

EVALUACIÓN DEL ESTRÉS Y EL IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA DESPUÉS DE AUTOAPLICAR TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Evaluation of stress and fibromyalgia impact after a self-applied
cognitive-behavioral intervention

Mónica Teresa González-Ramírez*
René Landero-Hernández**

Universidad Autónoma de Nuevo León (México)

Resumen

Se diseñaron dos cursos virtuales auto-aplicados para personas con fibromialgia, basados en técnicas cognitivo-conductuales. Los objetivos fueron: (1) Evaluar los resultados del primer curso sobre estrés percibido e impacto de la fibromialgia. (2) Evaluar los

Fecha de recepción: 28 de junio de 2010
Fecha de aceptación: 16 de julio de 2010

* Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI-Nivel I) y del Cuerpo Académico en Psicología Social (Consolidado). Doctora en Psicología por la UNED, España. Master en Ciencias y Licenciada en Psicología por la UANL. Docente e investigadora en la UANL. monygz77@yahoo.com
Correspondencia: Av. Carlos Carrasco 110, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N.L., México. Tel. (81)8333-8233, fax: (81)8348-3781.

** Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI-Nivel II), miembro de la Academia Mexicana de Ciencias y Líder del Cuerpo Académico en Psicología Social (Consolidado) de la Facultad de Psicología de la UANL. Doctorado en la UANL. Docente e investigador en la UANL.

resultados del segundo curso, en la disminución de: fallos cotidianos de memoria, pensamientos negativos, catastrofización, e impacto de la fibromialgia. Y (3) comparar niveles de estrés e impacto en las cuatro mediciones (pre-post, ambos cursos). Participaron 22 mujeres en el primero y 8 en el segundo. Se encontró mejoría en estrés percibido e impacto de la fibromialgia después del primer curso. Después del segundo disminuyeron: pensamientos negativos, catastrofización e impacto. Hubo una recaída en el estrés y el impacto entre ambos cursos disminuyendo nuevamente al concluir el segundo.

Palabras claves: Fibromialgia, cognitivo-conductual.

Abstract

Two cognitive-behavioral virtual courses were designed to be self-applied by people with fibromyalgia. The objectives of this study were: to evaluate first course results on perceived stress and fibromyalgia impact. To evaluate second course results on decreasing of memory complains, negative thoughts, pain catastrofization and fibromyalgia impact. And to compare stress level and fibromyalgia impact among the four measurements (pre-post, both courses).

22 women participated in the first course and 8 women in the second. We found improvement after first course. Negative thoughts, pain catastrofization and fibromyalgia impact decreased after second course. Regarding to objective five, stress and fibromyalgia impact diminished after first course, but increased between the courses and diminished over again after concluding second course.

Key words: Fibromyalgia, behavioral-cognitive therapy.

INTRODUCCIÓN

Con la gran difusión del internet y las facilidades de acceso actuales, esta herramienta se ha vuelto parte cotidiana de nuestras vidas tanto personales como profesionales; en la década de los noventa del siglo XX se registró un aumento potencial de los usuarios de internet (Valero, 2003). La psicología clínica no debe ser ajena a los avances en las nuevas tecnologías (Bermejo, 2001), por lo que entre las formas de aplicación del internet en el campo de la salud mental, Grohol (1999, citado en Valero,

2003) menciona el consejo telefónico, la videoconferencia, la realidad virtual, el *chat* multimedia, el *chat* solo de texto y el correo electrónico.

Una de las diversas aplicaciones del internet es utilizarlo como fuente de información, inclusive por los pacientes; en este sentido se ha documentado que el 85% de los pacientes lo utiliza; casi al nivel de los médicos (88%) y muy por encima de otras fuentes de información como los libros o los medios de comunicación tradicionales (El médico interactivo, 2007, julio 14); de acuerdo con informes realizados por *Ogihy Healthworld* y Google, el 92% buscan síntomas específicos, mientras que el 87% indagan por información que ayude al entendimiento del diagnóstico y tratamiento (El médico interactivo, 2007, julio 14).

Así, podemos inferir que a través del internet podemos llegar a una gran cantidad de pacientes y posiblemente contribuir a su salud integral desde la Psicología de la Salud. Marks, Sykes y McKinley (2003) mencionan que la definición aceptada actualmente para Psicología de la Salud fue propuesta originalmente por Matarazzo en 1982; en ella se menciona que esta disciplina se refiere a las contribuciones para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de etiología y correlatos diagnósticos de la salud/enfermedad y disfunciones relacionadas, así como el análisis y mejoramiento de los sistemas y políticas de salud.

La *American Psychological Association* (APA, en Werner, Pelicioni & Chiatone, 2002) indica que las atribuciones del Psicólogo de la Salud son las siguientes:

1. Identificación precoz de personas en situación de riesgo, definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
2. Desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales normalmente se somete al individuo.
3. La investigación, la comprensión y la intervención en factores que permitan una buena calidad de vida en personas portadoras de enfermedades crónicas.

4. La necesidad de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de la salud pública.
5. La necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global.

Marks et al. (2003) agregan que la misión de los profesionales de la Psicología de la Salud es promover y mantener el bienestar a través de la aplicación de las teorías, métodos e investigaciones en psicología, tomando en cuenta el contexto económico, político y social. Por ello, el principal propósito de la psicología de la salud es el empleo de los conocimientos, métodos y habilidades psicológicas para la promoción y mantenimiento del bienestar; además, se incluye en esta disciplina la educación para la salud y su promoción tanto en población saludable como en enfermos.

Centrándonos en la educación para la salud, internet puede funcionar como herramienta para esta área de la psicología; Valero (2003) menciona que las aplicaciones virtuales suponen un proceso educativo y no terapéutico, y más bien una forma de autoayuda en la que la persona recibe consejos e información; por consiguiente, el tratamiento es responsabilidad de cada usuario de internet, porque el profesional solo brinda información y retroalimentación con base en los datos proporcionados por el usuario y, es este último quien decide poner en práctica o no cada elemento de la información recibida. Así, proponemos y hemos iniciado una aplicación en línea para personas con fibromialgia, que se enmarca en el ámbito de la Psicología de la Salud y en un modelo teórico que se describe a continuación.

Desde el inicio de los años noventa, muchos trabajos de investigación se han centrado en la importancia del estrés sobre el desarrollo de la fibromialgia (Sansonea, Levengoodc & Sellbomd, 2004; Cleare, 2004), y el número de trabajos en el tema ha crecido exponencialmente en la última década (Friedberg, Sohl & Schmeizer, 2007). Sin embargo, hasta donde sabemos, pocas investigaciones han abordado y buscado explicar la fibromialgia tomando en cuenta teorías psicológicas del estrés, como la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1984), que postula que

las experiencias estresantes deben ser consideradas como transacciones entre la persona y el ambiente, donde la valoración que hace la persona del estresor y de sus propios recursos para afrontar las situaciones serán lo que determine el nivel de estrés (estrés percibido).

Recientemente, el grupo de investigación al que pertenecemos analizó un modelo estructural basado en la teoría transaccional del estrés (González, García-Campayo & Landero, 2010) para explicar el rol del estrés en la fibromialgia. Los resultados de dicho modelo, estimado con 165 personas con diagnóstico de fibromialgia, sugieren que los recursos personales y sociales (autoestima, autoeficacia y la percepción de apoyo social) son predictores del nivel de estrés percibido, explicando el 53% de su varianza; asimismo, este estrés percibido explica el 31% de la varianza de una variable latente que incluye el impacto de la fibromialgia (medido con el FIQ –*Fibromyalgia Impact Questionnaire*-) y los síntomas somáticos (medidos con el PHQ –*Patient health questionnaire*-). Este modelo analizado mediante de ecuaciones estructurales presentó buen ajuste y es evidencia de la utilidad de la teoría transaccional del estrés para la investigación sobre fibromialgia.

El modelo teórico detrás de este modelo estructural (González & Landero, 2006) y los resultados de la investigación (González et al., 2009), fueron la base para el diseño del primer curso virtual para personas con fibromialgia.

Diseño del curso virtual

La fibromialgia, como otras enfermedades crónicas, se ve influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociológicos (Martínez, González & Crespo, 2003). La psicología puede contribuir al manejo de las quejas frecuentes de los enfermos crónicos. Entre las quejas o síntomas frecuentes de las personas con fibromialgia, además del dolor son: rigidez matutina o tras reposo, alteraciones del sueño, fatiga, cefalea tensional, parestesias e inflamación subjetiva con frecuencia bilateral, estrés psicológico, intestino irritable, síntomas genitourinarios, y síntomas vegetativos y funcionales: extremidades frías, boca seca, hiperhidrosis, disfunción ortostática y temblor, intolerancia a múltiples fármacos,

entre otros. Se presentan también como síntomas la fatiga intensa, alteraciones del sueño, parestesia en extremidades, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefaleas y sensación de tumefacción en manos (Rivera et al., 2006; Geisser et al., 2008; Villanueva et al., 2004). El manejo de algunos de estos síntomas cotidianos es el propósito del curso virtual.

Existen en internet una gran cantidad de grupos o foros donde se reúnen virtualmente personas con diagnóstico de fibromialgia. En estos grupos se comenta que resulta complicado asistir a las consultas con especialistas, sobre todo si las condiciones del transporte público no son favorables. Si a esto añadimos que los tratamientos multidisciplinarios no implican que los diversos especialistas estén ubicados en el mismo centro médico, la asesoría psicológica para las personas con fibromialgia es poco viable para algunos. Por otro lado, Osma, Crespo, Ferrando, Sala y García Palacios (2008) mencionan que pese a la eficacia de los programas psicológicos, específicamente los cognitivo-conductuales, su diseminación y aplicación es costosa, y los recursos para implantarlos en el ámbito sanitario son insuficientes. Es por esto que se contempló que el internet podría ser una manera de contribuir al tratamiento multidisciplinario para los afectados con fibromialgia.

Así, se diseñó un curso virtual gratuito con el único requisito de contestar un cuestionario al inicio y otro al final del mismo. Para el diseño de la aplicación en línea se consideró la existencia de grupos virtuales activos, formados por pacientes con diagnóstico de fibromialgia. Realizando una búsqueda de grupos virtuales con actividad, cuyos usuarios intercambiaran información en español, se encontró que existen diversos grupos virtuales de apoyo dirigidos por personas con fibromialgia en Google, Yahoo y MSN.

Otro aspecto que se consideró fue la gran cantidad de archivos en *Power Point* que se distribuyen por correo electrónico. Por lo que se concluyó que el acceso a este tipo de archivos era viable para muchos de los usuarios de internet. Así, se diseñó un curso virtual guiado por una presentación en *Power Point*. Es decir, se planeó un curso virtual donde el instructor fuera la propia presentación y no se necesitara que alguien explicara el contenido en persona.

La base del curso fueron las técnicas cognitivo conductuales, que en diversos estudios han demostrado resultados satisfactorios en personas con fibromialgia, incluso al ser comparadas con tratamiento placebo (grupo de discusión no estructurado) (Thieme, Flor & Turk, 2006). En el meta-análisis realizado por Rossy et al. (1999), que incluyó 49 estudios, se concluye que el tratamiento para la fibromialgia debe incluir la terapia cognoscitivo-conductual; otro ejemplo es el estudio conducido por Moiola y Merayo (2005), quienes reportan diferencias significativas en la reducción de los niveles de ansiedad, depresión, dolor y un incremento de actividades en la vida diaria, después de una intervención cognitivo-conductual en ese grupo de personas.

El contenido del primer curso virtual diseñado por nuestro grupo de investigación se dividió en siete sesiones (Tabla 1). Los contenidos seleccionados para incluirse en el curso fueron acordes a las situaciones que enfrentan las personas con fibromialgia y al modelo teórico subyacente; así, se diseñaron sesiones enfocadas en su mayoría a aprender técnicas de manejo del estrés y los síntomas, principalmente relajación; además de trabajar con pensamientos negativos y mejorar la autoestima.

Las primeras diapositivas se dedicaron a la explicación de la forma de trabajar con el curso virtual, posteriormente se presenta un índice del contenido de las sesiones desde el que se puede acceder directamente a cada una (a través de hipervínculos). Enseguida se inicia con la primera sesión. El contenido de todas las sesiones se homogenizó en cuanto al orden, incluyendo en primer lugar una diapositiva en la que se indica la duración aproximada de la sesión y cuanto tiempo se recomienda practicar los ejercicios que forman parte de esa sesión; asimismo, se incluyó en la primera diapositiva de cada sesión un correo electrónico al que podían escribir para aclarar dudas.

En seguida se incluyeron todas las diapositivas necesarias para explicar el contenido de la sesión, cuidando que fuera poco texto por diapositiva. En estas diapositivas se explican los elementos que se pretenden trabajar con los ejercicios, por ejemplo, se explica qué es la relajación y cuáles son las posturas recomendadas para practicarla; posterior a esta explicación se presentan las instrucciones para los ejercicios de la sesión y la última

diapositiva de cada sesión invita a la reflexión y a preguntarse sobre los logros alcanzados en esa sesión, antes de pasar a la siguiente y continuar con el curso.

Tabla 1
Descripción del contenido de las sesiones del primer curso virtual

Sesión	Contenido
1	<i>Información sobre los síntomas de la fibromialgia</i> Se realiza un registro de auto-observación donde deben incluirse las situaciones o actividades que agravan el síntoma, que lo disminuyen, describir qué pasa antes, durante y después del síntoma. Los síntomas que se registran suelen ser dolor y fatiga.
2	<i>Metas</i> Se habla de la necesidad de establecer metas a corto y largo plazo, además de dividir una meta en submetas y valorar los pequeños pasos para alcanzarlas. El ejercicio de esta sesión es escribir metas, las posibles dificultades para alcanzarlas y alternativas para vencer estas dificultades.
3	<i>Relajación para el manejo del dolor</i> Los ejercicios de relajación de esta sesión son de respiración y relajación muscular profunda. Se presentan imágenes de las posturas adecuadas para sentarse, acostarse de lado, acostarse boca arriba y permanecer de pie.
4	<i>Reestructuración cognitiva</i> Se explica a qué se refiere el diálogo interno, los pensamientos negativos y los pensamientos automáticos. Se incluyen ejemplos, en una tabla de cinco columnas, donde se indica el día y la hora de la situación que se va registrar, la situación desencadenante, la intensidad de la fatiga, el pensamiento a registrar y pensamientos alternos. Enseguida se indica que el ejercicio que se hará en la sesión es similar a los ejemplos presentados y se incluyen otros ejemplos de pensamientos automáticos y de pensamientos alternos. Por último, se presenta el formato para el registro, una tabla de cinco columnas, igual a la de los ejemplos.
5	<i>Autoestima y asertividad</i> Se explica el concepto de autoestima y se relaciona con asertividad y los sentimientos que se desencadenan en ciertas situaciones. El ejercicio consta de 10 situaciones relacionadas a problemas de autoestima y comunicación asertiva, para que los participantes del curso propongan alternativas de comportamiento ante cada una.
6	<i>Relajación a través de hipnosis ericksoniana</i> Se trata de una inducción a trance hipnótico, enfocándose en la detección y manejo del dolor, programada en Power Point para que cada frase aparezca después de cierto periodo, lo cual equivaldría a las pausas que hace el terapeuta durante la inducción a trance.
7	<i>Integración de las habilidades fomentadas en el curso</i> Se presenta un caso ficticio en el que se plantean diferentes situaciones, seguidas de preguntas tales como: ¿Qué hubieras hecho en ese momento?, ¿Qué le hubieras recomendado a Eva? Se pretende en esta sesión que la persona aprenda cómo debe plantearse metas, llevar un registro de su dolor, quererse más (autoestima), comunicarse asertivamente, combatir sus pensamientos negativos y mejorar sus habilidades de relajación.

Nota: En la primera columna de esta tabla se menciona el número de sesión.

Cada sesión fue diseñada para trabajar durante aproximadamente una semana, de manera que los ejercicios pudieran practicarse durante ese tiempo y la persona adquiriera cierta experiencia en el tema antes de pasar a la siguiente. Se tuvo especial cuidado en que el curso virtual fuera interactivo y atractivo, sin abusar de efectos o imágenes. En la tabla 1 se presenta la síntesis de cada sesión del primer curso virtual.

Sin embargo, algunos de los síntomas frecuentemente reportados por las personas con fibromialgia no se trabajaron en el primer curso virtual. Entre ellos se encuentran los fallos en la memoria. Glassa, Parkc, Mineard y Crofforde (2005) investigaron creencias sobre las funciones de la memoria, y encontraron diferencias significativas entre los pacientes con fibromialgia (n=23) y los sujetos controles (n=22); asimismo, reportan menor capacidad en la memoria y mayor deterioro en los pacientes con fibromialgia.

Por otra parte, según los modelos cognitivos conductuales actuales una de las variables mediadoras más relevantes en la cronificación y agravamiento del dolor crónico es el catastrofismo, que se refiere a un conjunto de pensamientos y expectativas negativas ante el dolor (Sullivan et al., 2001). La catastrofización es una variable relevante ya que se correlaciona positivamente con una mayor intensidad del dolor, malestar emocional, debilidad muscular y articular, incapacidad y peores resultados ante los tratamientos (Edwards, Bingham, Bathon & Haythorntwaite, 2006). El trabajo con pensamientos negativos fue parte importante del primer curso virtual; sin embargo, dada su relevancia desde la perspectiva cognitivo conductual se retomó en el segundo curso, dedicando una sesión al trabajo con pensamientos catastróficos.

Así, considerando lo anterior y los comentarios recibidos de quienes terminaron el primer curso, se diseñó un segundo curso virtual enfocado a otros síntomas y que funcionara como complemento al primero (Tabla 2).

Tabla 2

Descripción del contenido de las sesiones del segundo curso virtual

Sesión	Contenido
1	<i>Ejercicios para manejo del dolor y fatiga (respuesta)</i> Se realiza un registro de auto-observación, en el que se enfatiza que el participante identifique en que momento del día tiene mayor intensidad el síntoma (dolor o fatiga), qué sucede antes y qué ayuda a disminuirlo. Se presentan dos ejercicios de relajación, utilizando metáforas, uno recomendado para el día y uno para la tarde.
2	<i>Quejas de atención y memoria</i> Se incluyen ejercicios para poner atención y modificar palabras que se utilizan cotidianamente, y que reflejan rigidez de pensamiento, tales como nunca y siempre. Además se solicita que se identifique y se ponga atención en el tiempo en que los síntomas (dolor y fatiga) son menores. Para ejercitar la atención, se presentan dos imágenes con diferencias sutiles para que el participante identifique las diferencias. Se proporcionan páginas web con ejercicios similares (detectar diferencias entre dos dibujos o imágenes), de manera que esta sesión pueda realizarse durante una semana y con variedad de ejercicios.
3	<i>Quejas de atención y memoria</i> Se recomienda el uso de la agenda y el uso del diario por la noche. Se recomienda también el ejercicio físico (caminata, subir escaleras, bailar), recordando lo que se ha hecho en el día mientras se realiza el ejercicio. Finalmente, se recomienda el ejercicio clásico de memorama, disponible en una variedad de páginas web. Se distribuyen ejercicios similares para cinco días, de manera que esta sesión se realice durante una semana y con variedad de ejercicios.
4	<i>Reestructuración cognitiva (pensamientos negativos y catastróficos)</i> Se explica que una misma situación puede apreciarse e interpretarse desde diferentes puntos de vista. Se retoma del primer curso la explicación de los pensamientos automáticos. El ejercicio de esta semana es un diario de pensamientos en el que se registra: hora del día, emoción experimentada, situación, pensamientos experimentados y porcentaje en que se consideran verdaderos los pensamientos. Al final del día se pide que el participante complete el registro escribiendo: porcentaje en que considera verdaderos los pensamientos previamente registrados y escribir pensamientos alternativos.
5	<i>Dificultades para dormir</i> Se brindan recomendaciones sobre higiene del dormir. Los ejercicios de esta sesión son de relajación; se recomienda que la persona grabe el ejercicio mientras lo lee, siguiendo las pausas indicadas (en una grabadora, porque la presentación no tiene audio) para que pueda escucharlo cuando vaya a dormir. El ejercicio se presenta con el mismo formato de la sesión 6 del primer curso (relajación a través de hipnosis ericksoniana).

La investigación de la que se desprende este trabajo inició con una evaluación, cuyos primeros resultados corresponden al modelo estructural de González et al. (2010). En este reporte presentamos resultados de la intervención, que se divide en dos fases, que son respectivamente el primer y el segundo curso virtual. Los resultados que presentamos dan respuesta a los siguientes objetivos:

1. Evaluar los resultados del primer curso virtual, sobre el estrés percibido y el impacto de la fibromialgia en la vida diaria.
2. Evaluar los resultados del segundo curso virtual, en la disminución de los fallos cotidianos en la memoria (memoria prospectiva y retrospectiva), los pensamientos negativos, catastrofización ante el dolor y el impacto de la fibromialgia en la vida diaria.
3. Comparar los cambios en estrés y en impacto de la fibromialgia en las personas que completaron los dos cursos virtuales, a lo largo de las cuatro mediciones (pre y post del primer curso, pre y post del segundo curso).

MÉTODO

El estudio de intervención se realizó en dos fases, en la primera se aplicó el primer curso virtual y en la segunda fase se aplicó el segundo curso virtual para personas con fibromialgia.

Participantes

Los criterios de inclusión, en la primera fase, fueron los siguientes: a) contar con diagnóstico de fibromialgia; b) participar en algún grupo virtual donde se reúnan personas con fibromialgia; c) tener acceso a una computadora y al programa *Power Point* para realizar las sesiones diariamente, y d) aceptar colaborar voluntariamente. Como criterio de eliminación se tomó únicamente que no completaran los cuestionarios antes o después del curso.

Para la segunda fase se agregó como criterio de inclusión el haber realizado el primer curso virtual.

Así, en la primera fase se incluyeron de 22 mujeres, con una edad promedio de 45.7 años, con un rango de 26 a 58 años, residentes en diferentes países: cinco en México, 11 en España, dos en Venezuela, dos en Uruguay, una en Guatemala y una en Colombia. En cuanto al estado civil, 15 de las 22 mujeres eran casadas, una en unión libre, una era madre

soltera, dos eran divorciadas y tres se encontraban solteras y sin hijos. En la segunda fase concluyeron el curso 8 de las 22 mujeres invitadas a realizar el segundo curso virtual. La edad promedio de este grupo es de 43.5, con un rango de 27 a 53 años, cinco viven en España y tres en México. En cuanto al estado civil, cuatro casadas, una divorciada, una viuda y dos solteras.

Instrumentos de recolección de datos

- a. *Estrés*: se utilizó la Escala de Estrés Percibido (PSS) de Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983), en su versión en castellano de González y Landero (2007). El PSS consta de 14 ítems con puntuación de nunca (0) a muy a menudo (4). Invirtiéndose la puntuación en los 7 ítems negativos. La mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido.
- b. *Impacto de la fibromialgia*: se evaluó con el Spanish FIQ (S-FIQ), versión española de Monterde, Salvat, Montull y Fernández-Ballart (2004) del *Fibromyalgia Impact Questionnaire* de Burckhardt, Clark y Bennett (1991), que es una herramienta específica para medir el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional y en la calidad de vida de las personas que la presentan.
- c. *Fallos cotidianos en la memoria*: se evaluó con el PMRQ-S, versión en castellano de González y Mendoza (2010) del *Prospective and Retrospective Memory Questionnaire* de Smith, Della Sala, Logie y Maylor (2000), que consta de 16 ítems, ocho sobre memoria prospectiva y ocho sobre memoria retrospectiva, todos con escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos. Un mayor puntaje indica más fallos en la memoria.
- d. *Pensamientos negativos*: se utilizó el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ) de Hollon y Kendall (1980), adaptado por Cano y Rodríguez (2002), que consta de 30 ítems con 5 opciones de respuesta en escala tipo Likert. Un mayor puntaje indica mayor frecuencia de pensamientos negativos, y 120 es el puntaje máximo posible.

- e. *Catastrofización ante el dolor*: se evaluó con el *Pain Catastrophizing Scale* de Sullivan, Bishop y Pivik (1995) con la versión en castellano validada por García-Campayo, Rodero, Alda, Sobradie, Montero y Moreno (2008), consta de 13 ítems y de tres subescalas: magnificación, rumiación e indefensión. La puntuación es una escala Likert de 0 a 4 puntos. El intervalo teórico del instrumento se sitúa entre 13 y 62, indicando las puntuaciones bajas escasa catastrofización, y los valores altos, elevada catastrofización.

Todos los instrumentos utilizados cuentan con evidencia empírica respecto a sus propiedades psicométricas.

Aspectos éticos

Los sujetos que se integraron en el estudio fueron invitados a participar de forma voluntaria, se explicaron los propósitos de llevar a cabo la investigación, así como también el derecho a que se hacían acreedores de recibir información y atención a sus inquietudes al respecto, y en un momento determinado negarse a seguir colaborando. Se enfatizó la confidencialidad absoluta de los datos.

Procedimiento

Para la primera fase del estudio se realizó una búsqueda de grupos virtuales integrados por personas con fibromialgia, y se contactó a los moderadores de dichos grupos para solicitar su autorización para invitar al curso virtual. A quienes aceptaron participar, se les envió el cuestionario inicial y una vez que lo cumplimentaban se les remitió, vía correo electrónico, el curso en un archivo de *Power Point*. A quienes reportaban haber terminado el curso se les solicitó que respondieran el cuestionario final.

Posteriormente, se hizo una invitación a las personas que concluyeron el primer curso para que realizara el segundo curso virtual, siguiendo el mismo procedimiento de envío de cuestionarios inicial y final.

Análisis estadístico

Se utilizaron análisis descriptivos y pruebas no paramétricas debido al tamaño del grupo. Para evaluar la diferencia entre las puntuaciones antes y después del curso para cada variable se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon.

RESULTADOS

Objetivo 1: Primer curso virtual

Se presentan resultados de 22 mujeres. Al tratarse de un curso autoaplicado, sin importar la recomendación de dedicar una semana a cada sesión, el tiempo que tardaron en realizarlo fue muy variable, con un promedio de 57.4 días (8 semanas) y una desviación típica de 33.8 días.

Al realizar la comparación de estrés e impacto de la fibromialgia, antes y después del curso virtual, se encontró una diferencia significativa en ambas (Tabla 3).

Tabla 3

Medidas de tendencia central y comparación de las variables antes y después del primer curso virtual (n=22)

	Estrés percibido		Impacto de la fibromialgia	
	Pre	Post	Pre	Post
Media	32.50	20.23	64.49	48.47
Mediana	32.00	20.00	68.04	50.78
Desv. típica	9.36	7.45	22.83	19.78
	Z= -4.076; p=.001		Z=-3.230; p=.001	

Objetivo 2: Segundo curso virtual

A la fecha de este reporte, 8 de las 22 mujeres invitadas a realizar el segundo curso virtual lo han terminado y cumplimentado el cuestionario final. La recomendación era realizar el segundo curso virtual en cinco

semanas, sin embargo, el tiempo que tardaron en realizarlo fue muy variable, con un promedio de 98 días y una desviación típica de 63.7 días; algunos sujetos reportaron haber interrumpido el curso durante diciembre y después retomarlo, repasando las sesiones iniciales y continuando donde habían interrumpido. Es así, que el rango de días entre el primer y el segundo cuestionario va de 36 a 201 días.

La comparación de las variables evaluadas en el segundo curso se presenta en la tabla 4; las diferencias significativas se detectaron en la disminución de pensamientos automáticos (negativos) y de catastrofización ante el dolor; estos dos aspectos se trabajaron principalmente en la sesión 4 del segundo curso.

En las sesiones 2 y 3 se presentaron una serie de ejercicios orientados a estimular la atención y memoria, por lo que se evaluaron los fallos cotidianos en la memoria. En la tabla 4 puede observarse que a pesar de que hay una disminución en las medidas de tendencia central entre la evaluación pre y post, esta no fue significativa. Por otro lado, el impacto de la fibromialgia si disminuyó significativamente.

Tabla 4

Medidas de tendencia central y comparación de las variables antes y después del segundo curso virtual (n=8)

	Fallos en la memoria prospectiva		Fallos en la memoria retrospectiva		Pensamientos automáticos		Catastrofización ante el dolor		Impacto de la fibromialgia	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Media	28.62	25.75	23.37	22.00	40.62	29.62	24.50	15.62	64.13	54.81
Mediana	30.00	24.00	24.00	20.00	30.00	21.50	27.00	12.50	62.82	56.24
Desv. típica	7.93	8.86	6.84	9.61	34.27	28.56	10.99	10.43	20.42	23.58
	Z=-1.682; p=.093		Z=-0.931; p=.352		Z=-2.366; p=.018		Z=-2.527; p=.012		Z=-2.240; p=.025	

Objetivo 3: Comparación

Finalmente, para el tercer objetivo se realizó una comparación de las dos variables evaluadas en ambos cursos: estrés percibido e impacto de la

fibromialgia, considerando exclusivamente los 8 sujetos que terminaron ambos cursos. Para facilitar la descripción se presentan las figuras 1 y 2.

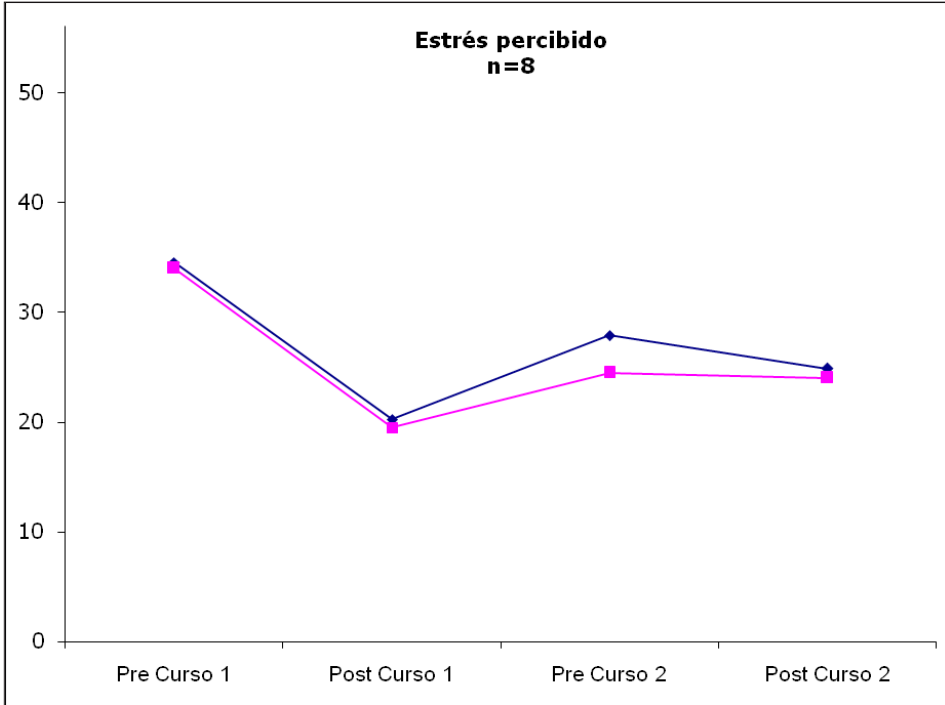


Figura 1: Medidas de tendencia central para estrés percibido en las cuatro evaluaciones

En la figura 1 se muestran las cuatro medidas de estrés percibido para los 8 sujetos; al iniciar el primer curso virtual se presenta el nivel más alto de estrés percibido, el cual disminuye significativamente al terminar el primer curso ($Z = -2.524$; $p = .012$), mostrando el nivel más bajo en las cuatro medidas. Se evaluó nuevamente el estrés antes de iniciar el segundo curso; el incremento entre la segunda y tercera medición fue estadísticamente significativo ($Z = -2.521$; $p = .012$); asimismo, el nivel de estrés antes de iniciar el segundo curso aún difiere significativamente del nivel de estrés inicial (pre curso 1) ($Z = -2.371$; $p = .018$).

La disminución de estrés percibido al finalizar el segundo curso virtual no es significativa al comparar con las medidas dos ($Z = -1.521$; $p = .128$)

y tres de estrés percibido ($Z = -1.193; p = .233$). Sin embargo, comparando la medida uno (pre curso 1) con la medida cuatro (post curso 2) la disminución fue significativa ($Z = -2.100; p = .036$).

Respecto al impacto de la fibromialgia en la vida diaria, en la figura 2 puede observarse el mismo comportamiento que con el estrés percibido, es decir, una disminución significativa al terminar el primer curso ($Z = -2.521; p = .012$), un incremento significativo antes de iniciar el segundo curso ($Z = -2.521; p = .012$), que nuevamente disminuye, de manera significativa en la cuarta medición ($Z = -2.240; p = .025$).

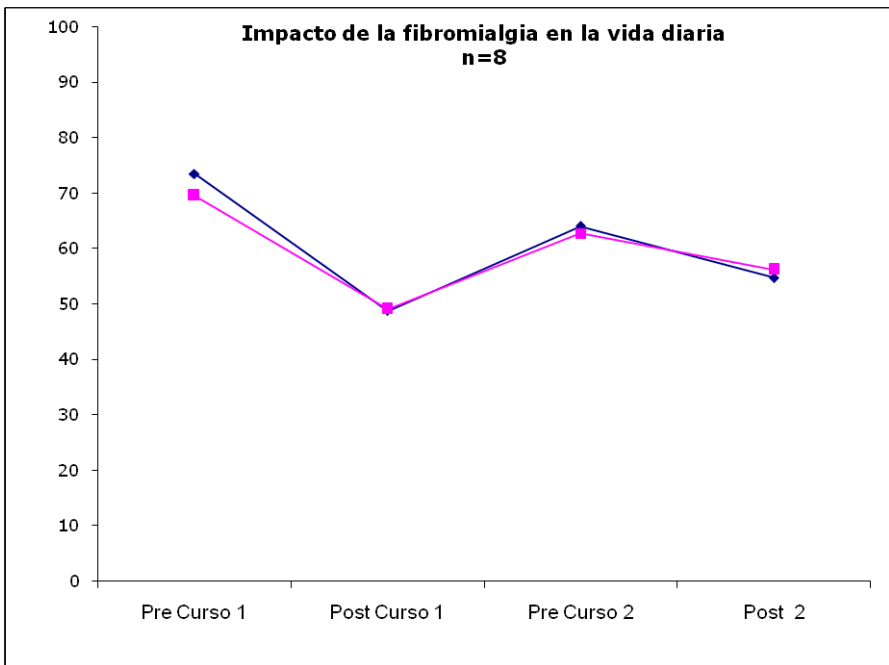


Figura 2: Medidas de tendencia central para impacto de la fibromialgia en las cuatro evaluaciones.

El impacto de la fibromialgia en las medidas 1 y 3 (antes de iniciar cada curso) es equivalente ($Z = -1.680; p = .093$). Lo mismo que en las medidas 2 y 4 (al terminar cada curso) ($Z = -0.840; p = .401$). Finalmente,

comparando las medidas 1 y 4, hay una disminución significativa del impacto de la fibromialgia entre el inicio del primer curso y el término del segundo curso ($Z = -2.380$; $p = .017$).

En estos resultados debe tomarse en cuenta que solo se realizaron los contrastes con ocho sujetos, lo cual puede afectar los resultados encontrados.

DISCUSIÓN

Para evaluar el trabajo realizado mediante los cursos virtuales se plantearon tres objetivos; diversas variables pueden influir en los resultados que se presentan, tales como el que los sujetos vivan en diferentes países, la característica del curso de ser autoaplicado, sin un control rígido de la forma en que lo realiza cada sujeto. Es decir, los cursos fueron realizados en ambientes naturales por sujetos que se enfrentaron con situaciones que les distraían de su compromiso de realizar el curso en un tiempo determinado; esto conlleva una deficiencia metodológica, pero refleja las condiciones reales en que las personas con fibromialgia realizan este tipo de actividades.

Entre las técnicas empleadas se encuentra la reestructuración cognitiva, que ha sido utilizada con éxito en el tratamiento de este padecimiento (García-Campayo & Pascual, 2006); en el segundo curso virtual, en el cual hubo una disminución en pensamientos negativos y de catastrofización ante el dolor, se planteó también evaluar los fallos en la memoria y las alteraciones del sueño; en estas dos variables no hubo un cambio significativo después de realizar el segundo curso virtual. En el caso de los fallos en la memoria, el curso incluye ejercicios para estimularla, mas no estrategias específicas para combatir los olvidos cotidianos que se evalúan en el cuestionario, tales como olvidar citas, perder objetos como unos anteojos, una revista, recordar cosas que han sucedido en los últimos días, entre otros. Consideramos que las intervenciones psicológicas requieren incluir ejercicios y estrategias concretas para remediar estos olvidos.

Asimismo, planteamos la evaluación del impacto de la fibromialgia en la vida diaria; los resultados del segundo curso muestran una mejoría en

esta variable, sin embargo, esto debe complementarse con lo encontrado respecto al tercer objetivo. Las gráficas 1 y 2 muestran una tendencia para el estrés percibido y impacto de la fibromialgia, lo que refleja una mejora después del primer curso con una recaída entre el primer y segundo curso; en ambas variables hay un incremento en la tercera medición (antes de iniciar el segundo curso) que no llega a los niveles iniciales (antes del primer curso). Finalmente, se observa una mejoría (cuarta medición). Esta tendencia ha sido reportada en otro estudio realizado por Osma et al. (2008), en el cual se aplicó una intervención cognitivo-conductual en la que participaron inicialmente 9 personas con fibromialgia y solo 6 lo finalizaron. La evaluación de seguimiento a los tres meses muestra el mismo comportamiento que el estrés percibido y el impacto de la fibromialgia en las figuras 1 y 2 de nuestro estudio. Osma et al. (2008) reportan que las puntuaciones medias obtenidas para impacto de la fibromialgia disminuyeron entre el momento previo al tratamiento (pre-test) y la finalización del mismo (post-test), con un aumento en el seguimiento con respecto al pos-test, aunque la media permanece por debajo de la obtenida en el pre-test.

CONCLUSIONES

Estos resultados nos llevan a recomendar que la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales no debe ser temporal; sugerimos que sean parte cotidiana de la vida de las personas con fibromialgia, fomentándolas en los cursos, sean virtuales o presenciales, contextualizados como cursos o tratamientos psicológicos. El tratamiento para enfermedades crónicas es un tratamiento de por vida; el apego o adherencia que tengan los pacientes a sus tratamientos repercutirá directamente en su calidad de vida y en el manejo de sus síntomas. Este es el mensaje que consideramos debe transmitirse en los tratamientos psicológicos, es decir, indicar a los participantes que las sesiones están enfocadas a desarrollar o incrementar ciertas habilidades, pero que únicamente habrá mejoras en su vida si se practican constantemente y llegan a ser parte de la rutina. Los resultados de ambos cursos muestran que mientras las participantes están aplicando los cursos disminuye el impacto de la fibromialgia en su vida diaria y su percepción de estrés, pero al dejar de realizar los ejercicios (tiempo entre el primer y segundo curso) hay un incremento en ambas variables.

Es así que para futuros trabajos se recomienda incluir la figura de tutor o coordinador como parte central de un curso virtual, buscando mejorar el apego y permanencia de los participantes. En educación a distancia, estudios como el de Arranz, Aguado y Lucía (2008) indican que la función del tutor tiene un potente efecto facilitador del aprendizaje en el medio virtual; en dicho estudio, ninguno de los alumnos guiados por un tutor abandonó el programa.

Finalmente, consideramos que el trabajo presentado es un aporte a la disciplina y es evidencia del beneficio que la psicología, específicamente las técnicas cognitivo-conductuales, puede traer a la vida de las personas con fibromialgia. Asimismo, es evidencia de las ventajas que la tecnología puede ofrecer cuando los tratamientos son costosos o el traslado de los pacientes a un centro presencial es difícil. Al igual que cualquier tratamiento psicológico, se requiere de un compromiso por parte de los pacientes para seguir las sesiones y un seguimiento estricto por parte de los terapeutas o coordinadores de cursos, para fomentar la inclusión de las estrategias psicológicas en la rutina diaria de los pacientes.

Referencias

- Arranz, V., Aguado, D. & Lucía, B. (2008). La influencia del tutor en el seguimiento de programas e-learning. Estudio de acciones en un caso práctico. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 24, 1, 5-23.
- Bermejo, A. (2001). Valoración y aplicación de la terapia psicológica vía Internet. *Psiquiatria.com*, 5 (3). Revisado en septiembre de 2007. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/internet/psiquiatria_e_internet/3533/
- Burckhardt C.S., Clark S.R. & Bennett R.M. (1991). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and validation. *The Journal of Rheumatology*, 18, 728-734.
- Cano, F. & Rodríguez, L. (2002). Evaluación del lenguaje interno ansiógeno y depresógeno en la experiencia de dolor crónico. *Apuntes de Psicología*, 20 (3), 329-346.
- Cleare, A. (2004). Stress and fibromyalgia- what is the link? *Journal of Psychosomatic Research*, 57 (5), 423-425.
- Cohen, S., Kamarak, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385-396.

- Edwards, E., Bingham, A.D., Bathon, L. & Haythornthwaite, J.A. (2006). Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia and other rheumatic diseases. *Arthritis y Rheumatism*, 55, 325-32.
- El médico interactivo (2007, julio 14). El 85% de los pacientes utiliza Internet como fuente de información sobre su patología o medicación. El médico interactivo. Revisado en agosto de 2007. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/noticias_ext.php?idreg=15269
- Friedberg, F., Sohl, S. & Schmeizer, B. (2007). Publication trends in chronic fatigue syndrome: Comparisons with fibromyalgia and fatigue: 1995–2004. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 143-146.
- García-Campayo, J. & Pascual, A. (2006). *Aprender a vivir con fibromialgia*. Barcelona: Edika-Med.
- García-Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradie, N., Montero, J. & Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor. *Medicina Clínica*, 131 (13), 487-492.
- Geisser, M., Strader, D., Petzke, F., Gracely, R., Clauw, D. & Williams, D. (2008). Comorbid somatic symptoms and functional status in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: sensory amplification as a common mechanism. *Psychosomatics*, 49, 235-242.
- Glassa, J., Parkc, D., Mineard, M. & Crofforde, L. (2005). Memory beliefs and function in fibromyalgia patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 263-269.
- González, M.T. & Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y estrés*, 12 (1), 45-61.
- González, M.T. & 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.
- González, M. & Mendoza, E. (2010). Spanish version of The Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ-S). *The Spanish Journal of Psychology*: [en prensa]
- González, M.T., García-Campayo, J. y Landero, R. (2010). The role of stress transactional theory on the development of fibromyalgia: A structural equation model. [Artículo enviado para publicación]
- Hollon, S.D. & Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development o fan automatic thoughts questionnaire. *Cognitive therapy and research*, 4 (4), 383-395.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer.
- Marks, D. Sykes, C & McKinley, J. (2003). Health psychology: overview and professional issues. En I. Weiner. *Handbook of Psychology*. New Jersey: John Wiley y Sons.

- Martínez, E. González, O. & Crespo, J.M. (2003). Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud mental-salud global*, III (4), 1-8.
- Martínez, F., Pérez, I., Cuatrecasas, J. M., Chamorro, J., Martí, N., & Reig, A. (2006). Tratamiento de fibromialgia mediante hipnosis. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 79/80, 53-60.
- Moioli, B. & Merayo, L. A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 476-484.
- Monterde, S., Salvat, I., Montull, S. & Fernández-Ballart, J. (2004). Validación de la versión española del Fibromialgia Impact Questionnaire. *Revista Española de Reumatología*, 31 (9), 507-13.
- Osma, J., Crespo, E., Ferrando, E., Sala, M. & García Palacios, A. (2008). Programa cognitivo-comportamental para el tratamiento de la fibromialgia: Datos preliminares. *Interpsiquis*, 1 (2008). Revisado en marzo de 2009. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?34346>
- Rivera, J., Alegre, C., Ballinac, F.J., Carbonell, J., Carmonae, L., Castelf, B., Colladog, A., Esteveh, J.J., Martínez, F.G., Torneroj, J., Vallejok, M.A. & Vidall, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2, S55-66.
- Rossy, L. A., Buckelew, S. P., Doit, N., Hagglund, K. J., Thayer, J. F., McIntosh, M. J., et al (1999). A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 21, 180-191.
- Sansonca, R.A., Levengood, J.V. & Sellbom, M. (2004). Psychological aspects of fibromyalgia; Research vs. clinician impressions. *Journal of Psychosomatic Research*, 56 (2), 185-188.
- Smith, G., Della Sala, S., Logie, R.H. & Maylor, E.A. (2000). Prospective and retrospective memory in normal aging and dementia: a questionnaire study. *Memory*, 8, 311-321.
- Soldatos, C. R., Dikeos, D. G. & Paparrigopoulos, T. J. (2000). Athens Insomnia Scales: validation on an instrument based on ICD – 10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research*, 48 suppl 6, 555-560.
- Sullivan, M.J., Thorn, B., Haythornthwaite, J.A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L.A., et al. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 17, 52-64.
- Sullivan, M., Bishop, S. & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524-532.
- Theadom, A., Cropley, M. y Humphrey, K.L. (2007). Exploring the role of sleep and coping in quality of life in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 62 (2), 145-151.

- Thieme, K., Flor, H. & Turk, D.C. (2006). Psychological pain treatment in fibromyalgia syndrome: Efficacy of operant behavioural and cognitive behavioural treatments. *Arthritis Research y Therapy*, 8 (4), R121. Revisado en febrero de 2009. Disponible en: <http://arthritis-research.com/content/8/4/R121>
- Valero, L. (2003). El consejo psicológico a través de *Internet*: Datos de una experiencia institucional. *Apuntes de Psicología*, 21 (1). Revisado en octubre de 2007. Disponible en: <http://www.cop.es/delegaci/andocci/index2.asp?id=76>
- Villanueva V. L., Valía J. C., Cerdá G., Monsalve V., Bayona M. J. & Andrés, J. de. (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11 (7), 430-443.
- Werner, R. Pelicioni, M. & Chiattoni H, (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (1), 153-172.