



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**“Creencias irracionales, distorsiones cognitivas y
catastrofización ante el dolor en pacientes con
síndrome de fibromialgia”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ANAHI ZAMORA LEÓN

DIRECTOR: MTRA. QUETZAL NATALIA GALÁN LÓPEZ

REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

SINODALES: LIC. REFUGIO DE MARIA GONZÁLEZ DE LA VEGA

DR. CARLOS OMAR SÁNCHEZ XICOTENCATL

MTRA. KARLA SUÁREZ RODRÍGUEZ

Ciudad Universitaria, CDMX, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis padres, por creer en mi en todo momento, por todo su amor, apoyo y por impulsarme a llegar más allá de mis límites ¡Gracias!

A mi hermano, por ser mi ejemplo a seguir.

A mi sobrino Ian, porque a su corta edad, me ha dado otra perspectiva sobre la vida.

A mi familia, a quienes se fueron y a quienes continúan en este hermoso camino; no existen las palabras para agradecerles por tanto...

A mis amigos, quienes a lo largo de los años han sido mi mayor ancla, han creído en mi, han compartido logros; conocen lo mejor y lo peor de mí y aún así, nunca me han dejado. Especialmente a Rebe, Tania, Fer, Nancy, Julio, Alberto y Gustavo.

Por otro lado, quiero agradecer a mi Directora de Tesis, la Mtra. Natalia Galán, por su apoyo y dedicación en este proyecto.

A mi revisor de Tesis, el Dr. Samuel Jurado, a mis sinodales, la Lic. Refugio de María González, el Dr. Omar Sánchez y la Mtra. Karla Suárez, por sus aportaciones y disposición de inicio a fin.

Finalmente, quiero dar gracias al personal de la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, a la Mtra. Nancy Rangel y a las pacientes con SFM, por haber hecho posible esto.

Sé que lo que soy es gracias a todos ustedes, ya que cada uno ha contribuido en mi formación como psicóloga y como ser humano.

ÍNDICE

Introducción	4
Capítulo 1. Aspectos generales del Síndrome de Fibromialgia	6
Antecedentes de estudio de la enfermedad	6
Definición, síntomas y diagnóstico	7
Epidemiología	11
Fisiopatología	12
Tratamiento	14
Capítulo 2. Aspectos cognitivos	17
Dolor crónico y cogniciones	17
Modelo cognitivo-conductual en dolor crónico	20
Creencias irracionales	23
Distorsiones cognitivas	26
Catastrofización ante el dolor	33
Planteamiento del Problema	38
Método	40

Objetivos	40
Diseño	40
Participantes	41
Escenario	42
Variables independientes y dependientes	43
Instrumentos	46
Procedimiento	49
Resultados	51
Discusión y conclusiones	60
Limitaciones y sugerencias	69
Referencias	70
Anexo I	97

Introducción

El síndrome de fibromialgia (SFM) es una enfermedad crónica que se caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado, así como una variedad de síntomas asociados como rigidez, fatiga, disfunción cognitiva (falta de atención, concentración y problemas de memoria), dificultades para dormir, trastornos del estado de ánimo, (principalmente ansiedad y depresión); y cuya fisiopatología aún no se ha entendido completamente (Fietta, Fietta y Manganelli, 2007; Goldenberg, 2009; Homann et al., 2012; Perrot, Choy, Petersel, Ginovker y Kramer, 2012; Umeda, Corbin y Maluf, 2013).

Se estima que el SFM afecta entre el 3 al 6% de la población mundial (González-Palau et al., 2014; Guymer, Maruff y Littlejohn, 2012), con una proporción mujer-hombre de 2:1 (Clauw, 2014); afecta principalmente a mujeres entre 20 y 55 años de edad (Geenen, Jacobs y Bijlsma, 2002). En México constituye uno de los principales motivos de consulta reumatológica, registrándose aproximadamente 42,837 consultas por este padecimiento en el primer nivel de atención (DTIES, 2007).

El SFM tiene implicaciones psicológicas, sociales, laborales y económicas en las personas que la padecen, comprometiendo su calidad de vida y repercutiendo en su capacidad física, actividad intelectual, estado emocional y relaciones interpersonales (Arnold et al., 2008; Klemet, Häuser y Brückle, 2008; Restrepo-Medraño y Rojas, 2011; Rodríguez, Orta y Amashta, 2010).

Se sabe que el sistema de creencias que presentan las personas que experimentan dolor, desempeña un papel fundamental en la percepción de éste, por lo que resulta de gran interés

para el tratamiento saber cómo las creencias que los pacientes tienen sobre su dolor pueden influir en la capacidad para afrontar, en su estado emocional y en la percepción final del mismo.

Los pacientes con SFM reportan más vigilancia al dolor que cualquier otro tipo de pacientes con dolor crónico, también reportan afectividad negativa, mayor intensidad y pensamientos catastróficos acerca del dolor (Crombez et al., 2004); además, tienden a magnificar los síntomas relacionados con éste, rumiar acerca de la sensación y sentir desesperanza, impotencia y pesimismo sobre su evolución o pronóstico (Edwards et al., 2006). Concretamente, se ha propuesto que los pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas y el catastrofismo, son variables que se asocian con la modulación del dolor crónico (Anarte, Esteve, López, Ramírez y Camacho, 2001).

El propósito del presente trabajo de investigación, es conocer las principales creencias irracionales, distorsiones cognitivas y pensamientos catastróficos ante el dolor, presentes en un grupo de mujeres con síndrome de fibromialgia.

Capítulo 1. Aspectos generales del Síndrome de Fibromialgia

Antecedentes de estudio de la enfermedad

Gowers (1904) utilizó por primera vez el término “fibrositis” para describir un cuadro de dolor de origen muscular, el cual se creía se debía a cambios inflamatorios en la estructura fibrosa. Posteriormente, aunque se utilizó el término “reumatismo psicógeno”, “fibrositis” se mantuvo como el más utilizado para describir la condición de las personas con dolor crónico generalizado de origen desconocido (Smith, Harris y Clauw, 2011), el término se utilizó hasta la década de 1980, cuando se describió que la etiología implicaba al sistema nervioso central (SNC; Bellato, et al., 2012).

A mediados del siglo XX se consideró que el dolor generalizado y el resto de los síntomas eran parte de un trastorno psicológico, lo cual llevó a que se utilizaran términos como "reumatismo psicógeno" o "reumatismo psicósomático" (Smith et al., 2011).

Posteriormente, Hench (1976) utilizó por primera vez el término “fibromialgia” y años más tarde Smythe sentó las bases al describir el dolor generalizado y los puntos sensibles, además de cambiar el término “fibromialgia” por “síndrome de fibromialgia”, que es el que se usa actualmente (Inanici y Yunus, 2004).

En el año de 1990 el American College of Rheumatology (ACR) define a la “fibromialgia” como un estado generalizado de dolor no articular que afecta las zonas musculares, con extremada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos (Wolf et al., 1990). Además, se establecieron los primeros criterios diagnósticos, lo que permitió establecer criterios más certeros y avanzar en el tratamiento de estos pacientes.

Al reconocerse como entidad nosológica, se dio un gran paso para pacientes y médicos, ya que finalmente el SFM recibió un nombre, criterios diagnósticos y herramientas de evaluación (Perrot, 2012).

Definición, síntomas y diagnóstico

El síndrome de fibromialgia (SFM) es una enfermedad crónica que se caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado, así como una variedad de síntomas asociados como rigidez, fatiga, disfunción cognitiva (falta de atención, concentración y problemas de memoria), dificultades para dormir, trastornos del estado de ánimo, (principalmente ansiedad y depresión); y cuya fisiopatología aún no se ha entendido completamente (Fietta, Fietta y Manganelli, 2007; Goldenberg, 2009; Homann et al., 2012; Perrot, Choy, Petersel, Ginovker y Kramer, 2012; Umeda, Corbin y Maluf, 2013).

El SFM forma parte de uno de varios síndromes que involucra cambios neurofisiológicos en la sensibilización central (Clauw, 2009; Yunus, 2007); ésta se puede definir como un estado en el cual el SNC amplifica la entrada sensorial a través de muchos sistemas de órganos y resulta en una multitud de síntomas (Fleming y Volcheck, 2015); es decir, los pacientes presentan mayor sensibilidad a estímulos auditivos y de presión (Geisser et al., 2008), hiperalgesia, alodinia y dolor referido a través de múltiples segmentos espinales, dando lugar a un dolor crónico generalizado (Meeus y Nijs, 2007).

Además de dolor crónico, se han asociado diversos síntomas físicos al SFM, entre los que se incluyen parestesias, cefalea, trastornos de la articulación temporomandibular, colon irritable (Ablin, Neumann y Buskila, 2008), síntomas genitourinarios, vegetativos

(hiperhidrosis) y funcionales; extremidades frías, boca seca, disfunción ortostática y temblor (Geisser et al., 2008; Rivera et al., 2006; Villanueva et al., 2004), contracturas musculares, vértigo, menstruaciones dolorosas, intestino irritable, intolerancia a múltiples fármacos (Epstein, 2000; Martínez, González y Crespo, 2003), así como disfunción sexual (Smith et al., 2011). Enfermedades reumáticas como tendinitis, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide y osteoartritis se asocian con el SFM (Burckhardt et al., 2005).

Con relación a los síntomas psiquiátricos, los datos en la literatura varían considerablemente. Sin embargo, un estudio epidemiológico demostró que los trastornos más asociados con el SFM es el trastorno depresivo mayor (12,8%), trastorno de ansiedad con fobia específica (7,7%), abuso de alcohol (4,1%) y distimia (4,1 %; González, Elorza y Failde, 2010).

La depresión es una de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes que acompañan al SFM (Fietta et al., 2007; Homann et al., 2012), y se ha hipotetizado que ésta puede desencadenar o empeorar los síntomas físicos (Homann et al., 2012). Se presentan también trastornos de ansiedad, principalmente obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés postraumático, con una prevalencia de cinco veces mayor en personas con SFM (Vural, Berkol, Erdogdu, Kucukserat y Aksoy, 2014). Además, el SFM se ha relacionado con rasgos de personalidad perfeccionistas y evitación al miedo (Martínez, Sánchez, Miró, Medina y Lami, 2011).

Es importante mencionar que, cada paciente presentará un cuadro clínico único y no todos presentarán al mismo tiempo o con la misma intensidad los síntomas descritos

anteriormente. Como mencionan Smith, Harris y Clauw (2011), algunos individuos de la población sólo tienen uno de estos síntomas, pero más a menudo las personas presentan una gran cantidad de éstos.

Cabe resaltar que el SFM es una enfermedad que tiene efectos adversos sobre la calidad de vida (Liedberg, Eddy y Burckhardt, 2012); tanto los síntomas físicos como psicológicos, aunado con diversos factores sociales y familiares que se generan a partir de la enfermedad, producen limitaciones en el funcionamiento diario (Monterde, Salvat, Montull y Fernández-Ballart, 2004; Villanueva et al 2004).

El estudio de Wuytack y Miller (2011) reveló que la fibromialgia repercute en todos los aspectos de la vida. Los participantes resaltaban el hecho de que habían dejado de “funcionar” dando lugar a sentimientos de inutilidad y pérdida de la identidad.

A pesar de que el dolor es el síntoma característico de un diagnóstico de fibromialgia, su alta tasa de comorbilidad con otros síndromes o enfermedades (Wolfe, Clauw y Fitzcharles, 2010), así como criterios más confiables de la presencia o ausencia de la enfermedad se han traducido en nuevos criterios de diagnóstico por el American College of Rheumatology (ACR).

En los criterios diagnósticos publicados en 1990, se destacaban los siguientes aspectos: a) el dolor crónico generalizado presente durante al menos 3 meses en los 4 cuadrantes del cuerpo y b) dolor a la presión de al menos 11 de 18 puntos sensibles (Wolfe et al., 1990). Mientras que los nuevos criterios se basan en la presencia de síntomas reportados por el paciente y no se requiere del recuento de un número de puntos sensibles como principal indicador (Wolfe et al., 2011).

A falta de una prueba específica de laboratorio, el diagnóstico es meramente clínico y se establece mediante una historia de los síntomas clave y la exclusión de enfermedades somáticas que expliquen suficientemente dichos síntomas (Wolfe 2010).

Una de las principales críticas a los criterios diagnósticos de la ACR de 1990 fue que no todos los pacientes con síndrome de fibromialgia presentan dolor a la palpación en un cierto número de puntos sensibles (Perrot, Dickenson y Bennett, 2008). Además de que no se consideraban los síntomas asociados (Choy et al, 2009; Mease et al. 2007; Mease et al, 2005; Mease et al, 2009), sino únicamente el conteo de puntos sensibles como el principal criterio, y la presencia o ausencia de éstos no es una variable dicotómica que se use actualmente como un criterio de exclusión.

Los recientes criterios de clasificación de la ACR en 2010 (Wolfe et al., 2010), mismos que fueron modificados en 2011 (Wolfe et al., 2011), operacionalizaron la medición del dolor crónico generalizado y eliminaron el examen de puntos sensibles como requisito principal; y por el contrario, se propuso la evaluación de síntomas asociados. Bajo estos nuevos criterios, se evalúa la presencia y la gravedad de los síntomas asociados mediante 1. El índice de dolor generalizado (WPI, por sus siglas en inglés), que se refiere a un recuento del número de regiones corporales dolorosas y 2. La escala de gravedad de los síntomas (SS, por sus siglas en inglés), una medida de síntomas cognitivos, sueño, fatiga, y síntomas somáticos adicionales (Bellato et al., 2012).

Un paciente se diagnostica con SFM si presenta 1) altos niveles de dolor y niveles moderados de síntomas o niveles moderados de dolor y altos niveles de síntomas, 2) síntomas presentes en un periodo mayor o igual a 3 meses, y 3) ningún otro trastorno que

explique la presencia de dolor generalizado (Wolfe et al., 2010), por lo que actualmente con estos nuevos criterios, existe un mayor nivel en el diagnóstico.

Epidemiología

Se estima que el SFM afecta entre el 3 al 6% de la población mundial (González-Palau et al., 2014; Guymer, Maruff y Littlejohn, 2012), con una proporción mujer-hombre de 2:1 (Clauw, 2014); se ha referido que la enfermedad existe en todos los grupos étnicos y en todas las clases económicas (Bannwarth et al., 2009).

En Europa, la prevalencia se estima entre el 2.1% al 2.9% (Branco et al., 2010; Wolfe, 2013), mientras que en Estados Unidos, afecta entre el 1% al 2% de la población. A pesar de que el SFM se ha diagnosticado en niños y adolescentes, la edad media de diagnóstico es de 47 años, su prevalencia aumenta con la edad (Lawrence et al., 2008).

El SFM afecta principalmente a mujeres entre 20 y 55 años de edad (Geenen, Jacobs y Bijlsma, 2002). La incidencia es del 3.9% en mujeres entre 20 y 40 años y del 5.8% en mujeres entre 40 y 60 años (Contreras y Tamayo, 2005). En México constituye uno de los principales motivos de consulta reumatológica, registrándose aproximadamente 42,837 consultas por este padecimiento en el primer nivel de atención (DTIES, 2007).

Se ha observado mayor prevalencia en pacientes con antecedentes de situaciones traumáticas en la infancia y trastornos del estado de ánimo, (principalmente trastorno de ansiedad; Sociedad Española de Reumatología, 2006). Dichas variables se han asociado con el desarrollo y/o mantenimiento del SFM; sin embargo, actualmente se desconoce la

causa exacta que origina dicho síndrome.

Fisiopatología

En relación a la fisiopatología de la enfermedad, se han investigado diversos factores implicados, como la disfunción del SNC y del Sistema Nervioso Autónomo (SNA); la alteración de neurotransmisores del dolor; hormonas, sistema inmune, factores estresantes externos y aspectos psiquiátricos (Bellato et al., 2012).

Otros autores han sugerido que el SFM podría formar parte de los trastornos neuropáticos (Dworkin y Fields, 2005); es decir, existen modificaciones en los neurotransmisores, como aumento de los niveles de sustancia P (implicada en la percepción del dolor) y del factor de crecimiento nervioso; así como una disminución en los niveles de serotonina (Perrot, 2012), lo que incrementa la hipersensibilidad al dolor (Rocha y Benito, 2006). En el caso de la elevación de la sustancia P en el líquido cefalorraquídeo de la médula espinal, ésta ocasiona un aumento en la sensibilidad de los nervios al dolor, lo que ocasiona que un estímulo se perciba de manera exagerada (Gilliland, 2004).

White, Carrette, Harth y Teasell (2000) plantean la relación entre trauma físico y SFM, analizando el desencadenamiento de la enfermedad entre pacientes que han sufrido traumas cervicales, hallando en los pacientes con este antecedente un riesgo 10 veces mayor de padecer SFM, sobre todo en el primer año después de sucedido el evento traumático.

De acuerdo con Bradley (2009), se ha propuesto la influencia de múltiples genes en el desarrollo del SFM. Los factores genéticos pueden explicar la fuerte predisposición familiar

al SFM y otras condiciones de dolor crónico (Holliday y McBeth, 2011; Woolf, 2011). El riesgo de padecer SFM entre familiares es de 8.5 veces mayor que en la población general (Sociedad Española de Reumatología, 2006), puesto que los familiares de primer grado de personas con SFM son más propensos a padecer la enfermedad o alguna otra asociada a dolor crónico (Arnold et al., 2004).

En conjunto con cierta susceptibilidad genética, se ha establecido que los factores ambientales o externos pudieran desencadenar el desarrollo del SFM, como algún tipo de trauma físico o emocional, antecedentes de maltrato infantil (Gracely, Ceko y Bushnell, 2012), estrés (Clauw, 2014); síndrome de dolor miofascial regional, o una enfermedad aguda (Bennett, Jones, Turk, Russell y Matallana, 2007; Cakit, Taskin, Nacir, Unlu, Genc y Erdem, 2010). Además, el SFM puede estar precipitada por acontecimientos traumantes o estresores psicosociales como la guerra, el abuso sexual y otras formas de estrés emocional (Bradley, 2009; Mease, 2005).

Entre los factores de estrés psicosocial, se ha encontrado aquellos relacionados con el lugar de trabajo (Ubago-Linares et al., 2005). Harkness et al. (2004) evidenciaron como factores precipitantes de la enfermedad al lugar de trabajo, eventos tales como levantar objetos pesados, movimientos repetitivos, un trabajo monótono y falta de apoyo social.

Ciertos factores de estilo de vida también parecen favorecer su aparición; por ejemplo, el sobrepeso y la obesidad están asociados con un mayor riesgo de padecer SFM (Mork, Vasseljen y Nilsen, 2010).

Se desconoce la causa y/o los mecanismos implicados en el desarrollo del SFM; sin embargo, cada vez existe mayor evidencia que apoya un modelo biopsicosocial (Hauser,

Schmutzer, Brahler y Glaesmer, 2009; van Houdenhove y Egle, 2004) en la predisposición, activación y cronicidad del SFM (Sommer et al., 2012).

Tratamiento

Actualmente existe una amplia variedad de intervenciones que se utilizan en el tratamiento del SFM, algunos con mayor nivel de evidencia que otros; sin embargo, a pesar de que existe un mayor entendimiento sobre la enfermedad, no existe un tipo de tratamiento que por sí solo cure en su totalidad los síntomas asociados.

La evidencia disponible muestra que la combinación de tratamiento farmacológico, psicológico y ejercicio físico resulta ser la más eficaz en la mejora de estos pacientes (Glombiewsky et al., 2010; Häuser, Bernardy, Arnold, Ofenbacher y Schiltenswolf, 2009), generando un incremento en la calidad de vida, la funcionalidad y el estado de ánimo.

La Sociedad Americana del Dolor (ASP, por sus siglas en inglés) y la Asociación Alemana de Sociedades Médicas y Científicas (AWMF, por sus siglas en alemán) dieron el más alto nivel de recomendación a la terapia multicomponente, la cual incluye las siguientes características (Bellato et al., 2012):

1. Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina)
2. Ejercicio aeróbico
3. Terapia cognitivo-conductual (TCC)

En relación a los fármacos aprobados en el tratamiento del SFM, con base en su

efectividad, los inhibidores de la recaptación dual tales como: compuestos tricíclicos (amitriptilina, ciclobenzaprina), IRSN (milnacipran, duloxetina, venlafaxina) y antiepilépticos (por ejemplo, la pregabalina, gabapentina), han sido los que presentan un nivel de evidencia fuerte (Goldenberg et al., 2004).

La evidencia sobre los beneficios del ejercicio aeróbico, es fuerte para la función física y el bienestar (Carbonell-Baeza et al., 2012). Específicamente, el ejercicio en la fibromialgia es generalmente positivo, con beneficios vistos en gran medida en los síntomas y el funcionamiento físico (Smith et al., 2011).

Por su parte, el tratamiento psicológico incluye intervenciones que se basan en la premisa de que el dolor crónico y otros síntomas del SFM son mantenidas e influenciadas por factores cognitivos, emocionales y comportamentales (Bernardy, Klose, Busch, Choy y Häuser, 2013).

Las intervenciones con una orientación cognitivo-conductual, provocan cambios significativos relacionados con la percepción de control del dolor, la reducción de su intensidad, la interferencia en la vida cotidiana y mejoras emocionales (Thieme, Turk y Flor, 2004); además, intentan cambiar los pensamientos negativos sobre el dolor e introducir una modificación en el comportamiento, para mejorar su función y aprender a lidiar con el mismo (Morley, 2011).

Thieme y Gracely (2009) sugieren que los pacientes con una alta interferencia relacionada al dolor y catastrofismo puede beneficiarse de intervenciones puramente conductuales, mientras que los pacientes con niveles más altos de trastornos afectivos pueden beneficiarse de intervenciones cognitivas adicionales.

Existe una fuerte evidencia de que la psicoeducación intensiva del paciente es una estrategia eficaz para la comprensión de la enfermedad, en la toma de decisiones informada sobre los diversos tratamientos que existen y para ayudar a los pacientes a aprender a vivir con la enfermedad y con las complicaciones que de ella se derivan, tanto físicas, como emocionales y sociales (Minelli y Vaona, 2012). Jones y Liptan (2009) sugieren que proporcionar educación acerca de la enfermedad por medio de libros y recursos web podría ser clínicamente útil y sobretodo, práctico y eficaz.

En general, el objetivo principal del tratamiento en el SFM es disminuir el dolor y los síntomas asociados, así como aumentar la funcionalidad y calidad de vida.

Pese a los adelantos tecnológicos y los avances en la medicina, los efectos generales de las intervenciones son modestas, de aquí la importancia de contar con un tratamiento multidisciplinario en las que se involucren todos los factores implicados y afectados por la enfermedad.

Van Koulil et al. (2007), mencionan que una intervención multidisciplinaria temprana adaptada a las necesidades de cada paciente, resulta ser un indicador prometedor del éxito del tratamiento. El desafío permanente será definir las características individuales de cada paciente para que éste responda de mejor manera a los componentes del tratamiento (Goldenberg, Burckhardt y Crofford, 2004).

Como parte del tratamiento psicológico de estas pacientes, se ha sugerido que es crucial cambiar las percepciones desadaptativas de la enfermedad, alterar las cogniciones maladaptativas del dolor y promover la reconceptualización del mismo (Nijs, van Wilgen, Van Oosterwijck, van Ittersum y Meeus, 2011).

Capítulo 2. Aspectos cognitivos

Dolor crónico y cogniciones

La Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP, por sus siglas en inglés, 2016) define al dolor como una “experiencia angustiante asociada con daño tisular real o potencial con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales”.

Bajo esta perspectiva, el dolor es considerado el resultado de la interacción de distintos factores que modulan la percepción del individuo ante la estimulación nociceptiva. Además, reafirma la importancia de la experiencia subjetiva, atribuye importancia a pensamientos, consideraciones sociales, así como a sensaciones y emociones (Willias y Craig, 2016). Por tanto, uno de los mayores avances conceptuales en los últimos años, es el reconocimiento del dolor como una experiencia multidimensional compleja, resultado de la interacción de factores fisiológicos, cognitivos, afectivos y conductuales (Moretti, 2011).

Particularmente, se ha resaltado el importante papel de distintos factores psicológicos como determinantes para el desarrollo y mantenimiento del síndrome de fibromialgia y otros tipos de dolor crónico (Camacho-Martel y Anarte, 2003), como la presencia de trastornos afectivos, factores cognitivos, estrategias de afrontamiento disfuncionales (Bergman, 2005); rasgos, comportamientos y diferentes patrones de pensamiento (Vural et al., 2014).

Los modelos explicativos del dolor, han propuesto que los factores cognitivos tienen un papel central en el estudio, diagnóstico y tratamiento de la problemática (Moretti, 2011). Particularmente, se encuentran involucrados en la interpretación que las personas hacen de

su dolor (Linton y Shaw, 2011), es por ello que los procesos cognitivos son fundamentales para explicar por qué una persona percibe un estímulo insignificante como doloroso y otra podrá percibirlo sin ningún dolor.

Se ha encontrado una correlación significativa entre cogniciones negativas e intensidad percibida de dolor, malestar emocional e interferencia del dolor en la vida diaria (Mingote, Ortiz y Rebolledo, 2002; Moretti, 2010; 2011).

Las personas con dolor crónico a menudo tienen creencias negativas sobre su capacidad de ejercer control sobre su dolor, por ello evitan actividades que creen, exacerbarán su dolor o contribuirán a lesiones adicionales (Leeuw et al., 2007; Vlaeyen y Linton, 2012). Además, los esquemas cognitivos sobre la naturaleza y progresión de la enfermedad afectan la conducta del paciente (Mingote et al., 2002) y activan estados de dolor crónico, aun cuando los estímulos físicos no se encuentren presentes (García-Bardón, Castel-Bernal y Vidal-Fuentes, 2006).

Diversos autores han propuesto que los pensamientos y sentimientos específicos que los pacientes experimentan ante exacerbaciones de dolor, durante un episodio intenso, y posterior a éste, influyen de manera significativa en la experiencia dolorosa, en episodios posteriores, y en la respuesta al tratamiento (Burns et al., 2003; Merrick y Sjolund, 2009).

Las creencias sobre el dolor de los pacientes se relacionan con las estrategias de afrontamiento que utilizan para lidiar con la problemática (Moretti, 2010). En este sentido, cuando los pacientes creen tener recursos para afrontar el dolor “*puedo aprender a vivir con el dolor*” utilizan autoafirmaciones de afrontamiento “*puedo afrontarlo*”, mientras que aquellos pacientes cuyas creencias son de indefensión “*no hay nada que pueda hacer para*

aliviar mi dolor” son más catastrofistas “*el dolor me va a volver loca*” (Camacho-Martel y Anarte, 2003).

En el caso concreto de los pacientes con SFM, éstos tienden a presentar la creencia de que no pueden disminuir o controlar el dolor y que los medicamentos son poco eficaces (Soucase, Monsalve, Soriano y de Andrés, 2004). Además, suelen presentar hipervigilancia al dolor, estrategias desadaptativas y pensamientos catastróficos (Meeus y Nijs, 2007).

Cabe resaltar que las variables cognitivas se hallan implicadas en la experiencia de dolor, por lo que se hace necesario el conocer su influencia e importancia para considerarse no sólo en la evaluación del paciente, sino también en el tratamiento, ya que si éstos creen que no pueden hacer frente a los síntomas de dolor, no invertirán esfuerzos para controlarlo activamente; es decir, cuando la persona evalúa su situación respecto del dolor, influyen las creencias sobre la percepción de indefensión y de recursos que posee frente al dolor, lo cual a su vez determina el tipo de estrategia cognitiva que utilizará para afrontarlo (Moretti, 2011).

Dada la importancia de los procesos cognitivos en la valoración que las personas hacen sobre el dolor, los modelos psicológicos que mejor explican el tipo y las consecuencias de las creencias disfuncionales cobran importancia (Moretti, 2011). Entre los modelos más representativos se encuentra el modelo cognitivo-conductual, por lo que los siguientes subtemas se enfocarán en explicar a fondo la implicación de dicho modelo en el dolor crónico.

Modelo cognitivo-conductual en dolor crónico

El componente cognitivo de la terapia cognitivo-conductual (TCC) se basa en la noción de que las cogniciones irracionales tienen un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales (Beck, 1976; Ellis, 1977), así como en la magnificación de la intensidad de una situación en particular (Nieuwenhuijsen, Verbeek, de Boer, Blonk y van Dijk, 2010). Desde este modelo, las cogniciones se definen como respuestas en forma de autoverbalizaciones específicas a una situación (Moretti, 2010).

De acuerdo con el modelo ABCDE de estrés emocional de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis (1962), las personas experimentan eventos activadores agradables o desagradables (A), de los que tienen creencias adaptativas (racionales o funcionales) o desadaptativas (irracionales o disfuncionales) (B). Estas creencias conducen a consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas (C). Las creencias racionales generan consecuencias adaptativas y sanas (es decir, funcionales), mientras que las creencias irracionales ocasionan consecuencias de mala adaptación y poco saludables, es decir, disfuncionales (Lynn y Ellis, 2010). A las personas que participan en la TREC se les anima a disputar (D) sus creencias irracionales y asimilar más eficientemente (E), creencias racionales de adaptación que darán lugar a un impacto positivo en su desarrollo emocional, cognitivo y comportamental (Ellis, 1962).

Un postulado clave de la TREC es que las personas no se ven perturbadas por los acontecimientos en sí, sino por las creencias que tienen de éstos (Bridges y Harnish, 2010; Davies, 2006). Las creencias sobre los acontecimientos estresantes representan las "causas" de los sentimientos negativos. Con base en ello, las personas experimentan eventos de

activación indeseables sobre las que tienen creencias o cogniciones racionales o irracionales (David y Szentagotai, 2006). Dos personas pueden experimentar el mismo evento de activación, no obstante, responder completamente diferente debido a las creencias discrepantes que poseen (Lynn y Ellis, 2010).

Las creencias irracionales se definen como ideas poco realistas, absolutistas, sin sustento empírico y desadaptativas; son pensamientos que se asocian con autoevaluaciones exigentes "*siempre tengo que ser competente y digno de ser amado, o de lo contrario soy una mala persona*" y baja tolerancia a la frustración "*no puede soportar la frustración*". Las creencias racionales, por el contrario, se caracterizan por ser lógicas, funcionales, pragmáticas y saludables; reflejan pensamientos realistas y flexibles, incluidas las preferencias, como "*me gustaría ser exitosa, pero si no lo soy, todavía soy una persona que vale la pena*" (Lynn y Ellis, 2010).

Debido a que los factores biológicos por si solos no explican el dolor, la discapacidad asociada a éste ni el nivel de depresión del paciente (Moretti, 2011) es que, bajo este enfoque cognitivo, la psicopatología se debe a que las personas se centran repetidamente en la producción de pensamientos irracionales que generan distrés emocional (Bridges y Harnish, 2010).

Un modelo teórico y empírico que ha adquirido importancia en los últimos años es el modelo cognitivo-conductual del dolor crónico. Dicho modelo asume que parte de los problemas relacionados con el dolor se asocian con la forma en que el paciente piensa ante éste. Por ello, la diferencia que existe entre las personas que sufren alguna enfermedad relacionada con dolor crónico que consideran que se hallan incapacitados por éste, y los

que piensan que el dolor no es problemático, no se basa necesariamente en la percepción sensorial del dolor sino más bien en las valoraciones e interpretaciones que realizan los pacientes acerca de su dolor (Moretti, 2010). Asimismo, de acuerdo con este modelo, las características emocionales de la experiencia dolorosa también se hallan determinadas por la evaluación que el individuo hace del evento (Moretti, 2011).

En los últimos años, los psicólogos de la salud han demostrado que, con el fin de dar sentido y responder a los problemas de salud, los pacientes tienden a crear sus propios modelos y representaciones de la enfermedad (Moldovan, 2009). Además, cada paciente tendrá sus propias ideas acerca de los síntomas, del tratamiento, la duración y las consecuencias de la enfermedad (van Wilgen, van Ittersum, Kaptein y van Wijhe, 2008).

La representación que se tenga sobre la enfermedad influirá en las estrategias y reacciones de afrontamiento de cada paciente y dará lugar a una experiencia particular de cómo es que la vive; es decir, las personas reaccionan a la representación cognitiva que tienen sobre una situación determinada y no a la situación en sí misma (Moldovan, 2009).

Las personas que sufren de dolor crónico necesitan no sólo el tratamiento médico correspondiente, sino también de un abordaje psicológico adecuado centrado en el entrenamiento del paciente en estrategias para el control activo del dolor. Lo que se busca mediante la TCC es que las personas logren identificar y corregir creencias irracionales y comportamientos desadaptativos y reemplazarlos por estrategias de afrontamiento más adaptativas, que se dirijan directamente al control y alivio del dolor, impactando así de manera positiva en la calidad de vida (Moretti, 2011).

Creencias Irracionales

Para Dryden y Ellis (2001), las creencias irracionales son fundamentales en el desarrollo de diversos trastornos psicológicos, mientras que Toner (2005) sugiere que las creencias tienen un efecto sobre el estado emocional y en la salud. Debido a estas creencias, las personas distorsionan el significado de los acontecimientos e interpretan sus experiencias de una manera negativa que los llevan a sentimientos de falta de seguridad y control, afectando la calidad de vida a través de una mala salud mental y deterioro social (Bridges y Harnish, 2010; Fardiazar, Amanati y Azami, 2012; Jang, Hwang y Kim, 2014; Kovacs y Kovacs, 2007).

Las creencias irracionales conducen a emociones, conductas y consecuencias negativas y se ha propuesto que esta rigidez de pensamiento es el verdadero origen de la perturbación emocional (Cabezas-Pizarro y Lega, 2006).

Inicialmente Ellis (1962) propuso 11 tipos de creencias irracionales o de evaluación, sin embargo, propuestas posteriores (Ellis, 1985) asignan estos tipos de creencias irracionales dentro de cuatro categorías referidas como "creencias irracionales básicas": (1) creencias de exigencia, imperativos absolutistas e inflexibles dirigidas hacia el yo, los demás, o al ambiente y expresadas en términos de necesidad: "*debo de*", "*tengo que*", "*debería*", (2) creencias catastróficas: evaluación negativa extrema de un evento o acontecimiento desagradable, (3) creencias de baja tolerancia a la frustración: valoraciones de un evento negativo como insoportable e intolerable y (4) etiquetas globales: evaluaciones negativas generalizadas acerca de uno mismo, del mundo y de la vida en general (Bridges y Harnish, 2010; David, Lynn y Ellis, 2010).

A continuación, se presentan las 10 principales creencias irracionales descritas por Albert Ellis (1962):

1. Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.
2. Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende.
3. Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.
4. Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.
5. Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.
6. Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.
7. Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.
8. Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.
9. El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.
10. La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.

Moldovan (2009) propone que el impacto que las creencias irracionales tienen sobre la sintomatología ansiosa y depresiva, está mediado por las creencias que la persona tiene sobre su enfermedad.

En la investigación acerca del dolor, la exigencia expresada en forma de requisitos inflexibles de perfeccionismo “*tengo que*” y “*debería de*”, tiene una correlación directa con un afecto negativo y con la interferencia que el dolor causa en la vida de los pacientes (Bridges y Harnish 2010; Hadjistavropoulos, Dash, Hadjistavropoulos y Sullivan, 2007).

Lynn y Ellis (2010) mencionan que las creencias y los pensamientos desadaptativos o irracionales sobre el dolor están fuertemente asociadas con una mayor intensidad, angustia, discapacidad, y con una peor calidad de vida. Estudios previos han encontrado que las creencias irracionales tienen una relación negativa significativa con la salud física, mental, y con la satisfacción de la vida diaria (Stanculete, Matu, Pojoga y Dumitrascu, 2015).

Por tanto, resulta de vital importancia identificar las creencias específicas del dolor en el ajuste al dolor crónico, así como en la adherencia y la respuesta al tratamiento (Jensen, Turner y Romano, 2007; Keefe et al., 2003). Creencias como el hecho de que una persona no tiene control sobre su propio dolor, que el dolor significa daño, y que el dolor es sinónimo de inactividad, resultan disfuncionales para las personas con dolor crónico (Engel, Schwartz, Jensen y Johnson, 2000; Jensen et al., 2007; Turner, Jensen y Romano, 2000). Sin embargo, se ha observado que el aumento en las creencias de eficacia del paciente para controlar su dolor resulta benéfico (Keefe et al., 2003). Además, las creencias irracionales afectan y debilitan el rendimiento y la eficacia cognitiva de la persona (MacInnes, 2004).

Bahreman, Saeidi y Komasi (2015) mencionan que en el caso de los pacientes con dolor severo en el pecho, estos relacionan problemas actuales, específicamente dolor físico a factores externos incontrolables, incluida la negligencia del médico y sienten que los

médicos son incapaces de aliviar su dolor. Se sienten desesperados y por lo tanto el control del dolor se vuelve más complicado y reportan una sensación continua de dolor.

Se ha propuesto que la relación entre las creencias irracionales y el dolor pueden estar mediados por aspectos psicológicos. Es decir, el aumento de creencias irracionales resulta en aumento de distrés, que a su vez se refleja en un aumento del dolor. Esta vía de mediación sugiere que la reducción ya sea en las creencias irracionales o en el distrés psicológico, debiera mejorar los resultados en la salud (Lynn y Ellis, 2010).

El tratamiento psicológico frente a las creencias irracionales ha mostrado efectos positivos en pacientes con asma hipertensiva y en pacientes con cáncer de mama (David et al., 2010), lo que sugiere que las creencias irracionales tienen el potencial para influir en el estado de salud. Las personas con enfermedades asociadas a dolor crónico, como el SFM también podrían beneficiarse de este tipo de intervenciones. Sin embargo, las creencias irracionales no han sido las únicas variables cognitivas que se han visto implicadas en el proceso de enfermedades de dolor crónico, y en el entendimiento de las mismas.

Distorsiones Cognitivas

Los procesos cognitivos resultan útiles al individuo para comprender la realidad y adaptarse al mundo, sin embargo dichos procesos no siempre resultan adaptativos o funcionales para las personas, especialmente cuando una persona padece una enfermedad crónica, este proceso resulta aún más complejo.

Uno de los tipos de procesos que interfieren con la funcionalidad cognitiva son las

distorsiones cognitivas, las cuales actúan facilitando sesgos de información que tienen el efecto de cambiar lo que podría ser un acontecimiento ambiguo en algo que se experimenta como negativo; además, se asocian con afectos negativos, no se someten a un juicio y resultan creíbles para la persona (Londoño, Álvarez, López y Posada, 2005).

Las distorsiones cognitivas se refieren a errores en el procesamiento de la información que se presentan como consecuencia de la activación de esquemas cognitivos negativos para llegar a una conclusión (Londoño et al., 2005). Por su parte, Nordahl y Stiles (2007), las definen como la presencia de inferencias injustificadas a la luz de la información disponible.

Es importante destacar que estos pensamientos disfuncionales conducen a mayor vulnerabilidad frente a estímulos estresantes (Minelli y Vaona, 2012), como es el hecho de padecer alguna enfermedad asociada a dolor crónico.

De acuerdo con Canario y Báez (2005), las distorsiones cognitivas causan emociones o conductas disfuncionales y se caracterizan por:

- Asociarse a demandas absolutistas
- Causar sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a una situación en particular
- Dificultar o impedir la realización de conductas necesarias para lograr objetivos propios

A continuación, se describen las principales distorsiones cognitivas y se presentan algunos ejemplos de éstas reportados por pacientes con síndrome de fibromialgia recabados durante la realización de esta investigación.

Filtraje o Abstracción selectiva

Se refiere a centrarse en un detalle (generalmente negativo) de la situación, ignorando el resto, llegando a una conclusión generalizada a partir de ese detalle (González y Valbuena, 2013); la persona focaliza el peligro e impide redirigir la atención a cualquier otro aspecto menos relevante (Londoño et al., 2005).

“Hoy fue un día pésimo, todo me salió mal, no pude ni levantarme de la cama”

Pensamiento polarizado

Consiste en valorar los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta aspectos intermedios (González y Valbuena, 2013; Londoño et al., 2005), lo que conlleva a englobar situaciones en categorías dicotómicas.

“Desde que tengo estos dolores, no sirvo para nada, ya ni si quiera puedo hacer los quehaceres de la casa yo sola”

Sobregeneralización

Sacar una conclusión general de un solo hecho particular, sin una base suficiente (González y Valbuena, 2013).

“Todos los médicos son iguales, ninguno se preocupa realmente en saber cómo me siento”

Interpretación del pensamiento

Tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás (González y Valbuena, 2013; Londoño et al., 2005). La persona cree saber exactamente lo

que los demás están pensando, además de que conoce sus motivos e intenciones ante determinado evento.

“Mi esposo me va a dejar porque la mayor parte del tiempo estoy cansada y adolorida”

Visión catastrófica

Consiste en imaginarse y rumiar acerca del peor resultado posible sin importar lo improbable de su ocurrencia (González y Valbuena, 2013).

“Tengo 30 años y me siento como una viejita, ¿qué pasará cuando tenga 60? Además, se me olvidan las cosas ¿Me estaré volviendo loca?”

Personalización

Es el hábito de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo (González y Valbuena, 2013; Londoño et al., 2005).

“Mi familia ya no es la misma de antes, seguramente es debido al dolor y a la fatiga”

Falacia de control

Describe la creencia del individuo a considerar que puede controlar todo lo que pasa a su alrededor (Londoño et al., 2005).

“Yo soy la responsable de que mi familia se sienta triste”

Falacia de justicia

Consiste en valorar como injusto todo aquello que no coincide con los deseos propios (González y Valbuena, 2013).

“No es justo que yo esté padeciendo de esta enfermedad tan dolorosa”

Falacia de cambio

Se basa en creer que el bienestar propio depende de manera exclusiva a condiciones externas, y son los otros o las condiciones sociales o económicas las que deben cambiar. (Londoño et al., 2005).

“Si mis hijos pudieran entenderme, yo me sentiría mejor y el dolor no sería tan intenso”

Razonamiento emocional

Es la creencia de la persona que lo que emocionalmente siente es cierto (González y Valbuena, 2013).

“Me siento como una completa fracasada ante esta enfermedad, y es porque realmente lo soy”

Etiquetas globales

Se sustenta en definir de modo simplista y rígido a los demás o a uno mismo a partir de un detalle aislado o por un aspecto parcial de su comportamiento (González y Valbuena, 2013). Esta distorsión cognitiva presenta una asociación negativa con la salud mental (Luyten et al., 2011; Stroud, Thorn, Jensen y Boothby, 2000).

“Todas las personas que padecen fibromialgia sufren demasiado”

Culpabilidad

Consiste en atribuir la responsabilidad de los hechos, a sí mismo o a otros, sin una base

suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen al desarrollo de los acontecimientos (González y Valbuena, 2013; Londoño et al., 2005).

“Es mi culpa que mi hija también padezca fibromialgia”

Deberías

Creencia de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tendrían que suceder las cosas (González y Valbuena, 2013) y si no sucede de esta manera, se considera intolerante o insoportable la situación. Las personas expresan expectativas perfeccionistas, así como actitudes irrealistas de cómo deben funcionar en la vida (Londoño et al., 2005).

“Como soy la mayor de cuatro hermanos, yo debo de estar pendiente si algo les pasa y ayudarlos en lo que necesiten, no importa si tengo una crisis de fibromialgia”

Falacia de razón

Es la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto y cierto (González y Valbuena, 2013). Esta distorsión es el resultado de la valoración que la persona hace de la manera como enfrenta la vida (Londoño et al., 2005).

“Soy la única que tiene el derecho de opinar sobre mi enfermedad, pues solo yo sé lo que se siente padecerla”

Falacia de recompensa divina

Tendencia a no buscar la solución a problemas y dificultades actuales, suponiendo que la situación mejorará mágicamente en el futuro (Londoño et al., 2005).

“Esta enfermedad es una prueba más que dios me ha dado, él me ayudará a salir adelante”

Específicamente la tendencia a la catastrofización, la indefensión, la sobregeneralización de los acontecimientos relacionados con el dolor o la culpabilidad se asocian con mayores niveles de dolor, disfunción física y psicológica, así como resultados más pobres en el tratamiento; por lo que los estilos de afrontamiento con una mayor percepción de control se relacionarán con un mejor ajuste (Crombez, 2002; Sullivan, Sullivan y Adams, 2002).

Además, la tendencia a ser excesivamente crítico y a hacer evaluaciones globales negativas de sí mismo (por ejemplo, "soy un inútil si tengo dificultades"; Bridges, 2010) se ha demostrado que tiene una mayor asociación con angustia, interferencia del dolor y con la creencia de que el dolor es permanente o de que uno es el culpable de su dolor (Stroud et al., 2000).

Pese a que el efecto que las distorsiones cognitivas tienen sobre la conducta ha sido investigado desde hace más de tres décadas (Ellis, 1962; Gil, Williams, Keefe y Beckham, 1990), en el ámbito del dolor crónico existe poca evidencia de sus efectos en el proceso de enfermedad y específicamente en el SFM se desconoce la presencia y las implicaciones que estas pueden estar generando en la sintomatología, en el tratamiento y en el proceso de adaptación a la enfermedad.

Smith, Christensen, Peck y Ward (1994) relacionaron las distorsiones cognitivas con el dolor crónico en un estudio longitudinal con pacientes con artritis reumática, encontrando que quienes presentaban una tendencia a la sobregeneralización, abstracción selectiva, personalización y catastrofización, tenían una mayor predisposición a la depresión que

aquellos pacientes que no tenían estos estilos cognitivos.

Es a partir de este tipo de estudios que se dio especial énfasis en el estudio de la catastrofización como principal variable cognitiva implicada en el procesamiento de enfermedades de dolor crónico.

Catastrofización ante el dolor

Albert Ellis (1962) describió por primera vez el término “catastrofismo” o “catastrofización” y posteriormente, Aaron Beck (1987) redefinió el concepto y lo describió como un estilo cognitivo desadaptativo visto originalmente en pacientes con síntomas de ansiedad y depresión que presentaban un pronóstico negativo e irracional de eventos futuros (Leung, 2012). Es decir, una persona que presenta este estilo cognitivo, realiza una evaluación de un evento negativo como peor de lo que es en realidad (Bridges, 2010).

Posteriormente, este término toma relevancia en diversos escenarios, entre ellos se ha estudiado su implicación e influencia en diversas enfermedades asociadas al dolor crónico, siendo considerado como un factor que juega un papel importante en la comprensión de la experiencia de dolor (Edwards, Bingham, Bathon y Haythornthwaite, 2006), al contribuir en el desarrollo y/o mantenimiento del mismo (Campbell y Edwards, 2009; Quartana et al., 2010; Wideman y Sullivan, 2011).

La catastrofización ante el dolor (CAD) se refiere a un conjunto exagerado de cogniciones negativas y emociones desagradables durante una estimulación dolorosa real o percibida. Las personas presentan preocupación, miedo y dificultad para desviar la atención

del dolor (Leung, 2012). Además, muestran dificultad para focalizar su atención a diferentes estímulos, perciben el dolor como extraordinariamente intenso y amenazante y tienen un sentimiento de desamparo frente al control que ejercen en el dolor (Moretti, 2011; Schütze, Rees, Preece y Schütze, 2010).

Este tipo de cognición incluye (a) una visión negativa y desproporcionada sobre el dolor (magnificación), (b) la dificultad de dejar de pensar en él (rumiación) y (c) la incapacidad de controlarlo (indefensión); dadas estas características, los pacientes presentan peor pronóstico ante cualquier tratamiento (García-Campayo y Rodero, 2009; Sullivan et al., 2002).

Algunos ejemplos de pensamientos catastróficos como "*el dolor es horrible y siento que es más fuerte que yo*", "*no puedo soportar esto*" y "*este dolor nunca se me va a quitar*" se producen no sólo en respuesta al dolor, sino también ante el dolor anticipado (Dixon, Thorn y Ward, 2004).

El catastrofismo aumenta la experiencia de dolor a través de sus efectos sobre los procesos de atención. Es decir, altos niveles de catastrofización llevan a las personas a atender de forma selectiva los estímulos relacionados con el dolor (Goubert, Crombez, Eccleston y Devulder, 2004; Van Damme, Crombez y Eccleston, 2002; 2004) y a amplificar las características sensoriales del estímulo doloroso (Moretti, 2011).

Las personas catastróficas experimentan mayor dificultad para controlar o suprimir los pensamientos relacionados con el dolor en comparación con los no catastróficos, ya que rumian más sobre el dolor y el rendimiento cognitivo y físico, y están más perturbados por la anticipación del dolor (Goubert et al., 2004; Van Damme et al., 2002; 2004). Cabe

destacar que este estilo cognitivo tiene un impacto directo en la conducta del sujeto, en su capacidad funcional y repercute directamente en su calidad de vida (Leung, 2012).

El pensamiento catastrófico se ha asociado repetidamente con una amplia gama de resultados, incluyendo la interferencia del dolor en la vida cotidiana (Edwards et al., 2008; Ferreira-Valente, País-Ribeiro, Jensen y Almeida, 2011), discapacidad física (Agar-Wilson y Jackson, 2012; George, Calley, Valencia y Beneciuk, 2011), ansiedad (Hirsh, George, Riley y Robinson, 2007; Moix, Kovacs, Martín, Plana y Royuela, 2011) y depresión (Nieto, Miró, Huguet y Saldaña, 2011; Wade, Riddle y Thacker, 2012; Wong, Williams, Mak y Fielding, 2011). Además, las personas que catastrofizan su dolor, tienen una mala adaptación al entorno social (Gracely et al., 2004), niveles más bajos de apoyo social percibido, mayor percepción de estrés (Keefe et al., 2003; Cano, 2004; Cano Leonard y Franz, 2005); ideación suicida (Edwards, Smith, Kudel y Haythornthwaite, 2006), y por lo tanto un mayor riesgo de suicidio (Vowles, McCracken y Eccleston, 2007; Buenaver, Edwards, Smith, Gramling y Haythornthwaite 2008).

No obstante, reducen el uso de estrategias activas de afrontamiento, como la relajación o la distracción, muestran mayor pasividad debido al temor que sienten ante posibles dolores futuros, lo que trae en consecuencia una reducción en el número de conductas benéficas para la salud, como el ejercicio físico (Edwards et al., 2006; 2008; George et al., 2008).

Asimismo, perciben mayores limitaciones en sus actividades sociales (por ejemplo, visitar amigos o familiares) y, en el caso específico de las mujeres, exhiben menor energía y se sienten más fatigadas (Moretti, 2010; 2011).

En el caso concreto del SFM, se ha encontrado que diferentes estilos de pensamiento

contribuyen a la gravedad y mantenimiento de éste (Malin y Littlejohn, 2015); sin embargo, el tipo de pensamiento que mayormente ha sido investigado, sino es que el único, es la catastrofización ante el dolor y se ha encontrado que este estilo cognitivo es el que a menudo manifiestan los pacientes con SFM (Morris, Grimmer-Somers, Spottiswoode y Louw, 2011).

Las personas con dolor musculoesquelético que catastrofizan su dolor perciben su salud mental como más pobre en relación al resto de la población (Moretti, 2010). Además, dichos pensamientos catastróficos se asocian con mayores niveles de intensidad y sensibilidad al dolor; discapacidad, depresión (Buenaer et al., 2008; García-Campayo et al., 2008), estrés y una disminución en el funcionamiento general (Edwards et al., 2006).

Crombez et al. (2004) encontraron mayor intensidad, vigilancia al dolor, afectividad negativa y un pensamiento catastrófico más intenso en pacientes con SFM acerca del regreso de dolor ante episodios de calma. Cuando se les compara con personas que presentan otro tipo de enfermedades de dolor crónico, como la artritis reumatoide, los pacientes con SFM obtienen mayores niveles de catastrofización (García-Campayo et al., 2008).

Lo anterior se va a reflejar en peores resultados ante el tratamiento (Edwards et al., 2006) y por lo tanto en un mal pronóstico ante la enfermedad (Leung, 2012; Nicholas, Linton, Watson y Main 2011).

Debido al impacto que el catastrofismo tiene en diversos aspectos de la persona con SFM, se hace indispensable la evaluación de la presencia de catastrofización para facilitar e intervenir en el proceso de adaptación a la enfermedad, ya que se considera un constructo

cognitivo determinante para pronosticar la evolución del paciente (García-Campayo y Roderó, 2009).

Al aumentar las creencias de control del paciente, modificar los pensamientos catastróficos por unos más realistas, debatir las distorsiones cognitivas, y fortalecer el sistema racional de creencias, lo que se busca es obtener mayores beneficios en el tratamiento de las personas con SFM, disminuir su sufrimiento y generar así un impacto directo en su calidad de vida.

Planteamiento del Problema

Se estima que el síndrome de fibromialgia afecta entre el 3 al 6% de la población a nivel mundial (González-Palau et al., 2014; Guymer et al., 2012), con una proporción mujer-hombre de 2:1 (Clauw, 2014); existe en todos los grupos étnicos y en todas las clases económicas (Bannwarth et al., 2009).

El SFM tiene implicaciones psicológicas, sociales, laborales y económicas en las personas que la padecen, comprometiendo la calidad de vida y repercutiendo en la capacidad física, actividad intelectual, estado emocional y relaciones interpersonales (Arnold et al., 2008; Klemet, Häuser y Brückle, 2008; Restrepo-Medraño y Rojas, 2011; Rodríguez, Orta y Amashta, 2010).

Los pacientes con SFM reportan más vigilancia al dolor que cualquier otro tipo de pacientes con dolor crónico, también reportan afectividad negativa y mayor intensidad, pensamientos catastróficos acerca del dolor (Crombez et al., 2004); además, existe una tendencia a magnificar los síntomas relacionados con éste, rumiar sobre el mismo, sentir desesperanza, impotencia y pesimismo sobre su evolución o pronóstico (Edwards et al., 2006).

Concretamente, se ha propuesto que los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y el catastrofismo serían variables relevantes en la modulación del dolor crónico (Anarte, Esteve, López, Ramírez y Camacho, 2001); sin embargo, en el SFM no se han realizado evaluaciones sobre los aspectos cognitivos presentes en esta población, por lo que se hace importante generar una aportación inicial sobre los tipos de pensamientos irracionales implicados y con ello, generar líneas de investigación futuras hacia dichos

procesos.

Por ello, la presente investigación tuvo como propósito identificar las principales creencias irracionales, distorsiones cognitivas y pensamientos catastróficos ante el dolor, presentes en un grupo de personas con SFM.

Método

Objetivo principal

El objetivo principal del presente trabajo fue identificar el nivel de dolor, las creencias irracionales, distorsiones cognitivas y los pensamientos catastróficos ante el dolor que caracterizan a un grupo de pacientes con síndrome de fibromialgia, en comparación con un grupo control.

Objetivos específicos

Evaluar el nivel de dolor de las pacientes con síndrome de fibromialgia en comparación con un grupo control.

Evaluar la presencia, frecuencia y el tipo de creencias irracionales que presentan las pacientes con síndrome de fibromialgia en comparación con un grupo control.

Evaluar la presencia, frecuencia y el tipo de distorsiones cognitivas que presentan las pacientes con síndrome de fibromialgia en comparación con un grupo control.

Evaluar la presencia, frecuencia y el tipo de catastrofización ante el dolor que presentan las pacientes con síndrome de fibromialgia en comparación con un grupo control.

Conocer la relación entre el nivel de dolor y la presencia de creencias irracionales, distorsiones cognitivas y catastrofización ante el dolor.

Diseño

No experimental, Transversal, Descriptivo-Correlacional (Hernández-Sampieri, 2014).

Participantes

Se evaluaron un total de 62 participantes mujeres, las cuales se dividieron en dos grupos. El grupo 1 se conformó por 33 pacientes con diagnóstico de SFM y el grupo 2 incluyó a 29 mujeres sin diagnóstico de dolor crónico.

Criterios de inclusión grupo 1

Sujetos atendidos en la División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Con diagnóstico de SFM (realizado por un especialista reumatólogo o algólogo).

Mayores de 18 años.

Ambos sexos.

Que acepten participar en la evaluación, por medio de un consentimiento informado.

Criterios de inclusión grupo 2

Participantes del sexo femenino.

Sin diagnóstico de alguna condición dolorosa.

Mayores de 18 años.

Que acepten participar en la evaluación, por medio de un consentimiento informado.

Que cumplan con la edad y ocupación equiparable a un miembro del grupo 1.

Criterios de exclusión grupo 1

Que los participantes tengan deterioro cognitivo significativo, o retraso mental.

Participantes sin un diagnóstico confirmado de fibromialgia.

Criterios de exclusión grupo 2

Participantes con diagnóstico de algún padecimiento doloroso.

criterios de eliminación grupo 1 y 2

Que el sujeto decida no seguir participando en el estudio de investigación.

Que el participante no complete la batería de evaluación.

Escenario grupo 1

Las evaluaciones se llevaron a cabo en el consultorio de Psicología dentro de las instalaciones de la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. El consultorio era amplio, contaba con adecuada iluminación y ventilación.

Escenario grupo 2

Para el grupo 2, las evaluaciones se llevaron a cabo en la sala de lectura de la biblioteca de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Variable Independiente

Síndrome de fibromialgia

Definición conceptual

El síndrome de fibromialgia (SFM) es una enfermedad crónica que se caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado, así como una variedad de síntomas asociados como rigidez, fatiga, disfunción cognitiva (falta de atención, concentración y problemas de memoria), dificultades para dormir, trastornos del estado de ánimo, (principalmente ansiedad y depresión); y cuya fisiopatología aún no se ha entendido completamente (Fietta, Fietta y Manganelli, 2007; Goldenberg, 2009; Homann et al., 2012; Perrot, Choy, Petersel, Ginovker y Kramer, 2012; Umeda, Corbin y Maluf, 2013).

Definición operacional

La presencia del Síndrome de fibromialgia se diagnosticó con base en los criterios de clasificación de la ACR 2011 (Wolfe et al., 2011).

Variables Dependientes

Nivel de dolor

Definición conceptual

La Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP, por sus siglas en inglés, 2016) define al dolor como una “experiencia angustiante asociada con daño tisular real o potencial con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales”.

Bajo esta perspectiva, el dolor es considerado el resultado de la interacción de distintos factores que modulan la percepción del individuo ante la estimulación nociceptiva.

Definición operacional

El nivel de dolor se evaluó a través de la Escala Visual Análoga (EVA). La escala consiste en un segmento de 10cm de longitud, donde 0 representa “nada de dolor” y 10 “el peor dolor imaginable”.

Creencias irracionales

Definición conceptual

Las creencias irracionales se definen como ideas poco realistas, absolutistas, sin sustento empírico y desadaptativas; son pensamientos que están conectados con autoevaluaciones exigentes "siempre tengo que ser competente y digno de ser amado, o de lo contrario soy una mala persona" y baja tolerancia a la frustración "no puedo soportar la frustración". (Lynn y Ellis, 2010).

Definición operacional

Las creencias irracionales se evaluaron con el Instrumento Registro de Opiniones. Es una escala de autorreporte que consta de 100 reactivos, los cuales evalúan las 10 principales creencias irracionales planteadas por Albert Ellis.

Distorsiones cognitivas

Definición conceptual

Las distorsiones cognitivas se refieren a errores en el procesamiento de la información que se presentan como consecuencia de la activación de esquemas cognitivos negativos para llegar a una conclusión (Londoño et al., 2005). Por su parte, Nordahl y Stiles (2007), las definen como la presencia de inferencias injustificadas a la luz de la información disponible. Actúan facilitando sesgos de información que tienen el efecto de cambiar lo que podría ser un acontecimiento ambiguo en algo que se experimenta como negativo; además, se asocian con afectos negativos, no se someten a un juicio y resultan creíbles para la persona (Londoño, Álvarez, López y Posada, 2005).

Definición operacional

Las distorsiones cognitivas se evaluaron mediante el Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991). Es una escala de 45 ítems que mide el nivel de pensamientos automáticos negativos a través de 15 tipos de distorsiones cognitivas.

Catastrofización ante el dolor

Definición conceptual

La catastrofización ante el dolor (CAD) se refiere a un conjunto exagerado de cogniciones negativas y emociones desagradables durante una estimulación dolorosa real o percibida. Las personas presentan preocupación, miedo y dificultad para desviar la atención del dolor (Leung, 2012). Además, muestran dificultad para focalizar su atención a

diferentes estímulos, perciben el dolor como extraordinariamente intenso y amenazante y tienen un sentimiento de desamparo frente al control que ejercen en el dolor (Moretti, 2011; Schütze, Rees, Preece y Schütze, 2010).

Definición operacional

La catastrofización ante el dolor se evaluó a través de la Escala de Catastrofización Ante el Dolor. El instrumento evalúa el grado en las personas magnifican los resultados y efectos del dolor, si se consideran incapaces de responder, y si tienen poco o nulo control sobre ciertos pensamientos.

Instrumentos

Escala Visual Análoga (EVA). Es uno de los métodos más utilizados para evaluar el dolor, ya que es fácilmente aplicable y comprendido por la mayoría de los pacientes (Figueiredo, Azevedo y Oliveira, 2009). La escala consiste en un segmento de 10 cm de longitud, donde 0 representa “nada de dolor” y 10 “el peor dolor imaginable”. Se le pide al paciente que marque el punto que considera corresponde con la intensidad percibida de su dolor, en el que una puntuación de 0-3 se considera una percepción de dolor leve, de 4-6 moderada y de 7-10 severa.

Pascual et al. (2008) examinaron el poder discriminativo de diversos instrumentos de dolor en el SFM, entre los que destaca la EVA la cuál obtuvo una sensibilidad y especificidad del 80%.

Instrumento Registro de Opiniones. Es una escala de autorreporte de 100 reactivos, que evalúa las 10 principales creencias irracionales planteadas por Albert Ellis. A mayor

puntaje en cada grupo de 10 preguntas, el sujeto se identificará con la idea irracional correspondiente a ese grupo, al contestar si está “de acuerdo” o “en desacuerdo” con cada uno de los reactivos que conforman el instrumento. Está dirigido a sujetos entre 20 y 60 años, está adaptado a población mexicana y presenta una confiabilidad de .96 mediante el estadístico KR-20 (Jurado, 2009).

Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA). Consiste en una escala autoaplicada de 45 ítems que mide el nivel de pensamientos automáticos negativos (sin ser específicos de una determinada patología) a través de 15 tipos de distorsiones cognitivas (Ruiz y Lujan, 1991).

Este instrumento solicita a los sujetos que valoren la frecuencia con la que poseen pensamientos tales como “*solamente me pasan cosas malas*” o “*no debería de cometer estos errores*”. Las preguntas se puntúan de 0 a 3, siendo la puntuación más baja la que corresponde a la afirmación *nunca pienso en eso* y la más alta *con mucha frecuencia lo pienso* (Bahamón, 2013). Una puntuación de 2 o más para cada pensamiento automático indica que actualmente a la persona le afecta de manera importante ese tema. Una puntuación de 6 o más para cada distorsión muestra cierta tendencia a padecer por determinada forma de interpretar los hechos de la vida (Ruiz y Luján, 1991). Este instrumento considera que a mayor puntuación existe mayor nivel de distorsión.

La escala IPA posee una amplia aceptación dentro la práctica clínica (Ruiz, 2009), y además ha sido empleada para investigar los pensamientos automáticos negativos y las distorsiones cognitivas en personas con VIH (Canario y Báez, 2005), sujetos con trastornos de ansiedad generalizada (Londoño, Álvarez, López y Posada, 2005), grupos de personas

con dependencia de drogas (Polo y Amar, 2006), personas con dependencia emocional (Londoño, Lemos y Zapata, 2007) y para evaluar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual grupal para el manejo de la obesidad (Aguilera, 2010). Sin embargo, dicha escala no ha sido utilizada en pacientes con síndrome de fibromialgia.

Escala de Catastrofización Ante el Dolor (PCS, por sus siglas en inglés). Es una de las escalas más utilizadas en todo el mundo para medir el constructo de catastrofización ante el dolor (CAD; García-Campayo et al., 2008). Evalúa el grado en las personas magnifican los resultados y efectos del dolor, si se consideran incapaces de responder, y si tienen poco o nulo control sobre ciertos pensamientos.

La escala se compone de 13 ítems, y de 3 dimensiones que describen diferentes sentimientos y pensamientos que pueden estar asociados al dolor: a) rumiación, b) magnificación y c) desesperanza. Las subescalas se calculan sumando las respuestas a los siguientes elementos: rumiación (ítems 8, 9, 10, 11), magnificación (ítems 6, 7, 13) y desesperanza (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 12; Olmedilla, Ortega y Abenza, 2013; Sullivan, 2009).

Se pide a los pacientes que reflexionen sobre sus experiencias dolorosas e indiquen el grado en que experimentaron pensamientos o sentimientos durante el dolor, en una escala que va desde 0 (nada en absoluto) hasta 4 (todo el tiempo). Una puntuación total de 30 indica un nivel de catastrofización severo y una puntuación de 20, un nivel moderado; en el caso de los componentes “Rumiación” “Magnificación” y “Desesperanza”, una puntuación de 11, 5 y 13 respectivamente, indica un nivel severo, mientras que puntuaciones de 8, 3 y 8 señala un nivel moderado (Sullivan, 2009)

La versión española del instrumento cuenta con adecuadas propiedades psicométricas y

se validó en pacientes con síndrome de fibromialgia por García-Campayo et al. (2008), en la que se obtuvo una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,79).

Procedimiento

La evaluación para el grupo 1 se llevó a cabo en tres fases:

Fase 1: El área médica realizó el diagnóstico de SFM en las participantes, para posteriormente invitarlas a participar en una evaluación psicológica.

Fase 2: Corresponde a la sesión de evaluación en la que las investigadoras señalaron el objetivo de la investigación, presentaron el formato de consentimiento informado (*véase*, Anexo 1) y leyeron en voz alta para cada una de las participantes las instrucciones de cada instrumento y las opciones de respuesta, posteriormente despejaron las dudas que pudieran presentarse.

Todas las evaluaciones se realizaron de manera autoaplicada y en el mismo orden en las instalaciones de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del hospital en compañía de un psicólogo con conocimiento en la aplicación de instrumentos de evaluación.

Debido a que la presente investigación forma parte de un proyecto mayor, las participantes contestaron una batería de pruebas entre las que se incluyen las empleadas en este estudio, por lo que se ofreció a las participantes realizar el llenado de instrumentos en una sesión con duración aproximada de 90 minutos o dos sesiones con duración cercana a los 45 minutos cada una.

Fase 3: Se les brindó una retroalimentación sobre los resultados de su evaluación y se les

invitó a participar en 5 pláticas psicoeducativas sobre SFM.

Aquellas personas que por algún motivo no desearon participar en la investigación, se les realizaba la evaluación psicológica estándar de la Clínica de dolor como parte de la atención del servicio y se les reiteraba la invitación a asistir a las pláticas psicoeducativas.

Procedimiento grupo 2

Fase 1: Para el grupo control, se realizó una difusión para invitar a participar en una evaluación sobre variables psicológicas.

Fase 2: Todas las evaluaciones se realizaron de manera autoaplicada y en el mismo orden en las instalaciones de la Facultad de Psicología, UNAM en compañía de un psicólogo con conocimiento en la aplicación de instrumentos de evaluación.

Fase 3: Una vez finalizada la evaluación, a aquellas participantes que desearan conocer sus resultados, se agendó con ellas una fecha para la entrega de éstos y se les brindó retroalimentación sobre sus puntajes obtenidos.

Resultados

Para comprobar que los grupos estuvieran apareados, se llevó a cabo un análisis t-student para muestras independientes, en el cual no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en edad ($t= 2.777$, $p> 0.01$), estado civil ($t= -1.404$, $p> 0.01$) y escolaridad ($t= -4.663$, $p> 0.01$). El grupo 1 quedó conformado por un total de 33 mujeres de entre 21 y 79 años ($\bar{x} = 51.39$ años) y el grupo 2 se integró por 29 mujeres de entre 22 y 61 años ($\bar{x} = 44.17$ años).

El objetivo principal del presente estudio fue identificar el nivel de dolor, creencias irracionales, distorsiones cognitivas y pensamientos catastróficos ante el dolor, que caracterizan a un grupo de pacientes con síndrome de fibromialgia, en comparación con un grupo control, para ello, se obtuvieron y compararon los puntajes promedio de cada una de las variables dependientes correspondientes a cada grupo y se llevó a cabo un análisis t de student para muestras independientes en cada uno de los casos.

Con base en el análisis estadístico, todas las variables dependientes (nivel de dolor, creencias irracionales, distorsiones cognitivas y catastrofización ante el dolor) presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (*véase*, Tabla 1).

Tabla 1

Prueba t para muestras independientes. Diferencias entre el grupo 1 y el grupo 2 con respecto al nivel de dolor, creencias irracionales, distorsiones cognitivas y catastrofización ante el dolor.

Variable	Grupo 1 (SFM)		Grupo 2 (Comparación)		t	p
	M	DE	M	DE		
Nivel de dolor	6.2	1.7	1.6	2.3	8.561	.000
Creencia irracional	40.6	7.1	33.8	7.1	3.738	.000
Distorsión cognitiva	26.5	15.5	3.1	10.3	4.711	.000
Catastrofización ante el dolor	23.5	13.0	11.3	9.3	7.703	.000

Nota: Todas las variables reportadas cuentan con $p < .001$

En relación a las creencias irracionales, se obtuvieron sólo diferencias estadísticamente significativas en las creencias “Aprobación”, “Perfección”, “Indefención”, “Ansiedad-Miedo”, “Influencia pasada” e “Inactividad” (véase, Tabla 2).

Tabla 2

Prueba t para muestras independientes. Diferencias entre el grupo 1 y el grupo 2 con respecto a las 10 principales creencias irracionales de Albert Ellis.

Creencia irracional	Grupo 1 (SFM)		Grupo 2 (Comparación)		t	p
	M	DE	M	DE		
Aprobación**	4.1	1.4	3.1	1.2	3.194	.002
Perfección*	4.3	1.3	3.7	1.1	2.003	.050
Castigo	3.1	1.5	3.3	1.6	-0.322	.748
Catastrofización	3.6	1.5	3.2	1.4	1.111	.271
Indefensión*	3.5	1.8	2.6	1.4	2.098	.040
Ansiedad-Miedo*	5.2	2.5	3.8	2.2	2.328	.023
Irresponsabilidad	4.2	1.5	3.7	1.4	1.286	.203
Necesidad de apoyo	4.6	1.6	4.3	1.4	0.671	.505
Influencia pasada**	3.5	1.8	2.4	1.1	2.887	.004
Inactividad*	4.0	1.0	3.4	1.3	2.088	.041

Nota: *p< .05; **p< .01

En el caso de las distorsiones cognitivas, los grupos se comportaron de la siguiente manera: se obtuvieron puntajes significativamente mayores en el grupo 1 en la mayoría de los tipos de distorsiones cognitivas: “Filtraje”, “Pensamiento polarizado”, “Sobregeneralización”, “Interpretación del pensamiento”, “Visión catastrófica”, “Personalización”, “Falacia de control”, “Falacia de justicia”, “Razonamiento emocional”, “Deberías” y “Falacia de razón” (véase, Tabla 3).

Tabla 3

Prueba t para muestras independientes. Diferencias entre el grupo 1 y el grupo 2 con respecto a los tipos de distorsiones cognitivas.

Distorsión cognitiva	Grupo 1 (SFM)		Grupo 2 (Comparación)		t	p
	M	DE	M	DE		
Filtraje***	3.0	2.1	0.7	0.8	5.674	.000
Pensamiento polarizado***	1.3	1.4	0.0	0.2	4.885	.000
Sobregeneralización***	2.4	1.7	0.3	0.6	6.387	.000
Interpretación del pensamiento**	1.3	1.4	0.5	0.8	2.587	.012
Visión catastrófica***	2.3	1.4	1.0	1.0	3.992	.000
Personalización**	0.8	0.9	0.3	0.4	2.514	.015
Falacia de control**	1.3	1.4	0.5	0.9	2.479	.016
Falacia de justicia***	1.9	1.5	0.7	1.3	3.367	.001
Razonamiento emocional***	1.3	1.0	0.2	0.4	5.681	.000
Falacia de cambio	1.1	1.3	0.7	0.9	1.372	.175
Etiquetas globales	1.1	1.3	0.6	0.7	1.784	.080
Culpabilidad	0.8	0.9	0.4	0.7	1.726	.089
Deberías**	2.3	1.7	1.0	1.3	3.294	.002
Falacia de razón*	2.0	1.4	1.2	1.1	2.150	.036
Falacia de recompensa divina	3.0	1.9	2.5	2.2	0.953	.344

Nota: *p< .05; **p< .01; ***p< .001

Con respecto a la variable “Catastrofización ante el dolor”, se obtuvieron mayores puntajes para el grupo 1 en los 3 componentes que conforman dicha variable: “Rumiación”, “Magnificación” y “Desesperanza” (véase, Tabla 4).

Tabla 4

Prueba t para muestras independientes. Diferencias entre el grupo 1 y el grupo 2 con respecto a los componentes de catastrofización ante el dolor.

Componente catastrofización	Grupo 1 (SFM)		Grupo 2 (Comparación)		t	p
	M	DE	M	DE		
Rumiación	8.0	4.9	1.6	2.6	6.396	.000
Magnificación	5.2	3.1	1.0	1.2	7.056	.000
Desesperanza	10.2	5.8	1.5	2.3	7.832	.000

Nota: Todas las variables reportadas cuentan con $p < .001$

Continuando con el análisis de los objetivos específicos, el primero de ellos fue evaluar el nivel de dolor de las pacientes con síndrome de fibromialgia en comparación con un grupo control, en la Figura 1 se observa el nivel promedio reportado por cada grupo. Para el grupo 1, el nivel de dolor fue moderado ($\bar{x} = 6.20$) y en el grupo 2 fue leve ($\bar{x} = 1.65$).

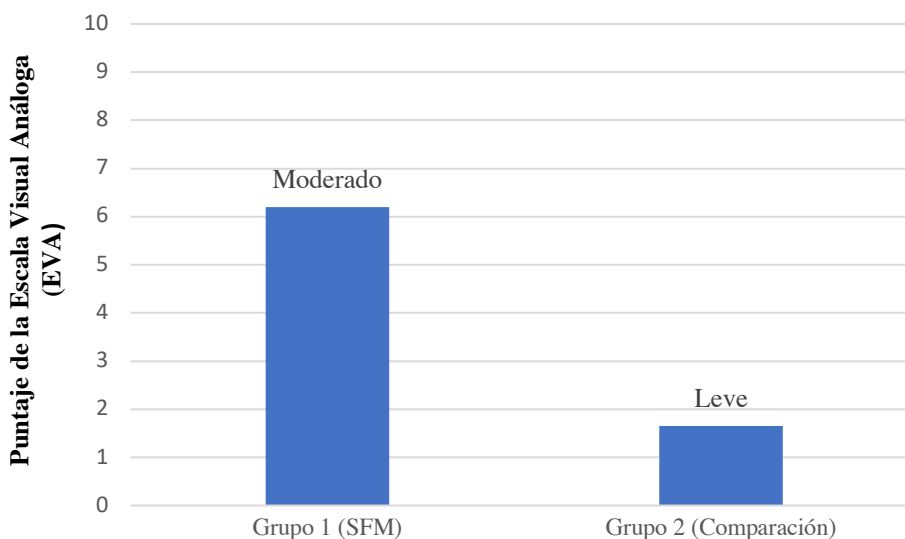


Figura 1. Puntajes promedios en el nivel de dolor con la Escala Visual Análoga (EVA) por grupos.

Al evaluar la presencia, frecuencia y el tipo de creencias irracionales con el instrumento

“Registro de Opiniones”, se observó que las 10 creencias se encontraban presentes en mayor o menor medida en ambos grupos. En el grupo 1 las principales ideas fueron: “Ansiedad-miedo”, “Necesidad de apoyo”, “Perfección”, “Irresponsabilidad”, “Aprobación” e “Inactividad”, mientras que en el grupo 2, “Necesidad de apoyo” fue la principal creencia (véase, Figura 2).

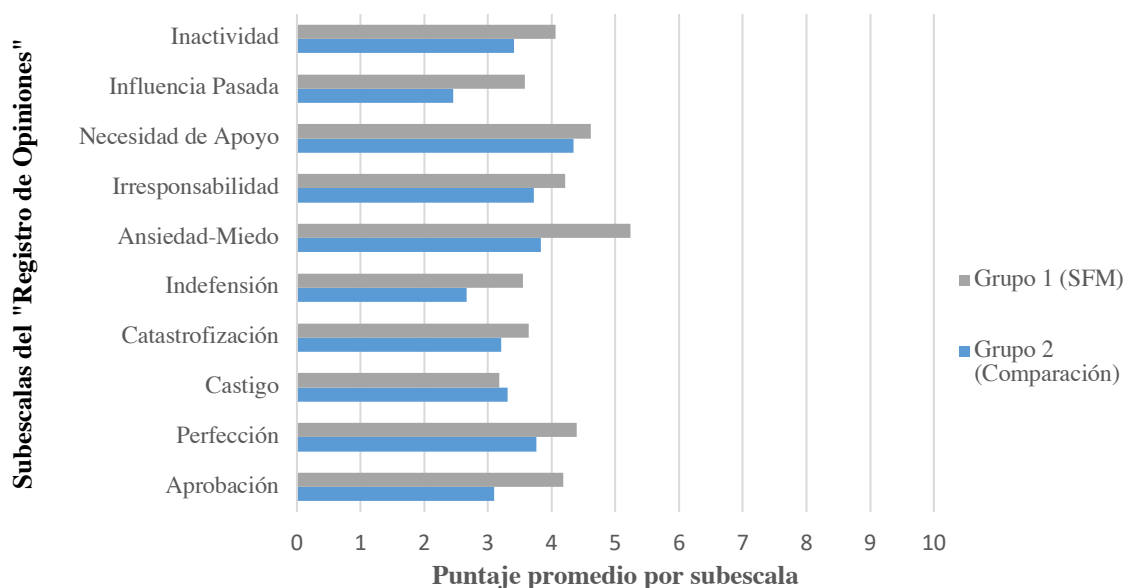


Figura 2. Puntaje promedio por grupos para cada creencia irracional.

Con relación a las 15 distorsiones cognitivas que evalúa el instrumento “Inventario de Pensamientos Automáticos” (IPA), se observó que todas las distorsiones se encontraban presentes en diferente medida en ambos grupos. En el grupo 1 las principales distorsiones fueron: “Filtraje”, “Falacia de Recompensa Divina”, “Sobregeneralización”, “Visión catastrófica”, “Deberías” y “Falacia de razón” mientras que en el grupo 2 fue “Falacia de Recompensa Divina” (véase, Figura 3).

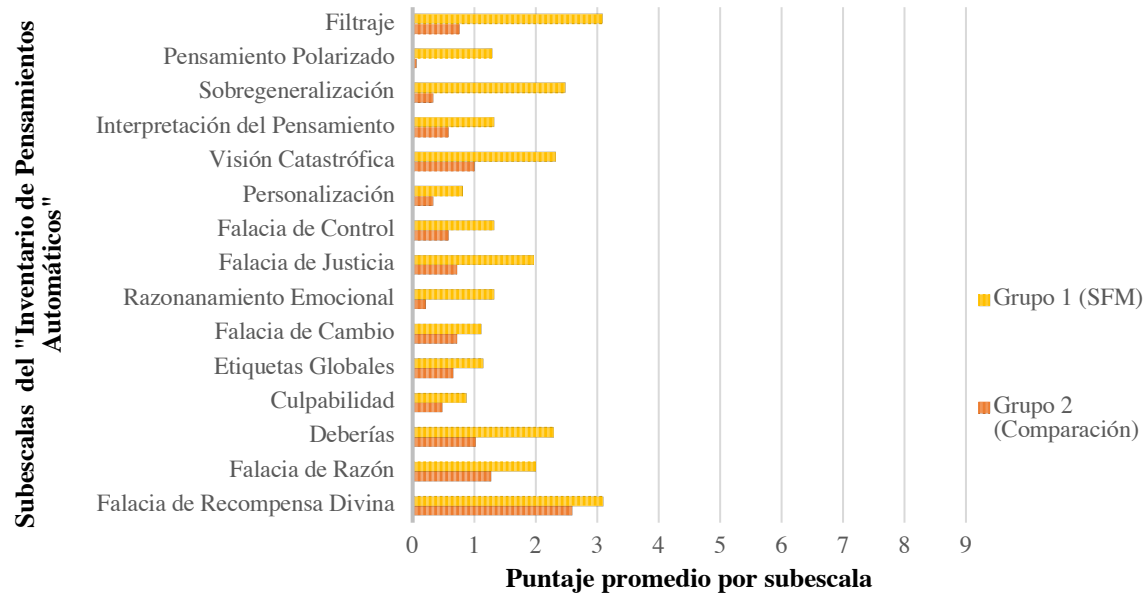


Figura 3. Puntaje promedio por grupos para cada distorsión cognitiva.

Por otro lado, para la variable “Catastrofización ante el dolor”, se observó la presencia de los tres componentes que evalúa la “Escala de Catastrofización Ante el Dolor” en diferente medida para ambos grupos. Para el grupo 1 el factor “Magnificación” obtuvo una puntuación severa en comparación al resto, de acuerdo con los criterios de Sullivan (2009; véase, Figura 4).

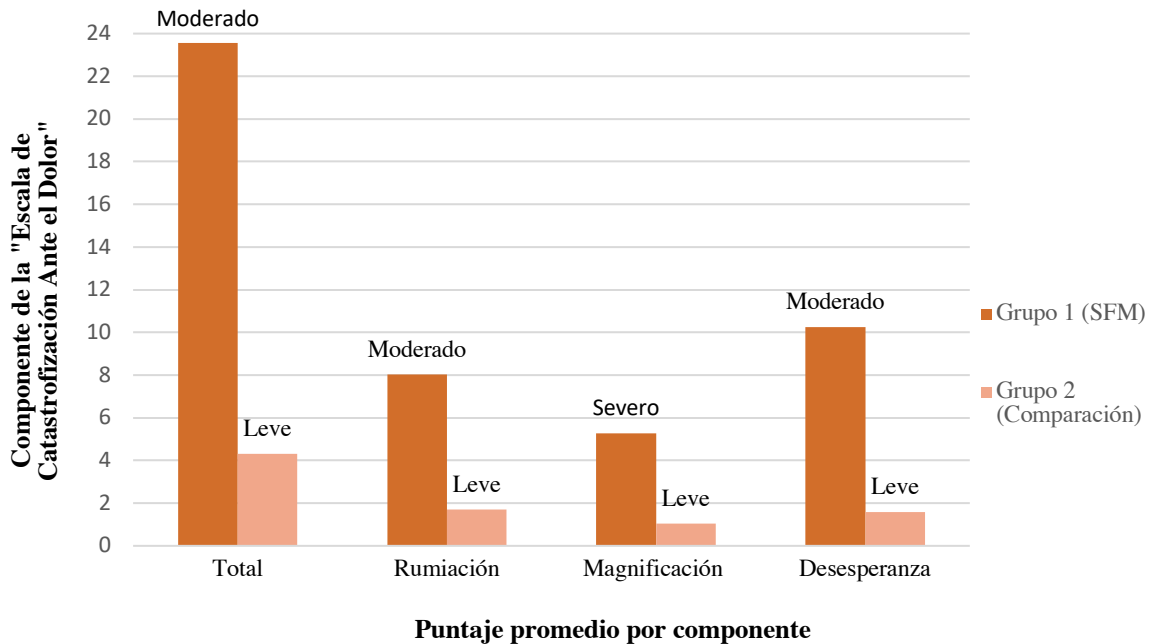


Figura 4. Puntaje promedio para cada grupo por componente de la catastrofización ante el dolor (Sullivan, 2009).

Para concuir con los objetivos específicos, el presente estudio buscaba conocer la relación entre el nivel de dolor y la presencia de creencias irracionales, distorsiones cognitivas y catastrofización ante el dolor, por lo que se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson.

En la Tabla 5 se observa que sólo en el grupo 2 existe una correlación positiva, leve y estadísticamente significativa entre la EVA y la variable “catastrofización ante el dolor”; es decir, a mayor mayor percepción de dolor, mayor presencia de catastrofización ante éste.

Tabla 5

Coefficientes r de Pearson entre la EVA y las variables de “Creencia irracional”, “Distorsión cognitiva” y “Catastrofización ante el dolor”.

	EVA Grupo 1 (SFM)	EVA Grupo 2 (Comparación)
Creencia irracional	-.064	-.109
Distorsión cognitiva	-.233	-.079
Catastrofización ante el dolor	.058	.458*

Nota: *p< .05

Discusión y Conclusiones

El objetivo principal del presente trabajo fue identificar el nivel de dolor, creencias irracionales, distorsiones cognitivas y pensamientos catastróficos ante el dolor que caracterizan a un grupo de pacientes con síndrome de fibromialgia, en comparación con un grupo control.

Los resultados del presente estudio, muestran que todas las variables de estudio se encuentran presentes en mayor o menor medida en ambos grupos; no obstante, las pacientes con SFM presentar mayor intensidad de dolor, creencias irracionales, distorsiones cognitivas y catastrofización ante el dolor en comparación con un grupo control. Cabe destacar que la catastrofización ante el dolor se ha presentado en la literatura como una variable que se involucra en la experiencia de dolor crónico (García-Campayo, 2008); sin embargo, hasta el momento no existía investigación sobre la presencia de creencias irracionales y distorsiones cognitivas en pacientes con SFM, por lo que, al momento de la revisión teórica, éste es el primer estudio que se realiza con este tipo de muestra y sobretodo, en población mexicana.

Con respecto a las creencias irracionales que evalúa el instrumento “Registro de Opiniones”, todas se encontraron presentes en ambos grupos, aunque con mayor intensidad en el grupo de SFM. A continuación, se describen los principales tipos de pensamientos presentes en el grupo de SFM:

1. *Ansiedad-miedo*. Este tipo de pensamiento menciona que “Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa”, esta idea hace referencia a un locus de control externo presente en las mujeres con SFM, lo que

podiera generar una percepción de falta de autocontrol sobre su dolor, los diversos síntomas asociados de la enfermedad y las variantes del tratamiento multidisciplinario.

2. *Necesidad de apoyo.* Menciona que “Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo”, al igual que la creencia anterior, ésta contribuye a la percepción de un bajo control sobre los acontecimientos internos, lo que pudiera limitar que las pacientes se involucren activamente en el proceso de enfermedad. Cabe mencionar que esta creencia se encuentra presente de manera significativa en el grupo de comparación, lo que pudiera representar el impacto que la religión tiene en nuestra cultura sobre cómo enfrentar los problemas y sobre la necesidad de las personas para sentir seguridad para afrontar diversas situaciones.

3. *Perfección.* Refiere que “Se debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende”, este tipo de creencia genera un sufrimiento en las pacientes con SFM ya que, en la búsqueda de perfección, se hayan con las limitaciones físicas propias de la enfermedad, lo que les genera malestar y limita su interacción con familiares y amigos.

4. *Irresponsabilidad.* Alude a la creencia de que “Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente”, en el caso de las pacientes con SFM, pareciera ser que la manera en la que afrontan los cambios que conlleva la enfermedad, es a través de la evitación, es decir, sin tener que involucrarse de manera activa en el proceso; lo que se refleja en una falta de actividad física, una inadecuada alimentación, toma de medicamentos, por mencionar algunos.

5. *Aprobación.* “Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos” Se refiere a un tipo de creencia

inalcanzable ya que, con base en este tipo de pensamiento, las mujeres con SFM esperarían la aprobación de todas las personas a su alrededor para poder sobrellevar la enfermedad, además de una percepción de falta de apoyo, lo que reforzaría la creencia de una “Necesidad de apoyo”; aunado al escaso entendimiento de la enfermedad por parte de familiares, amigos y personal de salud.

6. *Inactividad*. Indica que “La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido”. Concretamente, las cogniciones con las que las mujeres con SFM enfrentan la enfermedad, es una forma pasiva más que activa, ya que probablemente el dolor las inmoviliza, por lo que perciben una falta de control para realizar conductas que disminuyan su dolor.

En relación a las diferencias de las creencias irracionales entre los grupos, se observó que existen diferencias estadísticamente significativas en 6 de ellas. Las participantes con SFM, presentan mayores niveles de pensamientos que involucran la aprobación de los otros, la perfección, la influencia del pasado en la actualidad; aquellas asociadas con la creencia de un locus de control externo y con ello, pensamientos sobre conductas pasivas como causa de felicidad. Lo anterior, se verá reflejado en cómo es que las pacientes con SFM perciben y afrontan la enfermedad y si tienen la creencia de que cuentan con los recursos necesarios para enfrentar el proceso y generar estrategias que mejoren su estado de salud.

En el caso de las distorsiones cognitivas, se observó que las principales para el grupo de SFM fueron “Filtraje”, “Falacia de recompensa divina”, “Sobregeneralización”, “Visión catastrófica”, “Deberías” y “Falacia de razón”; mientras que para el grupo de comparación

fue “Falacia de Recompensa Divina”, cabe señalar que ésta última se encontró con mayor frecuencia en el grupo de SFM.

Particularmente, la distorsión cognitiva “Falacia de recompensa divina” se refiere a la creencia de que las situaciones mejorarán por sí solas en el futuro, se encuentra presente en ambos grupos sin diferencias estadísticamente significativas entre éstos, lo que podría explicarse como un aspecto cultural y/o religioso más que de un tipo de distorsión cognitiva, ya que en nuestra cultura pareciera que la religión se presenta como un mecanismo humano para enfrentar el miedo que produce una vida de incertidumbre; que determina la forma de pensar y actuar, lo que trae como resultado la limitación de la persona para buscar soluciones a problemas y dificultades actuales.

Bajo esta perspectiva, la religión podría acompañar a las pacientes como un elemento de fe y fortaleza para afrontar las dificultades que conlleva el padecer una enfermedad crónica. Sin embargo, el tipo de pensamiento “Falacia de recompensa divina”, se convierte irracional cuando esta cognición impide la realización de conductas en *pro* de la salud.

Por otro lado, las distorsiones “Filtraje”, “Sobregeneralización” y “Visión catastrófica”, se relacionan entre sí, ya que al parecer la persona aprecia un sólo aspecto de la situación (generalmente negativo), posteriormente genera conclusiones basadas en ese único incidente e imagina de manera desproporcionada la probabilidad de que algo malo pueda suceder.

Además, al hacer uso de las distorsiones “Deberías” y “Falacia de razón”, las pacientes con SFM podrían establecer su punto de vista como el único verdadero a través de la imposición de reglas rígidas y exigentes sobre cómo tienen que ser las cosas, de lo contrario

considerarían como insoportable aquello que sucede a su alrededor.

Cabe destacar que en el grupo de SFM la distorsión “Visión catastrófica” que refiere a imaginarse y rumiar acerca del peor resultado posible sin importar lo improbable de su ocurrencia, no se presentó como “la principal distorsión cognitiva”, tal y como se ha reportado en la literatura (Crombez et al., 2004; García-Campayo, 2008; Sullivan, 2009), esto quizá se deba al instrumento con el que se evaluó dicha variable (“Inventario de Pensamientos Automáticos”), ya que este propiamente no mide el constructo “catastrofización” sino tipos de distorsiones cognitivas, respectivamente; sin embargo se posiciona en un lugar de vital importancia.

Con respecto a las 15 distorsiones cognitivas que evalúa el instrumento “Inventario de Pensamientos Automáticos”, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en 11 de éstas: “Filtraje”, “Pensamiento polarizado”, “Sobregeneralización”, “Interpretación del pensamiento”, “Visión catastrófica”, “Personalización”, “Falacia de control”, “Falacia de justicia”, “Razonamiento emocional”, “Deberías” y “Falacia de razón”. Lo que señala que estos tipos de pensamiento presentes en mayor medida en el grupo de SFM indican que ante ciertos estímulos, generalmente negativos, focalizan el peligro e impiden redirigir la atención hacia un estímulo menos aversivo, por lo que a partir de ello generan conclusiones sin tomar en cuenta aspectos intermedios y por ende, imaginan el peor resultado posible.

Además, en la creencia de poder controlar todo lo que sucede a su alrededor, interpretan que su punto de vista es el único que es correcto, creen que lo que emocionalmente perciben es cierto y valoran como injusto aquello que no coincide con sus propios deseos, por lo que mantienen reglas rígidas y exigentes sobre cómo tendrían que ser

las cosas. Finalmente, relacionan hechos externos consigo mismas y creen poder interpretar lo que los demás piensan, valorando de injusto todo aquello que no coincide con sus propias creencias o deseos.

Con respecto a la relación entre las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas presentes en la muestra de pacientes con SFM, se podría concluir que éstas muestran una percepción de un locus de control externo que las lleva a actuar de manera pasiva ante los problemas y dificultades de la enfermedad. Lo anterior, representa la creencia que de las pacientes sobre cómo tendrían que ser las cosas y la valoración que hacen sobre cómo enfrentan la vida.

Por otro lado, en el caso de los componentes que integran la variable “Catastrofización ante el dolor”: “Rumiación”, “Magnificación” y “Desesperanza”, todos se encontraron presentes en ambos grupos en mayor o menor medida. Específicamente en el grupo de SFM el factor “Magnificación” tuvo un puntaje “severo” en la “Escala de Catastrofización Ante el Dolor”, es decir, pareciera que las pacientes con SFM magnifican la intensidad de dolor percibido.

Lo anterior es congruente con la literatura ya que se ha reportado que las pacientes con SFM presentan mayores pensamientos catastróficos acerca del dolor (Crombez et al., 2004), una tendencia a magnificar los síntomas relacionados con éste, rumiar sobre el mismo y sentir desesperanza (Edwards et al., 2006). Sin embargo, en el entendimiento de los tipos de creencias y pensamientos presentes en las pacientes con SFM, es de vital importancia el no asumir a las pacientes como personas “catastróficas” como rasgo de personalidad o como la manera en la que enfrentan los sucesos de su vida cotidiana, ya que

pareciera que al menos en esta muestra de estudio, dicha distorsión se presenta particularmente ante la percepción de dolor; es decir, las pacientes catastrofizan ante el dolor y no ante cada suceso que se les presenta, ya que este tipo de pensamiento no las determina.

Cabe resaltar que la catastrofización ante el dolor no es el único tipo de pensamiento que caracteriza a las mujeres con SFM, como se mencionó anteriormente, existen además de éste, otros tipos de creencias y distorsiones que se encuentran presentes y que también se deberían considerar en las evaluaciones e intervenciones; sin embargo, en la población mexicana se desconoce la relación e implicación de estos tipos de pensamientos irracionales con las diversas variables físicas y psicológicas asociadas al SFM.

Contrario a lo que indica la literatura internacional (Crombez, 2002; Sullivan, Sullivan y Adams, 2002), en el presente estudio el grupo de SFM no presentó relación entre la percepción de dolor y las variables cognitivas (creencias irracionales, distorsiones cognitivas y catastrofización ante el dolor); ya que sólo en el grupo de comparación se encontró una relación positiva y leve entre la percepción de dolor y la catastrofización ante el dolor.

Sin embargo, en el estudio realizado por Jensen et al. (2010), concluyeron que el estado de ánimo negativo en los pacientes con SFM podría conducir a una mala percepción de la salud física, pero no a un mal desempeño en las evaluaciones clínicas y experimentales del dolor.

En la presente investigación, se retoman los hallazgos propuestos por Jensen et al. (2010), ya que, así como la afectividad negativa presente en las pacientes con SFM, las

creencias irracionales y distorsiones cognitivas, probablemente se relacionen con la percepción de afectación de la enfermedad y no con una mayor percepción del dolor; sin embargo, se necesita mayor investigación en esta área.

En la literatura se menciona que para las personas que padecen una enfermedad asociada a dolor crónico, desde la terapia cognitivo conductual es necesario cambiar los pensamientos negativos sobre el dolor (Morley, 2011), las percepciones desadaptativas de la enfermedad, las creencias de falta de eficacia; generar un aumento de las expectativas de control sobre la enfermedad (González et al., 2010) y reconceptualizar la percepción de dolor que se tiene (Nijs, van Wilgen, Van Oosterwijck, van Ittersum y Meeus, 2011); no obstante, no se había evaluado el tipo de cogniciones que se tienen que trabajar puntualmente en las pacientes con SFM como parte del tratamiento psicológico.

Como se observó en la presente investigación, en el caso de la evaluación de los factores cognitivos, éstos pueden ser útiles para el entendimiento del SFM, ya que un mayor conocimiento de éstos, resulta fundamental para la mejora de los tratamientos. Es decir, la evaluación de las cogniciones del paciente con SFM contribuirá a incluir elementos cognitivos a las intervenciones psicológicas dirigidas a reducir las cogniciones desadaptativas o minimizar el impacto negativo de éstas en la enfermedad y con ello mejorar su calidad de vida.

Las cogniciones adaptativas sobre el proceso de la enfermedad se requieren en cada etapa del tratamiento. Las percepciones adaptativas del dolor y las estrategias consecuentes de adaptación, son necesarias para el cumplimiento del tratamiento a largo plazo (Nijs, van Wilgen, Van Oosterwijck, van Ittersum y Meeus, 2011). Por ello, desde el ámbito clínico es

importante proporcionar a las pacientes los recursos cognitivos necesarios para mejorar su funcionamiento físico y psicosocial y derivado de esto, generar programas de intervención eficaces enfocados en la reestructuración de esquemas cognitivos desadaptativos particulares.

Como menciona Moretti (2011), dejar de lado los factores cognitivos sería un error considerable para el tratamiento en el SFM, lo que hace necesario conocer su influencia e importancia para ser consideradas no sólo en la evaluación de las mismas sino también en la posibilidad de su tratamiento.

En este sentido, es importante desarrollar estudios tendientes a generar instrumentos de medición y trabajos destinados a evaluar las intervenciones en las pacientes con SFM. Este último punto es de especial relevancia debido a que es necesario brindar a las personas que padecen dolor crónico intervenciones efectivas y eficaces. Debido a que la investigación en esta área es escasa, los resultados obtenidos en la presente investigación ofrecen un panorama inicial sobre las variables cognitivas presentes en pacientes con SFM.

Limitaciones y Sugerencias

Existieron algunas limitaciones durante el desarrollo del presente estudio que deberán considerarse para la realización de futuras investigaciones.

Se sugiere ampliar el tamaño de la muestra e incluir en estudios posteriores a participantes de ambos sexos para generalizar los resultados obtenidos ya que en la presente investigación la muestra de participantes fue pequeña y sólo se incluyeron participantes del sexo femenino.

Además, se propone incluir más variables sociodemográficas al grupo de comparación ya que, si bien se intentó tener un control estricto de dichas variables entre los grupos, la ocupación de las participantes no se consideró como requisito para el grupo de comparación.

Otro factor a considerar es que no existen instrumentos validados para población mexicana con SFM, por lo que esto limita la evaluación y con ello la investigación hacia mejores líneas de intervención y tratamiento en la práctica clínica.

Debido a que el estudio en esta población aún es escaso al compararla con otras enfermedades crónicas, el presente trabajo invita a futuras investigaciones continuar con la línea de investigación de los factores cognitivos implicados en el SFM para conocer si éstos presentan alguna relación con la sintomatología física o con otras variables psicológicas asociadas al SFM como ansiedad y depresión. Asimismo, sería importante conocer la implicación de las variables cognitivas en el desarrollo y mantenimiento del SFM.

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
- Agar-Wilson, M. & Jackson, T. (2012). Are emotion regulation skills related to adjustment among people with chronic pain, independent of pain coping?. *European Journal of Pain*, 16(1), 105–114. doi:10.1016/j.ejpain.2011.05.011
- Aguilera, V. R. (2010). Efectividad de un tratamiento cognitivo conductual grupal vs. ejercicio aeróbico controlado para el manejo de la obesidad y el estrés oxidante celular. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, 14(1), 236-253.
- Anarte, M. T., Esteve, R., López, A. E., Ramírez, C. & Camacho, L. (2001). El rol de las cogniciones en la modulación del dolor: evaluación de creencias en pacientes con dolor crónico. *Revista Española de Neuropsicología*, 3(4), 46-62.
- Anarte, M. T., Ramírez, C., López, A. E. & Esteve, R. (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 8(2), 102-110.
- Arnold, L. M, Hudson, J. I., Hess, E. V., Ware, A. E., Fritz, D. A., Auchenbach, M. B., Starck, L. O. & Keck, P. E. (2004). Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheumatism*, 50(3), 944-952. doi: 10.1002/art.20042
- Arnold, L. M., Crofford, L. J., Mease, P. J., Burgess, S. M., Palmer, S. C., Abetz, L. & Martín, S. A. (2008). Patient perspectives on the impacto of fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 114-120. doi: 10.1016/j.pec.2008.06.005

- Bahamón, M.J. (2013). Relación entre esquemas inadaptativos, distorsiones cognitivas y síntomas de ludopatía en jugadores de casinos. *Pensamiento Psicológico*, 11(2), 89-102.
- Ballantyne, J. C., Cousins, M. J., Giamberardino, M. A., McGrath, P. A., Rajagopal, M.R., Smith M.T., Sommer C. & Wittink, H.M. (2010). Fibromyalgia: A Clinical Update. *PAIN*, 18(4), 1-4.
- Banhremand, M., Saeidi, M. & Kormasi, S. (2015). Non-Coronary Patients with Severe Chest Pain Show More Irrational Beliefs Compared to Patients with Mild Pain. *Korean Journal of Family Medicine*, 36(4), 180-185. doi: 10.4082/kjfm.2015.36.4.180
- Bannwarth, B., Blotman, F., Lay, K. R., Caubère, J. P., André, E. & Taïeb C. (2009). Fibromyalgia syndrome in the general population of France. A prevalence study. *Joint Bone Spine*, 76(2), 184-187. doi: 10.1016/j.jbspin.2008.06.002
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- 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*, 426130, 1-17. doi: 10.1155/2012/426130
- Bennett, R. M., Jones, J., Turk, D. C., Russell, I. J. & Matallana, L. (2007). An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskelet Disord*, 8, 27. doi: 10.1186/1471-2474-8-27.

- Bergman, S. (2005). Psychosocial aspects of chronic widespread pain and fibromyalgia. *Disability and rehabilitation*, 27(12), 675-683. doi: 10.1080/09638280400009030
- Bernardy, K., Klose, P., Busch, A. J., Choy, E. H. S. & Häuser, W. (2013). Cognitive behavioral therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(9), 1-107 doi: 10.1002/14651858.CD009796.pub2
- Bertolucci, P. H. F. & de Oliveira, F. F. (2013). Cognitive Impairment in Fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 17(7), 344. doi: 10.1007/s11916-013-0344-9
- Bradley, L. A. (2009). Pathophysiology of fibromyalgia. *The American Journal of Medicine*, 122(12 Suppl), S22–30. doi: 10.1016/j.amjmed.2009.09.008
- Branco, J. C., Bannwarth, B., Failde, I., Abello-Carbonell, J., Blotman, F., Spaeth, M., Saraiva, F., Nacci, F., Thomas, E., Caubère, J. P., Le Lay, K., Taieb., C. & Matucci-Cerinic., M. (2010). Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 39(6), 448–453. doi: 10.1016/j.semarthrit.2008.12.003
- Bridges, K. R. & Harnish, R. J. (2010). Role of irrational beliefs in depression and anxiety: A review. *Health*, 02(08), 862–877. doi:10.4236/health.2010.28130
- Buenaver, L. F., Edwards, R. R., Smith, M. T., Gramling, S. E. & Haythornthwaite, J. A. (2008). Catastrophizing and pain-coping in young adults: Associations with depressive symptoms and headache pain. *The Journal of Pain*, 9(4), 311–319. doi: 10.1016/j.jpain.2007.11.005
- Burckhardt, C. S., Goldenberg, D., Crofford, L., Gerwin, R., Gowens, S., Jackson, K., Kugel, P., McCarberg, W., Rudin, N., Schanberg, L., Taylor, A. G., Taylor, J. & Turk, D. (2005). Guideline for the Management of Fibromyalgia Syndrome Pain in Adults and Children.

- Burns, J. W., Kubilus, A., Bruehl, S., Harden, R. N. & Lofland, K. (2003). Do changes in cognitive factors influence outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain? A cross-lagged panel analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(1), 81-91. doi: 10.1037/0022-006X.71.1.81
- Cabezas-Pizarro, H. & Lega, L. I. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Educación, 30*(2), 101-109.
- Cakit, B.D., Taskin, S., Nacir, B., Unlu, I., Genc, H. & Erdem, H. R. (2010). Comorbidity of fibromyalgia and cervical myofascial pain syndrome. *Clinical Rheumatology, 29*(4), 405-411. doi: 10.1007/s10067-009-1342-5
- Camacho-Martel, L. & Anarte-Ortiz, M. T. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema, 15*(3), 464-470.
- Campbell, C. M. & Edwards, R. R. (2009). Mind-body interactions in pain: the neurophysiology of anxious and catastrophic pain-related thoughts. *Translation Research, 153*(3), 97-101. doi: 10.1016/j.trsl.2008.12.002
- Canario, J. A. & Báez, M. E. (2005). Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH. *Perspectivas Psicológicas, 7*(5), 49-60.
- Cano, A. (2004). Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: The moderating role of pain duration. *Pain, 110*(3), 656-664. doi: 10.1016/j.pain.2004.05.004

- Cano, A., Leonard, M. T. & Franz, A. (2005). The significant other version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS-S): Preliminary validation. *Pain*, 119(1-3), 26-37. doi: 10.1016/j.pain.2005.09.009
- Cano, F. J. & Rodríguez, F. L. (2002). Pensamientos automáticos negativos en el dolor crónico. *Psiquis*, 24(3), 137-145.
- Carbonell-Baeza, A., Ruiz, J. R., Aparicio, V. A., Ortega, F. B., Munguía-Izquierdo, D., Álvarez-Gallardo, I. C., Segura-Jiménez, V., Camiletti-Moirón, D., Romero, A., Estévez-López, F., Samos, B., Casimiro, A. J., Sierra, A., Latorre, P. A., Pulido-Martos, M., Femia, P., Pérez-López, I. J., Chillón, P., Girela-Rejón, M. J., Tercedor, P., Lucía, A. & Delgado-Fernández, M. (2012). Land and waterbased exercise intervention in women with fibromyalgia: the alandalus physical activity randomised controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorder*, 13(18), 1-11. doi 10.1186/1471-2474-13-18
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2009). Diagnóstico y Tratamiento de Fibromialgia en el Adulto. México, Secretaria de Salud. Recuperado de: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
- Choy, E. H., Arnold, L. M., Clauw, D. J., Crofford, L. J., Glass, J. M., Simon, L. S., Martin, S. A., Strand, C. V., Williams, D. A. & Mease P. J. (2009). Content and criterion validity of the preliminary core dataset for clinical trials in fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 36(10), 2330–2334. doi: 10.3899/jrheum.090368
- Clauw, D. J. (2009). Fibromyalgia: an overview. *American Journal of Medicine*, 122(12 Suppl), S3–S13. doi: 10.1016/j.amjmed.2009.09.006

Clauw, D. J. (2014). Fibromyalgia A Clinical Review. *The Journal of the American Journal Association, 311*(15), 1547-45.

Contreras, N. A. & Tamayo, R. V. (2005). Fibromialgia Aspectos clínico-prácticos del diagnóstico y tratamiento. *Médica Sur, 12*(2), 93-98.

Crombez, G. (2002). The effects of catastrophic thinking about pain on attentional interference by pain: no mediation of negative affectivity in healthy volunteers and in patients with low back pain. *Pain Research and Management, 7*(1), 31-44.

Crombez, G., Eccleston, C., Van den Broeck, A., Goubert, L. & Van Houdenhove, B. (2004). Hypervigilance to pain in fibromyalgia: the mediating role of pain intensity and catastrophic thinking about pain. *The Clinical Journal of Pain, 20*(2), 98-102.

David, D. & Szentagotai, A. (2006). Cognition in cognitive-behavioral psychotherapies; toward an integrative model. *Clinical Psychology Review, 26*(3), 284-298. doi: 10.1016/j.cpr.2005.09.003

David, D., Lynn, S. J. & Ellis, A. (2010). *Rational and irrational beliefs: Research, Theory, and Clinical Practice*. Recuperado de: <http://www.imd.inder.cu/adjuntos/article/535/Rational%20and%20Irrational%20Beliefs.pdf>

Davies, M. F. (2006). Irrational beliefs and unconditional self-acceptance. I. Correlational evidence linking two key features of REBT. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 24*(2), 113-124. doi:10.1007/s10942-006-0027-0

División Técnica de Información Estadística en Salud (DTIES). Motivos de Demanda de Consulta Externa. Unidad de Investigación, Educación y Políticas de Salud. División de

- Dixon, K.E., Thorn, B. E. & Ward, L. C. (2004). An evaluation of sex differences in psychological and physiological responses to experimentally-induced pain: A path analytic description. *Pain*, *112*, 188-196. doi: 10.1016/j.pain.2004.08.017
- Dryden, W. & Ellis, A. (2001) *Rational emotive therapy*. 2a ed. New York: Guilford.
- Dworkin, R. H. & Fields, H. L. (2005). Fibromyalgia from the perspective of neuropathic pain. *The Journal of Rheumatology*, *75*, 1-5.
- Edwards, R. R., Bingham, C. O., Bathon, J. & Haythornthwaite, J. A. (2006). Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis & Rheumatism*, *55*(2), 325–332. doi: 10.1002/art.21865
- Edwards, R. R., Kronfli, T., Haythornthwaite, J. A., Smith, M. T., McGuire, L & Page, G. G. (2008). Association of catastrophizing with interleukin-6 responses to acute pain. *Pain*, *140*(1), 135-144. doi: 10.1016/j.pain.2008.07.024.
- Edwards, R. R., Smith, M. T., Kudel, I. & Haythornthwaite, J. (2006). Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain*, *126*(1-3), 272-279. doi: 10.1016/j.pain.2006.07.004
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1977). *Anger: How to live with and without it*. Secaucus, NJ: Citadel Press
- Engel, J. M., Schwartz, L., Jensen, M. P. & Johnson, D. R. (2000). Pain in cerebral palsy: The relation of coping strategies to adjustment. *Pain*, *88*(3), 225-230.

- Epstein S. A. (2000). Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *Psychosomatics*, 40(1), 57-63. doi: 10.1016/S0033-3182(99)71272-7
- Fardiazar, Z., Amanati, L. & Azami, S. (2012). Irrational parenthood cognitions and health-related quality of life among infertile women. *Int J Gen Med*, 5, 591-596. doi: 10.2147/IJGM.S32225
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., Jensen, M. P. & Almeida, R. (2011). Coping with chronic musculoskeletal pain in Portugal and in the United States: A cross-cultural study. *Pain Medicine*, 12(10), 1470–1480. doi:10.1111/j.1526-4637.2011.01208.x
- Fietta, P., Fietta, P. & Manganelli, P. (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomédica*, 78(2), 88–95.
- Fleming, K. C. & Volcheck, M. M. (2015). Central Sensitization Syndrome and the Initial Evaluation of a Patient with Fibromyalgia: A Review. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 6(2), 1-12. doi: 10.5041/RMMJ.10204
- García-Barbón, V. F., Castel-Bernal, B. & Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología Clínica*, 2(1), S38-S43. doi: 10.1016/S1699-258X(06)73081-9
- García-Campayo, J. G., 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 (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica*, 131(13), 487-92.
- García-Campayo, J. & Rodero, B. (2009). Aspectos cognitivos y afectivos del dolor, *Reumatología Clínica*, 5(S2), 9-11. doi: 10.1016/j.reuma.2009.03.001

- Geenen, R., Jacobs, J. W. G. & Bijlsma, J. W. J. (2002). Evaluation and management of endocrine dysfunction in fibromyalgia, *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 28(2), 389–404.
- Geisser, M. E., Glass, J. M., Rajcevska, L. D., Clauw, D. J., Williams, D. A., Kileny, P. R. & Gracely, R. H. (2008). A psychophysical study of auditory and pressure sensitivity in patients with fibromyalgia and healthy controls. *Journal of Pain*, 9(5), 417–422. doi: 10.1016/j.jpain.2007.12.006
- 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. doi: 10.1176/appi.psy.49.3.235
- George, S. Z., Calley, D., Valencia, C., & Beneciuk, J. M. (2011). Clinical investigation of pain-related fear and pain catastrophizing for patients with low back pain. *The Clinical Journal of Pain*, 27(2), 108–115. doi:10.1097/AJP.0b013e3181f21414
- George, S. Z., Dover, G. C., Wallace, M. R., Sack, B. K., Herbstman, D. M., Aydog, E. & Fillingim R. B. (2008). Biopsychosocial influence on exercise induced delayed onset muscle soreness at the shoulder: Pain catastrophizing and catechol-o-methyltransferase (COMT) diplotype predict pain ratings. *Clin J Pain*, 24(9), 793-801. doi: 10.1097/AJP.0b013e31817bcb65
- Gil, K. M., Williams, D. A., Keefe, F. J. & Beckham, J. C. (1990). The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behavior Therapy*, 21(3), 349-362.

- Gilliland, R. (2004). Fibromyalgia. Recuperado en: <http://www.emedicine.com/pmr/topic47.htm>
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W. & Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain, 151*(2), 280-295. doi: 10.1016/j.pain.2010.06.011
- Goldenberg, D. L. (2009). Diagnosis and Differential Diagnosis of Fibromyalgia. *American Journal of Medicine, 122*(12Suppl), S14-S21. doi: 10.1016/j.amjmed.2009.09.007
- Goldenberg, D. L., Burckhardt, C. & Crofford, L. (2004). Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA, 292*(19), 2388–2395. doi: 10.1001/jama.292.19.2388
- González-Palau, F., Franco, M., Bamidis, P., Losada, R., Parra, E., Papageorgiou, S. G. & Vivas, A. B. (2014). The effects of a computer-based cognitive and physical training program in a healthy and mildly cognitive impaired aging sample. *Aging & Mental Health, 18*(7), 838–846. doi:10.1080/13607863.2014.899972
- González-Ramírez, M. T. & Landero-Hernández, R. (2010). Evaluación del estrés y el impacto de la fibromialgia después de autoaplicar técnicas cognitivo-conductuales. *Psicología desde el Caribe, 26*, 119-141.
- González, E., Elorza, J. & Failde, I. (2010). Fibromyalgia and psychiatric comorbidity: their effect on the quality of life patients. *Actas Españolas de Psiquiatría, 38*(5), 295-300.
- González, R. E. & Valbuena, N. A. (2013). Distorsiones Cognitivas, Ansiedad y Depresión en Personas Obesas. *Revista Iberoamericana de Investigación Aplicada, 1*(1), 22-30.
- Goubert, L., Crombez, G., Eccleston, C. & Devulder, J. (2004). Distraction from chronic pain

during a pain-inducing activity is associated with greater post-activity pain. *Pain*, 110(1-2), 220–227. doi: 10.1016/j.pain.2004.03.034

Gracely, R. H., Ceko, M. & Bushnell, M. C. (2012). Fibromyalgia and Depression. *Pain Research Treatment*, 2012(486590), 1-9. doi: 10.1155/2012/486590

Gracely, R. H., Geisser, M. E., Giesecke, T., Grant, M. A., Petzke, F., Williams, D. A. & Clauw, D. J. (2004). Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain*, 127(Pt 4), 835-843. doi: 10.1093/brain/awh098

Guymer, E. K., Maruff, P. & Littlejohn, G. O. (2012). Clinical characteristics of 150 consecutive fibromyalgia patients attending an Australian public hospital clinic. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 15(4), 348–357. doi: 10.1111/j.1756-185X.2012.01767.x

Hadjistavropoulos, H., Dash, H., Hadjistavropoulos, T., & Sullivan, T. L. (2007). Recurrent pain among university students: Contributions of self-efficacy and perfectionism to the pain experience. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 1081–1091. doi: 10.1016/j.paid.2006.09.013

Harkness, E. F., Macfarlane, G. J., Nahit, E., Silman, A. J. & McBeth, J. (2004). Mechanical injury and psychosocial factors in the work place predict the onset of widespread body pain: a two-year prospective study among cohorts of newly employed workers. *Arthritis & Rheumatism*, 50(5), 1655–1664. doi: 10.1002/art.20258

Häuser, W., Bernardy, K., Arnold, B., Offembächer, M., & Schiltenwolf, M. (2009). Efficacy of Multicomponent Treatment in Fibromyalgia Syndrome: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Clinical Trials. *Arthritis & Rheumatism*, 61(2), 216-224. doi: 10.1002/art.24276

- Hauser, W., Schmutzer, G., Brahler, E. & Glaesmer, H. (2009). A cluster within the continuum of biopsychosocial distress can be labeled ‘‘fibromyalgia syndrome’’ – evidence from a representative german population survey. *Journal of Rheumatology*, 36(12), 2806–2812. doi: 10.3899/jrheum.090579
- Hirsh, A. T., George, S. Z., Riley, J. L. & Robinson, M. E. (2007). An evaluation of the measurement of pain catastrophizing by the coping strategies questionnaire. *European Journal of Pain*, 11(1), 75. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.12.010
- Holliday, K. L. & McBeth J. (2011). Recent advances in the understanding of genetic susceptibility to chronic pain and somatic symptoms. *Current Rheumatology Reports*, 13(6), 521-527. doi: 10.1007/s11926-011-0208-4
- Homann, D., Stefanello, J. M., Góes, S. M., Breda, C. A., Paiva-Edos., S. & Leite, N. (2012). Stress perception and depressive symptoms: functionality and impact on the quality of life of women with fibromyalgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 52(3), 319-330. doi: 10.1590/S0482-50042012000300003
- Inanici, F. & Yunus, M. B. (2004). History of Fibromyalgia: Past to Present. *Current Pain and Headache Reports*, 8, 369–378.
- Jang, A. L., Hwang, S. K. & Kim, D. U. (2014). The effects of cognitive behavioral therapy in female nursing students with irritable bowel syndrome: a randomized trial. *European Journal of Gastroenterology Hepatology*, 26(8), 918-926. doi: 10.1097/MEG.0000000000000140
- Jensen, K. B., Petzke, F., Carville, S., Fransson, P., Marcus, H., Williams, S. C. R., Choy, E.,

Mainguy, Y., Gracely, R., Ingvar, M. & Kosek, E. (2010). Anxiety and Depressive Symptoms in Fibromyalgia Are Related to Poor Perception of Health but Not to Pain Sensitivity or Cerebral Processing of Pain. *Arthritis & Rheumatism*, 62(11), 3488-95.

Jensen, M. P., Turner, J. A. & Romano, J. M. (2007). Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain*, 131(1-2), 38-47. doi: 10.1016/j.pain.2006.12.007

Jensen, K. B., Petzke, F., Carville, S., Fransson, P., Marcus, H., Williams, S. C. R., Choy, E., Mainguy, Y., Gracely, R., Ingvar M. & Kosek, E. (2010). Anxiety and Depressive Symptoms in Fibromyalgia Are Related to Poor Perception of Health but Not to Pain Sensitivity or Cerebral Processing of Pain. *Arthritis & Rheumatism*, 62(11), 3488-3495. doi: 10.1002/art.27649

Jones, K. D. & Liptan, G. L. (2009). Exercise interventions in fibromyalgia: Clinical applications from the evidence. *Rheum Disease Clinic of North America*, 35(2), 373–391. doi: 10.1016/j.rdc.2009.05.004

De Jong, J. R., Vlaeyen, J. W., van Eijsden, M., Loo, C. & Onghena, P. (2012). Reduction of pain-related fear and increased function and participation in work-related upper extremity pain (WRUEP): Effects of exposure in vivo. *Pain*, 153(10), 2109-2018. doi: 10.1016/j.pain.2012.07.001

Jurado, C. G. (2009). Validación y Confiabilidad del “Registro de Opiniones”, basado en la Terapia Racional Emotiva. Tesis de Licenciatura. Escuela del Tepeyac. UNAM.

Keefe, F. J., Lipkus, I., Lefebvre, J. C, Hurwitz, H., Clipp, E., Smith, J. & Porter, L. (2003). The

social context of gastrointestinal cancer pain: A preliminary study examining the relation of patient pain catastrophizing to patient perceptions of social support and caregiver stress and negative responses. *Pain*, 103(1-2), 151-156.

Klemet, A., Häuser, W. & Brückle, W. (2008). Principles of treatment, coordination of medical care and patient education in fibromyalgia syndrome and chronic widespread. *Der Schmerz*, 22(3), 283–294. doi: 10.1007/s00482-008-0673-5

Kovacs, Z. & Kovacs, F. (2007). Depressive and anxiety symptoms, dysfunctional attitudes and social aspects in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 37(3), 245-255. doi: 10.2190/PM.37.3.a

Lami, M. J., Martínez, M. P., Miró, E. & Sánchez, A. I. (2013). Versión española de la "Escala de Catastrofización del Dolor": estudios psicométricos en mujeres sanas. *Psicología Conductual*, 21(1), 137-156.

Lawrence, R. C., Felson, D. T., Helmick C. G., Arnold, L. M., Choi, H., Deyo, R. A, Gabriel, S., Hirsch, R., Hochberg, M. C., Hunder, G. G., Jordan, J. M., Katz, J. N., Kremers, H. M., Wolfe, F. (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States, Part II. *Arthritis and Rheumatism*, 58(1), 26–35. doi: 10.1002/art.23176

Leeuw, M., Goossens, M. E., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J. W. S. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: Current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(1), 77–94. doi:10.1007/s10865-006-9085-0

Leung, L. (2012). Pain Catastrophizing: An Updated Review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(3), 204–217. doi: 10.4103/0253-7176.106012

- Liedberg, G. M., Eddy, L. L. & Burckhardt, C. S. (2012). Validity testing of the quality of life scale, Swedish version: Focus group interviews of women with fibromyalgia. *Occupational Therapy International Journal*, 19(4), 167–175. doi:10.1002/oti.1329
- Linton, S. J. & Shaw, W. S. (2011). Impact of Psychological Factors in the Experience of Pain, *Physical Therapy*, 91(5), 700-711. doi: 10.2522/ptj.20100330
- Londoño, N., Álvarez, C., López, P. & Posada, S. (2005). Distorsiones cognitivas asociadas al trastorno de ansiedad generalizada. *Informes Psicológicos*, 7, 123-136.
- Londoño, N., Lemos, M. & Zapata, J. A. (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes Psicológicos*, 9, 55-69.
- MacInnes, D. (2004). The theories underpinning rational emotive behavior therapy. *International Journal of Nursing Studies*, 41(6), 685-695. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.02.004
- Malin, K. & Littlejohn, G. O. (2015). Rumination modulates stress and other psychological processes in fibromyalgia. *European Journal of Rheumatology*, 2(4), 143–148. doi: 10.5152/eurjrheum.2015.0005
- Martínez, E., González, O. & Crespo J. M. (2003). Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud Global*, 4, 2-7.
- Martínez-Ferrero, P. (2010). Fibromialgia: Una nueva enfermedad o una antigua conocida. *Informaciones Psiquiátricas*, 199, 19-38.
- Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Miró, E., Medina, A. & Lami, M. J. (2011). The relationship between the fear-avoidance model of pain and personality traits in fibromyalgia patients.

Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 18(4), 380-391. doi: 10.1007/s10880-011-9263-2

Mease, P. J., Arnold, L. M., Bennett, R., Boonen, A., Buskila, D., Carville, S., Chappell, A., Choy, E., Clauw, D., Dadabhoy, D., Gendreau, M., Goldenberg, D., Littlejohn, G., Martin, S., Perera, P., Russell, I. J., Simon, L., Spaeth, M., Williams, D. & Crofford, L. (2007). Fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 34(6), 1415–1425.

Mease, P. J., Clauw, D. J., Arnold, L. M., Goldenberg, D. L., Witter, J., Williams, D. A., Simon, L. S., Strand, C. V., Bramson, C., Martin, S., Wright, T. M., Littman, B., Wernicke, J. F., Gendreau, M. & Crofford, L. J. (2005). Fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 32(11), 2270-2277.

Mease, P. J., Clauw, D. J., Gendreau, R. M., Rao, S. G., Kranzler, J., Chen, W. & Palmer, R. H. (2009). The efficacy and safety of milnacipran for treatment of fibromyalgia. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Rheumatology*, 36(2), 398–409. doi: 10.3899/jrheum.080734

Meeus, M. & Nijs, J. (2007). Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Clinical Rheumatology*, 26(4), 465-473. doi: 10.1007/s10067-006-0433-9

Merrick, D. & Sjolund, B. H. (2009). Patients' pretreatment beliefs about recovery influence outcomes of a pain rehabilitation program. *European Journal of Physical Rehabilitation Medicine*, 45(3), 391-401.

Minelli, A. & Vaona, A. (2012). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in the treatment of

fibromyalgia syndrome: a meta-analytic literature review. *Reumatismo*, 64(3), 151-157.
doi: 10.4081/reumatismo.2012.151

Mingote-Adán J. C., Ortiz-Ruibal, H. & Rebolledo-Carmona R. (2002). Aspectos psicológicos del dolor. *FMC*, 5, 16-29.

Moix, J., Kovacs, F. M., Martín, A., Plana, M. N. & Royuela, A. (2011). Catastrophizing, state anxiety, anger, and depressive symptoms do not correlate with disability when variations of trait anxiety are taken into account: A study of chronic low back pain patients treated in Spanish pain units. *Pain Medicine*, 12(7), 1008–1017. doi:10.1111/j.1526-4637.2011.01155.x

Moldovan, R. (2009). An analysis of the impact of irrational beliefs and illness representation in predicting distress in cancer and type II diabetes patients. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 8(2), 179-193.

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.

Moretti, L. S. (2010). Variables Cognitivas Implicadas en la Experiencia de Dolor Crónico. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(3), 21-29.

Moretti, L. S. (2011). Dolor y cogniciones: ¿reciprocidad e influencia?: Una aproximación al estudio científico del dolor crónico y su relación con las cogniciones. Alemania: Académica Española.

Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista M. P. (2014). Metodología de la investigación. México:

McGraw-Hill.

Mork, P. J., Vasseljen, O. & Nilsen, T. I. (2010). The association between physical exercise, body mass index, and risk of fibromyalgia: longitudinal data from the Norwegian HUNT study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 62(5), 611–617. doi: 10.1002/acr.20118

Morley S. (2011). Efficacy and effectiveness of cognitive behavior therapy for chronic pain: progress and some challenges. *PAIN*, 152(3 Suppl), S99–S106. doi: 10.1016/j.pain.2010.10.042

Morris, L. D., Grimmer-Somers, K. A., Spottiswoode, B. & Louw, Q. A. (2011). Virtual reality exposure therapy as treatment for pain catastrophizing in fibromyalgia patients: proof-of-concept study (Study Protocol). *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1), 85. doi: 10.1186/1471-2474-12-85

Moyano, M., Furlan, L. & Piemontesi, S. E. (2011). Análisis Factorial Exploratorio del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA). *Técnicas y procesos de evaluación psicológica*, 84-87.

Nicholas, M. K., Linton, S. J., Watson, P. J. & Main, C. J, the “Decade of the Flags” Working Group. (2011). Early identification and management of psychological risk factors (“yellow flags”) in patients with low back pain: a reappraisal. *Physical Therapy*, 91(5), 737–753. doi: 10.2522/ptj.20100224

Nieto, R., Miró, J., Huguet, A. & Saldaña, C. (2011). Are coping and catastrophizing independently related to disability and depression in patients with whiplash associated disorders? *Disability and Rehabilitation*, 33(5), 389–398.

doi:10.3109/09638288.2010.491576

- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H. A. M., de Boer, A. G. E. M., Blonk, R. W. B., & van Dijk, F. J. H. (2010). Irrational Beliefs in Employees with an Adjustment, a Depressive, or an Anxiety Disorder: A Prospective Cohort Study. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 28(2), 57–72. doi: 10.1007/s10942-007-0075-0
- Nijs, S., van Wilgen, P. C., Van Oosterwijck, J., van Ittersum, M. & Meeus, M. (2011). How to explain central sensitization to patients with ‘unexplained’ chronic musculoskeletal pain: Practice guidelines. *Manual Therapy*, 16(5), 413-418. doi: 10.1016/j.math.2011.04.005
- Nordahl, H. M. & Stiles, T. C. (2007). Personality styles in patients with fibromyalgia, major depression and healthy controls. *Annals of General Psychiatry*, 9, 6-9. doi: 10.1186/1744-859X-6-9
- Olmedilla, A., Ortega E. & Abenza, L. (2013). Validación de la escala de catastrofismo ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en deportistas españoles. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 13(1), 83-93.
- Pastor, M. A., López-Roing, S., Johnston, M., García, R. & Daza, P. (2012). Clinical self-efficacy and illness beliefs in ambiguous chronic pain conditions: General Practitioners’ management of Fibromyalgia. *Anales de Psicología*, 28(2), 417-425. doi: 10.6018/analesps.28.2.135291
- Pérez de Heredia-Torres, M., Huertas-Hoyas, E., Máximo-Bocanegra, N., Palacios-Ceña, D. & Fernández-De-Las-Peñas, C. (2016). Cognitive performance in women with fibromyalgia: A case–control study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(5), 329-337. doi:

10.1111/1440-1630.12292

Perrot, S. (2012). If fibromyalgia did not exist, we should have invented it. A short history of a controversial syndrome. *Reumatismo*, 64(4), 186-193. doi: 10.4081/reumatismo.2012.186

Perrot, S., Choy, E., Petersel D., Ginovker, A. & Kramer, E. (2012). Survey of physician experiences and perceptions about the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *BMC Health Services Reserch*, 12, 356. doi: 10.1186/1472-6963-12-356

Perrot, S., Dickenson, A. H. & Bennett, R. M. (2008). Fibromyalgia: Harmonizing Science with Clinical Practice Considerations. *Pain Practice*, 8(3), 177-189. doi:10.1111/j.1533-2500.2008.00190.x

Polo, I. & Amar, J. (2006). Distorsiones cognitivas en los grupos drogodependientes con diagnóstico dual. *Revista Psicogente*. 9(15), 119-134.

Quartana, P. J., Buenaver, L. F., Edwards, R.R., Klick, B., Haythornthwaite, J. A. & Smith, M. T. (2010). Pain catastrophizing and salivary cortisol responses to laboratory pain testing in temporomandibular disorder and healthy participants. *The Journal of Pain*, 11(2), 186-194. doi: 10.1016/j.jpain.2009.07.008

Restrepo-Medraño J. C. & Rojas J. G. (2011). Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de enfermería?. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(2), 305-314.

Rivera, J., Alegre, C., Ballinac, F. J., Carbonell, J., Carmonae, L., Castelf, B., Colladog, A., Esteveh, J. J., Martínezi, 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(Supl1), 55-66. doi: 10.1016/S1699-258X(06)73084-4

- Rocha, M. & Benito, E. (2006). La fibromialgia: Fundamentos y tratamiento. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 4, 3-18.
- Rodríguez, R., Azevedo, A. A. & Oliveira, P.M. (2009). Correlation analysis of the visual-analogue scale and the Tinnitus Handicap Inventory in tinnitus patients. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 75(1), 76-79.
- Rodríguez-Muñiz, R. M., Orta-González, M. A. & Amashta-Nieto, L. (2010). Cuidados de enfermería a los pacientes con fibromialgia. *Enfermería Global*, 19(2), 1-16.
- Ruiz, J. J. & Luján, J. E. (1991) La terapia Cognitiva y los pensamientos Automáticos. Disponible en: <http://www.psicologia.online.com/ESMUbeda/.libros/.htm>
- Ruiz, J. J. & Luján, J. E. (1991). Manual de Psicoterapia Cognitiva: Inventario de pensamientos automáticos. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/SentirseMejor/sentirse2.htm>
- Schütze, R., Rees, C., Preece, M. & Schütze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear avoidance model of chronic pain. *Pain*, 148(1), 120-127. doi: 10.1016/j.pain.2009.10.030
- Shuster, J., McCormack, J., Riddell, R. P., & Toplak, M. E. (2009). Understanding the psychosocial profile of women with fibromyalgia syndrome. *Pain Research & Management*, 14(3), 239–245.
- Smith, H. S., Harris, R. & Clauw, D. (2011). Fibromyalgia: An Afferent Processing Disorder Leading to a Complex Pain Generalized Syndrome. *Pain Physician*, 14, E217-E245.

- Smith, T. W., Christensen, A. J., Peck, J. R. & Ward, J. R. (1994). Cognitive distortion, helplessness, and depressed mood in rheumatoid arthritis: a four year longitudinal analysis. *Health Psychology, 13*(3), 213-217.
- Sommer, C., Häuser, W., Burgmer, M., Engelhardt, R., Gerhold, K., Petzke, F., Schmidt-Wilcke, T., Späth, M., Tölle, T., Üçeyler, N., Wang, H., Winkelmann, A. & Thieme, K. (2012) Etiology and pathophysiology of fibromyalgia syndrome. *Schmerz, 26*(3), 259-267. doi: 10.1007/s00482-012-1174-0
- Soucase, B., Monsalve, V., Soriano J. F. & de Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia, *Revista de la Sociedad Española del Dolor, 11*(6), 353-359.
- Spaeth, M. & Briley, M. (2009). Fibromyalgia: a complex syndrome requiring a multidisciplinary approach, *Human Psychopharmacology, 24*(Suppl1), S3-S10. doi: 10.1002/hup.1030
- Stanculete, M. F., Matu, S., Pojoga, C. & Dumitrascu, D. L. (2015). Coping Strategies and Irrational Beliefs as Mediators of the Health-Related Quality of Life Impairments in Irritable Bowel Syndrome, *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases, 24*(2), 159-164. doi: 10.15403/jgld.2014.1121.242.strt
- Stroud, M. W., Thorn, B. E., Jensen, M. P. & Boothby, J. L. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain, 84*(2-3), 347-352.
- Sullivan, M. J. L. (2009). The Pain Catastrophizing Scale. User Manual. Departments of Psychology, Medicine, and Neurology School of Physical and Occupational Therapy

McGill University.

Sullivan, M. J. L., Sullivan, M. E. & Adams, H. M. (2002). Stage of chronicity and cognitive correlates of pain related disability. *Cognitive Behavior Therapy*, 32(3), 111-118.

Suso-Ribera, C., Jornet-Gibert, M., Ribera, M. V., McCracken, L. M., Maydeu-Olivares, A. & Gallardo-Pujol, D. (2016). There's More Than Catastrophizing in Chronic Pain: Low Frustration Tolerance and Self-Downing Also Predict Mental Health in Chronic Pain Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 23(2), 192-206. doi: 10.1007/s10880-016-9454-y

Thieme, K. & Gracely, R. H. (2009). Are psychological treatments effective for fibromyalgia pain?. *Current Rheumatology Reports*, 11(6), 443–450. doi: 10.1007/s11926-009-0065-6

Thieme, K. & Turk, D. C. (2012). Cognitive-behavioral and operant-behavioral therapy for people with fibromyalgia, *Reumatismo*, 64(4), 275-285. doi: 10.4081/reumatismo.2012.275

Thieme, K., Turk, D. C. & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 837-844. doi: 10.1097/01.psy.0000146329.63158.40

Toner, B. B. (2005). Cognitive-behavioral treatment of irritable bowel syndrome. *CNS Spectrums*, 10(11), 883-890. doi: 10.1017/S1092852900019854

Treviño, A., Solano, M.C. & Siles, J. (2014). La cronicidad de la fibromialgia: Una revisión de la literatura. *Enfermería Global*, 13(3), 273-192. doi: 10.6018/eglobal.13.3.182621

Truyols, M. M., Pérez, J., Medina, M. M., Palmer, A. & Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos

relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19(3), 295-320.

Turner, J. A., Jensen, M. P. & Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain?, *Pain*, 85(1-2), 115-125.

Ubago-Linares M.C., Ruiz-Pérez, I. & Bermejo-Pérez, M. J. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Española de Salud Pública*, 79(6), 683–695.

Umeda, M., Corbin, L. W. & Maluf, K. S. (2013). Preliminary investigation of absent nociceptive flexion reflex responses among more symptomatic women with fibromyalgia syndrome. *Rheumatology International*, 33(9), 2365-2372. doi: 10.1007/s00296-013-2725-0

Van Damme, S., Crombez, G. & Eccleston, C. (2002). Retarded disengagement from pain cues: the effects of pain catastrophizing and pain expectancy. *Pain*, 100(1-2), 111–118.

Van Damme, S., Crombez, G. & Eccleston, C. (2004). Disengagement from pain: the role of catastrophic thinking about pain. *Pain*, 107, 70–76. doi: 10.1016/j.pain.2003.09.023

Van Houdenhove, B. & Egle, U. T. (2004). Fibromyalgia: a stress disorder? Piecing the biopsychosocial puzzle together. *Psychother Psychosom*, 73(5), 267–275. doi: 10.1159/000078843

Van Koulil, S., Effting, M., Kraaimaat, F. W., van Lankveld, W., van Helmond, T., Cats, H., van Riel, P. L., de Jong, A. J., Haverman, J. F. & Evers, A. W. (2007). Cognitive-behavioral therapies and exercise programmes for patients with fibromyalgia: state of the art and future directions. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 66(5), 571–581. doi: 10.1136/ard.2006.054692

- van Wilgen, C., van Ittersum, M., Kaptein, A. & van Wijhe, M. (2008). Illness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthritis and Rheumatism*, 58(11), 3618-3626. doi: 10.1002/art.23959
- Villanueva V. L., Valía J. C., Cerdá G., Monsalve V., Bayona M. J. & de Andrés, J. (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11, 430-443.
- Vlaeyen, J. W. & Linton, S. J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, 153(6), 1144-1147. doi: 10.1016/j.pain.2011.12.009
- Vowles, K. E., McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance and catastrophizing. *Eur J Pain*, 11(7), 779–787. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.12.007
- Vural, M., Berkol, T. D., Erdogdu, Z., Kucukserat, B. & Aksoy, C. (2014). Evaluation of personality profile in patients with fibromyalgia syndrome and healthy controls, *Modern Rheumatology*, 24(5), 823-828. doi: 10.3109/14397595.2013.868069
- Wade, J. B., Riddle, D. L. & Thacker, L. R. (2012). Is pain catastrophizing a stable trait or dynamic state in patients scheduled for knee arthroplasty?. *The Clinical Journal of Pain*, 28(2), 122–128. doi: 10.1097/AJP.0b013e318226c3e2
- White, K. P., Carrette, S., Harth, M., Teasell, R. W. (2000). Trauma and fibromyalgia: Is there an association and what does it mean?. *Arthritis & Rheumatism*, 29(4), 200-216. doi: 10.1016/S0049-0172(00)8009-8
- Wideman, T. H. & Sullivan, M. J. L. (2011). Differential predictors of the long-term levels of

pain intensity, work disability, healthcare use, and medication use in a sample of workers' compensation claimants. *Pain*, 152(2), 376-383. doi: 10.1016/j.pain.2010.10.044

Williams, A. C. C. & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain, *PAIN*, 157(11), 2440-2423. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000613

Wolfe, F. (2010). New American College of Rheumatology criteria for fibromyalgia: a twenty-year journey. *Arthritis Care and Research*, 62(5), 583–584.

Wolfe, F., Hassett, A.L., Walitt, B. & Michaud, K. (2011). Mortality in Fibromyalgia: A Study of 8,186 Patients Over Thirty-Five Years. *Arthritis Care & Research*, 63(1), 94–101. doi: 10.1002/acr.20301

Wolfe, F., Brähler, E., Hinz, A. & Häuser, W. (2013). Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. *Arthritis Care and Research* (Hoboken), 65(5), 777–785. doi: 10.1002/acr.21931.

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J. & Winfield, J. B. (2011). Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 38(6), 1113–1122. doi: 10.3899/jrheum.100594

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M., Goldenberg, D. L., Katz, R., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B. & 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., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., Clark, P., Fam, A. G., Farber, S. J., Fiechtner, J. J., Franklin, C. M., Gatter, R. A., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A. S., Masi, A. T., McCain, G. A., Reynolds, W. J., Romano, T. J., Russell, I. J. & Sheon, R. P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2), 160-172.

Wong, W. S., Williams, D. A., Mak, K. H. & Fielding, R. (2011). Assessing attitudes toward and beliefs about pain among Chinese patients with chronic pain: Validity and reliability of the Chinese version of the Pain Beliefs and Perceptions Inventory (ChPBPI). *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(2), 308–318. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.10.263

Woolf, C. J. (2011). Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. 152(3 Suppl), S2-S15. doi: 10.1016/j.pain.2010.09.030

Wuytack, F. & Miller P. (2011). The lived experience of fibromyalgia in female patients, a phenomenological study. *Chiropractic & Manual Therapies*, 19, 22. doi: 10.1186/2045-709X-19-22

Zafra-Polo, M. T., Pastor-Mina, M. A. & López-Roing, S. (2014). Autoeficacia, Catastrofismo, Miedo al Movimiento y resultados de salud en la Fibromialgia. *Anales de Psicología*, 30(1), 104-113. doi: 10.6018/analesps.30.1.15154

ANEXO 1

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

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

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

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

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

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo _____ con número de expediente _____ acepto participar en el estudio titulado:

Creencias irracionales, distorsiones cognitivas y catastrofización ante el dolor en pacientes con síndrome de fibromialgia.

Nombre y firma del paciente o responsable legal

Nombre, y firma del testigo 1

Dirección

Relación que guarda con el paciente

Nombre, y firma del testigo 2

Dirección

Relación que guarda con el paciente

Nombre y firma del Investigador Principal

Nombre y firma de quien aplica el consentimiento informado

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

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

“Ni tu peor enemigo puede dañarte tanto como tus propios pensamientos”

-Buda