



# FACTORES DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO: estados mentales Tipo en fibromialgia.

---

**Grado en Fisioterapia**

FACULTAD DE MEDICINA

**María José Espallardo Uribe**

**Tutora: María V. Gómez de Ramón Fuster**

**Septiembre 2014**

# ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	5
Factores psicosociales	8
Factores de no adherencia al tratamiento	12
Objetivos	16
Material y métodos	17
Resultados	20
Discusión	23
Conclusiones	26
Bibliografía	27
Anexos	33

## RESUMEN

**Introducción:** Entre las múltiples patologías objeto de tratamiento fisioterápico, desde el punto de vista biomédico, encontramos la fibromialgia como uno de los procesos crónicos con menos resultados positivos, tanto en el tratamiento, como en la adherencia a él, por lo que observando estas dificultades, nos planteamos hacer un estudio piloto enfocado a la detección de factores psicológicos que puedan contribuir a la baja adherencia al tratamiento fisioterápico.

**Objetivo:** Identificación del perfil psicológico basado en los estados mentales de una población de pacientes con fibromialgia.

**Material y métodos:** La muestra total la componen 17 mujeres diagnosticadas de fibromialgia con una edad comprendida entre 29 y 65 años. La mayoría de ellas pertenecen a asociaciones de fibromialgia. Todas fueron evaluadas con la Escala de Estados Mentales, previo consentimiento verbal. La aplicación fue independiente y las pacientes tardaban en realizar los test una media de treinta minutos. Todos los datos recopilados fueron procesados con el programa SPSS.

**Resultados:** la dimensión evaluación y actividad tuvo los mismos resultados, siendo los estados 8, 9 y 11 los que tuvieron una media más elevada ( $P < 0,001$ ). Con respecto a la dimensión potencia hemos obtenido diferencias significativas entre los estados 4, 5, 7 y 10 respecto a los demás con una  $P < 0,001$ .

**Discusión:** hay una incongruencia entre las tres dimensiones, lo que demuestra que existe una desadaptación a nivel emocional, una falta de relación entre lo que piensan y cómo actúan, con lo que realmente sienten.

**Conclusiones:** la población estudiada se caracteriza por personas que al actuar de manera contraria a la que sienten para evitar posibles perjuicios, podrían ver aumentados sus síntomas somáticos y psicológicos.

**Palabras Clave:** Fibromialgia, Fisioterapia, aspectos psicológicos, adherencia.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** from a biomedical point of view, fibromyalgia is found as one of the chronic conditions among the many diseases subject to physical therapy, with less positive results, both in treatment and adherence to it. Analysing these difficulties, a preliminary study has been proposed focused on the detection of psychological factors that may contribute to poor adherence to physiotherapy treatment.

**Objective:** to detect psychological profiles based on the mental state of a group of patients with fibromyalgia.

**Method:** the total sample consists of seventeen women diagnosed with fibromyalgia aged between 29 and 65. Most of them belong to associations of fibromyalgia. All of them were assessed with the Scale of Mental States, prior verbal consent. Tests were taken individually and on average it took thirty minutes per patient. All the data collected was processed through the SPSS program.

**Results:** the evaluation and activity dimension had the same results. States 8, 9 and 11 had the highest average, ( $P < 0,001$ ). Regarding the power dimension, significant differences have been obtained between states 4, 5, 7 and 10 with a  $P < 0,001$ .

**Discussion:** there is an inconsistency within the three dimensions showing that there is a mismatch on an emotional level; a lack of connection between what they think, how they act and what they actually feel.

**Conclusion:** the group studied is characterised by individuals who could see their somatic and psychological symptoms increased, by acting in ways that are contrary to what they feel in order to avoid possible damage.

**Key words:** Fibromyalgia, physical therapy, psychological traits, adherence.

# 1. INTRODUCCIÓN

Entre las múltiples patologías objeto de tratamiento fisioterápico, desde el punto de vista biomédico, encontramos la fibromialgia o síndrome de la fibromialgia como uno de los procesos crónicos con menos resultados positivos, tanto en el tratamiento, como en la adherencia a él (Alegre de Miquel, García Campayo, Tomás Flores et al, 2010), por lo que observando estas dificultades, nos planteamos hacer un estudio piloto que forma parte de una línea de investigación de la unidad de psicología médica del departamento de psiquiatría y psicología social de la Universidad de Murcia. Este estudio piloto está enfocado a la detección de factores psicológicos que puedan contribuir a la baja adherencia al tratamiento fisioterápico. De entre los diversos factores psicológicos, nos centraremos en lo que hemos llamado estados mentales *tipo*, dentro de una población susceptible de tratamiento fisioterápico como son los pacientes con fibromialgia.

La fibromialgia es una entidad clínica caracterizada por un cuadro de dolor músculoesquelético crónico y generalizado, de origen desconocido y para el que no existen otras enfermedades o alteraciones que lo expliquen. Está clasificada dentro de los reumatismos de partes blandas, y suele acompañarse de otros síntomas como disminución del umbral del dolor, hipersensibilidad dolorosa a la presión en determinadas áreas del cuerpo, fatiga, rigidez, alteraciones del sueño, parestesias y diversas alteraciones de tipo psicológico, como ansiedad y depresión (Rivera, Alegre, Ballina et al, 2006).

El dolor crónico, principal síntoma de esta enfermedad, se define como cualquier dolor persistente que se fija de manera arbitraria (Loeser, 2003), y constituye una experiencia sensorial y emocional desagradable, sea real o potencial, relacionada con daño a los tejidos que persiste de forma continua o intermitente durante más de tres meses. El hecho de que el dolor persista, aumenta la posibilidad de que ciertos factores psicosociales y ambientales contribuyan de manera importante a la perturbación emocional del paciente, lo que a su vez podría incrementar su percepción del dolor (Perez Pareja, Borrás, Sese et al, 2005).

Se ha evidenciado que las personas con dolor crónico varían ampliamente en sus creencias sobre esta experiencia y en las formas de afrontamiento, lo que guarda una estrecha relación con la adaptación a la situación. Las creencias de los pacientes pueden ir desde la capacidad percibida para controlar el dolor, hasta la tendencia a concebirlo en forma catastrófica; en este último caso se aprecia una mayor tendencia a manifestar disfunciones físicas y psicosociales (Lazaro, Boch, Torrubia et al, 1994).

Gatchel y Weistberg, (2000) sostienen que la vivencia de dolor en pacientes con fibromialgia dependerá de las características de personalidad del paciente; aquellos que lo viven con tensión emocional, ansiedad y depresión suelen experimentarlo con mayor intensidad y generalmente no responde al tratamiento farmacológico; por el contrario, quienes desarrollan conductas adaptativas positivas, como la creencia en sus posibilidades para superarlo, experimentan niveles más bajos. Montoya, Pauli, Batra, et al, (2005) encontraron que los pacientes con fibromialgia mostraron un elevado nivel de catastrofismo (o creencias pesimistas) y señalaron que estas creencias desempeñan un papel importante en el referido dolor, los estados depresivos, los sentimientos de inutilidad y fracaso y la aversión e ideación acerca de la muerte.

Varios autores sostienen que existe relación entre las estrategias de afrontamiento y ciertas variables de personalidad (Palmero y Fernández-Abascal 1999, Ramírez Estévez y López 2001) definidas estas como un patrón de conducta, pensamientos y sentimientos únicos y relativamente estable de los individuos (Baron, Kalsher, 1996), que constituyen un conjunto de características o rasgos biológicos y de aprendizaje que se reflejan en la forma de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de cada individuo (Millon y Davis 1998).

Se asume que los patrones de personalidad en pacientes con dolor crónico condicionan en gran medida la forma de vivenciar el dolor. También se ha afirmado que los perfiles de personalidad podrían tener influencia en el resultado terapéutico, en respuesta a los tratamientos empleados, e incluso en la ausencia de respuesta en determinadas ocasiones (Hanvik, 1951).

La naturaleza de los síntomas y síndromes sin causa orgánica produce una crisis de insuficiencia del abordaje biomédico similar, en gran medida, a la que la histeria produjo a finales del siglo XIX (Velasco Arias, 2006); que el dolor sea tan intenso y desproporcionado a los hallazgos físicos, puede responder, como afirma Pilar Rojas (2009), a un estilo histriónico de afrontamiento al dolor, caracterizado por manifestaciones excesivas, que entraña una tendencia a producir sus síntomas con la mayor intensidad posible. Al desconocerse la causa de la enfermedad, el tratamiento de la fibromialgia es sintomático: distintas tomas de analgésicos y psicofármacos que alivian el dolor pero no curan la enfermedad. Pensarla como un estilo de afrontamiento histriónico nos permite plantearnos también la posibilidad de nuevas pautas de tratamiento más eficaces en esta enfermedad. Con lo cual, entendiendo la fisioterapia desde un punto de vista biopsicosocial que conceptualiza el funcionamiento

humano en tres esferas, biológica, social y psíquica, podemos hacer una escucha sensible a los elementos biográficos que resultan significativos para el paciente, tanto como a los componentes psicológicos de esta población; de esta manera todos los profesionales podríamos comprender mejor todas las dimensiones, interactuar, trabajar en el campo que nos corresponde y conseguir mejores resultados en términos de salud.

## 2. FACTORES PSICOSOCIALES

Existen numerosas razones que justifican el interés por el estudio de variables psicológicas en la fibromialgia, entre ellas, la ineficacia de los tratamientos empleados, la falta de acuerdo sobre su etiología, la ausencia de datos clínicos que apoyen la existencia de patología orgánica, la importancia del dolor como síntoma principal y la aparente relevancia de factores psicológicos en el mantenimiento del síndrome (Pastor Mira, López Roig, Rodríguez Marín, 1995). Los pacientes con fibromialgia presentan con mayor frecuencia estados emocionales displacenteros, en forma de sintomatología depresiva y trastornos de ansiedad (Valdes, 1997) e incluso trastornos de personalidad (Pergiacomy, 1989 y Krag, 1994). En general, la fibromialgia presenta una comorbilidad psiquiátrica más alta que otras enfermedades reumáticas (Ruiz, 1997) además de problemas de sueño, fatiga y depresión.

El gran desconocimiento de la fibromialgia genera incompreensión en el entorno familiar, social e incluso sanitario. Todo ello provoca disminución de la autoestima, frustración y ansiedad en la persona afectada al ver disminuida su calidad de vida, y repercutiendo todo esto en su entorno más cercano. Esta incertidumbre ha originado un gran movimiento de presión por parte de asociaciones de pacientes y familiares, llegando a hacerse eco en los medios de comunicación. Sin embargo, y contradictoriamente a esta repercusión mediática, es muy escasa la información que se tiene sobre el perfil psicológico de estos pacientes y la respuesta que obtienen del sistema sanitario (Ubago Linares, Ruíz Pérez, Bermejo Pérez et al, 2005). De esta manera, a la hora de abordar la fibromialgia, debemos introducir variables psicosociales a este modelo biomédico, porque de alguna manera, éstas podrían ayudarnos a contribuir a la adherencia al tratamiento, y además, entendemos que es importante acercarnos al modelo biopsicosocial para poder comprender y tratar de una manera más acertada esta patología.

El modelo biomédico propone que la enfermedad se produce por un desajuste fisiológico y bioquímico, por lo que el tratamiento irá dirigido a corregirlos. Por su parte, Engel, en 1977, extiende el modelo biomédico a fin de tener en cuenta aspectos psicológicos y sociales no cubiertos anteriormente. Para el modelo biopsicosocial, la persona aparece como un sistema de unidades jerarquizadas e interrelacionadas, por lo que permite comprender que tan importante es conocer las repercusiones de un problema en términos de “función” como intentar detectar posibles causas subyacentes, no sólo biológicas, sino también, psicológicas y sociales, admitiendo que no todo es reducible a patología orgánica,



contrariamente a lo que considera el modelo biomédico (Valera Garrido, Martínez Rodríguez, Medina i Mirapeix et al, 2001). Este modelo en fisioterapia se sustenta por numerosas referencias bibliográficas que demuestran que los aspectos psicosociales influyen en la evolución y el pronóstico de los problemas físicos y en el resultado de los tratamientos de fisioterapia (Aguililla Liñán, Roura Faja, 2012), además, según Shaw (2010), los aspectos de índole psicológica y social son variables significativamente más predictivas de dolor y función que los aspectos puramente físicos.

## **2.1 IMPLICACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES**

Como se ha explicado en el apartado anterior, varios motivos hacen conveniente la identificación de factores psicológicos en los afectados de esta patología, ya que en presencia de un componente afectivo irreductible, existen importantes relaciones entre los factores psicosociales y el dolor en pacientes con fibromialgia. Varios autores la incluyen en las enfermedades del espectro afectivo (Goldenberg, Mossey y Schmid, 1995), otros afirman que cumple los criterios de trastornos afectivos y ansiedad (Hudson, Goldenberg y Pope, 1992), y Martin, Bradley, Alexander et al, 1996 en sus investigaciones, demuestran alteraciones de tipo emocional.

La sintomatología se agrava con el estrés, la afectividad negativa (depresión y ansiedad), los trastornos del sueño y las estrategias de afrontamiento desadaptativas (Dayley, Bishop, Russell et al, 1990). Se estudiaron aspectos psicosociales de tipo sociodemográfico en pacientes con FM que pueden influir en la intensidad del dolor, en sus alteraciones psicológicas y en sus cumplimientos terapéuticos: según Turk, (1998), se agrava la sintomatología con la edad; parece influir el sexo, según el estudio de Feine (1991), sobre diferencias de umbral y tolerancia del dolor, que concluye que el umbral está disminuido en la mujer con respecto a los hombres. El estado civil con mayores dificultades es el de soltera sin pareja. La clase social, el nivel de formación personal y los ingresos son predictores de la evolución del trastorno. El apoyo social está definido como información que lleva el sujeto a creer que está cuidado, es querido y que forma parte de una red de obligaciones mutuas. Según varios estudios realizados por Ramírez-Vélez (1990), Schwartz, Slater, Birchler y Atkinson (1991) y Benjamín, Mawer y Lennon (1992), el apoyo familiar influye en el estado mental.

Estudios prospectivos más recientes sugieren que factores psicosociales, a parte de los efectos fisiológicos potenciales de lesiones, contribuyen al desarrollo de un dolor generalizado y persistente (Harkness, Macfarlane, Nahit, Silman y McBeth, 2004).

## **2.2 SOMATIZACIÓN COMO MECANISMO DE DEFENSA**

Los mecanismos de defensa son estrategias universales, a menudo inconscientes, que nos permiten afrontar el sufrimiento. Son mecanismos adaptativos, pero su descompensación puede convertirse en patología. Su misión, dentro del psiquismo, es la regulación emocional (disminuyendo la tensión psíquica) para proteger el equilibrio y evitar toda clase de trastornos o perturbaciones producidas por exceso de excitación emocional (Vels, 1990). Se advierte que las distintas defensas surgen en diferentes etapas del desarrollo; son procedimientos inconscientes para librarse del contenido mental no placentero, ya sea de recuerdos, deseos, impulsos o afectos (Hales, Yudofsky, 2004). Además, revelan el estilo de afrontamiento de la ansiedad y del contenido mental no deseado.

Las notables diferencias que hay de unos individuos y otros en los mecanismos de defensa se deben tanto al nivel de organización de la estructura de personalidad como a la naturaleza de las tensiones contra las cuales cada sujeto desea protegerse (Vels, 1990).

Está comprobado que una gran proporción de los pacientes que consultan médicos generales y neurólogos, no tienen una enfermedad orgánica que requiera tratamiento. Es probable que muchos de estos pacientes experimenten trastornos somatomorfos, donde la tensión y el trauma llevan a la ansiedad, pero experimentada en forma de dolor y fatiga, entre otros (Tchimino, 1992). Además, varios autores como, Roig, Sala, Rius et al (2011), afirman que los pacientes con fibromialgia presentan un perfil psicopatológico con puntuaciones significativamente más elevadas en somatización.

El concepto de somatización fue primero usado en el pensamiento psicoanalítico por Stekel (en Kellner 1990) en los comienzos del presente siglo para referirse a un proceso hipotético en el cual los mecanismos de defensa natural no permiten la expresión de la ansiedad y, en su lugar, sólo es posible una «expresión visceral», impidiendo la manifestación de la ansiedad experimentada conscientemente por el individuo (Lipowski 1988).

Enfatizando el componente emocional del fenómeno de la somatización, Craig y Boardman (citados en Bass 1993) plantean que los desordenes del ánimo estimulan la

percepción de los síntomas somáticos y empujan al individuo a buscar ayuda médica. Pareciera que factores emocionales tienen una influencia importante sobre la regularidad e intensidad de los nuevos episodios.

Una extensa revisión de la literatura, tanto teórica como aquella basada en hallazgos de investigación realizada por Cristina Di Silvestre (1998), claramente sugiere que la somatización es un fenómeno complejo que incluye un patrón de búsqueda de ayuda médica. Una única teoría no puede explicar o dar una comprensión completa del fenómeno en su conjunto.

Las siguientes son las situaciones diferentes en las cuales el concepto es aplicado:

-Puede estar presente en sujetos quienes no tienen alguna enfermedad ni psiquiátrica ni orgánica, pero necesitan somatizar su estrés emocional como un medio de manifestarlo y demandando apoyo al mismo. En este caso la somatización se considera un mecanismo para manejarse con los hechos estresantes de la vida. Existen diferentes definiciones para el concepto de somatización, los cuales al ponerse juntos asumen la existencia de dificultades psicológicas y de vida como estresores de la experiencia de enfermedad. Los síntomas somáticos no son poco comunes en la población, pero la característica distintiva de la somatización reside en la frecuencia, severidad y persistencia de las presentaciones hechas por los pacientes.

-La somatización está presente en el caso de una evidente enfermedad orgánica. Este término es aplicado cuando el paciente tiene una enfermedad orgánica verificable, pero amplifica los síntomas somáticos.

-En casos en los cuales, dado que la enfermedad está en su etapa inicial, ésta no puede ser diagnosticada y no existe una evidencia médica de la existencia de un problema orgánico aunque el individuo manifiesta molestias somáticas.

-Somatización como un desorden psiquiátrico «disfrazado» (por ejemplo depresión o ansiedad). Los individuos buscan ayuda médica repetidamente quejándose primariamente de síntomas somáticos y más tarde son diagnosticados como teniendo un desorden psiquiátrico. Los síntomas somáticos son una parte prominente de un desorden afectivo y el síntoma podría ser generalizado o localizado (Kirmayer 1985).

### **3. FACTORES DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Uno de los mayores problemas que afectan a las intervenciones en salud es la falta de adherencia al tratamiento. En fisioterapia esto se agudiza por el costo y el esfuerzo que le supone al paciente cumplir con las prescripciones (Ferro García, García Ríos y Vives Montero, 2004). Además, en pacientes con dolor crónico, las observaciones clínicas indican, que aunque haya tratamientos efectivos, existe falta de implicación y/o abandono, y a pesar de que se ha estudiado una amplia gama de procedimientos, el tratamiento óptimo de la fibromialgia no se conoce todavía (Busch, Barber, Overend, et al, 2008).

En la literatura revisada sobre los distintos tratamientos fisioterápicos para la mejora de la sintomatología de la fibromialgia, encontramos datos interesantes que hacen que nos planteemos hasta qué punto, la no adherencia al tratamiento es un hecho a destacar.

Norregaard (1997), observó que muchos pacientes en el grupo de entrenamiento informaron un deterioro de los síntomas y no desearon finalizar el estudio. Verstappen (1997), comentó que el 17% (de los participantes que finalizaron el estudio) informaron que sus dolencias empeoraron durante el período de intervención, que el ejercicio agravó posteriormente la sensación de dolor y de cansancio, o que el dolor excedió su nivel de tolerancia durante los ejercicios. Mannerkorpi (2000), informó una reducción de la intensidad planificada de los ejercicios porque muchos pacientes informaron mayor dolor tres a cuatro días después de las sesiones de entrenamiento. Por el contrario, Mengshoel (1992) observó que los pacientes con fibromialgia pueden realizar ejercicios de resistencia dinámica de baja intensidad sin exacerbar su dolor general y los síntomas de fatiga. Aunque Richards (2002), no informó efectos adversos, citó el incremento del dolor y la rigidez como una razón de las deserciones (de un número desconocido de participantes). Schachter (2003) también reportó que algunos participantes informaron mayor dolor, rigidez y fatiga (un número desconocido de participantes). Wigers (1996), informó que en nueve sujetos aumentó el estrés.

En los estudios de intervención con ejercicios mixtos, VanSanten (2002a-b), describe el dolor después del ejercicio como una barrera importante para el cumplimiento del entrenamiento con ejercicios mixtos. Señala que a pesar del estímulo continuo, cerca del 50% de los participantes de ambos grupos con entrenamiento con ejercicios mixtos de alta intensidad y de intensidad autoseleccionada, no fueron capaces de cumplir las sesiones de entrenamiento y los pacientes del grupo con alta intensidad "se sintieron completamente "empeorados" durante más de 24 horas después de las sesiones de entrenamiento". Entre los

estudios con intervenciones combinadas, Cedraschi (2004), especuló que el aumento del dolor puede haber contribuido a las altas tasas de deserción en el grupo con ejercicios, pero no se cuantificó.

En la revisión de literatura científica con respecto a los posibles factores de no adherencia al tratamiento, no encontramos información relacionada con estilos de afrontamiento, por lo que nos planteamos estudiar si existe la posibilidad de que algunos estados mentales y/o mecanismos de defensa de índole inconsciente, puedan interferir en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de esta enfermedad.

Consideramos importante detenernos en la definición del constructo mentalización y sus productos, los estados mentales, para una mejor comprensión de nuestro estudio.

### **3.1 ESTADOS MENTALES**

La Mentalización, o función reflexiva, es entendida como la capacidad de comprensión de la conducta de uno mismo y de los otros en términos de estados mentales, los cuales hacen referencia a la experiencia subjetiva de interpretar un rol determinado. Esta experiencia subjetiva es definida y diferenciada por el componente emocional más marcado, por el estilo de auto-representación, por un complejo sistema cognitivo de creencias, esquemas personales y atribuciones de significado, así como también por el grado de control volitivo -modulación, en el sentido de Horowitz, (1991)- que se experimente sobre del estado mental, en el momento en el que se está experimentando dicho estado. El *estado mental* subyace a la conducta, al comportamiento manifiesto, lo definimos como un constructo que implica emoción, “¿qué siento?”, cognición, “¿qué pienso?” y actividad, “¿qué hago?” con respecto a una realidad interna o externa.

En los pacientes podemos encontrar diferencias en cuanto a la cualidad y contenido de sus Estados Mentales y en sus patrones de comportamiento consecuentes, los cuales tienen una función adaptativa, permiten o han permitido la adaptación a un contexto relacional concreto. Entendemos además que lo que subyace a la sintomatología o descompensación emocional puede ser la inadecuación al contexto actual de un "estilo mentalizador" concreto (Ryle, 2006). Un estado mental se puede reconocer fácilmente si se atiende a patrones posturales, expresión facial, tono de voz y otros signos físicos dentro del ámbito conductual. Estos signos expresan el matiz emocional del estado actual (Horowitz, 1987). La

identificación de estos estados mentales, podría ayudarnos a detectar los factores psicológicos que puedan contribuir a la baja adherencia al tratamiento fisioterápico.

Ryle 1970, en el modelo psicoterapéutico cognitivo analítico, describe en determinadas poblaciones clínicas una serie de 11 estados mentales básicos, que subyacen a determinados conceptos de rol, y se exponen a continuación:

**Estado 1. OK .**

*"Estoy mas o menos normal en mi vida cotidiana y con sentimientos variados y comunes"*

**Estado 2. DE VICTIMA.**

*Siento que los demás abusan de mi, no me respetan ni me cuidan, me amenazan y me maltratan.*

**Estado 3. DE CARGO CON TODO.**

*"Hago lo que tengo que hacer, cumplo con las expectativas de los demás sin demasiado placer ni satisfacción".*

**Estado 4. DE RABIA.**

*"Me siento loco, fuera de control, peligroso, sintiendo violencia hacia mi y/o hacia otros".*

**Estado 5. VENGATIVO.**

*"Me siento enfurecido, cargado de razones, violento, envidioso, deseando devolverla, vengándome".*

**Estado 6. DE ANESTESIADO.**

*"Me siento insensible ante emociones, indiferente hacia los demás, desapegado, en automático, irreal".*

**Estado 7. ABUSADOR.**

*"Me siento sin compasión, despectivo hacia los demás, deseando hacerles daño a otros y hacerme daño a mi mismo".*

**Estado 8. ACELERADO.**

*"Me siento hiperactivo, con energía, eficiente, contento, a tope".*

**Estado 9. DE NIRVANA.**

*"Me siento dichoso, feliz, protegido, seguro, cercano a los demás."*

**Estado 10. SUPERIORIDAD.**

*"Siento que soy mejor que los demás, especial, digno de admiración, intolerante ante la debilidad de otros y ante mi propia debilidad".*

**Estado 11. PROTECTOR.**

*"Me siento capaz de ayudar a otros, fuerte, necesario, responsable, con capacidad de cuidar a los demás."*

Se entiende que la no adecuación de los estados mentales y sus consecuentes procedimientos de rol a un contexto concreto, podría ser la causa de diversas alteraciones físicas y/o emocionales.

## **4. OBJETIVO GENERAL**

Identificación del perfil psicológico basado en los estados mentales de una población de pacientes con fibromialgia.

### **4.1 Objetivo específico**

- Detección de estados mentales más frecuentes en la población estudiada



## **5. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **5.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La muestra total la componen 17 mujeres diagnosticadas de fibromialgia con una edad comprendida entre 29 y 65 años de edad. La mayoría de ellas pertenecen a asociaciones de fibromialgia.

El paciente tipo de la muestra corresponde a una mujer, de mediana edad (49 años), casada (64,7%), con estudios bajos (41,17%), que trabaja fuera de casa (52,9%) y tiene o ha tenido familiares a su cargo (58,8%).

Para poder formar parte de esta investigación tuvimos en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mujer
- Estar diagnosticada de fibromialgia
- Comprender las explicaciones de las escalas
- Dar su consentimiento

Y de exclusión:

- Ser hombre
- No entender las explicaciones de las escalas
- No prestar consentimiento

### **5.2 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN**

Todos los pacientes fueron evaluados con el siguiente instrumento:

#### **5.2.1 Escala de estados Mentales**

El procedimiento para la descripción de estados es uno de los instrumentos terapéuticos de los que dispone el modelo Cognitivo Analítico, que nos permiten orientarnos para identificar distintos estados mentales. Nos aporta un léxico común para trabajar con el paciente y describir lo que le pasa. Permite, asimismo, construir narrativas sobre el self del paciente y el self de otros (dialógicamente) para poder buscar el origen de las mismas,

facilitando, así, la auto-observación de los estados mentales propios y ajenos (Gómez de Ramón, 2014).

María V. Gómez de Ramón, 2014 transforma el procedimiento de identificación de estados mentales en una escala donde se evalúa los 11 estados mentales descritos por Ryle, acompañados por breves descripciones de los mismos. En la escala se omiten las denominaciones descritas por el autor anteriormente (presentando solo las definiciones) de los Estados mentales con el fin de evitar sesgos calificativos que pudieran condicionar las respuestas o favorecer respuestas defensivas e insinceras, y se le pide al paciente que se imagine en ese estado mental.

Como método de medida, utilizaremos el Diferencial Semántico de Osgood para someter los estados mentales identificados a medidas cuantitativas. Se trata de un test semiproyectivo que permite la cuantificación del significado, en base a una combinación de asociaciones controladas y procedimientos de escala. Al sujeto se le proporciona una serie de conceptos que actúen de estímulo (y que movilicen experiencias personales) y un conjunto de escalas bipolares construida con adjetivos de significados contrarios, siendo su única tarea señalar la dirección de su asociación y su intensidad sobre una escala de siete pasos (puntuable de 1 a 7 o de +3 a -3), (Osgood, 1957).

El diferencial semántico evalúa tres grandes factores aislados por Osgood y que conforman los estados mentales. El primer factor aislado por Osgood es el factor *Evaluación; lo que pienso* (buena-mala), que es una variable relacionada con el estilo cognitivo que incluye sistema de creencias, esquemas, escala de valores y la cual, está fundamentada en recompensas o castigo. El segundo factor que aparece en el espacio semántico es *Potencia; lo que siento* (fuerte-débil), éste se refiere a la fuerza emocional que para un sujeto tiene un determinado concepto. El tercer factor es *Actividad; lo que hago* (activo-pasivo), relacionado con actitudes.

### **5.3 PROCEDIMIENTO**

Previo consentimiento verbal se pasó la escala explicada anteriormente. La aplicación fue independiente y las pacientes tardaban en realizar el test una media de treinta minutos, pero manifestaban una gran necesidad de ilustrar sus respuestas con contenidos vitales, lo que hacía que la entrevista final se alargara en el tiempo.

Todos los datos recopilados fueron procesados con el programa SPSS.

## 6. RESULTADOS

Los análisis estadísticos realizados con la muestra de pacientes con fibromialgia se presentan en la tabla 1, tabla 2 y tabla 3. Destacamos los siguientes resultados:

Con respecto a la dimensión EVALUACIÓN hemos obtenido diferencias significativas entre los estados 8, 9 y 11 respecto a los demás con una  $P < 0,001$ . Siendo el estado 11 el estado con una media más elevada (tabla 1).

<b>N=17</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESV.TÍP</b>	
Estado 1. Ok	5,6912	0,85023	
Estado 2. Víctima	2,2059	0,87605	
Estado 3. Cargo con todo	2,9706	1,25275	
Estado 4. De rabia	2,0441	1,11886	
Estado 5. Vengativo	2,0882	1,08951	
Estado 6. Anestesiado	2,4706	1,25587	
Estado 7. Abusador	1,6912	0,76816	
<b>Estado 8. Acelerado</b>	<b>6,4118</b>	<b>0,54444</b>	<b>P&lt;0,001</b>
<b>Estado 9. De nirvana</b>	<b>6,5735</b>	<b>0,55737</b>	<b>P&lt;0,001</b>
Estado 10. Superioridad	2,9706	1,71365	
<b>Estado 11. Protector</b>	<b>6,6618</b>	<b>0,45018</b>	<b>P&lt;0,001</b>

**Tabla 1. EVALUACIÓN**

Con respecto a la dimensión POTENCIA hemos obtenido diferencias significativas entre los estados 4, 5, 7 y 10 respecto a los demás con una  $P < 0,001$  (tabla 2).

<b>N=17</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESV.T</b>	
Estado 1. Ok.	4,1029	0,72381	
Estado 2. De víctima	4,5294	0,93492	
Estado 3. Cargo con todo	4,0588	0,88180	
<b>Estado 4. De rabia</b>	<b>5,1471</b>	<b>1,03855</b>	<b>P&lt;0,001</b>
<b>Estado 5. Vengativo</b>	<b>5,1324</b>	<b>0,74013</b>	<b>P&lt;0,001</b>
Estado 6. De anesthesiado	3,8088	1,29159	
<b>Estado 7. Abusador</b>	<b>4,7794</b>	<b>1,03033</b>	<b>P&lt;0,001</b>
Estado 8. Acelerado	4,0882	0,72317	
Estado 9. De nirvana	3,5294	0,74416	
<b>Estado 10. Superioridad</b>	<b>4,8676</b>	<b>0,72412</b>	<b>P&lt;0,001</b>
Estado 11. Protector	3,8088	0,76306	

**Tabla 2. POTENCIA**

Con respecto a la dimensión ACTIVIDAD hemos obtenido diferencias significativas entre los estados 8, 9 y 11 respecto a los demás con una  $P < 0,001$ . Siendo el estado 9 el estado con una media más elevada (tabla 3).

<b>N=17</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESV. T</b>	
Estado 1. Ok	4,8824	0,96872	
Estado 2. De víctima	2,8235	1,10314	
Estado 3. Cargo con todo	3,3235	1,10314	
Estado 4. De rabia	3,9853	1,08423	
Estado 5. Vengativo	3,6324	0,72950	
Estado 6. Anestesiado	2,5735	1,19819	
Estado 7. Abusador	3,1176	0,98074	
<b>Estado 8. Acelerado</b>	<b>6,0294</b>	<b>0,86549</b>	<b>P&lt;0,001</b>
<b>Estado 9. De nirvana</b>	<b>6,1912</b>	<b>0,83633</b>	<b>P&lt;0,001</b>
Estado 10. Superioridad	4,1912	1,30961	
<b>Estado 11. Protector</b>	<b>5,9412</b>	<b>0,94178</b>	<b>P&lt;0,001</b>

**Tabla 3. ACTIVIDAD**

## 7. DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos en el análisis estadístico descriptivo, observamos un perfil de estados mentales que se distribuye según los factores de evaluación, potencia y actividad de la siguiente manera:

-En cuanto a la dimensión **Evaluación**, recordemos antes que es una variable relacionada con el estilo cognitivo, que incluye sistema de creencias, esquemas y escala de valores. Las pacientes se identifican con los estados que hemos denominado:

**Estado 8. Acelerado**, que se define como: "*me siento hiperactivo, con energía, eficiente, contento, a tope*".

**Estado 9. De nirvana**: "*me siento dichoso, feliz, protegido, seguro, cercano a los demás*".

**Estado 11. Protector**, "*me siento capaz de ayudar a otros, fuerte, necesario, responsable, con capacidad de cuidar a los demás*".

-En la dimensión **Potencia**, donde se describen los aspectos emocionales y la intensidad y la fuerza de la presencia de estas emociones en los pacientes estudiados. Se identifican con:

**Estado 4. De rabia**, "*me siento loco, fuera de control, peligroso, sintiendo violencia hacia mi y/o hacia otros*"

**Estado 5. Vengativo**, "*me siento enfurecido, cargado de razones, violento, envidioso, deseando devolverla, vengándome*",

**Estado 7. Abusador**, "*me siento sin compasión, despectivo hacia los demás, deseando hacerles daño a otros y hacerme daño a mí mismo*".

**Estado 10. De superioridad**, "*siento que soy mejor que los demás, especial, digno de admiración, intolerante ante la debilidad de otros y ante mi propia debilidad*".

-En la dimensión **Actividad**, relacionada con las variables actitudinales, de comportamiento; las pacientes coinciden plenamente con los estados identificados en evaluación, es decir, estado acelerado, nirvana y protector (Estados 8, 9 y 11).

Observamos en los resultados que los estados mentales identificados para la dimensión evaluación y actividad obtienen diferencias altamente significativas ( $P < 0,001$ ), con respecto a los otros estados mentales, y nos muestran un perfil de personas *capaces, protectoras, fuertes, responsables y dadas a cuidar de los demás*, lo que coincide claramente con la observación clínica, ya que un porcentaje elevado (58,8%) tienen o han tenido personas a su cargo.

Resultan llamativos los resultados obtenidos en la dimensión potencia, en la que como hemos expuesto anteriormente, las pacientes se identifican con sentimientos de *rabia y desprecio, con marcados tintes de agresividad*.

Por lo que si entendemos el equilibrio emocional, basado en la coherencia interna, entre emoción, cognición y conducta implicados en un estado mental, se observa claramente en los resultados de estudio, la falta de coherencia interna entre estas dimensiones. Lo que podría explicarnos los síntomas de fibromialgia como una defensa somatizadora en un intento de reajustar esta disonancia, donde las alteraciones emocionales se trasladan a afecciones corporales.

El dolor sería el método utilizado para canalizar todo su malestar psicológico subyacente, además, podríamos decir que las mujeres con fibromialgia, al actuar de esta manera, contraria a la que sienten, es decir, mediante una afectividad negativa, pero un comportamiento que evita los posibles perjuicios, podrían aumentar sus síntomas somáticos y psicológicos, lo que se puede interpretar como una predisposición a somatizar. Esta sería una de las situaciones que coinciden con la explicada anteriormente de Cristina Di Silvestre (1998), donde afirma que la somatización puede estar presente en sujetos que no tienen alguna enfermedad ni psiquiátrica ni orgánica, pero necesitan somatizar su estrés emocional como un medio de manifestarlo y demandando apoyo al mismo.

Para finalizar, nos resultaría interesante abrir otras líneas de investigación enfocadas al tratamiento fisioterapeuta-paciente en el síndrome de fibromialgia, ya que un enfoque biopsicosocial y una adecuada educación para el fisioterapeuta en este aspecto, podría ayudar



a la adherencia al tratamiento en pacientes con fibromialgia, así como ampliar la muestra para seguir indagando en este profundo tema.

## **8. CONCLUSIONES**

- Los resultados obtenidos apoyan la existencia de un perfil de estados mentales Tipo, de la población estudiada, que se caracteriza por personas que al actuar de manera contraria a la que sienten para evitar posibles perjuicios, podrían ver aumentados sus síntomas somáticos y psicológicos.

-Trabajar en otras líneas de investigación para confirmar la hipótesis de que la fibromialgia pudiera ser una forma de resolver conflictos internos.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

**Alegre de Miquel C**, García Campayo J, Tomás Flores M, Arguelles Gómez JM, Blanco Tarrío E, Gobbo Montoya M et al. *Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia*. Actas Esp Psiquiatr 2010; 38 (2): 108-120

**Aguililla Liñán JM**, Roura Faja V. *De fisioterapeuta a paciente, de biomédico a biopsicosocial*. Efisioterapia [internet]. 2012 [citado 8 nov 2012];1. Disponible en: <http://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapeuta-paciente-biomedico-biopsicosocial>

**Benjamin S**, Mawer y Lennon. *The knowledge and beliefs of family care givers about chronic pain patients*. Journal of psychosomatic research. 1992; 36 (1): 211-217

**Bass C**, Benjamin S. *The Management of Chronic Somatisation*. En Br J Psychiat. 1993; 123: 472-480.

**Barón R**, Kalsher MJ. *Psicología Social*. 3ªed. México: Prentice Hall; 1996

**Busch AJ**, Barber KAR, Overend TJ, Peloso PMJ, Schachter CL. Ejercicio para el tratamiento del síndrome de fibromialgia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

**Cedraschi C**, Desmeules J, Rapiti E, Baumgartner E, Cohen P, Finckh A, et al. *Fibromyalgia: a randomised, controlled trial of a treatment programme based on self management*. Annals of the Rheumatic Disease.2004; 63(3): 290-296.

**Dailey PA**, Bishop GP, Russell IJ, Fletcher EM. *Psychological stress and the fibrositis/fibromyalgia syndrome*. J Rheumatol. 1990; 17: 1380-1385

**Di Silvestre C**. Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. Cinta moebio.1998; 4: 181-189

**Engel G** . *The need for a new medical model a challenge for biomedicine*. Science. 1977; 136(1): 126-129

**Feine JS**, Chapman CE, Lund JP, Duncao G. *The perception of painful and nonpainful stiuks during voluntary motor activity in man*. Somatosens. Mot Res. 1990;7: 113-124

**Ferro García R**, García Ríos MC, Vives Montero MC. *Un análisis de la adherencia al tratamiento en fisioterapia*. Fisioterapia. 2004; 26(6)

**Goldenberg DL**, Mossey DJ, Schmid CH. *A model to assess severity and impact of fibromyalgia*. J Rheumatol. 1995; 22 : 2313-2318

**Gatchel R**, Weisberg J.N. *Personality characteristics of patients with pain*. New York: Guilford Press. 2000

**Gómez De Ramón Fuster MV**. *De procedimiento para la descripción de estados a escala de medida de estados mentales. Evaluación en psicoterapia cognitivo analítica*. 2014 (en prensa).

**Hanvik L.J**. *MMPI profiles in patients with low back pain*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1951; 15(4): 350-353

**Horowitz M.J**. *States of mind: Configurational analysis of individual psychology* (2nd ed.) New York: plenum. 1987

**Hudson JL**, Goldenberg DL, Pope HG, Keck P, Schlesinger L. *Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders*. American journal of medicine. 1992; 92(4): 363-367

**Hales R**, Yudofsky S. *Tratado de psiquiatría clínica*. 4ªed. Barcelona: Masson; 2004

**Harkness EF**, Macfarlane GJ, Nahit E, Silman AJ, McBeth J. *Mechanical injury and psychosocial factors in the work place predict the onset of widespread body pain: a 2-years prospective study among cohorts of newly employed workers*. Arthritis and rheumatism. 2004; 50(1): 1655-1664

**Kirmayer**, Laurence. *Somatization and the Social Construction of Illness Experience*. En *Illness Behaviour. A Multidisciplinary Model*. Plenum Press, New York 1985; 111.

**Kellner R**. *Somatization, Theories and Research*. En *J Nervous Mental Dis*. 1990; 178: 150-160.

**Krag NJ**, Norregard J, Larsen JK, Danneskiold-Samsøe B. *A blinded, controlled evaluation of anxiety and depressive symptoms in patients with fibromyalgia, as measured by standardized psychometric interview scales*. Acta Psychiatrica Scand 1994; 89: 370-375.

**Lipowski Z.J**. *Somatization: The Concept and Its Clinical Application*. En *Am J Psychiat*. 1988; 145: 1358-1368.

**Lázaro C**, Boch F, Torrubia R y Baños J.E. The development of a Spanish questionnaire for assessing pain: Preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment*. 1994; 10 (2): 145-151

**Loeser JD**. *Evaluación médica de la persona con dolor*. 3ªed: McGraw-Hill Interamericana editores, S.A; 2003

**Mengshoel AM**, Komnaes HB, Forre O. *The effects of 20 weeks of physical fitness training in female patients with fibromyalgia*. *Clinical & Experimental Rheumatology*. 1992;10(4):345-349.

**Martin MY**, Bradley LA, Alexander RW, Alarcon GS, Triana-Alexander M, Aaron LA et al. *Coping strategies predict disability in patients with primary fibromyalgia*. *Pain*. 1996; 68(1): 45-53

**Millon T**, Davis R. *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson; 1998

**Mannerkorpi K**, Nyberg B, Ahlmen M, Ekdahl C. *Pool exercise combined with an education program for patients with fibromyalgia syndrome*. A prospective, randomized study. *Journal of Rheumatology*. 2000; 27(10):2473-81.

**Montoya P**, Pauli P, Batra A, Wiederman G. *Altered processing of pain-related information in patients with fibromyalgia*. *European Journal of Pain*. 2005; 293-303.

**Martínez C**. *Mentalizing in Psychotherapy: Discussion on explicit and implicit of the therapeutic relationship*. *Ter Psicol* 2011; 29 (1): 97-105

**Norregaard J**, Lykkegaard JJ, Mehlsen J, Danneskiold Samsøe B. *Exercise training in treatment of fibromyalgia*. *Journal of Musculoskeletal Pain*. 1997; 5(1): 71-79

**Osgood CE**, Suci GJ, Tannenbaum PH. *The Measurement of Meaning*. University of Illinois Press. Ed. Gredos. 1957. Traducido por Julio Seoane (1976).

**Pergiacomy G**, Blasetti P, Berti C, Ercolani M, Cervini C. *Personality pattern in rheumatoid arthritis and fibromyalgic syndrome*. *Psychological investigation*. *J. Reumatol* 1989; 48: 288-293.

**Pastor Mira MA**, López Roig S, Rodríguez Marín J, Juan Quilis V. *Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y fibromialgia*. *Psicotherma* 1995; 7 (3): 627-639

- Palmero E**, Fernández-Abascal E. *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel; 1999
- Pérez-Pareja, J.** Borrás, C., Sesé, A. y Palmer, A. *Percepción del dolor y fibromialgia*. Actas Esp Psiquiatría 2005; 33: 303-310
- Ryle A**, Lunghi, M.V. *The dyad grid: A modification of repertory grid technique*. British Journal of Psychiatry. 1970; 117,323-327
- Ramírez-Vélez R.** *Calidad de vida y apoyo social de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. Revista de Salud Pública. 1990; 9 (4): 568-575
- Ruiz R**, Muñoz M, Pérula de Torres L, Aguayo MA. *Biopsychosocial features of patients with widespread chronic musculoskeletal pain in family medicine clinics*. Family Practice 1997; 14 (3): 242-248.
- Ramírez Maestre C**, Esteve Zaragoza R, López Martínez AE. *Neuroticismo, afrontamiento y dolor*. Anales de Psicología. 2001; 17(1): 129-137.
- Richards SC**, Scott DL. *Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomised controlled trial*. British Medical Journal. 2002;325 (7357):185
- Rivera J**, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B et al. *Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia*. Reumatol Clin 2006; 2 (1): 55-66
- Ryle A**, Kerr IB. *Psicoterapia Cognitivo Analítica: Teoría y práctica*. Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer. 2006
- Rojas P.** *Fibromialgia y síndrome de fatiga crónica. Una lectura psicoanalítica*. Extensión universitaria. 2009; 102
- Roig I Arnall C**, Sala Matavera I, Rius Llorens C, Rodríguez de la Serna A, Díaz López C. *Cefalea y fibromialgia*. Dolor. 2011;26 (1): 7-12
- Schwarz L**, Slater, Birchler, Atkinson. *Depression in spouses of chronic pain patients: the role of patient pain and anger and marital satisfaction*. Pain. 1991; 44 (1): 61-67

- Schachter CL**, Busch AJ, Peloso P, Sheppard MS. *The effects of short vs long bouts of aerobic exercise in sedentary women with fibromyalgia: A randomized controlled trial*. Physical Therapy. 2003; 83(4):340-58.
- Shaw WS**. *Psychiatric disorders and risk of transition to chronicity in men with first onset low back pain*. Pain Med. 2010; 11(9): 1391-400.
- Tchimino C**. *Los trastornos somatomorfos como forma actual de histeria*. Cuadernos de neurología. 1992
- Turk D**, Okifuji A, Sinclair JD, Starz TW. *Interdisciplinary treatment for fibromyalgia syndrome: clinical and statistical significance*. Arthritis Care Research. 1998;11 (1): 186-195
- Ubago Linares MC**, Ruíz Pérez I, Bermejo Pérez MJ, De Labry Lima O, Plazaola Castaño J. *Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades*. Rev Esp Salud Pública 2005; 79: 683-695
- Vels A**. *Los mecanismos de defensa bajo el punto de vista psicoanalítico*. AGC. 1990.
- Valdés M**. *El dolor*. En: Rojo J. E., Cirera E.; (dirs.). Interconsulta psiquiátrica. 461-468. Masson. Barcelona, 1997.
- Verstappen FTJ**, Santen-Hoeufft HMS, Bolwijn PH, Van der LS, Kuipers H. *Effects of a group activity program for fibromyalgia patients on physical fitness and well being*. Journal of Musculoskeletal Pain. 1997; 5(4):17-28.
- Valera Garrido F**, Martínez Rodríguez A, Medina i Mirapix F, Meseguer Henarejos AB, Millán Robles F, Campillo Pomata JL. *El modelo biopsicosocial en los síndromes de dolor vertebral: implicaciones para la protocolización*. Rev Iberoam Fisioter kinesiol. 2001; 4(2)
- VanSanten M**, Bolwijn P, Verstappen F, Bakker C, Hidding A, Houben H, et al. *A randomized clinical trial comparing fitness and biofeedback training versus basic treatment in patients with fibromyalgia*. Journal of Rheumatology. 2002; 29(3): 575-81.
- VanSanten M**, Bolwijn P, Landewe R, Verstappen F, Bakker C, Hidding A, et al. *High or low intensity aerobic fitness training in fibromyalgia: does it matter?*. Journal of Rheumatology. 2002; 29(3):582-587.
- Velasco Arias S**. *Atención biopsicosocial a los síndromes de malestar en atención primaria*. En: Gómez Conesa A, Carles Hernández RC, Abril Belchí E, Martínez Carraco A. IX

Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención primaria. Ponencias y comunicaciones. 1ªed.  
Murcia: Universidad de Murcia; 2006. 75-86

**Wigers SH**, Stiles TC, Vogel PA. *Effects of aerobic exercise versus stress management treatment in fibromyalgia. A 4.5 year prospective study.* Scandinavian Journal of Rheumatology .1996; 25(2):77-86.



# **ANEXO I**

# ESCALA DE ESTADOS MENTALES

Adaptado por María V. Gómez de Ramón Fuster

**Nombre y apellidos:**

**Fecha:**

**Lea atentamente las instrucciones antes de contestar este cuestionario**

Podemos definir la realidad que nos rodea de dos maneras fundamentales, una **objetiva**, por ejemplo, todos sabemos lo que significa la palabra “perro”, mamífero doméstico, de tamaño, forma y pelaje muy diversos, según las razas; con olfato muy fino, inteligente y muy leal.

Y otra **subjetiva**, en función de lo que nos inspira esa palabra, por ejemplo

M B P O P B M

Beneficioso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Perjudicial

Débil :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Fuerte

Inquieto :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Tranquilo

Agradable :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Desagradable

La palabra “perro” podemos asociarla a cualquiera de estos adjetivos y según una intensidad, M (mucho) B (bastante) P (poco) O (indiferente)

**PARTE 1**

A continuación encontrará una serie de descripciones de estados que usted deberá imaginarse y un grupo de adjetivos bipolares que se distribuyen en una escala de 7 pasos.

Intente asociar cada descripción con uno u otro adjetivo marcando con una cruz la intensidad de su elección, ya sabe **M**ucho, **B**astante, **P**oco, **O** (indiferente)

**PARTE 2**

Necesitamos que lo complete pensando en cada uno de los estados. Marque sí o no a las descripciones con las que usted relaciona ese estado

Estado 1

Imagínese en el Estado en que:

**"Estoy más o menos normal en mi vida cotidiana y con sentimientos variados y comunes"**

M B P O P B M

Beneficioso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Perjudicial

Débil :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Fuerte

Inquieto :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Tranquilo

Agradable :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Desagradable

Duro :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Blando

Pasivo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Activo

Falso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Verdadero

Severo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Indulgente

Frío :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Caliente

Bello :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Feo

Ligero :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Pesado

Rápido :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Lento

Estado 2

Imagínese en el Estado en que:

**"Siento que los demás abusan de mí, no me respetan ni me cuidan, me amenazan y me maltratan"**

M B P O P B M

Beneficioso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Perjudicial

Débil :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Fuerte

Inquieto :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Tranquilo

Agradable :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Desagradable

Duro :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Blando

Pasivo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Activo

Falso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Verdadero

Severo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Indulgente

Frío :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Caliente

Bello :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Feo

Ligero :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Pesado

Rápido :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Lento

Estado 3

Imagines en el Estado en que:

**“Hago lo que tengo que hacer, cumplo con las expectativas de los demás sin demasiado placer ni satisfacción”**

M B P O P B M

Beneficioso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Perjudicial

Débil :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Fuerte

Inquieto :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Tranquilo

Agradable :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Desagradable

Duro :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Blando

Pasivo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Activo

Falso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Verdadero

Severo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Indulgente

Frío :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Caliente

Bello :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Feo

Ligero :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Pesado

Rápido :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Lento

Estado 4

Imagínese en el Estado en que:

**“Me siento loc@, fuera de control, peligros@, sintiendo violencia hacia mi y/o hacia otr@s”**

M B P O P B M

Beneficioso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Perjudicial

Débil :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Fuerte

Inquieto :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Tranquilo

Agradable :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Desagradable

Duro :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Blando

Pasivo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Activo

Falso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Verdadero

Severo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Indulgente

Frío :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Caliente

Bello :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Feo

Ligero :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Pesado

Rápido :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Lento

Estado 5

Imagínese en el Estado en que:

**“Me siento enfurecid@, cargad@ de razones, violent@, envidios@, deseando devolverla, vengándome”**

M B P O P B M

Beneficioso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Perjudicial

Débil :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Fuerte

Inquieto :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Tranquilo

Agradable :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Desagradable

Duro :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Blando

Pasivo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Activo

Falso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Verdadero

Severo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Indulgente

Frío :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Caliente

Bello :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Feo

Ligero :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Pesado

Rápido :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Lento



Estado 6

Imagínese en el Estado en que:

**“Me siento insensible ante emociones, indiferente hacia los demás, desapegado, en automático, irreal”**

M B P O P B M

Beneficioso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Perjudicial

Débil :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Fuerte

Inquieto :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Tranquilo

Agradable :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Desagradable

Duro :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Blando

Pasivo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Activo

Falso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Verdadero

Severo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Indulgente

Frío :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Caliente

Bello :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Feo

Ligero :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Pesado

Rápido :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Lento

Estado 7

Imagínese en el Estado en que:

**“Me siento sin compasión, despectiv@ hacia los demás, deseando hacerles daño a otros y hacerme daño a mi mism@”**

M B P O P B M

Beneficioso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Perjudicial

Débil :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Fuerte

Inquieto :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Tranquilo

Agradable :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Desagradable

Duro :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Blando

Pasivo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Activo

Falso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Verdadero

Severo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Indulgente

Frío :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Caliente

Bello :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Feo

Ligero :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Pesado

Rápido :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Lento

Estado 8

Imagínese en el Estado en que:

**“Me siento hiperactiv@, con energía, eficiente, content@, a tope”**

M B P O P B M

Beneficioso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Perjudicial

Débil :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Fuerte

Inquieto :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Tranquilo

Agradable :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Desagradable

Duro :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Blando

Pasivo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Activo

Falso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Verdadero

Severo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Indulgente

Frío :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Caliente

Bello :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Feo

Ligero :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Pesado

Rápido :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Lento

Estado 9

Imagínese en el Estado en que:

**“Me siento dichoso@, feliz, protegido@, seguro@, cercano@ a los demás”**

M B P O P B M

Beneficioso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Perjudicial

Débil :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Fuerte

Inquieto :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Tranquilo

Agradable :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Desagradable

Duro :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Blando

Pasivo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Activo

Falso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Verdadero

Severo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Indulgente

Frío :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Caliente

Bello :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Feo

Ligero :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Pesado

Rápido :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Lento

Estado 10

Imagínese en el Estado en que:

**“Siento que soy mejor que los demás, especial, dign@ de admiración, intolerante ante la debilidad de otros y ante mi propia debilidad”**

M B P O P B M

Beneficioso :\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_: Perjudicial

Débil :\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_: Fuerte

Inquieto :\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_: Tranquilo

Agradable :\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_: Desagradable

Duro :\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_: Blando

Pasivo :\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_: Activo

Falso :\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_: Verdadero

Severo :\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_: Indulgente

Frío :\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_: Caliente

Bello :\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_: Feo

Ligero :\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_: Pesado

Rápido :\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_:\_\_: Lento

Estado 11

Imagínese en el Estado en que:

**“Me siento capaz de ayudar a otros, fuerte, necesari@,  
responsable, con capacidad”**

M B P O P B M

Beneficioso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Perjudicial

Débil :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Fuerte

Inquieto :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Tranquilo

Agradable :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Desagradable

Duro :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Blando

Pasivo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Activo

Falso :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Verdadero

Severo :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Indulgente

Frío :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Caliente

Bello :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Feo

Ligero :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Pesado

Rápido :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ :\_\_ : Lento