

# Actividad física y fibromialgia. Un acercamiento a la intención de caminar a través del estudio de las creencias

## *Physical activity and fibromyalgia. An approach to the intention to walk through the study of beliefs.*

Fecha de recepción: 14-06-2019

Fecha de aceptación: 07-11-2019

Sofía Ivorra López

Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana

Cecilia Peñacoba Puente

Universidad Rey Juan Carlos

Sofía López Roig

Universidad Miguel Hernández

María Ángeles Pastor-Mira

Universidad Miguel Hernández

Lilian Velasco Furlong

Universidad Rey Juan Carlos

### resumen/abstract:

**Introducción:** La fibromialgia es un trastorno crónico caracterizado por dolor músculo-esquelético generalizado, acompañado de numerosa comorbilidad asociada. El ejercicio físico aeróbico se recomienda como tratamiento de primera elección, dentro de un abordaje multidisciplinar. **Objetivo:** Analizar las creencias, desde la Teoría de la Acción Planeada, asociadas a la intención de "caminar 2-4 veces por semana, un mínimo de 30 minutos, intercalando un pequeño descanso, durante al menos 6 semanas consecutivas". **Método:** se utilizó un diseño longitudinal con dos medidas (T1-T2) con una diferencia de 6 semanas, con 275 (T1) y 219 (T2) mujeres con fibromialgia. **Resultados:** Existe una tendencia a la significación en la relación entre intención y conducta de caminar ( $t=-1.733$ ,  $p=.086$ ). Se observan diferencias significativas en las creencias comportamentales positivas ( $p=.004$ ), comportamentales negativas ( $p=.008$ ) y normativas prescriptivas ( $p=.002$ ) entre las pacientes con alta y baja intención. La recomendación médica de caminar y la intensidad de dolor se asocian significativamente con las creencias comportamentales positivas y con las creencias de control inhibitoras.

**Conclusiones:** La intención de caminar según la pauta establecida se relaciona con creencias comportamentales positivas relativas a consecuencias generales de salud, y no con la mejora específica de la sintomatología propia de la fibromialgia.

*Fibromyalgia is a frequent chronic problem to cause generalized muscular-skeletal pain, it is also often accompanied by numerous comorbid issues. Within multi-disciplinary approaches, aerobic physical exercise is recommended as a first line of treatment. Aim: To analyse the beliefs, from the perspective of the Theory of Planned Action, that are associated to the intention to 'walk 2-4 time as a week, for at least 30 minutes, taking a small break, for at least six consecutive weeks'. Method: A longitudinal design was used with two time points (T1-T2), six weeks apart, with a sample of 275 (T1) and 219 (219) women with fibromyalgia. Results: The association between intentions and walking behaviour ( $t=-1.733$ ,  $p=.086$ ) tended towards significance. Statistically significant differences were found for positive behavioural beliefs ( $p=.004$ ), negative behavioural beliefs ( $p=.008$ ) and prescriptive normative beliefs ( $p=.002$ ) between patients with high and low intention. Medical prescription to walk and the intensity of the perceived pain associate significantly with positive behavioural beliefs and with inhibiting control beliefs. Conclusions: The intention to walk according to the set pattern associated with positive behavioural beliefs that have to do with general positive health consequences, and not with a specific improvement of symptoms of fibromyalgia.*

correspondencia: slroig@umh.es

## palabras clave/keywords:

Fibromialgia, caminar, Teoría de la Acción Planeada, creencias, intención, mujer.

*Fibromyalgia, walking, Theory of Planned Action, beliefs, intention, woman.*

## Introducción

La fibromialgia puede considerarse como uno de los problemas crónicos más frecuentes (2.34% en población española), con mayor prevalencia en mujeres. Su sintomatología incluye dolor músculo-esquelético generalizado, con frecuencia acompañado de fatiga intensa, alteraciones del sueño, sintomatología emocional, rigidez y problemas cognitivos, entre otros. Su etiología es desconocida y su diagnóstico se basa en la experiencia de dolor de la persona. Dentro de la consideración del dolor como síntoma central del trastorno, los criterios para su diagnóstico han sufrido diferentes modificaciones, hasta incluir la comorbilidad asociada además del dolor, lo que da cuenta de la complejidad de la fibromialgia, y del gran impacto funcional de estas pacientes, con limitaciones de la actividad en general, incluido el desempeño laboral, e impacto psicológico y social (Wolfe et al., 2016).

### Actividad física y fibromialgia

La literatura previa señala la necesidad de abordar la fibromialgia desde un enfoque multidisciplinar (Salvat et al., 2017) que combine tratamiento farmacológico junto con ejercicio físico y terapia cognitivo-conductual, partiendo de la base de la información al paciente de la manera más clara y con las distintas opciones terapéuticas. Dentro de este abordaje multidisciplinar, el ejercicio físico aeróbico presenta buenos resultados en la mejora del dolor y la funcionalidad física, y se recomienda como tratamiento de primera elección (Macfarlane et al., 2017). En particular, se recomienda andar de forma gradual y regular, ya que es un ejercicio aeróbico de intensidad baja-moderada y con escaso impacto musculoesquelético en pacientes con fibromialgia (Gusi, Parraca, Adsuar, Olivares, y Pastor, 2009). Sin embargo, el cumplimiento de pautas de ejercicio físico, incluyendo andar, especialmente cuando no es supervisado, es bajo (Mannerkorpi, Nordeman, Cider, y Jonsson, 2010).

Parte de esa baja adhesión podría explicarse si se tiene presente que la sintomatología asociada a la fibromialgia y el sedentarismo característico, provoca una disminución de las capacidades funcionales, incrementando el cansancio y el dolor ante esfuerzos repetidos y livianos (Gusi et al., 2009). Si la intensidad del ejercicio es elevada pueden sufrir inconvenientes como aumento del dolor y no cumplir la prescripción, por ello es conveniente comenzar progresivamente en intensidad y/o duración. Las pausas favorecen la reducción del dolor y el retraso de la fatiga, permitiendo así continuar con el ejercicio hasta un mínimo del estándar recomendado de 20-60 minutos (Gusi et al., 2009).

Así, para las personas con fibromialgia se recomienda una pauta básica que implica andar 2-4 veces por semana, en torno a 50 minutos, en bloques de 15-20 minutos, con un pequeño descanso entre bloques, durante al menos 6 semanas consecutivas (Gusi et al., 2009). Se trata de una pauta accesible, que permite prevenir la fatiga a través del descanso, favoreciendo

la adhesión. No obstante, dado el perfil especialmente sedentario encontrado en estas pacientes, se suele indicar empezar con una pauta reducida que podría irse incrementando de forma progresiva (Holtgreffe, McCloy y Rome, 2007). Esta pauta reduciría los 50 minutos a 30 minutos mínimos, pauta que ha demostrado igualmente tener efectos beneficiosos en la salud (Jones y Liptan, 2009; Mannerkorpi et al., 2010).

### **Fibromialgia, creencias y pronóstico de enfermedad**

La literatura previa pone de manifiesto el papel de las creencias en el propio diagnóstico, en la sintomatología asociada y en el pronóstico en relación con los resultados del tratamiento en pacientes con fibromialgia (Cedraschi et al., 2013). Respecto a su influencia en los propios resultados de enfermedad, se ha observado la relación de determinadas creencias como la autoeficacia y cogniciones disfuncionales sobre el dolor con el funcionamiento cognitivo y los niveles de fatiga, respectivamente (de Rooij et al., 2015; Glass, Park, Minear, y Crofford, 2005).

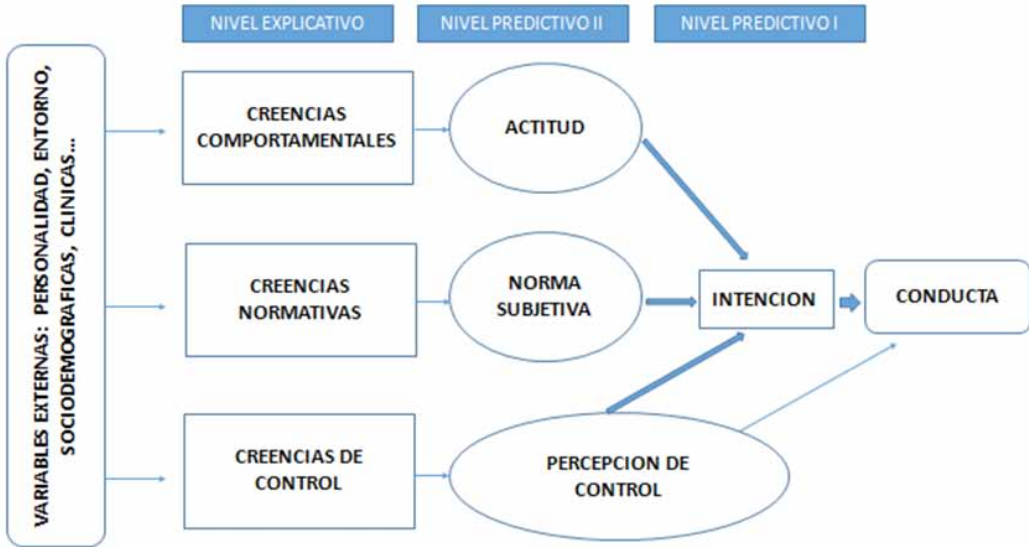
De especial interés, en el contexto que nos ocupa, es la influencia de las variables cognitivas en los resultados de tratamiento. En concreto, las representaciones de la enfermedad correlacionan con el impacto de la enfermedad al inicio del tratamiento y tienen capacidad predictiva sobre sus resultados a la finalización del mismo (Glattacker, Opitz y Jäckel, 2010). Las expectativas previas al tratamiento predicen de forma significativa los resultados del mismo en pacientes con fibromialgia, inmediatamente después de terminado el tratamiento y a los doce meses de seguimiento (Goossens, Vlaeyen, Hidding, Kole-Snijders, y Evers, 2005).

Pese a esta influencia de las creencias en el pronóstico de la enfermedad, resulta especialmente llamativo que apenas se hayan estudiado las creencias en relación con el ejercicio físico en estas pacientes. De las citadas variables, el estudio del miedo al movimiento y de su interferencia en la adhesión al ejercicio físico ha ocupado un lugar destacado (Meulders, Meulders, Stouten, De Bie, y Vlaeyen, 2017).

Además, estos escasos trabajos previos sobre esta temática se han realizado en su mayoría de forma aislada, sin un marco conceptual establecido (Cornally, 2014). En este contexto, la Teoría de la Acción Planeada (TAP; Fishbein y Ajzen, 2010) constituye un adecuado modelo integrador para el estudio de las creencias respecto a la conducta de andar como ejercicio físico en mujeres con fibromialgia. La TAP parte de que la conducta humana es autorregulada y está dirigida a metas, e identifica las cogniciones que desarrollan la motivación y preparan al sujeto para las acciones específicas. La teoría distingue diferentes niveles, de predicción y de explicación de la conducta. El primer nivel predictivo de la conducta lo constituyen la intención y la percepción de control. La intención se puede predecir a través de tres determinantes: actitud, norma subjetiva y percepción de control, constituyendo el segundo nivel en la predicción de la conducta (Fishbein y Ajzen, 2010) (Figura 1).

Las creencias influyen en la formación de esos predictores de la intención, constituyendo el nivel explicativo de la conducta y el objetivo de intervención para el cambio conductual (Fishbein y Ajzen, 2010). Concretamente, la TAP distingue los siguientes tipos de creencias: a) creencias comportamentales (son creencias sobre las consecuencias que la persona espe-

Figura 1.- La Teoría de la Acción Planeada



ra tener si realiza la conducta, b) creencias normativas, en las que se distinguen a su vez, creencias prescriptivas y descriptivas; las prescriptivas son creencias sobre si los individuos o grupos concretos importantes para la persona desean que realice la conducta, mientras que las descriptivas son creencias sobre en qué medida el individuo considera que sus referentes significativos realizarían la conducta, c) creencias de control (creencias sobre la presencia de factores que pueden facilitar, o pueden impedir, el desempeño de la conducta).

La revisión de la literatura previa revela que únicamente dos trabajos (Doyle-Baker, 2001; Culos -Reed, 2000) emplean la TAP como modelo explicativo del ejercicio físico en pacientes con fibromialgia. De ellos, únicamente Doyle-Baker (2001) analiza de forma específica las creencias subyacentes. Por ello, el presente trabajo tiene como principal objetivo analizar las creencias, desde la Teoría de la Acción Planeada, asociadas a la intención de “caminar 2-4 veces por semana, un mínimo de 30 minutos, intercalando un pequeño descanso, durante al menos 6 semanas consecutivas”. Como objetivo adicional, se plantea analizar si las creencias asociadas a la intención varían en función de variables clínicas de enfermedad (tiempo de diagnóstico, dolor, recomendación médica de caminar).

## Método

### Participantes

La muestra está formada por 275 mujeres pertenecientes a diferentes asociaciones de fibromialgia de la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana. La edad media de las participantes es de 52.4 años (DT= 9.2; IC 95% [51.3 - 53.5]). El perfil sociodemográfico se

corresponde con una mujer casada (76.6%, n=210) con estudios primarios (47.1%, n=129). Respecto a su situación laboral, un 26.7% (n=72) son amas de casa, un 33% (n=89) están trabajando fuera del hogar y un 20% (n=54) están desempleadas.

En relación con las variables de historia clínica, la mayoría de las mujeres informa tener recomendación médica de andar (n= 214; 77.8%). El tiempo medio desde el diagnóstico de fibromialgia es de 10.3 años (SD=6.0), IC 95% [9.6 – 11.0]. Las mujeres presentan una intensidad media de dolor de 6.5 (SD= 1.6), IC 95% [6.3 – 6.7].

## **Variables e instrumentos**

### **Variables sociodemográficas y clínicas**

Se valoraron las características sociodemográficas de las pacientes (edad, nivel de estudios, estado civil y situación laboral), así como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, mediante un cuestionario ad-hoc elaborado por el equipo investigador. Se preguntó además si alguno de sus médicos les había recomendado caminar (si/no).

Para evaluar la intensidad de dolor, se empleó la puntuación media de cuatro ítems: la intensidad máxima, mínima y general del dolor durante los últimos 7 días, y la intensidad del dolor en el momento actual, empleando en todos los casos una escala numérica tipo Likert (0 = sin dolor, y 10 = el peor dolor que puedas imaginar) (Jensen, Turner, Turner, y Romano, 1996) ( $\alpha = .91$ ).

### **Creencias**

Como se ha señalado, el presente trabajo analiza las creencias en relación con la intención de llevar a cabo la conducta de caminar (respecto a una pauta establecida) desde el Modelo de la Acción Planeada (TAP; Fishbein y Ajzen, 2010). Las creencias que se abordan en el presente trabajo han sido obtenidas a su vez de un trabajo previo de elicitación de constructos y creencias, de acuerdo a la TAP (Pastor et al., 2015; Sanz-Baños et al., 2016), tal y como proponen los autores (Fishbein y Ajzen, 2010) en la fase denominada “forma *tivere-search*”.

**Creencias comportamentales.** Se presentan 15 creencias relativas a los resultados esperados de la conducta de caminar (10 positivas y 5 negativas), contemplando el producto de su componente intensidad (en qué medida cree que puede ocurrir, en una escala tipo Likert 1= De acuerdo y 7= En desacuerdo) y de su componente valor (lo bueno o malo que es obtener esa consecuencia, en una escala tipo Likert 1= Bueno y 7= Malo). La puntuación total en estas creencias es la media ponderada de las 15 creencias consideradas (previa recodificación de las creencias comportamentales negativas).

**Creencias normativas.** Se presentan 16 creencias normativas, 8 de ellas creencias normativas prescriptivas y 8 de ellas creencias normativas descriptivas. Las 16 creencias son igualmente el producto de su componente intensidad por su componente valor. En las creencias normativas prescriptivas, el componente intensidad valora en qué medida la paciente considera que sus referentes significativos creen que debería caminar, en una escala tipo Likert entre 1= Debería hacerlo y 7= No debería hacerlo. El componente valor pregunta en qué medida le gustaría cumplir o hacer las cosas que esperan que haga los citados referentes, en

una escala de 1= De acuerdo y 7= En desacuerdo. En las creencias normativas descriptivas, el componente intensidad valora en qué medida la paciente considera que sus referentes significativos andarían según la pauta establecida, en una escala tipo Likert de 1= De acuerdo y 7= En desacuerdo. El componente valor de dichas creencias se recoge en términos de en qué medida les gustaría parecerse a esas personas, en una escala de 1= Nada y 7= Totalmente. La puntuación total de creencias normativas es la media ponderada de las creencias individuales prescriptivas y descriptivas.

Creencias de control. Se presentan un total de 11 creencias, 5 creencias facilitadoras y 6 creencias inhibitoras, de la conducta de andar. Al igual que en el resto de las creencias, se valora el producto del componente intensidad por el componente valor. Todos los ítems se responden con una escala que mide el grado de acuerdo. Los ítems que miden el componente intensidad registran en qué medida estará presente en el próximo mes y medio cada uno de los facilitadores e inhibidores. Los ítems del componente valor evalúan el grado de facilitación o dificultad de cada uno de ellos. La puntuación total de creencias de control es la media ponderada de las creencias facilitadoras e inhibitoras, una vez recodificadas las inhibitoras.

#### **Intención**

La intención de realizar la conducta (caminar) se mide a través de la media ponderada de 5 ítems con una escala de respuesta del 1 al 7 ( $\alpha = .94$ ).

#### **Conducta**

Se plantean dos preguntas relacionadas con la ejecución de la conducta en el pasado mes y medio: “andar al menos 30 minutos, con un pequeño descanso a los 15 minutos, al menos dos veces por semana durante un mínimo de 6 semanas consecutivas” ( $\alpha = .93$ ).

#### **Diseño y procedimiento**

Este trabajo se enmarca en un proyecto más amplio que pretende implementar una determinada pauta de andar como ejercicio físico en mujeres con fibromialgia (PSI 2011-25152; Pastor et al., 2014). En particular, se ha llevado a cabo un estudio longitudinal con dos medidas (T1-T2) con una diferencia temporal de 6 semanas. En el primer momento temporal (T1), se ha procedido a la valoración de las creencias y de la intención para llevar a cabo la conducta, y en el segundo momento temporal (T2) se ha valorado la conducta de caminar, de acuerdo a la pauta establecida, durante las seis semanas previas.

La población elegible ( $n = 582$ ) corresponde a las participantes que, con diagnóstico de fibromialgia (requisito para asociarse), cumplen los criterios de: a) edad comprendida entre 18 y 70 años, b) cumplimiento de los criterios London-4 (White, Speechley, Harth, y Ostbye, 1999), c) mujeres que “no andan” o mujeres que andan pero sin cumplir los mínimos de la conducta de andar seleccionada y no tienen problemas de comorbilidad para ello, o que en el caso de tenerlos tienen la recomendación médica de caminar.

Para este estudio (T1) acudieron 275 mujeres, 122 rechazaron seguir participando en todo el proyecto, con 5 de ellas no se pudo contactar y 180 no pudieron acudir a la cita. Para la segunda medida del estudio (T2) acudieron 219 mujeres (79.6%).

El estudio está aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Miguel Hernández. Todas las participantes del estudio firmaron el correspondiente consentimiento informado.

### **Análisis estadístico**

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el SPSS Statistics Package (Armonk, NY, USA), versión 21 para Windows. Las variables se describen en todos los casos como media y desviación típica para aquellas continuas distribuidas normalmente, y como  $n$  y porcentaje para aquellas categóricas. La consistencia interna de las escalas ha sido valorada mediante el indicador alfa de Cronbach. Para las comparaciones entre grupos se empleó la prueba  $t$  de Student en el caso de variables con distribución normal y la prueba no paramétrica  $U$  de Mann-Whitney en su defecto. Para analizar la asociación existente entre variables continuas se empleó el coeficiente de correlación de Pearson. Se llevaron a cabo procedimientos de regresión lineal para valorar el efecto de las diferentes creencias consideradas sobre la intención (en este caso, considerada como variable continua). Se consideraron significativas todas aquellas pruebas con un nivel de  $p < .05$  (bilateral).

## **Resultados**

### **Intención de llevar a cabo la conducta (T1). Relación con la conducta (T2)**

El valor medio de la intención es de 5.9 (DT= 1.4; IC 95%: 5.8 – 6,1; rango:1-7). El 26.9% ( $n=59$ ) de las pacientes cumplen la pauta mínima establecida de caminar (T2,  $n=219$ ). Se observan resultados cercanos a la significación estadística ( $t=-1.733$ ,  $gI=124.460$ ,  $p=.086$ ) entre la puntuación en intención de las pacientes que cumplen la pauta mínima establecida (Media=6.15, DT=1.23) y aquellas que no lo hacen (Media=5.81, DT=1.40).

### **Relaciones de las creencias con la intención**

#### **Categorías globales de creencias**

Además de considerar la intención como variable continua, con el objetivo de establecer comparaciones entre grupos en función de niveles bajos/altos de intención, se procedió al establecimiento de tres grupos: a) baja intención (puntuación entre 1 y <4;  $n= 28$ , 10.2%), b) alta intención (puntuación entre 5 y 7;  $n= 226$ , 82.2%), c) grupo neutro (puntuación  $\geq 4$  y <5;  $n= 21$ , 7.6%). Los análisis de diferencias en creencias se realizan entre los grupos de alta y baja intención. Como puede observarse en la Tabla 1, se observan diferencias estadísticamente significativas en las creencias comportamentales positivas ( $p=.004$ ), en las creencias comportamentales negativas ( $p=.008$ ) y en las creencias normativas prescriptivas ( $p=.002$ ) entre las pacientes con alta y baja intención. El análisis de regresión lineal pone de manifiesto que la intención (como variable continua) se ve explicada por las creencias comportamentales positivas ( $\beta=.237$ ,  $t=3.556$ ,  $p<.000$ ) y por las creencias comportamentales negativas ( $\beta=-.200$ ,  $t=-3.010$ ,  $p=.003$ ). Este modelo explica el 12.4% de la varianza de la intención ( $F=15.264$ ,  $p<.000$ ).

#### **Creencias individuales**

Como puede observarse en la Tabla 2, las pacientes con alta intención (respecto a las de baja intención) presentan puntuaciones significativamente más elevadas en ocho creencias

Tabla 1.- Diferencias de medias en las categorías de creencias entre grupos con baja y alta intención

|                               | Intención (T1) |                 | U      | p.   |
|-------------------------------|----------------|-----------------|--------|------|
|                               | Baja<br>(n=28) | Alta<br>(n=226) |        |      |
|                               | Media (DT)     | Media (DT)      |        |      |
| Creencias Comportamentales    |                |                 |        |      |
| C. Comportamentales positivas | 29.11 (15.35)  | 38.35 (7.68)    | 2116.5 | .004 |
| C. Comportamentales negativas | 9.71 (7.57)    | 6.27 (3.63)     | 2190   | .008 |
| Creencias Normativas          |                |                 |        |      |
| C. Normativas Prescriptivas   | 26.74 (12.88)  | 34.93 (10.62)   | 2016   | .002 |
| C. Normativas Descriptivas    | 22.26 (10.77)  | 22.05 (10.12)   | 3143.5 | .955 |
| Creencias de control          |                |                 |        |      |
| C. Control Facilitadores      | 22.87 (14.20)  | 28.15 (13.49)   | 2535   | .086 |
| C. Control Inhibidores        | 28.57 (9.85)   | 28.27 (10.35)   | 3151.5 | .973 |

comportamentales positivas y una creencia de control facilitadora, y significativamente más bajas en una creencia comportamental negativa.

El análisis de regresión lineal pone de manifiesto que la intención (como variable continua), se ve explicada por las siguientes creencias comportamentales positivas: “Me servirá para distraerme y despejarme mentalmente” ( $\beta=.280$ ,  $t=3.695$ ,  $p<.000$ ) y “Mejorará la circulación” ( $\beta=.174$ ,  $t=2.298$ ,  $p=.022$ ). Este modelo explica el 17% de la varianza de la intención ( $F=27.332$ ,  $p<.000$ ).

#### **Relaciones de las creencias con variables de enfermedad (tiempo de diagnóstico, dolor, recomendación médica de caminar)**

El tiempo transcurrido desde el diagnóstico no mantiene correlaciones estadísticamente significativas con ninguna de las categorías globales de creencias, aunque sí lo hace con la creencias específica “Hará que me relacione con más gente” (c. comportamental positiva,  $r^2=.21$ ,  $p<.000$ ).

En relación con el dolor, se observan correlaciones estadísticamente significativas con las creencias comportamentales positivas ( $r^2=.18$ ,  $p=.003$ ), y con las creencias de control inhibitoras ( $r^2=.18$ ,  $p=.003$ ). Igualmente, considerando las creencias específicas, se observan correlaciones estadísticamente significativas positivas para “Hará que tenga más dolor en los pies, rodillas, cadera, espalda, huesos en todo el cuerpo” (c. comportamental negativa;  $r^2=.16$ ,  $p=.008$ ), “Hará que esté más cansada, con más fatiga” (c. comportamental negativa;  $r^2=.13$ ,  $p=.028$ ), “El dolor” (c. control inhibitora;  $r^2=.18$ ,  $p=.002$ ), “Mi estado de ánimo, tristeza, estrés, preocupaciones” (c. control inhibitora;  $r^2=.19$ ,  $p=.002$ ), “Llevar un bastón”



Tabla 2.- Diferencias estadísticamente significativas en creencias específicas entre grupos con alta y baja intención

|   | Intención Baja/Alta (T1) | Media (DT)  | U      | p     | Diferencia de medias | IC 95%         |
|---|--------------------------|-------------|--------|-------|----------------------|----------------|
| <b>C. Comportamentales</b>  |                          |             |        |       |                      |                |
| Hará que me encuentre mejor, mejorará mi salud  | Baja                     | 27.2 (15.7) | 4157.5 | 0.004 | -8.6                 | [-13.9 – -3.3] |
|   | Alta                     | 35.8 (13.1) |        |       |                      |                |
| Mejorará mi estado de ánimo, me sentiré con mejor humor, estaré más relajada          | Baja                     | 26.5 (16.4) | 4402.5 | 0.000 | -11.3                | [-17.8 – -4.8] |
|   | Alta                     | 37.8 (11.9) |        |       |                      |                |
| Hará que me mueva, me encontraré más activa y ágil                                    | Baja                     | 28.6 (18.0) | 4166.5 | 0.003 | -10.9                | [-18.0 – -3.8] |
|   | Alta                     | 39.5 (11.7) |        |       |                      |                |
| Hará que me sienta más positiva, más a gusto conmigo misma, con sentido de superación | Baja                     | 30.3 (16.1) | 4389.0 | 0.000 | -10.7                | [-17.1 – -4.4] |
|   | Alta                     | 41.0 (10.0) |        |       |                      |                |
| Mejorará la circulación   | Baja                     | 32.6 (19.0) | 4230.0 | 0.001 | -12.0                | [-19.4 – -4.6] |
|   | Alta                     | 44.6 (7.7)  |        |       |                      |                |
| Perderé peso  | Baja                     | 24.7 (17.6) | 3956.0 | 0.009 | -9.0                 | [-15.1 – -2.9] |
|   | Alta                     | 33.7 (14.9) |        |       |                      |                |
| Me servirá para distraerme y despejarme mentalmente                                   | Baja                     | 31.2 (18.2) | 4281.0 | 0.000 | -12.4                | [-19.6 – -5.3] |
|   | Alta                     | 43.7 (8.5)  |        |       |                      |                |
| Me fortalecerá los músculos y mejorará las articulaciones                             | Baja                     | 31.2 (16.8) | 4250.5 | 0.001 | -10.0                | [-16.6 – -3.3] |
|   | Alta                     | 41.2 (11.5) |        |       |                      |                |
| <i>Estaré más contracturada y rígida</i>  | Baja                     | 7.2 (9.8)   | 2356.5 | 0.025 | 3.1                  | [0.7 – 5.5]    |
|   | Alta                     | 4.1 (5.5)   |        |       |                      |                |
| <b>C. Control</b>   |                          |             |        |       |                      |                |
| <i>Que alguien me animara a hacerlo</i>   | Baja                     | 23.3 (15.5) | 4211.5 | 0.004 | -8.9                 | [-14.9 – -2.9] |
|   | Alta                     | 32.3 (15.2) |        |       |                      |                |

n grupo alta intención: 223-226; n grupo baja intención: 28; *en cursiva CC negativa y creencia de control facilitadora*

(c. control facilitadora;  $r^2=.16$ ,  $p=.011$ ), y negativas en el caso de las siguientes creencias comportamentales positivas: “Reducirá, aliviará mi dolor” ( $r^2=-.21$ ,  $p=.001$ ), “Hará que me encuentre mejor, mejorará mi salud” ( $r^2=-.18$ ,  $p=.003$ ), “Mejorará mi estado de ánimo, me sentiré con mejor humor, estaré más relajada” ( $r^2=-.19$ ,  $p=.002$ ), “Hará que me mueva, me sentiré más activa y ágil” ( $r^2=-.18$ ,  $p=.002$ ), “Hará que me sienta más positiva, más a gusto conmigo misma, con sentido de superación” ( $r^2=-.17$ ,  $p=.005$ ), “Mejorará la circulación” ( $r^2=-.12$ ,  $p=.042$ ), “Me fortalecerá los músculos y mejorará las articulaciones” ( $r^2=-.19$ ,  $p=.002$ ).

Respecto a la recomendación médica de caminar, no se observan diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las categorías globales de creencias entre las pacientes que tienen dicha recomendación y las que no. Sin embargo, se observan diferencias estadísticamente significativas respecto a algunas creencias específicas comportamentales, normativas y de control que aparecen reflejadas en la Tabla 3.

## Discusión

El objetivo fundamental del presente trabajo es analizar la posible relación de las creencias respecto a la conducta de caminar siguiendo una paula establecida clínicamente en las pacientes con fibromialgia (Gusi et al., 2009). Para analizar estas creencias dentro de un marco explicativo ampliamente validado en relación con las conductas de salud, se propone la TAP. En la TAP, las creencias se asocian con los principales determinantes de la intención

(actitud, norma subjetiva, percepción de control). Estos determinantes desempeñan un papel predictor relevante en la intención, que a su vez, predice la conducta (Fishbein y Ajzen, 2010). Es por ello que, ante la ausencia de estudios previos, en el presente trabajo se pretende analizar el papel de las creencias, en su conjunto o de manera específica, en la intención de llevar a cabo dicha conducta.

Uno de los hallazgos relevantes del presente trabajo es precisamente la relación entre intención y conducta. Los resultados obtenidos muestran asociaciones cercanas a la significación ( $p=.086$ ). Parece, por lo tanto, que aunque la intención es un elemento clave para llevar a cabo la conducta de caminar de acuerdo a la pauta establecida, no es suficiente en todos los casos, sugiriendo la existencia de otras variables como la personalidad, el entorno social, el estado de salud o el estado emocional, que funcionan como variables externas al modelo influyendo a través de la configuración de las creencias (Fishbein y Ajzen, 2010). Este hecho podría explicar la baja adhesión al ejercicio físico en estas pacientes y a su vez, la heterogeneidad observada en las mismas, que justifica la necesidad de establecer perfiles diferenciales en lo que al pronóstico y resultados de tratamiento se refiere en función de determinadas variables psicosociales (Mun et al., 2019).

En todo caso, y a pesar de estas circunstancias particulares de las pacientes con fibromialgia, parece evidenciarse que una fuerte intención por parte de las pacientes es una variable clave para la adhesión a la conducta a corto y medio plazo. El análisis específico de la relación de las creencias con la intención, pone de manifiesto que las pacientes con alta intención tienen puntuaciones más elevadas en las creencias comportamentales positivas y

Tabla 3.- Diferencias estadísticamente significativas (o tendencia a la significación) en creencias específicas entre grupos con y sin recomendación médica de caminar

|   | Recomendación Si/No (T1) | Media (DT)  | t      | p     |
|---|--------------------------|-------------|--------|-------|
| <b>C. Comportamentales</b>                          |                          |             |        |       |
| Me servirá para distraerme y despejarme mentalmente | No                       | 39.4 (11.2) | -2.204 | .028  |
|   | Si                       | 42.8 (10.5) |        |       |
| <b>C. Prescriptivas</b>                             |                          |             |        |       |
| Hijos/hijas   | No                       | 25.5 (15.4) | -2.033 | .043  |
|   | Si                       | 30.5 (14.7) |        |       |
| Mis médicos   | No                       | 29.2 (14.9) | -5.287 | <.000 |
|   | Si                       | 39.5 (12.8) |        |       |
| Mis compañeras de la asociación                     | No                       | 30.5 (16.3) | -1.850 | .061  |
|   | Si                       | 35.1 (14.6) |        |       |
| <b>C. Descriptivas</b>                              |                          |             |        |       |
| Hijos/hijas   | No                       | 31.2 (18.1) | -2.037 | .043  |
|   | Si                       | 36.2 (14.1) |        |       |
| <b>C. Control</b>                                   |                          |             |        |       |
| Tener hechas las tareas de la casa                  | No                       | 19.9 (13.1) | -2.349 | .021  |
|   | Si                       | 24.6 (15.3) |        |       |
| Llevar un bastón                                    | No                       | 12.9 (15.3) | 2.199  | .029  |
|   | Si                       | 8.7 (12.6)  |        |       |

menores puntuaciones en las creencias comportamentales negativas que las pacientes con baja intención. Estos datos son coherentes con la TAP, que plantea una relación directa de estas creencias en la intención a través de la actitud (Fishbein y Ajzen, 2010). Igualmente, se observa que las puntuaciones en las creencias comportamentales positivas son más elevadas que las puntuaciones en las creencias comportamentales negativas en coherencia con resultados previos encontrados en relación con la realización de ejercicio físico en pacientes con fibromialgia (Doyle-Baker, 2001) y con la conducta de caminar en particular en población sin patología (Rhodes, Blanchard, Courneya, y Plotnikoff, 2009).

El análisis de cada una de las creencias, pone de manifiesto el peso de las creencias comportamentales sobre la intención. En particular, de las diez creencias que resultan significativas respecto a la intención, nueve de ellas son creencias comportamentales, y de ellas, sólo una es una creencia comportamental negativa. Atendiendo al contenido de estas creencias comportamentales positivas, en su práctica totalidad hacen referencia a consecuencias generales de salud, en coherencia con los beneficios del ejercicio físico (Macfarlane et al., 2017) y no a la mejora específica de la sintomatología relacionada con la fibromialgia en particular (dolor y fatiga principalmente). Este hecho conlleva importantes repercusiones prácticas. Los profesionales de la salud, a través de programas educativos, deben informar sobre las consecuencias positivas, reales y documentadas que tiene el caminar sobre la sintomatología de la fibromialgia, ajustando las expectativas erróneas del paciente. En este contexto, trabajar de manera específica la recomendación médica de caminar es fundamental. Estudios previos han encontrado una relación significativa entre la recomendación médica de caminar y el hecho de llevar a cabo dicha conducta, aunque no según la pauta establecida para esta población (López-Roig et al., 2016). Así pues, la recomendación médica de caminar debe contemplar el componente motivacional para llevar a cabo la conducta, e igualmente incorporar guías específicas sobre cómo llevar a cabo esa conducta de acuerdo a la pauta establecida clínicamente. A modo de ejemplo, como elemento de dicha pauta, es conocido el hecho de que la ausencia de dolor viene determinada en gran parte por el mantenimiento, a lo largo del tiempo, de la pauta de caminar establecida (Gowansy de Hueck, 2004). Siguiendo la pauta establecida, será posible prevenir el incremento de los síntomas, permitiendo finalmente al paciente beneficiarse de llevar a cabo dicha pauta (Peñacoba et al., 2019).

Igualmente, la intención se asocia de manera negativa con la creencia “Estaré más contracturada y rígida”. La presencia de esta creencia pone de manifiesto la importancia de una implementación gradual de la conducta de caminar como ejercicio físico, especialmente en el inicio, teniendo en cuenta además el sedentarismo de las pacientes con fibromialgia (Jones y Liptan, 2009). La pauta propuesta (Gusi et al., 2009) cumple con los requisitos establecidos a este respecto.

Por otro lado, también se observa que las pacientes con alta intención tienen mayores puntuaciones en las creencias normativas prescriptivas ( $p=.002$ ) que las pacientes con baja intención. Trabajos previos han mostrado la influencia positiva que el apoyo proporcionado por médicos y otros profesionales sanitarios tiene sobre los pacientes con fibromialgia (Briones-Vozmediano, Vives-Cases, Ronda-Pérez, y Gil-González, 2013), así como la influencia positiva de la recomendación médica de caminar en particular (López-Roig et al., 2016).

Un objetivo adicional del presente estudio es analizar la posible existencia de un perfil diferencial, en lo que se refiere a variables clínicas, de creencias en relación con el hecho de caminar. En este sentido, se han encontrado relaciones entre las creencias, y el dolor y la recomendación médica de caminar.

Respecto a la relación de las creencias con la intensidad de dolor, es relevante destacar la relación negativa que mantiene con las creencias comportamentales positivas, y la relación positiva con las creencias de control inhibitorias. Si se atiende al contenido de dichas creencias, se puede observar que además de hacer referencia al dolor, incluyen otra sintomatología como el cansancio, el estado de ánimo, la vitalidad o la limitación funcional. A la vista de los resultados obtenidos, parece que en la población con fibromialgia las creencias que deberían aparecer como creencias comportamentales positivas (p.e. “mejorará mi dolor”, “disminuirá mi fatiga”) acaban desempeñando un papel de creencias de control inhibitorias, lo que podría explicar la baja adhesión de estas pacientes (Jones y Liptan, 2009), a pesar, incluso, de partir de una intención alta. En coherencia con estos resultados, se ha observado en pacientes con fibromialgia menores puntuaciones en percepción de control, en comparación con la actitud y la norma subjetiva (Pastor et al., 2015). En este contexto, la literatura previa pone de manifiesto que el dolor y la fatiga son las quejas más frecuentes de las pacientes con fibromialgia después de realizar el ejercicio físico (Jones y Liptan, 2009). Podría argumentarse que el peso de los factores inhibitorios es de gran relevancia a la hora de iniciar o mantener la conducta de caminar (Peñacoba, Pastor, López-Roig, Velasco, Lledo, 2017). Además, dada la sintomatología y los altos niveles de sedentarismo de esta población, tienen una mayor limitación funcional, lo que conlleva a una mayor facilidad de experimentar dolor y fatiga cuando realizan esfuerzos (Gusi et al., 2009).

Respecto a la recomendación médica, los resultados ponen de manifiesto que los pacientes que han recibido la recomendación médica de caminar, muestran mayores puntuaciones en la creencia “Me servirá para distraerme y despejarme mentalmente”, y en las creencias normativas prescriptivas relativas a los hijos, médicos y compañeros de la asociación. Podría plantearse la posibilidad de emplear otro tipo de creencias comportamentales positivas dentro de la recomendación médica que actuaran como facilitadores de la adhesión a la pauta (López-Roig et al., 2016).

Entre las limitaciones del presente trabajo, merece destacarse el hecho de que las variables han sido obtenidas empleando medidas de autoinforme, lo que supone ciertos sesgos, especialmente respecto a la medida de la conducta de caminar. No obstante, es necesario tener presente que las creencias evaluadas han sido obtenidas de un estudio previo de elicitación empleando grupos de discusión, de acuerdo al procedimiento establecido (Pastor et al., 2015; Sanz-Baños et al., 2016). Otra limitación reside en la dificultad de generalización de los resultados a otras poblaciones con fibromialgia, aunque debe tenerse en cuenta que el tamaño y las características de la muestra pueden considerarse representativos (Pastor et al., 2014).

Pese a las anteriores limitaciones, el presente trabajo tiene importantes repercusiones prácticas, por ser el primero que analiza las creencias asociadas con la intención de caminar en

pacientes con fibromialgia, siendo la actividad física una opción terapéutica basada en la evidencia en estas pacientes (Macfarlane et al., 2017).

Diferentes trabajos han concluido que el asesoramiento y la educación con respecto al ejercicio no son suficientes para motivar a las personas si no hay una percepción de autoeficacia o si hay una falta de confianza en la capacidad de hacerlo (Jones y Liptan, 2009). En este sentido, se ha encontrado que la motivación aumenta cuando las personas tienen una fuerte percepción de control del comportamiento, cuando se sienten capaces de llevarlo a cabo y perciben que hay más facilitadores que inhibidores para hacerlo y cuando son conscientes de la situación.

Mediante este estudio se ha llevado a cabo la identificación de las creencias que influyen en la intención y, por lo tanto, permite establecer objetivos terapéuticos dirigidos a la regulación de expectativas y el establecimiento de creencias comportamentales positivas en relación con la mejora de los síntomas y con la percepción de control. Además, se ha encontrado que las creencias normativas prescriptivas de los profesionales de la salud desempeñan un papel clave en la intención (López-Roig et al., 2016), por lo que se hace necesario mejorar la interacción profesional sanitario-paciente y la recomendación médica.

## Referencias

- Briones-Vozmediano, E., Vives-Cases, C., Ronda-Pérez, E., & Gil-González, D. (2013). Patients' and professionals' views on managing fibromyalgia. *Pain Research and Management*, 18(1), 19–24. doi: 10.1155/2013/742510
- Cedraschi, C., Girard, E., Luthy, C., Kossovsky, M., Desmeules, J., & Allaz, A. (2013). Primary attributions in women suffering fibromyalgia emphasize the perception of a disruptive onset for a long-lasting pain problem. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(3), 265-269. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.12.014
- Cornally, N. (2014). Theory of planned behavior. In J. J. Fitzpatrick, & G. McCarthy (Eds.), *Theories guiding nursing research and practice: Making nursing knowledge development explicit; theories guiding nursing research and practice* (pp. 69-84) New York, NY: Springer Publishing Company.
- Culos-Reed, S. (2000). *Use of social-cognitive theories in the study of physical activity and fibromyalgia: Self-efficacy theory and theory of planned behaviour*. Doctoral dissertation, University of Waterloo.
- deRooij, A., van, d. L., de Boer, M., R., Steultjens, M. P. M., Dekker, J., & Roorda, L. D. (2015). Fatigue in patients with chronic widespread pain participating in multidisciplinary rehabilitation treatment: A prospective cohort study. *Disability and Rehabilitation*, 37(6), 490-498. doi: 10.3109/09638288.2014.923530
- Doyle-Baker, P. (2001). *Fibromyalgia syndrome patient's intention to exercise: An application of the theory of planned behavior*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 61. p. 4671
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Psychology Press.
- Glass, J. M., Park, D. C., Minear, M., & Crofford, L. J. (2005). Memory beliefs and function in fibromyalgia patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 263-269. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.09.004
- Glattacker, M., Opitz, U., & Jäckel, W.H. (2010). Illness representations in women with fibromyalgia. *British Journal of Health Psychology*, 15(2), 367-387. doi: 10.1348/135910709X466315

- Goossens, M. E. J. B., Vlaeyen, J. W. S., Hidding, A., Kole-Snijders, A., & Evers, S. M. A. A. (2005). Treatment expectancy affects the outcome of cognitive-behavioral interventions in chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 21(1), 18-26. doi: 10.1097/00002508-200501000-00003
- Gowans, S. E., & De Hueck, A. (2004). Effectiveness of exercise in management of fibromyalgia. *Current Opinion in Rheumatology*, 16(2), 138-142. doi: 10.1097/00002281-200403000-00012
- Gusi, N., Parraca, J.A., Adsuar, J.C., Olivares, P.R., & Pastor, M. (2009). Ejercicio físico y fibromialgia. En: Penacho, A., Rivera, J., Pastor, M.Á., y Gusi, N. (Ed.) *Guía de ejercicios para personas con fibromialgia*. Vitoria-Gasteiz, Spain: Asociación Divulgación Fibromialgia; 39-56.
- Holtgreve, K., McCloy, C., & Rome, L. (2007). Changes associated with a quota-based approach on a walking program for individuals with fibromyalgia. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 37(12), 717-724. doi: 10.2519/jospt.2007.2607
- Jensen, M.P., Turner, L.R., Turner, J.A., y Romano, J.M. (1996). The use of multiple-item scales for pain intensity measurement in chronic pain patients. *Pain*, 67, 35-40.
- Jones, K. D., & Liptan, G. L. (2009). Exercise interventions in fibromyalgia: Clinical applications from the evidence. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 35(2), 373-391. doi: 10.1016/j.rdc.2009.05.004
- López-Roig, S., Pastor, M.-Á., Peñacoba, C., Lledó, A., Sanz, Y., & Velasco, L. (2016). Prevalence and predictors of unsupervised walking and physical activity in a community population of women with fibromyalgia. *Rheumatology International*, 36(8), 1127-1133. doi: 10.1007/s00296-016-3508-1
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., . . . Jones, G. T. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209724
- Mannerkorpi, K., Nordeman, L., Cider, A., & Jonsson, G. (2010). Does moderate-to-high intensity nordic walking improve functional capacity and pain in fibromyalgia? A prospective randomized controlled trial. *Arthritis Research & Therapy*, 12(5), 189-199. doi: 10.1186/ar3159
- Meulders, A., Meulders, M., Stouten, I., De Bie, J., & Vlaeyen, J. W. S. (2017). Extinction of fear generalization: A comparison between fibromyalgia patients and healthy control participants. *The Journal of Pain*, 18(1), 79-95. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.10.004
- Mun, C. J., Davis, M. C., Molton, I. R., Karoly, P., Suk, H. W., Ehde, D. M., . . . Jensen, M. P. (2019). Personal resource profiles of individuals with chronic pain: Sociodemographic and pain interference differences. *Rehabilitation Psychology*, 64(3), 245-262. https://doi.org/10.1037/rep0000261
- Pastor, M., López-Roig, S., Lledó, A., Peñacoba, C., Velasco, L., Schweiger-Gallo, I., . . . Sanz, Y. (2014). Combining motivational and volitional strategies to promote unsupervised walking in patients with fibromyalgia: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15, 120. doi: 10.1186/1745-6215-15-120
- Pastor, M. A., López-Roig, S., Sanz, Y., Peñacoba, C., Cigarán, M., Lledó, A., . . . Écija, C. (2015). Walking as physical exercise in Fibromyalgia: An elicitation study from the Theory of Planned Behavior. *Anales de Psicología*, 31(2), 433-446. doi: 10.6018/analesps.31.2.172151
- Peñacoba, C., Pastor-Mira, M.A., López-Roig, S., Sanz, Y., & Velasco, L. (2019). Healthcare provider advice to engage in walking regimens and adherence in women with fibromyalgia. *Rehabilitation Nursing*, 44(1), 20-28. doi: 10.1097/rnj.0000000000000103
- Peñacoba, C., Pastor, M.-Á., López-Roig, S., Velasco, L., & Lledo, A. (2017). Walking beliefs in women with fibromyalgia: clinical profile and impact on walking behavior. *Clinical Nursing Research*, 26(5), 632-650. doi: 10.1177/1054773816646339
- Rhodes, R. E., Blanchard, C. M., Courneya, K. S., & Plotnikoff, R. C. (2009). Identifying belief-based targets for the promotion of leisure-time walking. *Health Education and Behavior*, 36(2), 381-393. doi: 10.1177/1090198107308376
- Salvat, I., Zaldivar, P., Monterde, S., Montull, S., Miralles, I., & Castel, A. (2017). Functional status, physical activity level, and exercise regularity in patients with fibromyalgia after multidisciplinary treatment: Retrospective analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology International*, 37(3), 377-387. doi: 10.1007/s00296-016-3597-x

- Sanz-Baños, Y., Pastor, M.-Á., Velasco, L., López-Roig, S., Peñacoba, C., Lledo, A., & Rodríguez, C. (2016). To walk or not to walk: Insights from a qualitative description study with women suffering from fibromyalgia. *Rheumatology International*, *36*(8), 1135–1143. doi: 10.1007/s00296-016-3459-6
- White, K. P., Speechley, M., Harth, M., & Ostbye, T. (1999). The London Fibromyalgia Epidemiology Study: The prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *The Journal of Rheumatology*, *26*(7), 1570-1576.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., ...& Walitt, B. (2016, December). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 46, No. 3, pp. 319-329). WB Saunders.