

Viabilidad de la utilización de intenciones de implementación para aumentar el ejercicio físico andando en mujeres con fibromialgia

M. A. Pastor-Mira¹, S. López-Roig¹, C. Peñacoba¹ y A. Lledó-Boyer²

¹Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Elche, Alicante. ²Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón, Madrid. España

Pastor-Mira MA, López-Roig S, Peñacoba C y Lledó-Boyer A. Viabilidad de la utilización de intenciones de implementación para aumentar el ejercicio físico andando en mujeres con fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor* 2018;25(Supl1):4-13.

ABSTRACT

Aims: Implementation intentions (II) are “if... then...” plans that have shown their efficacy in solving self-regulation problems related to goal striving. They are usually applied individually. This study aims to analyze their pertinence and feasibility in a group intervention setting to increase non-supervised walking as physical exercise, in fibromyalgia women.

Material and methods: In the context of an experimental, randomized, triple blind study with an active control group, 117 women with fibromyalgia received an intervention based on II. They belonged to five patient associations from Alicante, Elche, Madrid and Talavera de la Reina. A sub-group (n = 59) also received a motivational intervention. The researcher in charge of the application of the II intervention was unaware of the experimental condition of the women. The Universidad Miguel Hernández ethics committee approved the study. The participants went to the labs at the university to receive the interventions as well as the pre- and post-experimental assessment. All of them signed informed consent forms. The group session for II was approximately 30 minutes long. During the pre-experimental session, we assessed distress, perceived fibromyalgia impact and pain intensity. In the post-experimental session, we assessed satisfaction and perceived usefulness of the intervention.

Results: Of the participants, 83.6 % selected one inhibitor from the three we presented (*if* component). Fatigue was the most frequently chosen (n = 37; 31.9 %), followed by pain (n = 31; 26.7 %) and have ‘a bad day’ for the illness (n = 29; 25 %). The strategy (*then* component) most frequently chosen was acceptance and commitment (n = 55; 47.42 %), but differences weren’t significant regarding the choice of the

other strategies. Women who selected the pain inhibitor presented significantly higher pain scores (F = 3.09, p = 0.05) and general painful scores (F = 4.32; p = 0.02) in the FIQ-R. Women who chose acceptance and commitment as strategy, scored significantly lower on the function sub-scale of the same questionnaire than those who opted for task persistence (F = 3.528; p = 0.03). Of the participants, 25.9 % (n = 30) did not write the ‘*if*’ component in the final II and 22.4 % (n = 26) did not do so for the ‘*then*’ component. There were errors in the creation of this last component related especially with the incomplete writing of the corresponding self-instruction (persistence of the task: n = 7; acceptance and commitment: n = 3; relaxation: n = 5). Mean satisfaction with the intervention was 8.96 over 10, and all except for one participant would recommend the intervention to other fibromyalgia patients.

Conclusions: It was found that both the behavioural inhibitors for exercise as well as the strategies for management are pertinent and ‘significant’ for the participants. Group application also seems to be an appropriate procedure as long as it is carried out in groups whose size allows individual supervision of the II. This is important to avoid errors that could affect quality. In general terms, we can conclude that II is a viable and acceptable strategy for women with fibromyalgia.

Key words: Fibromyalgia, walking, physical exercise, implementation intentions.

RESUMEN

Objetivos: Las intenciones de implementación (II) son planes “*si... entonces...*” que han mostrado su eficacia en solucionar los problemas de auto-regulación propios del esfuerzo hacia una meta. Suelen aplicarse de forma individualizada. Este trabajo pretende analizar su pertinencia y viabilidad en un formato de intervención grupal para aumentar el ejercicio físico no supervisado andando, en mujeres con fibromialgia.

Material y métodos: En el marco de un estudio experimental, aleatorizado, triple ciego y con grupo control activo, 117 mujeres con fibromialgia pertenecientes a cinco asociaciones de pacientes de Alicante, Elche, Madrid y Talavera de la Reina, recibieron una intervención con intenciones de implementación. Un subgrupo ($n = 59$) recibió también una intervención motivacional. La investigadora responsable de la aplicación de las intenciones de implementación desconocía la condición experimental previa de las mujeres. El estudio contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Las participantes acudieron a los laboratorios de las universidades para la aplicación de las intervenciones y la evaluación pre y postexperimental. Todas ellas firmaron el consentimiento informado. La sesión grupal con intenciones de implementación tuvo una duración aproximada de 30 minutos. En la evaluación preexperimental valoramos el estrés, el impacto percibido de la fibromialgia y la intensidad del dolor. Finalmente, se valoró la satisfacción y la utilidad percibida de la intervención.

Resultados: El 83,6 % de las participantes seleccionó un inhibidor (componente *si*). La fatiga fue el elegido con mayor frecuencia ($n = 37$; 31,9 %), seguido del dolor ($n = 31$; 26,7 %) y un “mal día” de enfermedad ($n = 29$; 25 %). La estrategia de manejo (componente *entonces*) seleccionada con mayor frecuencia fue la aceptación y compromiso ($n = 55$; 47,42 %) pero las diferencias no fueron significativas respecto de la elección del resto de estrategias. Las mujeres que seleccionaron el inhibidor dolor presentaron puntuaciones significativamente más altas en los ítems de dolor ($F = 3,09$, $p = 0,05$) y dolorimiento general ($F = 4,32$; $p = 0,02$) del FIQ-R. Las mujeres que eligieron la aceptación y compromiso como estrategia de manejo puntuaron significativamente más bajo que las que optaron por la persistencia en la tarea, en la subescala función del mismo cuestionario ($F = 3,528$; $p = 0,03$). El 25,9 % ($n = 30$) de mujeres no formularon el componente “*si*” en la intención de implementación final y el 22,4 % ($n = 26$) no lo hicieron respecto del componente “*entonces*”. Hubo errores en la formulación de este último componente relacionados principalmente con la escritura incompleta de la autoinstrucción correspondiente (persistencia en la tarea: $n = 7$; aceptación y compromiso; $n = 3$; relajación: $n = 5$). La satisfacción media con la intervención recibida fue de 8,96 sobre 10 y, salvo una persona, todas la recomendarían a otros pacientes con fibromialgia.

Conclusiones: Tanto los obstáculos como las estrategias presentadas para manejarlos son pertinentes y “significativos” para las mujeres participantes. La aplicación grupal también parece un procedimiento adecuado siempre y cuando se realice en grupos cuyo tamaño permita la supervisión individual de las intenciones de implementación para evitar errores. Por tanto, en términos generales podemos concluir que las II aparecen como estrategias viables y aceptadas por las mujeres con fibromialgia.

Palabras clave: Fibromialgia, andar, ejercicio físico, intenciones de implementación.

INTRODUCCIÓN

El ejercicio físico es una de las intervenciones recomendadas para el manejo de la fibromialgia que, en el marco de una intervención gradual, ha sido propuesto como primera opción terapéutica por la EULAR (1). Existe evidencia

sobre sus efectos positivos en la función física, dolor y bienestar emocional de las personas con fibromialgia (2,3). Entre los diferentes ejercicios, andar se configura como uno de los más accesibles, fáciles de realizar, sin efectos secundarios y sin impacto músculo-esquelético. En muestras heterogéneas de personas con dolor crónico, andar ha mostrado tener resultados beneficiosos en el dolor y en la función (4). En el metanálisis anterior (4) se concluye que andar se puede recomendar como una forma eficaz de hacer ejercicio en problemas músculo-esqueléticos que cursan con dolor crónico, pero también se subraya que la recomendación debería apoyarse con estrategias dirigidas a mantener la participación. Aunque no disponemos de datos epidemiológicos sobre la prevalencia de este ejercicio en personas con dolor crónico o con fibromialgia, en este último caso, un estudio previo de nuestro grupo ha mostrado que solo un 30,8 % de mujeres anduvo de forma regular con el objetivo de hacer ejercicio físico, contrastando con la elevada frecuencia de la recomendación médica para hacerlo (en torno al 78 % de las pacientes informaron haber recibido esa recomendación) (5). En diferentes trabajos con mujeres con fibromialgia en el contexto comunitario representado por las asociaciones de pacientes, hemos podido comprobar, por un lado, su intención y actitud favorable para andar con el objetivo de hacer ejercicio (6) y, por otro, la percepción de inhibidores para realizarlo vinculados a los síntomas e impacto de la fibromialgia y a la anticipación de consecuencias negativas relacionadas con el empeoramiento de los síntomas (6-8).

Potenciar el ejercicio puede entenderse como una meta comportamental en el contexto de la autorregulación conductual y del automanejo de la enfermedad. Desde esta perspectiva, existiendo una intención o motivación previa para alcanzar la meta (como es este caso), el esfuerzo terapéutico se centra en ofrecer estrategias para transformar esas “buenas intenciones” en conductas. Es decir, el foco se traslada desde el trabajo motivacional al trabajo postmotivacional o volitivo, o dicho de otro modo, al control de la acción. En este abordaje postmotivacional se sitúan las *intenciones de implementación* (II) como una de las estrategias de autorregulación que ha mostrado su eficacia en el inicio y mantenimiento de comportamientos dirigidos a una meta (9-11).

Las II surgen en el marco de la investigación sobre metas y del modelo de fases de acción (RUBICON [12]) que distingue en el comportamiento las dos fases arriba mencionadas (motivacional y postmotivacional o volitiva). Las intenciones simples se forman en la fase motivacional y las de implementación serán fundamentales en la fase posterior. Las II son una de las estrategias más eficaces para lograr la ejecución de conductas que permitan alcanzar las metas establecidas, ayudando a manejar los diferentes problemas de autorregulación que pueden menoscabar el esfuerzo hacia la meta. Las II son planes sobre cómo

alcanzar esa meta. Están subordinadas jerárquicamente a las intenciones o metas simples y unen una situación crítica (componente “*si*”) con una conducta o respuesta dirigida a la meta (componente “*entonces*”). En relación con el primer componente, la situación crítica puede referirse bien a una oportunidad de actuar (es fácil en ese momento o situación realizar la respuesta dirigida a la meta) o a un obstáculo que necesita ser superado para alcanzar la meta (10). En el primer caso, el componente “*si*” especificará el cuándo, dónde y cómo se realizará la conducta (facilitador). En el segundo, especificará el obstáculo anticipado (inhibidor). Las II ejercen su efecto a través de: 1) la creación de un vínculo mental entre la situación crítica especificada y la conducta dirigida a la meta, que hace que la representación mental de la situación crítica se active y sea accesible, y 2) la automatización de la respuesta dirigida a la meta: el vínculo “*si... entonces...*” delega en la situación crítica el control de la conducta dirigida a la meta. Así, los esfuerzos dirigidos a la misma se inician de forma inmediata en presencia de la situación especificada, sin requerir un intento consciente y sin consumo de recursos cognitivos (13-15).

Las II han mostrado su eficacia en el inicio y mantenimiento de conductas saludables en población sana (11,14,16) y en la adhesión al tratamiento farmacológico y aumento de la capacidad física en pacientes con accidentes cerebrovasculares y epilepsia (17). En dolor crónico, junto con otras estrategias, han aumentado el ejercicio físico en personas con dolor lumbar (18) y, en dolor experimental, han tenido un efecto significativo en el mantenimiento de la actividad asignada (19). En la literatura revisada no hemos encontrado trabajos que las utilicen en fibromialgia.

Para poder aplicar las II, en primer lugar, se deben identificar los problemas de autorregulación que es necesario superar para alcanzar la meta (componente “*si*”). En este contexto, en un estudio previo con mujeres con fibromialgia (6) identificamos diferentes inhibidores de la ejecución del comportamiento propuesto para hacer ejercicio. Esto fue así a pesar de la baja intensidad y frecuencia del ejercicio para que resultara alcanzable en una población principalmente sedentaria: *andar al menos dos veces por semana un mínimo de 30 minutos, con un pequeño descanso a los 15 minutos para retrasar fatiga y dolor, durante un mínimo de 6 semanas consecutivas*. Entre los inhibidores percibidos, destacaron por su frecuencia el dolor, la fatiga y tener un “mal día” de enfermedad. Resulta obvio que son inhibidores internos propios de la enfermedad y que, en este sentido, probablemente interfieran en la meta de incorporar y mantener el ejercicio en general y no solo en este ejercicio en particular. En segundo lugar, se deben identificar las estrategias que se pondrán en marcha (componente “*entonces*”) para manejar, en este caso, el inhibidor u obstáculo de la ejecución del comportamiento. Las II han mostrado mayor eficacia cuando son individualizadas, es decir, adaptadas y elaboradas de forma negociada con

la persona que las va a aplicar en lugar de formuladas a priori por el investigador o el terapeuta. Esta situación, que es clara en el contexto de una intervención individual, puede resultar más complicada en el de una intervención grupal. En ese marco grupal, tiene sentido profundizar en los factores que pueden asociarse o explicar las elecciones individuales, así como identificar posibles problemas que dificulten la aplicación de esta estrategia. De este modo, en relación con la aplicación de un programa de intervención grupal con II en mujeres con fibromialgia, para aumentar la práctica de ejercicio físico andando como mínimo en los términos arriba mencionados, este trabajo tiene como objetivo analizar de forma preliminar la viabilidad de la aplicación de esta estrategia postmotivacional. En concreto pretendemos analizar: 1) los inhibidores elegidos para configurar el componente “*si*”, 2) las estrategias elegidas para configurar el componente “*entonces*”, 3) la relación entre inhibidor y estrategia elegida, 4) la relación entre el inhibidor y la situación de salud de la persona, y 5) la formulación final de la II en función de los componentes “*si*” y “*entonces*” elegidos por separado durante el desarrollo de la sesión experimental.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

De las 192 participantes en el estudio, 117 recibieron una intervención con II: 59 asignadas al grupo de intervención motivacional más intenciones de implementación (GMII) y 58 al grupo de intervención con solo intenciones de implementación (GII). De este último grupo, una participante no elaboró la II, por lo que la muestra final de este trabajo es de 116 mujeres pertenecientes a las asociaciones de pacientes de Elche (AFEFE y AMANECER), Alicante (ADEFSA), Madrid (AFIBROM) y Talavera de la Reina (AFIBROTAR). La edad media fue de 53,73 (DT = 8,59). La media de tiempo de padecimiento del problema, desde la aparición de los primeros síntomas, fue de 19,10 años (DT = 9,55) y el tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico fue de 11,62 años (DT = 5,82). La mayoría estaba casada (75,9 %), en paro (44,8 %) y con un nivel de instrucción medio-bajo (74,1 %). El diagnóstico de fibromialgia se realizó mayoritariamente en reumatología (n = 89; 76,7 %) seguido de atención primaria (n = 9; 11,5 %), traumatología (n = 6; 5,2 %), rehabilitación y otras especialidades (n = 5; 4,3 % en ambos casos). El 77,6 % (n = 90) estaba en tratamiento por la fibromialgia en el momento del estudio y el 4,3 % (n = 5) tenía además un diagnóstico de fatiga crónica. La media de enfermedades crónicas además de la fibromialgia fue de 3,75 (DT = 2,29). En la Tabla I se muestran los valores descriptivos de las diferentes variables.

TABLA I
CARACTERÍSTICAS DE LAS PARTICIPANTES

	N*	%	
<i>Estado civil</i>			
Casada	88	75,9	
Soltera	12	10,3	
Separada/divorciada	12	10,3	
Viuda	4	3,4	
<i>Nivel educativo</i>			
Leer y escribir	14	12,1	
Estudios primarios	58	50,0	
Estudios secundarios	28	24,1	
Estudios universitarios	16	13,8	
<i>Situación laboral</i>			
En activo	35	30,2	
Paro	52	44,8	
Jubilada	16	13,8	
Baja laboral	13	11,2	
Intensidad del dolor	M 6,26	DT 1,54	[IC] [6,0 - 6,5]
<i>FIQ-R</i>			
Función	18,2	6,6	[17,0 - 19,4]
Impacto global	12,4	5,7	[11,4 - 13,5]
Síntomas	37,8	8,9	[36,1 - 39,4]
Total	68,4	18,5	[65,0 - 71,8]
Distrés	20,8	7,8	[19,4 - 22,2]

* = 116.

Variables e instrumentos

- *Variables sociodemográficas*: cuestionario elaborado al efecto.
- *Inhibidores*: se utilizaron los tres más frecuentes identificados en un estudio previo (6): el dolor, la fatiga y tener un “mal día” de enfermedad.
- *Estrategias de manejo*: seleccionamos tres estrategias basadas en la perspectiva cognitivo-comportamental de manejo del dolor crónico sobre las que hay evidencia de su eficacia, como la persistencia en la tarea, la relajación y la aceptación y compromiso. Para cada una de ellas se elaboró una auto-instrucción específica.
- *Intensidad de dolor*: valorada con la puntuación media del dolor más alto, bajo y general de la semana anterior a la evaluación, junto con el dolor en el momento de la misma. Estos cuatro ítems se contestaron en una

escala numérica de 11 puntos (0 = “nada de dolor” y 10 = “el peor dolor que pueda imaginar”) ($\alpha = 0,85$). Puntuaciones altas indican mayor intensidad de dolor.

- *Impacto de la fibromialgia*: utilizamos la adaptación española del cuestionario de impacto de la fibromialgia-revisado (IPQ-R [20]). Consta de 21 ítems con una escala numérica de 11 puntos, cuyos extremos varían en función del contenido del ítem. Calculamos las puntuaciones en las variables función ($\alpha = 0,88$; rango teórico: 0-30), impacto global ($\alpha = 0,83$; rango teórico: 0-20), síntomas ($\alpha = 0,89$; rango teórico: 0-50) y puntuación total ($\alpha = 0,93$; rango teórico: 0-100). Puntuaciones altas indican una alta percepción de impacto en ese dominio. Para este trabajo también utilizamos la puntuación de los ítems individuales de la subescala de síntomas, relacionados *a priori* por su contenido con los inhibidores trabajados en la intervención: dolor, dolorimiento al tacto y energía.
- *Distrés*: utilizamos la puntuación total de la adaptación española de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (21) ($\alpha = 0,90$; rango teórico: 0-42). Consta de 14 ítems contestados con una escala tipo Likert de cuatro puntos. Puntuaciones altas indican alto distrés.
- *Satisfacción con la intervención*: valorada con una escala numérica de 11 puntos (0 = nada satisfecha; 10 = totalmente satisfecha).
- *Utilidad percibida de la intervención para realizar el ejercicio*: valorada con una escala numérica de 11 puntos (0 = nada útil; 10 = totalmente útil).
- *Recomendación de la intervención a otras personas con fibromialgia*: valorada con respuesta dicotómica sí-no.

Procedimiento

Este trabajo forma parte de la segunda fase de un estudio más amplio (22). En esta fase se desarrolla un estudio experimental triple ciego con dos grupos de intervención en los que utilizamos II (uno con intervención motivacional previa: GMII; otro solo con intervención postmotivacional o volitiva: GII) y un grupo control activo (número de registro del estudio ISRCTN68584893). El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Todas las mujeres con fibromialgia acudieron a los laboratorios de las universidades participantes para la aplicación de las intervenciones y la evaluación pre- y postexperimental. Antes de la evaluación preexperimental se firmó el consentimiento informado. La intervención volitiva se administró simultáneamente y en formato grupal a las personas asignadas a los grupos GMII y GII. Las investigadoras responsables de la aplicación de la intervención volitiva (una por universidad) desconocían la asignación previa de

las participantes, por lo que no sabían cuáles de ellas habían recibido intervención motivacional y cuáles no.

Durante 30 minutos, el grupo de participantes, guiado por la investigadora, elaboró sus II o planes “*si... entonces...*” para manejar los inhibidores que podían dificultar o impedir realizar la pauta de ejercicio seleccionada. El procedimiento se desarrolló en tres pasos: 1) selección del inhibidor personal (componente “*si*”), 2) selección de la estrategia para manejar el inhibidor y salir a caminar (componente “*entonces*”) y 3) formulación de la II escribiendo de forma completa la frase unida con los dos componentes. Cada una de las participantes escribió tres veces la II elaborada, hizo un ejercicio de visualización utilizándola y, finalmente, volvió a escribir la II en el autorregistro correspondiente a la primera semana, que se llevaba al finalizar. Todas las participantes tuvieron la oportunidad de seleccionar tanto un inhibidor como una estrategia diferente a las presentadas. Para ello, en el cuadernillo experimental se introdujo una opción de “*otros*” en cada componente. Al finalizar la sesión, las participantes se llevaron un cuadernillo con registros semanales donde, al empezar cada semana, debían escribir: 1) la meta de esa semana, a partir del mínimo establecido en la pauta de andar presentada, y que podía variar en función de la experiencia de la semana anterior, y 2) su II, la elaborada durante la sesión experimental y sin posibilidad de variación a lo largo de las semanas. En ese mismo registro semanal se anotaba la ejecución de la conducta en cuestión y del grado de esfuerzo percibido postejecución. Los registros se recogieron en tres momentos a lo largo del seguimiento (a las 7 semanas postintervención, a los tres meses y a los 9 meses).

Los datos se han analizado con el programa estadístico SPSS versión 21. Se realizaron análisis descriptivos, diferencias de medias paramétricas (prueba t) y no paramétricas (prueba ji cuadrado) y análisis de correlación de Pearson.

RESULTADOS

Inhibidores elegidos (componente “*si*”)

De los tres inhibidores presentados, un 83,6 % de las participantes seleccionó solo uno de ellos. La fatiga fue el elegido con mayor frecuencia (n = 37; 31,9 %), seguido del dolor (n = 31; 26,7 %) y tener un “mal día” de enfermedad (n = 29; 25 %). Un 12,9 % seleccionó como dificultad alguna combinación de los anteriores (n = 15: 9 dolor y fatiga; 4 dolor y tener un mal día; 2 fatiga y tener un mal día o falta de tiempo) y un 3,4 % propuso un inhibidor diferente (n = 2, rigidez y/o mareos; n = 2, falta de tiempo).

No existe asociación entre la asignación a cualquiera de los dos grupos experimentales con intervención volitiva, con

o sin intervención motivacional, y la elección del inhibidor principal ($\chi^2 = 0,418$; p = 0,811). Los grupos con distinto inhibidor principal no se diferencian en edad (F = 1,361; p = 0,252), tiempo desde el comienzo de los síntomas (F = 0,187; p = 0,945) o desde el diagnóstico (F = 0,952; p = 0,437) ni el número total de enfermedades crónicas (F = 0,775; p = 0,544). Tampoco la selección de uno u otro inhibidor principal se asocia al estado civil ($\chi^2 = 11,853$; p = 0,458), la situación laboral ($\chi^2 = 16,07$; p = 0,188), el nivel de estudios ($\chi^2 = 12,574$; p = 0,401), el lugar donde se realizó el diagnóstico ($\chi^2 = 11,326$; p = 0,789) y estar o no actualmente en tratamiento por la fibromialgia ($\chi^2 = 2,802$; p = 0,721). De las 5 participantes que presentaban síndrome de fatiga crónica, 3 seleccionaron la fatiga, 1 el dolor y 1 tener un “mal día” de enfermedad.

Estrategias de manejo del inhibidor (componente “*entonces*”)

La estrategia de manejo “*aceptación y compromiso*” fue la elegida con mayor frecuencia (n = 55; 47,42 %), seguida de la “*persistencia en la tarea*” (n = 36; 31 %) y la “*relajación*” (n = 25; 21,6 %).

La “*relajación*” fue seleccionada por igual en ambos grupos de intervención (GMII: 22 %, GII: 21,1 %); mientras que la “*aceptación y compromiso*” fue elegida principalmente por el GMII (54,2 %) frente al GII (40,4 %) y la “*persistencia en la tarea*” por el GII (38,6 %) frente al GMII (23,7 %) aunque las diferencias no fueron significativas.

Los grupos con distinta estrategia de manejo no se diferencian en edad (F = 0,362; p = 0,697), tiempo desde el comienzo de los síntomas (F = 1,406; p = 0,249) o desde el diagnóstico (F = 0,238; p = 0,789), número total de enfermedades crónicas (F = 0,120; p = 0,887), estado civil ($\chi^2 = 3,026$; p = 0,220), situación laboral ($\chi^2 = 9,914$; p = 0,624) o nivel de estudios ($\chi^2 = 4,141$; p = 0,126); tampoco con ser diagnosticada en uno u otro servicio ($\chi^2 = 4,168$; p = 0,654) o estar o no en tratamiento por la fibromialgia ($\chi^2 = 1,154$; p = 0,562). De las 5 participantes que presentaban síndrome de fatiga crónica, 4 escogieron la “*persistencia en la tarea*” y 1 la “*aceptación y compromiso*”.

Relación inhibidor-estrategia de manejo

La estrategia “*aceptación y compromiso*” fue seleccionada con mayor frecuencia por las mujeres cuyo inhibidor principal fue el dolor (n = 19; 61,3 %) y en menor medida por las mujeres con inhibidor principal “*fatiga*” (n = 17; 45,9 %) o tener un “mal día” de enfermedad (n = 12; 41,4 %), aunque la distribución no es significativamente diferente ($\chi^2 = 7,267$; p = 0,508) (Figura 1).

Relación inhibidor principal y estrategia de manejo con la situación de salud

Considerando cada una de las variables evaluadas con el FIQ-R (20), no aparecen diferencias significativas entre los grupos con diferente inhibidor principal en: función ($F = 1,533$; $p = 0,197$), impacto global ($F = 1,486$; $p = 0,211$) y puntuación total ($F = 2,293$; $p = 0,064$). Las participantes que seleccionaron una combinación de dos inhibidores, puntuaron significativamente más alto en el factor síntomas ($M = 42,6$; $DT = 5,2$) que las que seleccionaron otros inhibidores diferentes a los presentados ($M = 27,8$; $DT = 19,5$) ($F = 2,993$; $p = 0,022$) (Figura 2).

Tampoco obtuvimos diferencias entre los grupos con diferente estrategia de manejo del inhibidor en: impacto global ($F = 1,164$; $p = 0,316$), síntomas ($F = 1,486$; $p = 0,231$) y puntuación total ($F = 2,385$; $p = 0,097$). Sin embargo, las mujeres que seleccionaron la estrategia “aceptación y compromiso” puntuaron significativamente más bajo en la subescala de función ($M = 16,0$; $DT = 6,8$; $IC [13,7-18,3]$) que las que optaron por la “persistencia en la tarea” ($M = 19,7$; $DT = 6,4$; $IC [17,9-221,4]$), ($F = 3,528$; $p = 0,033$) (Figura 3).

Por otro lado, cuando consideramos (solo a efectos de este estudio) ítems individuales de la subescala de síntomas del FIQ-R, encontramos que la puntuación media en el ítem “dolor” es significativamente más alta en el grupo que seleccionó como inhibidor principal el dolor ($M = 7,8$, $DT = 2,1$; $IC = 7,1-8,6$) comparado con el grupo que seleccionó tener “un mal día” de enfermedad ($M = 6,43$; $DT = 2,3$; $IC = 5,6- 7,3$; $F = 3,09$, $p = 0,05$). Igualmente, el ítem “dolorimiento al tacto” muestra una media significativamente más alta en el grupo que eligió el dolor como inhibidor ($M = 8,7$, $DT = 2,0$; $IC = 7,9-9,5$) que en el grupo que seleccionó tener “un mal día” ($M = 6,8$; $DT = 2,9$; $IC = 5,7-8,0$; $F = 4,32$; $p = 0,02$).

No encontramos diferencias en la puntuación total de intensidad de dolor o distrés, cuando se comparan los grupos según el inhibidor principal ($F = 1,213$; $p = 0,309$) o según la estrategia de manejo seleccionada ($F = 1,540$; $p = 0,219$).

Formulación de las II

El 25,9 % ($n = 30$) de las participantes no formularon en su II del autorregistro semanal el componente “sí”, aunque lo habían seleccionado durante la sesión experimental. De la selección inicial, el dolor aparece coincidente en el autorregistro de la primera semana en un 80,6 % ($n = 25$), la fatiga en un 78,4 % ($n = 29$), tener “un mal día” en un 56,7 % ($n = 17$) y los que combinaron inhibidores se mantienen en un 60 % ($n = 9$) (Tabla II).

Por su parte, un 22,4 % ($n = 26$) de las participantes no formularon la estrategia de manejo en el componente entonces de la II. La estrategia relajación se mantiene en un 88 % de los sujetos que la seleccionaron al inicio

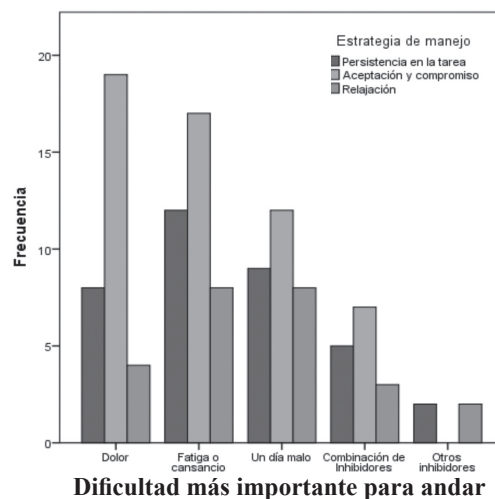


Fig. 1. Elección de estrategia en función del inhibidor.

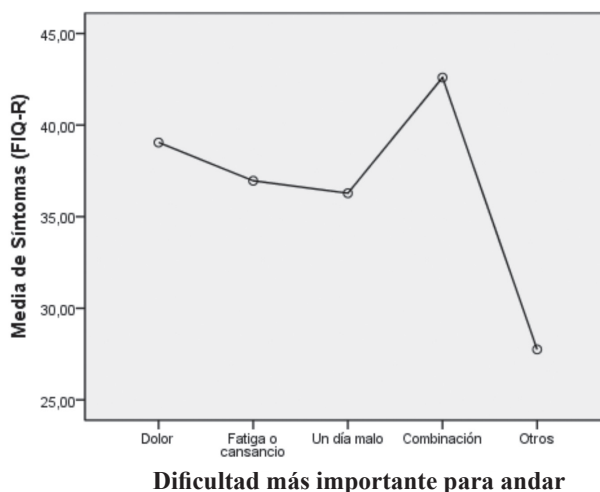


Fig. 2. Percepción de síntomas y elección inhibidor.

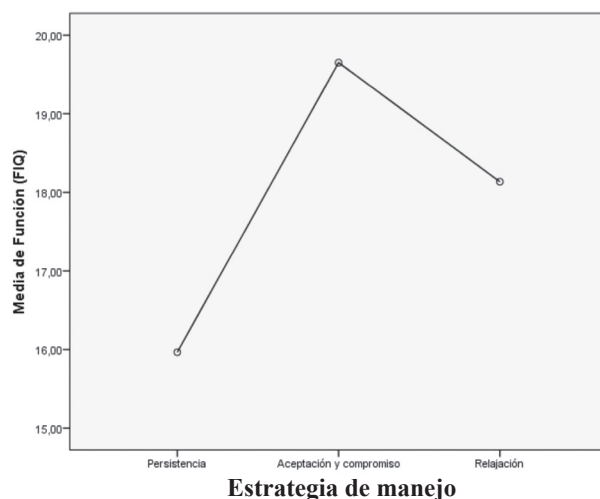


Fig. 3. Percepción de impacto funcional de la fibromialgia y elección de la estrategia.

(n = 22), la aceptación y compromiso se mantiene en un 72,7 % (n = 40), y la persistencia en un 66,7 % (n = 24) (Tabla III).

La estrategia de manejo presenta una formulación adecuada al inicio en el 87,1 % del total de participan-

tes, sin diferencias según el tipo de estrategia ($\chi^2 = 9,540$; $p = 0,145$) (Tabla IV).

Del total de estrategias formuladas en las II (autorregistros), la persistencia está bien formulada en un 70,4 % de los casos (n = 19), la aceptación y compromiso en un 90 %

TABLA II
COMPARACIÓN INHIBIDOR SELECCIONADO EN PRIMER LUGAR Y FORMULADO EN LA II

Inhibidor seleccionado	Inhibidor en la II final						Total n (%)
	Dolor n (%)	Fatiga o cansancio n (%)	Tener un "mal día" n (%)	No formulado n (%)	Combi- nación n (%)	Otros n (%)	
Dolor	25 (80,6)	0 (0)	0 (0)	6 (19,4)	0 (0)	(100)	31 (100)
Fatiga o cansancio	0 (0)	29 (78,4)	0,0	8 (21,6)	0 (0)	0 (0)	37 (100)
Tener un "mal día"	0 (0)	1 (3,4)	17 (58,6)	10 (34,5)	1(3,4)	0 (0)	29 (100)
Combinación	0 (0)	2 (13,3)	0,0	4 (26,7)	9 (60,0)	0 (0)	15 (100)
Otros inhibidores	0 (0)	0 (0)	0,0	2 (50,0)	0 (0)	2 (50)	4 (100)
Total	25 (21,6)	32 (27,6)	17 (14,7)	30 (25,9)	10 (8,6)	2 (1,7)	116 (100)

TABLA III
COMPARACIÓN ESTRATEGIA SELECCIONADA EN PRIMER LUGAR Y FORMULADA EN LA II

Estrategia seleccionada	Estrategia en el II final						n (%) Total
	n (%) Persistencia	n (%) Aceptación/ compromiso	n (%) Relajación	n (%) No formulada	n (%) Otra		
Persistencia	24 (66,7)	0 (0)	0 (0)	12 (33,3)	0 (0)	36 (100)	
Aceptación/ y compromiso	3 (5,5)	40 (72,7)	0,0	11 (20,0)	1 (1,8)	55 (100)	
Relajación	0 (0)	0 (0)	22 (88,0)	3 (12,0)	0 (0)	25 (100)	
Total	27 (23,3)	40 (34,5)	22 (19,0)	26 (22,4)	1 (0,9)	116 (100)	

TABLA IV
ADECUACIÓN EN LA FORMULACIÓN DE LA ESTRATEGIA EN LA II FINAL

Estrategia seleccionada	Estrategia en la II final						n (%) Total
	n (%) Persistencia	n (%) Aceptación/ compromiso	n (%) Relajación	n (%) No formulada	n (%) Otra		
Bien formulada	19 (26,4)	36 (50,0)	17 (23,6)	0 (0)	0 (0)	72 (100)	
Incompleta	7 (46,7)	3 (20,0)	5(33,3)0	0 (0)	0 (0)	15 (100)	
Con el etiquetado	1 (1000)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	
No formulada o muy incompleta	0 (0)	1 (0)	0 (0)	25 (96,4)	0 (0)	26 (100)	
Total	27 (23,3)	40 (34,5)	22 (19,0)	26 (22,4)	1 (0,9)	116 (100)	

(n = 36) y la relajación en un 77,3 % (n = 17) (Tabla IV). Solo en el caso de una participante con aceptación y compromiso, la formulación de la estrategia es errónea o muy incompleta. En el resto, falta algún componente o se formula utilizando el etiquetado de la estrategia (persistencia en la tarea, aceptación y compromiso, relajación) en lugar de la auto-instrucción diseñada para cada una de ellas, pero se distinguen claramente.

Finalmente, la satisfacción media con la intervención fue de 8,96 (DT = 1,59), la percepción media de utilidad de la intervención para ayudar a hacer el ejercicio fue de 8,22 (DT = 1,88) y el 95,7 % de las participantes recomendarían la intervención a otras personas con fibromialgia.

DISCUSIÓN

En este trabajo hemos planteado un análisis preliminar sobre la viabilidad de la utilización de las II en una intervención con formato grupal en mujeres con fibromialgia. Cabe señalar que antes de la aplicación definitiva del procedimiento con II descrito, se realizó una intervención piloto en un grupo de 10 mujeres y se comprobó, entre otras cosas, el procedimiento general del estudio experimental, la comprensión de las instrucciones y la validez aparente de las tres intervenciones (control, motivacional y postmotivacional o volitiva). Sobre esta base se hicieron cambios en la aplicación de las intervenciones y de las actividades desarrolladas en cada una. Además, se constató la validez aparente de las tres y se ajustaron los tiempos de aplicación. En relación con la intervención volitiva, no hubo problemas en la comprensión de las estrategias presentadas y, sobre la base de las sugerencias de las participantes, se añadió la opción de "otros" al protocolo diseñado, tanto en el componente *si* como en el componente *entonces*.

La identificación de los obstáculos o barreras para la autorregulación es el primer paso para elaborar una II. Así, en relación con los inhibidores elegidos por las participantes, los resultados muestran su pertinencia y su validez de contenido: solo 4 mujeres propusieron un inhibidor diferente a los tres presentados, lo cual sugiere que estos tres, seleccionados sobre la base de un estudio previo (6), son los más frecuentes en esta población y cubren adecuadamente el conjunto de problemas relevantes para realizar la conducta objeto de intervención. Aunque hubo un pequeño porcentaje de mujeres (13 %) que no pudo priorizar sus obstáculos para andar, la mayoría seleccionó uno solo, condición también importante para la aplicación de las II, puesto que se recomienda utilizar solo un contenido en cada componente "*si... entonces...*". No hemos encontrado características individuales, ni sociodemográficas ni de experiencia de enfermedad que se asocien a la preferencia por uno u otro inhibidor, apoyando nuevamente su pertinencia en este contexto. Solo las mujeres que eligieron

el dolor como inhibidor principal puntuaron significativamente más alto en los dos ítems que valoran dolor en el FIQ-R y el grupo que combina alguno de los tres inhibidores principales obtuvo la puntuación más alta en la subescala síntomas del mismo instrumento, aunque solo se diferenció significativamente del pequeño grupo que presentó inhibidores diferentes de los principales. Estos resultados sugieren la coherencia de las participantes a la hora de identificar y seleccionar sus obstáculos con la valoración de su situación de salud, al menos en relación con el dolor y otros síntomas.

Un resultado a destacar de este análisis es la selección de la fatiga como inhibidor con mayor frecuencia que el dolor, aunque la diferencia no fue significativa. Probablemente, este resultado es coherente con el tipo de conducta de ejercicio que se pide realizar y coincide con un estudio previo (7) donde el motivo más frecuente para no caminar en mujeres que ya andaban, aunque no de forma regular, fue "no camino más porque estoy cansada" (73,8 %). En este sentido, a pesar de que el dolor es un problema central en la fibromialgia, la fatiga es otro de los más relevantes y, en relación con el ejercicio físico moderado como es caminar, puede adquirir mayor importancia que el dolor. Por eso, resulta llamativo que apenas haya sido estudiada (23) y que sean escasos los trabajos que analizan los mecanismos psicológicos relacionados (24). La intervención motivacional previa de parte de un subgrupo con II no condicionó la elección del inhibidor. Este resultado apoya también la validez de la intervención motivacional, que estuvo focalizada solo en los facilitadores de la conducta, trabajando la accesibilidad cognitiva de las consecuencias positivas individuales por realizarla (actitud comportamental) y el aumento de la percepción de control en términos de autoeficacia.

La situación ha sido semejante en el caso de las estrategias para el manejo de los obstáculos. En este caso, todas las participantes eligieron solo una para el componente "*entonces*" y no propusieron ninguna diferente a las presentadas. No hubo problemas relacionados con la elección de más de una estrategia para un mismo obstáculo o inhibidor (independientemente del tipo y del número). Aunque tampoco obtuvimos diferencias significativas en la elección de las estrategias, destaca la mayor preferencia por la estrategia aceptación y compromiso ("*si tengo... entonces aceptaré que tengo esta dificultad, caminar es bueno para mí y ¡saldré a caminar!*"). No identificamos características individuales o del tratamiento experimental determinantes de la preferencia por una u otra estrategia. Tampoco hubo una preferencia significativamente diferente por una estrategia en relación con un inhibidor, aunque en términos generales parece existir una tendencia a seleccionar la aceptación y compromiso en las personas que habían recibido la intervención motivacional o que habían seleccionado el dolor como inhibidor principal. Sin embargo, en relación con esta

misma estrategia, las mujeres que la seleccionaron puntuaron significativamente más alto en la subescala función del FIQ-R que las que optaron por la persistencia en la tarea. Dados los efectos positivos de la aceptación y el compromiso en la función física de los pacientes con dolor crónico, esta tendencia puede sugerir que las participantes ya la estuvieran utilizando de forma espontánea con resultados positivos y eso explicase su elección.

Una vez seleccionados el inhibidor y la estrategia de manejo como parte del procedimiento guiado, en el que las participantes eligieron por separado cada componente, el último paso fue formular la II uniéndolos con la estructura formal “*si... entonces...*”. Vista la viabilidad de los inhibidores y estrategias presentadas y la posibilidad de hacer la selección individual en formato grupal, la siguiente pregunta a responder tiene que ver, por tanto, con la formulación completa de las II y la detección de posibles errores. Esta no es una cuestión menor, pues la eficacia de las II está asociada a la calidad de su formulación y a la consideración de esta estructura formal frente a otros formatos (25). El efecto de las II en el logro de metas depende de la accesibilidad de la situación crítica y de la fuerza de su asociación con la respuesta elegida, es decir, de la fuerza del vínculo “*si... entonces...*” (26). En este sentido destaca que, aunque la mayoría de las participantes formularon adecuadamente las II con los componentes que habían seleccionado previamente, en torno a una cuarta parte no escribió en su autorregistro uno de ellos. Entre las II que se escribieron con los dos componentes no hubo errores en el componente “*si*”. Los errores se produjeron en la formulación del componente “*entonces*” y estuvieron relacionados principalmente con la escritura incompleta de las autoinstrucciones vinculadas a cada estrategia. La persistencia en la tarea fue la estrategia escrita de forma incompleta por más participantes ($n = 7$), seguida de la relajación ($n = 5$) y de la aceptación y compromiso ($n = 3$). En este sentido, la aplicación grupal sin una adecuada supervisión del resultado final ha supuesto una pérdida en la calidad de las II. Los grupos que conformamos para la aplicación de las II superaron en numerosas ocasiones las 15 personas, dificultando esa supervisión individual, que se configura como un elemento necesario en la aplicación grupal del procedimiento con estas personas. Además, probablemente la longitud de la autoinstrucción sea otro factor a considerar.

En definitiva, tanto los obstáculos como las estrategias presentadas para manejarlos son adecuados y “significativos” para las mujeres participantes, cumpliendo con uno de los requisitos de una correcta aplicación de las II (26,27). La aplicación grupal también parece un procedimiento adecuado, siempre y cuando se realice en grupos cuyo tamaño permita la supervisión individual de las II formuladas y sus posibles modificaciones. La validez aparente de la estrategia fue alta. Las participantes se mostraron satisfechas y percibieron que la intervención era útil para lograr la meta

de andar, como mínimo en los términos propuestos, además de que todas ellas, salvo una, la recomendaría a otras personas con fibromialgia. Por tanto, en términos generales podemos concluir que las II aparecen como estrategias viables y aceptadas por las mujeres con fibromialgia, coincidiendo con los resultados obtenidos por otros autores en contextos rehabilitadores y con otras patologías crónicas (27), pero que necesitan supervisión en su formulación en el contexto de una aplicación grupal.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha sido posible gracias a la financiación del Ministerio de Economía y Competitividad (Referencia: PSI2011-25132). Las autoras agradecen la participación de las mujeres con fibromialgia y de sus respectivas asociaciones (AFEFE, ADEFA, AMANECER, AFIBROM y AFIBROTAR) y la asesoría de la profesora Inge Schweiger-Gallo en la elaboración y diseño del procedimiento con intenciones de implementación.

Fuente de financiación: MINECO (PSI2011-25132).

BIBLIOGRAFÍA

1. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F3, Häuser W4,5, Fluß E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis* 2017;76(2):318-28. DOI:10.1136/annrheumdis-2016-209724.
2. Busch A, Webber SC, Richards RS, Bidonde J, Schachter CL, Schafer LA, et al. Resistance exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(12):CD010884. DOI: 10.1002/14651858.CD010884.
3. Häuser W, Klose P, Langhorst J, Moradi B, Steinbach M, Schiltenswolf M, et al. Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Arthritis Res Ther* 2010;12(3): R79. DOI: 10.1186/ar3002.
4. O'Connor SR, Tully MA, Ryan B, Bleakley CM, Baxter GD, Bradley JM, et al. Walking exercise for chronic musculoskeletal pain: systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2015;96(4):724-34. DOI: 10.1016/j.apmr.2014.12.003.
5. López-Roig S, Pastor MA, Peñacoba C, Lledó A, Sanz Y, Velasco L. Prevalence and predictors of unsupervised walking and physical activity in a community population of women with fibromyalgia. *Rheumatol Int* 2016;36(8):1127-33. DOI: 10.1007/s00296-016-3508-1.
6. Pastor MA, López-Roig S, Sanz Y, Peñacoba C, Cigarán M, Velasco L, et al. Walking as physical exercise in Fibromyalgia: An elicitation study from the Theory of Planned Behavior. *Annals Psychol* 2015;31(2):433-46. DOI: 10.6018/analesps.31.2.172151.
7. Peñacoba C, Pastor MA, López-Roig S, Velasco L, Lledó A. Walking-related beliefs in women with

- fibromyalgia. Sociodemographics, clinical profile and impact on walking behaviour. *Clin Nurs Res* 2016. Disponible en: <http://cnr.sagepub.com/content/early/2016/05/12/1054773816646339>.
8. Sanz-Baños Y, Pastor MA, Velasco L, López-Roig S, Peñacoba C, Lledó A, et al. To walk or not to walk: insights from a qualitative description study with women suffering from fibromyalgia. *Rheumatol Int* 2016;36(8):1135-43. DOI: 10.1007/s00296-016-3459-6.
 9. Gollwitzer PM. Goal achievement: the role of intentions. *Eur Rev Soc Psychol* 1993;4:141-85.
 10. Gollwitzer PM. Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *Am Psychol* 1999;54(7):493-503.
 11. Gollwitzer PM, Sheeran P. Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Adv Exp Soc Psychol* 2006;38:69-119.
 12. Heckhausen H, Gollwitzer PM. Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. *Motiv Emot* 1987;11(2):101-20.
 13. Orbell S, Verplanken B. The automatic component of habit in health behavior: Habit as cue-contingent automaticity. *Health Psych* 2010;29(4):374-83. DOI: 10.1037/a0019596.
 14. Schweiger-Gallo I, Gollwitzer PM. Implementation intentions: A look back at 13 years of research. *Psicothema* 2007;19(1):37-42.
 15. Webb TL, Sheeran P. Identifying good opportunities to act: Implementation intentions and cue discrimination. *Eur J Soc Psychol* 2004;34(4):407-19. DOI: 10.1002/ejsp.205.
 16. Schweiger-Gallo I, de Miguel J, Rodríguez-Monter M, Álvaro JL, Gollwitzer PM. Efectos de las intenciones de implementación en las intervenciones sobre la salud. *Rev Psic Soc* 2009;24(3):413-26.
 17. Kersten P, McCambridge A, Kayes NM, Theadom A, McPherson KM. Bridging the gap between goal intentions and actions: a systematic review in patient populations. *Disabil Rehabil* 2014;37(7):563-570. DOI: 10.3109/09638288.2014.935874.
 18. Christiansen S, Oettingen G, Dahme B, Klinger R. A short goal-pursuit intervention to improve physical capacity: a randomized clinical trial in chronic back pain patients. *Pain* 2010;149(3):444-52. DOI: 10.1016/j.pain.2009.12.015.
 19. Karsdorp PA, Geenen R, Kroese FM, Vlaeyen JWS. Turning pain into cues for goal-directed behavior: Implementation intentions reduce escape-avoidance behavior on a painful task. *J Pain* 2016;17(4):499-507. DOI: 10.1016/j.jpain.2015.12.014.
 20. Salgueiro M, García-Leiva JM, Ballesteros J, Hidalgo J, Molina R, Calandre E. Validation of a Spanish version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR). *Health Qual Life Outcomes* 2013;11:132. DOI: 10.1186/1477-7525-11-132.
 21. Terol MC, López-Roig S, Rodríguez-Marín J, Martín-Aragón M, Pastor MA, Reig MT. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Estrés en población española. *Ansiedad y Estrés* 2007;13(2-3):163-76.
 22. Pastor MA, López-Roig S, Lledó A, Peñacoba C, Velasco L, Schweiger-Gallo I, et al. Combining motivational and volitional strategies to promote unsupervised walking in patients with fibromyalgia: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2014;15:120. DOI: 10.1186/1745-6215-15-120.
 23. Eilertsen G, Ormstad H, Kirkevold M, Mengshoel AM, Söderberg S, Olsson M. Similarities and differences in the experience of fatigue among people living with fibromyalgia, multiple sclerosis, ankylosing spondylitis and stroke. *J Clin Nurs* 2015;24(13-14):2023-34. DOI: 10.1111/jocn.12774.
 24. Parrish BP, Zautra AJ, Davis MC. The role of positive and negative interpersonal events on daily fatigue in women with fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and osteoarthritis. *Health Psychol* 2008;27(6):694-702. DOI: 10.1037/0278-6133.27.6.694.
 25. Oettingen G, Hoenig G, Gollwitzer PM. Effective self-regulation of goal attainment. *Int J Educ Res* 2000;33:705-32. DOI: 10.1016/S0883-0355(00)00046-X.
 26. Webb TL, Sheeran P. Mechanisms of implementation intention effects: the role of goal intentions, self-efficacy, and accessibility of plan components. *Br J Soc Psychol* 2008;47(Pt 3):373-95.
 27. Kersten P, Kathryn M, McPherson N, Kayes M, Theadom A, McCambridge A. Bridging the goal intention-action gap in rehabilitation: a study of if-then implementation intentions in neurorehabilitation. *Disabil Rehabil* 2015;37(12):1073-81. DOI: 10.3109/09638288.2014.955137.