluó el impacto de un programa de psicoeducación cuyo objetivo fue comparar una intervención grupal con una individual. El diseño del estudio fue controlado aleatorizado y en total participaron 94 pacientes diagnosticados con FM que no padecían comorbilidad reumática y se dividieron en tres grupos.

El primer grupo, integrado por 32 pacientes recibió el tratamiento habitual que brindaban sus médicos tratantes, consistente en tratamiento farmacológico sin intervención psicoeducativa. El segundo, constituido por 29 pacientes recibió psicoeducación grupal durante mes y medio en sesiones semanales de 45 minutos de duración además de su tratamiento farmacológico.

El tercer grupo con, intervención individual, estuvo integrado por 31 pacientes a los que se les citó a consulta por separado una vez a la semana, durante mes y medio, en sesiones de 30 minutos con el objetivo de darles psicoeducación, además del tratamiento farmacológico.

Las mediciones principales para este estudio fueron el cuestionario de calidad de vida SF-36 y la escala analógica visual del EUROQOL. Ambos instrumentos miden calidad de vida en áreas como: salud general, función física, dolor, limitación física, limitación emocional, función social, vitalidad y función mental con puntuaciones de 0 a 100, donde 100 significa una excelente calidad de vida y 0 una pésima calidad de vida. Los resultados revelaron que los grupos de intervención grupal o individual con psicoeducación más tratamiento farmacológico mostraron mejorías significativas en todos los reactivos del SF-36 y la escala EUROQOL. Se destacó el ítem de limitación física ya que antes de la intervención arrojó una media de 59,58 y después de ella

obtuvo una media de 70,26. Cuando se compararon las dos intervenciones grupal e individual, se documentó que la grupal fue más efectiva que la individual, donde la diferencia más importante es la variación de la Escala Analógica Visual del EUROQOL.

En este estudio se concluye que la intervención psicoeducativa grupal es un tanto más efectiva que la individual y ambas son más efectivas que el tratamiento habitual en FM.

Como se puede concluir por los resultados reseñados, la psicoeducación es una herramienta práctica y funcional que permite la agrupación de pacientes de una afección determinada para dotarlos de herramientas que ayuden a mejorar su calidad de vida, bienestar emocional, funcionalidad física, etc.

A pesar de estos resultados la FM continúa siendo una enfermedad súmamente compleja que requiere de acciones novedosas ante necesidades actuales. En este sentido el estudio objeto del presente trabajo la interdisciplinariedad significó un componente medular, específicamente con la adhesión de una variable biológica como lo es la proteína Interleucina-6, misma que se ha relacionado con el proceso de inflamación y con un factor psicosocial relevante en la FM; la percepción de apoyo social (Miyazaki, et. al., 2005).

Apoyo Social

El estudio del concepto de apoyo social nació en 1954 en un estudio con alumnos de posgrado (Criswell, 1954). En el área de la salud se le refirió en 1970 como variable primordial en relación con los mecanismos de afrontamiento del estrés en situaciones de crisis y en 1975 con los primeros trabajos examinando su efecto en el contexto de tabaquismo y estrés en el trabajo (Caplan, Cobb & French, 1975).

El apoyo social se ha definido como la percepción o experiencia de que uno es apreciado, amado y cuidado por otros, estimado y valorado

como parte de una red social de asistencia mutua (Wills, 1998). Sarason y Pierce (1990) han propuesto que el apoyo social representa la existencia o disponibilidad de personas con las que se puede contar en situaciones estresantes, mismas que proporcionan al individuo amor y valor personal. Este apoyo puede provenir de un compañero, parientes, amigos, compañeros de trabajo, vínculos sociales y comunitarios e incluso de una mascota devota (Allen, Blascovich y Mendes, 2002).

Se han propuesto cuatro niveles de apoyo social (Kim, Sherman & Taylor, 2008). El primero y más básico se ha denominado "*integración social*", se centra en el número y fuerza de las asociaciones interpersonales de un individuo con su medio social. No se aborda la calidad de las relaciones sino las características estructurales de la red social de una persona (número de contactos, clase de los mismos, matrimonio, amistad, etc.).

El segundo nivel presta atención a la calidad de las relaciones aunque éstas no sean numerosas. Este nivel contribuye a satisfacer las necesidades de afiliación, de afecto y proporcionan un sentimiento de identidad y pertenencia. También proporciona sentimientos de control de la situación y son fuente de evaluación positiva.

Un tercer nivel es el apoyo social como "ayuda percibida". En este caso se hace referencia a la percepción de que en situaciones problemáticas hay en quién confiar o a quién pedir apoyo. La percepción de que hay personas que le ayuden reduce el impacto de un evento estresor. El último y cuarto nivel consiste en la actualización de conductas de apoyo; es decir, se hace referencia a conductas objetivas, instrumentales reales, al despliegue efectivo y concreto de recibir apoyo por ejemplo, para mover un objeto pesado o incómodo de un lugar a otro.

Para evaluar la magnitud del efecto que tiene el apoyo social en el proceso de salud-enfermedad (Escudero, et. al., 2010) se han utilizado tradicionalmente dos propuestas:

- La primera postula un efecto directo y supone que al aumentar los niveles de apoyo social se incrementan de manera proporcional los niveles de salud del paciente
- La segunda lleva el nombre de “efecto amortiguador” y alude a que al aumentar los niveles de apoyo social incrementa también el nivel de salud del paciente, pero al contrario de la primera propuesta, los efectos no ocurren de manera proporcional

Estas dos propuestas resultan de concebir al apoyo social como variable antecedente (modelo del efecto directo) o como una variable interviniente en la relación estrés-enfermedad (amortiguador). En ambos se propone que el apoyo social invariablemente ayuda a aumentar los niveles de salud de un paciente:

Figura 4. Esquema del impacto de los dos modelos (efecto directo y amortiguador) de apoyo social sobre los niveles de salud.

Es de destacarse que el efecto del apoyo social varía en relación de la persona que da este apoyo. Se ha descrito que el apoyo más efectivo

es el brindado por un confidente (ya sea un cónyuge o un compañero) (Cohen & Wills, 1985; Collins & Feeney, 2000). En consecuencia, las personas casadas informan un mayor apoyo percibido que las solteras (Thoits, 1995). En lo que respecta al género (Taylor, Klein, Lewis, Gruenewald, Gurung & Updegraff, 2000), se ha señalado que las mujeres brindan y recurren mayormente al apoyo social en comparación con los hombres y que este apoyo puede tener mayor beneficio en el género femenino.

Los individuos viven inmersos en una cultura con creencias específicas y dinámicas sociales particulares. Por ello que el factor cultural va a ser relevante en tanto se hable de percepción de apoyo social. Hay posturas que sugieren que los beneficios del apoyo social en la salud mental y física se extienden a muchas culturas, pero sólo a condición de que este efecto varíe de una cultura a otra (Broadwell & Light, 1999).

Pocos estudios abordan las diferencias culturales en el apoyo social. Uno de éstos (Kim, Sherman & Taylor, 2008) expone diferencias entre personas de contextos orientales y occidentales. Para las personas de contextos culturales orientales parecería importante mantener el grupo social en armonía y cualquier esfuerzo en mostrar emociones para pedir apoyo se percibe como una forma de llamar la atención y socavar esa armonía. En consecuencia, la apreciación de estas normas podría llevar a las personas a evitar gravar el sistema y por ello a abstenerse de referir sus problemas.

Por otro lado, en la cultura occidental se tendería a ver las relaciones como recursos para ayudar a satisfacer las necesidades personales (Kim, Sherman & Taylor, 2008). En la medida en que el apoyo social se perciba como un recurso, las personas en occidente buscarían la ayuda explícita de familiares y amigos para ayudarse a sí mismos a enfrentar con mayor éxito los eventos estresantes.

Varios estudios (Fleming, Baum, Gisriel & Gatchel, 1982; Lin, Ye, & Ensel, 1999; Sarason, Sarason & Gurung, 1997; Goodenow, Reisine &

Grady, 1990) muestran que el apoyo social reduce la angustia psicológica, así como depresión o ansiedad en momentos de estrés además de promover el ajuste psicológico a condiciones crónicamente estresantes.

A pesar de ello, no todas las investigaciones muestran efectos benéficos del apoyo social en circunstancias desafiantes, en ocasiones la presencia de un amigo o un extraño puede aumentar la reactividad simpática entre los que sufren estrés (Mullen, Bryant & Driskell, 1997). Por ejemplo, Allen y colaboradores (1991) encontraron que, en relación con una condición de control en la que permanecían solas, las mujeres que realizaban una tarea estresante en presencia de una amiga tenían una mayor reactividad fisiológica y un rendimiento inferior.

Para fines de fundamentación del estudio objeto del presente trabajo es de destacarse que en la FM hay una falta de credibilidad en la enfermedad por parte de los médicos y de la propia esfera social del paciente, hecho que se traduce en una baja percepción de apoyo social o en bajo apoyo social real (Carrasco, Jiménez & Márquez, 2010; Reilly & Littlejohn, 1992). En este contexto, hay estudios epidemiológicos que indican una relación entre niveles altos de apoyo social percibido y perfiles biológicos más positivos en sistemas relevantes como por ejemplo el sistema cardiovascular, el neuroendócrino y el inmune (Uchino, Holt-Lunstad, Uno & Flinders, 2001).

Apoyo social y función inmune

Algunos estudios han documentado que si un paciente percibe un elevado apoyo social, es decir, si percibe que no está solo y que tiene a personas que lo pueden ayudar ante situaciones estresantes, sus niveles de proteína IL-6 disminuyen y con ello el dolor será menor. Por el contrario, si el paciente tiene una baja percepción de apoyo social sus

niveles de IL-6 serán más elevados, al igual que los niveles de dolor percibido (Lutgendorf, Anderson, Sorosky, Buller, & Lubaroff, 2000).

Un ejemplo de esto se observa en estudios con adultos mayores enfermos de cáncer donde predomina esta correlación negativa entre una elevada percepción de apoyo social y niveles reducidos de concentración de proteína IL-6 y de dolor (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996; Miyazaki, et. al., 2005).

La proteína IL-6 es una molécula pleiotrópica que juega un papel importante en la modulación del dolor, la respuesta inmune adaptativa y la respuesta fisiológica de la inflamación, es decir, ejerce una acción importante en los mecanismos que producen la inflamación tanto proinflamatoria como antiinflamatoria (Saavedra et al., 2011). Además actúa en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, utiliza los receptores α (IL-6R α) y la subunidad gp130 (glucoproteína 130, miembros de la superfamilia de receptor de citosina de la clase I) (Singh, Beg & López, 2011).

Ahondar en la participación del sistema inmunológico en estos procesos es necesario por su efecto medular en el mantenimiento del estado de salud debido a su relación con los procesos psicosociales y por su influencia en el funcionamiento emocional.

El sistema inmune tiene la capacidad de distinguir entre las células del organismo y los componentes que no le son propios, es decir, detecta la entrada de una molécula ajena al organismo y la elimina (Abbas, 2008). Además posee una organización vasta e intrincada con un conjunto de componentes que trabajan coordinadamente a través de una red compleja de órganos, tejidos, células y moléculas solubles (Kagan, 2012). Todos estos elementos funcionan armónicamente para la detección de moléculas que no forman parte de un organismo.

Estas moléculas reciben el nombre de antígenos y representan lo que no es propio de un organismo, cuando el sistema inmune los detecta entra en acción (Dörner & Andreas, 2007).

La respuesta inmune está dividida en dos grandes tipos: la inmunidad innata, que tiene acción inmediata y no depende del tipo de antígeno, y la inmunidad adaptativa, que depende del tipo de antígeno, es específica y casi siempre tiene "*memoria*" (Bruce, 2004).

En un estudio enfocado en la medición más objetiva de los cambios en el sistema inmunológico, se han comparado los niveles de IL-6 en mujeres y hombres. Los resultados indican que las mujeres presentan niveles más elevados de esta proteína. Tomando en cuenta el componente de estilos de afrontamiento de los participantes, se agregó una comparación entre dos grupos: uno con estilo de afrontamiento adaptativo y otro con estilo de afrontamiento desadaptativo. Los resultados sugieren que las alteraciones emocionales asociadas con un estilo de afrontamiento desadaptativo tienen una relación con niveles altos de IL-6. Además, los principales hallazgos señalan que marcadores inmunológicos salivales de la actividad inflamatoria pueden ayudar a discriminar el impacto emocional en pacientes con dolor crónico (Trejo, 2003).

Emociones y Sistema Inmunológico

En el caso del factor emocional, como se ha señalado, cada vez hay más estudios que examinan la influencia recíproca entre procesos biológicos y variables psicológicas. En el contexto de la contribución de estos análisis al campo clínico es importante la interdisciplinariedad en ciencias de la salud con el fin de desarrollar terapéuticas cada vez más efectivas y personalizadas. Por ejemplo, todo ser humano se ha enojado alguna vez, ya sea por un malentendido en el trabajo, por una noticia que muestra una lista larga de injusticias en nuestro país (y que parece no hacerse nada), porque se nos perdió algo, etc., etc.

Puede decirse que se trata de una reacción “normal” dadas ciertas condiciones sociales, económicas o de otra índole que se interpretan como indebidas o dañinas para el individuo.

Sin embargo, se han documentado relaciones entre el sistema inmunológico y el funcionamiento emocional que no siempre implican una reacción derivada del enojo. En dos emociones, la ira y el miedo, existe un patrón característico de aumento de cortisol y de citosina proinflamatoria IL-6. Esto significa que si un paciente es propenso a experimentar emociones de miedo o enojo hará que la concentración de IL-6 aumente y con ello aparezca inflamación y un aumento en su percepción del dolor (Goazigo, Van Sternwinckel, Rostene y Meilik, 2013). Además de las relaciones mostradas en la proteína IL-6, se ha identificado una relación positiva entre el aumento de concentración de IL-6 y la aparición de síntomas depresivos como estado de ánimo irritable, falta de energía y sentimientos de inutilidad (Maier y Watkins, 1998; Capuron, Ravaud y Dantzer, 2002).

Fundamentación del estudio

Si la prevalencia mundial de FM oscila entre 0.5% y 5% y, si esa proporción promedio se mantuviera en nuestro país, hablamos de tener casi tres millones de pacientes con este padecimiento en México. Este dato no resulta trivial si se considera que la FM es una enfermedad que implica un alto grado de sufrimiento y disfunción para el paciente y sus familiares, con grave repercusión en desempeño social y físico y genera gastos serios tanto para las familias de los pacientes como para la economía de los países (Queiroz, 2013).

En efecto, algunas instancias públicas regulatorias en salud como la Sociedad Española de Reumatología, han clasificado a la FM como un problema de salud pública de primer orden (Briones, 2014). Si bien esto podría significar un avance en las políticas internacionales de atención en FM, en México aún no hay políticas públicas ni acciones contundentes para contenerla.

De ello resulta que la atención en pacientes con FM no sea suficiente ni eficaz pues la enfermedad se compone de una gran cantidad de síntomas donde el principal es dolor crónico generalizado, al que se agregan problemas para conciliar el sueño, fatiga, síndrome del intestino irritable, cefaleas y alteración en el estado de ánimo, entre otros (Ehrlich, 2003).

Dentro de esta multiplicidad sintomática destacan las alteraciones emocionales ya que aproximadamente 50% de las personas con experiencia de dolor crónico desarrollan estados depresivos y experimentan serias dificultades para realizar sus actividades cotidianas (AVD) viéndose limitadas de manera parcial o total (Díaz, Marulanda & Sáenz, 2009).

Ante este escenario de limitaciones es natural que la calidad de vida (CV) de estos pacientes se deteriore (objetivamente) y la perciban como deteriorada (subjetivamente).

Un estudio (Amaya & Carrillo, 2015) comparó la percepción de CV de pacientes con fatiga crónica y reveló que los pacientes con FM son aquellos que tienen la peor percepción de CV, lo cual ilustra el alto grado de sufrimiento y vulnerabilidad en la que se encuentra esta población. Así lo confirmaría la siguiente entrevista realizada en mujeres con FM (Carrasco, Jiménez & Márquez, 2010, p. 3):

“Yo sufría porque intentaba seguir un ritmo y el cuerpo no me acompañaba, me ha ido frenando...; Yo he ido apartando a las personas de mi lado, me metía en mi mundo y hacía mis cosas, no me comprenden...; La enfermedad ha cambiado mi vida, he tenido que dejar mi trabajo, lo que me gustaba, la vida con mi familia y mis actividades de la vida diaria...; He cambiado, cuando estoy mal no me gusta encontrarme con una persona porque te cuesta hasta hablar.”

La literatura de investigación (López & Mingote, 2008; Carrasco, Jiménez & Márquez, 2010, p. 3; Amaya & Carrillo, 2015) sugiere un

factor muy particular en la FM que es la falta de credibilidad en la enfermedad, factor que resulta en una baja percepción de apoyo social por parte de los enfermos (Carrasco, Jiménez & Márquez, 2010; Reilly & Littlejohn, 1992). Se ha estudiado la asociación entre la percepción de apoyo social en pacientes con desórdenes reumáticos y tener una percepción de apoyo social elevada, disminuye los niveles de dolor referido y ayuda en mejorar el estado de salud funcional (Montoya, Larbig, Braun, Preissl & Birbaumer N. 2004). La percepción de apoyo social) contribuye además a la disminución de los índices de depresión y ansiedad, favoreciendo la puesta en marcha de conductas de autocuidado (Penninx, Kriegsman, Van Eijk & Deeg, 1996) y se ha vinculado la percepción de apoyo social con el proceso de inflamación, mediado por el sistema inmune (Miller & Raison, 2016).

Una de las asociaciones más fuertes que se han documentado señala que si la percepción de apoyo social aumenta, mejorará el funcionamiento del sistema inmunológico, especialmente en adultos mayores enfermos de cáncer. También se asocia un perfil biológico saludable con niveles altos de percepción de apoyo social (Miyazaki, et. al., 2005). Los sistemas analizados para el perfil biológico incluyen cardiovascular, neuroendócrino e inmunológico (Uchino, Holt-Lunstad, Uno & Flinders, 2001).

En la misma línea de investigación, en otro estudio (Moynihan et al., 2004) mostraron que múltiples relaciones sociales negativas pueden afectar el sistema inmune, exacerbando respuestas inflamatorias agudas y provocando el aumento de los niveles de IL-6. Como se ha visto, la Interleucina-6 (IL-6) juega un papel importante en la respuesta fisiológica de inflamación y en la respuesta inmune adaptativa. La IL-6 es una molécula pleiotrópica (Saavedra, Vázquez, González, 2011) que ejerce una acción en los dos mecanismos de la inflamación, tanto en el proinflamatorio como en el antiinflamatorio. Como se ha visto, la FM es una enfermedad con alto grado de sufrimiento al no reconocerse la enfermedad como real ya que las personas frecuentemente invalidan a

los pacientes con FM y esto afecta en el factor de percepción de apoyo social pues las pacientes sienten que están solas.

Este factor psicosocial (percepción de apoyo social), como hemos visto, está relacionado con la regulación del estado de salud del paciente y con la mejora de sistemas biológicos específicos, sin embargo, no parecen haberse tomado acciones contundentes para tratar el tema de invalidación de la enfermedad ni desde el área de promoción de la salud ni tampoco desde la terapéutica.

Así pues, en el estudio objeto del presente volumen busca abordar el tema de la invalidación de la enfermedad como eje fundamental del estudio ya que, si bien han referido la existencia de éste problema, no se han elaborado terapias enfocadas a un tema tan propio y particular de la FM. Se han desarrollado, por otro lado, opciones terapéuticas como talleres psicoeducativos enfocados a mejorar la CV mediante el desarrollo de motivaciones, actitudes y pautas de comportamientos saludables (Bernardy, Füber, Köllner, Häuser, 2010 & Efficay; García, et. al., 2005). Un ejemplo de lo anterior se desarrolló en España (Luciano, et. al., 2015) en el que se intervinieron a pacientes con FM. Los autores diseñaron y condujeron un taller de 9 sesiones, una cada semana, con duración de 2 horas por sesión. Se conformaron 2 grupos: el primero recibió tratamiento farmacológico y el taller psicoeducativo; el otro recibió solo tratamiento farmacológico.

Los resultados revelaron que el grupo que recibió el taller más el tratamiento farmacológico mostró mayor mejoría en su estado funcional a nivel global tras la intervención manteniéndose el efecto incluso un año después.

Planteamiento del problema

En la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General *Dr. Manuel Gea González* hay una gran afluencia de pacientes con

enfermedades de dolor crónico. Al realizar diversas entrevistas a pacientes de la clínica llama la atención la falta de tratamientos personalizados y el grado de sufrimiento e incompreensión referido por los pacientes con FM lo cual ratifica numerosos hallazgos en la literatura de investigación internacional (Reilly & Littlejohn, 1992; López & Mingote, 2008; Amaya & Carrillo, 2015) que sitúan a la FM como *la enfermedad de la incompreensión*; también referida como *la enfermedad invisible*.

Este escenario llevo a la convicción de que er necesario desarrollar una intervención personalizada enfocada en el factor de invalidación de enfermedad y apoyo social tomando en cuenta dos elementos: la literatura de investigación y las entrevistas realizadas a las pacientes basadas en la pregunta: *¿qué es lo que más le causa sufrimiento en su enfermedad?*

Se decidió agregar un marcador biológico, la medición de la proteína IL-6 ya que su concentración se ha asociado con los niveles de apoyo social y con los niveles de inflamación.

Objetivos principales

Detección de necesidades de la enfermedad en mujeres con Fibromialgia de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital *Dr. Manuel Gea González* oy evaluar la aplicación de un taller psicoeducativo con base en las necesidades documentadas incluyendo el efecto en la calidad de vida, el impacto de la enfermedad y la proteína IL-6.

MÉTODO

Participantes

Participaron 34 pacientes mujeres con diagnóstico formal de Fibromialgia según la ACR (2010) realizado por médicos especialistas de la Clínica del Dolor y Cuidado Paliativos del Hospital.

Criterios de inclusión

Ser paciente mujer inscrita en la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” con diagnóstico formal de Fibromialgia según los criterios del 2010 del ACR

Criterios de exclusión:

Aunque cualquier paciente inscrito en la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos puede participar, no se incluyeron en el análisis de resultados personas sin diagnóstico de FM.

Criterios de eliminación:

No se considerarán en el análisis de los resultados a quienes no concluyeron los cuestionarios correspondientes (pre y post).

Escenario

El reclutamiento de las pacientes se realizó desde la sala de espera de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos y mediante invitaciones enviadas a partir de una base de datos con información de pacientes con FM del Hospital. Las intervenciones se realizaron de manera grupal en la sala de juntas de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

Medición

Instrumentos

Apoyo Social: Medical Outcome Study (MOS) (Martínez, et al., 2014).

Consta de 19 reactivos y mide componentes del apoyo social como: índice de apoyo social, apoyo emocional, apoyo material, relaciones sociales de ocio y distracción y apoyo afectivo. La validez de contenido se derivó de una evaluación cualitativa por parte de jueces independientes y posteriormente se efectuó la validación del cuestionario empleando un análisis factorial exploratorio con rotación Varimax así como un análisis factorial confirmatorio por medio de un modelo de ecuaciones estructurales.

El análisis factorial exploratorio arrojó dos factores que explicaron el 72.22% de la varianza. El primero, *Apoyo Emocional-Informativo*, con 14 reactivos y consistencia interna de 0,97. El segundo, nombrado *Apoyo Tangible*, con cinco reactivos y consistencia de 0,89. El análisis factorial confirmatorio reiteró la estructura de dichos dos factores, con la eliminación 3 reactivos (dos reactivos del primer factor y un reactivo: del segundo), se obtuvo un buen ajuste estadístico y todos los coeficientes fueron significativos. Las escalas de los reactivos tienen cuatro opciones de respuesta de tipo ordinal, un espécimen de reactivo es:

“La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?. Elija según los siguientes criterios:

A: Nunca B: Pocas veces C: Algunas veces D: La mayoría de las veces E: Siempre

¿Con qué frecuencia dispone ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?”

A B C D E

Cuestionario del Impacto de la Fibromialgia (FIQ) (Bennett, Friend, Jones, Ward, Han, Ross, 2009)

Es un cuestionario multidimensional diseñado para que el paciente lo pueda auto administrar. Valora los componentes del estado de salud que suelen estar más afectados en pacientes con FM. Consta de diez reactivos. El primero es el único que contiene varios subítems, en número de 10, cada uno de ellos con cuatro opciones (de 0, siempre, a 3, nunca) en escala tipo Likert. Este ítem valora la capacidad funcional del paciente mediante preguntas acerca de actividades relacionadas con la vida diaria: comprar, conducir, preparar alimentos, etc. El segundo y tercer ítem corresponden a escalas numéricas que hacen referencia a días de la semana; el segundo en una escala del 1 al 7, y el tercero del 1 a 5. El resto de los ítems se valora mediante escalas visuales analógicas (EVA) del 0 al 10, con consistencia interna de 0.83. Las correlaciones de Pearson oscilaron entre 0.56 y 0.95 para la escala de función física. Así, los niveles de medición del instrumento son de tipo ordinal e intervalar.

Para su calificación se computa una sumatoria en el puntaje de cada nivel de medición y se saca un promedio general, por ejemplo: *“Para las preguntas 1-3 señale la categoría que mejor describa sus habilidades o sentimientos durante la última semana. Si usted nunca ha realizado una alguna actividad de las preguntadas, déjela en blanco “*

¿Usted pudo?”

Actividad	Siempre	La mayoría de las veces	Ocasionalmente	Nunca
Ir a comprar				
Lavar la ropa				
Preparar la comida				

Salud y Calidad de la Vida (INCaViSa) (Riveros-Rosas, Sánchez-Sosa y Del Águila, 2009).

Es un instrumento de autoinforme con 56 reactivos en escalas tipo Likert constituida por opciones de respuesta de *nunca* a *siempre*, que evalúan la calidad de vida en los siguientes rubros: preocupaciones, rendimiento físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud hacia el tratamiento, tiempo libre, familia, redes sociales, relación con el médico y dependencia con el médico.

Este instrumento cuenta con validación concurrente con el WHO-QOL con correlaciones de moderadas a fuertes por encima de .50 y consistencia interna de .90. Un ejemplo de reactivo es el siguiente:

“Dejé de disfrutar mi vida porque estoy enfermo”

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

ELISA (Ensayo inmuno absorbente ligado a enzimas) (Brecher, 2003).

Se realizó una recolección de saliva antes y después de la intervención con un hisopo desechable que se refrigeró hasta su análisis. Esta prueba analiza una enzima como marcador para mediar la formación de complejos antígeno-anticuerpo. Se detectan y cuantifican ligandos de alto peso molecular (>30 000 daltons). El marcador enzimático que se emplea en estos análisis se conjuga con un ligando, que puede ser un antígeno, un anticuerpo específico para el antígeno de interés o un anticuerpo para el anticuerpo primario (Brecher, 2003).

El ensayo se realiza en fase sólida en la que se adsorbe un antígeno o un anticuerpo sobre un soporte sólido. Se requiere de un paso de separación para eliminar el conjugado enzimático libre antes de proceder a determinar la cantidad de conjugado enzimático enlazado. Para esto se añade sustrato enzimático y se mide la reacción catalítica entre la enzima y el sustrato. En el método ELISA el cambio de color se reduce porque la actividad enzimática se inhibe cuando el anticuerpo se enlaza al conjugado enzimático.

Diseño

El estudio utilizó un esquema de comparaciones de tipo prospectivo con un diseño pre-experimental de tipo pre-post prueba (Ato, López & Benavente, 2013).

Procedimiento

Este estudio consta de dos fases: la primera se centra en una detección de necesidades de los pacientes mediante entrevistas telefónicas y la segunda a la aplicación de un taller psicoeducativo en dos momentos; un piloteo y la aplicación final. De acuerdo con la literatura metodológica un estudio piloto ofrece la posibilidad de sondear la viabilidad de una intervención de la cual se obtienen datos preliminares para llevar a cabo un estudio posterior reduciendo el riesgo de fracaso de la intervención (Haxby, 2014; Sidman, 1960).

Primera fase (Entrevista)

Se realizaron 34 entrevistas telefónicas a pacientes mujeres de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, previamente identificadas con diagnóstico formal de Fibromialgia confirmado por un médico especialista. Las entrevistas se hacían en el horario de 15 a 17 horas con

el contenido que se presenta a continuación. Es de destacarse que antes de preguntar mencionamos que los datos recibidos serían totalmente confidenciales):

“Muy buenas tardes, mi nombre es Luis Rodrigo Martínez Jiménez, psicólogo de la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General Dr. Manuel Gea González, le marco porque tenemos su registro en nuestra base de datos y estamos haciendo una detección de necesidades a pacientes con Fibromialgia, le comento que los datos recabados serán totalmente confidenciales, si gusta participar, sólo tiene que responder a la siguiente pregunta: ¿Qué es lo que le causa mayor sufrimiento dentro de la enfermedad?”

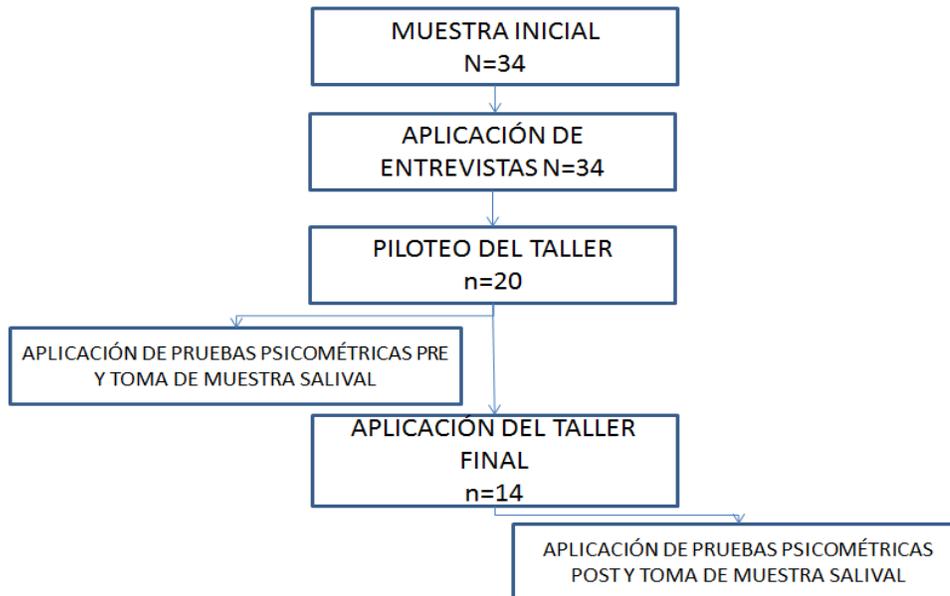


Figura 5. Flujo de los participantes en el estudio

Intervención psicoeducativa:

De las 34 pacientes entrevistadas 20 participaron en el primer taller implementado a guisa de “piloteo” y las 14 restantes participaron en el segundo taller final, éste último elaborado con base en modificaciones realizadas a partir del piloteo, a fin de reducir las fuentes de invalidez

interna tales como: historia, maduración, inestabilidad del ambiente experimental, administración de pruebas, instrumentación, sesgos del experimentador, artefactos, etc. (McGuigan, 1997) .

Una de las correcciones realizadas fue la homogenización de respuestas de los terapeutas ante las preguntas de las pacientes sesión a sesión con el objetivo de asegurar la validez ecológica, que es un tipo de validez externa que analiza el entorno de prueba y determina, en principio, cuánto influye en el comportamiento.

Para cumplir con los lineamientos éticos del hospital y de la profesión de psicólogo se invitó a firmar un consentimiento informado a todos los participantes antes de la intervención. En éste se garantizaba la confidencialidad de los datos (*Véase el Anexo 1*).

Los talleres se realizaron a través de tres contenidos principales:

- a) las necesidades de la enfermedad de mayor frecuencia reportadas por las 34 pacientes entrevistadas
- b) dos técnicas TCC no utilizadas con frecuencia en FM, pero importantes dadas las problemáticas identificadas en el primer inciso
- c) una de las técnicas más utilizadas en FM: psicoeducación

También se hicieron ajustes de redacción a las preguntas de las diapositivas y cuestionarios aplicados sesión a sesión relacionados al contenido de cada módulo (independientemente de los cuestionarios MOS, InCaViSa y FIQ). Los dos talleres se dividieron en cinco sesiones, de 2 horas cada una, aplicados durante fines de semana.

La intervención la llevó a cabo un psicólogo pasante de licenciatura, dos psicólogas de posgrado y una médica especialista en dolor. En la primera sesión la especialista en dolor fungía como moderador y el tesista, investigador principal como asistente. En 4 de las 5 sesiones restantes el psicólogo fungió como moderador y dos psicólogas de posgrado como asistentes.

Integridad del tratamiento

Para asegurar la integridad del tratamiento, durante todas las sesiones, dos psicólogas de pregrado independientes al estudio evaluaron conductas esperadas de un terapeuta mediante una lista cotejable (*check-list*) (véase el anexo 1). Las psicólogas evaluadoras recibieron un entrenamiento de capacitación en conductas esperadas por parte de una psicóloga de posgrado de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del propio hospital. Este entrenamiento se realizó en la clínica antes mencionada y tuvo una duración de tres horas. Todo el material del taller, desde las diapositivas de cada módulo hasta los cuestionarios de cada sesión e infografías distribuidas al finalizar cada módulo, se revisaron y corrigieron por varios integrantes del personal de la Clínica del Dolor: 3 médicos especialistas en dolor, 1 enfermera y 2 psicólogas de posgrado. También lo revisaron las pacientes en la fase del piloteo del taller (véase el anexo 2).

Los instrumentos: InCaViSa para la Calidad de Vida y FIQ para Impacto de la Enfermedad (véase el anexo 3) se aplicaron antes de iniciar y al finalizar el taller. Para la medición de Percepción de Apoyo Social se aplicó el instrumento MOS únicamente al principio de la intervención (véase el anexo 3). El motivo de utilizarlo sólo al principio se basó en el objetivo de obtener dos perfiles; la paciente con mayor y menor percepción de apoyo social, respectivamente. Este procedimiento se realizó a fin de distinguir a estas dos pacientes en cuanto a su concentración de proteína IL-6 a través de una toma de muestra salival posteriormente analizada con la prueba ELISA.

Esta medición se realizó en dos momentos, antes y después de la intervención. Sólo se recolectaron estos datos de dos pacientes dadas las limitantes económicas presentadas en la realización del estudio.

También se aplicó un cuestionario antes y después de cada

módulo, es decir diez cuestionarios en total, uno por sesión, 5 antes de cada módulo (pre) y 5 después de cada módulo (post) (*véase el anexo 4*).

Lo anterior se hizo así para garantizar la validez interna del taller en el sentido de asegurar que las participantes realmente hubieran aprendido lo visto sesión a sesión. Adicionalmente se les entregaba un registro de conductas asertivas antes de la intervención que utilizaban de manera semanal. Como fundamento teórico para el diseño de la intervención se usó la terapia cognitivo-conductual (*véase el anexo 5*). Para una descripción pormenorizada de las actividades en cada sesión véase el Anexo 6.

El taller se dividió en 5 sesiones, con duración de 2 horas cada una en día Sábado. Al finalizar cada módulo se entregaba a cada participante una infografía (texto impreso) relacionada al tema visto para reforzar la información. Antes y después de cada módulo se entregaba el cuestionario relacionado con el contenido de cada sesión.

Sesión 1: Generalidades de la enfermedad

Este módulo lo aplicaba el médico especialista en dolor, conteniendo la sintomatología de la enfermedad, tratamientos efectivos, medicinas recomendables, tipo de alimentación a seguir, etiología y diagnóstico.

Sesión 2: Regulación y expresión emocional

Los aplicadores de este módulo (y los restantes) fueron un psicólogo pasante, tesista de licenciatura y dos psicólogas de posgrado. El segundo módulo contiene información sobre poseer una conciencia emocional fundamental para mejorar el proceso de comunicación con su medio social y para mantener niveles bajos de inflamación y dolor: Un ejemplo del contenido de este módulo se representa en el párrafo siguiente:

“Si bien es cierto que la FM es una enfermedad que no creen que existe y dicen que es la enfermedad invisible... lo importante no es que las personas de alrededor no crean en la enfermedad, lo importante es que hacen ustedes ante ello ya que ello afecta directamente su estado emocional y por lo tanto su salud”

Sesión 3: Asertividad

Este módulo se centra en mejorar las habilidades sociales a través de la técnica de asertividad que brinda al paciente estrategias para afrontar de manera efectiva situaciones de estrés dadas por las condiciones actuales de su enfermedad. Un ejemplo de este contenido es:

“La comunicación forma parte fundamental en nuestras vidas, de ella depende el tipo de relaciones que llevamos con nuestro medio social... es más aún importante si lidiamos con una enfermedad crónica ya que hay momentos donde pueden sentirse sumamente irritables y no saben comunicar su sentir sin ser agresivas... la asertividad trata de un balance entre la agresividad y la pasividad”

Sesión 4: Solución de Problemas

Este módulo contiene la secuencia y contenidos de la técnica de solución de problemas, misma que se centra en darle al paciente, metódicamente, una serie de pasos para resolver de manera efectiva sus problemas dadas las condiciones actuales de su enfermedad. A continuación se mostrarán los cinco pasos propuestos por Nezu, D'Zurilla & Goldfried:

- Orientación al Problema
- Definición y formulación del problema.
- Generación de alternativas de solución.
- Toma de decisiones.
- Implementación de la solución y verificación de su efecto.

Sesión 5: Apoyo social y función inmune

Se describen los diferentes niveles, fuentes y funciones del apoyo social. Se describe el apoyo social como variable mediadora en el proceso de salud-enfermedad de la paciente y se describe su relación con el sistema inmunológico.

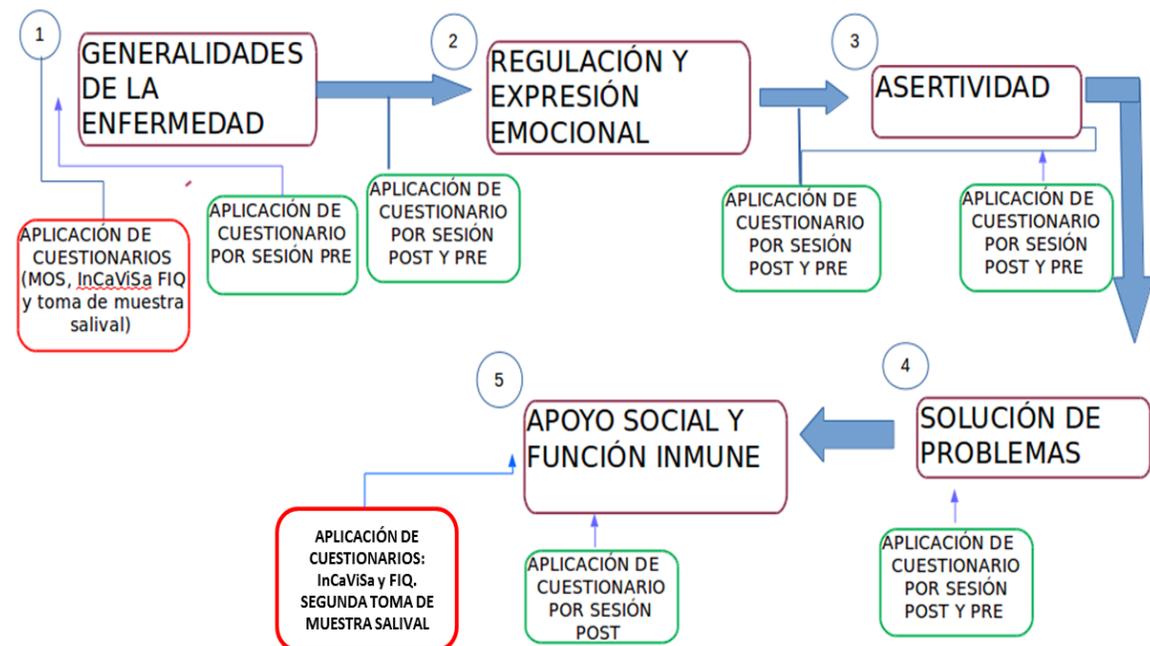


Figura 6. Flujo de la organización de las sesiones

Análisis estadístico

Se llevó a cabo un análisis estadístico no paramétrico mediante la prueba Wilcoxon. Se utilizó esta prueba ya que las mediciones en el grupo de participantes están relacionadas (intrasujetos) y medida en dos momentos: antes y después de la intervención. El nivel de medición de

los instrumentos utilizados es ordinal, lo anterior, sustenta la elección de la prueba estadística seleccionada. Se consideró un nivel de significancia (probabilidad asociada) igual o menor que $p < .05$ como parámetro de decisión en torno a diferencias estadísticamente significativas.

RESULTADOS

De las 14 pacientes que comenzaron el taller 7 de ellas asistieron a la totalidad de las sesiones. La media de edad en este estudio tomando en cuenta a las siete pacientes que asistieron a todas las sesiones fue de 55 años y el nivel académico en todas fue de secundaria. Se presenta de manera inicial los resultados de las entrevistas telefónicas realizadas para la detección de necesidades en la enfermedad (Véase la Figura 7).

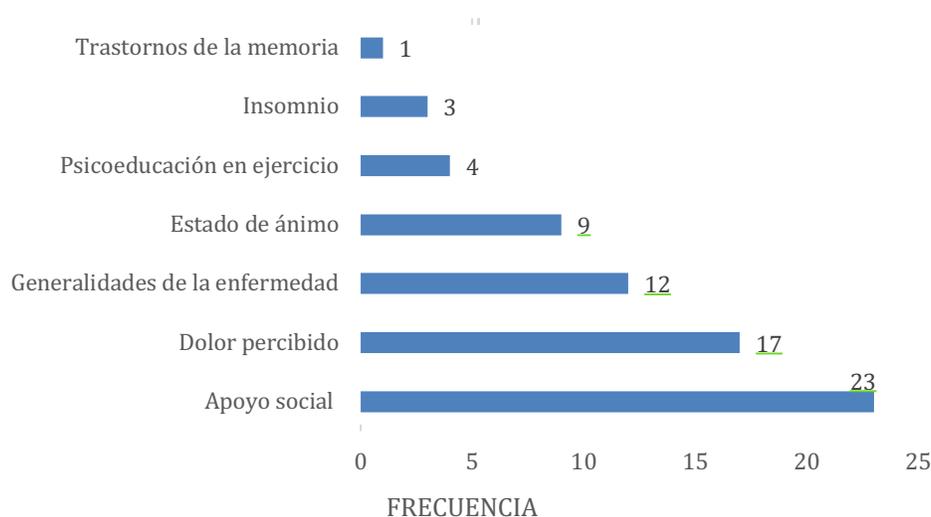


Figura 7. Necesidades de las pacientes

La problemática más frecuente referida por las pacientes se relacionó con la falta de apoyo social, es decir, que su medio social invalida su enfermedad, quienes las rodean o las conocen no creen que realmente estén enfermas y no las apoyan en su enfermedad. El dolor percibido en la enfermedad también es uno de los factores descritos con mayor frecuencia, seguido de una falta de conocimiento sobre la enfermedad. También refirieron problemas del estado de ánimo, falta de conocimiento sobre cuáles son los ejercicios que, dada la FM, tienen que realizar, problemas para dormir y problemas de memoria.

Resultados descriptivos cualitativos

A continuación, se presenta el contenido textual entrevistas telefónicas realizadas a las pacientes en la fase de detección de necesidades:

P1: Yo tengo un problema con la tolerancia... mi familia no me cree que me duela, me da tristeza esto, mucha impotencia. Tampoco puedo hacer las cosas que antes hacía, me siento triste, los doctores no comprenden tampoco.

P2: Pues yo creo que el dolor es lo más importante... la manera en la que podemos aliviar el dolor que uno siente que es eterno... que el medicamento me alivie. También tengo depresión y temor porque la familia se aburra de mí por mi enfermedad

P3: No estoy loca, de verdad, sí me duele, quiero estar en un tratamiento psicológico. Además no le tengo confianza a mis medicamentos... necesito que mi familia sea consciente de mi enfermedad y que me comprenda, no estamos locas.

P4: El dolor intenso es un verdadero problema en mí... además me siento triste porque mi familia no conoce mi enfermedad y no me comprende, no me apoya... no sé qué cosas puedo o no comer y qué ejercicios puedo hacer o no.

P5: Me preocupa no saber porque comencé con la Fibromialgia.... Tampoco sé si los medicamentos que tomo de verdad me ayudan porque he visto en internet que algunos de los que tomo tienen efectos muy feos para el organismo.

P6: A veces no sé si tomarme o no los medicamentos porque he leído que son malos. Tengo problemas de atención y mi memoria me falla terriblemente.

P7: Mis problemas son de memoria, tengo una memoria terrible... Voy a hacer algo a la cocina y llegando se me olvida qué es lo que tenía que hacer... eso me pasa todo el tiempo.

P8: Hay un desconocimiento terrible por parte de la familia, no me creen que estoy enferma... en el trabajo he tenido también problemas, no puedo estar bien en mi trabajo, ya no puedo hacer cosas que antes hacía... suelo estar muy ansiosa o triste también... me dan ansias no saber qué comer o si lo que como es bueno para mí.

P9: Cuando no te creen que te duele te hacen sentir mal... No siento apoyo... Además el medicamento no te hace efecto para el dolor tan fuerte que te da...

P10: No entiendo aún muy bien de qué se trata la enfermedad, eso me preocupa, creo que tendría que tener más información al respecto... Mi familia no entiende que aunque no me vea mal estoy mal, no me comprenden, eso me quita el ánimo de dejar de tomarme mis medicamentos... Me gustaría que nos dieran algo en donde expliquen que si se puede lograr mejorar.

P11: Lo que más me interesa es sobrellevar el dolor tan intenso que tengo... a veces no puedo con él, es muy intenso... qué cosas puedo o no comer... qué terapias puedo tomar para mejorar mi estado actual... También la familia no suele comprender por lo que pasamos, eso me pone triste y desmotivada.

P12: Me gustaría saber manejar el dolor ya que suele ser muy intenso, insostenible... Me han dicho que tengo que hacer ejercicio pero no sé en realidad qué tipo de ejercicios hacer... Tengo también problemas de insomnio y respecto a mis medicamentos no sé que tan buenos sean para mí, no les tengo confianza por lo que he leído de ellos... También no conozco bien mi enfermedad y me preocupa

P13: Mis emociones cambian mucho, a veces estoy triste y otras feliz, varía mucho y eso no me gusta nada... también tengo problemas para dormir, casi no descanso, ¡estoy desesperada!

P14: *Lo peor de esta enfermedad es el dolor tan intenso que tenemos... hay una falta de conocimiento por parte de la familia y eso no nos ayuda en nada... En ocasiones me siento muy triste... además esta enfermedad me suele incapacitar para realizar mis actividades.*

P15: *No sé qué alimentos comer y me gustaría saber cuáles... Tengo fuertes problemas de sueño no suelo dormir bien y despierto muy cansada... Durante el día estoy muy cansada y no me concentro bien en mis actividades... Respecto al ejercicio yo hago pero no sé qué ejercicios estén bien y cuáles estén mal.*

P16: *Pues no me arreglo como antes, no estoy motivada, no me pongo guapa... me siento triste la mayor parte del tiempo... No sé qué alimentos comer y cuales sí... Sé que tengo que hacer ejercicios pero no sé qué tipo de ejercicios hacer.*

P17: *El dolor es un problema, es muy intenso, me gustaría saber cómo manejarlo... saber qué tipo de ejercicios debo de hacer*

P18: *Creen que estoy loca y a veces yo también lo pienso, es mucho sufrimiento para mí, solo mi hijo me apoya en esto, a veces me siento muy sola en la enfermedad*

P19: *A veces no le encuentro sentido a la vida, me siento muy triste, a veces feliz... generalmente me la paso triste y ya no puedo hacer las cosas que antes hacía... tampoco me apoya mi familia en esto*

P20: *El dolor es algo que todavía no aprendo a controlar, tengo miedo de dejar de caminar, conozco muy poco de la enfermedad, me gustaría estar más enterada de todo*

P21: *No me comprenden, me dicen que estoy loca, no me toman en cuenta... eso es muy difícil para mí... luego el dolor viene y no sé qué hacer con él, siento como si tuviera muchos alfileres en todo mi cuerpo y me siento muy cansada*

P22: *El cambio en mis actividades me cuesta mucho, no lo he aceptado todavía,*

antes hasta me decían hormiga atómica porque estoy pequeña de estatura pero todo el día andaba movida... con la enfermedad a veces ni me dan ganas de salir, me siento inútil y triste.

P23: *A veces me cuesta hasta respirar, me siento muy agotada, hay veces donde pienso que sería mejor terminar con todo... además no me apoyan con esto, no me creen que me duele y eso es muy desesperante y frustrante.*

P24: *Para mí fue algo inesperado, aún no acabo de creer, mi vida ha cambiado totalmente, me siento inútil, mi familia me apoya pero a veces no quiero seguir así, quiero saber qué puedo hacer para mejorar, estoy dispuesta pero quiero saber más cosas de la enfermedad*

P25: *Es mucho dolor el que siento, tanto en el cuerpo como en mi corazón, quiero que me apoyen y que pueda ser la misma de antes, a veces me siento desesperada y no sé qué hacer... una vez sentía tanto dolor que me frustré y comencé a... mmm me da pena pero la verdad es que comencé a golpearme*

P26: *Qué no me causa malestar... la verdad es que me irrito por todo, de pronto estoy feliz pero muy rápido cambio de sentir, cambio de estar feliz a estar triste muchas veces al día, me enoja que no me creen, que me dicen loca, que en el trabajo que critican... he faltado a mi trabajo varias veces porque me siento muy cansada*

P27: *Mi vida no es la misma... me duele la vida y lo que no puedo hacer... todo lo que ha cambiado mi vida... no me siento productiva*

P28: *Ahhhhh... por dónde empiezo, la verdad es que son muchas cosas... esto empieza desde el diagnóstico, tardaron en diagnosticarme, no siento mucho apoyo de mis familiares, me ha cambiado mi vida, no soy la misma, me duele todo mi cuerpo, me pongo mal humorada.*

P29: *¡Ay! Qué le puedo decir Doctor, este último tiempo ha sido complicada, las cosas han cambiado mucho en mi vida, ahora me cuesta hasta hablar, he dejado de hacer mis actividades, casi pierdo el trabajo... ha sido muy triste todo.*

P30: *La vida no es como antes, he gastado mucho en doctores y hace muy poco*

me diagnosticaron Fibromialgia, para mí es un alivio que ya sepa que tengo pero mi mayor problema es que no puedo aceptar este cambio de vida.

P31: Me dicen que estoy loca, que me veo fuerte y que a cada rato me quejo de todo, ya hasta me han dicho floja o buena para nada.

P32: Quiero aprender a no desesperarme por el dolor... yo sé que está mal pero doctor... me he lastimado por desesperación y no está mal, quiero controlar eso.

P33: La vida ahora es difícil, la enfermedad es invalidante, estoy desesperada, no sé qué hacer con el dolor... quiero agradecerle doctor por hacer este tipo de trabajos pensado en nosotras

P34: Quiero saber qué cosas tengo que comer... también quiero saber cómo reducir el dolor, estoy cansada de esto, no puedo más...

Resultados cuantitativos sobre contenido de las sesiones

En cuanto a los resultados en los exámenes sobre el conocimiento del contenido de cada sesión, se encontraron resultados estadísticamente significativos (con excepción de apoyo social y función inmune) con un nivel de significancia de $p < .05$, como se muestra en las siguientes figuras:

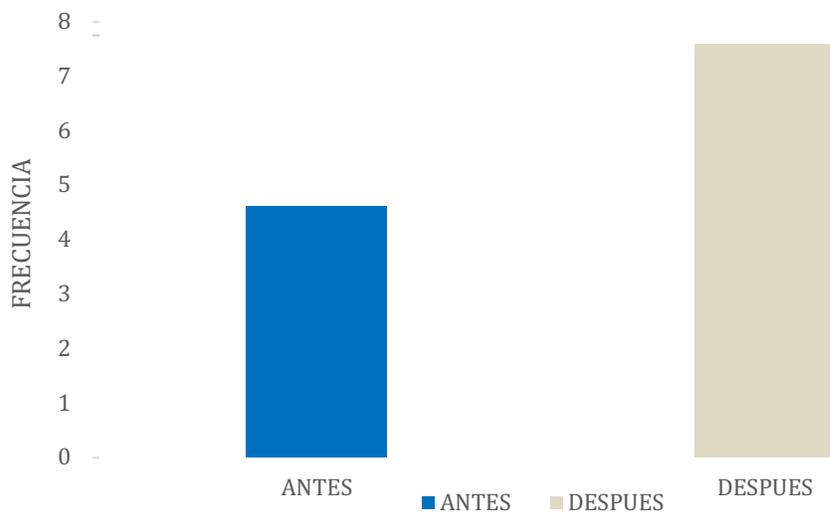


Figura 8. Resultado del módulo “Generalidades de la Enfermedad” antes y después de la aplicación $p= 024$.

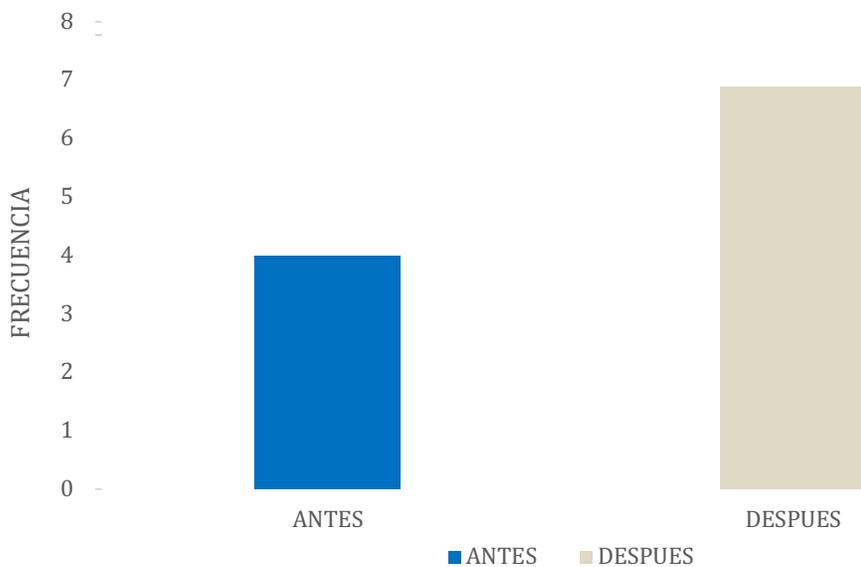


Figura 9. Resultado antes y después de la aplicación del módulo “Regulación y expresión emocional” con diferencias estadísticamente significativas de $p=046$

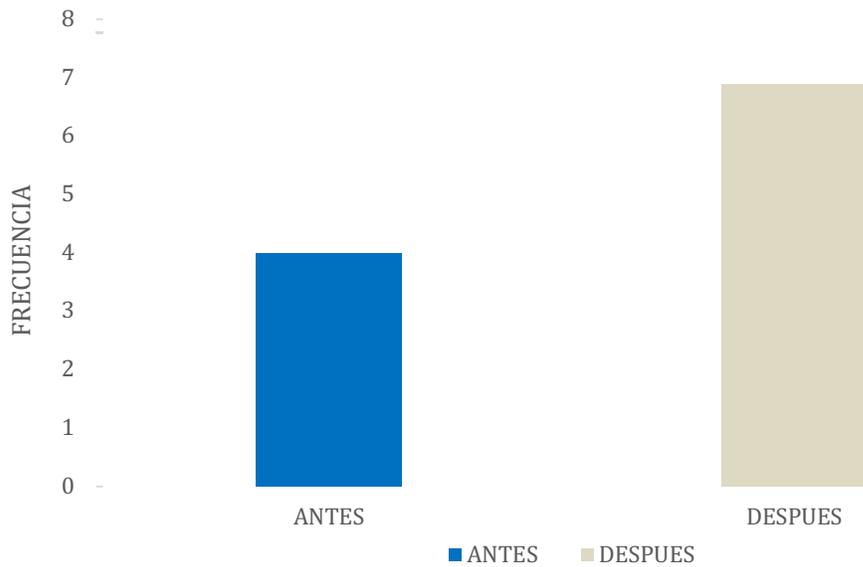


Figura 9. Resultado antes y después de la aplicación del módulo “Regulación y expresión emocional” con diferencias estadísticamente significativas de $p=.046$

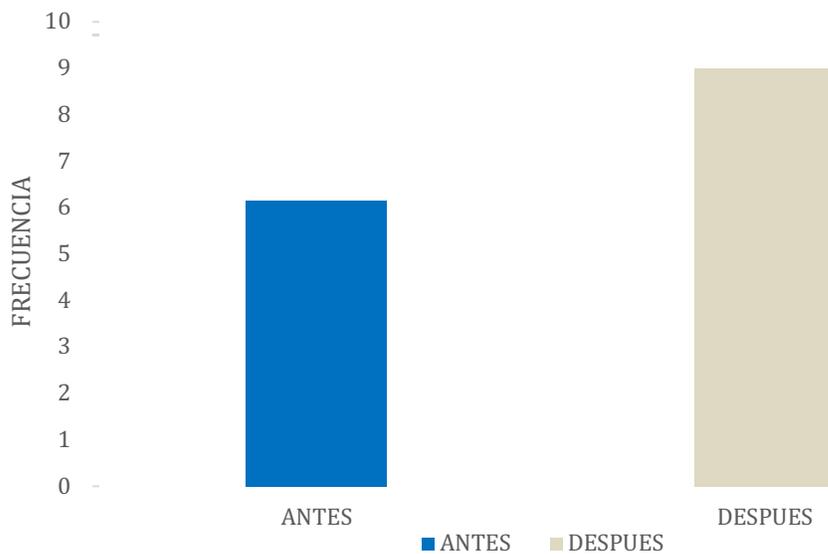


Figura 9. Resultado antes y después de la aplicación del módulo “Asertividad” con diferencias estadísticamente significativas de $p=.016$

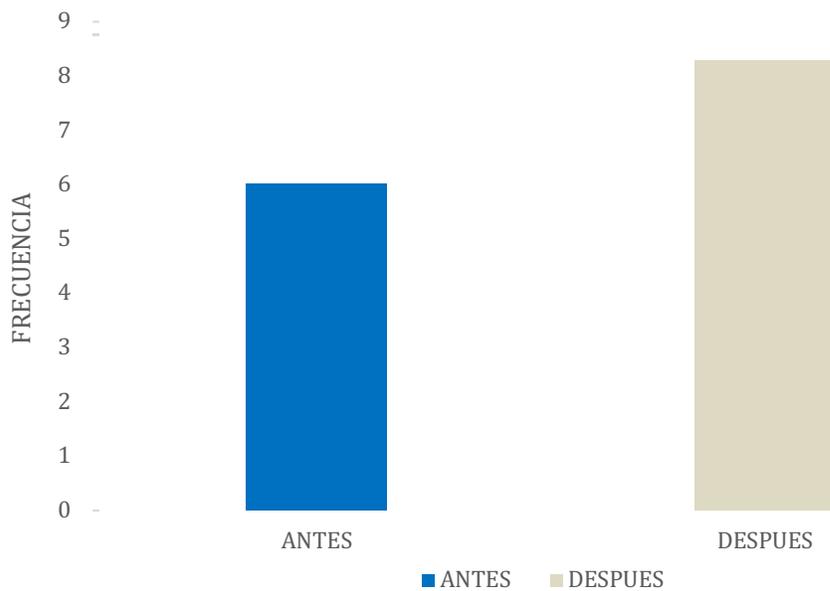


Figura 10. Resultado antes y después de la aplicación del módulo “Solución de Problemas” con diferencias estadísticamente significativas de $p=.026$

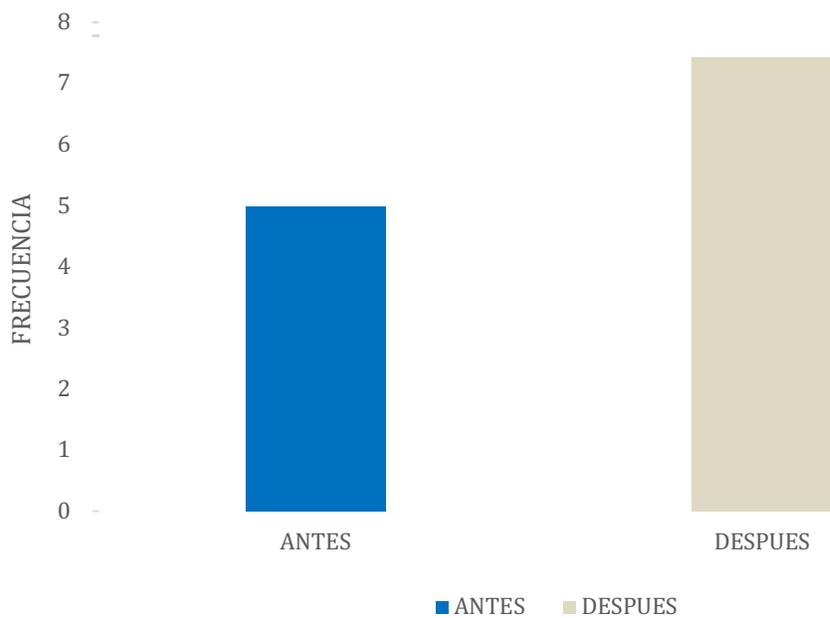


Figura 11. Resultado antes y después de la aplicación del módulo “Apoyo Social y función inmune” con diferencias estadísticamente marginales de $p=.066$

En lo que respecta a la variable de impacto de la enfermedad antes de la intervención el puntaje fue de 74.5 lo que corresponde a un impacto grave según los criterios del instrumento FIQ. Después de la intervención la puntuación fue de 52.7 lo que corresponde a un impacto moderado. Se reportaron diferencias estadísticamente significativas de .046 (véase la figura 12).

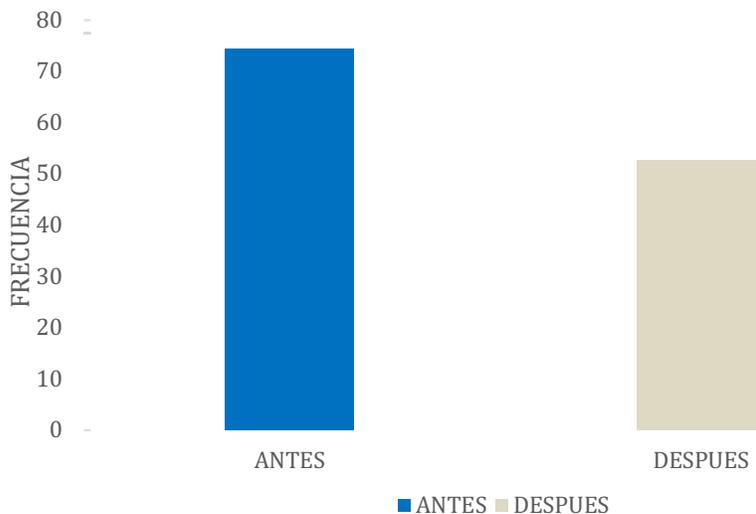


Figura 12. Resultado antes y después de la intervención en la variable de “Impacto de la Enfermedad” medida con instrumento FIQ con diferencias estadísticamente significativas de $p=.046$

En relación con la variable de calidad de vida obtuvimos diferencias clínicas en cuatro áreas después de la intervención las cuales son: adherencia terapéutica, relación con el médico, tiempo libre y aislamiento. No se reportaron diferencias estadísticamente significativas (ver figura 13)

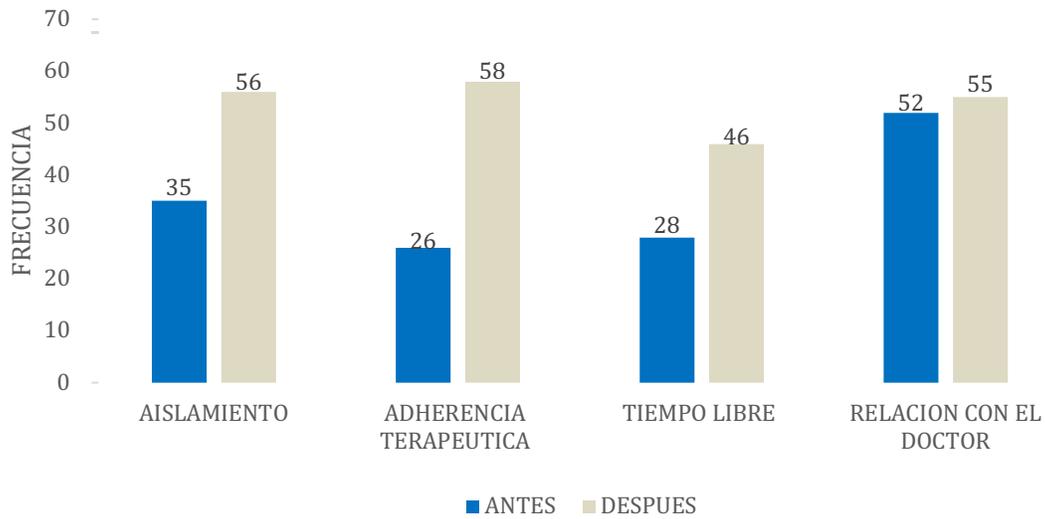


Figura 13. Resultado (mejoría) antes y después de la intervención en “Calidad de Vida” medida con el instrumento InCaViSa

Respecto a la concentración de los niveles de interleucina 6 se encontraron diferencias clínicamente significativas (véase la Figura 14). Hay que resaltar que para la medición de esta proteína se obtuvieron dos perfiles de pacientes a partir de los resultados arrojados por el instrumento MOS.

La medición en los dos pacientes obedece a las limitaciones económicas enfrentadas en la realización de este estudio. Las pacientes con el mayor “J” y menor “N” puntaje de percepción de apoyo social, respectivamente.

En la primer medición la paciente “J” puntuó 24.05 pg/ml y después de la intervención el puntaje bajó a 4.43 pg/ml. Por otro lado, en la paciente “N” el primer puntaje fue de 34.81 pg/ml y después de la intervención disminuyó a 12.65 pg/ml.

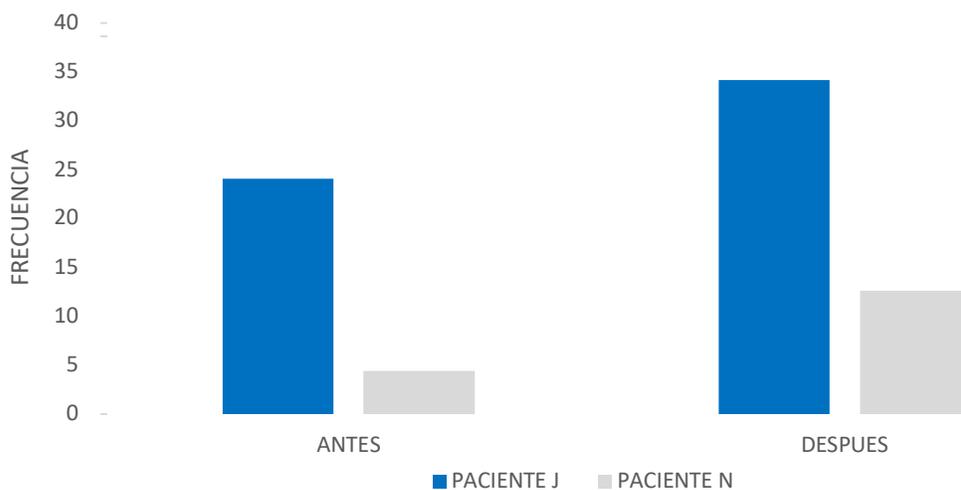


Figura 14. Resultado antes y después de la intervención en la variable de Interleucina 6 en dos pacientes: “J” y “N” con la mayor y menor percepción de apoyo social, respectivamente.

Respecto al registro conductual hay que recordar que comenzó el registro de conductas asertivas en la tercera sesión por parte de las pacientes ya que en las primeras dos sesiones no se abordó el tema de las habilidades sociales.

Se presentan los resultados del carnet de modo que se muestra el puntaje a nivel grupal y el puntaje del paciente con mayor y menor registro de conductas tomando en cuenta desde la tercer semana, misma en la que comenzó el entrenamiento asertivo (véase la Figura 14).

En grupo se obtuvo un puntaje de 78 conductas, 92 en la cuarta semana y por último en la quinta semana un total de 110 conductas asertivas. El paciente con los registros más bajos (menos mejoría) puntuó a partir de la tercera semana un total de 52 conductas, 60 en la cuarta y para la última semana un total de 62 conductas asertivas. El paciente con más mejoría puntuó para la tercera semana 92 conductas, 110 en la cuarta y en la última semana un total de 120 conductas asertivas.

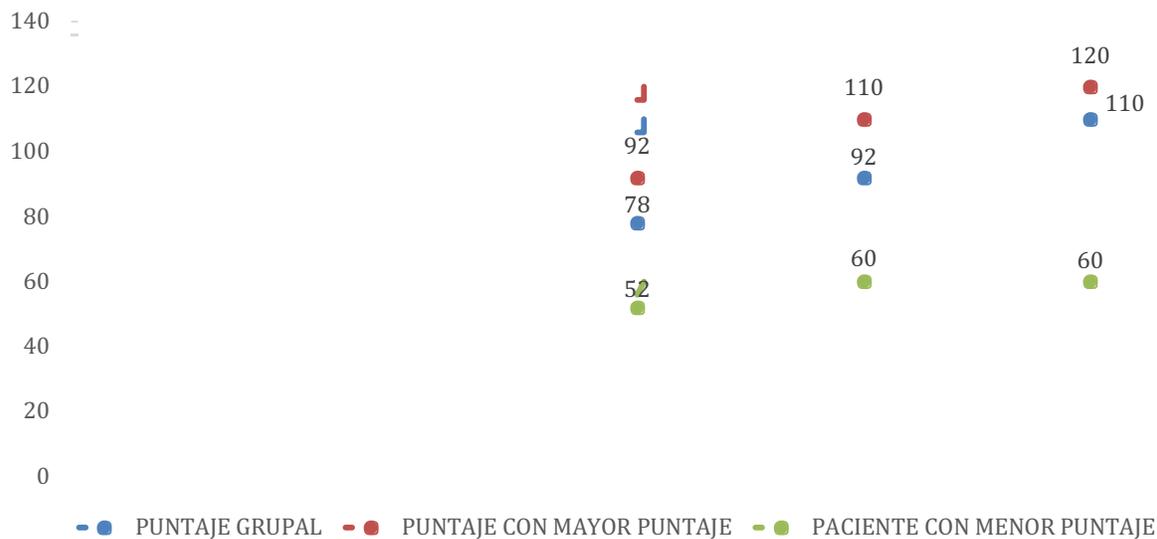


Figura 14. Número de conductas asertivas presentadas por los pacientes de manera semanal. Se muestra el puntaje grupal, el mayor y el menor puntaje.

A fin de evitar o reducir la posibilidad de sesgos por "deseabilidad social" se indicó a algunos familiares (seleccionados aleatoriamente) al finalizar la tercer sesión, que utilizaran el mismo registro conductual que las pacientes con la diferencia de que no iban a registrar sus propias conductas sino las conductas que percibieran de su familiar con Fibromialgia. A pesar de ello, ningún familiar entregó el registro al finalizar el taller argumentando que "se les había olvidado realizar el registro semanalmente".

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar los efectos de una intervención cognitivo conductual en mujeres con FM sobre variables biológicas y psicológicas: IL-6, Calidad de Vida e Impacto de la Enfermedad. Los resultados sugieren que en la mayoría de las pacientes mejoraron al mostrar cambios positivos estadística y clínicamente significativos. Dado que el estudio fue de carácter clínico hubo pacientes cuya mejoría fue importante y la mayoría mostró beneficios medianos.

En relación con la variable *impacto de la enfermedad* los datos muestran una reducción post-intervención. Antes de la intervención la puntuación indicaba que tenían un impacto grave y posteriormente a la intervención se redujo a moderado con diferencias estadísticamente significativas.

Es de considerarse la duración de la intervención, de un mes, ya que hay intervenciones que duran más tiempo y los resultados son diversos de acuerdo al tiempo destinado (Luciano, et.al., 2015). En este sentido, encontramos en la literatura internacional de investigación una coincidencia con esta reducción del impacto de la enfermedad tras un mes de intervención psicoeducativa (Bernardy, Füber, Köllner & Häuser, 2010).

De las doce áreas de las que se compone el InCaVisa la mejoría más importante se dio en las áreas Adherencia Terapéutica, Tiempo Libre y reducción del Aislamiento. Los cambios en Tiempo Libre y Aislamiento pueden estar relacionados a que la intervención psicológica buscó dotar a las pacientes de un repertorio cognitivo-conductual, incrementado y funcional que permitiera a las pacientes afrontar situaciones relacionadas a su enfermedad, vida social, económica y laboral (Sánchez Sosa y Alvarado, 2008).

Hay que resaltar que un factor fundamental en la elaboración del presente estudio fue la detección de necesidades de la enfermedad hecha

a través de entrevistas telefónicas. La literatura de investigación señala diversas ventajas de las encuestas telefónicas en contraste con las tradicionales hechas en persona a domicilio. Una de ellas es el costo económico de una encuesta telefónica puede llegar a ser cinco veces menor que la misma encuesta realizada mediante entrevistas a domicilio (Sticht, 2000).

Además, se ha referido la velocidad de las entrevistas telefónicas (Dillman, 1978) ventaja que se manifiesta en la fase de recolección de datos. Sin embargo, una desventaja que presenta la entrevista telefónica, frente a la presencial, es una posibilidad de menor "calidad" de los datos recopilados. Esta atribución parte de la suposición de que la entrevista telefónica podría tener mayores errores de cobertura, metodológicas y de medición (Sticht, 2000). Si bien en este sentido se tomarían con reservas algunos datos recolectados vía telefónicas, la propia literatura de investigación respalda la confiabilidad de los datos recogidos en entrevistas telefónicas (López & Mingote, 2008; Carrasco, Jiménez & Márquez, 2010, p. 3; Amaya & Carrillo, 2015). Las coincidencias encontradas en los datos recogidos de las entrevistas en comparación con la literatura, es la incompreensión de la enfermedad por parte del medio social, tanto en instalaciones de salud como en círculos sociales y laborales (Escudero, 2010; Márquez, 2010; Reilly & Littlejohn, 1992).

En torno a las evaluaciones realizadas sesión a sesión, la mayor mejoría ocurrió en "asertividad". Esto resulta relevante ya que, inicialmente la detección de necesidades reveló problemas de comunicación con su medio social y la promoción de asertividad es una técnica que dota de un conjunto de conductas para la expresión de sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando a los demás minimizando la probabilidad de problemas interpersonales futuros (Caballo, 1986). De modo que es de señalarse como especialmente positivo que esta variable mostrara la mayor mejoría. Adicionalmente este hallazgo denota que

hubo un buen entendimiento del módulo y puede dar indicios de que las pacientes aumentaron eficazmente la comunicación con su medio social.

Otros datos que señalan esta mejoría de comunicación son los de registros conductuales ya que, en efecto, fue notorio un aumento de conductas asertivas considerable en sentido tanto grupal como individual. Si bien, no se tienen registros en la literatura de investigación respecto a la cantidad de conductas esperadas en pacientes con FM, estos resultados sirven como indicio de la cantidad de conductas asertivas realizadas por pacientes con FM durante y al finalizar la intervención TCC grupal en sólo cinco semanas.

Quizá una limitación de este estudio es la validez convergente en los registros conductuales ya que no se puede tener certeza absoluta de que los resultados reportados por las pacientes sean 100% verídicos. Para tratar de eliminar esta fuente de invalidez se pidió a los familiares que contestaran el mismo registro reportando las veces que vieran a la paciente tener conductas asertivas, desafortunadamente ningún familiar completó satisfactoriamente el registro.

Dadas las características de la intervención se detectan algunas limitaciones en torno a posibles fuentes de invalidez interna. Se trató de una intervención grupal donde sesión a sesión, aunque la conducta del aplicador pudiese inadvertidamente inducir algún efecto, de manera expresa se buscó contrarrestar esta posibilidad con evaluaciones de dos psicólogas de pregrado, independientes, previamente entrenadas en conductas esperadas de un terapeuta a fin de asegurar la integridad del tratamiento.

En principio existiría la posibilidad de que la conducta del aplicador del taller durante la intervención pudiesen haber afectado la

permanencia de las pacientes en el estudio (o su deserción). Sin embargo, a las pacientes que abandonaron el estudio se les preguntaron las razones de inasistencia a lo que, la gran mayoría respondió con enunciados similares al siguiente: *“el clima me impidió seguir yendo ya que había mucho frío y cuando hace así de frío me duele más; no había quién me apoyara en las actividades de la casa y tuve que faltar; tenía otros compromisos y ya no pude ir más; era muy lejos y muy temprano, se me dificultaba mucho”*. En efecto, la intervención se realizó durante el invierno y se ha documentado que el clima frío influye en el aumento del dolor en la FM (Pedrajas y Molino, 2008).

En contraste, las pacientes que asistieron a todas las sesiones refirieron que los factores que ayudaron a sostener su asistencia total al taller fue la motivación al cambio, la creencia de que podían mejorar y sobre todo al apoyo obtenido por parte de sus familiares. Cabe resaltar que algunas pacientes asistían con sus familiares "para que se involucraran con la enfermedad y pudieran entenderlas". Los familiares que asistieron al taller comentaron, al finalizar, que a veces no creían que sus familiares estuvieran enfermas porque se veían bien, pero que ahora las entienden un poco más y se mostraron comprometidos con la enfermedad de sus familiares. Estos comentarios son importante para que en siguientes intervenciones se contemple la participación activa de familiares de pacientes.

Referente al marcador biológico (la proteína IL-6) los puntajes iniciales coincidieron con la literatura de internacional (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996; Lutgendorf, Anderson, Sorosky, Buller, & Lubaroff, 2000) en tanto que la paciente que percibía el menor apoyo social obtuvo un puntaje más elevado en la concentración de esta proteína siendo 34.81pg/ml en contraste con la paciente que percibía el mayor apoyo social que fue de 24.05 pg/ml. Este hallazgo es consistente con otros similares como en el estudio siguiente.

En un estudio de Bioquímica Clínica (Benhaim, et. al., 2014) se analizaron los niveles de concentración de IL-6 en pacientes con FM y reportaron tener una media de 26.15 pg/ml. Después de nuestra intervención hubo reducciones considerables en ambas pacientes. En la paciente “J” de un 81.58% y de la paciente “N” de un 63.65%. Esto quiere decir que después de nuestra intervención se redujeron los niveles de IL-6 por debajo de la media referida en la literatura. Estos datos son alentadores en torno a la importancia de las intervenciones TCC en enfermedades de dolor crónico. Dentro de intervenciones psicológicas reportadas con población con FM no se había realizado la medición de esta proteína probablemente por suposición de que basta el sustento teórico (Ugeda, González, Fernández y Hernández, 2000) que habla de que en la FM existe muy poca o incluso nula inflamación.

No obstante, investigaciones (Miyazaki et al., 2005) señalan que hay que tomar en cuenta no únicamente a los procesos biológicos sino la repercusión de factores psicológicos, como la percepción de apoyo social, ya que éstos afectan procesos biológicos como la inflamación sobre todo en población con FM de modo que factores psicosociales pueden influir en el aumento de inflamación.

CONCLUSIONES

Así pues, la FM es una enfermedad altamente costosa en la vida social, emocional y económica de las pacientes que la padecen. Dada la falta de credibilidad en la enfermedad es importante que las pacientes adquieran habilidades sociales para poder lidiar con la invalidación social y mejoren sus procesos de comunicación con su medio social. El campo de la psicología, como el de otras ciencias, han comenzado a entrelazarse resultando en mejoras en la eficacia de tratamientos. La

interdisciplinaria ha tomado un terreno prometedor en el avance hacia una calidad de vida más digna por parte de nuestros enfermos.

Se sugiere considerar síntomas como dolor o cansancio en el momento de las evaluaciones, ya que pueden ser variables extrañas que impactan en los resultados.

Realizar un estudio con una previa detección de necesidades y con la medición de variables biológicas y psicológicas implica la realización de intervenciones cada vez más objetivas y personalizadas que obedecen a una realidad vigente en que los pacientes sufren y que, en ocasiones, parecen permanecer olvidados. Estas intervenciones ayudan a la actualización y creación de tratamientos a necesidades emergentes y urgentes que pretenden reincorporar al enfermo a una vida plena y saludable.

REFERENCIAS

- Abbas, A. (2008). *Inmunología celular y molecular*. 6ª ed., Lugar: Elsevier
- Alegre de Miquel, C., et al. (2005). "Revisión sistemática de las intervenciones farmacológicas", en *La fibromialgia*. Barcelona: Medicina Clínica, pp. 125, 784-7
- Allen, K., Blascovich, J., & Mendes, W. B. (2002). Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: The truth about cats and dogs. *Psychosomatic medicine*, 64(5), 727-739
- Allen, K.M., et al. (1991). "Presence of human friends and pet dogs as moderators of autonomic responses to stress in women", in *Journal of Personality and Social Psychology*. Num. 61, pp. 582-589
- Álvarez-Nemegyei. (2003). "Síndromes de dolor regional apendicular. Creencias y evidencias", en *Revista Mexicana de Reumatología*. Núm. 18, pp. 365-72
- Amaya Ropero, MC y Carrillo González, GM. (2015). "Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno", en *Aquichan*. Vol. 15, Núm. 4, pp. 461- 74
- Andreu, JL., Sanz, J. (2005). "La fibromialgia y su diagnóstico", en *Revista Clínica Española*. Vol. 205, Núm. 7, pp. 333-6
- Arcas, M. (2014). Abordaje cognitivo conductual en mujeres afectadas por fibromialgia. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 18 (4), 296-301.
- Aréchiga, O. (2004). "Fibromialgia: una enfermedad silenciosa", en *Anestesia en México*. Vol. 16, Núm. 4, pp. 212-9
- Ato, Manuel, López, Juan J., & Benavente, Ana. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Ballesteros, M. (2008). *Psicopatología en pacientes con fibromialgia y su relación con la severidad del dolor y discapacidad*. México: Universidad Nacional Autónoma de México
- Barnes, A (1993). "Antiinflammatory actions in steroids: molecular mechanisms", in *Trends in Pharmacological Sciences*. Num. 14, pp. 436- 41
- Beard, B. H. (1971). The quality of life before and after renal transplantation. *Diseases of the Nervous System*, 32(1), 24-31.
- Benhaim, M., Doglia, L., Canella, V., López, S., Hofman, J., & Espósito, M. (2014). Estudio transversal bioquímico clínico en pacientes con artritis reumatoidea y su relación con el tabaquismo. *Acta bioquímica clínica latinoamericana*, 48(3).

- Bernardy K, Füber N, Köllner V, Häuser W. (2010). Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome - a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *J Rheumatol*;37(10):1991-2005.
- Belmonte, C. y Cervero, E. (1996). "Neurobiology of nociceptores", in *Oxford University Press*. Oxford: Oxford University
- Bennett R. (2005). The Impact Questionnaire for Fibromyalgia (FIQ). A review of its development, current revision, operating characteristics and uses. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23, S154-S162.
- Bennett, RM., et. al. (2005). "Impact of fibromyalgia pain on health-related quality of life before and after treatment with tramadol/acetaminophen", in *Arthritis Rheum*. Num. 53, pp. 519-27
- Birtane M, Uzunca K, Tastekin N, Tuna H. The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis by using the SF-36 Health Survey. *Clin Rheumatol*. 2007;26:67984.
- Bishop, S. (2000). *Desarrolle su asertividad*. España: Gedisa.
- Bistre, S. (2007). "El dolor crónico en América Latina", en *Revista Iberoamericana del Dolor*. Núm. 3, pp.7-9
- Briones Vozmediano, E. (2014). La construcción social de la fibromialgia como problema de salud desde la perspectiva de las políticas, profesionales y personas afectadas.
- Broadwell, S.D. y Light, K.C. (1999). "Family support and cardiovascular responses in married couples during conflict and other interactions", in *International Journal of Behavioral Medicine*. Num. 6, pp. 40-63
- Bruce. (2004). "Innate immunity: an overview", in *Immunology*. Num. 40, pp. 845-59
- Broderik G, Travis A, Systems biology of complex symptom profiles: Capturing interactivity across behavior, brain and immune regulation. *Brain, behavior and immunity regulation*. 2013: (29) 1-8
- Caballo, V.E. (1986). Evaluación de las habilidades sociales, en R. Fernández Ballesteros y J. A. Carroles (comps., 3ª ed.), *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo Veintiuno
- Calabozo-Raluy, M., et. al. (1990). "Síndrome de fibromialgia (fibrositis): tan frecuente como desconocido", en *Medicina Clínica Barcelona*. Núm. 94, pp. 193-5.
- Caplan, R. D., Cobb, S., & French, J. R. (1975). Relationships of cessation of smoking with job stress, personality, and social support. *Journal of Applied*

- Psychology*, 60(2), 211-219. doi:10.1037/h0076471
- Capuron, L., Ravaut, A., Neveu, P. J., Miller, A. H., Maes, M., & Dantzer, R. (2002). Association between decreased serum tryptophan concentrations and depressive symptoms in cancer patients undergoing cytokine therapy. *Molecular psychiatry*, 7(5), 468.
- Campayo, J., Arnal, P., Marqués, H., Meseguer, E., Martínez, A., Navarro, C. & Orozco, F. (2005). Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: Efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 73, 32-41.
- Carrasco Acosta, M. C., et. al. (2010). "Fibromialgia: cuando el dolor es una historia de vida", en *Index de Enfermería*. Vol. 19, Núm. 2-3, pp. 196-200. Recuperado el 03 de septiembre de 2017 de la página web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200027&lng=es&tlng=es.
- Carville, S.F., et. al. (2008). "EULAR: evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome", in *Ann Rheum Dis*. Num. 67, pp. 536-41
- Castanyer, O. (2003). La asertividad: expresión de una sana autoestima. 20ª edición, Bilbao: Desclée de Brouwer
- Chapman, R. y Turner, J. (2003). Aspectos psicológicos del dolor. En J. Loeser (Comp.): *Bonica terapéutica del dolor* (3ª ed., vol. 1, p. 216). México: McGraw-Hill.
- Clark P. (2001). "Frecuencias y características de la fibromialgia en el Hospital General de México: revisión de la Epidemiología", en *Revista Mexicana de Reumatología*. Núm. 16, pp. 191-7
- Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). "Stress, social support and the buffering hypothesis, in *Psychological Bulletin*, Num. 98, pp. 310-57
- Collins, N.L. y Feeney, B.C. (2000). "A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships", in *Journal of Personality and Social Psychology*. Num. 78, pp. 1053-73
- Correa, M. V. B. y Hernández, M. H. B. (2006). "La Psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental", en *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. 35, Núm. 4, p. 463.
- Covarrubias-Gómez, A., et. al. (2016). "Actualidades conceptuales de la fibromialgia", en *Revista Mexicana de Anestesiología*. Núm. 39, pp. 58-63.
- Criswell, J. H. (1954). Support of graduate students in social psychology by the

- Office of Naval Research. *American Psychologist*, 9(4), 148-150.
doi:10.1037/h0055992
- Cruz, Tamayo & Franco,. (2010). "Tratamiento farmacológico de fibromialgia: experiencia de tres años", en *Revista Facultad Medicina*. Núm. 53, p. 11
- Cruz FL, Tamayo VAC, Guevara LU, Bautista EV. Tratamiento farmacológico de la fibromialgia: la experiencia de tres años. *Rev Fac Med UNAM* 2010; 53 (3).
- Del Prette, Z. y Del Prette, A. (2002). *Psicología de las habilidades sociales. Terapia y educación*. México: Manual Moderno.
- Díaz R, Marulanda F, Sáenz X. Estudio epidemiológico del dolor crónico en Caldas, Colombia (Estudio Dolca). *Acta MedColomb*. 2009;34(3):96-102.
- Dillman, D.A. (1978) *Mail and telephone surveys: The total design method*. Nueva York. John Wiley.
- Dörner, Thomas & Andreas Radbruch (2007), "Antibodies and B Cell Memory in Viral Immunity", *Immunity*, 27 (3):384-382.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3ª ed.). Nueva York: Springer
- Ehrlich G. Fibromialgia is not a diagnosis. *Arthritis Rheum*. 2003;48:276.
- Escudero M, García N., Prieto A., et al. Fibromialgia, percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Reumatología Clínica*. 2010; 6(1):16-22
- Farooqi A, Gibson T: Prevalence of the major rheumatic disorders in the adult population of north Pakistan. *Br J Rheumatol* , 1998, 37:491-495.
- Fields H & Heinrieher M. The activity of neurons in the rostral media of the rat during with drawal from noxious het. *J. Neurosci* 1983: 2545-52.
- Fleming, R., Baum, A., Gisriel, M.M., & Gatchel, R.J. (1982). Mediating influences of social support on stress at Three Mile Island. *Journal of Human Stress*, 8, 14-22.
- Flores, M. y Díaz-Loving, R. (2002). *Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- García-Campayo J, P Arnal, C Navarro, E Meseguer, A Martínez, A Romeo, et al. Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: Efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 2005; (73): 32-41
- Goazigo, R., K., A., Van Strrnwinckel, J., Rostene, W., & Meilik P., S. (2013) Current status of chemokines in adult CNS.
- Goodenow, C., Reisine, S. T., & Grady, K. E. (1990). Quality of social support and

- associated social and psychological functioning in women with rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 9(3), 266.
- Gormsen, L., Rosenberg, R., Flemming, W. B. y Troels, S. J. (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 14, 1-8
- Gowers, W. R. (1904). Lumbago: its lessons and analogues. *British Medical Journal*, 1, 117-121.
- Haxby, J. (2014). The distinction between randomized clinical trials (RCTs) and preliminary feasibility and pilot studies: What they are and are not. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 44(8), 555-558.
doi:10.2519/jospt.2014.0110.
- Gracely RH, Petzke F, Wolf JM, Clauw DJ. Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2002;46: 1333-1343.
- Häuser W, Ablin J, Fitzcharles M, et al, *Fibromyalgia*, Macmillan Publishers Limited. 2005; 1: 1-16.
- Häuser, W., Bernardy, K., Uçeyler, N., y Sommer, C. (2009). Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *JAMA*, 301, 198-209
- Hawkley, L. C., Bosch, J. A., Engeland, C. G., Marucha, P. T., Cacioppo, J. T. (Loneliness, dysphoria, stress, and immunity: A role for cytokines. In Plotnikoff, N. P., Faith, R. E., Murgo, A. J., Good, R. A. (Eds.), *Cytokines: Stress and immunity (2nd ed., pp. 67-85).*
- Hench PK. Nonarticular rheumatism. 22nd rheumatism review. Review of the American and English literature for the years 1973 and 1974. *Arthritis Rheum*, 19(Supl) (1975), pp. 10
- Herch, K. P. (1989). Evaluation and differential diagnosis of fibromyalgia. Approach to diagnosis and management. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 15(1), 19-29
- Hidalgo, C. y Abarca, N. (1999). Comunicación interpersonal. Programa de entrenamiento en habilidades sociales. Colombia: Alfaomega.
- Howard Smith, Richard Harris & Daniel Clauw. (2011). Fibromyalgia: An Afferent Processing Disorder Leading to a Complex Pain Generalized Syndrome . *Pain Physician*: March/ April; 14:E217-E245
- Huxley, J. (1959). Population planning and quality of life. *Eugenics Review*, 51, 149-154.
- J. Esteve-Vives, J. Rivera, I. Salvat, M. de Gracia, C. Alegre. Propuesta de una

- versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatol Clin*, 3 (2007), pp. 21-24
[http://dx.doi.org/10.1016/S1699-258X\(07\)73594-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1699-258X(07)73594-5)
- Kagan, Jonathan C. (2012), "Organelles of the Innate Immune System", *Cell*, 151:1168-1178.
- Kelly, J. (2000). Entrenamiento de las habilidades sociales. España: Desclée De Brouwer.
- Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A. y Perri, L. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The Journal of Pain*, 5,195-211.
- Kim, H.S., Sherman, D.K., & Taylor, S.E. (2008). Culture and social support. *American Psychologist*, 63, 518–526.
- Lavin, M. Fibromyalgia as a sympathetically maintained pain syndrome (2004) *Curr Pain Headache Rep*. 2004;5:385-9.
- Le Goff P. Is fibromyalgia a muscle disorder? *Joint Bone Spine*. 2006;73:239-42
- Lin, N., Ye, X., & Ensel, W. (1999). Social support and depressed mood: A structural analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 344–359.
- López, E., Mingote, A. (2008) Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19(3), 343-358.
- Luciano JL, Martínez DN, Peñarrubia GM, Fernández MR, García J, Verduras CM, Blanco ME.(2015). Efectividad de un programa de tratamiento psicoeducativo para la fibromialgia implementado en atención primaria: resultados de un ensayo clínico controlado. *Revista Española Salud Pública*. Septiembre 2015;21 (3): 45-67
- Lutgendorf, S. K., Anderson, B., Sorosky, J. I., Buller, R. E., and Lubaroff, D. M. (2000). Interleukin-6 and use of social support in gynecologic cancer patients. *Int. J. Behav. Med*. 7: 127–142.
- Maier, S. F., & Watkins, L. R. (1998). Cytokines for psychologists: implications of bidirectional immune-to-brain communication for understanding behavior, mood, and cognition. *Psychological review*, 105(1), 83.
- Mannigham, R. (1750). *The symptoms, nature, causes and cure of the febricula or little fever: commonly called the nervous or hysteric fever; the fever of spirits; vapours, hypo, or spleen*. London: J Robinson.
- Martínez E, González O, Crespo JM. Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud Mental* 2003; 4:2-7.
- Martínez, Peñarrubia Fernánde MR, García J, Verduras CM, Blanco ME. Efectividad de un programa de tratamiento psicoeducativo para la

- fibromialgia implementado en atención primaria: resultados de un ensayo clínico controlado. *Revista Española Salud Pública*. Septiembre 2015;21 (3): 45-67)
- Mas, A.J, Carmona, L., Valverde, M. & Ribas, B. (2008). EPISER Study Group. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clin Exp Rheumatol* 2008;26: 519-526.
- McGuigan, F.J. (1997). *Experimental Psychology Methods of Research*. Portsmouth, New Hampshire: Pearson.
- Michopoulos, V. & Jovanovic, T. (2015). Chronic inflammation: a new therapeutic target for post-traumatic stress disorder?. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 954-955. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(15\)00355-7](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(15)00355-7)
- Miller, A. H., & Raison, C. L. (2016). The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nature Reviews Immunology*, 16(1), 22.
- Moioli B, Merayo LA. Effects of psychological intervention on pain and emotional state of persons with fibromyalgia. *Rev Soc Esp Dolor* 2005; 12: 476-484.
- Meyer R, Matthias R & Campbell. Pheriphal mechanisms of cotaneous nociception. *J Neurol*. 2006, p, 3-34.
- Miyazaki, T., Ishikawa, T., Nakata, A., Sakurai, T., Miki, A., Kawakami, N., Fujita, O., Kobayashi, F., Haratani, T., Iimori, H., Sakami, S., Fujioka, Y., Awamura, N. (2005). Association between perceived social support and Th1 dominance. *Biol. Psychol.* 70: 30-37
- Moynihan, J. A., Larson, M. R., Treanor, J., Duberstein, P. R., Power, A., Shore, B., and Ader, R. (2004). Psychosocial factors and the response to influenza vaccination in older adults. *Psychosom. Med.* 66: 950-953.
- Moldofsky H, Scarisbrick P, England R, Smythe H. Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with "fibrositis syndrome" and healthy subjects. *Psychosom Med.* 1975 Jul-Aug;37(4):341-51
- Moix, Jenny, Casado, M.^a Isabel, *Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico*. Clínica y Salud [en línea] 2011, 22 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 22 de noviembre de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618548003>> ISSN 1130-5274
- Monjas, M. (2000). Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar. Madrid: CEPE.
- Montoya P, Larbig W, Braun C, Preissl H, Birbaumer N. Influence of social support and emotional context on pain processing and magnetic brain responses in fi

- bromyalgia. *Arthritis Rheum*, 2004;50:4035-44.)
- Monegro, F., Quiñones M., y Rodríguez, M. (1987). Medicina Conductual: Nuevo Paradigma para la evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Acta Médica Dominicana*, 9 (5), 165-177.
- Moreno Gallego, I., y Montaña Alonso, A. (2000). Fibromialgia: Tema monográfico. *Revista Española de Reumatología*, 27, 436-441.
- Mullen, B., Bryant, B., & Driskell, J.E. (1997). Presence of others and arousal: An integration. *Group dynamics: Theory, research, and practice*, 1, 52-64.
- Naranjo, P. (1993) ¿Qué es la epidemiología?. *Bolt of Saint Panam*, 114 (5), 464-467.
- Nebel MB, Gracely RH. Neuroimaging of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am*. 2009; 35(2):313-327.
- Neumann L, Zeldets V, Bolotin A, Buskila D: Outcome of post-traumatic fibromyalgia: a 3-year follow-up of 78 cases of cervical spine injuries. *Semin Arthritis Rheum* 2003, 32:320-325.
- Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35, 1-33.
- Nezu, A., Nezu, C. y D`Zurilla, T. (2014). *Terapia de Solución de Problemas: manual de tratamiento*. Bilbao: Desclée De Brouwer
- Nishishinya MB, Rivera J, Alegre de Miquel C, Pereda CA. Revisión sistemática de las intervenciones no farmacológicas y alternativas en la fibromialgia (pendiente de publicación).
- Nogueras M, Ana María; Calvo Arenillas, José Ignacio; Sousa Pinto, Juliana Maria de; 2010. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con fibromialgia. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 23: 199-205.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 37(S2):74-105.
- Paterson, R. & Rector, N. (2001). The Assertiveness Workbook. *Canadian Psychology*, 42 (3), 234-235.
- Penninx BWJH, Kriegsman DMW, Van Eijk JTM, Deeg DJH. Differential effect of social support on the course of chronic disease: a criteria-based literature study. *Fam Syst Health*. 1996;14:223-44.
- Plaud, J.J. (2001). Clinical science and human behavior. *Journal of Clinical*

- Psychology, 57 (9),00201089 – 1102.
- Pomerleau, O. F. (1979). Behavioral Medicine. The Contribution of the Experimental Analysis of Behavior to Medical Care. *American Psychologist*, 34(8), 654-663.
- Porreca F, Ossipov M, Gebhart G. Chronic pain and medullary descending facilitation. *Trends Neurosci* 2002;25: 319-25.
- Queiroz LP. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Curr Pain Headache R* 2013; 17 (356):1-6.
- Rao SG. The neuropharmacology of centrally-acting analgesic medications in fibromyalgia. *Rheum Dis Clin N Am* 2002; 28: 235-259.
- Rascón, G. M. L., Hernández, D. V., Casanova, R. L., Alcántara, C. H., y Sampedro, S. A., (2011). *Guía Psicoeducativa para personal de salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Reilly PA, Littlejohn GO. Peripheral arthralgic presentation of fibrositis/fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1992;19:281-3.
- Rivera J, Alegre C, Ballina F, Carbonell J, Castel B, Collado A, et al. Documento de consenso de Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin*. 2006;2 Suppl 1:S55-66.
- Rivera Redondo. (2011). *Seminario de la Fundación Española de Reumatología*, 12(1), 21-26.
- Rodham K, Rance N, Blake D. A qualitative exploration of carers' and 'patients' experiences of fibromyalgia: One illness, different perspectives. *Musculoskel Care*, 8 (2010), pp. 68-77.
- Roizenblatt S, Moldofsky H, Benedito A, Tufik S. Alpha sleep characteristics in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2001; 44: 222-30.
- Saavedra Ramírez, P., & Vásquez Duque, G., & González Naranjo, L. (2011). Interleucina-6: ¿amiga o enemiga? Bases para comprender su utilidad como objetivo terapéutico. *Iatreia*, 24 (2), 157-166.
- Salinas, R. y Sánchez Sosa, J. J. (2012). Contribución de la interacción familiar como posible predictor del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2(2), 103-110.
- Sánchez-Sosa, J. J. & Alvarado, A. S. (2008). A behavioral self-recording procedure in the management of breast cancer: A field test with disadvantaged patients. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34(2), 313-331.
- Sarason, B. y Pierce, G. (1990) Social Support and Interactional Processes: A Triadic Hypothesis. *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol. 7, No. 4, 495-506 (1990).

- Sarason, B.R., Sarason, I.G., & Gurung, R.A.R. (1997). Close personal relationships and health outcomes: A key to the role of social support. In S. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships* (pp. 547-573)
- Schmidt-Wilcke T, Wood P, Lürding R. Cognitive impairment in patients suffering from fibromyalgia. An underestimated problem. *Schmerz*. 2010;24:46-53.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of Scientific Research*. New York: Basic Books.
- Singh JA, Beg S, Lopez-Olivo MA. Tocilizumab for rheumatoid arthritis: a cochrane systematic review. *J Rheumatol*. 2011 Jan;38(1):10-20.
- Skinner, B. F. (1953) *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Smith, Moldofsky. Two contributions to understanding of the "fibrositis syndrome". *Bull Rheum Dis*, 1977; 28: 928-931.
- Smith H, Harris R, Clauw D. (2011) Fibromyalgia: an afferent processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome, *Pain Physician*:14 pg. E217-45)
- Solá J, Núñez Juárez M., Núñez Juárez E., Del Val García J. L., Gómez Gil E., Godás Sieso T., Fernández Huerta J. M. (2006). Evaluación de parámetros de calidad de vida y repercusión funcional en pacientes con Síndrome de Fatiga Crónica. *Patología del Aparato Locomotor*, 2006; 4 (1): 29-38
- Steindler, A. (1938). Differential Diagnosis of Pain Low in the Back. *Journal of the American Medical Association*, 110, 106.
- Sim, J., y Adams, N. (2002). Systematic review of randomized controlled trials of non-pharmacological interventions for fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain*, 18, 324-36.
- Steindler, A. (1938). Differential diagnosis of pain low in the back. *Journal of the American Medical Association*, 110(2), 106.
doi:10.1001/jama.1938.0279002002000
- Sticht, T. G. (2000) Using Telephone and mail Surveys as a Supplement or Alternative to Door-to-Door Surveys in the assessment of Adult Literacy. National Center for Education Statistics. Working Paper N° 2000-06
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A., & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological review*, 107(3), 411.
- The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR) (2009). Validation and psychometric properties Bennett RM, Friend R, Jones KD, Ward R, Han BK, Ross RL. *Arthritis Res Ther*. 2009; 11(4):R120. Epub 2009 Aug 10. Erratum in: *Arthritis Res Ther*; 11(5):415
- Thoits, P.A. (1984). Explaining distributions of psychological vulnerability: Lack of

- social support in the face of life stress. *Social Forces*, 63, 453–481.
- Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. (2004). Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: a meta-analysis. *Arthritis Rheum*, 51:9–13.
- Trejo, B. D., Medina, D. A. R., Verde, S. K. P., Alva, G. L., Rangel, R. M., Esteban, P. C. & Hernández, L. M. (2003). Respuesta Inflamatoria, emociones y dolor. Investigación clínica.
- Ubago Linares, María del Carmen, Ruiz Pérez, Isabel, Bermejo Pérez, María José, Labry Lima, Antonio Olry de, & Plazaola Castaño, Juncal. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia: Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Española de Salud Pública*, 79(6), 683-695. Recuperado en 23 de agosto de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600008&lng=es&tlng=pt.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., and Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol. Bull.* 119: 488–531
- Uchino, B. N., Holt-Lunstad, J., Uno, D., and Flinders, J. B. (2001). Heterogeneity in the Social Networks of Young and Older Adults: Prediction of Mental Health and Cardiovascular Reactivity during Acute Stress. *J. Behav. Med.* 24: 361–382.
- Ugeda Montañés, J., González Agudo, M. I., Fernández Delgado, C., y Hernández Sánchez, R. (2000). Fibromialgia: Tema monográfico. *Revista Española de Reumatología*, 27, 414-416.
- Van Wilgen, C. P., Van Ittersum, M. W., Kaptein, A. A. y Van Wijhe, M. (2008). Illness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthritis and Rheumatism*, 58, 3618-3626.
- Velarde & Avila. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002;44:349-361
- Wallace D. The fibromialgia síndrome. (1997). *AnnMed*; 29: 9-21.
- Wells-Federman, C., Arnstein, P., & Caudill-Slosberg, M. (2003). Comparing Patients with Fibromyalgia and Chronic Low Back Pain Participating in an Outpatient Cognitive-Behavioral Treatment Program. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 11(3), 5-12.
- WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. ICD-10. Geneve: WHO; 1992.
- Wills, T.A. (1998). Social support. In E.A. Blechman, & K.D. Brownell

- (Eds.), *Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook* (pp. 118–128).
- Wolfe F, Daniel J, Fitzcharles Ann, Goldenberg ,Katz R ,Mease P, Russel A, Winfield J. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity 2010; 62: 600–610
- Wolfe F, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, et al. Comparison of Physician-Based and Patient-Based Criteria for the Diagnosis of Fibromyalgia. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2016; 68:652.
- Wolfe F, Ross K, Anderson J, et al.: The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995, 38:19–28.
- Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum.* 1995;38:19-28.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al. The ACR 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum*1990;33:160–72
- Wolfe F. *Fibromyalgia wars.* *J Rheumatol.* 2009; 36: 671–8.
- Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3^a ed.). Nueva York: Springer

7. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto "Investigación para la Salud", Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; así como del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo "De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos" Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, se me ha explicado e informado que:

Se me ha explicado que el propósito de la presente investigación es conocer y entender sobre algunos malestares de tipo psicológico que pueden presentarse en las personas que tenemos síndrome de fibromialgia y que se me realizarán una serie de preguntas que pertenecen a instrumentos de evaluación psicológica, las cuales se espera sean inofensivas para mí.

Me han enterado de que las preguntas que se me realizarán se encuentran enfocadas a conocer cómo ha sido mi estado de ánimo en las últimas fechas, además de cómo me he sentido al respecto de mi enfermedad y sus efectos. También se me ha informado que si las preguntas me resultan incómodas o impactantes, podré obtener apoyo por parte del área de psicología del servicio de Clínica del Dolor y

Cuidados Paliativos para resolver cualquier malestar emocional que se pueda presentar.

Los resultados de estas evaluaciones ayudarán a determinar características psicológicas particulares de las personas que viven con síndrome de fibromialgia, lo cual también ayudará a poder mejorar la atención integral de las personas que tienen esta enfermedad.

Se me ha asegurado que puedo preguntar cualquier duda o preocupación que tenga al respecto de la evaluación y mi participación en ésta. Además, se me ha aclarado que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi atención por parte del personal de salud o del hospital

Autorizo la publicación de los resultados de la evaluación, a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que en ningún caso se harán públicos mi nombre o identidad.

Mi participación en la evaluación no requiere que yo realice ningún tipo de pago monetario; tampoco recibiré pago monetario alguno por dicha participación.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo

_____ con número de expediente
_____ acepto participar en el estudio titulado:

“Efecto de un taller psicoeducativo sobre variables biológicas y psicológicas en mujeres con Fibromialgia”

Nombre y firma del paciente o responsable legal

Nombre, y firma del testigo 1

Dirección

Relación que guarda con el paciente

Nombre, y firma del testigo 2

Dirección

Relación que guarda con el paciente

Nombre y firma del Investigador Principal

Nombre y firma de quien aplica el consentimiento informado

Este documento se extiende por triplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador, así mismo es obligatorio integrar al expediente clínico una copia del mismo, anexando una nota donde se especifique que el sujeto de estudio esta participando en el protocolo (señalando titulo y numero de registro y nombre del investigador responsable). Queda entendido que la Dirección de Investigación, o los Comités podrán requerir este documento en cuanto lo consideren necesario. Este documento deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años.

Para preguntas o comentarios comunicarse con la Dra. María Elisa Vega Memije (01 55) 4000-3000 Ext 3217 Presidente del Comité de Investigación o con el Dr. Samuel Weingerz Mehl, Presidente del Comité de Ética en Investigación al (01 55) 4000-000 Ext-3032.

ANEXO 2 "CHECK LIST CONDUCTAS ESPERADAS"

AL INICIAR EL TALLER EL TERAPEUTA					
1. Llega puntual		SI			NO
2. Tiene material listo en tiempo		SI			NO
3. Inicia conversación relajada con las pacientes		SI			NO
1. Esta al pendiente de que tomen asiento		SI			NO
2. Esta al pendiente de que tengan el material		SI			NO
3. Saludo inicial al grupo		SI			NO
4. Se presenta por su nombre		SI			NO
5. Presentación de pacientes por sus nombres		SI			NO
6. Explica los objetivos de la sesión		SI			NO
DURANTE TODA LA SESIÓN EL TERAPEUTA					
7. Redirige el foco del taller al apoyo social	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre	
8. Se dirige a las pacientes por sus nombres, hablándole de acuerdo a su edad y género	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre	
9. Mantiene contacto visual con las pacientes	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre	
10. Su volumen de voz es	Alto	Medio	Bajo	Inaudible	
11. La velocidad de su voz es	Rápido	Moderado	Lenta		
12. Se observan movimientos corporales	Asiente o niega con la cabeza	Movimientos que apoyan el discurso	Movimientos excesivos al hablar	Se lleva las manos al cabello o cara constantemente	
13. Conserva una postura	Distante	Tensa	Relajada	Desalineada	
14. Utiliza tecnicismos	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre	
15. Utiliza ejemplos sencillos para facilitar la comprensión	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre	
16. Pide ejemplos a las pacientes	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre	
17. Indaga cogniciones de las pacientes	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre	
18. Indaga antecedentes inmediatos de la conducta problema	No fue necesario	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
19. Indaga emociones de las pacientes	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre	
20. Indaga conductas de las pacientes	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre	
21. Indaga respuestas fisiológicas de las pacientes	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre	
22. Indaga consecuencias inmediatas de la conducta problema	No fue necesario	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
23. Escucha sin interrupción a las pacientes	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre	
24. Acota el discurso de pacientes verborreicas	No fue necesario	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
25. Redirige la conversación al tema de interés	No fue necesario			0% 20% 40% 60% 80% 100%	
26. Utiliza adecuadamente las clarificación	No fue necesario			0% 20% 40% 60% 80% 100%	
27. Utiliza adecuadamente la paráfrasis	No fue necesario			0% 20% 40% 60% 80% 100%	
28. Utiliza adecuadamente el reflejo	No fue necesario			0% 20% 40% 60% 80% 100%	
29. Utiliza adecuadamente la síntesis	No fue necesario			0% 20% 40% 60% 80% 100%	
30. Utiliza adecuadamente las preguntas abiertas	No fue necesario			0% 20% 40% 60% 80% 100%	
31. Utiliza adecuadamente las preguntas cerradas	No fue necesario			0% 20% 40% 60% 80% 100%	
32. Utiliza adecuadamente la confrontación	No fue necesario			0% 20% 40% 60% 80% 100%	
33. Utiliza adecuadamente la interpretación	No fue necesario			0% 20% 40% 60% 80% 100%	
34. Utiliza adecuadamente la información	No fue necesario			0% 20% 40% 60% 80% 100%	
35. Utiliza el refuerzo positivo ante verbalizaciones adaptativas	No fue necesario			0% 20% 40% 60% 80% 100%	
36. Destaca las habilidades o aspectos positivos de las pacientes	No fue necesario			0% 20% 40% 60% 80% 100%	
AL FINALIZAR LA SESIÓN EL TERAPEUTA					
37. Pide a las pacientes expresen los aprendizajes significativos	SI				NO
38. Realiza una síntesis de la sesión	SI				NO
39. Informa que el taller ha llegado a su fin	SI				NO
40. Pregunta a las pacientes si tienen dudas o quieren expresar algo	SI				NO
41. Tiene problemas para cerrar la sesión	SI				NO
42. Introduce el cuestionario	SI				NO
43. Explica el cuestionario antes de contestarlo	SI				NO
44. Explica las dudas de manera homogénea	SI				NO

45. Agradece la asistencia	SI	NO
46. Realiza despedida	SI	NO

ANEXO 3 INSTRUMENTOS

2.1 Cuestionario en castellano de impacto de la fibromialgia: Spanish FIQ (S-FIQ)

**Para las preguntas 1-3 señale la categoría que mejor describa sus habilidades o sentimientos durante la última semana. Si usted nunca ha realizado una alguna actividad de las preguntadas, déjela en blanco.

1. ¿Usted pudo?

Actividad	Siempre	La mayoría de las veces	Ocasionalmente	Nunca
Ir a comprar				
Lavar la ropa				
Preparar la comida				
Lavar los platos o utensilios de cocina				
Barrer, trapear o usar la aspiradora				
Hacer las camas				
Caminar varios metros				
Visitar amigos o parientes				
Cuidar el jardín/ patio/ plantas				
Utilizar transporte público o conducir un coche				

2. De los 7 días de la semana pasada ¿Cuántos se sintió bien? 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

3. ¿Cuántos días de trabajo perdió la semana pasada por causa de la fibromialgia?

(si no trabaja fuera de casa, no conteste ésta pregunta) 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

**Para las preguntas 4-10 marque en la línea, el punto que mejor indique cómo se sintió usted la última semana.

4. Cuando trabajó ¿cuánto afecto el dolor u otros síntomas de la fibromialgia a su capacidad para trabajar?

No tuve problemas

Tuve grandes dificultades

5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?

Sin Dolor

Dolor muy intenso

6. ¿Hasta que punto se ha sentido cansada (o)?

No he sentido cansancio

Muy cansada (o)

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por la mañana?

Bien

He despertado muy cansada (o)

8. ¿Cómo se ha notado de rígida (o) o agarrotada (o)?

Nada rígida

Muy rígida (o)

9. ¿Hasta qué punto se ha sentido tensa (o), nerviosa (o) o ansiosa (o)?

Nada nerviosa (o)

Muy nerviosa (o)

10. ¿Hasta qué punto se ha sentido deprimida (o) o triste?

Nada deprimida (o)

Muy deprimida (o)

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (InCaViSa)

Instrucciones

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta ni se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco.

Conteste con toda confianza y franqueza.

Para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

Encerraría en un círculo "CASI NUNCA" si siente miedo o temor muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo "SIEMPRE"

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: con toda confianza y conteste con la verdad.

Evaluación

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a cómo ha pensado o sentido durante las últimas dos semanas, por favor tenga en mente sus creencias, esperanza, gustos y preocupaciones pero sólo en los últimos quince días.

1. Creo que si me cuido mi salud mejorará

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

2. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

3. Me preocupa que algunas veces necesito ayuda económica con los gastos de mi enfermedad

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

4. Me preocupa que algunas veces mi enfermedad es una carga para los demás

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

5. Me preocupa que alguien se sienta incomodo(a) cuando está conmigo por mi enfermedad

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

6. Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi enfermedad

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

7. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

8. Si es necesario puedo caminar dos o tres cuerdas fácilmente

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

9. Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuentemente	Casi Siempre	Siempre

10. Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuentemente	Casi Siempre	Siempre

11. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuentemente	Casi Siempre	Siempre

12. Me siento tan vacío(a) que nada podría animarme

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuentemente	Casi Siempre	Siempre

13. Me parece que desde que enfermé no confían en mi como antes

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuentemente	Casi Siempre	Siempre

14. Me siento solo(a) aun estando en compañía de otros

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuentemente	Casi Siempre	Siempre

15. Me siento poco atractivo(a) porque estoy enfermo(a)

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuentemente	Casi Siempre	Siempre

16. Me siento restringido(a) por mi peso

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>					
17. Me da pena mi cuerpo					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>					
18. Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo(a).					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>					
19. Se me olvida en donde puse las cosas					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>					
20. Se me olvidan los nombres					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>					
21. Tengo dificultades para concentrarme y pensar					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>					
22. Tengo problemas con mi memoria					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>					
23. Me fastidia tomar tantas medicinas					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>					
24. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>					

25. Me da pena que los demás noten que tomo medicinas					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
26. Me siento incómodo(a) con mi médico					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
27. El amor de mi familia es lo mejor que tengo					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
28. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
29. Mi familia me comprende y me apoya					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
30. Mi familia me cuida y me apoya					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
31. Desde que enfermé dejé de disfrutar mi tiempo libre					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
32. Me siento triste cuando veo a personas que hace las cosas que antes hacía					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
33. Desde que enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
34. Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares.					

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
35. Desde que enfermé mi vida se ha vuelto difícil					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
36. Desde que enfermé mi vida dejó de ser placentera					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
37. Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
38. Dejé de disfrutar mi vida porque estoy enfermo					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
39. Espero que el médico cure todos mis síntomas					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
40. Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
41. No me importa que tengo, sólo quiero que el médico me cure					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
42. El responsable de que me cure es el médico					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

43. Disfruto asistir al médico

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>					
44. Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>					
45. Visitar al médico se ha convertido en parte de mi vida					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>					
46. Necesito atención médica constantemente					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>					
47. Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>					
48. Cuando las cosas salen mal, hay alguien que me puede ayudar					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>					
49. Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>					
50. Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que puede ayudarme					
0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
<hr/>					
51. EN GENERAL ¿CÓMO EVALUARÍA MI CALIDAD DE VIDA?					
A	B	C	D	E	F
La peor Calidad de Vida posible					La mejor Calidad de Vida posible
<hr/>					
52. Mi salud en general es...					
O	O	O	O	O	O
Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
<hr/>					
53. En comparación con el año pasado ¿Cómo evaluaría en general mi salud ahora?					

Muy Mala Mala Regular Buena Muy Buena Excelente

54. En los últimos siete días ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente con mi bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.)

55. En los últimos siete meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante que haya cambiado mi vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de algún familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación, etc.)

56. Mi padecimiento es:

Lo padezco desde hace:

FIQ

INSTRUCCIONES

La siguiente es una lista de preguntas sobre los síntomas físicos más frecuentes que pudiera tener. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor refleje su propio caso. Todas las preguntas se refieren a cómo se sintió usted en los últimos 7 días.

1. ¿Dolor de cabeza?

<input type="radio"/>				
No tuvo	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo

2. ¿Dolores musculares?

<input type="radio"/>				
No tuvo	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo

3. ¿Dolor en articulaciones? (codo, rodillas, muñecas, ingle, dedos, etc)

<input type="radio"/>				
No tuvo	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo

4. Hinchazón de tobillos y/o piernas?

<input type="radio"/>				
No tuvo	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo

5. ¿Problemas para ver?

<input type="radio"/>				
No tuvo	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo

6. ¿Problemas para oír?

<input type="radio"/>				
No tuvo	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo

7. Comezón o lesiones en la piel? (llagas de cama, hongos, ampollas, resequedad, etc)

<input type="radio"/>				
No tuvo	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo

8. ¿Tos molesta?

<input type="radio"/>				
No tuvo	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo

9. ¿Problemas al orinar? (ardor, cambio de olor, por su frecuencia o cantidad, etc)

<input type="radio"/>				
No tuvo	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo

10. ¿Tics, tartamudeo?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

11. ¿Mal olor, por ejemplo en aliento o por sudoración?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

¿Vive solo? _____

En caso de haber respondido que vive acompañado por favor escriba las edades de las personas con quien vive y la relación o parentesco que tiene con usted

Edad Sexo Relación o parentesco

Escolaridad (marque uno):

<input type="checkbox"/>	Primaria incompleta. Escriba hasta qué grado estudió:
<input type="checkbox"/>	Primaria completa
<input type="checkbox"/>	Secundaria incompleta. Escriba hasta qué grado estudió:
<input type="checkbox"/>	Secundaria completa
<input type="checkbox"/>	Estudios comerciales. Escriba qué grado estudió:
<input type="checkbox"/>	Bachillerato incompleto: Escriba hasta qué grado estudió:
<input type="checkbox"/>	Bachillerato completo
<input type="checkbox"/>	Estudios Universitarios. Escriba la carrera y el último semestre o grado obtenido

Medical Outcomes Study MOS

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SEREFIEREN AL APOYO O AYUDA DE QUE USTED DISPONE 1.- Aproximadamente ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Usted?

Nº de amigos íntimos: _____ Nº de familiares cercanos: _____

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?. Elija según los siguientes criterios:

A: Nunca B: Pocas veces C: Algunas veces D: La mayoría de las veces E: Siempre

A B C D E

- 2.- Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama
- 3.- Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar
- 4.- Alguien que le aconseje cuando tenga problemas
- 5.- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita
- 6.- Alguien que le muestre amor y afecto
- 7.- Alguien con quien pasar un buen rato
- 8.- Alguien que le informe y le ayude a entender una situación
- 9.- Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones...
- 10.- Alguien que le abrace
- 11.- Alguien con quien pueda relajarse
- 12.- Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo
- 13.- Alguien cuyo consejo realmente desee
- 14.- Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas

- 15.- Alguien que le ayude en sus tareas domésticas
- 16.- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos
- 17.- Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales
- 18.- Alguien con quien divertirse
- 19.- Alguien que comprenda sus problemas
- 20.- Alguien a quien amar y sentirse querido

ANEXO 4
CUESTIONARIOS
CUESTIONARIO SESIÓN 1 GENERALIDADES DE ENFERMEDAD



HOSPITAL GENERAL
 DR. MANUEL GEA GONZALEZ

División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor - Psicología

Nombre: _____

1 ¿Cuál de los siguientes síntomas no es propio de la Fibromialgia?			
a. Sueño no reparador	b. Salpullido	c. Fatiga	d. Dolor crónico generalizado
2 Para poder realizar un diagnóstico de Fibromialgia se deben cumplir ciertos criterios. Elige el inciso que no corresponda a estos criterios.			
a. Tener sensibilidad y sentir dolor en múltiples puntos dolorosos de su cuerpo	b. Flujo nasal	c. Tener dolor por un periodo de tres meses	d. No tener otra enfermedad que explique el dolor
3 ¿Qué tipo de tratamiento se recomienda para tratar la fibromialgia?			
a. Un tratamiento donde se conjunta el tratamiento psicológico y farmacológico	b. Únicamente tratamiento farmacológico	c. Tratamiento Quirúrgico	d. Herbolaria tradicional
4 Selecciona el inciso que no corresponde a un tratamiento "no farmacológico"			
a. Educación del paciente	b. Antidepresivos	c. Ejercicio aeróbico	d. Terapia Cognitivo Conductual
5 En la Fibromialgia la actividad cerebral cambia y esto genera cambios en nuestro organismo, selecciona el inciso que contenga uno de estos cambios...			
a. Alteraciones en la	b. Salpullido	c. Delirios	d. Aumento de la libido

percepción del dolor (dolor ante estímulos no dolorosos)			(deseo sexual)
6 Los antidepresivos son de los fármacos más estudiados en el tratamiento de la Fibromialgia. Selecciona 3 incisos que correspondan al efecto de los antidepresivos			
a. Reducción en síntomas que impliquen dolor	b. Reducción de síntomas relacionados al Síndrome del intestino irritable	c. Trastornos del estado de ánimo	d. Efectos sobre problemas de sueño
7 El tipo de población que padece esta enfermedad son sobre todo...			
a. Mujeres	b. Niños y niñas	c. Hombres	d. Personas de la tercera edad
8 El uso de relajantes musculares mejora...			
a. Contracturas musculares y calidad de sueño	b. Fatiga	c. Disminuye dolor de cabeza	d. Mejoran el estado de ánimo
9 Selecciona 3 incisos que formen parte del tratamiento farmacológico de la Fibromialgia			
a. Antidepresivos	b. Ansiolíticos	c. Anticonvulsivos	d. Relajantes musculares
10 Porqué se recomienda el ejercicio aeróbico			
a. Puede incrementar el rendimiento aeróbico.	b. Mejora calidad del sueño	c. Aumenta los síntomas dolorosos	d. Disminuye sensación de mareo

CUESTIONARIO SESIÓN 2 REGULACIÓN Y EXPRESIÓN EMOCIONAL



HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor - Psicología

Regulación y expresión emocional

Nombre: _____ Fecha: _____

Pre () Post ()

1 Antes los cambios que se generan en nuestra vida tenemos que enfrentar un			
e. Carga	f. Martirio	g. Proceso de adaptación	h. Estrés
2 ¿Qué aumenta la percepción del dolor?			
e. El clima	f. La ansiedad y depresión	g. Los demás	h. Los genes
3 ¿Cómo se relacionan las emociones y el apoyo social?			
e. Son lo mismo	f. Porque entre más feliz, más amigos tienes	g. Porque si no tienes amigos no vas a ser feliz	h. Nos ayuda a establecer y mantener relaciones sociales
4 ¿Con qué otras respuestas se relaciona la emoción?			
e. Con la religión	f. Con el carácter de las personas	g. Con lo que pensamos, hacemos y sentimos en el cuerpo	h. Con como te levantes es día
5 ¿Dónde se generan las emociones?			
e. En el corazón	f. En el cerebro	g. En el estómago	h. En la cara
6 ¿Qué tipo de emociones existen?			
e. Buenas y malas	f. Dulces y agridulces	g. Molestas y agradables	h. Básicas y secundarias
7 ¿Para qué sirve tener miedo?			
e. Hacerse notar	f. Superar las pérdidas	g. Huir, defenderse o	h. Enfermarnos

		quedarse quieto	
8 ¿Ante que situaciones surge la alegría?			
e. Ante el éxito personal y la cercanía con otros	f. Ante el fracaso	g. Ante las situaciones que son peligrosas	h. Ante las situaciones que creemos injustas
9 ¿Ante que situaciones surge la tristeza?			
e. Ante las situaciones u objetos contaminados	f. Ante separaciones o fracaso	g. Ante las situaciones de éxito personal y cercanía con otros	h. Ante situaciones que son peligrosas
10.-¿Para qué nos sirve tener enojo?			
e. Atacar y restablecerse	f. Huir o quedarse quieto	g. Rechazar	h. Restablecer la vida y buscar ayuda

CUESTIONARIO SESIÓN 3 ASERTIVIDAD



HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor - Psicología

ASERTIVIDAD

Nombre: _____ Fecha: _____ Pre () Post ()

1 ¿Qué es la asertividad?			
i. Es la expresión de sentimientos, pensamientos, emociones u opiniones respetando tus derechos y los de la persona con la que hablas	j. Es la conducta no verbal que manda un mensaje de desaprobación	k. Proceso de adaptación	l. Conducta verbal que ayuda a quedar bien con la persona que estés hablando.
2 Es un punto importante dentro para la asertividad			
i. El clima	j. La ansiedad y depresión	k. Respeto a los derechos de uno mismo y a los derechos de los otros	l. Los genes
3 Elige dos incisos que correspondan a frases de una persona asertiva			
i. Esto es lo que pienso, creo y opino...	j. Lo que tú digas	k. Estos son mis sentimientos	l. Eres un borracho y bueno para nada
4 Entendemos por comportarse de una forma agresiva como:			
i. Una persona que insulta, humilla, mira con desprecio, descalifica, etc.	j. Una persona que no dice lo que piensa, que siempre guarda sus emociones	k. Una persona que no es consciente de sus emociones	l. Una persona solitaria y con mucho resentimiento
5 ¿Cuáles son los enemigos de la asertividad?			
i. Los síntomas de la Fibromialgia	j. La agresividad y la pasividad	k. Ser iracundo y no poder controlar tus emociones	l. La agresividad y la bondad
6 Entendemos por comportarse de una manera pasiva como:			

i. Una persona que siempre se quiere hacer notar	j. Una persona que le cuesta reconocer sus emociones	k. Una persona que calla en vez de hablar, evita dar su opinión por miedo a lo que piensen los demás	l. Una persona que agrade y al hacerlo se arrepiente tratando de compensar su acción con un regalo
7 Una consecuencia de ser una persona agresiva es:			
i. Sentirte frustrado y tener baja autoestima	j. Sentir que los demás tiene el control	k. Sentir que ya no hay esperanza de superar los conflictos	l. Enfermarse
8 Completa la frase: Si quieres ser una persona asertiva tienes que _____ constantemente, de preferencia en lugares sencillos o con personas que tengas confianza			
i. Cuidar lo que piensen de ti	j. Practicar	k. Cuidar tu salud	l. Poner atención
9 Algunos puntos a considerar para ser una persona asertiva son:			
i. Responder de forma tranquila y con voz moderada	j. No atender los derechos de los demás y	k. Quedar bien con la persona que estés hablando pues puede pensar mal de mi	l. Querer tener el control sobre los demás
10 Dentro del proceso de comunicación: ¿Qué porcentaje corresponde al lenguaje no verbal?			
i. %25	j. %65	k. %35	l. %85

CUESTIONARIO SESIÓN 4 SOLUCIÓN DE PROBLEMAS



HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor - Psicología

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Nombre: _____

1 ¿Qué es un problema?			
m. Situación presente o futura “difícil” para lo que no tenemos una solución eficaz porque existen barreras para hacerle frente	n. Contexto en donde encontramos muchas trabas	o. Es un proceso de adaptación	p. Situación de mucho estrés que solemos encontrar la manera de solucionar
2 Completa la frase: Para ser más asertivo o solucionar mejor los problemas tienes que _____			
m. Quedarte callado cuando no estás de acuerdo con algo	n. Compartir tus emociones	o. Practicar	p. Gritar
3 Indica cuál es el orden correcto			
m. Situación, emoción, conducta, respuesta fisiológica y pensamiento	n. Situación, pensamiento, emoción, respuesta fisiológica y conducta	o. Conducta, emoción, pensamiento, respuesta fisiológica y conducta	p. Conducta, respuesta fisiológica, pensamiento, emoción y respuesta fisiológica
4 Completa la frase: Nos enfrentamos ante muchas situaciones a lo largo de nuestra vida, lo importante es saber cómo _____			
m. Afrontarlas	n. Evitarlas	o. Culpar a otro si algo sale mal	p. Salirnos con la nuestra
5 Hay diferentes formas en las que una situación puede orientarse, éstas son:			
m. Adecuada y no adecuada	n. Buena y mala	o. Positiva y negativa	p. Positiva y pesimista
6 Para que podamos resolver problemas más fácilmente tenemos que tener una orientación:			
m. Adecuada	n. Positiva	o. Buena	p. Negativa
7 Completa la frase: Tener una orientación positiva o negativa de una situación tiene que ver con el tipo de _____ que tenemos			

m. Pensamientos	n. Apoyo Social	o. Actitud	p. Salud
8 ¿Qué son las autoinstrucciones?			
m. Reglas que tenemos que seguir sino habrá un castigo	n. Son frases y pensamientos que nos sirven como guía para orientarnos positivamente ante una situación	o. Formas de ser que nos ayudan a ser asertivos con los demás	p. Actitudes que nos hacen más fácil la vida
9 Para poder solucionar un problema hay una serie de pasos, indica cuáles son:			
m. Tener actitud buena, analizar problema, tomar decisiones, proponer soluciones y realizar acciones	n. Tener orientación positiva, analizar el problema, proponer soluciones, tomar decisiones y realizar acciones	o. Tener orientación buena, analizar problema, tomar decisiones, proponer soluciones y realizar acciones	p. Tener actitud positiva, proponer soluciones, analizar problema, tomar decisiones y realizar acciones
10.- Completa la frase: La práctica hace a la_____			
m. Maestra	n. Persona que no avanza	o. Flojera	p. Persona apática

CUESTIONARIO SESIÓN 5 APOYO SOCIAL



HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor - Psicología

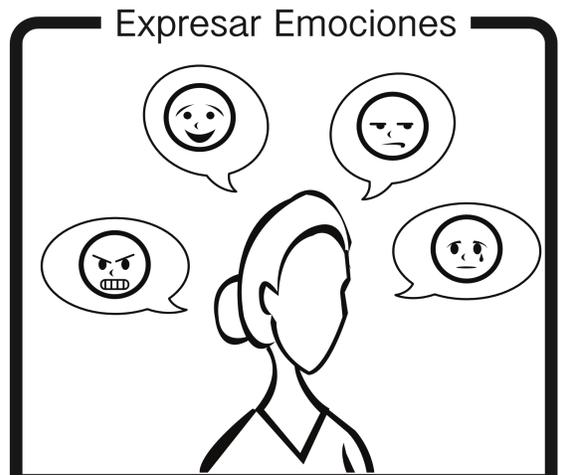
APOYO SOCIAL

Nombre: _____

1.- ¿Es el tipo de apoyo social en donde lo que importa es la forma en la que el paciente evalúa sus redes de apoyo social?			
q. Apoyo social real	r. Apoyo social provisto	s. Grado de integración	t. Apoyo social percibido
2.- ¿Es el tipo de apoyo social reales en donde se valoran las redes de apoyo reales que tiene un paciente?			
q. Apoyo social provisto	r. Apoyo social percibido	s. Grado de integración	t. Apoyo social real
3.- ¿Es el tipo de apoyo social que consiste en las acciones que son generados en beneficio del paciente?			
q. Apoyo social real	r. Grado de integración	s. Apoyo social percibido	t. Apoyo social provisto
4.- ¿Cuál de los siguientes incisos corresponde a una función de apoyo social?			
q. Brindar apoyo emocional	r. Generar un estado emocional de furia	s. Valorar estado emocional	t. Evaluar el estado emocional
5.- Es el tipo de apoyo social que se refiere a brindar orientación al paciente ante eventos complicados			
q. Informativa	r. Instrumental	s. Emocional	t. Valorativa
6.- ¿Qué función de apoyo social que enfoca en la sensación percibida de contar con alguien, de sentirte acompañado?			
q. Informativa	r. Valorativa	s. Procedimental	t. Emocional
7.- ¿Qué función de apoyo social se caracteriza por una ayuda tangible (actos)?			
q. Emocional	r. Informativa	s. Instrumental	t. Valorativa
8.- ¿Qué función de apoyo social provee a los pacientes de sentimientos de estima, afecto, confianza y seguridad?			

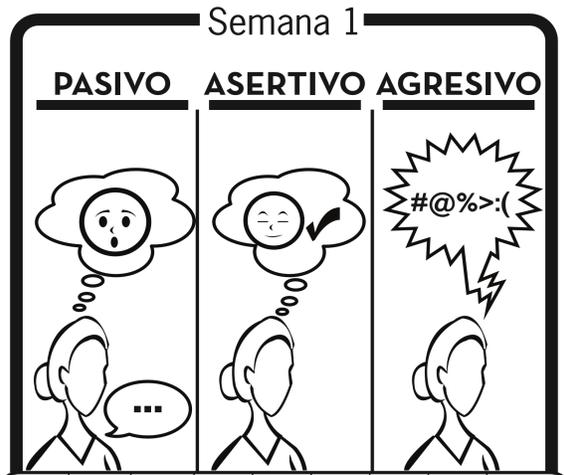
q. Instrumental	r. Valorativo	s. Emocional	t. Informativa
9.- ¿El apoyo social se considera un mediador psicológico que puede generar un estado de salud mental adecuado o por el contrario generar problemas de estado de ánimo como depresión?			
q. Cierto	r. Falso		
10.- Existen dos efectos posibles que puede tener el apoyo social, menciona cuáles son (selecciona dos incisos)			
q. Efecto directo	r. Efecto saludable	s. Efecto amortiguador	t. Efecto lento

ANEXO 5
CARNET DE CONDUCTAS ASERTIVAS



	Sab	Dom	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Total
Sem 1								
Sem 2								
Sem 3								
Sem 4								
Sem 5								

•—4—•



	Sab	Dom	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Total
Sem 1								
Sem 2								
Sem 3								
Sem 4								
Sem 5								

•—5—•

Semana 2

	PASIVO		ASERTIVO			AGRESIVO		
	Sab	Dom	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Total
Sem 1								
Sem 2								
Sem 3								
Sem 4								
Sem 5								

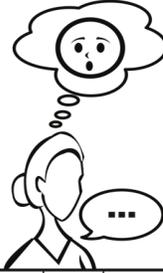
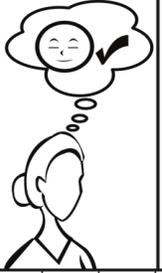
— 6 —

Decir NO

	Sab	Dom	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Total
Sem 1								
Sem 2								
Sem 3								
Sem 4								
Sem 5								

— 3 —

Semana 5

	PASIVO		ASERTIVO			AGRESIVO		
								
	Sab	Dom	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Total
Sem 1								
Sem 2								
Sem 3								
Sem 4								
Sem 5								

ANEXOS 6

FICHAS DESCRIPTIVA DE SESIONES E INFOGRAFÍAS

Ficha descriptiva	
Tema: EXPRESIÓN Y REGULACIÓN EMOCIONAL	
<p>Objetivo: Que las participantes desarrollen conciencia emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que las participantes identifiquen los elementos que conforman la emoción - Definición del concepto de emoción. • Que las participantes identifiquen la importancia de las emociones en la fibromialgia • Que las participantes identifiquen la relación que existe entre emoción, cognición, conducta y contexto • Que las pacientes identifiquen que emoción experimentan en diferentes situaciones • Que las participantes identifiquen que emoción experimenta otra persona en diferentes situaciones 	
<p>Subtemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emociones y fibromialgia • ¿Qué son las emociones? • Origen de las emociones • Tipos de emociones 	<p>Organización de la sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación y objetivos de sesión (5 min) • Presentación de Power Point (20 min) • Ejercicios (25 min) • Cierre (5 min) • Cuestionario (5 min) • Entrega de folletos

Descripción:

Para iniciar con la exposición del contenido de este módulo haremos referencia a las emociones como un suceso que ocurre tan cotidianamente que nos resultan imperceptibles. Las emociones se activan desde nuestro cerebro bajo ciertas condiciones y además nos condicionan a la vida; tienen un contenido de adaptabilidad. Se trata, me parece, de hacer una pausa ante

Es preciso decir que las emociones Podemos hablar también de . Es preciso detenerse y pensar qué son las emociones, para qué sirven, dónde se generan y si las podemos reconocer o no... Todas estas preguntas emergen desde la pausa que desde nuestro propio silencio, desde una pausa que hacemos ante el ritmo violento y consumidor que exige este siglo XXI (o al menos tendríamos que hacer el intento

Para cumplir con el objetivo general de la sesión se abordarán los subtemas propuestos y se realizarán actividades prácticas para comprobar la comprensión, identificaciones y expresión de emociones. Los materiales psicoeducativo relacionados a la conciencia emocional se adaptaron del manual de Calderon (2012), inicialmente diseñado para profesores y alumnos de primaria. El terapeuta pedirá a las pacientes que expliquen de manera general lo visto en la sesión pasada con el objetivo de consolidar el conocimiento e introducir a esta nueva sesión. Se hablará sobre los cambios asociados a la enfermedad y el proceso de adaptación, pidiendo ejemplos a las participantes de los cambios que han transitado a partir de su diagnóstico. Posteriormente, el terapeuta hablará sobre el papel de las emociones en la enfermedad y el dolor, así como, la importancia de la conciencia emocional para el apoyo social. Por otro lado hablará sobre la definición de las emociones, su relación con el contexto, pensamiento y conducta, dando y pidiendo ejemplos para consolidar el conocimiento. Se ahondará en el debate sobre el origen de la emoción, los tipos de emociones y sus funciones, momento en el que se les pedirá ejemplos para aterrizar estos constructos abstractos en su vida cotidiana. Y se les explicaran cuáles son las señales de alarma de las emociones antes las cuales deben de solicitar ayuda a su equipo de salud. Finalmente, el terapeuta realizará un cuestionario de conocimientos con el objetivo de identificar el aprendizaje adquirido durante la sesión y entregará un folleto.

Contenido teórico:**Regulación y expresión emocional:**

La fibromialgia es un síndrome de dolor crónico caracterizado por dolor musculoesquelético, fatiga, alteraciones del sueño y alteraciones del estado de ánimo,

principalmente depresión. Como parte de su fisiopatología se ha documentado la participación de diferentes sustancias y estructuras cerebrales relacionadas no solo con el dolor, si no también con la emoción. Desde la perspectiva multidimensional del dolor, la experiencia dolorosa se conforma por procesos cognitivo-evaluativos, sensorial-discriminativo y motivacional-afectivo, por lo que emociones participan en el procesamiento del dolor, además de ser síntomas propios de este síndrome. Además, como cualquier enfermedad crónica degenerativa, la fibromialgia implica una serie de cambios ante los cuales se despliegan diferentes estrategias cognitivas, conductuales y emocionales para adaptarse a los mismos.

En el estudio de las emociones, la competencia emocional se refiere al conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para tomar conciencia, comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales. Se han propuesto 5 competencias emocionales: la conciencia emocional, la regulación emocional, la autonomía emocional, la competencia social, y las habilidades de vida y bienestar. El objetivo principal de esta sesión se dirige hacia la conciencia emocional, competencia que se refiere a la toma de conciencia de las emociones propias y de los demás. Así como, a la capacidad de expresarlas y comprender la interacción entre cognición y conducta.

¿Qué son las emociones?

Las emociones son fenómenos subjetivos, fisiológicos, motivacionales y comunicativos de corta duración que nos ayudan a adaptarnos a los cambios que se producen en el medio, por tanto son funcionales y adaptativas.

Fenómeno multidimensional:

- Experiencia subjetiva con significado personal
- Activación fisiológica para preparar y regular la conducta de enfrentamiento adaptativo
- Motivan al individuo a conseguir un objetivo
- Comunica al medio social las experiencias privadas mediante gestos, posturas, vocalizaciones, etc. Por tanto conocer y comprender sus señales es importante para establecer relaciones sociales

Además, desde la perspectiva cognitivo conductual, la emoción se da en un contexto dado, y viene acompañada de cogniciones y comportamientos específicos. Es importante aclarar que las emociones no son sentimientos, pues estas son tan solo el aspecto subjetivo de la emoción. Tampoco son estados de ánimo, pues la emoción se caracteriza por ser de corta duración y nos movilizan a la acción en contraste con el estado de ánimo.

Origen de las emociones

Desde sus inicios, la investigación sobre emoción se ha cuestionado el origen de esta, debatiendo si es la biología, la cognición o ambas la responsable de nuestra experiencia emocional. La perspectiva biológica postula que las emociones no necesitan un procesamiento cognitivo consciente; mientras que la perspectiva cognitiva postula que el individuo realiza una evaluación de la situación en relación al propio bienestar. Por tanto la conjunción de ambas posturas señala que la emoción puede surgir en ambas circunstancias.

Tipos de emociones:

Se ha conceptualizado a las emociones de 2 tipos: básicas o secundarias. Las emociones básicas tienen 4 características principales: 1) innatas, 2) surgen en las mismas circunstancias para todos, 3) se expresan universalmente de la misma manera, y 4) tienen una respuesta fisiológica específica (Reeve, 2002). Mientras que las emociones secundarias se han propuesto como la combinación de emociones, partiendo de oposiciones.

Aunque dependiendo del autor el número de emociones básicas puede variar, tradicionalmente se ha concebido 7 emociones básicas:

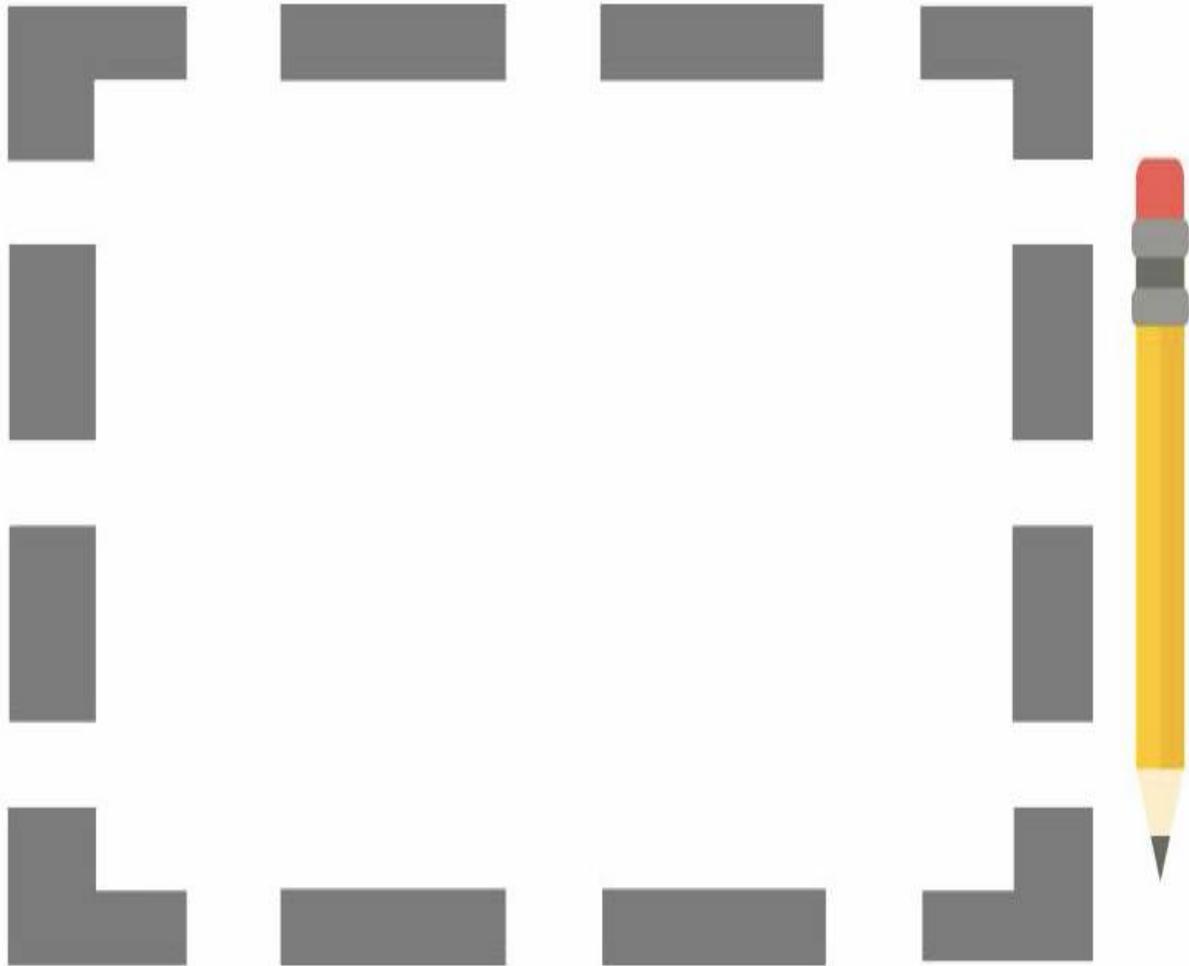
- *Temor*: Se genera cuando un individuo interpreta una situación como amenazante y peligrosa para su bienestar, además de evaluar sus habilidades de afrontamiento innecesarias. Ante lo se presenta una serie de respuestas fisiológicas que preparan al individuo para huir, defenderse, replegarse o aprender formas nuevas de afrontar.
- *Enojo*: Emoción que viene de la interpretación de que una fuerza externa interfiere con nuestras metas o bienestar, y se cree que la situación no debería de ser. Esta genera sensación de control pues dota al individuo de energía y fuerza para dirigir el ataque (verbal o no verbal / directo o indirecto).
- *Asco*: inicialmente surge a partir de la necesidad de alejarse de un objeto deteriorado o podrido, pero con aprendizajes adquiridos también se relaciona como contaminación corporal, interpersonal o moral. Su principal función es el rechazo de algún aspecto físico o psicológico.
- *Tristeza*: Se genera ante las situaciones de separación o fracaso, y motiva al individuo a iniciar comportamientos para restaurar el ambiente y mantenerse en cohesión social. En algunas ocasiones, se puede llegar a inactivar completamente al individuo y retraerse.
- *Alegría*: Surge a partir de resultados deseables relacionados con el éxito personal y afinidad interpersonal. Esta facilita nuestra disposición de participar en actividades sociales y equilibra las experiencias de afecto negativo.

- Interés: esta emoción crea el deseo de buscar o explorar el ambiente, y nuestra creatividad. Esta moviliza la atención y los recursos necesarios para el aprendizaje.

Referencias:

- Choliz, M., (1994). El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional-afectiva. *Ansiedad y estrés*, 77-88
- Calderon, M. (2012). *Aprendiendo sobre emociones: Manual de educación emocional*. Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana: Costa Rica
- Glombiewski, J., A., Sawyer, Al., T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., & Hofmann, S., G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain*, 150, 280-295
- Ordóñez, A., & González, R. (2014). Las emociones y otros constructos afines. En González, R., & Villanueva, L. (2014). *Recursos para educar en emociones: de la teoría a la acción*. Edictorial pirámide: Madrid

INFOGRAFÍA



HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

División de Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos
Psicología

**Dibuja una situación reciente en la que te
hayas sentido triste**

Emociones y fibromialgia



Las emociones:

Las personas que tenemos fibromialgia, nos enfrentamos a un proceso de adaptación en el que se generan cambios en diferentes aspectos de nuestras vidas

Las emociones son respuestas normales ante estos cambios, aunque en ocasiones puede generar sufrimiento, exacerbar el dolor y la fatiga, y hacer que nos aislemos

EXPERIENCIA SUBJETIVA
PREPARAN AL CUERPO PARA ADAPTARNOS
TIENEN UNA FUNCIÓN
COMUNICAN



INTENSIDAD
DURACIÓN
FRECUENCIA



Se generan en el cerebro

Tristeza

ANTE SEPARACIONES O PÉRDIDAS
FUNCIÓN: RESTABLECER LA VIDA Y BUSCAR AYUDA

Alegría

ANTE SITUACIONES DE ÉXITO PERSONAL Y CERCANÍA CON OTROS
FUNCIÓN: SOCIALIZAR Y EQUILIBRAR EXPERIENCIAS

Asco

ANTE SITUACIONES CONTAMINADAS
FUNCIÓN: RECHAZO

Miedo

ANTE SITUACIONES DE AMENAZA
FUNCIÓN: HUNIR, DEFENDERSE, QUEDARSE QUIETO O AFRONTAR

Enojo

ANTE SITUACIONES QUE INTERFIEREN CON METAS Y SE CREE NO DEBERÍA SER ASÍ
FUNCIÓN: ATACAR

Interés

ANTE SITUACIONES NOVEDAD
FUNCIÓN: EXPLORAR Y APRENDER



Se relacionan con lo que pienso, siento y hago



HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

División de clínica de dolor y
cuidados paliativos

Ficha descriptiva

Tema: ASERTIVIDAD

Objetivo: Que las participantes aprendan a ser personas asertivas con su medio social

- Que las participantes identifiquen qué es una conducta asertiva
- Que las participantes identifiquen qué es una conducta agresiva
- Que las participantes identifiquen qué es una conducta pasiva
- Que las pacientes apliquen las técnicas recibidas en este módulo en sus relaciones sociales

<ul style="list-style-type: none"> • Que las pacientes practiquen en su casa los temas vistos 	
<p>Subtemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agresividad • Pasividad • Práctica de habilidades en el día a día 	<p>Organización de la sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación y objetivos de sesión (5 min) • Presentación de Power Point (20 min) • Ejercicios (25 min) • Cierre (5 min) • Cuestionario (5 min) • Entrega de folletos
<p>Descripción:</p> <p>Para iniciar con la exposición del contenido de este módulo haremos referencia a los beneficios de tener una buena comunicación con el medio social, sobre todo porque en la FM existe una invalidación en la enfermedad y no les creen los múltiples síntomas que padecen. Les enseñaremos a ser personas asertivas en su vida diaria pero contextualizándolo en la cotidianidad de la enfermedad.</p>	
<p>Contenido teórico:</p> <p>El entrenamiento en asertividad forma parte de una de las técnicas de segunda generación utilizadas en la TCC que más adelante desarrollaremos. Por ahora, hay que centrarnos en las características de la sociedad en la que vive el ser humano moderno para entender por qué es importante la asertividad y, sobre todo, por qué es importante cuando hay DC.</p> <p>En este sentido, podemos mencionar que vivimos en una sociedad en movimiento, altamente interactiva, con personas que no son nuestras amistades o familiares. Ante estas exigencias el ser humano debe tener un repertorio conductual óptimo para lograr relaciones personales que le resulten satisfactorias. Para esto es necesario que los individuos se sientan valorados y respetados, estima que no depende de otros sino de que ellos mismos posean</p>	

una serie de habilidades para responder correctamente, así como de esquemas claros que los hagan sentir bien consigo mismos (Flores y Díaz-Loving, 2002). En el caso de la FM no hay que olvidar que se trata de un padecimiento en el que el síntoma cardinal es el DC y los pacientes con este tipo de dolor (Wallace, 1997) presentan alteraciones en el funcionamiento psicosocial por el abuso de fármacos para aliviarlo, además de conflicto emocional con personas del entorno y abandono de actividades psicosociales.

A esto podemos agregar otro elemento antes mencionado que es la “invisibilidad de la enfermedad” pues generalmente las personas de su entorno social no les creen que les duele (Carrasco, Jiménez & Márquez, 2010). Este déficit conductual mencionado es un problema que puede ser tratado a través de una técnica de intervención denominada entrenamiento asertivo, el cual se sustenta en la teoría del aprendizaje social y en la terapia de la conducta (Kelly, 2000).

Referencias:

- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo Veintiuno
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2006). *Psicología educacional, forense e com adolescente em risco: Prática na avaliação e promoção de habilidades sociais*. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 99-104
- Wallace D. *The fibromialgia síndrome*. (1997). *AnnMed*; 29: 9-21.
- Kelly, J. (2000). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Desclée De Brouwer

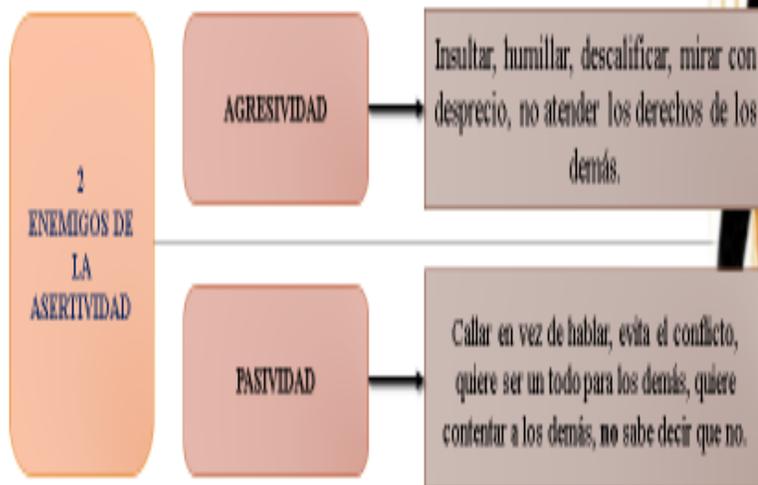
INFOGRAFÍA

REGLAS Y CONSEJOS PARA SER ASERTIVA

LA SOLUCIÓN ES MANTENERSE FIRME
A LO QUE UNO PIENSA Y SER PACIENTE

- 1.-Empieza a practicar tu comunicación asertiva en lugares sencillos con personas con las que tengas más confianza
- 2.-De - a + dificultad. Se trata de ir afrontando situaciones de menor a mayor coste o impacto emocional
- 3.- Responder de forma tranquila y con voz moderada
- 4.-Mirar a la otra persona a los ojos
- 5.- Mantén una posición corporal lo más relajada posible
- 6.- Sé constante y persistente ante la negativa del otro
- 7.-Decide qué mensaje quieres transmitir y manténlo
- 8.- Si no lo ves conveniente, no tienes porque dar explicaciones cuando digas que NO

La práctica hace a la maestra



La persona asertiva

Se respeta a si misma y a las demás personas, responde de manera tranquila y en tono adecuado, mira a los ojos, se mantiene firme a su idea, practica constantemente, es capaz de decir que no, es capaz de pedir ayuda cuando lo requiere, utiliza gestos y expresiones en el rostro

Es un trabajo lento pero si lo practicas cada día notarás grandes diferencias

Ficha descriptiva	
Tema: SOLUCION DE PROBLEMAS	
<p>Objetivo: Dotar de la técnica de resolución de problemas orientada a las complicaciones producidas por la FM</p> <p>Que las pacientes apliquen el conocimiento recibido para contrarrestar el malestar recibido por la enfermedad}</p> <p>Que las pacientes practiquen la técnica en casa</p>	
<p>Subtemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1º Orientación hacia el problema. Primeramente tenemos que identificar el problema, entendido éste como una respuesta inadecuada que se da ante una situación determinada. Es decir, el problema se detecta por las emociones negativas que genera. Preguntarse a uno mismo: ¿cómo me siento ante una determinada situación? (trabajo, familia, economía, pareja, salud...). Si la respuesta a esta pregunta es: mal, enfadado, triste, furioso, asustado, confundido, tenso... estamos ante un problema que deberemos de aceptar como parte de las situaciones de nuestra vida y que debemos de afrontar de manera reflexiva. • 2º Definición y formulación del problema. El siguiente paso es el análisis de la situación, su descripción detallada que genera el estado emocional negativo. Las preguntas que hay que realizarse son: ¿por qué pasa esta situación?; ¿dónde ocurre?; ¿con qué personas ocurre?; ¿cuándo ocurre? ¿qué hago cuando ocurre? Las respuestas a las preguntas nos irán orientando hacia unas metas emocionales que nos llevaran a conseguir la meta final: el bienestar emocional. Escribe los objetivos que resuelven tus preguntas. • 3º Generación de alternativas de solución. • Los conflictos se puede solucionar de diversas maneras, con lo cual hay que generar todas las ideas posibles. Realizar una tormenta de ideas (brainstorming) personal para cada objetivo o submeta, cuantas más ideas mejor. La cantidad generará la calidad de la solución final y la diversidad de ideas aumentará el potencial de ajustes de las mismas, 	<p>Organización de la sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación y objetivos de sesión (5 min) • Presentación de Power Point (20 min) • Ejercicios (25 min) • Cierre (5 min) • Cuestionario (5 min) • Entrega de folletos

incluso combinándolas hacia la solución óptima. ¡Ojo!, tienes que aplazar el juicio final hasta terminar este proceso, es un error el entrar a valorar las ideas que se van generando hasta no finalizar la fase por muy disparatadas o inviables que parezcan. Todas las ideas pueden aportar elementos a la decisión final. Tener al menos 10 ideas para cada objetivo sería una cifra adecuada.

- 4º Toma de decisiones.

Ahora se trata de analizar las posibles consecuencias de cada objetivo, las mejores alternativas de las planteadas.

Primeramente se hace una criba para que queden unas 3-4 alternativas, analizando las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas. Hay que tener en cuenta las consecuencias para uno mismo frente las consecuencias para los otros, una probabilidad estimada de que sea eficaz esa alternativa y la probabilidad real de que se pueda llevar a cabo. Se trata de llevarlas a una valoración cuantitativa y subjetiva. Siempre las alternativas que repercuten en uno mismo tendrán siempre valor doble. Podemos utilizar para ello alguna escala (0-10) o puntuaje que genere una “clasificación” de las alternativas para tomar la decisión. Las que tengan más puntos en consecuencias positivas que negativas serán las que han de ser seleccionadas. Para saber que hemos elegido una solución útil podemos hacernos estas preguntas:

¿La idea es práctica y se puede llevar a cabo?

¿Es realista?

¿Es muy costosa?

¿Cuánto tiempo requiere?

¿Puede ser implementada por ti mismo o requiere de otras personas?

Las consecuencias que se anticipan de su puesta en práctica

¿llevan a resolver el problema?

- 5º Implementación de la solución y verificación.

Llegó la hora de poner en marcha la solución elegida. Antes de nada debemos hacer una pequeña planificación de los pasos a seguir para poder ir valorando cuales funcionan mejor y peor y realizar una implantación progresiva del plan de acción. El modelo que se puede utilizar es la teoría del

<p>control y la concepción cognitivo-conductual del auto-control, es decir:</p> <p>Ejecución: puesta en práctica.</p> <p>Auto-observación: observar la propia conducta y los resultados que se obtienen.</p> <p>Auto-evaluación: comparar los resultados con los resultados anticipados previstos.</p> <p>Auto-reforzamiento: si los resultados se asemejan a los previstos es hora de sentirnos orgullosos del trabajo bien hecho, de lo contrario no desistas y revisa el proceso de las fases anteriores.</p>	
<p>Descripción:</p> <p>En este módulo se dotara de la herramienta de Resolución de Problemas de manera metódica haciendo énfasis a la práctica en el día a día orientada a las complicaciones que produce la enfermedad</p>	
<p>Contenido teórico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resolución de problemas. Un proceso cognitivo-afectivo-conductual mediante el cual una persona intenta identificar o descubrir una solución o respuesta de afrontamiento eficaz para un problema particular. - Problema. Una transacción persona-ambiente en la cual hay una discrepancia o desequilibrio percibido entre las exigencias y la disponibilidad de respuesta. La persona en dicha situación percibe una discrepancia entre “lo que es” y “lo que debería ser” en condiciones donde los medios para reducir la discrepancia no están inmediatamente patentes o disponibles. - Solución. Una respuesta de afrontamiento o pauta de respuesta que es eficaz en alterar una situación problemática y/o las reacciones personales de uno ante la misma de modo que ya no es percibida como un problema, al mismo tiempo que maximiza otros beneficios y minimiza los costos. - Estrés. Una transacción persona-ambiente en la cual las exigencias (externas o internas) percibidas exceden los recursos percibidos de afrontamiento. - Afrontamiento. Las respuestas o actividades mediante las cuales una persona intenta reducir, minimizar, controlar o prevenir el estrés. El afrontamiento dirigido a las metas se refiere a los intentos de la persona para reducir el estrés mediante una meta de resolución de problemas. El afrontamiento facilitativo se refiere a los intentos de la persona para eliminar los obstáculos cognitivos y emocionales a la resolución eficaz de problemas. - Emoción. Una pauta de respuesta que incluye respuestas fisiológicas (p.ej., actividad del 	

sistema nervioso autónomo), respuestas cognitivas (p.ej., valoraciones amenazantes) y respuestas motoras (p.ej., respuestas de evitación). Las emociones varían en calidad subjetiva (placer contra dolor), intensidad (grado de activación autónoma) y duración.

Referencias:

-Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*.

España: Siglo Veintiuno

-Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2006). *Psicologia educacional, forense e com adolescente em risco: Prática na avaliação e promoção de habilidades sociais*. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 99-104

-Wallace D. *The fibromialgia síndrome*. (1997). *AnnMed*; 29: 9-21.

-Kelly, J. (2000). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Desclée De Brouwer

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

¿Qué es un problema?

Situación presente o futura "difícil" para la que no tenemos una **solución eficaz** porque existen barreras para hacerle frente.

Barreras

- "Es algo nuevo para mí"
- "Queremos cosas diferentes"
- "No tengo lo suficiente para resolverlo"

Solución eficaz

Es la solución que mejor resuelve el problema. Con esta solución las personas se sienten mejor, tiene los mayores beneficios y por más tiempo. Considera a la mayoría de los involucrados en el problema.

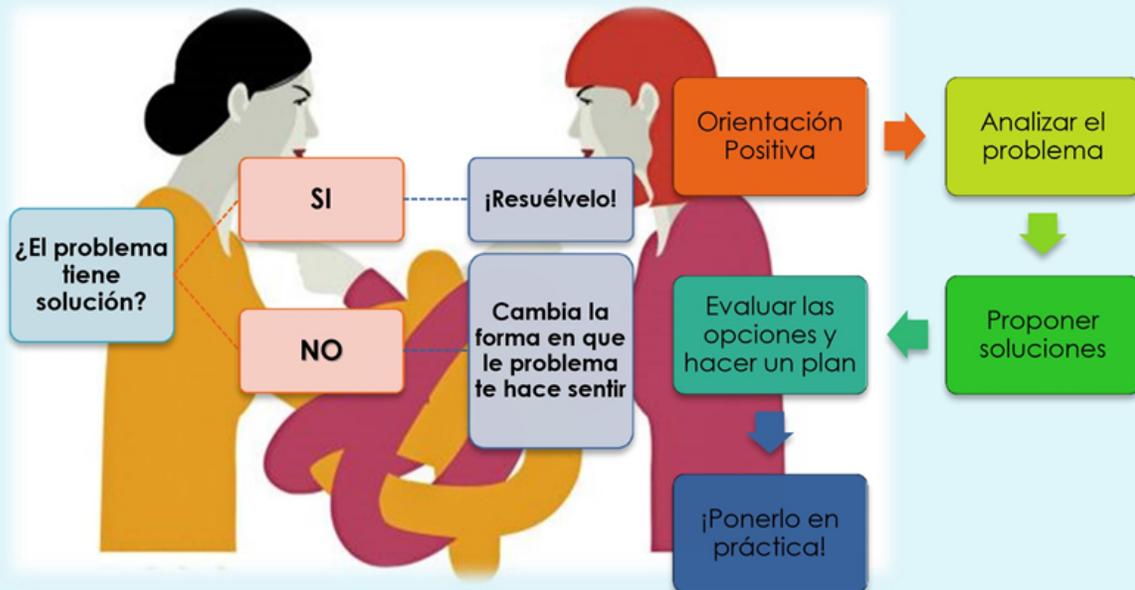


Orientación Positiva

- "Puedo enfrentar este problema"
- "Buscaré soluciones"
- "Tengo la capacidad"

Orientación Negativa

- "No Puedo enfrentar este problema"
- "No hay solución"
- "No podré resolverlo"



"Si tienes un problema que no tiene solución ¿para qué te preocupas?... Si tiene solución ¿para qué te preocupas?" Proverbio Chino

