

Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: Efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal

J. García-Campayo¹, P. Arnal², H. Marqués³, E. Meseguer²,
A. Martínez³, C. Navarro², C. Mínguez³, A. Romeo⁴, F. Orozco⁵.

Resumen

Objetivo. Valorar el impacto de un programa de psicoeducación sanitaria sobre la calidad de vida en pacientes con fibromialgia, evaluando si existen diferencias entre una intervención grupal o individual.

Diseño. Estudio controlado randomizado.

Emplazamiento. Dos centros de salud de la ciudad de Zaragoza. **Participantes.** Pacientes diagnosticadas de fibromialgia (N= 94) que no padecen enfermedades reumatológicas graves. **Intervenciones.** Grupo de control (N=32): Se les realizó el tratamiento habitual de sus médicos de familia sin ninguna intervención específica. Grupo de Intervención Grupal (N=29): Se les realizó, durante 6 semanas, una sesión semanal en grupos de 45 minutos de duración sobre psicoeducación sanitaria acerca de su enfermedad. Grupo de Intervención Individual (N=31): Se les citó de forma individual en la consulta, una vez a la semana durante 6 semanas, en sesiones de 30 minutos realizando también psicoeducación sanitaria.

Mediciones principales. Cuestionario de calidad de vida SF-36 y escala analógica visual del EUROQOL.

Resultados. El grupo de intervención (suma de la grupal y la individual) muestra mejorías significativas en todos los ítems del SF-36 y en la escala visual del Euroqol. Cuando se comparan las dos intervenciones, grupal e individual, se confirma que la grupal es más efectiva a nivel general (escala visual del Euroqol) y en ítem limitación emocional.

Conclusiones. La intervención psicoeducativa grupal es más efectiva que la individual y ambas son más efectivas que el tratamiento habitual en fibromialgia.

Palabras clave: Fibromialgia. Tratamiento. Atención primaria.

¹Psiquiatra y Profesor Asociado, Hospital Miguel Servet y Universidad de Zaragoza.

²Médico de Familia, C.S. Valdefierro. Zaragoza.

³Médico de Familia, C.S. Actur Sur. Zaragoza.

⁴Médico tutor de Medicina de Familia, CSAImozara, Zaragoza.

⁵Médico tutor de Medicina de Familia, C.S.Valdefierro. Zaragoza.

Correspondencia: Dr. D. Javier García Campayo
Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Miguel Servet
Avda. Isabel La Católica, 1
50009 Zaragoza
E-mail: jgarcamp@arrakis.es

Summary

Aim. *To assess the impact of a psychoeducative program on quality of life in fibromyalgia patients, evaluating the differences between individual and group therapy.*

Design. *Randomized controlled trial.*

Setting. *Two health centres in Zaragoza.*

Participants. *Patients diagnosed of fibromyalgia (N= 94) who do not suffer from severe rheumatologic disorders.* **Interventions.** *Control group (N= 32). They are administered treatment as usual. Group therapy intervention group (N=29). They are administered a 45-minute session on health education on fibromyalgia once a week for 6 weeks. Individual therapy group (N= 31). They are administered a 30-minute session on health education on fibromyalgia once a week for 6 weeks.*

Measures. *Questionnaire SF-36 of quality of life and analogue visual scale from Euroqol.*

Results. *Intervention group (individual plus group therapy) show significative improvement in all SF-36 items and in Euroqol analogue visual scale. When comparing group and individual intervention therapy groups, group intervention is more effective than individual one in Euroqol visual analogue scale and in SF-36 emotional limitation domain.*

Conclusions. *Group psychoeducative intervention in fibromyalgia is more efective than individual intervention. Psychoeducative intervention is more effective than treatment as usual.*

Key words: Fibromyalgia. Treatment. Primary care.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es un síndrome caracterizado por la aparición de un estado de dolor músculo esquelético generalizado de carácter crónico. Este dolor no puede ser explicado por la presencia de trastornos degenerativos o inflamatorios y los pacientes presentan una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos (*tender points*). Frecuentemente se asocia a otros síntomas, como fatiga, rigidez matutina, sueño no reparador, ansiedad y/o depresión. Se trata de un problema frecuente en la práctica clínica. Su prevalencia, aunque varía en dependencia de los estudios consultados, se acepta que se sitúa en el 2-4% de la población general. La edad de presentación media varía entre los 34 y los 57 años, aumentando la prevalencia con la edad. Todos los estudios coinciden en que la fibromialgia es, al menos, ocho veces más frecuente en mujeres que en hombres. La mayoría de los autores concluye que la fisiopatogenia del síndrome Fibromialgia es multifactorial (alteraciones a nivel periférico y a nivel central), que suponen un trastorno de los mecanismos de percepción del dolor, condicionando una hiperalgesia ante los estímulos mecánicos.

En 1990, The American College of Rheumatology (ACR) formuló unos criterios diagnósticos que permitieron la identificación de los pacientes fibromiálgicos con una sensibilidad del 88,4% y una especificidad del 81,1%. Estos criterios, que incluyen la existencia de 11 o más de los 18 puntos sensibles (*tender points*) con dolor moderado o severo, en presencia de un dolor generalizado de más de tres meses de evolución, constituyen la forma más segura de diagnóstico de Fibromialgia. La psicopatología en los pacientes con Fibromialgia es fundamental, debido a que todos los autores consultados están de acuerdo en la existencia de factores psicológicos y psicosociales en el proceso, siendo una condición asociada y no la causa del proceso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoció como enfermedad en 1992 y ha sido clasificada en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M 79.0. En la actualidad, constituye un importante problema sanitario, y tanto la OMS como la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) están desarrollando programas para mejorar las intervenciones terapéuticas en todo el mundo. El abordaje terapéutico actual de este síndrome se basa en terapias farmacológicas

(antidepresivos y benzodiazepinas entre otros) y no farmacológicas (educación sanitaria, terapias cognitivo-conductuales y medidas físico-rehabilitadoras).

Al no existir actualmente ningún tratamiento que por sí solo resulte efectivo, el abordaje de estos pacientes debe basarse en un programa multidisciplinario. Teniendo en cuenta la insatisfacción que el tratamiento farmacológico genera en el paciente y en el profesional sanitario, así como el elevado coste económico y social que esta enfermedad supone (alta frecuentación, bajas laborales, pruebas diagnósticas...) se plantean actualmente, como tratamiento de primer nivel, programas de educación sanitaria desarrollados en atención primaria, cuyos primeros resultados parecen prometedores.

El objetivo de este trabajo es valorar el impacto de un programa de educación sanitaria sobre la calidad de vida en pacientes con fibromialgia, evaluando también si existen diferencias entre una intervención grupal o individual.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Diseño: Estudio controlado randomizado.
- Emplazamiento: Dos centros de salud, Valdeferro y Almozara, de la ciudad de Zaragoza. Ambos son docentes y de ámbito urbano.
- Participantes: Mujeres de ambos centros que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: 1.- Diagnosticadas de fibromialgia por un reumatólogo según los criterios del *American College of Rheumatology*. 2.- Mayor de 18 años. 3.- Otorga consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: 1.- Presentar patología reumatológica concomitante grave. 2.- Edad superior a 70 años. Se obtuvo una muestra de N= 94 pacientes.
- Proceso: En base a los diagnósticos que constaban en la historia clínica, fueron citadas mediante llamada telefónica. Tras solicitar el consentimiento informado todas, excepto dos, aceptaron participar en el estudio. Fueron citadas de forma individual, con objeto de recoger variables sociodemográficas (edad, situación laboral, estado civil, nivel de estudios...), tratamiento farmacológico actual y tiempo de evolución de los sínto-

mas. La frecuentación en los últimos 12 meses se obtuvo de la historia clínica. Después de la toma de datos, se les administró, mediante entrevista personal, el cuestionario sobre calidad de vida SF-36 así como la escala analógica del EURO-QOL. Posteriormente, se distribuyó la muestra, mediante números aleatorios generados por ordenador, en tres grupos de 15 personas en cada uno y en cada centro, dos de ellos de intervención y un tercero control. Una vez terminadas las sesiones, citamos de nuevo a todas las integrantes del estudio y volvimos a pasar los test de calidad de vida. La evaluación de los tests psicológicos la realizan investigadores diferentes a los que practicaron la intervención.

- Intervenciones:

Grupo de control (N=32): Se les realizó el tratamiento habitual de sus médicos de familia sin ninguna intervención específica (*treatment as usual*).

Grupo de Intervención Grupal (N=29): Se les realizó durante un mes y medio (6 semanas), una sesión semanal en grupo de 45 minutos de duración sobre educación sanitaria acerca de su enfermedad.

Grupo de Intervención Individual (N=31): Se les citó de forma individual en la consulta una vez a la semana (6 semanas), en sesiones de 30 minutos.

El contenido expuesto en las sesiones se elaboró mediante revisión de múltiples guías de educación sanitaria, específicamente diseñadas para pacientes. Se explicaban varios puntos relativos a esta enfermedad de una forma clara, (qué es la enfermedad, por qué se produce, cuales son sus síntomas, cómo se diagnostica y qué podemos hacer para tratarla) dando a las participantes la posibilidad de expresar todas las dudas que les surjan o que ya tuvieran respecto a su enfermedad. Todas las personas encargadas de poner en común la información fueron adiestradas y posteriormente validadas, tanto en intervenciones grupales como de forma individualizada, realizando role-playings que quedaron grabados en vídeo, con objeto de analizar, corregir y uniformar las intervenciones.

- Medidas principales: El SF-36 es un instrumento para evaluar la calidad de vida relacionada

con la salud, conceptualmente basado en un modelo bidimensional de salud: física y mental. Consta de 36 ítems que se agrupan en ocho escalas: funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Las ocho escalas se agrupan a su vez en dos medidas sumarias: salud física y salud mental. Todas las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 0 y 100. No existen puntos de corte: a mayor puntuación, mejor calidad de vida. El EuroQol fue diseñado con la intención de obtener un instrumento estandarizado y genérico para la evaluación de la calidad de vida relacionado con la salud, que permitiera el intercambio de datos entre los diferentes países. Consta de dos partes. En este estudio únicamente hemos utilizado la segunda de ellas, que consiste en una escala analógico-visual representada mediante una línea vertical de 20 cm de longitud y graduada del 0 (peor estado de salud imaginable) al 100 (mejor estado de salud imaginable). El paciente ha de marcar en dicha escala el punto que mejor represente su estado de salud global en el día de la entrevista.

- **Análisis estadístico:** Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS. Para las variables cuantitativas, al ser las muestras pequeñas y que su distribución con respecto a las distintas variables analizadas podría no ser homogénea en los grupos, se realizaron pruebas de homogeneidad de los tres grupos (Chi-cuadrado de Pearson, Razón de Verosimilitud, Asociación Lineal). Se han realizado pruebas de homogeneidad de la varianza (estadístico de Levene). Para las variables cualitativas se emplearon los mismos estadísticos para comparar la terapia individual con la grupal (Chi-cuadrado de Pearson, Corrección de continuidad, Razón de Verosimilitud, Asociación lineal y Estadístico exacto de Fisher). Las mismas comparaciones se realizaron en el grupo control con respecto al grupo tratado (individual+grupal).

RESULTADOS

Características basales de la muestra: La tabla 1 muestra las características de la muestra con respecto a las distintas variables, en cada uno de los grupos y en el total de la muestra.

En la Tabla 2, se muestran los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario sobre calidad de vida (SF-36), y la escala analógica del EURO-QOL, a cada uno de los Grupos y al total de la Muestra.

En los valores basales no encontramos diferencias significativas en ninguna variable.

Datos post-tratamiento: Se realizaron comparaciones de la diferencia de las medias post-intervención y pre-intervención para cada uno de los tres grupos (control, individual y grupal), utilizando para ello la prueba de la t para grupos apareados, con los resultados que se indican en las tres tablas siguientes.

Como puede comprobarse, solo se aprecia diferencias significativas en la Tabla 3 en la variable “Salud General” ($P = 0,042$), y “Función Social” ($P = 0,033$), apenas perceptibles porque el límite inferior del intervalo de confianza esta cercano a 0.

En la Tabla 4, todas las variables presentan diferencias significativas, con mejorías importantes según atestiguan los intervalos de confianza.

En la Tabla 5, todas las variables presentan diferencias significativas, con diferencias importantes en algunas de ellas, y muy parecidas a las halladas en el otro grupo de tratamiento.

- **Comparación de grupos:** Se comparó las diferencias de las medias obtenidas en el grupo control y en el grupo de los tratados, utilizándose la prueba de la t de student.

Como se ve en la Tabla 6, todas las variables presentan diferencias significativas, siendo la diferencia mas importante en la variación de la “Escala Analógica -Visual”.

Se comparó, así mismo, las diferencias de las medias obtenidas en el grupo de terapia individual y en el grupo de terapia grupal, utilizándose la prueba de la t, para comparación de medias.

Como se ve en la Tabla 7, de todas las variables, solo presentaban diferencias significativas la “Limitación Emocional” ($P = 0,035$) en pequeña cantidad, ya que el intervalo de confianza casi incluye el “0”; y “Escala Analógico-Visual” ($P = 0,012$) que presenta diferencias apreciables (intervalo de confianza a favor de la terapia grupal entre 2,14 y 16,58 de diferencias de medias).

Tabla 1
Características basales de los pacientes, globales y por grupos

Característica	Muestra (N = 92)	Control (N = 32)	Individual (N = 31)	Grupal (N = 29)
Edad-años (Media ± DE)	49,89 ± 9,95	50 ± 10,82	50,16 ± 8,56	49,48 ± 10,64
Estado Civil (n - %)				
Casadas	74 (80,4%)	24 (75%)	27 (87,1%)	23 (79,3%)
Solteras	3 (3,3%)	3 (9,4%)	0 (0%)	0 (0%)
Viudas	9 (9,8%)	3 (9,4%)	3 (9,7%)	3 (10,3%)
Divorciadas	6 (6,5)	2 (6,3%)	1 (3,2%)	3 (10,3%)
Estudios (n - % Válido)				
Sin Estudios	17 (18,4%)	6 (18,7%)	6 (19,3%)	5 (17,2%)
Primarios	55 (59,7%)	19 (59,3%)	18 (58%)	18 (62%)
Secundarios	19 (20,6%)	7 (21,8%)	6 (19,3%)	6 (20,6%)
Universitarios	1 (1 %)	0 (0%)	1 (3,2%)	0 (0%)
Situación Laboral (n - %)				
No Activa	51 (55,4%)	20 (62,5%)	18 (58,1%)	13 (44,8%)
Activa	41 (44,6%)	12 (37,5%)	13 (41,9%)	16 (55,2%)
Antecedentes de Depresión o Ansiedad (n - %)				
No	26 (28,3%)	10 (31,3%)	9 (29%)	7 (24,1%)
Sí	66 (71,7%)	22 (68,8%)	22 (71%)	22 (75,9%)
En Tratamiento Actualmente (n - %)				
No	8 (8,7%)	3 (9,4%)	2 (6,5%)	3 (10,3%)
Sí	84 (91,3%)	29 (90,6%)	29 (93,5%)	26 (89,7%)
Toman Analgésicos (n - %)				
No	23 (25%)	7 (21,9%)	8 (25,8%)	8 (27,6%)
Sí	69 (75%)	25 (78,1%)	23 (74,2%)	21 (72,4%)
Toman Miorrelajantes (n - %)			

No	80 (87%)	28 (87,5%)	29 (93,5%)	23 (79,3%)
Sí	12 (13%)	4 (12,5%)	2 (6,5%)	6 (20,7%)
Toman Antidepresivos (n - %)				
No	46 (50%)	11 (34,3%)	11 (35,5%)	14 (48,3%)
Sí	46 (50%)	21 (65,6%)	20 (64,5%)	15 (51,7%)
Toman Ansiolíticos (n - % Válido)				
No	70 (76,9%)	23 (74,2%)	24 (77,4%)	23 (79,3%)
Sí	21 (23,1%)	8 (25,8%)	7 (22,6%)	6 (20,7%)
Desconocido	1	1		
Tiempo de Evolución de los Síntomas (n - %)				
< de 1 año	3 (3,3%)	2 (6,3%)	1 (3,2%)	0 (0%)
De 1 a 5 años	34 (37%)	11 (34,4%)	10 (32,3%)	13 (44,8%)
De 5 a 10 años	28 (30,4%)	11 (34,4%)	10 (32,3%)	7 (24,1%)
> de 10 años	27 (29,3%)	8 (25%)	10 (32,3%)	9 (31%)
Frecuentación (Visitas Médicas Último año) (Media ± DE)	11,83 ± 10,31	11,78 ± 10,71	10,13 ± 9,69	13,69 ± 10,54

Tabla 2
Resultados de los test de Calidad, globales y por grupos

ITEMS DEL SF-36	Muestra (N = 92)	Control (N = 32)	Individual (N = 31)	Grupal (N = 29)
Salud General (Media ± DE)	42,87 ± 13,63	40,34 ± 10,66	45,58 ± 12,63	42,76 ± 17,07
Dolor (Media ± DE)	39,68 ± 18,13	38,38 ± 18,21	40,74 ± 16,60	40 ± 20,07
Función Física (Media ± DE)	65,32 ± 13,74	64,72 ± 15,30	66,58 ± 13,25	64,62 ± 12,81
Limitación Física (Media ± DE)	61,02 ± 16,77	62,38 ± 16,75	59,58 ± 17,55	61,07 ± 16,39
Limitación Emocional (Media ± DE)	74,90 ± 23,14	79,59 ± 22,73	71,35 ± 22,04	73,52 ± 24,62
Función Social (Media ± DE)	60,28 ± 25,43	63,75 ± 25,50	59,23 ± 24,71	57,59 ± 26,55
Vitalidad (Media ± DE)	34,87 ± 17,79	36,69 ± 21,65	35,87 ± 16,44	31,79 ± 14,34
Salud Mental (Media ± DE)	53,54 ± 17,49	54,16 ± 20,92	54,71 ± 15,19	51,62 ± 16,04
Escala Analógico-Visual (Media ± DE)	41,79 ± 19,24	42,19 ± 21,88	45,81 ± 18,17	37,07 ± 16,66

Tabla 3
Comparación de puntuaciones medias pre-intervención y post-intervención, en el grupo control

ITEMS DEL SF-36	Post-intervención (Media ± DE)	Pre-intervención (Media ± DE)	Intervalo de Confianza de la diferencia (95%)		Significación Bilateral
			Inferior	Superior	
Salud General	43,75 ± 13,85	40,34 ± 10,66	0,14	6,68	0,042*
Dolor	41,81 ± 17,88	38,38 ± 18,21	-0,53	7,40	0,087
Función Física	65,84 ± 15,92	64,72 ± 15,30	-1,02	3,27	0,293
Limitación Física	60,69 ± 14,60	62,38 ± 16,75	-6,91	3,53	0,514
Limitación Emocional	76,28 ± 23,49	79,59 ± 22,73	-9,25	2,63	0,264
Función Social	67,34 ± 24,26	63,75 ± 25,50	0,32	6,87	0,033*
Vitalidad	38,50 ± 21,53	36,69 ± 21,65	-0,93	4,56	0,188
Salud Mental	54,19 ± 20,84	54,16 ± 20,92	-1,84	1,90	0,973
Escala Analógico-Visual	40,63 ± 21,69	42,19 ± 21,88	-5,36	2,23	0,407

Tabla 4
Comparación de puntuaciones medias pre-intervención y post-intervención, en el grupo de terapia individual

ITEMS DEL SF-36	Post-intervención (Media ± DE)	Pre-intervención (Media ± DE)	Intervalo de Confianza de la diferencia (95%)		Significación Bilateral
			Inferior	Superior	
Salud General	53,87 ± 12,57	45,58 ± 12,63	4,77	11,82	0,000
Dolor	54,87 ± 13,12	40,74 ± 16,60	8,78	19,48	0,000
Función Física	76 ± 11,20	66,58 ± 13,25	6,60	12,24	0,000
Limitación Física	70,26 ± 17,60	59,58 ± 17,55	6,01	15,34	0,000
Limitación Emocional	78,39 ± 22,89	71,35 ± 22,04	1,80	12,26	0,010
Función Social	74,03 ± 22,96	59,23 ± 24,71	7,33	22,28	0,000
Vitalidad	48,39 ± 17,05	35,87 ± 16,44	8,53	16,51	0,000
Salud Mental	65,68 ± 14,31	54,71 ± 15,19	7,57	14,37	0,000
Escala Analógico-Visual	54,03 ± 20,18	45,81 ± 18,17	3,85	12,61	0,001

Tabla 5
Comparación de puntuaciones medias pre-intervención y post-intervención, en el grupo de terapia grupal

ITEMS DEL SF-36	Post-intervención (Media ± DE)	Pre-intervención (Media ± DE)	Intervalo de Confianza de la diferencia (95%)		Significación Bilateral
			Inferior	Superior	
Salud General	53,66 ± 16,94	42,76 ± 17,07	7,31	14,49	0,000
Dolor	55,48 ± 18,53	40 ± 20,07	10,06	20,91	0,000
Función Física	75,69 ± 10,84	64,62 ± 12,81	8,16	13,97	0,000
Limitación Física	71,59 ± 21,30	61,07 ± 16,39	2,80	18,24	0,009
Limitación Emocional	91,10 ± 16,86	73,52 ± 24,62	9,12	26,06	0,000
Función Social	76,55 ± 18,18	57,59 ± 26,55	12,51	25,42	0,000
Vitalidad	45,55 ± 17,77	31,79 ± 14,34	8,34	19,18	0,000
Salud Mental	63,59 ± 14,34	51,62 ± 16,04	6,16	17,77	0,000
Escala Analógico-Visual	54,66 ± 19,36	37,07 ± 16,66	11,56	23,61	0,000

Tabla 6
Comparación de la diferencia de las medias entre el grupo tratado (individual + grupal), y el grupo de control

ITEMS DEL SF-36	Diferencia de Medias (Post-Pre) Tratados (Media ± DE)	Diferencia de Medias (Post-Pre) Control (Media ± DE)	Intervalo de Confianza de la diferencia (95%)		Significación Bilateral
			Inferior	Superior	
Salud General	9,55 ± 9,54	3,41 ± 9,07	2,07	10,22	0,004
Dolor	14,78 ± 14,33	3,44 ± 11	5,57	17,12	0,000
Función Física	10,22 ± 7,64	1,13 ± 5,95	6,00	12,18	0,000
Limitación Física	10,60 ± 16,67	-1,69 ± 14,47	5,62	18,95	0,000
Limitación Emocional	12,13 ± 19,16	-3,31 ± 16,47	7,8	23,06	0,000
Función Social	16,82 ± 18,77	3,59 ± 9,09	7,45	19,00	0,000
Vitalidad	13,12 ± 12,52	1,81 ± 7,61	7,12	15,48	0,000
Salud Mental	11,45 ± 12,43	0,03 ± 5,19	7,74	15,09	0,000
Escala Analógico-Visual	12,75 ± 14,63	-1,56 ± 10,51	8,51	20,12	0,000

Tabla 7
Comparación de la diferencia de las medias entre el grupo de terapia individual y el grupo de terapia grupal

ITEMS DEL SF-36	Diferencia de Medias (Post-Pre) Individual (Media ± DE)	Diferencia de Medias (Post-Pre) Grupal (Media ± DE)	Intervalo de Confianza de la diferencia (95%)		Significación Bilateral
			Inferior	Superior	
Salud General	8,29 ± 9,61	10,90 ± 9,44	-7,53	2,32	0,294
Dolor	14,13 ± 14,59	15,48 ± 14,26	-8,82	6,11	0,718
Función Física	9,42 ± 7,69	11,07 ± 7,64	-5,61	2,31	0,408
Limitación Física	10,68 ± 12,72	10,52 ± 20,29	-8,71	9,03	0,971
Limitación Emocional	7,03 ± 14,26	17,59 ± 22,27	-20,34	-0,77	0,035*
Función Social	14,81 ± 20,38	18,97 ± 16,98	-13,89	5,57	0,396
Vitalidad	12,52 ± 10,88	13,76 ± 14,24	-7,77	5,28	0,704
Salud Mental	10,97 ± 9,28	11,97 ± 15,26	-7,62	5,62	0,763
Escala Analógico-Visual	8,23 ± 11,94	17,59 ± 15,85	-16,58	-2,14	0,012*

DISCUSIÓN

Este es uno de los primeros trabajos a nivel nacional que evalúa la eficacia de una intervención psicoeducativa en atención primaria. También es el primero que compara la eficacia de un tratamiento grupal frente al mismo realizado de forma individual. Los puntos fuertes del estudio es que se realiza en varios centros, el importante tamaño muestral (N= 92) en estudios de este tipo y que la intervención ha sido manualizada y grabada en todos los pacientes. La principal limitación es que no se ha realizado ningún estudio de seguimiento. El estudio demuestra que una intervención psicoeducativa en primaria es significativamente más eficaz, que el tratamiento médico habitual, a nivel de mejoría en todos los parámetros de calidad de vida medidos con el SF-36, como se comprueba en la Tabla 6. Este hallazgo, confirmado en otros estudios similares, es importante cuando hay evidencia de que la derivación de los pacientes con fibromialgia a las consultas especializadas no mejora significativamente el pronóstico de estos enfermos, por lo que, igual que ocurre con otros trastornos somatomorfos, el

tratamiento en primaria se considera de elección. Por otra parte, el estudio confirma que el mismo tratamiento psicoeducativo es más efectivo en un formato grupal que en otro individual, en dos variables: limitación emocional y la escala analógica visual que da una visión global de la calidad de vida. Son conocidos los efectos terapéuticos específicos de la terapia grupal, con especial beneficio en los aspectos relacionales y de expresión emocional, que podría explicar la mejoría específica en el ítem "limitación emocional" y en el incremento general de la calidad de vida, evaluada con la escala analógico-visual. En resumen, es posible desarrollar intervenciones psicoeducativas eficaces para la fibromialgia en atención primaria y parece recomendable, por su mayor eficacia, que el formato sea grupal. Son necesarios nuevos estudios de replicación evaluando la eficacia de estas intervenciones en el seguimiento a 12-24 meses.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido posible gracias a la Red de Investigación en Actividades de Prevención y

Promoción de la Salud (REDIAPP-G03/170) del Instituto de Salud Carlos III de Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Alonso A, Swiller HI.**: Group therapy in clinical practice. Washington: American Psychiatric Association, 1993.
2. **Alonso J, Prieto L, Antó JM.**: La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 771-776.
3. **American College of Reumatology.** Fibromyalgia. 1990.
4. **Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A.**: The Spanish version of EuroQol: A description and its applications. *European Quality of life scale. Med Clin (Barc)* 1999; 112 (supl 1): 79-85.
5. **Blanco López W, Seguí Díaz M.**: Fibromialgia y trastorno somatoforme: ¿existe un límite definido? *SEMERGEN* 2002; 28(4): 216-8.
6. **Bigatti SM, Cronan TA.**: A Comparison of pain measures used with patients with fibromyalgia. *J Nurs Meas.* 2002 Spring-Summer; 10 (1): 5-14.
7. **Bosch Romero E, Sáenz Moya M, Valls Esteve M, Viñolas Valer S.**: Estudio de calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Aten Primaria* 2002; Junio; Vol 30. Núm 1; 16-21.
8. **Burckhardt CS, Mannerkorpi K, Hedenberg L, Bjelle A.**: A randomized, controlled clinical trial of education and physical training women with fibromyalgia. *J Rheumatol* 1994; 21: 714-20.
9. **Cátedra Extraordinaria del Dolor** "Fundación Grünenthal", Universidad de Salamanca. Fibromialgia. Reunión de Expertos. 2001 Jun.
10. **EuroQol group.** EuroQol- a new facility for the measurement of health-related quality of life: *Health policy* 1990; 16: 199-208.
11. **García-Campayo J, Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Campos R.**: Three forms of somatization presenting in primary care settings in Spain. *J Nerv Mental Dis* 1998; 186: 554-560.
12. **Gelman SM, Lera S, Caballero F, López MJ.**: Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *07* 2002; 29: 323-29.
13. **Jones KD, Clark SR, Bennett RM.**: Prescribing exercise for people with fibromyalgia. *AACN Clin Issues.* 2002 May; 13(2): 277-93.
14. **Kendall SA, Elert J, Ekselius L, Gerdle B.**: Are perceived muscle tension, electromyographic hyperactivity and personality traits correlated in the fibromyalgia syndrome? *J Rehabil Med.* 2002 Mar; 34 (2): 73-9.
15. **King SJ, Wessel J, Bhambhani Y, Sholter D, Maksymowych W.**: Predictors of success of intervention programs for persons with fibromyalgia. *J rheumatol.* 2002 May; 29 (5): 1034-40.
16. **Muñoz Álamo M, Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA.**: Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Education and Counseling.* 2002; 48: 23-31.
17. **Neck.**: Pathogenic mechanisms of fibromyalgia. *Ageing Res Rev.* 2002 Apr; 1(2): 243-55.
18. **Rotés-Querol J.**: La fibromialgia en el año 2002. *Revista española de reumatología.* 04, 2003; 30: 145-49.
19. **Sedó Fortuny R, Ancochea Millet J.**: Una reflexión sobre la fibromialgia. *Aten Primaria* 2002; 9: 562-64.
20. **Ware JE, Sherbourne CD.**: The MOS 36 item short form Health-survey. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-483.
21. **Yunus MB.**: Gender differences in fibromyalgia and other related syndromes. *J gend Specif Med.* 2002 Mar- Apr; 5 (2): 42-7.
22. **Zih FS, Da Costa D, Fitzcharles MA.**: Is there benefits in referring patients with fibromyalgia to a specialist clinic? *J Rheumatol* 2004; 31: 2468-71.