



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL DE CORTE
PSICOEDUCATIVO SOBRE EL NIVEL DE ESTRÉS EN
MUJERES CON SÍNDROME DE FIBROMIALGIA**

T E S I S
P R E S E N T A :
LEONOR ILIANA PÉREZ HERNÁNDEZ

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. NANCY ELIZABETH RANGEL DOMÍNGUEZ

REVISOR:
MTRA. QUETZAL NATALIA GALÁN LÓPEZ

SINODALES:
DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS



**Facultad
de Psicología**

CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO, C.D.M.X. 2023



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.

ÍNDICE

Abstract	3
I. Síndrome de fibromialgia	5
II. Estrés	28
III. Método	41
IV. Resultados	50
V. Discusión y conclusión	54
VI. Referencias	58
VII. Anexos	
Anexo A	70
Anexo B	73
Anexo C	75
Anexo D	78
Anexo E	83
Anexo F	84
Anexo G	85
Anexo H	86
Anexo I	87
Anexo J	90

Resumen

Introducción: El Síndrome de Fibromialgia (*SFM*) se caracteriza por una serie de síntomas tanto físicos como cognitivos, los cuales se ven exacerbados por el estrés. El tratamiento debe tener un enfoque multimodal que incluye el tratamiento psicológico. Al respecto, el enfoque más eficaz ha sido la Terapia Cognitivo-Conductual. **Método:** Se evaluó el impacto de un taller psicoeducativo sobre los niveles de ansiedad y estrés en pacientes con SFM. Participaron 15 mujeres adultas con SFM, de las cuáles, sólo 9 mujeres completaron la totalidad del taller. La intervención se realizó de manera virtual y en formato grupal durante 5 sesiones. **Resultados:** De acuerdo con las medidas de la evaluación pre-post, las participantes presentaron mejoría clínica pero no estadísticamente significativa. **Conclusión:** Se concluye que el taller promueve la adquisición de habilidades que fomentan el bienestar biopsicosocial y que permiten enfrentar las situaciones estresantes de la vida cotidiana.

Palabras clave: Fibromialgia, estrés, psicoeducación, ansiedad, terapia cognitivo-conductual, intervención, grupal.

Abstract

Introduction: Fibromyalgia Syndrome (FMS) is characterized by a series of physical and cognitive symptoms, which are exacerbated by stress. Treatment should have a multimodal approach that includes psychological treatment. In this regard, the most effective approach has been Cognitive-Behavioral Therapy. **Method:** The impact of a psychoeducational workshop on anxiety and stress levels in patients with FMS was evaluated. Fifteen adult women with FMS participated, of which only nine finished the workshop. The intervention was carried out virtually and in a group format during 5 sessions. **Results:** According to the measures of the pre-post evaluation, the participants presented clinical improvement but not statistically significant. **Conclusion:** It is concluded that the workshop is an intervention that promotes the partial acquisition of skills that promote biopsychosocial well-being and that allows coping with stressful situations of daily life.

Keywords: Fibromyalgia, stress, psychoeducation, anxiety, cognitive-behavioral therapy, intervention, group.

I. Síndrome de fibromialgia

La palabra fibromialgia nace de las raíces grecolatinas *fibro*, que significa tejido fibroso, *mios* traducido como músculo, y *algia* definida como dolor, dando como resultado dolor de músculos y tejidos fibrosos, es decir, dolor músculo-esquelético (López y Mingote, 2008).

El Síndrome de Fibromialgia SFM se caracteriza por la presencia de dolor músculo-esquelético crónico y generalizado, sin origen articular, ubicado comúnmente en el aparato locomotor, con afectación predominante en músculos y caracterizado por presentar dolor a la palpación en puntos definidos o puntos gatillo (Belenguer et al., 2009; Moyano et al., 2015).

Además del dolor, el SFM se relaciona con una gran variedad de síntomas, entre los que destacan la fatiga persistente, las alteraciones del sueño como insomnio y sueño no reparador, rigidez generalizada, problemas de atención y memoria y finalmente síntomas ansiosos y depresivos (Walitt et al., 2015; Covarrubias y Carrillo, 2016), que no tienen origen en algún otro diagnóstico médico claro (Walitt et al., 2015; Belenguer et al., 2009).

En cuanto a la historia natural de enfermedad se ha observado que es crónica, sin ser progresiva o mortal (Soucase et al., 2004); los pacientes pueden permanecer con síntomas por largos periodos sin mostrar mejoría significativa, e incluso pudiendo llegar a la incapacidad funcional por empeoramiento del dolor (Alegre de Miguel et al., 2010).

De acuerdo con el Colegio Americano de Reumatología (ACR por sus siglas en inglés, 2019), actualmente no se cuenta con alguna cura para este padecimiento, sin llegar a ser una enfermedad terminal ya que no acorta la esperanza de vida. Por otro lado, el adecuado apego al tratamiento médico, aunado a la terapia psicológica, ha mostrado mejorar la sintomatología física

y psicológica (ACR, 2019).

Las personas que viven con SFM presentan un deterioro significativo en su calidad de vida como consecuencia del dolor físico generalizado y de los otros síntomas físicos y psicológicos (Walitt et al., 2015).

Sintomatología

Entre los síntomas más característicos de la enfermedad encontramos la fatiga, las alteraciones de sueño y el dolor (Rivera et al., 2006; Ruiz et al., 2007).

El dolor es caracterizado por alodinia (percepción de dolor ante estímulos no dolorosos) e hiperalgesia (respuesta exacerbada ante estímulos dolorosos) (Arredondo et al., 2018), y suele expandirse a zonas cercanas al área cervical, occipital, trapecios, hombros, parte cercana de los brazos, área lumbar, trocánteres y muslos, con frecuencia se llega a localizar también en la parte anterior de las rodillas, antebrazos, carpos, manos, tobillos y pies (Rivera et al., 2006; Leavitt et al., 1986).

Algunas personas con SFM definen al dolor como una molestia palpitante, quemante o punzante; intenso, profundo e insoportable (Espino y Mingote, 2008; Guzmán-Silahua et al., 2018), pudiendo aparecer de manera aguda después de algún trauma (físico o emocional) o de manera paulatina a lo largo del tiempo (Guzmán-Silahua et al., 2018), y con intensidades cambiantes durante el día, empeorando por la mañana, con una parcial mejoría durante el día y empeorando nuevamente por la tarde-noche (Rivera et al., 2006).

Se ha documentado que el incremento del dolor está asociado a ciertos estímulos como la temperatura (principalmente el frío), la humedad, el cansancio, cargas físicas, posiciones mantenidas por largos periodos y tensión emocional; por otro lado puede disminuir con acciones como ejercicio moderado, aplicación de calor en áreas con dolor, climas cálidos y periodos de descanso (Vidal y Reyes, 2006; Rivera et al., 2006).

Otro de los síntomas principales del SFM es la fatiga, la cual puede tener una duración de 1 o hasta 3 días (Walitt et al., 2015), en forma de crisis de agotamiento o de forma continua, la cual en ocasiones llega incluso a cumplir con los criterios de fatiga crónica (Rivera et al., 2006).

De acuerdo con Rivera et al., (2006), las alteraciones del sueño, son el tercer síntoma más frecuente y está relacionado proporcionalmente con la intensidad del dolor, pudiendo incluso llegar a predecir el inicio del dolor. Siendo que el dolor se relaciona con los problemas para dormir, creando un círculo vicioso en el cual, el dolor causa problemas en la calidad del sueño y la mala calidad de sueño, a su vez, genera dolor (Guzmán et al., 2018).

Entre las alteraciones más comunes para dormir se encuentra el insomnio; aunque también se presentan dificultades con la conciliación y mantenimiento del sueño, despertares frecuentes y sensación de sueño no reparador (Ablin et al., 2008; Rivera et al., 2006).

Aparte del dolor, la fatiga y las alteraciones del sueño, en el SFM aparecen otros síntomas (Villanueva et al., 2004; Vásquez et al., 2006; Rivera et al., 2006; Ablin et al., 2008; González et al., 2010; Laroche, 2014; NINDS, 2016; Guzmán et al., 2018):

- Parestesias en las extremidades, descritas como una sensación de ardor y/o piquetes.

- Hipersensibilidad sensorial como auditiva o al tacto.
- Contracturas musculares.
- Mareos.
- Hipersudoración.
- Sequedad de mucosas.
- Rigidez generalizada o entumecimiento.
- Cefalea tensional y/o trastorno de la articulación temporomandibular.
- Problemas gastrointestinales relacionados con el Síndrome de Intestino Irritable (SII) como flatulencias, náuseas, constipación o diarrea, cuadro pseudo obstructivos.
- Síntomas genitourinarios, dismenorrea, síndrome premenstrual, vejiga irritable.
- Fenómeno de Raynaud (respuesta vascular extrema ante el frío y estados emocionales, caracterizada por cambios en la coloración de la piel generalmente en las extremidades).
- Alteración en la atención, déficit de memoria reciente y alteración en la expresión verbal.

Distribución de la Fibromialgia en México y a nivel mundial

Esta condición afecta aproximadamente entre el 1.3% y el 8% de la población mundial (Monroy et al., 2019), esta prevalencia difiere en función de la población estudiada, sin embargo parece no encontrar distinción entre zonas rurales o urbanas, así como entre países desarrollados o en vías de desarrollo (Carrasco y Jiménez, 2015).

En la investigación realizada por Peláez-Ballestas y colaboradores (2011) en la que se reportó la epidemiología de los padecimientos reumatológicos en México, se identificó que el 0.7% de los participantes presentaba el SFM. Se estima que después de haber visitado un promedio de 6.6 médicos antes del diagnóstico y una vez iniciados los síntomas, los pacientes reciben atención médica hasta 26 meses después (Covarrubias y Carrillo, 2016).

En cuanto a la distribución por género el SFM es más frecuente en mujeres que en hombres, siendo una proporción de 3 mujeres por cada hombre [3:1] siendo así las mujeres son el grupo más afectado (Queiroz, 2013).

En relación al grupo etario, el SFM aparece en todos los grupos de edad, mostrando una mayor prevalencia entre los 25 y 50 años (Covarrubias-Gómez y Carrillo-Torres, 2016), y siendo relativamente menor en personas mayores a 80 años (Rivera et al., 2006).

Diagnóstico

En 1990 se establecieron los primeros criterios para el diagnóstico del SFM por el Colegio Americano de Reumatología (Ayan, 2010), y en 1992 la OMS reconoció por primera vez a la fibromialgia como una enfermedad, con el nombre de “Síndrome de Fibromialgia” (López y Mingote, 2008; INECO, 2019) y fue añadida en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) como una enfermedad de reumatismo no articular con el código M79.7 (INECO, 2019), finalmente, fue en 1994 que fue reconocida y clasificada bajo el código X33.X8a por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) (Ayan, 2010). Actualmente, el 12 de mayo es reconocido internacionalmente como el día mundial de la Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica (Gándara y Muñoz, 2017).

La evaluación diagnóstica actual se basa en los criterios establecidos por la ACR, los cuales desde su aprobación en 1990 (ACR, 1990), han sufrido modificaciones en los años de 2010, 2011, y 2016, el médico además deberá solicitar estudios de gabinete complementarios (Iglesias et al., 2011),

Criterios ACR 1990. En 1990, la ACR publicó los criterios para el SFM , entre los cuales se especificaba que los síntomas debían tener una duración mayor a tres meses, y el dolor debía ser crónico y generalizado, en mínimo 3 de los 4 cuadrantes corporales: hemicuerpo izquierdo y derecho, parte superior e inferior de la cintura. Además de presentar manifestaciones de dolor en el esqueleto axial (columna cervical, cara anterior de tórax, columna dorsal o columna lumbar).

La escala para evaluar el dolor, debía ser aplicada por especialistas, y media la sensibilidad al dolor aumentada ante la exploración en los puntos de presión física. (TP por sus siglas en inglés), los cuales debían ser positivos en 11 o más de los 18 puntos establecidos (nueve pares: occipital, cervical bajo, trapecios, supraespinosos, segunda costilla, epicóndilo, glúteo, trocánter y rodilla) (Andreu y Sanz, 2005; Junyent et al., 2005; Moyano et al., 2015). Sin embargo, el no cumplir con estos criterios, no impedía el diagnóstico clínico de fibromialgia, solo excluía a los pacientes de investigaciones clínicas (Andreu y Sanz, 2005).

Con el tiempo surgieron objeciones hacia estos criterios, ya que no eran tan fiables, por ser considerados como un ejercicio de clasificación y no de diagnóstico (Laroche, 2014); de acuerdo con la literatura, la evaluación sobre los puntos de presión rara vez era realizada en los centros de atención primaria donde se daba en mayor cantidad los diagnósticos de SFMs, y si se

realizaba , era mal ejecutada debido a falta de conocimiento, además de no considerar síntomas como cansancio, sueño poco reparador, trastornos cognitivos, entre otros, actualmente con gran importancia diagnóstica (Moyano et al., 2015; Wolfe et al., 2010).

Por estos motivos en 2010 se modificaron los criterios de 1990 conservando el dolor generalizado por más de 3 meses de evolución sin justificación por algún otro diagnóstico médico, sin embargo eliminó los puntos de presión física (TP) e incluyó síntomas físicos reportados por los pacientes como despertar difícil, trastornos cognitivos, fatiga, trastornos del sueño y del estado de ánimo (Laroche, 2014).

Criterios diagnósticos 2010. El diagnóstico del SFM en el 2010 se conforma de 3 puntos esenciales:

1. Escala del índice de dolor generalizado (WPI por sus siglas en inglés) y escala de gravedad de síntomas (SS-Score por sus siglas en inglés):

El WPI que puntúa de 0 a 19, las áreas del cuerpo en las que ha sentido dolor en la última semana, las cuales están divididas en 5 regiones:

a. Región superior izquierda: Mandíbula izquierda, cintura escapular izquierda, brazo superior izquierdo y brazo inferior izquierdo.

b. Región superior derecha: Mandíbula derecha, cintura escapular derecha, brazo superior derecho y brazo inferior derecho.

c.Región inferior izquierda: Cadera (glúteo y trocánter izquierdo), pierna superior izquierda y pierna inferior izquierda.

d. Región inferior derecha: Cadera (glúteo y trocánter derecho), pierna superior derecha y pierna inferior derecha.

e. Región Axial: Cuello, espalda superior, espalda inferior, pecho y abdomen.

Y el SS-Score la cual toma en cuenta síntomas como: fatiga, sueño no reparador, manifestaciones cognitivas y síntomas somáticos. Cada síntoma puede puntuar de 0 a 3, de acuerdo con la gravedad (en el caso de la fatiga, sueño no reparador y manifestaciones cognitivas) o a la cantidad (en el caso de los síntomas somáticos).

Las puntuaciones propuestas para que un paciente cumpla con los criterios del SFM es si presenta $WPI \geq 7$ y $SS\text{-Score} \geq 5$ o si $WPI 3\text{-}6$ y $SS\text{-Score} \geq 9$.

2. Los síntomas deben contar con al menos 3 meses de duración sin presencia de algún otro diagnóstico médico que los explique..

3. Los síntomas han estado en un grado similar por al menos tres meses (Laroche, 2014; Moyano et al., 2015; Wolfe et al., 2010; Wolfe et al., 2011).

Estos criterios del 2010, de acuerdo a la literatura, clasifican hasta el 88,1% de los casos diagnosticados por los criterios del ACR 1990 correctamente (Moyano et al., 2015), además ya no era necesario un examen físico realizada por un experto (Wolfe et al., 2016); sin embargo aún se requería de un clínico que realizará la entrevista médica (Wolfe et al., 2011).

En el 2011, Wolfe et al. (2011), modificaron estos criterios creando una nueva escala de síntomas de fibromialgia (FS) combinado el WPI y SS-Score con el fin de volverlos una escala de autoadministración completamente, para utilizarse en evaluaciones autoaplicables de

investigaciones, pero no sustituyen el diagnóstico dado por un médico o como una forma de autodiagnóstico (Wolfe et al., 2011).

Criterios Diagnósticos 2011. De acuerdo con Wolfe y su equipo, (2011), los criterios modificados del 2010, también son conocidos como los nuevos criterios del 2011 los cuales consisten en:

1. Escala de síntomas de fibromialgia (FS por sus siglas en inglés), con puntuaciones totales de 0-31, el cuál es la unión del WPI (que señala las áreas en que el paciente ha sentido dolor en la última semana con puntuaciones de 0-19) y SS-Score (dependiendo la severidad de los síntomas de fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos, puntuando de 0 a 3 cada uno, más la suma de la aparición de dolor de cabeza, dolor o calambres en la espalda baja y abdomen, y depresión, en los pasados 6 meses, siendo un punto por cada síntoma. Obteniendo puntuación totales de 0-12). Requiriendo puntuaciones de $WPI \geq 7$ y $SS-Score \geq 5$ o $WPI 3-6$ y $SS-Score \geq 9$ para poder satisfacer los criterios del SFM.

2. Los síntomas deben contar con al menos 3 meses de duración sin presencia de algún otro diagnóstico médico que los explique.

3. Evaluación autoaplicable por el paciente (Wolfe et al., 2011).

Criterios diagnósticos 2016. La última modificación fue realizada en el 2016, juntando los criterios del 2010 y los criterios modificados del 2011, estos criterios del 2016 pueden ser empleados en la realización de diagnósticos clínicos o de clasificación en investigaciones (Wolfe et al., 2016).

Entre los nuevos cambios, se encuentran el uso de un criterio de dolor generalizado el cual difiere al de 1990 en que el dolor debía estar en al menos 4 de 5 regiones (mandíbula, pecho y abdomen no son considerados en los criterios 2016), afirma que el diagnóstico de fibromialgia es válido independientemente de la presencia de otros diagnósticos médicos, fomenta el uso del FS (el WPI ≥ 7 y SS-Score ≥ 5 o si WPI 4-6 y SS-Score ≥ 9 , en el 2016 el WPI debe ser mínimo ≥ 4 en lugar de ≥ 3), establece que los síntomas deben estar presente por al menos tres meses y combina los criterios del 2010 y 2011 los cuales pueden ser aplicados por médicos o pacientes (Wolfe et al., 2016). Para una revisión comparativa de la evolución de los criterios diagnósticos, referirse al Anexo A.

Comorbilidades y diagnósticos diferenciales

Como parte del proceso diagnóstico es esencial que el médico experto identifique las comorbilidades físicas y psiquiátricas que presentan las pacientes, así como, los diagnósticos diferenciales. En ese sentido, entre las comorbilidades físicas que puede presentar las pacientes con SFM se encuentran las enfermedades reumáticas, tal como artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artrosis, lupus eritematosos sistémico y síndrome de Sjogren (Laroche, 2014) y en las comorbilidades físicas no reumatológicas se encuentran hipertensión arterial sistémica, hipercolesterolemia (Rivera et al., 2006; Covarrubias y Carrillo, 2016), obesidad, hipotiroidismo, disfunción de la articulación temporomandibular, cistitis crónica, inflamación pélvica crónica inespecífica, síndrome del intestino irritable, síndrome de vejiga irritable, síndrome de fatiga crónica, lumbalgia crónica, cefalea crónica, trastornos neurológicos y trastornos en la motilidad gastrointestinal (Covarrubias y Carrillo, 2016).

De acuerdo con Rivera et al., (2006), en una revisión sistemática realizada por *la Sociedad Española de Reumatología* en el 2006, no hay datos que señalan un aumento de comorbilidades por enfermedades cardiovasculares o infecciones asociadas al SFM, sin embargo, al igual que los pacientes de dolor crónico, se sospecha que pueden presentar mayor riesgo de muerte accidental y por cáncer.

Entre las comorbilidades psiquiátricas, se encuentran principalmente los trastornos ansiosos y depresivos (Laroche, 2014), depresión mayor, distimia (Lizama y Rojas, 2019) y en menor proporción el trastorno bipolar (Laroche, 2014), consumo de sustancias principalmente, alcohol (González et al., 2010; Laroche, 2014), trastornos de personalidad (Lizama y Rojas, 2019), ataques de pánico y el trastorno por estrés postraumático, entre otros (Bellato et al., 2012; Rivera et al., 2006).

En cuanto a los diagnósticos diferenciales se encuentran:

- Enfermedades reumáticas como artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjogren (Laroche, 2014; Lozano, 2004), reumatismos por hidroxipatita, espondilitis anquilosante (Laroche, 2014), polimialgia reumática (Lozano, 2004), polimiositis-dermatomiositis, polimialgia reumática y síndrome de fatiga crónica (Lizama y Rojas, 2019).
- Síndromes infecciosos como parvovirus, hepatitis vírica, borreliosis, toxoplasmosis (Laroche, 2014), síndrome posviral como Epstein-Barr (Lozano, 2004) y virus de inmunodeficiencia humana (Lizama y Rojas, 2019; Lozano, 2004).

- Enfermedades metabólicas como déficit de hierro, potasio, magnesio, vitamina D, diabetes fosfática (Laroche, 2014), hipocalcemia, hipokaliemia (Lizama y Rojas, 2019) e insuficiencia renal (Lozano, 2004).
- Endocrinopatías como enfermedad tiroidea, hipotiroidismo, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo (Laroche, 2014; Lizama y Rojas, 2019; Lozano 2004).
- Padecimientos óseos como mieloma, metástasis óseas (Laroche, 2014), osteomalacia (Laroche, 2014; Lizama y Rojas, 2019; Lozano 2004) u osteoporosis con microfracturas (Lizama y Rojas, 2019).
- Síndromes paraneoplásicos (Laroche, 2014), tumores malignos (Lizama y Rojas, 2019), mieloma múltiple y enfermedad tumoral metastásica (Lozano, 2004).
- Enfermedades neurológicas como esclerosis en placas, miastenia, enfermedad de Charcot (Laroche, 2014) o parkinson (Laroche, 2014; Lozano, 2004).
- Enfermedades musculares dolorosas como polimiositis, sarcoidosis muscular, miositis víricas, miopatías metabólicas (Laroche, 2014), miopatías de causa metabólicas (Lozano, 2004), miopatías inflamatorias (Lizama y Rojas, 2019; Lozano, 2004).
- Mialgias medicamentosas y neuropatía periférica (Laroche, 2014).

Fisiopatología

A pesar de que hasta la fecha aún se desconoce el origen o etiología de este síndrome (Covarrubias y Carrillo, 2016; Bellato et al., 2012), se han postulado diversas hipótesis que relacionan sus síntomas con diversas irregularidades del sistema nervioso central (SNC) y

autónomo (SNA) así como con predisposición genética, variables psicosociales y estrés ambiental (Chavez, 2013; Covarrubias y Carrillo, 2016).

Sistema Nervioso Central. Algunos síntomas como el dolor generalizado, hiperalgesia, alodinia y otros, podrían deberse a una alteración del SNC, en cuanto al procesamiento de estímulos dolorosos y no dolorosos (Gómez et al., 2018).

Por medio de estudios de dolor inducido experimentalmente, se ha demostrado que los pacientes con SFM presentan un umbral de dolor más bajo, por lo que estímulos de menor magnitud pueden generar respuestas dolorosas. El estudio de la percepción de estos estímulos se ha realizado con la ayuda de diversas técnicas de neuroimagen como la resonancia magnética funcional (RMf) y la tomografía por emisión de positrones (TEP) en estado de reposo, a través de las cuáles se ha demostrado en distintas áreas cerebrales una disminución del flujo sanguíneo, así como un aumento de éste en las zonas activadas por estímulos dolorosos, relacionado a esto se ha observado hiperperfusión en la corteza somatosensorial e hipoperfusión en la corteza frontal, temporal, cerebelosa y cingulada de los pacientes (Escolar y Durán, 2011).

Sistema Nervioso Autónomo y Sistema Neuroendocrino. El SFM es considerado un padecimiento en el que los cuadros de dolor se relacionan con situaciones de estrés emocional o físico, lo cual sugiere el porqué se encuentra involucrado el eje hipotalámico-pituitario adrenal (HPA) (Bellato et al., 2012).

En el SFM se han observado alteraciones en el SNA a nivel del sistema neuro-inmuno-endocrino con un aumento excesivo e imposibilidad de suprimir el cortisol sin cambios en el día (Guzmán et al., 2018, Bradley, 2009), lo cual podría afectar la respuesta

fisiológica efectiva para el manejo del estrés por parte de HPA (Covarrubias y Carrillo, 2016; Bradley, 2009).

Otras alteraciones como la dificultad de vasoconstricción microcirculatoria sería la causa de hipotensión (García et al., 2018), lo cual podría influir en síntomas como la fatiga y náuseas (Bradley, 2009).

Las alteraciones del sueño (insomnio, sensación de no descansar, despertares continuos, entre otros), podrían relacionarse con los bajos niveles de energía y fatiga, e influir en una producción reducida de la hormona del crecimiento y el factor de crecimiento insulínico tipo I, las cuales son necesario para la reparación de micro traumas musculares. Por lo tanto, esta transmisión sensorial prolongada de daño muscular al SNC aumenta la percepción del dolor, lo cual contribuye en los trastornos del sueño, manteniendo la fatiga, y convirtiéndose en un círculo vicioso (Bradley, 2009).

Factores genéticos. Desde el punto de vista genético, en diversos estudios se menciona que las personas con familiares que presentan SFM, tienen mayor probabilidad de presentarlo también (Chayo, 2016), con una probabilidad ocho veces mayor en comparación a otras enfermedades reumáticas (Chavez, 2013; Guzmán et al., 2018; Laroche, 2014).

Algunos autores han investigado sobre diversos polimorfismo de algunos genes, los cuales podrían relacionarse con el dolor del SFM (Laroche, 2014). Entre estas mutaciones genéticas estudiadas, destacan las asociadas a las catecolaminas COMT (catecol-O-metiltransferasa) implicado en la predisposición a los síntomas ansiosos, depresivos y

dolor (Bradley, 2009; Pinzón, 2019), así como las anormalidades del promotor del gen transportador de la 5-HT receptor de 5-hidroxitriptamina (Guzmán et al., 2018; Laroche, 2014).

Otros genes estudiados que también podrían relacionarse con el SFM son codificadores de opioides, las anormalidades en los genes del canal de potasio KCNS, los genes relacionados a canales de sodio, genes de la guanosina trifosfato ciclohdroxilasa, los genes codificadores de enzimas ligadas a estrógenos (Laroche, 2014), genes relacionados a la sustancia P (Covarrubias y Carrillo, 2016), la cual se ha encontrado en altas cantidades en el líquido cefalorraquídeo (Guzmán et al., 2018), genes relacionados al receptor de dopamina D4, entre otros (Bellato et al., 2012).

Además, el SFM se ha asociado con anomalías en la producción de ciertos aminoácidos como valina, leucina, isoleucina y fenilalanina, y neurotransmisores como la acetilcolina; los cuales podrían favorecer la fatiga, ya que están relacionados con el tono, fuerza y recuperación muscular (Covarrubias y Carrillo, 2016)

Factores psicosociales. Entre los factores ambientales que son estresores, y además son desencadenantes para el SFM encontramos situaciones laborales y/o de la vida familiar (Chavez, 2013) problemas económicos (Vázquez y Vázquez, 2015), estrés crónico, traumas emocionales (Bradley, 2009), historial de abuso físico y sexual (Vázquez y Vázquez, 2015), eventos traumáticos como catástrofes, persecuciones, secuestros y guerra (Guzmán et al., 2018; Hauser et al., 2015), que propician la aparición de estrés. Además encontramos a los siguientes estados patológicos que pueden desencadenar el SFM como la obesidad, depresión, ansiedad, las infecciones virales como el virus de Epstein Barr, el parvovirus y la enfermedad de Lyme

(Guzmán et al., 2018; Hauser et al., 2015), además de traumatismos y/o lesiones físicas (Chavez, 2013), cirugías y accidentes vehiculares (Bradley, 2009).

Impacto psicosocial del SFM

Se estima que entre 74 y 90% de los pacientes con SFM padecen de un deterioro significativo en su calidad de vida (Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, 2018), debido a los diversos síntomas, tanto físicos como psicológicos, que generan limitaciones en su funcionalidad (Soucase et al., 2004), las cuales pueden repercutir en el desarrollo de la vida diaria del paciente, afectando tanto en la esfera social, como en la familiar y laboral (Briones et al., 2015).

En cuanto a lo económico, el SFM representa un impacto notable debido a los costos directos e indirectos que presenta la enfermedad. En este sentido, se hace referencia a los costos indirectos como todos aquellos relacionados con el ámbito laboral, por ejemplo la reducción de horas en el trabajo, los absentismos e incluso bajas laborales que se puedan generar debido a la incapacidad generada por el SFM (Cabo-Meseguer et al., 2017; Briones et al., 2015). En este aspecto, se estima que la mitad de los pacientes con SFM en México, solo en ocasiones son capaces de laborar, no logrando obtener la misma cantidad de ingresos como antes; y de esta población con trabajo estable, se calcula que entre el 47 y 67% tuvieron cuando menos 10, y algunos otros hasta 40 ausencias laborales durante un año (Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, 2018).

Se calcula que entre el 25 y 50 % de los pacientes han descuidado o abandonado temporalmente sus trabajos, e incluso han renunciado o han sido despedidos, no solo por las

limitaciones físicas o psicológicas propias de la enfermedad, si no también debido a las condiciones laborales como el estrés percibido (Briones et al., 2015) e insatisfacción laboral, así como posturas de ergonomía inadecuada (movimientos repetitivos o posiciones prolongadas) y cargas de trabajo pesadas, entre otros (Briones et al., 2015; Vicente et al., 2011).

Por otra parte, los costos directos son aquellos derivados de las múltiples consultas médicas y tratamientos (tanto farmacológicos como no farmacológicos) (Thieme et al., 2017); se calcula que un paciente acude en promedio, hasta a 10 consultas médicas al año y consume un aproximado de tres medicamentos diarios para el manejo de dolor (Galiano y Sañudo, 2013).

Para una descripción detallada de los costos directos se recomienda revisar la lista de medicamentos recomendados de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social en el anexo 2.

En cuanto al aspecto social las personas con SFM suelen ser estigmatizadas y acusadas de exagerar o inventar su enfermedad, ya que los síntomas suelen atribuirse a factores psicológicos y no ser visibles físicamente en la mayoría de los casos (Armentor, 2016). Además de lo anterior, las personas suelen recibir una serie de comentarios negativos por parte de amigos, familiares o conocidos, por ejemplo, ser ellas y ellos los propios causantes de su estado actual, no esforzarse lo suficiente para mejorar, buscar excusas para no cumplir con sus responsabilidades o eventos sociales, entre otras.

Una de las principales causas de desconfianza por parte de amigos y familiares es que el aspecto físico de algunos pacientes con SFM difiere de su reporte verbal, por lo que se le ha denominado la enfermedad invisible, lo cual dificulta el apoyo social y credibilidad hacia los

pacientes (Armentor, 2016). Como resultado de lo anterior, sumado a la falta de comprensión por parte de amigos, familiares e incluso sector salud, debido a la desinformación sobre la enfermedad (Ubago et al., 2005), los pacientes con SFM suelen presentar autoestima baja, ansiedad, frustración (Ubago et al., 2005), preocupación, sentimiento de inutilidad y poca productividad laboral derivado de sus limitaciones físicas (Briones et al., 2015).

Tratamiento

Ya que el SFM actualmente no cuenta con alguna cura (ACR, 2019), el objetivo del tratamiento debe ir encaminado a mejorar la sintomatología y la calidad de vida (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2019).

El tratamiento debe iniciar con la información al paciente sobre las características de su padecimiento actual y probable pronóstico, desmintiendo cualquier información falsa que tenga al respecto (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2019).

La información debe basarse en evidencia científica y adecuarse a las características clínicas de cada paciente. El tratamiento debe ser multidisciplinario teniendo como base el tratamiento farmacológico, la práctica diaria de ejercicio físico aeróbico moderado (caminar, nadar, entre otros) y el tratamiento psicológico (Álvarez et al., 2019; García et al., 2010; Rivera, 2011).

Tratamiento farmacológico

Analgesicos, antiinflamatorios y relajantes musculares. El SFM no tiene evidencia clara de un proceso inflamatorio base, así que no está del todo indicado el uso de antiinflamatorios no

esteroideos (AINES). El uso de paracetamol es recomendado por la Sociedad Española de Reumatología, sin embargo la evidencia de este fármaco sobre el control del dolor es muy débil (Rivera, 2011; Rivera et al., 2006). Por otro lado, los relajantes musculares como ciclobenzaprina y clormezanona (Rivera, 2011), han mostrado mejorar el dolor y la calidad del descanso nocturno, aunque su efecto disminuye con el paso del tiempo (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2019).

Opioides. En cuanto a los fármacos opioides hay poca evidencia , además de no ser recomendados por algunos autores (Alegre et al., 2010; Covarrubias y Carrillo, 2016; Rivera et al., 2006). Sin embargo el tramadol solo o con paracetamol, ha mostrado cierta mejoría en síntomas como dolor y calidad de vida (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2019).

Antidepresivos. Este grupo de fármacos, además de poseer capacidades analgésicas, mejoran otros síntomas como alteraciones del sueño, estado de ánimo, fatiga y calidad de vida (Rivera, 2011; Alegre et al., 2010).

- Antidepresivos tricíclicos: como amitriptilina, nortriptilina (Ángel et al., 2016; Montoya, 2011) e imipramina, han mostrado hasta en el 30% de los pacientes una mejoría en síntomas como dolor, bienestar general, sueño y fatiga, usados a corto plazo (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2019).
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): como fluoxetina, paroxetina y citalopram (Martínez y Saturno, 2016; Montoya, 2011; Rivera, 2011). Pueden ser útiles para mejorar síntomas depresivos, sin embargo muestran poca eficacia para el dolor (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2019).

- Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN): han mostrado mejoría en síntomas depresivos, ansiosos y en el bienestar general (Ángel et al., 2016); la duloxetina ha mejorado la sintomatología dolorosa y el entumecimiento; por su parte el milnazipram ha mostrado mejorar el estado físico y la fatiga (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2019).
- Inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa (MAO): moclobemida y pirlindo; sin embargo no son recomendados por varios autores debido a su poca evidencia sobre su uso para el tratamiento del SFM (Alegre et al., 2010; Rivera, 2011).
- Otros fármacos antidepresivos: trazodona, nefazodona, mirtazapina (usados con éxito para el trastorno depresivo mayor, pero con poca evidencia en otros síntomas del SFM) y bupropión (ha demostrado eficacia en el tratamiento del dolor crónico no oncológico, pero hay poca evidencia en su uso en el SFM) (Rivera, 2011).

Anticonvulsivos. La gabapentina y pregabalina han mostrado ser eficaces en varias formas de dolor crónico como la neuralgia del trigémino, la neuropatía diabética y la neuralgia postherpética (Covarrubias & Carrillo, 2016; Rivera, 2011), además de mostrar mejoría en síntomas como sueño y fatiga (Ángel et al., 2016).

Tratamiento no farmacológico.

Terapia psicológica. La terapia psicológica de corte cognitivo-conductual (TCC) es el abordaje psicológico que ha demostrado mayor eficacia para el tratamiento de trastornos como ansiedad y depresión, dolor crónico, dolor inflamatorio y SFM (Rivera et al., 2006), disminuyendo síntomas como el dolor y la fatiga, así como aliviando el malestar emocional

(Friedberg y Jason, 2001; Rivera et al., 2006) y mejorar la autopercepción de los pacientes sobre su propia eficacia (Rivera et al., 2006).

La TCC tiene como objetivo modificar los esquemas de pensamiento, emociones y repertorios de afrontamiento desadaptativos que el paciente posee para el manejo del dolor (Alegre et al., 2010), por lo tanto el afrontamiento y percepción de la enfermedad son impactadas positiva y significativamente (Covarrubias y Carrillo, 2016). Un menor afrontamiento positivo podría aumentar la percepción de severidad del dolor, disminuir la actividad y aumentar la ansiedad de los pacientes, la TCC busca dar elementos al paciente para realizar sus actividades a pesar del dolor además de buscar aumentar los comportamientos positivos de autocuidado y reducir los negativos que llevan al dolor (Montoya, 2011).

La TCC hace uso de técnicas tanto de condicionamiento clásico, como de condicionamiento operante: extinción, refuerzo positivo, moldeado, aprendizaje observacional, estrategias de solución de problemas, habilidades de afrontamiento (relajación y técnicas de autocontrol emocional) (Rivera et al., 2006); se ha observado que la hipnosis, imaginación guiada y relajación, obtienen resultados favorables siempre y cuando se apliquen en conjunto con otras técnicas (Ángel et al., 2016). Las técnicas de biofeedback han mostrado cierta eficacia, sin embargo faltan más estudios al respecto (Montoya, 2011; Rivera et al., 2006).

La TCC incluye una etapa de psicoeducación en la cual se educa al paciente sobre la naturaleza del SFM, una segunda etapa en la que se dota al paciente de habilidades para su mejor afrontamiento, en la que se brindan técnicas de relajación, solución de problemas, higiene del sueño, etc. y una tercera etapa en que se ponen a prueba las habilidades adquiridas. El número de

sesiones de psicoterapia, pueden ser de 6 a 24 y estas podrían ser de forma individual o grupal (Rivera et al., 2006).

Fisioterapia. Debido a que los pacientes con SFM presentan una fuerza, flexibilidad y condición física mermadas (Guzmán et al., 2018), el ejercicio físico aeróbico en cualquiera de sus modalidades (natación, bicicleta, ejercicios en el suelo, yoga, estiramientos y danza), cuenta con un amplio repertorio de ensayos clínicos, que prueban una mejoría en la sintomatología del SFM (Ángel et al., 2016; Covarrubias y Carrillo, 2016 ; Guzmán et al., 2018; Rivera et al., 2006) además de presentar pocos efectos secundarios (Ángel et al., 2016).

De acuerdo a Rivera et al., (2006) en una revisión sistemática realizada en Cochrane, al realizar ejercicio físico hay una mejora en la capacidad aeróbica y el dolor en los puntos de presión, posteriormente una revisión sistemática realizada por la SER reporta que síntomas como el dolor y la ansiedad presentan una mejora al realizar ejercicio físico, sin embargo hay poca evidencia en cuanto a la mejoría de síntomas depresivos y fatiga. Por otro lado, menciona que no hay evidencia que sustente la superioridad de un tipo de ejercicio aeróbico sobre otro (Rivera et al., 2006). Es importante destacar, que a pesar de no haber evidencia que pruebe que el ejercicio físico empeora las manifestaciones clínicas de la enfermedad (Rivera et al., 2006), se recomienda realizar sesiones no tan intensas, ya que podría haber la sensación de que el dolor aumenta después de una sesión de ejercicio físico prolongado (Guzmán et al., 2018).

Guzmán et al., (2018), mencionan que hay un alto grado de evidencia en que la combinación de la terapia psicológica de corte cognitivo conductual y hacer ejercicio físico, superan a la terapia farmacológica en cuanto a la recuperación de la función física de los

pacientes con SFM , además de reducir el impacto global del SFM en la vida de los pacientes (Rivera et al., 2006).

Otros. Hay evidencia que muestra que una sesión de meditación a la semana, mejora los síntomas depresivos, llegando incluso a ser útil en variables como la catastrofización (Alegre et al., 2010).

También se ha mostrado que la hidroterapia, puede reducir el dolor y mejorar la calidad de vida por cortos períodos, sin embargo aún falta estudiar más al respecto (Covarrubias y Carrillo, 2016).

En cuanto a la acupuntura, homeopatía, masajes (quiropRACTICOS), tratamientos herbales, suplementos minerales como el magnesio, vitaminas (B2 y E) y aceites botánicos, hay poca evidencia que demuestre la eficacia significativa de estos tratamientos (Montoya, 2011; Rivera et al., 2006).

En conclusión, un tratamiento multicomponente que considere el ejercicio aeróbico, la terapia cognitiva-conductual y la amitriptilina, tiene el más alto nivel de eficacia para el SFM con base a las guías de práctica americanas y alemanas (Covarrubias y Carrillo, 2016).

II. Estrés

Definición de estrés

El término *estrés* es comúnmente utilizado haciendo referencia a diferentes situaciones causantes de malestar. Este fenómeno ha existido a lo largo de la historia de la humanidad obligando a las personas a adaptarse a las circunstancias del medio y ha permitido la evolución de la especie (Barrio et al., 2006).

El significado original de la palabra estrés se deriva del término en inglés “*stress*” que significa “tensión” o “presión”. Se remonta al siglo XVII, cuando el físico Hooke estudiaba la relación entre la fuerza aplicada sobre un cuerpo y la subsecuente deformación que presentaba; definiendo así estrés como: la "fuerza o peso causado por presión" , por ejemplo, por los carros al pasar sobre un puente (Román y Hernández, 2011; Thomae, 2002). Sin embargo, este término se ha extrapolado al campo de la Medicina y la Psicología, definiendo el estrés psicológico como el desequilibrio que hay entre las personas y las presiones o demandas de su medio, las cuales pueden percibirse tan desafiantes que incluso exceden sus recursos, poniendo en riesgo el bienestar del individuo (Lazarus, 1990; Lazarus y Folkman, 1984).

En 1926 Hans Selye utilizó el término estrés por primera vez desde un enfoque psicobiológico, denominando así a la respuesta generada por un estímulo nocivo llamado estresor (Artazcoz et al., 2006). Posteriormente, en la Segunda Guerra Mundial las teorías e investigaciones del estrés tuvieron mayor auge, debido a los efectos que este tenía sobre los militares en combate volviéndose vulnerables (Lazarus y Folkman, 1984). En 1973 el mismo

Hans Selye (citado en Barrio et al., 2006 p.38), define el estrés como: “*la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que sobre él se ejerce*”.

Lazarus (1990) define al estrés como la relación creada entre una persona y las demandas de su contexto, las cuáles pueden exceder los recursos del sujeto, generando una reacción ante dichos estímulos estresantes (Vila y Guerra, 2009).

Causas y síntomas

El estrés puede ser ocasionado por diferentes estímulos, llamados estresores, los cuales pueden tener diferentes grados de importancia para cada individuo; y que le mantienen en constante activación fisiológica (Cruz, 2018). Las tres principales fuentes de estresores son: fisiológicas, por ejemplo alguna enfermedad física; psicológicas como ciertos rasgos de la personalidad o ambientales, como algún desastre natural o problemas en el trabajo (Bonfil et al., 2010; Thomae, 2002).

La respuesta ante estos estresores, suele identificarse como acciones de defensa (afrentamiento) o huida (evitación) (Barrio et al., 2006). Sin embargo existen dos tipos de estrés que deben diferenciarse : el eu-estrés, el cual a pequeñas dosis, facilita respuestas eficaces, intensas y que favorecen el bienestar; y el distrés, el cual se caracteriza por malestar y poca eficacia, que se presenta cuando los recursos del sujeto son sobrepasados por las demandas de los estresores (Díaz y Fierro, 2018; Barrio et al., 2006).

Cuando los estímulos estresantes son continuos o provocan una respuesta intensa durante un periodo prolongado puede resultar dañino para la salud (Capdevila y Segundo, 2005) generando una serie de síntomas característicos como:

- Cognitivos: impulsividad, pensamientos repetitivos y obsesivos, dificultad para relajarse (Capdevila y Segundo, 2005), fatiga (APA, 2010), problemas de concentración y aprendizaje, confusión, olvidos y baja resolución de problemas (IMSS, s.f.).
- Físicos y conductuales: Tensión muscular (Capdevila y Segundo, 2005; APA, 2010), dolor de cabeza, problemas gastrointestinales, mareos, cambios de apetito y libido, insomnio (APA, 2010), baja productividad, problemas de socialización, llanto, consumo de alcohol y otras sustancias, infecciones, palpitaciones en el corazón, respiración agitada, aumento de la presión sanguínea (IMSS, s.f.).
- Emocionales: Irritabilidad, nerviosismo, “ganas de llorar” (APA, 2010), ansiedad, miedo, poca tolerancia, frustración, fatiga, entre otros (IMSS, s.f.).

Además de estos síntomas, un estilo de vida con constante exposición a factores estresantes (definiendo estilo de vida como la forma en que piensan, sienten y realizan sus actividades los individuos) (Barrio et al., 2006), se relaciona con la potenciación o predisposición ante ciertas enfermedades como fibromialgia (Cleare, 2004), padecimientos cardiacos, cirrosis hepática, enfermedades respiratorias, suicidio (Capdevila y Segundo, 2005) constantes fracturas óseas, hipertensión, angina de pecho, fiebre reumática, obesidad y/o diabetes, entre otros (Thomae, 2002). Cuando el estrés forma parte del estilo de vida de las personas, puede llegar a ocasionar la muerte (Barrio et al., 2006).

Modelos psicológicos de estrés

Con el fin de comprender mejor la función del estrés en el ser humano, se han creado una serie de modelos teóricos, de los cuales se mencionan tres en este apartado.

Modelos de estrés como respuesta. El modelo de estrés como respuesta de Lazarus, ve al estrés como una respuesta del SNA ante estímulos externos percibidos como amenazas (Bonfill et al., 2010; Vila y Guerra, 2009). Esta respuesta, al ser generada por el SNA en su rama simpática, se caracteriza por ser inconsciente, es decir que la persona no tiene control sobre ella, presentando por ejemplo cambios en la frecuencia cardíaca, presión arterial y sudoración. Sin embargo, también existe una respuesta dependiente de una valoración que el individuo hace sobre sus recursos y posibles consecuencias de la situación amenazante, la cual puede aumentar o disminuir el grado de estrés (Bonfill et al., 2010).

Cannon menciona que la respuesta ante el estrés, puede darse en forma de lucha o huida, y puede considerarse una característica adaptativa ante la situación amenazante (Vila y Guerra, 2009). En cuanto al término de adaptación, Seyle describe el síndrome general de adaptación para resaltar los componentes neuroendocrinos como el eje simpático-adreno-medular y el eje hipofisiario-adreno-cortical, de la respuesta al estrés (Seyle, citado en Vila y Guerra, 2009).

Modelo de estrés como estímulo. El modelo de estrés como estímulo de Lazarus, se refiere al estrés como el estímulo externo llamado estresor que provoca un desequilibrio en el sujeto. Aquí el sujeto no genera una respuesta de estrés, más bien, reacciona ante el estrés (Vila y Guerra, 2009). Esta premisa se basa en la consideración de que ciertos estresores son

universales, causando una respuesta ya sea en mayor o menor grado en diferentes sujetos (Bonfill et al., 2010).

En las investigaciones realizadas por Cannon y Seyle, se utilizaron principalmente estresores físicos como ruidos fuertes o temperaturas extremas, sin embargo mencionan que estresores del tipo psicológicos, como la posibilidad de tener un episodio de dolor o de fatiga, pueden suscitar respuestas similares (Vila y Guerra, 2009).

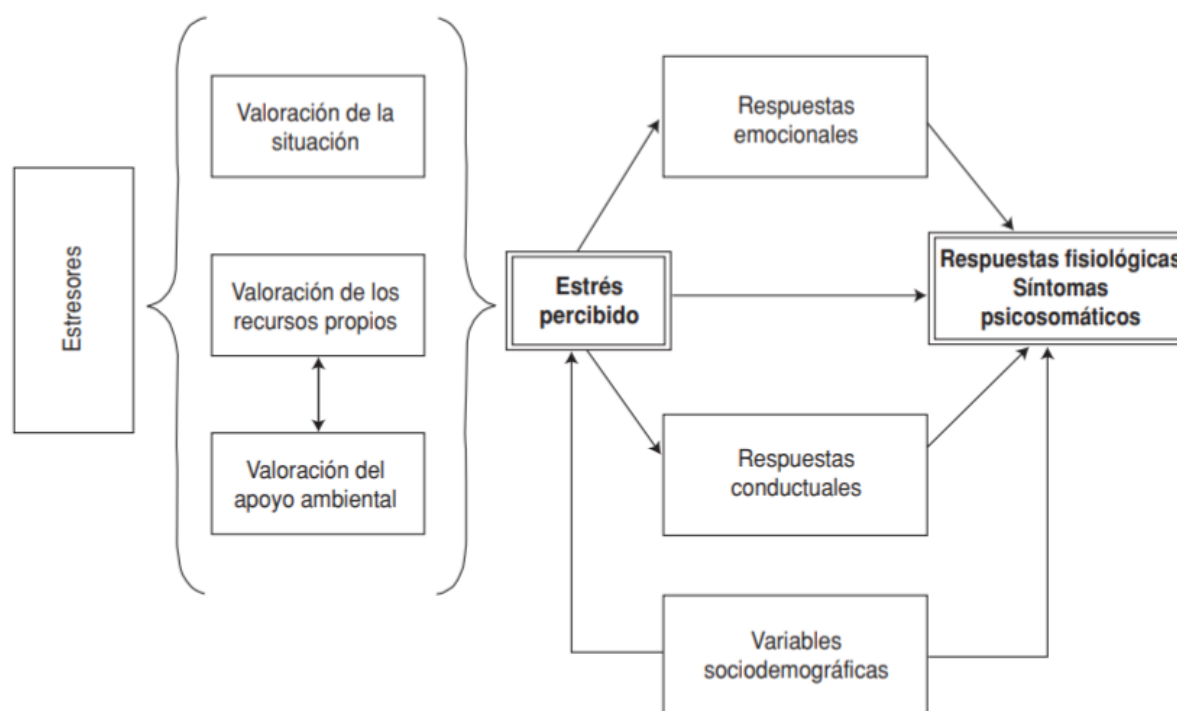
Los estresores pueden clasificarse de diversas maneras, sin embargo la clasificación más aceptada actualmente se divide en acontecimientos vitales (un nuevo empleo o domicilio, pérdida de algún ser querido) y estresores cotidianos (problemas laborales, tráfico). Lazarus y Folkman mencionan que los estresores cotidianos pueden causar un número mayor de respuestas de estrés causando efectos negativos importantes (Vila y Guerra, 2009).

Modelo de estrés como transacción. En este modelo en 1986 Lazarus y Folkman (sus principales representantes), hacen referencia a la interacción bidireccional causada mediante los procesos cognitivos y la respuesta suscitada, entre el medio y el sujeto. Por lo tanto se sugiere que las personas no solo reaccionan al estrés, también lo generan como parte de un proceso cognitivo generado por la relación de la persona con su entorno (Bonfill et al., 2010; Vila y Guerra, 2009). En otras palabras, el estrés psicológico es una relación entre tres factores: las demandas del entorno; sus recursos sociales (redes de apoyo por ejemplo) y personales que pueden ser biológicos (edad, género, sexo) y psicológicos (personalidad, sentido de humor) y la valoración psicológica de ambos factores (Figura1) (Rodríguez et al., 2009).

Por su parte, la valoración psicológica, consta de dos componentes; la valoración psicológica primaria para decidir si hay peligro o no, la cual inicia desde que el estímulo es detectado e inician las respuestas fisiológicas; y la valoración psicológica secundaria, donde una vez que ha determinado su capacidad de enfrentar o controlar una situación amenazante, utilizan estrategias de afrontamiento (Rodríguez et al., 2009). Siendo así, que no es simplemente la situación lo que es identificada como amenaza, si no esta valoración lo que le otorga un significado amenazante.

Figura 1.

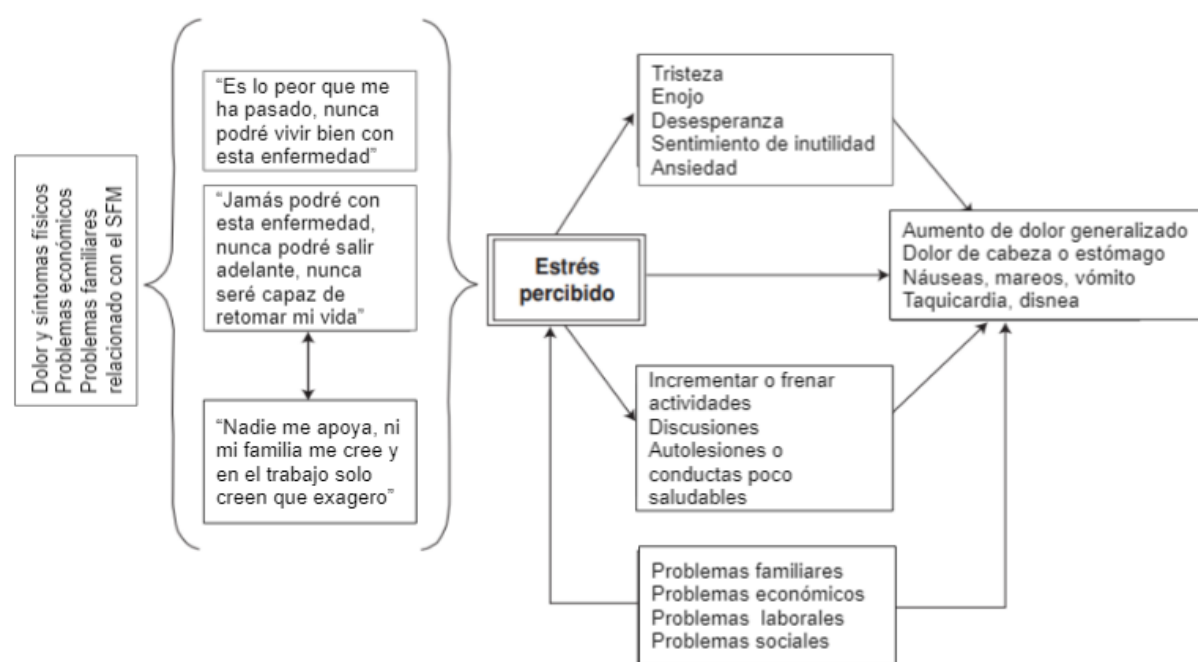
Modelo explicativo del estrés como transacción de Lazarus y Folkman..



Nota. Modelo explicativo del estrés. Fuente: González, M. y Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 23(1), 7–18.

Figura 2

Ejemplo de un modelo explicativo del estrés en fibromialgia.



Nota. Ejemplificación del modelo explicativo del estrés con pacientes son SFM. Autoría propia, basado en González, M. y Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 23(1), 7–18.

Actualmente se han realizado diferentes investigaciones sobre el estrés y su relación en el proceso salud-enfermedad, debido a sus diferentes consecuencias sobre el organismo como el

aumento de la vulnerabilidad, la alteración del buen funcionamiento del sistema ocasionando que aparezcan o se agraven diferentes enfermedades, además de propiciar conductas de riesgo como uso de sustancias psicoactivas entre otros (Rodríguez et al., 2009).

Se ha sugerido que un afrontamiento efectivo, es la mejor opción para reducir las consecuencias del estrés; siendo en este sentido el afrontamiento visto como la habilidad para realizar cambios tanto cognitivos como conductuales, con el fin de responder a las demandas de los estímulos que son valorados como excedentes de los recursos de una persona, por lo tanto la persona maneja dicha situación estresante con respuestas de pelea, derrota o buen manejo. Siendo así, que cuando las personas logran mantener un nivel de estrés moderado estaríamos hablando de un afrontamiento adaptativo (Rodríguez et al., 2009).

Prevalencia del estrés en fibromialgia

Se realizó una búsqueda de los términos “estrés” y “fibromialgia”, en el periodo de octubre- diciembre del año 2021, en diferentes bases de datos como PubMed y Medline, no se logró identificar la prevalencia del estrés en el SFM, sin embargo se encontró mayor literatura sobre la ansiedad, la cual se encuentra con una prevalencia del 13 al 64% (Di Tella et al., 2017).

Tratamientos psicológicos del estrés en fibromialgia

Como se ha mencionado antes, se recomienda que el tratamiento para el SFM se base en un enfoque multimodal incluyendo aspectos farmacológicos, terapia física y tratamiento psicológico.

En cuanto al tratamiento psicológico el enfoque que más eficaz ha resultado es la terapia cognitivo-conductual (TCC por sus siglas en español) (Comeche et al., 2010), cuyo principal objetivo es la modificación de los comportamientos, emociones y pensamientos que influyen en el problema a tratar (Medrano y Bueno, 2018; Bernardy et al., 2013), por lo tanto, la meta final de esta terapia no es erradicar el dolor, sino aprender a manejar las emociones, comportamientos y cogniciones ocasionados por el SFM (Comeche et al., 2010).

En la TCC se distinguen dos tipos de programas de atención: los básicos, los cuales incluyen técnicas como psicoeducación y entrenamiento en relajación, y los multicomponentes, las cuáles incluyen técnicas cognitivo-conductuales como reestructuración cognitiva, técnicas de solución de problemas, establecimiento de metas, además psicoeducación y entrenamiento en relajación, entre otras (Rodero et al., 2009).

Psicoeducación. John E. Donley fué la primera persona en utilizar el término reeducación psíquica en 1911, aludiendo al fin básico de la psicoterapia que es generar una reeducación para llegar a una adaptación. Sin embargo, fue hasta mediados de los años 70, que la psicoeducación tuvo su auge en Estados Unidos y Europa, con pacientes con trastorno bipolar y sus familiares, a los cuales se buscaba informar respecto a su diagnóstico y tratamiento, llamando a esta intervención psicoeducación informativa (Colomb, 2011).

La psicoeducación nace de la necesidad clínica de brindar herramientas al paciente que le faciliten la comprensión tanto del diagnóstico como del tratamiento de su enfermedad, logrando así disminuir el número y duración de las recaídas (Colomb, 2011).

A grandes rasgos, la psicoeducación es la aproximación terapéutica en la cuál se brinda información clara, objetiva, basada en evidencia y de acuerdo al grado de comprensión del paciente y sus familiares, acerca del diagnóstico, pronóstico y posibles tratamientos (Bernardy et al., 2013; Collado et al., 2002).

Sin embargo su aplicación va más allá de la parte clínica; entre sus principales objetivos está explorar y adaptar situaciones de la vida cotidiana que se hayan vuelto complejas debido a la enfermedad, brindar información sobre el proceso que se está viviendo , erradicar prejuicios, mejorar el apego terapéutico, minimizar las recaídas que pueda presentar el paciente, reducir la sobrecarga emocional , mejorar su autoconfianza, autoconcepto (Tena-Hernández, 2020).

Por lo tanto, en el proceso psicoeducativo se debe brindar información sobre la enfermedad, pero también estrategias para hacer frente a las situaciones que limitan la adaptación del paciente a su nueva condición. Específicamente, la psicoeducación a pacientes con fibromialgia busca brindar información sobre el manejo del dolor, manejo del estrés, estrategias de asertividad y afrontamiento así como técnicas de relajación, entre otras (Collado et al., 2002), dichas técnicas se presentan de manera más detallada en el anexo C.

El proceso de psicoeducación puede ser empleado de tres maneras diferentes: individual, familiar o grupal (Tena-Hernández, 2020). Sin embargo en un estudio realizado en 2005 por García-Campayo et al., se observó la diferencia del efecto de un programa psicoeducativo grupal e individual con pacientes con SFM, concluyendo que es más efectiva la intervención grupal.

Justificación y planteamiento del problema

El SFM se caracteriza por la presencia de dolor crónico generalizado y otros síntomas físicos y psicológicos desagradables e incapacitantes, muchos de los cuales se ven exacerbados por el estrés (Cabo-Meseguer et al., 2017; Briones et al., 2015; Chavez, 2013; Hidalgo, 2012; Soucase et al., 2004) .

Algunas de las respuestas fisiológicas ocasionadas por el estrés son tensión muscular (Capdevila y Segundo, 2005; APA, 2010), dolor de cabeza, problemas gastrointestinales, mareos, cambios de apetito y libido, insomnio (APA, 2010), baja productividad, problemas de socialización, llanto, y conductas como consumo de alcohol y otras sustancias; palpitaciones en el corazón, respiración agitada, aumento de la presión sanguínea, entre otros (IMSS, s.f.), es decir, las manifestaciones de estrés pueden incrementar la sintomatología y la intensidad de la misma en los casos de SFM.

La TCC ha demostrado ser el enfoque terapéutico más eficaz para el manejo de estrés, ya que no solo actúa sobre los errores del pensamiento (como los pensamientos irracionales poco adaptativos, principales generadores de interpretaciones falsas del medio), sino también, hace uso de técnicas que generan habilidades nuevas de afrontamiento ante los estímulos estresantes y técnicas de relajación las cuales buscan una desactivación del SNC lo cual impide la coexistencia con las respuestas fisiológicas de activación generadas por el estrés (Collado et al., 2002; Comeche et al., 2010; García-Campayo et al., 2005; García et al., 2018; Ramírez y González, 2012).

En 2005 García-Campayo et al., evaluaron el impacto en la calidad de vida y las diferencias que tendría un programa psicoeducativo (sin embargo no describe los elementos terapéuticos) individual y grupal, en pacientes con SFM. Los resultados indicaron que el taller tuvo un efecto significativo en ambos grupos. Las participantes reportaron una disminución de la intensidad del dolor de acuerdo con las medidas de la escala visual de Eurogol y el SF-36 el cuál evalúa la calidad de vida relacionada con la salud. Sin embargo, al comparar los resultados observaron que la intervención grupal fue más efectiva.

En 2018, Díaz-García et al., realizaron un programa de intervención enfocado en la reducción del dolor y en brindar herramientas a las pacientes con SFM para mejorar su calidad de vida. Este programa utilizó técnicas de la TCC, más componentes de la Psicología Positiva: psicoeducación, aceptación radical, autohipnosis, programación de actividades, flexibilidad cognitiva, habilidades de comunicación, autocompasión y prevención de recaídas. Este estudio piloto estuvo conformado por 4 mujeres y 1 hombre con una duración de 8 sesiones de dos horas. Los resultados mostraron una mejoría en cuanto a la aceptación del dolor, auto-compasión y calidad de vida.

En un estudio realizado por Hidalgo et al., en 2020, determinaron la eficacia de la TCC mediante hipnosis, en pacientes con SFM en un hospital en Ecuador. El estudio fue descriptivo y prospectivo en un total de 30 pacientes mujeres. Las pacientes reportaron una mejoría en sus síntomas en el tiempo que fueron tratadas con lo cual demostraron la efectividad del tratamiento.

Con base en lo expuesto se propone una investigación que evalúe los efectos de una intervención psicoeducativa con base en la TCC sobre los niveles de estrés, el impacto del SFM y

la autoeficacia ante el dolor crónico en un grupo de mujeres diagnosticadas con Fibromialgia. La intervención propuesta tiene el formato grupal y virtual.

III. Método

Pregunta de investigación

¿Cuál es el efecto de una intervención grupal en línea de corte psicoeducativo sobre el nivel del estrés percibido, el impacto del SFM y la autoeficacia ante el dolor en mujeres con síndrome de fibromialgia?

Diseño de investigación

Diseño pre-experimental, con evaluación pre y post (Hernández-Sampieri et al., 2006).

Objetivo general

Evaluar el efecto de una intervención grupal de corte psicoeducativo en línea sobre el nivel del estrés percibido, el impacto del SFM y la autoeficacia ante el dolor en mujeres con síndrome de fibromialgia.

Objetivos específicos

Evaluar el nivel de estrés en mujeres con síndrome de fibromialgia antes y después de una intervención.

Evaluar el nivel de impacto del SFM en mujeres con síndrome de fibromialgia antes y después del taller.

Evaluar el nivel de autoeficacia ante el dolor de mujeres con síndrome de fibromialgia antes y después de la intervención

Hipótesis

Participar en un taller grupal virtual de corte psicoeducativo disminuirá el nivel de estrés percibido y el impacto del SFM, al tiempo que incrementará la autoeficacia ante el dolor de las mujeres con síndrome de fibromialgia.

Muestreo

No probabilístico de participantes voluntarios (García, 2009; Hernández-Sampieri et al., 2006).

Selección de participantes (criterios de inclusión, exclusión y eliminación)

- Inclusión: Pacientes mujeres de 18 a 50 años de edad, que asisten a consulta en el Hospital General Dr. “Manuel Gea González, con diagnóstico de SFM.
- Exclusión: Enfermedad psiquiátrica reportada por la paciente al momento de la valoración inicial.
- Padecer una enfermedad articular distinta a la Fibromialgia, por ejemplo Artritis Reumatoide.

En caso de haber presentado criterios de exclusión, se brindó a las pacientes atención psicológica individual, así como el acceso al taller, sin embargo sus evaluaciones no fueron consideradas en el análisis de resultados.

- Eliminación: Tener menos del 80% de la participación en el taller.

Variables

Variable independiente: Taller grupal de corte psicoeducativo bajo el enfoque Cognitivo-Conductual, formado por cuatro sesiones (una sesión por semana), cada una con una duración de 2 horas. El taller se realizó en línea, en la plataforma Zoom (ver Anexo 4).

Variables dependientes: El estrés, de acuerdo con la propuesta de Lazarus (1990), es la relación entre una persona y las demandas de su contexto, las cuáles puede exceder los recursos del sujeto, generando una reacción ante dichos estímulos (Vila y Guerra, 2009).

Autoeficacia, concepto que hace alusión a la creencia de un individuo respecto a sus capacidades para ejecutar una tarea con fin específico (Marín-Aragón et al., 1999).

Impacto de la enfermedad, definida como la severidad o intensidad sintomatológica que el paciente presente, así como el nivel de malestar y capacidad de funcionalidad que perciban (Galan et al., 2022).

Medición

La Escala de Estrés Percibido (PSS-14). Elaborada originalmente por Cohen et al., (1983) mide el grado en que las situaciones de la vida cotidiana son percibidas como estresantes. Fue adaptada para México en una muestra de estudiantes universitarios (González y Landero, 2007). La validez convergente fue obtenida al correlacionar los resultados de PSS con la escala de depresión de Beck ($r_s = .553$, $p = .001$) ,y la escala de agotamiento emocional ($r_s = .521$, $p = .001$). Respecto a la medida de confiabilidad, obtuvieron la consistencia interna con un valor de $\alpha = 0.83$.

Consta de 14 ítems los cuales incluyen preguntas relacionadas con los niveles de estrés experimentados en el último mes; por ejemplo: “ En el último mes, ¿ con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?”. Su tiempo aproximado de aplicación es de 8-10 minutos (González y Landero, 2007).

Tiene un formato de respuesta tipo Likert, puntuando de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo) las puntuaciones en los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 deben invertirse al momento de generar la puntuación total (González y Landero, 2007),

Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (FIQ). Fue originalmente creado por Buckhar et al. en 1994; mide el impacto de los síntomas del SFM en la vida diaria y la percepción de las personas sobre su estado de salud y emocional (Monterde et al., 2004). En esta investigación se utilizó la versión al español del FIQ (Monterde et al., 2004).

El test consta de 10 ítems que evalúan los síntomas del SFM y el grado en el que impactaron en la vida cotidiana. Considera la presencia de los mismos durante la semana previa a la aplicación de la evaluación. El primer ítem, mide el impacto del SFM sobre la ejecución de actividades cotidianas como comprar, conducir, o lavar. Este ítem, está compuesto por sub ítems (a-j), que se evalúan en escala tipo Likert con una escala que va de los 0 puntos (siempre) a 3 puntos (nunca) .

Los siguientes dos ítems se evalúan mediante escalas numéricas referentes a los días de la semana, el segundo del 1 al 7 y tercer ítem del 1 al 5. Los ítems restantes utilizan una escala del 0 al 10 de acuerdo a la escala visual analógica (EVA). En caso de que alguna persona no realice alguna de las actividades evaluadas , (conducir un auto o ir a trabajar) , la respuesta se deja en

blanco , y al final la evaluación se obtendrá de dividir el total entre el número de ítems contestados.

La puntuación total del FIQ se debe encontrar en un rango del 0 al 10, debido a que cada ítem tiene una puntuación de 0 a 10 puntos, siendo así que 100 representa el peor estado de calidad de vida y funcionalidad, y 0 representa el mejor estado .

Respecto a las características psicométricas del cuestionario, los autores de la versión en español del FIQ (Monterde et al.2004) reportaron la validez divergente utilizando el Cuestionario de Salud SF-36 que evalúa la función física, el rol físico, dolor corporal, la percepción de salud general, la vitalidad, la función social, el rol emocional y la salud mental. Los coeficientes de correlación entre ambas pruebas mostraron relaciones moderadas y estadísticamente significativas con valores entre 0.35 (correlación entre “Función física” evaluado por SF-36 y “Rigidez” evaluado con FIQ) y 0.79 (correlación entre “Salud Mental” de acuerdo con el SF-36 y “Depresión” evaluado por FIQ), con una probabilidad asociada de .01. Respecto a la confiabilidad, la versión en español de FIQ demostró contar con estabilidad temporal con un coeficiente de correlación de .81($p < 0.01$) a través de la técnica test-retest, con una semana de diferencia.

Cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico (CAEDC). La *Chronic Pain Self-Efficacy Scale* fue propuesta en 1995 por Anderson y sus colaboradores. Posteriormente, la escala fue traducida, adaptada y validada por Marín-Aragón et al., en 1999 para ser empleada por población española. Dicha versión fue utilizada en esta investigación.

El cuestionario está conformado por 19 ítems los cuales evalúan las creencias relacionadas a la capacidad de controlar el dolor y la discapacidad asociada al mismo.

El cuestionario cuenta con una consistencia interna de .91 ($p < .01$) y consta de tres factores que demostraron adecuados valores de consistencia interna : Autoeficacia en el Funcionamiento Físico ($\alpha .98, p < .01$), Autoeficacia en el Control de Otros Síntomas ($\alpha .85, p < .01$), Autoeficacia en Relación al Manejo del Dolor ($\alpha .72, p < .01$). Además, los autores reportaron una estabilidad temporal (test-retest) de .75 ($p < 0.01$).

Respecto a la validez del cuestionario, los autores reportaron la validez divergente a través de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. La escala de autoeficacia se correlacionó de manera negativa con depresión ($-.32, p < .01$) y ansiedad ($-.47, p < .01$). Además emplearon el Inventario Multidimensional del dolor cuyos factores correlacionaron negativa y significativamente con la puntuación del CAEDC, con excepción del factor autocontrol (Dolor e impacto, $-.49$; Impacto social, $-.68$, Estado de ánimo negativo, $-.25$, Apoyo, $-.20$).

Por otra parte, la validez convergente reportada por Martín-Aragón y colaboradores fue obtenida al correlacionar el Cuestionario de Autoeficacia con los resultados de la Escala multidimensional de locus de control, con un coeficiente de correlación de .28 ($p < .01$)

El paciente debe contestar en un escala tipo Likert de 0 (me veo totalmente incapaz) a 10 (me veo totalmente capaz) el grado en que se siente capaz de manejar el dolor, sus emociones o síntomas relacionados al dolor, además de su capacidad para realizar algunas actividades. Una alta percepción de autoeficacia se relaciona con puntuaciones altas.

Materiales

Los materiales usados fueron presentaciones de PowerPoint, y folletos informativos de los siguientes temas: síndrome de fibromialgia; estrés; solución de problemas; técnicas de relajación (Anexos E al I).

Escenario

Servicio de videoconferencia ZOOM.

Procedimiento

Reclutamiento de participantes. Como parte de la ruta de atención, en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, las pacientes recibían una consulta médica y posteriormente pasaban al área de Psicología ,donde se les tomaban sus datos de contacto en un registro específico para pacientes con SFM, con el fin de dar un seguimiento.

Los datos de las pacientes invitadas al taller fueron obtenidos de dicho registro; con lo cuál se realizó una llamada telefónica invitandolas a formar parte del taller, mediante el siguiente discurso: *"Buenas tardes, soy la psicóloga _____ de la Clínica del Dolor. Le llamo para invitarla a participar en un taller en línea para personas que viven con SFM, el cual se realizará por zoom durante las siguientes semanas. Si acepta participar le enviaremos un correo electrónico o un mensaje vía WhatsApp con unos cuestionarios y la liga de acceso"*.

Evaluación pre-test. En la primera sesión, se les leyó el consentimiento informado el cual se pidió aceptar de manera verbal. Posteriormente al explicar la organización y objetivos del taller se le comentó a las participantes la importancia de la aplicación de las tres evaluaciones anteriormente mencionadas; al final de la sesión se les envió por medio del chat de WhatsApp la liga del archivo drive en el cuál se vaciaron las preguntas para ser contestadas, y el archivo del consentimiento informado.

En la segunda sesión, la primera actividad del taller, fue contestar las evaluaciones. Se le pidió a las pacientes que abrieran el link de las evaluaciones, al mismo tiempo que se les compartió pantalla para que siguieran los pasos de cómo abrir las evaluaciones.

Posteriormente se les leyeron las instrucciones y las preguntas una por una, con el fin de contestar juntas las preguntas y resolver dudas en caso de ser necesario.

Intervención. El taller se llevó a cabo de manera grupal a lo largo de 5 semanas, con una sesión a la semana mediante la plataforma zoom, en un horario de 6:00 a 8:00 p.m., los días jueves. La intervención estuvo a cargo de una pasante de psicología con entrenamiento en la Terapia Cognitivo Conductual, además de contar con la supervisión de una maestra en Psicología Clínica. Para una descripción pormenorizada referirse a las cartas descriptivas en el Anexo D.

Evaluación pos-test. En la última sesión se les reiteró a las participantes de la importancia de la aplicación de las tres evaluaciones nuevamente como una post evaluación para medir los cambios que el taller pudo generar en ellas; posteriormente se les envió por medio del

chat de Whatsapp nuevamente la nueva liga del archivo drive en el cuál se vaciaron las preguntas para ser contestadas.

Se le pidió a las pacientes que abrieran el link de las evaluaciones, al mismo tiempo que se les compartió pantalla para que siguieran los pasos de como abrir las evaluaciones.

Posteriormente se les leyeron las instrucciones y las preguntas una por una, con el fin de contestar juntas las preguntas y resolver dudas en caso de ser necesario..

Consideraciones éticas.

El consentimiento informado (Anexo J), entregado a las pacientes al inicio de la intervención, mencionaba los objetivos y procedimiento del taller, así como sus beneficios y riesgos por participar .

Las pacientes que presentaban criterios de exclusión o eliminación, continuaron con su atención psicológica habitual en el hospital.

IV. Resultados

El objetivo de la investigación fue evaluar el impacto de un taller psicoeducativo sobre los niveles de estrés, impacto del SFM y la autoeficacia para el control del dolor en pacientes con síndrome de Fibromialgia, por lo cual, las variables se evaluaron antes y después de la intervención. Se realizó un análisis descriptivo de las variables empleadas y posteriormente un análisis inferencial con el objetivo de identificar diferencias estadísticamente significativas. Los análisis estadísticos se realizaron considerando un nivel de alfa de 0.05.

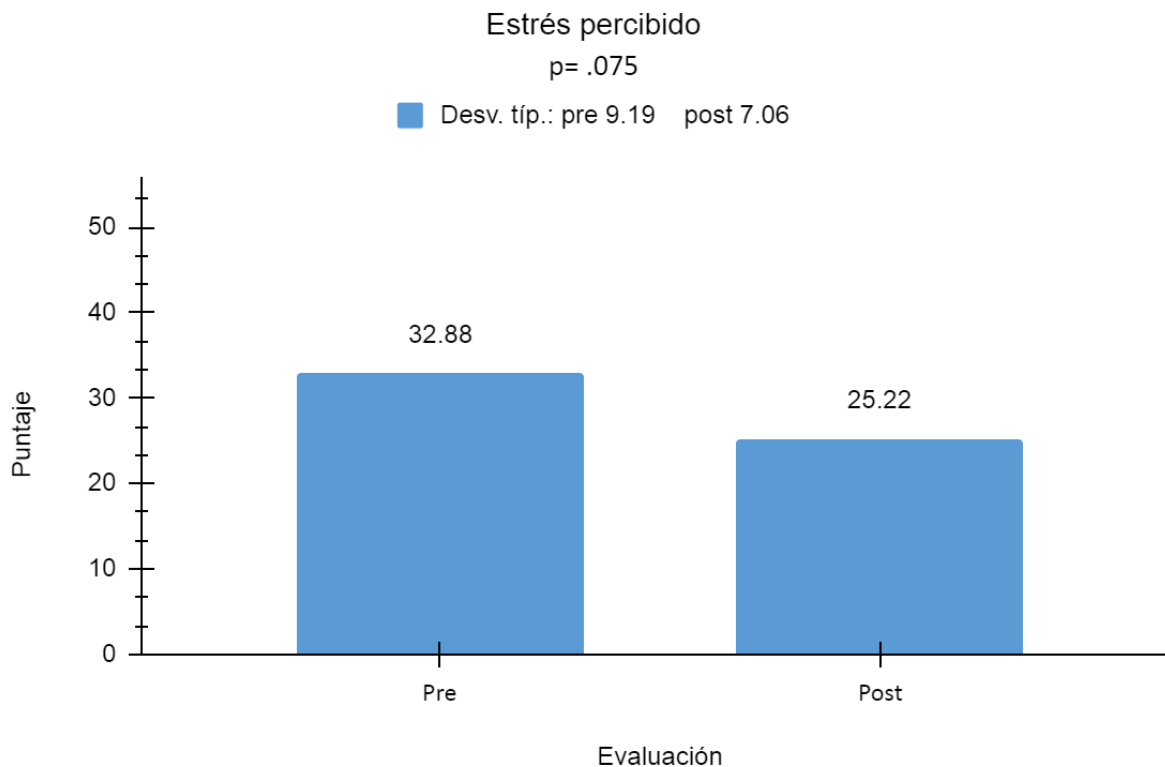
Inicialmente se contaba con un total de 16 pacientes, los datos de siete participantes, fueron excluidos debido a que no concluyeron la intervención; los principales motivos para no continuar fueron por problemas externos (problemas con el internet, con su dispositivo electrónico, fallas en la electricidad, problemas con la plataforma, entre otros) para conectarse a las sesiones en línea. Finalmente, se analizaron los datos de nueve participantes.

Prueba de estrés percibido

En la prueba de estrés percibido, se observó una diferencia entre evaluaciones, la evaluación previa al taller registró una media de 32.88 y en su contraparte, en el post se obtuvo una media de 25.22 (Fig.3), con estos datos se observa que las pacientes al término del taller tuvieron una mejoría al disminuir sus niveles de estrés percibido. Sin embargo, al realizarse la prueba de Wilcoxon esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Figura 3

Comparación de los resultados pre-post prueba SSP.



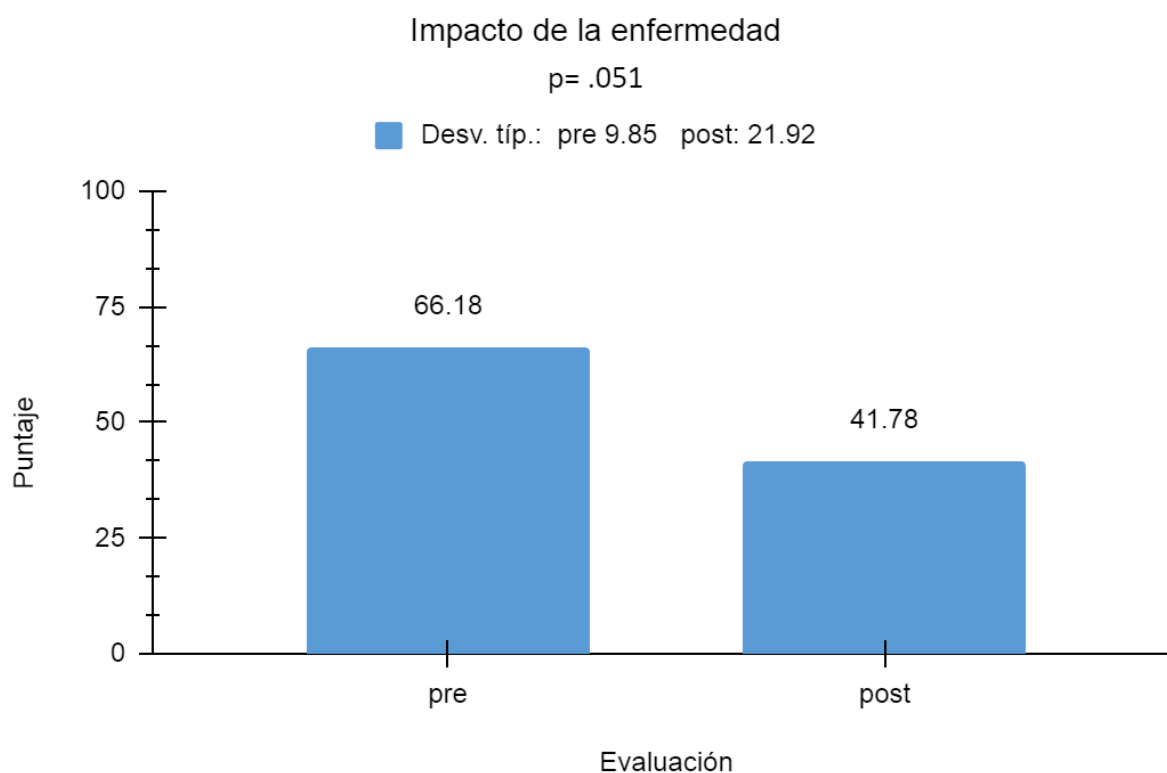
Impacto de la enfermedad

En cuanto a la escala de Impacto de la Enfermedad (FIQ), que mide el impacto de los síntomas del SFM en el desarrollo de la vida diaria y la percepción del estado de salud y emocional del paciente (Monterde et al., 2004), las participantes obtuvieron una calificación promedio de 66.18 previo al taller. Posterior a la intervención del taller, se evaluó nuevamente a las pacientes, las cuáles presentaron una media final de 41.78 (Figura 4).

De acuerdo a estos resultados de las evaluaciones pre-post se identificó que las pacientes mejoraron clínicamente en cuanto a su percepción del impacto de la enfermedad en su vida diaria. Sin embargo, tras un análisis con la prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon, se observa que, esta diferencia presentada, no es estadísticamente significativa (Ver figura 4).

Figura 4

Comparación de los resultados de la media pre-post prueba FIQ.



Cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico

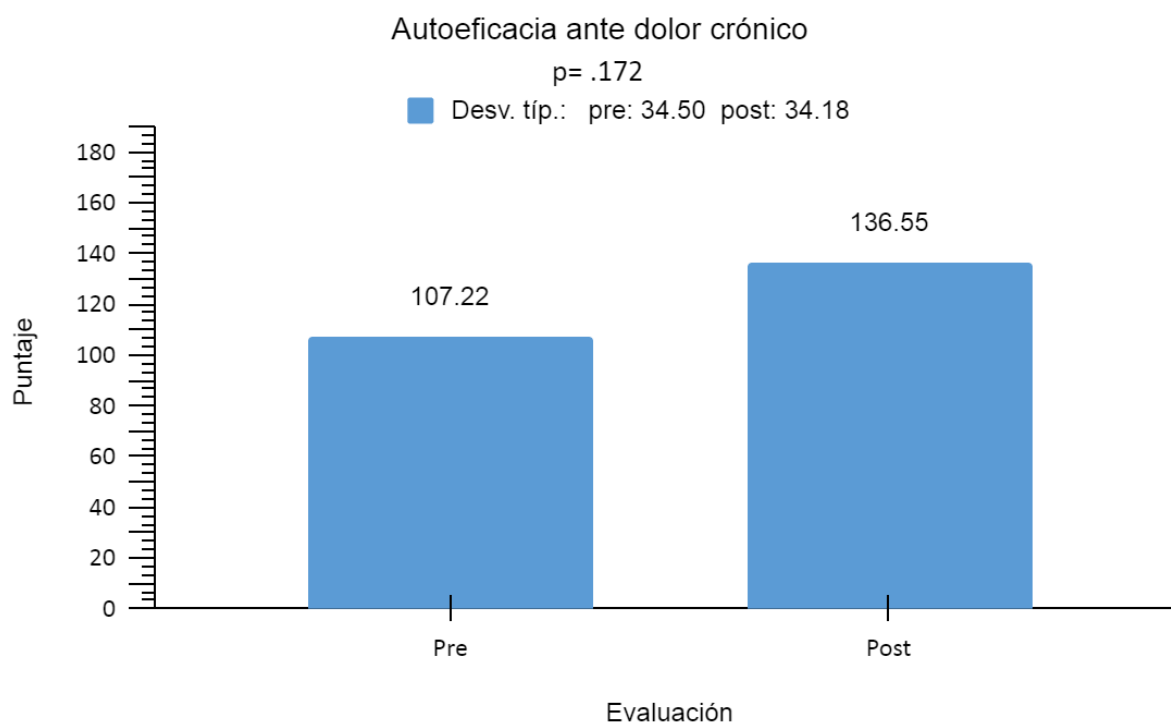
Finalmente, en cuanto al cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico, igualmente se observó una diferencia entre ambas mediciones, previo al taller se documentó una media de

107.22, en contraste, con la evaluación post , en el cual se observó una media de 136.55 (Fig. 5).

Con esto podemos identificar que las pacientes tuvieron un aumento en su percepción de autoeficacia , sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Figura 5

Comparación de los resultados pre-post prueba CADC.



V. Discusión y conclusión

El objetivo de la presente investigación fue evaluar los efectos de un taller psicoeducativo sobre las medidas de estrés percibido, la autoeficacia para el manejo del dolor y el impacto de la Fibromialgia en un grupo de mujeres con SFM.

Si bien, las variables dependientes mostraron diferencias entre las evaluaciones previas y las posteriores al taller, estas no resultaron estadísticamente significativas. Estos resultados son coincidentes con los reportados por García-Campayo (2005) quienes documentaron el impacto positivo de una intervención con mujeres con SFM respecto a la intensidad del dolor y la calidad de vida. Por otra parte, los resultados de esta investigación se asemejan a lo reportado por Díaz-García y colaboradores (2018), quienes implementaron un programa centrado en la reducción del dolor.

Las estrategias de afrontamiento ofrecidas a lo largo del taller en el que se centró esta investigación han mostrado ser efectivas en el manejo de síntomas que se hacen presentes en el SFM tales como las distorsiones cognitivas referentes al dolor. En este taller se trabajó con las pacientes en la identificación y modificación de dichas distorsiones. Algunas pacientes comentaron que pensaban que “no sería posible acabar con el dolor y que siempre estaría presente”. Tras entrenar en la estrategia de reestructuración cognitiva, las participantes pudieron manifestar que “aunque es difícil controlar el dolor, no es imposible y existen formas”. Esto da cuenta de los cambios cognitivos, que además se acompañan de otros cambios como la disposición para realizar actividad física como estrategia de autocuidado, al tiempo que se disminuyen factores de riesgo (Montoya, 2011).

Otro importante componente de la intervención fue la psicoeducación sobre el padecimiento. El SFM se caracteriza por síntomas multicausales que pueden resultar abrumadores o confusos para quien lo padece, generando estrés y una percepción de mayor impacto de la enfermedad. Brindar psicoeducación sobre el padecimiento puede favorecer que las pacientes comprendan mejor los síntomas (Montoya, 2011) pero también identifiquen las acciones que pueden ejecutar para el control de los mismos, esto puede contribuir en la disminución de percepción del dolor (y mostrar medidas más altas de autoeficacia) y en la percepción del impacto de la enfermedad.

Aunque las medidas antes y después de la intervención mostraron diferencias, estas no fueron estadísticamente significativas lo que puede reflejar el carácter del tipo de variables dependientes con las que se trabajó: habilidades. Si bien, las participantes adquirieron en algún grado la habilidad para relajación, la identificación y modificación del pensamiento, y la resolución de problemas, estas no fueron desarrolladas del todo debido a la falta de práctica previo a la evaluación. Por este motivo, es una sugerencia a próximas investigaciones incluir medidas de seguimiento tras la evaluación post-intervención que den cuenta del desarrollo de habilidades a lo largo del tiempo.

El formato grupal de la intervención dio oportunidad a que las participantes compartieran experiencias personales agradables y desagradables relacionadas con su vivencia con el SFM, esto también favoreció a las estrategias de afrontamiento ofrecidas ya que, por ejemplo, se generaron listas con diversas opciones para la técnica de distracción cognitiva y solución de problemas en la que compartieron sus conflictos, además, generaron una red de

apoyo entre ellas al crear un grupo de whats app con el fin de mantenerse comunicadas. Esta ventaja del formato grupal había sido descrita previamente por Anderson y Winkler (2007) y García-Campayo et al., (2005) .

No obstante los efectos de la intervención es importante considerar en próximas investigaciones variables que en esta investigación no fueron atendidas y que pueden tener un impacto sobre los resultados. La intensidad del dolor en las pacientes al contestar los cuestionarios o al participar de las sesiones al ser el SFM una enfermedad tan cambiante y siendo su principal característica el dolor, puede influir en las respuestas a los instrumentos o bien a presentar menor capacidad de atención y concentración durante las sesiones psicoeducativas. Se sugiere, entonces, que en futuras investigaciones se incluya un registro del estado físico o presencia de síntomas del SFM previo a las evaluaciones e intervenciones.

El taller propuesto en esta investigación se realizó por medios digitales dando atención a las recomendaciones de los sistemas de salud sobre las medidas de seguridad ante el Covid-19, y aunque esto supone una serie de ventajas (evitar o limitar grandes distancias y largos periodos de traslado, costo de traslado, limitación de espacios físicos en el hospital sede), también generó una serie de limitaciones y ser un factor de estrés para las pacientes debido a los problemas de conexión a internet que se llegaron a presentar y a la falta educación tecnológica, a pesar de haberse realizado infografías acerca del uso de la plataforma zoom, y una sesión inicial para conocer el uso de la plataforma. Se sugiere para próximas investigaciones ahondar más en el uso de las plataformas a usar.

Se puede concluir que el taller psicoeducativo para pacientes con SFM, es una intervención que promueve la adquisición parcial de habilidades que propicien el bienestar biopsicosocial y que permitan enfrentar las situaciones estresantes de la vida cotidiana.

VI. Referencias

- Ablin, J., Neumann, L., & Buskila, D. (2008). Pathogenesis of fibromyalgia – A review. *Joint Bone Spine*, 75(3), 273–279. doi:10.1016/j.jbspin.2007.09.010.
- Alegre, C., García, J., Tomás, M., Gómez, M., Blanco, E., Gobbo, M., Pérez, A., Martínez, A., Vidal, F., Altarriba, E. y Gómez dRodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B., y Buriel, Y. (2009). Tratamientos no farmacológicos en fibromialgia : una revisión actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3). doi:10.5944/rppc.vol.14.num.3.2009.4074
- Álvarez, M. G., Álvarez, P. R., Montes, M. J., Castillo, E.P. y Andrade, J. M. (2019). Fibromialgia. Avances en su tratamiento Fibromyalgia. Advances in its treatment. *Revista Cubana de Reumatología*, 21, (2) ISSN: 1817-5996. <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/735/html> .
- American College of Rheumatology [ACR]. (s.f.) *Fibromialgia*. <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Enfermedades-y-Condiciones/Fibromialgia>.
- American Psychological Association [APA]. (s.f.). *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/stress>.
- American Psychological Association [APA]. (2010). *El estrés es un problema de salud serio en los Estados Unidos*. <http://www.apa.org/centrodeapoyo/estres-problema>.
- Anderson, F. J., y Winkler, A. E. (2007). An Integrated Model of Group Psychotherapy for Patients with Fibromyalgia. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(4), 451–474. doi:10.1521/ijgp.2007.57.4.451.
- Andreu, J. L., y Sanz, J. (2005). La fibromialgia y su diagnóstico. *Revista Clínica Española*, 205(7), 333–336. doi:10.1157/13077119.
- Angel, G. D., Martínez N. I., & Saturno H. P. J. (2016). Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática. *Reumatología Clínica*, 12(2), 65-71. doi:10.1016/j.reuma.2015.06.001.
- Armentor, J. L. (2016). Living With a Contested, Stigmatized Illness. *Qualitative Health Research*, 27(4), 462–473. doi:10.1177/1049732315620160.
- Arredondo, A.E., Pérez, I., y Santana, O. (2018). La fibromialgia con una visión desde la atención primaria. *Rev. Méd. Electrón.* 40(5).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000501507.

- Artazcoz, L., Escribà-Agüir, V., y Cortès, I. (2006). El estrés en una sociedad instalada en el cambio. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 71–78. doi:10.1157/13086029.
- Barrio, J.A., García, M.R., Ruiz, I., y Arce, A. (2006). El estrés como respuesta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 37-48. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832311003.pdf>.
- Belenguer, R., Ramos-Casals, M., Siso, A., y Rivera, J. (2009). Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. *Reumatología Clínica*, 5(2), 55–62. doi:10.1016/j.reuma.2008.07.001.
- Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D. E., & Blonna, D. (2012). Fibromyalgia Syndrome: Etiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. *Pain Research and Treatment*, 2012(-), 1–17. doi:10.1155/2012/426130.
- Bernardy, K., Klose, P., Busch, A. J., Choy, E. H. y Häuser, W. (2013). Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic* (9), 4-7. doi:10.1002/14651858.cd009796.pub2.
- Bonfilli, E., Lleixa, M., Sáez, F., y Romaguera, S. (2010). Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. *Index de Enfermería*, 19(4), 279-282. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300010&lng=es&tlng=es.
- Bradley, L. A. (2009). Pathophysiology of Fibromyalgia. *The American Journal of Medicine*, 122(12), S22–S30. doi:10.1016/j.amjmed.2009.09.008.
- Briones-Vozmediano, E., Ronda-Pérez, E., y Vives-Cases, C. (2015). *Percepciones de pacientes con fibromialgia sobre el impacto de la enfermedad en el ámbito laboral*. Atención Primaria, 47(4), 205–212. doi:10.1016/j.aprim.2014.06.002.
- Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G., y Trillo-Mata, J. L. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica*, 149(10), 441–448. doi:10.1016/j.medcli.2017.06.008.
- Cámara, A. (2010). Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia, 38(2), 108-120. http://www.sen.es/pdf/2010/consenso_fibromialgia_2010_esp.pdf.

- Camps, L., Faixedas, M., Foguet, Q., Gelado, M.J., Girona, M.R., Riera, G. et al. (2002). Guia diagnòstica y terapèutica de la fibromiàlgia. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Regió Biosanitària de Girona. Girona 2002. Adaptat de: Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennet, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.L. et al. (1990). Criteria for the Classification of Fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1999. *The American College of Rheumatology* 1(33), 60-72. <https://www.parcdesalutmar.cat/ca/fibromialgia/acr1990/>.
- Capdevila, N., y Segundo, M. J.(2005). Estrés. *Elsevier*, 24(8), 96-104. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5324966>.
- Carrasco, M., y Jiménez, C. (2015). Percepciones de la Fibromialgia: estrategias de autoatención de las enfermas vs. la desatención médica. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 44-48. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100010>.
- Chavez, D. (2013). Actualización en fibromialgia. *Medicina Legal de Costa Rica*, 30(1), 83-88. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152013000100011&lng=en&tlng=es.
- Cleare, A.J.(2004). Stress and fibromyalgia--what is the link?. *J Psychosom Res.*,57(5),423-425. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.06.006.
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385. doi:10.2307/2136404.
- Collado, A. (s.f). *Fibromialgia*. <https://www.parcdesalutmar.cat/mar/Fibromialgia.pdf> .
- Collado, A., Alijotas, J., Benito, P., Alegred, C., Romerae , M., Sañudof , I., Martíng , R., Maria Perih, J., y Maria Cotsi, J. (2002). Documento consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Med Clin* 118(19), 745-900. <https://reuma.pro/wp-content/uploads/2018/02/Documento-de-consenso-sobre-el-diagn%C3%B3stico-y-tratamiento-de-la-fibromialgia-en-Catalu%C3%B1a-de-2002.pdf>.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista colombiana de Psiquiatría* 40, 147S-165S. Doi: 10.1016/S0034-7450(14)60200-6
- Comeche, M., Martín, A., Rodríguez, M., Ortega, J., Díaz, M. & Vallejo, M.(2010). Tratamiento Cognitivo-Conductual, Protocolizado y en Grupo, de la Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 21(2), 107-121. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000200001&lng=es&tlng=es

- Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. (2018). Proyecto de decreto por el que se declara el 12 de mayo "Día Nacional de la Fibromialgia".. 03/11/2020, de Comisión de Salud de la Cámara de Diputados Sitio web:
https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_comision_permanente/documento/81063
- Covarrubias-Gómez, A., y Carrillo-Torres, O.(2016). Actualidades conceptuales sobre fibromialgia . *Revista mexicana de anestesiología*, 39(I), 58-63.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cma161g.pdf>
- Cruz, G. (2018). Desestigmatizando la función del estrés. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala.*, 21(2), 604-620.
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/65292>
- Di Tella, M., Tesio, V., Ghiggia, A., Romeo, A., Colonna, F., Fusaro, E., Geminiani, G. C., Bruzzone, M., Torta, R. y Castelli, L. (2017). Coping strategies and perceived social support in fibromyalgia syndrome: Relationship with alexithymia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(2), 167–176. doi:10.1111/sjop.12405.
- Dip. López, O. (2018). *Proyecto de decreto por el que se declara el 12 de mayo "Día Nacional de la Fibromialgia"*. Comisión de Salud de la Cámara de Diputados
https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_comision_permanente/documento/81063 .
- Díaz, S. A., y Fierro, C. R. (2018). Aplicación de un e-cuestionario de eustrés y distrés académicos socioformativos en estudiantes de educación media superior. *Eutopía, [S.l.]*, 11(28), p. 22-28. ISSN 1870-8137.
<http://revistas.unam.mx/index.php/eutopia/article/view/65904>.
- Donley, J. E. (1911). Psychotherapy and re-education. *The journal of abnormal psychology*, 6 (1), p.1-10.<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0071950>
- Escolar, J. M., y Durán, R. (2011). Fisiopatología de la fibromialgia: alteraciones a nivel cerebral y muscular. *Fisioterapia*, 33(4), 173–182.
<https://doi.org/10.1016/j.ft.2011.05.004> .
- Galan, Q., Riveros, A., Sahagún, M., y Jurado, S.. (2022). Psychometric Properties of the FIQ-R, ODI and PIPS Scales in Mexican Population with Fibromyalgia Syndrome. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDE* 63 (2) p.p. 177-192. <https://doi.org/10.21865/RIDEP63.2.13>
- Galiano, D., y Sanudo, B.(2013). Aplicación del ejercicio físico como terapia en medicina del trabajo para pacientes con fibromialgia. *Medicina y seguridad del trabajo*, 59 (232) , 310-321.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465-546X201300030003 .

- Gándara, M., y Muñoz, G. (2017). Día Mundial de la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica. *AEMPPI*.
<https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/dia-mundial-de-la-fibromialgia-y-el-sindrome-de-fatiga-cronica>.
- García, B.. (2009). Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. Un enfoque de enseñanza basado en proyectos. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Manual moderno. ISBN 978-607-02-0467-8
- García-Campayo, J., Arnal, P., Marqués, H., Meseguer, E., Martínez, A., Navarro, C., Mínguez, C., Romeo, A., y Orozco, F.(2005). Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: Efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace (73)*, 32-41.
https://www.researchgate.net/profile/Javier-Garcia-Campayo-2/publication/28099588_Intervencion_psicoeducativa_en_pacientes_con_fibromialgia_en_Atencion Primaria_Efectividad_y_diferencias_entre_terapia_individual_y_grupal/links/0046352a8e5e98f259000000/Intervencion-psicoeducativa-en-pacientes-con-fibromialgia-en-Atencion-Primaria-Efectividad-y-diferencias-entre-terapia-individual-y-grupal.pdf.
- Gómez-Argüelles, J.M., Maestú-Unturbe, C., y Gómez-Aguilera, E.J. (2018). Neuroimagen en fibromialgia. *Rev. Neurología*, 67(10), 394-402.
<https://medes.com/publication/140572> .
- González, E., Elorza, J., y Failde, I. (2010). Comorbilidad psiquiátrica y fibromialgia. Su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes. *Actas Esp Psiquiatría*, 38(5), 295-300.
<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/11/67/ESP/11-67-ESP-295-300-553596.pdf>
- González, M. y Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1) , 199-206.
<https://www.redalyc.org/pdf/172/17210120.pdf> .
- González, M. & Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicosomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Rev Panam Salud Publica*, 23(1), 7–18. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7746> .
- Guzmán-Silahua, S., Muñoz-Gaytán, D. E., Mendoza-Vázquez, G., Orozco-Barocio, G., Rodríguez-Ruiz, J. A., García, I., Orozco-López, G., y Nava-Zavala, A. (2018). Fibromialgia. *El Residente*, 13(2) , 62-67.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2018/rr182d.pdf>.

- Häuser, W., Ablin, J., Fitzcharles, M.-A., Littlejohn, G., Luciano, J. V., Usui, C., y Walitt, B. (2015). Fibromyalgia. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(15022), 1-16. doi:10.1038/nrdp.2015.22.
- Herrero, R., Castillas, D., Vizcaíno, Y., Molinar, G., García-Palacios, A., y Botella, C. (2013). Avances en el tratamiento psicológico de la fibromialgia: El uso de la realidad virtual para la inducción de emociones positivas y la promoción de la activación comportamental. Un estudio piloto. *Revista Argentina de clínica psicológica* 22(2), 11-120. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281931436003.pdf> .
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista P.(2006). Metodología de la investigación. (4.a ed.). Editorial McGraw Hill.
- Hidalgo-Tallón, F. J. (2012). Fibromialgia: Un trastorno de estrés oxidativo. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 19(2), 95-100. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462012000200006&lng=es&tlng=es.
- Iglesias-Arrabal, C., Neira-Reina, F., Pino, R., Elorza-Guisasola, J., Rendón-Acosta, A., y Gómez-Rodríguez, F.. (2011). Documento de consenso multidisciplinar para la implantación del Proceso Asistencial Integrado Fibromialgia en el área hospitalaria dependiente del Hospital Universitario de Puerto Real. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18(4), 241-248. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462011000400006&lng=es&tlng=pt.
- Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares [NINDS]. (2016). *Parestesia*. <https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/parestesia.htm>.
- Instituto de Neurología Cognitiva [INECO]. (2019). *Fibromialgia*. <https://www.ineco.org.ar/institucion/nosotros/>.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social [INSS]. (2019). *FIBROMIALGIA. Guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple y electrosensibilidad*. https://invassat.gva.es/es/visor-biblioteca/-/asset_publisher/LvSYKI0K6pLa/content/instituto-nacional-de-la-seguridad-social-espana-2019-guia-de-actualizacion-en-la-valoracion-de-fibromialgia-sindrome-de-fatiga-cronica-sensibilidad-q.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2018, 27 de agosto). *1er Jornada del IMSS sobre factores psicosociales, estrés y salud mental en el trabajo*. <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/estres-laboral>.
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]. (2018). Guía de práctica clínica GPC. Actualizada el 2018. Tratamiento de la FIBROMIALGIA. Evidencias y

Recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica:
GPC-IMSS-075-18.

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/075GER.pdf> .

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2021). Con diagnóstico y atención oportuna, IMSS mejora calidad de vida de pacientes con fibromialgia y síndrome de fatiga crónica. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202105/209>.

Jay, G. W., & Barkin, R. L. (2015). Fibromyalgia. *Disease-a-Month*, 61(3), 66–111. doi:10.1016/j.disamonth.2015.01.002.

Junyent, M., Benavides, A., Borrell, M., Sisól, A., y Herrero, J. (2005). Fibromialgia: un gran reto para la Atención Primaria. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 31(6), 255–258. doi:10.1016/s1138-3593(05)72924-5.

Laroche, F. (2014). Fibromialgia. *EMC - Aparato Locomotor*, 47(2), 1–9. doi:10.1016/s1286-935x(14)67556-0.

Lazarus, R. S. (1990). Theory-Based Stress Measurement. *Psychological Inquiry*, 1(1), 3–13. doi:10.1207/s15327965pli0101_1.

Leavitt, F., Katz, R. S., Golden, H. E., Glickman, P. B., y Layfer, L. F. (1986). Comparison of pain properties in fibromyalgia patients and rheumatoid arthritis patients. *Arthritis & Rheumatism*, 29(6), 775–781. doi:10.1002/art.1780290611.

Lizama-Lefno, A., y Rojas-Contreras, G. (2019). Multimorbilidad crónica en mujeres con diagnóstico de fibromialgia en Chile. *Arch Med (Manizales)* 19(2), 363-73. DOI:

<https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3384.2019>

López, R. (1996). La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual. Parte 1. *Rev. Cubana Med Gen Integral*, 12 (4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251996000400007&script=sci_arttext&tlng=pt

López, M., y Mingote, J. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19(3), 343-358. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300005&lng=es&tlng=es.

Lozano, J. A. (2004). Fibromialgia . *ELSEVIER*, 23(2). , 109-118. <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=13057698&r=4> .

- Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., Rodríguez-Marín, J., March, M..J., Lledó, A., López-Roig, S. y Terol, M.C. (1999). Percepción de la autoeficacia en dolor crónico. Adaptación y validación de la Chronic Pain Self Efficacy Scale. *Revista de Psicología de la Salud*, 11(1), 1-2.
<https://ginvestigaciontmo.files.wordpress.com/2019/03/martc3adn-aragon-m-1999.pdf> .
- McCarberg, B. H. (2012). Clinical Overview of Fibromyalgia. *American Journal of Therapeutics*, 19(5), 357–368. doi:10.1097/mjt.0b013e3181ff7bee.
- Medrano, N. & Bueno, G. (2018). Eficacia de la terapia cognitivo conductual y la actividad física como tratamiento de la fibromialgia. [Tesis de pregrado, Universidad de Salamanca]. Archivo digital.
https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/138105/TFG_MedranoCallejo_ActividadFísicaTeoríaCognitivoConductualFibromialgia.pdf;jsessionid=7DDE2545832CC52E75FAEBB3E22FEE0C?sequence=1.
- Monterde, S., Salvat, I., Montull, S. y Fernández-Ballart, J. (2004). Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Elsevier*, 31(8), 507-513.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-validacion-version-espanola-del-fibromyalgia-13068512> .
- Monroy-Hidalgo, A., Méndez-Dávila, B. A., Diestro-Jara, G. L., Ruiz, E. F., y Málaga, G. (2019). Fibromialgia, trayectoria y calidad de vida en un hospital de tercer nivel de Lima-Perú. *Acta Médica Peruana*, 36(1), 32-37.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000100006&lng=es&tlng=es .
- Moscoso, M. S. (1998). Estrés, salud y emociones: Estudio de la ansiedad, cólera y hostilidad. *Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 3(3), 47-68.
https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/psicologia/1998_n3_/estres_salud.htm .
- Montoya, D. (2011). Actualización breve sobre Fibromialgia: diagnóstico diferencial y opciones de tratamiento disponibles. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(2), 189-198.
https://www.alcmeon.com.ar/17/66_oct11/09_montoya_alc66.pdf .
- Moyano, S., Kilstein, J. G., y Alegre de Miguel, C. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse? *Reumatología Clínica*, 11(4), 210–214. doi:10.1016/j.reuma.2014.07.008.

- Neumann, L., & Buskila, D. (1997). Quality of life and physical functioning of relatives of fibromyalgia patients. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 26(6), 834–839. doi:10.1016/s0049-0172(97)80027-3.
- Pelaez-Ballestas, I., Sanin, L. H., Moreno-Montoya, J., Alvarez-Nemegyeli, J., Burgos-Vargas, R., y Garza-Elizondo, M. (2011). Epidemiology of the Rheumatic Diseases in Mexico. A Study of 5 Regions Based on the COPCORD Methodology. *The Journal of Rheumatology Supplement*, 86(1), 3–8. doi:10.3899/jrheum.100951.
- Pérez, C. (2010). *Fibromialgia: Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación*. Madrid, España: Médica Panamericana S.A.
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=cmfRTx08bIsC&oi=fnd&pg=PA1&dq=iasp+reconoce+a+la+fibromialgia&ots=jhuQEckE1T&sig=eeFB3kMzGf3wnJxzeyhN2RfzESA#v=onepage&q=iasp%20reconoce%20a%20la%20fibromialgia&f=false>.
- Pinzón, D. (2019). *Tratamiento farmacológico de la fibromialgia* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Colombia]. Archivo digital.
<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76824/DianaPinzon.2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Queiroz, L. P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current pain and headache reports*, 17(8). doi:10.1007/s11916-013-0356-5
- Richard, S., Lazarus, Susan Folkman. (1984). *STRESS, APPRAISAL, AND COPING*. (New York, NY: Springer Publishing Company, Inc.).
<https://www.worldcat.org/title/stress-appraisal-and-coping/oclc/609341596>.
- Rivera, J., R. (2011). Tratamiento farmacológico en la fibromialgia. *Seminarios de La Fundación Española de Reumatología*, 12(1), 21–26. doi:10.1016/j.semreu.2010.05.003.
- Rivera, J. R., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., ... Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2(-), S55–S66. doi:10.1016/s1699-258x(06)73084-4
[sci-hub.tw/10.1016/S1699-258X\(06\)73084-4](http://sci-hub.tw/10.1016/S1699-258X(06)73084-4)
- Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B., y Buriel, Y. (2009). Tratamientos no farmacológicos en fibromialgia : una revisión actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3). doi:10.5944/rppc.vol.14.num.3.2009.4074

- Rodríguez, M., Ocampo, I. y Nava, C. (2009). Relationship between appraisal of situation and coping ability. *SUMMA Psicológica UST*, 6(1), 25-41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3020310>
- Román, C. y Hernández, Y. (2011). El estrés académico: Una revisión crítica desde el concepto de las ciencias de la educación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 1-14. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/26023> .
- Ruiz, M.A., Díaz, M. I., y Villalobos, A.(2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual*. España: Desclee de Brouwer, S.A. <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>.
- Ruiz, M., Nadador, V., Fernández-Alcantud, J., Hernández-Salván, J., Riquelme, I., y Benito, G. (2007). Dolor de origen muscular: dolor miofascial y fibromialgia. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 15(20), 36-44. <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v14n1/revision1.pdf>.
- Salgueiro, M., Buesa, I., Aira, Z., Montoya, P., Bilbao, J., y Azkue, J. J. (2009). Valoración de factores sociales y clínicos en el síndrome de fibromialgia. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 16(6), 323–329. Doi:10.1016/s1134-8046(09)72540-6.
- Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J.F.,y De Andrés, J. (2004). Pain coping strategies and quality of life in patients diagnosed of fibromyalgia. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 11(6), 353-359. https://www.researchgate.net/publication/289482271_Pain_coping_strategies_and_quality_of_life_in_patients_diagnosed_of_fibromyalgia.
- Tena-Hernández, F.J.(2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista SANUM*, 4(3), 36-45. https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf
- Thieme, K., Mathys, M., y Turk, D. C. (2017). Evidenced-Based Guidelines on the Treatment of Fibromyalgia Patients: Are They Consistent and If Not, Why Not? Have Effective Psychological Treatments Been Overlooked?. *The Journal of Pain*, 18(7), 747–756. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28034828/> .
- Thomae, H. (2002). Haciéndole frente al estrés en la vejez. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 42-54. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534204.pdf>.
- Tirado, M., Pastor-Mira, M.A. y López-Roig, S. (2014).Autoeficacia, Catastrofismo, Miedo al Movimiento y resultados de salud en la Fibromialgia.*Semanales de psicología*, 30(1), 104-113. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.151541>.

- Torrades, S. (2007). Estrés y burn out. Definición y prevención. *Ámbito Farmacéutico: Divulgación sanitaria*, 26(10), 104-107 .
<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-burn-out-definicion-prevencion-13112896>.
- Treviño, J. y Ramírez, M. (2012). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del estrés en alumnos mexicanos de bachillerato internacional. *Alternativas en Psicología*, 16(26), 26-38.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2012000100003&lng=pt&tlng=es.
- Ubago, M. C., Ruíz, I., Bermejo, M. J., De Labry, A. O., y Plazaola, J. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Rev Esp Salud Pública*, 79(6), 683-695.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-5727200500060008.
- Vázquez, A., y Vázquez, A.(2015). Factores psicosociales en pacientes con fibromialgia. *Multimed*, 19(5) , 81-95.
<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/449/707> .
- Vicente-Herrero, M.T., Terradillos-García, M.J.,Capdevila-García, L.M., Ramírez-Iñiguez de la Torre, M. V., y López-González, A.A. (2011). *Fibromialgia y trabajo. Valoración en la legislación española*. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 49(5), 511-516. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745504008.pdf>.
- Vidal, L., y Reyes, G. (2006). Fibromialgia: una entidad que debemos tener presente en la práctica clínica. *Revista Cubana de Reumatología*, 8(9), 8-22.
<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/89/108>.
- Vila, J., y Guerra, P.(2009). Estrés y trastornos psicofisiológicos. *Introducción a la psicofisiología clínica* 22(2), 197-206.
<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8912/8776> .
- Villanueva, V. L., Valía, J. C., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, M. J., y Andrés, J. (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(7), 50-63.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000700005&lng=es&tlng=es.
- Walitt, B., Nahin, R. L., Katz, R. S., Bergman, M. J., y Wolfe, F. (2015). The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey. *PLOS ONE*, 10(9), e0138024. doi:10.1371/journal.pone.0138024.

- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Philip JMease, M.D., Anthony S. Russell, MDI, Irwin Jon Russell, MD, PhDm, Brian Walitt, MD,. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 46(3), 319–329. doi:10.1016/j.semarthrit.2016.08.012.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Anthony, P., Russell, I., John, B., y, Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600–610. doi:10.1002/acr.20140.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. S., ... Walitt, B. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 46(3), 319–329. doi:10.1016/j.semarthrit.2016.08.012.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I. J., y Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis & Rheumatism*, 38(1), 19–28. doi:10.1002/art.1780380104.
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.L., et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheumatism*, 33(1), 160–172. doi:10.1002/art.1780330203
- Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D.L., Häuser, W., Katz, R.S., Mease, P., Russell, A.S., Russell, I.J., y Winfield, J.B. (2011). Fibromyalgia Criteria and Severity Scales for Clinical and Epidemiological Studies: A Modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 38(6), 1113–1122. doi:10.3899/jrheum.100594.

Anexo A*Criterios diagnósticos del SFM ACR 1990, 2010, 2011 y 2016.*

ACR 1990	ACR 2010	ACR 2011	ACR 2016
Dolor crónico difuso, en mínimo 3 de los 4 cuadrantes corporales (hemicuerpo izquierdo y derecho, parte superior e inferior de la cintura).	WPI: puntúa de las 19 áreas del cuerpo, en las que ha sentido dolor en la última semana (puntaje total de 0-19). (Cintura escapular izquierda y derecha, glúteo izquierdo y derecho, pecho/tórax, pierna superior izquierda y derecha, abdomen, brazo superior izquierdo y derecho, cuello, pierna inferior izquierda y derecha, espalda superior e inferior, brazo inferior izquierdo y derecho, mandíbula izquierda y derecha).	FS puntuaciones totales de 0-31 (WPI + SS-Score). WPI (1 punto por cada área de dolor en la última semana, puntuación total de 0-19)	FS (Puntuación total 0-31) (WPI + SS-Score). WPI (1 punto por cada área de dolor en la última semana. puntuación total de 0-19)
Manifestaciones de dolor en el esqueleto axial (columna cervical, cara anterior de tórax, columna dorsal o columna lumbar).	SS-Score: puntúa de 0 a 3, de acuerdo con la gravedad o cantidad, los siguientes síntomas: fatiga, sueño no reparador, alteraciones cognitivas y síntomas somáticos, cada uno puntúa de 0 a 3, de acuerdo a la gravedad o cantidad.	SS-Score puntua dependiendo la severidad de los síntomas de fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos (0 a 3 cada uno), más la suma de la aparición de dolor de cabeza, dolor o calambres en la espalda baja y abdomen, y	SS-Score (puntuación total 0-12) Severidad de los síntomas de fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos, puntuando de 0 a 3 cada uno con un (puntaje total de 0-9). Más la suma de la aparición de dolor de cabeza, dolor o calambres en la espalda baja y abdomen, y depresión, en los últimos 6 meses (puntuación total 0-3).

		depresión, en los pasados 6 meses (un punto por cada síntoma).. Obteniendo un puntaje total de 0-12.	
	WPI ≥ 7 y SS-Score ≥ 5 o si WPI $\geq 3-6$ y SS-Score ≥ 9	WPI ≥ 7 y SS-Score ≥ 5 o si WPI $\geq 3-6$ y SS-Score ≥ 9	WPI ≥ 7 y SS-Score ≥ 5 o si WPI $\geq 4-6$ y SS-Score ≥ 9
Hiperalgesia en los TP, dando positivo en ≥ 11 de los 18 puntos (nueve pares: occipital, cervical bajo, trapecios, supraespinosos, segunda costilla, epicóndilo, glúteo, trocánter y rodilla).	No hay presencia de algún otro diagnóstico médico que explique los síntomas.	No hay presencia de algún otro diagnóstico médico que explique los síntomas.	El diagnóstico es válido independientemente de la presencia de otros diagnósticos médico
Síntomas con al menos 3 meses de duración.	Síntomas con al menos 3 meses de duración.	Síntomas con al menos 3 meses de duración.	Síntomas con al menos 3 meses de duración.
Evaluación por especialistas.	Evaluación realizada por un clínico.	Evaluación autoaplicable por el paciente.	Tanto clínicos como pacientes pueden aplicar
			Dolor generalizado, en mínimo 4 de 5 regiones: Región superior izquierda, región

superior derecha, región
inferior izquierda, región
inferior derecha y región
axial (mandíbula, pecho
y abdomen no
considerados).

Nota. TP= puntos de presión física. WPI= índice de dolor generalizado. SS-Score= escala de gravedad de síntomas.. Con información de Andreu & Sanz, 2005; Junyent, Benavides, Borrell, Sisó & Herrero, 2005; Laroche, 2014; Moyano, Kilstein & Alegre, 2015; Wolfe, et al., 2010; Wolfe et al., 2011; Wolfe et al., 2016.

Anexo B*Cuadro básico de medicamentos utilizados en el tratamiento del SFM*

Medicamento	Precio Farmacia San Pablo	Precio Farmacia del Ahorro
Amitriptilina	FSP caja de 50 tabletas \$336	FA caja con 50 tabletas \$306
Celecoxib	FSP caja con 20 cápsulas \$625	FA caja con 10 cápsulas \$276
Diclofenaco	FSP caja con 50 tabletas \$90	FA caja con 50 tabletas \$65
Fluoxetina	FSP caja con 28 tabletas \$207	FA caja con 14 tabletas \$207 o caja con 28 tabletas \$396
Gabapentina	FSP caja con 30 cápsulas \$218	FA caja con 30 cápsulas \$143 o 15 cápsulas \$84
Imipramina	FSP caja con 20 tabletas \$306	FA caja con 20 tabletas \$302
Meloxicamol	FSP caja con 14 tabletas de 7.5mg \$75	FA caja con 10 tabletas de 15 mg \$55
Naproxeno	FSP caja con 45 tabletas de 500mg \$112	FA caja con 30 tabletas de 250mg \$53
Paracetamol	FSP caja con 20 tabletas \$31	FA caja con 20 tabletas \$22

Paroxetina	FSP caja con 10 tabletas \$141	FA caja con 10 tabletas \$78
Pregabalina	FSP caja con 28 tabletas de 75 mg \$489 o 14 tabletas \$269	FA caja con 28 tabletas de 75 mg \$288 o 14 capsulas \$165
	FSP caja con 28 tabletas de 150 mg \$445.50 o 14 tabletas \$285	FA caja con 28 tabletas de 150 mg \$278.40 o 14 tabletas \$262
Sertralina	FSP caja con 14 tabletas \$295	FA caja con 14 tabletas \$263
Sulindaco	FSP no se encontró	FA caja con 20 tabletas \$88
Tramadol	FSP 5x2ml ampolleta \$137	FA 5x2ml ampolleta \$146
Tramadol/ paracetamol	FSP caja con 40 tabletas \$163	FA caja con 20 tabletas \$180

Nota. FSP= Farmacia San Pablo. FA=Farmacia del Ahorro. Cuadro básico de medicamentos utilizados en el tratamiento del SFM (IMSS, 2018), elaborado con información obtenida de las farmacias privadas San Pablo y Farmacia del ahorro.

Anexo C*Técnicas de relajación.*

Estrategia	Objetivo
Entrenamiento en relajación	Es un aprendizaje gradual con el fin de recuperar la calma y el equilibrio del SNA, reduciendo la activación fisiológica simpática, la tensión muscular o el estado de alerta, expandiendo sus efectos tanto a niveles emocionales, como cognitivos y conductuales. Experimentado así, cambios fisiológicos como relajación muscular, respiración lenta, un ritmo cardíaco más tranquilo, disminución en sus niveles de ansiedad, entre otros.
Entrenamiento en relajación progresiva	Favorece la relajación profunda al minimizar voluntariamente la tensión muscular y niveles de activación corporal, interrumpiendo el ciclo tensión / dolor, tomando conciencia de las sensaciones que sufre el cuerpo al tensar y destensar los diferentes grupos musculares.
Entrenamiento en relajación autógena	Este método se basa en representaciones mentales de sensaciones físicas como calor y peso.
Técnicas de respiración	Esta técnica busca reducir los niveles de activación, mediante ejercicios para controlar voluntariamente la respiración.

Terapia grupal En Anderson & Winkler (2007) , se menciona que diferentes investigaciones sobre psicoterapia grupal han mostrado ventajas sobre diferentes aspectos como el afrontamiento, calidad de vida, control de dolor y distrés psicológico, además de ofrecer soporte grupal y una oportunidad de aprender de los otros, al platicar con diferentes pacientes que padecen los mismos síntomas, además de mejorar el sentimiento de incompreensión social.

Activación conductual La activación conductual (AC) inicialmente fue utilizada en pacientes que presentaban anhedonia como parte del trastorno depresivo, sin embargo al igual que en este trastorno, las pacientes con SFM se ven afectadas en su vida diaria con una disminución en sus actividades debido al dolor crónico. El principal objetivo de la AC es incrementar las conductas que le otorguen reforzadores positivos al paciente, y por consiguiente su estado anímico mejore. A diferencia del trastorno depresivo, en el SFM se deben tomar en cuenta un aspecto importante: los pacientes presentan inactividad con el fin de disminuir el dolor, sin embargo cuando presentan una mejoría, suele realizar un incremento abrupto de actividades lo cual incrementa el dolor causando un nuevo período de inactividad volviéndose un ciclo interminable, por lo tanto, además de la AC, es necesario llevar técnicas de automonitoreo de síntomas, emociones y actividades; así como el establecimiento de

horarios con metas/actividades que no sobrecarguen al paciente y exacerban su dolor.

Automonitoreo	Es el autorregistro de pensamientos, sentimientos y conductas relacionadas con los síntomas, lo cual, puede ser realizado a través de un diario de síntomas por ejemplo.
Técnicas de solución de problemas	Busca incrementar las habilidades del paciente para encontrar diferentes opciones para poder lidiar con los problemas, es decir situaciones estresantes como lo serías la sintomatología del SFM y sus consecuencias.
Reestructuración cognitiva	Es la modificación de pensamientos disfuncionales, con diferentes estrategias cognitivas, como el análisis de evidencia confirmatoria, el diálogo socrático, listas de pensamientos alternativos, etc.

Con información de Anderson & Winkler, 2007; Bernardy, Klose, Busch, Choy, & Häuser, 2013; Herrero, et al., 2013; Jay & Barkin, 2015; López, 1996; Rodero, García, Casanueva & Buriel, 2009; Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012.

Anexo D

Taller psicoeducativo para el manejo del estrés en pacientes con SFM.

Número de sesiones: 5

Duración de sesiones: 120 min

Frecuencia: 1 vez por semana

Modalidad: Grupal

Cupo: 15 pacientes

Población: Pacientes mujeres con SFM de 18 a 50 años de edad

Protocolo

Sesión 1: Presentación de las pacientes, de las psicólogas encargadas e introducción al uso de la plataforma ZOOM.

Sesión 2: Evaluación inicial (Escala de Estrés Percibido, Cuestionario de Impacto de Fibromialgia, Cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico).

Presentación y justificación de los objetivos del taller y psicoeducación en fibromialgia.

Sesión 3: Psicoeducación sobre el estrés y explicación de técnica fisiológica (respiración diafragmática).

Sesión 4: Técnica conductual (solución de problemas).

Sesión 5: Técnica cognitiva (distracción cognitiva). Evaluación final (Escala de Estrés Percibido, Cuestionario de Impacto de Fibromialgia, Cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico).Cierre.

Carta descriptiva del protocolo.

Sesión	Actividad	Tiempo	Terapeuta	Paciente
1	Presentación del grupo.	40 min	Dinámica de integración grupal BASTA. Los pacientes mencionan diferentes palabras que empiecen la letra o categoría que el terapeuta menciona, sin repetir las palabras ya mencionadas, o de lo contrario deberá presentarse.	Las pacientes deberán participar activamente diciendo diferentes palabras de acuerdo a la letra o categoría que el tallerista mencione, si repiten alguna o no se les ocurre otra, deberán

				presentarse frente al grupo.
	Introducción al uso de la plataforma zoom.	20 mins	Se les explicará al grupo funciones básicas de la plataforma zoom, como el uso del micrófono, la cámara y las reacciones.	Las pacientes deberán participar activamente con los diferentes ejemplos o ejercicios que se puedan solicitar.
2	Presentación y justificación de los objetivos del taller.	10 mins	Establecimiento de rapport, explicar en qué consiste el taller y cual es la meta esperada.	Escuchar atentamente y comentar si tiene dudas.
	Aplicación de pruebas.	20 mins	Se les entregará a las pacientes las tres evaluaciones psicológicas una por una, y se les leerán las instrucciones.	Las pacientes deberán contestar las tres evaluaciones psicológicas.
	Psicoeducación en fibromialgia.	40 mins	Psicoeducación con apoyo de material psicoeducativo (anexo B.1). La terapeuta incentiva y retomará dudas de las pacientes, pedirá ejemplos concretos y contextualizados a la vida de las pacientes. Psicoeducación:	Pacientes participan de forma activa a través de preguntas y ejemplos
			1. Definición de SFM y pronóstico 2. Fisiopatología general 3. Síntomas general 4. Tratamiento general	
			Sección de dudas y respuestas	
	20 mins	Juego lotería de fibromialgia y reflexión de la misma (anexo B.5).	Pacientes participan en el juego y la reflexión	
	10 mins			
Tarea para casa.	5 mins	Anotar en una libreta las dudas que pudieran surgir de esta primera sesión.		
Cierre de sesión.	5 mins	La tallerista entregará una infografía a cada asistente y realizará una síntesis de los principales aspectos abordados en la sesión. Finalmente		

			resolverá las dudas que puedan surgir.	
3	Inicio de sesión	5 mins	Establecimiento de rapport	
	Revisión de SFM con memorama.	20 mins	Juego memorama de fibromialgia y reflexión del mismo.	Los pacientes participan en el juego y la reflexión.
	Psicoeducación del estrés y SFM.	40 mins	Psicoeducación con apoyo de material psicoeducativo (anexo B.2). La terapeuta incentiva y retomará dudas de las pacientes, pedirá ejemplos concretos y contextualizados a la vida de las pacientes. Psicoeducación en estrés: <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es el estrés? 2. Síntomas 3. Relación con SFM 4. Tratamiento 5. Sección de preguntas y respuestas 	Pacientes participan de forma activa a través de preguntas y ejemplos
	Psicoeducación en respiración diafragmática.	30	Psicoeducación con apoyo de material psicoeducativo (anexo B.3). La terapeuta incentiva y retomará dudas de las pacientes. <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es la respiración diafragmática y para qué sirve? 2. Modelamiento por la terapeuta. 3. Las pacientes lo replican 4. Correcciones en parejas 	Los pacientes participan de forma activa.
	Asignación de tarea	5 mins	Tarea de respiración: realizar los ejercicios de respiración en casa, al menos 5 mins al día y anotar en una libreta como se sintieron posteriormente.	

	Cierre de sesión con tarea y revisión de la sesión (resumen)	10 mins	El terapeuta solicita a las pacientes una síntesis sobre lo más relevante visto en la sesión, y hace entrega de las infografías.	
4	Inicio de sesión	5 mins	Establecimiento de rapport	
	Revisión de tarea de respiraciones.	10 mins	Revisión de la tarea asignada la sesión anterior, reforzando la ejecución de la técnica enseñada, clarificando cuáles son las dudas y advirtiendo que se irán retomando en esta y las siguientes sesiones.	Las pacientes participaran activamente comentando su experiencia de haber realizado las repeticiones y comentaran las dudas que puedan tener.
	Solución de problemas	40 mins 20 mins 20 mins	<p>Psicoeducación con apoyo de material psicoeducativo (anexo B.4). La terapeuta incentiva y retomará dudas de las pacientes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es la solución de problemas? 2. ¿Cómo se realiza? <p>Se presentarán dos viñetas a los pacientes. La primera tendrá la historia de un paciente explicando sus problemas. Esta primera viñeta incluirá un desglose de sus soluciones La segunda viñeta solo contendrá el problema del paciente y entre las participantes deberán encontrar las soluciones.</p> <p>Actividad: ¡Ahora te toca a tí! Las participantes deberán describir un problema e intentar encontrar las soluciones a dicho problema. Posteriormente lo compartirán con sus compañeras.</p>	Las pacientes deberán participar activamente en la sesión con ejemplos y preguntas.
	Asignación de tarea	5 mins	Anotar la estrategia de solución de problemas con una barrera con que no se haya trabajado en sesión.	

	Cierre de sesión	10 mins	El terapeuta solicita a las pacientes una síntesis sobre lo más relevante visto en sesión, complementando lo que sea necesario.	Pacientes realizan síntesis de la sesión.
5	Inicio de sesión	5 mins	Establecimiento de rapport	
	Revisión de tarea	15 mins	Revisión de la tarea asignada la sesión anterior, reforzando la ejecución de las actividades y compartiendo sus soluciones con el grupo.	Las pacientes participaran activamente comentando su experiencia de haber pensado en las soluciones y comentaran las dudas que puedan tener.
	Psicoeducación en distracción cognitiva	30 mins	Psicoeducación con apoyo de material psicoeducativo (anexo B.5). La terapeuta incentiva y retomará dudas de las pacientes. 1. ¿Qué es la distracción cognitiva? 2. ¿Cómo regula el organismo? 3. ¿Cómo se realiza?	Las pacientes deberán participar activamente realizando su lista y compartiendola con el grupo.
	Relajación muscular	20 mins	Actividad: Elaborar listas con actividades que más calma y tranquilidad aportan a las pacientes, incluso cuando tienen dolor; y compartirlas con la clase.	
		15 mins		
	Aplicación de pruebas.	15 min	Se les entregará a las pacientes las tres evaluaciones psicológicas una por una, y se les leerán las instrucciones.	Las pacientes deberán contestar las tres evaluaciones psicológicas.
	Cierre de sesión	15 mins	Terapeuta solicita a paciente síntesis sobre lo más relevante visto en el tratamiento, complementando lo que sea necesario	Pacientes realizan síntesis del taller.

Anexo E

DIAGNÓSTICO

Se basa en un examen medico donde el doctor tocara una serie de puntos de presión, realizara una serie de evaluaciones y solicitara estudios médicos de gabinete complementarios.



IMPACTO

Las imitaciones generadas afectan la esfera social, familiar y laboral; provocando un deterioro en la calidad de vida.



TRATAMIENTO

Actualmente **no hay cura**, sin embargo el tratamiento busca mejorar los síntomas y por lo tanto la calidad de vida.



Debe ser multidisciplinario:

- *Farmacológico
- * Práctica diaria de ejercicio físico aeróbico moderado (caminar, nadar..)
- ***Terapia psicológica.**





Psic. Leonor Pérez Hernández
Dra. Nancy Rangel
Mta- Andrea Herrera

Taller psicoeducativo para el manejo del estrés en pacientes con SFM.

¿Qué es?

Es un **síndrome doloroso crónico**, sin ser progresivo o mortal, en las partes **fibrosas** del cuerpo (músculos, ligamentos y tendones) **sin un origen totalmente conocido**.

En **México** se estima que afecta al **0.7%** de la población, siendo más frecuente en **mujeres** [9:1] con mayor prevalencia entre los **25 y 50 años**



Sus características principales son:

- Dolor
- Fatiga (cansancio continuo)
- Alteraciones del sueño



Además de otros **síntomas** como sensación de ardor y/o piquetes, mareos, hipersudoración, problemas gastrointestinales (gases, náuseas, constipación o diarrea), entumecimiento, alteración en la atención, déficit de memoria...

Dolor

Caracterizado por HIPERALGESIA (Respuesta aumentada del dolor) y ALODINIA (dolor con estímulos no dolorosos).

Definido como palpitante, quemante o punzante. Intenso e insoportable, empeorando por la mañana y en la tarde-noche.

Fatiga

Puede presentarse con duración de 1 o hasta 3 días, en forma de crisis de agotamiento o de forma continua.

Problemas para dormir

Insomnio (difícil conciliación y mantenimiento del sueño), despertares frecuentes y sensación de sueño no reparador.

Anexo F

EMOCIONALES:

Irritabilidad, nerviosismo, "ganas de llorar", fatiga, **ansiedad**, miedo, poca tolerancia, baja tolerancia a la frustración, volatilidad, desesperanza...



La ansiedad, se encuentra con una prevalencia **13 al 64%** en pacientes con fibromialgia.



El **tratamiento para el SFM** debe ser multimodal incluyendo aspectos farmacológicos, terapia física y **tratamiento psicológico.**



Terapia cognitivo-conductual



El **objetivo** principal de la terapia psicológica **no es erradicar el dolor**, si **no modificar** los comportamientos, emociones y pensamientos ocasionados por el SFM con el fin de mejorar la calidad de vida

P.PSIC. LEONOR PEREZ
DRA. NANCY RANGEL
MTA. ANDREA HERRERA

¿Qué es el estrés?



Taller psicoeducativo para el manejo del estrés en pacientes con SFM.

ESTRÉS

Es el **desequilibrio** entre las **personas** y las **demandas de su medio**, las cuales pueden percibirse tan desafiantes que incluso exceden sus recursos, poniendo en **riesgo** el bienestar del individuo.

TIPOS DE ESTRÉS

- **Eu-estrés:** A pequeñas dosis facilita **respuestas eficaces** y favorece el bienestar.
- **Di-estrés:** Caracterizado por malestar y **poca eficacia**, se presenta cuando los recursos del sujeto son sobrepasados por las demandas de los estresores.



CAUSAS

Puede ser ocasionado por diferentes estímulos estresantes, llamados **estresores**, los cuales pueden tener **diferentes grados de significancia** para cada individuo.

Las tres principales fuentes de estresores son:

- Estresores fisiológicos como la salud
- Estresor psicológico como la personalidad
- Estresor ambiental como el trabajo



SINTOMAS

COGNITIVOS:

Impulsividad, fatiga, pensamientos repetitivos y obsesivos, confusión, dificultad para relajarse, concentrarse y de aprendizaje, olvidos y baja resolución de problemas.

FISICOS Y CONDUCTUALES:

Tensión muscular, dolor de cabeza, problemas gastrointestinales, mareos, cambios de apetito y libido, insomnio, baja productividad, problemas de socialización, llanto, consumo de alcohol y otras sustancias, infecciones, palpitaciones en el corazón, respiración agitada, aumento de la presión sanguínea...



Anexo G

Técnicas de relajación

Psic. Leonor Pérez Hernández

Relajación muscular progresiva

Contrae los músculos durante cinco segundos y luego relájalos durante 30 segundos y repite. Puedes comenzar por los dedos de los pies, y continuar hacia arriba, o puedes comenzar por la cabeza y continuar hacia abajo.



2) CONCIENCIA SENSORIAL:

Hacer un recorrido por todos los sentidos y hacer consciente lo que generalmente no percibimos conscientemente.



3) EJERCICIOS MENTALES:

Actividad mental que requiera la suficiente atención para distraerte de tu cuerpo; como contar de cero a cien de tres en tres o restar desde cien de siete en siete, nombrar animales por orden alfabético, buscar palabras que empiecen por una letra, etc.

1) CENTRARSE EN UN OBJETO:

Describir con detalle cualquier objeto, aludiendo su forma, color, tamaño, textura, etc.



4) ACTIVIDADES ABSORBENTES:

Actividad absorbente para distraerte de tu dolor; como ver la televisión, hacer crucigramas, leer, jugar ajedrez, planchar ropa, etc.




Distracción cognitiva

Estar estresado puede afectar tu salud física y mental, ya que el cuerpo libera hormonas que aumentan la presión arterial y frec. cardíaca; generando problemas de salud como hipertensión, dolor de estómago y cabeza, ansiedad, depresión.



Por lo tanto, ayudan al cuerpo a relajarse, disminuir la presión arterial, frec. cardíaca, tensión muscular y dolor crónico, mejorar la concentración; el estado de ánimo, y la calidad del sueño, entre otros.



Respiración diafragmática

PASOS:

1. Recuéstate boca arriba o siéntate con tus muslos en paralelo.
2. Coloca una de tus manos sobre el pecho y la otra sobre tu abdomen. Durante 30 segundos, dirige tu atención hacia cómo la respiración hace que estas dos zonas se muevan.

¿Cómo se hace?

Inhala profundo por la nariz durante 5 segundos y mantén el aire en la zona del vientre durante un par de segundos.

Después, exhala por la boca durante otros 5 segundos.





Anexo H

3. Generar soluciones

Aquí se pone la mayor cantidad de soluciones tomando en cuenta 3 aspectos:

1. Más es más
2. Variedad
3. No juzgar




4. Toma de decisiones

Compararemos y evaluaremos las soluciones para **elegir la o las** que sean más **eficaces**.

Para elegir le daremos una calificación de 0 a 10 tomando en cuenta:

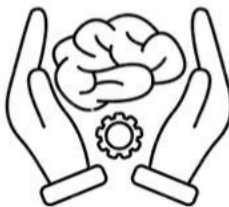
¿Qué tan probable es que la lleve a cabo?
0 poco probable / 10 muy probable
¿Cuántos recursos necesito?
0 muchos recursos / 10 pocos recursos
¿Cómo me sentiré con esta solución?
0 muy mal / 10 muy bien
¿Cómo se sentirán los demás con esta solución?
0 muy mal / 10 muy bien
¿Cuánto durarán los resultados de la solución?
0 muy poco / 10 bastante

La solución con mayor eficacia sera la que tenga las mejores puntuaciones.




5. Poner en práctica y verificar

Aquí pondremos en marcha el plan para verificar si es la solución mas eficaz o hacer los cambios necesarios para que funcione mejor.



SOLUCIÓN DE PROBLEMAS


PSIC. LEONOR PEREZ



El **SFM** es una enfermedad que **afecta la calidad de vida** de las pacientes debido a los **cambios** generados como **consecuencia de los síntomas**.

Estos cambios pueden ser vistos como **problemas** y generar **malestar** en las pacientes, pudiendo llevarlas a desencadenar trastornos psicológicos como **ansiedad**.

Por lo tanto es importante **adquirir habilidades** que te permitan **solucionar problemas** y de esta forma evitar complicaciones emocionales.



Un **problema** es una situación que necesita una respuesta para mejorar, sin embargo, hay ciertas barreras u obstáculos que nos frenan.

Algunos obstáculos cómo:

- Situaciones nuevas.
- Estar confundido o falta de información.
- No tener suficientes recursos para resolverlo.


La **solución** de un problema es realizar diferentes acciones con el objetivo de resolver las situaciones problemáticas.

Pasos para solucionar problemas:

I. Orientación hacia el problema
¿cómo respondes a un problema?, ¿qué piensas?, ¿te crees capaz de resolverlo? ¿qué haces generalmente ante ellos? ¿les haces frente o actúas como si nada pasara?

Puede ser:

- Orientación positiva: ve los problemas como retos.
- Orientación negativa: los ve como situaciones muy difíciles y prefiere evitarlos.




2. Definir el problema

Aquí se busca **aclarar exactamente el problema** y para ello necesitaremos toda la **información** posible e identificar los **cambios** que se necesitan para **resolverlo** y que **obstáculos** podemos encontrar.

Para aclarar cuál es el problema podemos utilizar las siguientes preguntas:

- ¿Qué ocurre?
- ¿Qué me hace sentir mal?
- ¿Quiénes están implicados?
- ¿Dónde ocurre?
- ¿Cuándo ocurre?
- ¿Cómo ocurre?
- ¿Por qué ocurre?
- ¿Qué hago yo exactamente ante lo que sucede?
- ¿Dónde lo hago?
- ¿Por qué lo hago?
- ¿Qué pienso y qué siento?



Anexo I

LOTERIA DE FIBROMIALGIA				
DOLOR 	MEDICAMENTOS 	PSICOTERAPIA 	FISIOTERAPIA 	NUTRICIÓN 
CANSANCIO 	RELAJACIÓN 	NEBLINA MENTAL 	CITA MÉDICA 	ESTRÉS 
FIBROMIALGIA 	INSOMNIO 	ANSIEDAD 	DOCTORES 	PROBLEMAS LABORALES 

INSOMNIO 	ANSIEDAD 	DOCTORES 	PROBLEMAS LABORALES 
12 MAYO 	CALIDAD DE VIDA 	APOYO FAMILIAR 	AUTOCUIDADO 
DÍAS BUENOS 	DÍAS MALOS 	ANALGESICOS 	DIETA 
AFRONTAMIENTO 	APOYO SOCIAL 	RESPIRACIONES 	PACIENCIA 












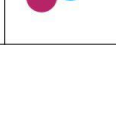
DOLOR 	MEDICAMENTOS 	PSICOTERAPIA 	FISIOTERAPIA 
CANSANCIO 	RELAJACIÓN 	NEBLINA MENTAL 	CITA MÉDICA 
FIBROMIALGIA 	INSOMNIO 	ANSIEDAD 	DOCTORES 
PROBLEMAS FAMILIARES 	12 MAYO 	CALIDAD DE VIDA 	APOYO FAMILIAR 






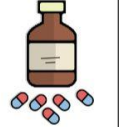





FIBROMIALGIA 	INSOMNIO 	ANSIEDAD 	DOCTORES 
PROBLEMAS FAMILIARES 	12 MAYO 	CALIDAD DE VIDA 	APOYO FAMILIAR 
EJERCICIO 	DÍAS BUENOS 	DÍAS MALOS 	ANALGESICOS 
MEDITACIÓN 	AFRONTAMIENTO 	APOYO SOCIAL 	RESPIRACIONES 

RELAJACIÓN 	NEBLINA MENTAL 	CITA MÉDICA 	ESTRÉS 
INSOMNIO 	ANSIEDAD 	DOCTORES 	PROBLEMAS LABORALES 
12 MAYO 	CALIDAD DE VIDA 	APOYO FAMILIAR 	AUTOCUIDADO 
DÍAS BUENOS 	DÍAS MALOS 	ANALGESICOS 	DIETA 

RELAJACIÓN 	NEBLINA MENTAL 	CITA MÉDICA 	ESTRÉS 
INSOMNIO 	ANSIEDAD 	DOCTORES 	PROBLEMAS LABORALES 
12 MAYO 	CALIDAD DE VIDA 	APOYO FAMILIAR 	AUTOCUIDADO 
DÍAS BUENOS 	DÍAS MALOS 	ANALGESICOS 	DIETA 

MEDICAMENTOS 	PSICOTERAPIA 	FISIOTERAPIA 	NUTRICIÓN 
RELAJACIÓN 	NEBLINA MENTAL 	CITA MÉDICA 	ESTRÉS 
INSOMNIO 	ANSIEDAD 	DOCTORES 	PROBLEMAS LABORALES 
12 MAYO 	CALIDAD DE VIDA 	APOYO FAMILIAR 	AUTOCUIDADO 

CANSANCIO 	RELAJACIÓN 	NEBLINA MENTAL 	CITA MÉDICA 
FIBROMIALGIA 	INSOMNIO 	ANSIEDAD 	DOCTORES 
PROBLEMAS FAMILIARES 	12 MAYO 	CALIDAD DE VIDA 	APOYO FAMILIAR 
EJERCICIO 	DÍAS BUENOS 	DÍAS MALOS 	ANALGESICOS 

DÍAS BUENOS 	DÍAS MALOS 	ANALGESICOS 	DIETA 
AFRONTAMIENTO 	APOYO SOCIAL 	RESPIRACIONES 	PACIENCIA 
DOLOR 	MEDICAMENTOS 	PSICOTERAPIA 	FISIOTERAPIA 
CANSANCIO 	RELAJACIÓN 	NEBLINA MENTAL 	CITA MÉDICA 

Anexo J

Estimada:

En la Facultad de Psicología de la UNAM y la Clínica del Dolor del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" estamos realizando una investigación la cuál consta en evaluar los efectos del estrés y ansiedad, de un taller psicoeducativo en mujeres diagnosticadas con Síndrome de Fibromialgia, por lo cual pedimos su valiosa participación.

El taller se llevará a cabo de manera virtual los días jueves por medio de la plataforma ZOOM a lo largo de 5 semanas, siendo una sesión a la semana. Iniciando el día el Jueves 13 de Enero de 6 a 8 pm, y concluyendo el día 10 de Febrero.

Durante las sesiones se dará psicoeducación sobre diferentes temas referentes al síndrome de fibromialgia y estrés; además se ejemplificarán algunas técnicas psicológicas para el manejo del estrés. Así mismo se les pedirá realizar tres evaluaciones previas y posteriores a la aplicación del taller.

Su participación es totalmente voluntaria y su aceptación o negación, no tendrá repercusión alguna en sus servicios en el hospital. Toda la información que nos proporcione es absolutamente confidencial. Las respuestas proporcionadas, serán utilizadas en reportes de investigación pero en ningún momento sus datos personales como su nombre, serán difundidos.

AGRADECEMOS SU PARTICIPACIÓN