

ORIGINAL

¿Por qué las personas con fibromialgia persisten en la actividad a pesar del dolor creciente?: estudio Delphi sobre el contenido del Cuestionario Clínic de Persistencia en la Actividad en Fibromialgia

Xavier Torres^{a,*}, María Jesús Herrero^b, Mireia Martí^a, Arantxa Conesa^c,
Manuel Valdés^d, Anna Arias^e, Emili Gómez^e y Antonio Collado^e

^a Unidad de Fibromialgia, Servicio de Psicología Clínica, Institut Clínic de Neurociències, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

^b Unidad de Fibromialgia y Síndrome de fatiga crónica, Servicio de Reumatología, Parc de Salut Mar, Barcelona, España

^c Fundación Privada Hospital de Mollet, Barcelona, España

^d Servicio de Psiquiatría, Institut Clínic de Neurociències, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

^e Unidad de Fibromialgia, Servicio de Reumatología, Institut Clínic d'Especialitats Mèdiques i Quirúrgiques, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 6 de septiembre de 2011; aceptado el 8 de marzo de 2012

Disponible en Internet el 7 de mayo de 2012

PALABRAS CLAVE

Fibromialgia;
Patrón de conducta;
Terapia
cognitivo-conductual;
Persistencia en la
actividad

Resumen

Introducción: Existen sólidas pruebas de la relevancia del miedo, la ansiedad y la evitación de la actividad en el mantenimiento del dolor en la fibromialgia. Recientemente se ha descrito un modelo opuesto basado en la persistencia en la actividad. Actualmente desconocemos las cogniciones que dificultan la modificación de este patrón de comportamiento. Por consiguiente, el objetivo del estudio es la definición consensuada del contenido de un instrumento que las evalúa.

Material y métodos: Mediante consulta prospectiva a expertos se consensuó el contenido del Cuestionario Clínic de Persistencia en la Actividad en la Fibromialgia (CCAP-FM).

Resultados: Tras 3 rondas de consulta se alcanzó un acuerdo aceptable. Se excluyeron los ítems que obtuvieron una valoración media consensuada de relevancia inferior a 5/10 y que al menos el 75% de los expertos recomendó eliminar. El cuestionario preliminar de persistencia en la actividad quedó compuesto por 30 ítems.

Conclusiones: La definición del contenido del CCAP-FM permitirá iniciar el proceso de evaluación de la relación entre la modificación de las cogniciones responsables del mantenimiento de la persistencia en la actividad y la mejoría clínica de las personas con fibromialgia.

© 2011 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xtorres@clinic.ub.es (X. Torres).

KEYWORDS

Fibromyalgia;
Behavioral pattern;
Cognitive-behavioral therapy;
Persistence in activity

Why people with fibromyalgia persist in activity despite the increasing pain? A Delphi Study of the content of the Clinic Scale of Persistence in Activity in Fibromyalgia

Abstract

Background and objective: There is evidence of the relevance of fear, anxiety and avoidance of activity in the maintenance of pain in fibromyalgia. Recently, an opposite pattern based on the persistence in activity has been described. To date, the cognitions that impede modifying this pattern are unknown. Therefore, the aim of this study is to reach consensus on the content of an instrument that assesses those cognitions.

Material and methods: A Delphi method was applied to reach consensus on the content of the Clinic Scale of Persistence in Fibromyalgia (CCAP-FM).

Results: After three rounds of consultation, an acceptable consensus was reached. Those items that received an average rating of relevance lower than 5/10 and that at least the 75% of experts recommended removing were excluded. The preliminary questionnaire of persistence in activity was composed of 30 items.

Conclusions: The consensus on the content of the CCAP-FM will allow advancing towards the assessment of the relation between the modification of the cognitions responsible for the maintenance of the persistence in activity and the clinical improvement in people with fibromyalgia.

© 2011 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La fibromialgia es un trastorno caracterizado por dolor generalizado y un descenso del umbral doloroso detectable en al menos 11 de 18 zonas predefinidas de inserción tendinosa (puntos tender)¹. Aunque se desconoce su etiología, existen pruebas que sugieren que la sintomatología somática observada en la fibromialgia se relaciona con la sensibilización central del sistema nocioceptivo^{2,3}. La sensibilización del sistema nocioceptivo es un mecanismo protector que se activa tras una estimulación periférica potencialmente lesiva bien por su repetitividad bien por su intensidad, y que produce un descenso del umbral doloroso y la amplificación de la conducción nerviosa de la estimulación periférica subsiguiente, tanto si esta es potencialmente lesiva (hiperalgesia) como si es inocua (alodinia). En ausencia de una lesión permanente o de una estimulación periférica repetitiva, la sensibilización del sistema nocioceptivo central es resistente pero reversible⁴. Uno de los posibles factores de mantenimiento de la sensibilización del sistema nocioceptivo central es la estimulación periférica sostenida⁴. Uno de los potenciales factores responsables de la estimulación periférica sostenida es la actividad extenuante. En investigación animal se ha observado que la actividad extenuante incrementa la hiperalgesia generalizada, pero no la periférica, con un efecto que además es dependiente del género⁵.

En las personas con fibromialgia se ha observado un patrón de comportamiento caracterizado por la alternancia de períodos breves de actividad extenuante seguidos de períodos prolongados de inactividad⁶⁻⁸. El mismo patrón se ha observado en otros trastornos por dolor⁹ y en el síndrome de fatiga crónica^{10,11}. La modificación de este patrón parece conllevar la reducción de la intensidad de la sintomatología dolorosa^{12,13}.

Las personas con fibromialgia son conscientes del efecto negativo que este patrón de comportamiento ejerce sobre la intensidad de la sintomatología dolorosa y sus recidivas, y su entorno suele mostrar una actitud negativa hacia ese tipo

de conducta⁶. Sin embargo, este patrón de comportamiento es resistente al cambio.

Se han descrito 2 modelos que intentan explicar esta contradicción: el modelo basado en el concepto de «Ergomanía»¹⁴ sostiene que la hiperactividad se produce como sobrecompensación de necesidades inconscientes de dependencia, del narcisismo corporal, del masoquismo y del perfeccionismo excesivo. Hasta la fecha no ha sido posible operacionalizar alguno de estos constructos para someterlos a la investigación experimental. Por su parte, el modelo de «Evitación-Resistencia»¹⁵ sostiene que el mantenimiento de la actividad extenuante obedece a un patrón de afrontamiento atencional desadaptativo consistente en la minimización del dolor. Hasta la fecha, este modelo únicamente ha obtenido apoyo empírico para el dolor clínico en un estudio sobre lumbalgia.

Los programas de tratamiento multidisciplinar de la fibromialgia han incluido desde sus inicios la modificación del patrón de actividad extenuante sobre la base de la adecuación entre la actividad y el dolor (pacing). No obstante, la definición del concepto de pacing sigue siendo controvertida. Aunque inicialmente se definía por su función (adecuar el nivel de actividad para evitar el incremento del dolor a fin de reducir la asociación entre actividad y dolor, y facilitar la consecución progresiva de objetivos funcionales), más recientemente se ha definido únicamente por los comportamientos que incluye (enlentecer la ejecución de las actividades, hacer descansos, mantener un ritmo moderado o dividir las actividades en porciones manejables) independientemente del objetivo de esos comportamientos¹⁶. Esta definición meramente descriptiva puede conllevar problemas a la hora de valorar el efecto terapéutico de esta estrategia ya que algunos pacientes pueden utilizarla como estrategia de evitación mientras que otros pueden aplicarla, junto con el incremento progresivo de la actividad, para mejorar su capacidad funcional¹⁷. La medición del pacing y su relación con variables clínicas como la incapacidad funcional tampoco está exenta de problemas.

Uno de los instrumentos más utilizado para evaluar este patrón de comportamiento incluye seis ítems que explican un porcentaje moderado aunque significativo de la varianza de la incapacidad funcional¹⁶. No obstante, al menos 2 de estos 6 ítems presuponen en su redactado una mayor capacidad física como resultado de la aplicación de estrategias de pacing. Así pues, un tercio de la escala podría adolecer de una medición tautológica. Por otra parte, estos 2 ítems son los que menos saturan en el factor «pacing» unidimensional definido a partir del análisis de 4 cuestionarios de estrategias de afrontamiento del dolor¹⁸. Finalmente, los resultados en cuanto a la relación entre la incapacidad funcional y el pacing todavía son contradictorios y observan tanto un efecto beneficioso de la adopción de estrategias de pacing como una ausencia de efecto o incluso un efecto perjudicial^{17,18}.

Por lo tanto, actualmente desconocemos el contenido de las creencias que dificultan a las personas con fibromialgia modificar el patrón de persistencia en la actividad a pesar del dolor creciente. Este desconocimiento limita la eficacia de las estrategias terapéuticas que intentan modificarlo (es subjetivamente más rentable mantener el patrón de persistencia en la actividad que arrostrar las presuntas consecuencias negativas de modificarlo) y dificulta la aplicación de las técnicas de reestructuración cognitiva de una manera específica (conlleva un mayor número de sesiones de evaluación destinadas al descubrimiento guiado). Asimismo, la imposibilidad de medir con precisión estas creencias impide evaluar su relación con la evolución de la sintomatología dolorosa en la fibromialgia y con otras variables como, por ejemplo, el perfeccionismo. Por consiguiente, el objetivo de nuestro estudio es consensuar el contenido de un inventario de cogniciones para la medición de las creencias potencialmente responsables del mantenimiento del patrón de persistencia en la actividad en la fibromialgia.

Material y métodos

Generación de los ítems del Cuestionario Clínico de Persistencia en la Actividad en Fibromialgia

Dado que no existen datos históricos sobre las cogniciones responsables del mantenimiento del patrón de persistencia en la actividad, se recogió una muestra de afirmaciones que reflejaban las creencias responsables del mantenimiento de ese patrón a pesar del dolor creciente en la fibromialgia. Este primer subgrupo de afirmaciones fue extraído ad hoc a partir del análisis cualitativo de las entrevistas clínicas de descubrimiento guiado y de manera retrospectiva a partir de los registros cognitivos que forman parte del tratamiento recibido por los pacientes con fibromialgia en la Unidad multidisciplinar del Hospital Clínic de Barcelona. Las cogniciones referidas por los pacientes como responsables del mantenimiento del patrón de persistencia en la actividad fueron rescritas por un panel de expertos para adaptarlas a un formato de ítem lo más conciso posible y evitar ambigüedades, lenguaje coloquial o jerga profesional. A fin de prevenir posibles tendencias de respuesta (por ejemplo, una excesiva aquiescencia) se incluyeron ítems de contenido inverso. La comprensibilidad del con-

junto final de 57 de ítems fue verificada en un grupo de 40 pacientes.

Participantes: el panel de expertos

A fin de consensuar la selección preliminar de los ítems más relevantes se utilizó un método general de prospección basado en la consulta a expertos (método Delphi). El método Delphi permite alcanzar el consenso entre expertos mediante consultas anónimas en rondas sucesivas, que permiten evitar el efecto «liderazgo» y mantener la máxima autonomía por parte de los expertos.

El panel de expertos fue seleccionado con el fin de representar con la mayor amplitud posible tanto las especialidades sanitarias que habitualmente atienden a las personas con fibromialgia como los niveles asistenciales en los que son atendidas y evitar la presencia de un sesgo debido a la coincidencia de especialidades y ámbitos de trabajo. Se consideró que un especialista podía ser candidato a participar en el estudio si tenía experiencia clínica o de investigación en fibromialgia. El proceso de reclutamiento del panel de expertos se realizó por medio de una carta de presentación del trabajo en la que se incluyeron los objetivos del estudio y el proceso de investigación. Se excluyeron los participantes que no pudieron ser localizados tras 3 intentos de contacto o los que rechazaron participar en el estudio. El panel final estuvo compuesto por un grupo interdisciplinario compuesto por especialistas en Psicología clínica, Medicina de familia y Reumatología procedentes de la asistencia primaria y hospitalaria (Anexo 1).

Selección consensuada de los ítems más relevantes

Se efectuaron 3 rondas de consulta online a intervalos de un mes y con un refuerzo a los 15 días de cada envío mediante formularios construidos ad hoc. En el primer envío se solicitó del experto su valoración de la relevancia de cada uno de los ítems de la muestra original en una escala de 0 (irrelevante) a 10 (imprescindible). Con los datos obtenidos se calculó el espacio intercuartil y las medidas de tendencia central y dispersión. En el segundo envío se facilitó a cada experto la media de las valoraciones de relevancia de cada ítem y se le solicitó una reevaluación de cada ítem mediante el mismo formato de escala de valoración. Se ofreció al experto la posibilidad de argumentar los casos en los que mostrara discrepancia con la valoración media del grupo. En el tercer y último envío se facilitó al experto la relevancia media de cada ítem y las justificaciones agrupadas de las discrepancias observadas en la ronda anterior y se solicitó una decisión final sobre el mantenimiento o la eliminación de cada uno de los ítems. Por lo tanto, finalmente se obtuvo la opinión consensuada media sobre la relevancia de cada ítem y la dispersión de opiniones (intervalos intercuartiles definitivos) y la decisión dicotómica sobre el mantenimiento/rechazo del ítem. Se excluyeron los ítems que al menos el 75% de los expertos recomendó eliminar y que obtuvieron una valoración media consensuada de relevancia inferior a 5. La figura 1 muestra cada uno de los pasos y el flujo de expertos durante el proceso de consulta.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínic de Barcelona.

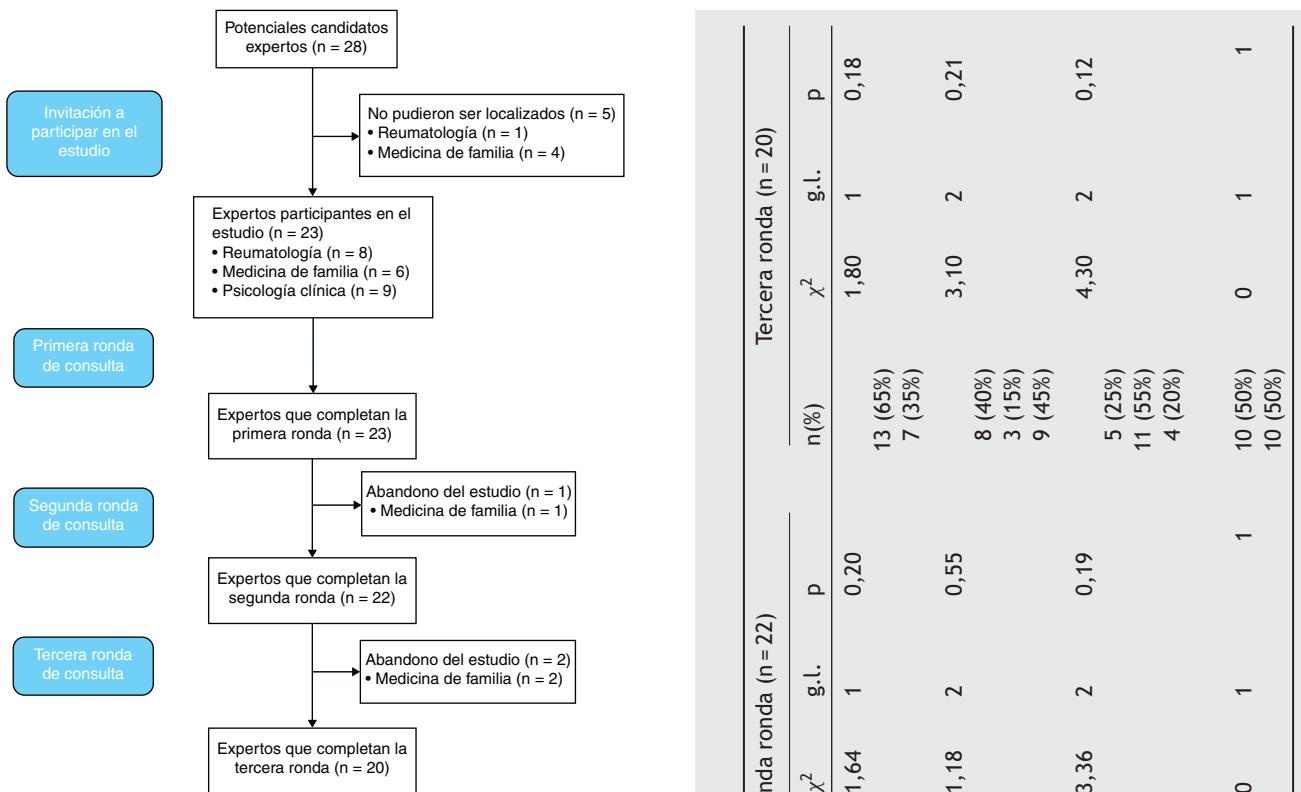


Figura 1 Proceso de consultas y flujo de expertos.

Análisis estadístico

A fin de verificar la presencia de sesgos en el panel de expertos debidos a la predominancia de géneros, especialidades sanitarias o niveles asistenciales, se utilizó una prueba de chi-cuadrado.

Se calcularon los cuartiles y las medidas de tendencia central y de dispersión de la relevancia de cada ítem según las valoraciones de los expertos en las 2 primeras rondas de consulta. A fin de verificar la estabilidad entre la primera y la segunda evaluación realizada por el panel de expertos y, por tanto, la potencial necesidad de una tercera ronda, se verificó la reducción del espacio intercuartil y se aplicó una prueba paramétrica de comparación de medias para grupos independientes (*t*-test). A fin de verificar el grado de acuerdo entre expertos, se calculó el coeficiente rho de Spearman y el coeficiente de correlación intraclass (CCI).

Resultados

Tras la invitación a participar en el estudio, 23 de 28 expertos accedieron a formar parte del panel de expertos e iniciaron las rondas de consulta. No se observó una predominancia estadísticamente significativa de ningún género, especialidad sanitaria, nivel asistencial o tipo de actividad en ninguna de las rondas de consulta (tabla 1).

Ronda 1

Todos los expertos finalizaron la primera ronda de consulta.

Tabla 1 Composición del panel de expertos en cada una de las rondas de consulta

	Primera ronda (n = 23)					Segunda ronda (n = 22)					Tercera ronda (n = 20)				
	n(%)	χ^2	χ^2	g.I.	p	n(%)	χ^2	χ^2	g.I.	p	n(%)	χ^2	χ^2	g.I.	p
Género															
Mujer	15 (65%)	2,13	1	0,14		14 (64%)	1,64	1	0,20		13 (65%)	1,80	1	0,18	
Hombre	8 (35%)					8 (36%)					7 (35%)				
Especialidad sanitaria															
Reumatología	8 (35%)	0,61	2	0,74		8 (36%)	1,18	2	0,55		8 (40%)	3,10	2	0,21	
Medicina de familia	6 (26%)					5 (23%)					3 (15%)				
Psicología clínica	9 (39%)					9 (41%)					9 (45%)				
Nivel asistencial															
Atención primaria	7 (31%)	4,26	2	0,12		7 (32%)	3,36	2	0,19		5 (25%)	4,30	2	0,12	
Atención especializada	12 (52%)					11 (50%)					11 (55%)				
Ambos	4 (17%)					4 (18%)					4 (20%)				
Tipo de actividad profesional															
Clínica	11 (48%)	0,04	1	0,84		11 (50%)	0	1	1		10 (50%)	0	1	1	
Clínica e investigación	12 (52%)					11 (50%)					10 (50%)				

De los 57 ítems, 23 (40,4%) ítems fueron considerados muy relevantes (mediana de relevancia consensuada en el cuartil superior), 11 (19,3%) fueron considerados moderadamente relevantes (mediana de relevancia consensuada en el tercer cuartil), 19 (33,3%) fueron considerados poco relevantes (mediana de relevancia consensuada en el segundo cuartil) y 4 (7%) fueron considerados irrelevantes (mediana de relevancia consensuada en el primer cuartil).

Ronda 2

De los 23 expertos que iniciaron el estudio, 22 (96%) finalizaron la segunda ronda de consulta.

De los 57 ítems, 8 (14%) ítems fueron considerados muy relevantes, 25 (43,9%) fueron considerados moderadamente relevantes y 24 (42,1%) fueron considerados poco relevantes. No se observaron diferencias significativas entre las valoraciones medias de relevancia de la primera y segunda ronda de consultas (menor acuerdo observado: ítems n.º 7 [$t = -1,8; p = 0,08$] y n.º 52 [$t = 1,8; p = 0,08$]). El coeficiente rho de Spearman observó relaciones estadísticamente significativas entre las valoraciones de todos los expertos, con excepción de cuatro expertos que se mostraron discordantes entre si y un experto que se mostró discordante con el resto del panel. No obstante, se observó un grado de acuerdo general muy aceptable ($CCI = 0,97$; $p < 0,01$). El espacio intercuartil entre las valoraciones de relevancia de los expertos se redujo considerablemente en todos los ítems. Por lo tanto, se alcanzó un consenso suficiente que permitió considerar innecesaria una nueva ronda de consulta de relevancia y permitió avanzar hacia la ronda de decisión definitiva sobre el mantenimiento/eliminación de los ítems.

Ronda 3

Un total de 20 (87%) expertos finalizó la tercera ronda de consulta.

El 75% de los integrantes del panel de expertos consideró que 30 (53%) ítems debían mantenerse (en 4 ítems se alcanzó un consenso del 100%) y 11(19%) debían eliminarse. En 16 de los ítems no se observó una decisión común de al menos el 75% de los expertos y, por tanto, no se consideró una acción definitiva.

La tabla 2 resume los cuartiles de relevancia, las valoraciones medias y la dispersión de opiniones en la primera y segunda rondas de consulta, así como las recomendaciones sobre el mantenimiento o eliminación de cada uno de los ítems.

Tras excluir todos los ítems que al menos el 75% de los expertos recomendó eliminar y que obtuvieron una valoración media consensuada de relevancia inferior a 5, y aquellos en los que no se alcanzó un acuerdo definitivo, el cuestionario preliminar de actividad excesiva quedó compuesto por los 30 ítems que se muestran en el Anexo 2.

Discusión

El método Delphi permitió alcanzar un consenso aceptable y amplio sobre el contenido del CCPA-FM en 3 rondas de consulta y recomendó sin discrepancias mantener 30 ítems.

Nueve de estos ítems simplemente describen el patrón de persistencia en la actividad sin mencionar los motivos que subyacen a tal comportamiento. Comparados con la más reciente definición de las distintas dimensiones de la evitación, la persistencia y el pacing mediante análisis factorial de los principales instrumentos de medición de los patrones de actividad y estrategias de afrontamiento del dolor¹⁸, 5 de estos ítems describen el patrón de persistencia en la actividad con el propósito de finalizar las tareas y las actividades a pesar del dolor. Este patrón ha sido etiquetado por Kindermans et al. como «Persistencia contingente a las tareas» y se ha asociado a una menor incapacidad funcional. Dos ítems contienen afirmaciones que reconocen la relación entre el incremento del dolor y la persistencia en la actividad, lo que permitiría relacionarlos con el factor denominado «Persistencia contingente al dolor» que parece ser poco relevante para la incapacidad funcional o la sintomatología depresiva. Los otros 2 ítems describen un patrón de incremento de la actividad propiciado por la reducción de la intensidad del dolor, con la consecuencia de producir un efecto rebote sobre el dolor, lo que los hace afines al factor «Persistencia excesiva» que ha sido asociado con una mayor incapacidad funcional y una mayor sintomatología depresiva incluso tras controlar el efecto de la intensidad del dolor.

A pesar de proporcionar información valiosa sobre el patrón de comportamiento de los pacientes con fibromialgia, ninguno de estos ítems informa de los motivos que sustentan ese comportamiento. Por tanto, aunque permiten verificar la presencia de un patrón de persistencia en la actividad, no proporcionan información útil para su modificación.

De los ítems mantenidos por el grupo de expertos que incluyen creencias que justifican la persistencia en la actividad, 7 relacionan el mantenimiento de la actividad a pesar del dolor creciente con la evitación de emociones negativas relacionadas con la no ejecución satisfactoria de esa actividad. En concreto, la sensación de no haber hecho lo suficiente, sentirse inútil y tener sentimientos de culpa. Estos ítems serían afines a la regla de decisión definida por Vlaeyen et al. (7) como «as many as can» (tanto como sea capaz) que determina que la persona no interrumpe la actividad, ni en presencia de un dolor creciente, hasta sentirse satisfecha con su ejecución. Desafortunadamente únicamente existe un estudio no publicado y efectuado en un entorno no clínico sobre la relación entre esta regla de decisión y el estado de ánimo de los pacientes con fibromialgia¹⁹ con resultados discordantes según la intensidad del dolor de los sujetos de experimentación.

El resto de los ítems parecen describir 3 grupos de creencias no definidas hasta la fecha. Seis ítems justifican la persistencia en la actividad para evitar consecuencias negativas a corto plazo (no cumplir con las obligaciones) y a largo plazo (perder capacidad funcional), 4 ítems basan la persistencia en la actividad en no disponer de ayuda o no disponer de ayuda de calidad (las tareas no se harán bien si no las hace el propio paciente) y 4 ítems sustentan la persistencia en la actividad en la evitación de la desaprobación social.

Aunque se obtuvo un consenso aceptable sobre 41 de los 57 ítems consultados, no se obtuvo un acuerdo suficiente en 16 ítems. Por consiguiente, la decisión definitiva sobre su mantenimiento en el cuestionario final deberá

Tabla 2 Cuartiles de relevancia, valoraciones medias y dispersión de opiniones de la primera y segunda rondas de consulta, y decisión final consensuada sobre el mantenimiento o eliminación de cada uno de los ítems

	Primera ronda (n = 23)			Segunda ronda (n = 22)			Tercera ronda (n = 20)		
	Media (d.e.)	Percentiles			Media (d.e.)	Percentiles			Mantener n (%)
		25	50	75		25	50	75	
1. Pienso que si no acabo las tareas, aunque me duela, los demás pensarán que soy una perezosa	7,1 (2,0)	6	8	9	7,0 (1,6)	7	7	8	18 (90%)
2. Si no hago yo las cosas, no las hará nadie	8,1 (1,9)	7	8	9	7,7 (1,5)	8	8	8	18 (90%)
3. Si, aunque me duela, dejo alguna tarea a medias tengo la impresión de no haber hecho lo suficiente	7,9 (1,2)	8	8	9	7,9 (0,8)	8	8	8	20 (100%)
4. Los demás piensan que me aprovecho de la enfermedad si no acabo una tarea debido al dolor que siento	7,3 (1,8)	6	8	9	6,8 (1,4)	7	7	7	19 (95%)
5. Cuando me encuentro algo mejor (tengo algo menos de dolor) soy prudente y no aprovecho para recuperar el tiempo perdido porque sé que después me encontraré peor	5,8 (3,4)	3	7	9	5,0 (1,7)	5	6	7	9 (45%)
6. Si, aunque me duela, dejo alguna tarea a medias me siento inútil	7,5 (2,1)	6	8	9	7,3 (0,7)	7	7	8	18 (90%)
7. El dolor y la cantidad de actividad que hago no tienen nada que ver	3,6 (2,7)	1	3	6	4,7 (1,9)	4	4	6	6 (30%)
8. Me siento mal si no puedo hacer las cosas porque siento dolor, ya que entonces las tendrán que hacer mi marido (madre, hijos, etc.)	7,1 (2,4)	6	8	9	6,9 (1,2)	7	7	8	18 (90%)
9. Si no hago yo las cosas, no se harán bien	6,7 (2,3)	5	7	8	7,2 (1,1)	7	7	8	17 (85%)
10. Si me dejo vencer por el dolor, cada vez podré hacer menos cosas	6,4 (2,2)	5	7	8	6,1 (0,8)	6	6	6	13 (65%)
11. Pienso que lo mejor es acabar las tareas por mucho dolor que sienta, para así poder descansar lo antes posible	4,7 (2,8)	2	4	7	4,2 (1,3)	4	5	5	3 (15%)
12. Aunque mantenga la actividad, el dolor no se incrementará	2,6 (2,2)	1	2	3	2,8 (1,1)	3	3	3	4 (20%)
13. Si alguien hace las cosas por mi, también lo hará bien	3,8 (3,0)	2	3	5	3,7 (1,6)	3	4	4	6 (30%)
14. Si me paro cada vez que el dolor empieza a incrementarse no me dará tiempo de hacer todas las tareas	7,0 (2,3)	6	7	9	7,0 (1,0)	7	7	7	18 (90%)
15. Pienso que si acabo las tareas aunque me duela, podré descansar lo antes posible	5,0 (2,7)	3	6	7	4,7 (1,0)	4	5	5	8 (40%)
									12 (60%)

16. El querer hacerlo todo yo misma, no tiene nada que ver con que el dolor se incremente	5,3 (2,8)	3	5	8	5,0 (0,7)	5	5	5	10 (50%)	10 (50%)
17. Pienso que si no acabo las tareas, aunque me duela, los demás pensarán que me aprovecho de mi enfermedad	7,9 (1,5)	7	8	9	7,6 (1,6)	8	8	8	20 (100%)	0 (0%)
18. El hecho de dejar una tarea a medias no me hace sentir inútil, y aún menos si siento dolor	4,4 (3,5)	2	3	8	3,7 (1,6)	3	4	4	4 (20%)	16 (80%)
19. Para asegurarme de que las cosas se hacen, he de hacerlas yo misma	7,3 (2,0)	6	8	9	7,3 (1,3)	7	7	8	18 (90%)	2 (10%)
20. Los demás no pensarán que soy una perezosa si no acabo las tareas, y con más razón si siento dolor	3,4 (2,5)	2	3	3	3,6 (2,1)	3	3	3	5 (25%)	15 (75%)
21. El dolor no depende de la cantidad de actividad que hago	4,6 (2,4)	3	4	6	5,0 (1,3)	5	5	5	13 (65%)	7 (35%)
22. Si tengo alguna tarea pendiente, no me paro hasta que la acabo, aunque el dolor se incremente	6,8 (2,7)	6	8	9	6,9 (1,2)	7	7	7	18 (90%)	2 (10%)
23. Si dejo que el dolor me venza, a la larga seré capaz de hacer aún menos cosas	7,6 (1,6)	6	8	9	7,8 (0,4)	8	8	8	20 (100%)	0 (0%)
24. Si me paro cada vez que el dolor empieza a incrementarse se me acumularán tantas tareas que no tendré tiempo material para hacerlas todas	7,2 (2,2)	6	8	9	7,2 (0,9)	7	7	8	19 (95%)	1 (5%)
25. Si tengo alguna tarea pendiente, no me paro hasta que la acabo aunque sepa que después tendrá mucho más dolor	7,1 (2,5)	6	8	9	6,8 (1,1)	7	7	7	17 (85%)	3 (15%)
26. Por mucho que me duela, si no acabo una tarea me quedo con la sensación de no haber hecho todo lo posible	7,1 (2,3)	7	8	9	6,9 (0,9)	7	7	7	18 (90%)	2 (10%)
27. El dolor no se incrementará por el simple hecho de seguir realizando una actividad	3,9 (2,2)	2	3	5	3,9 (0,6)	4	4	4	7 (35%)	13 (65%)
28. Hacer las cosas deprisa no me incrementa el dolor	3,4 (2,5)	2	3	5	3,0 (1,2)	3	3	3	5 (25%)	15 (75%)
29. Pienso que si cada vez que se incrementa el dolor paro de hacer una tarea, no me dará tiempo de acabar las cosas que tengo que hacer	7,2 (1,8)	7	8	8	7,1 (0,7)	7	7	7	18 (90%)	2 (10%)
30. El querer llegar a hacerlo todo no me incrementa el dolor	4,3 (2,8)	2	3	6	3,8 (1,4)	3	4	4	6 (30%)	14 (70%)
31. Pienso que si no acabo las tareas porque siento dolor, los demás me entenderán y no pensarán que me aprovecho de la enfermedad	3,1 (2,9)	1	2	5	3,3 (1,8)	3	3	3	4 (20%)	16 (80%)

		Primera ronda (n=23)			Segunda ronda (n=22)			Tercera ronda (n=20)	
		Media (d.e.)	Percentiles		Media (d.e.)	Percentiles		Mantener n (%)	Eliminar n (%)
			25	50		25	50		
32. Cuando me encuentro algo mejor (tengo algo menos de dolor) no soy capaz de contenerme y aprovecho el tiempo perdido a pesar de que sé que luego me encontraré peor	7,8 (2,2)	7	8	10	7,7 (1,4)	8	8	19 (95%)	1 (5%)
33. Me sabe mal no hacer yo las cosas, aunque me duela, porque sino tendrá que hacerlas mi marido (madre, hijos, etc.)	7,2 (1,9)	6	8	9	6,9 (1,3)	7	7	19 (95%)	1 (5%)
34. Si cada vez que siento que el dolor aumenta paro de hacer mis tareas, se me acumularán y no me dará tiempo a acabarlas	7,4 (1,8)	7	8	8	7,2 (1,0)	7	7	19 (95%)	1 (5%)
35. Dejar una tarea inacabada porque siento dolor hace que me sienta inútil	8,5 (1,3)	8	8	9	7,9 (1,3)	8	8	20 (100%)	0 (0%)
36. Prefiero la satisfacción de ser capaz de hacer las cosas que el malestar de encontrarme mal (tener más dolor)	7,6 (2,6)	7	8	9	7,7 (1,4)	8	8	19 (95%)	1 (5%)
37. Tengo que hacer yo misma las cosas para que se hagan bien	7,5 (2,1)	7	8	9	7,3 (1,2)	7	7	18 (90%)	2 (10%)
38. Por mucho que sienta que el dolor aumenta, no paro hasta que no me aseguro que he acabado todas las tareas	6,6 (2,7)	6	7	9	6,8 (1,0)	7	7	18 (90%)	2 (10%)
39. Si mantengo la actividad, el dolor se incrementará	6,0 (2,2)	4	7	8	5,9 (1,1)	6	6	13 (65%)	7 (35%)
40. Si sé que tengo una tarea pendiente, la acabo por mucho que sepa que después tendrá más dolor	7,1 (2,6)	6	8	9	6,9 (1,3)	7	7	18 (90%)	2 (10%)
41. No siento más dolor si hago las cosas deprisa	3,9 (2,4)	2	4	6	3,4 (1,1)	3	4	3 (15%)	17 (85%)
42. Pienso que si me duele, es mejor dejar de hacer una tarea y reanudarla después de descansar	5,7 (2,7)	3	5	9	5,6 (0,9)	5	6	14 (70%)	6 (30%)
43. No pienso que dejarme vencer por el dolor implique que cada vez pueda hacer menos cosas	4,1 (2,5)	2	5	6	3,8 (1,5)	3	4	4 (20%)	16 (80%)
44. El dolor depende en gran medida del nivel de actividad que realizo	6,5 (2,4)	5	7	8	5,8 (1,2)	5	6	15 (75%)	5 (25%)
45. Aunque me pare cuando el dolor se incrementa, tendré tiempo de hacer todas mis tareas	3,3 (2,7)	1	2	6	3,2 (1,0)	3	3	2 (10%)	18 (90%)

46. Cuando me encuentro algo mejor (tengo algo menos de dolor) aprovecho para recuperar el tiempo perdido aunque sepa que después me encontraré peor	7,3 (2,8)	6	9	9	7,2 (1,3)	7	7	8	18 (90%)	2 (10%)	
47. Pienso que es preferible parar la actividad cada vez que noto que aumenta el dolor aunque no me dé tiempo a hacer todas las tareas	4,8 (3,2)	2	3	7	4,6 (1,3)	4	5	5	13 (65%)	7 (35%)	
48. Si dejo alguna tarea sin finalizar debido al dolor, los demás pensarán que soy una perezosa	7,9 (1,6)	8	8	9	7,4 (1,4)	7	8	8	19 (95%)	1 (5%)	
49. Prefiero haber sido capaz de hacer las cosas, a pesar de que por ello sienta más dolor	7,3 (2,4)	7	8	9	6,9 (1,1)	7	7	7	19 (95%)	1 (5%)	
50. Que mi marido (madre, hijos, etc.) tengan que hacer las cosas que yo no puedo, debido al dolor, no me hace sentir mal	4,7 (3,8)	1	3	9	4,6 (1,8)	3	5	5	8 (40%)	12 (60%)	
51. Si el dolor me obliga a dejar una tarea sin acabar, sé que he hecho todo lo que estaba en mis manos	4,8 (3,0)	2	4	8	4,7 (1,6)	4	5	5	12 (60%)	8 (40%)	
52. El dolor aumenta por el hecho de querer llegar a hacerlo todo	7,0 (2,3)	6	8	9	6,4 (1,9)	7	7	7	16 (80%)	4 (20%)	
53. Por mucho que tenga alguna tarea pendiente, paro la actividad porque sé que sino después tendrá mucho más dolor	4,5 (2,7)	2	4	7	4,1 (1,4)	4	4	4	9 (45%)	11 (55%)	
54. Prefiero renunciar a la satisfacción de hacer las cosas si sé que me voy a encontrar mejor (tener menos dolor)	4,2 (3,1)	1	3	7	4,2 (1,8)	3	4	4	10 (50%)	10 (50%)	
55. El dolor aumenta si hago las cosas deprisa	4,9 (2,6)	2	5	6	4,5 (1,4)	3	5	5	5 (25%)	15 (75%)	
56. Si siento que el dolor se incrementa, dejo de hacer la actividad aunque quede pendiente	4,8 (3,2)	2	4	8	4,7 (1,2)	4	5	5	16 (80%)	4 (20%)	
57. Si dejo alguna cosa sin hacer, alguien lo hará por mí	3,2 (3,2)	1	2	5	3,5 (1,8)	3	3	3	1 (5%)	19 (95%)	

decidirse sobre la base de su contribución a la consistencia y validez de los ítems seleccionados por el grupo de expertos.

Las cogniciones responsables de la persistencia en la actividad a pesar del dolor creciente constituyen un procesamiento automático de la información basado en experiencias previas y por lo tanto son un proceso subliminal distinto de las conclusiones conscientes producto de la reflexión²⁰. El acceso a este contenido subliminal requiere la aplicación de técnicas de descubrimiento guiado y su modificación es resistente a la modificación racional por ascendiente terapéutico o a la provisión de información. Por tanto, el CCPA-FM podría ser un instrumento útil para medir las creencias que dificultan la modificación del patrón de persistencia en la actividad en la fibromialgia y evaluar de manera prospectiva su relación con la evolución de la sintomatología dolorosa. Asimismo, el CCPA-FM permitiría reducir el número de sesiones de descubrimiento guiado y diseñar desde las primeras fases del tratamiento, experiencias correctivas específicas e individualizadas enfocadas a modificar la mayor rentabilidad subjetiva asociada al mantenimiento de la persistencia en la actividad (como, por ejemplo, la evitación de la desaprobación social).

Un ensayo clínico ya ha observado que la combinación entre el tratamiento médico y el tratamiento cognitivo-conductual ajustado para cada patrón de comportamiento (evitación o persistencia) es más efectivo para el dolor crónico que un tratamiento psicológico inespecífico o que el tratamiento médico habitual²¹. Resultados similares empiezan a obtenerse en el tratamiento de la fibromialgia^{13,22}. Más aún, cabe la posibilidad que la estrategia terapéutica que ha demostrado ser eficaz en pacientes con un patrón de miedo/ansiedad y evitación de la actividad (recuperación progresiva de la actividad, exposición in vivo)^{23,24} pueda no serlo en los pacientes con un patrón preferente de persistencia en la actividad. El CCPA-FM podría ser una herramienta eficaz para discriminar entre grupos de pacientes e individualizar el tratamiento.

El proceso de selección preliminar de los ítems del CCPA-FM adolece de varias limitaciones. En primer lugar, el proceso de selección de ítems se realizó sobre la base del análisis de las entrevistas de descubrimiento guiado y de los registros cognitivos de los pacientes con fibromialgia que acudieron a una unidad terciaria. Es posible, pues, que el sesgo en la selección de la muestra haya definido contenidos que no sean tan característicos de los pacientes atendidos en otros niveles asistenciales. Por consiguiente, es necesaria la inclusión de pacientes atendidos en la asistencia primaria y hospitalaria.

Durante el proceso se produjo un abandono de expertos que fue mayoritario (aunque no de manera estadísticamente significativa) en la especialidad sanitaria de Medicina de Familia. Por tanto, y aunque el número de expertos se mantuvo dentro de lo recomendable para un estudio

Delphi²⁵, no es posible descartar un sesgo debido a la presencia mayoritaria de reumatólogos y psicólogos clínicos. Asimismo, la ausencia de especialistas en Psiquiatría en el grupo de expertos también podría contribuir al potencial sesgo relacionado con el predominio de especialidades.

En general, el método Delphi ha sido criticado por la posibilidad de que sus resultados corran el riesgo de ser poco representativos o fiables (el alcanzar un consenso no implica necesariamente la corrección de las conclusiones a las que se llegue). Por lo tanto, los resultados de este estudio deben ser considerados como el punto de partida para el proceso de evaluación de las propiedades psicométricas del CCPA-FM. Dado que este instrumento pretende medir las cogniciones que sustentan el mantenimiento de un patrón de persistencia excesiva, y teniendo en cuenta las inconsistencias y las limitaciones de los cuestionarios autoaplicados que miden la actividad²⁶⁻²⁸, será razonable introducir en el proceso de validación la medición mediante actígrafos que faciliten la evaluación de la relación, y sobre todo de la precedencia, entre la modificación de las cogniciones que supuestamente mantienen el patrón de persistencia excesiva en la actividad, la actividad objetiva y el estado clínico de los pacientes.

En resumen, existen sólidas evidencias de la importancia del modelo de miedo/ansiedad y evitación de la actividad en el mantenimiento del dolor y la incapacidad en la fibromialgia. Recientemente se han observado pruebas de la existencia de un modelo opuesto, aunque no excluyente, basado en la persistencia en la actividad. La determinación de la relevancia de este nuevo modelo y el diseño de tratamientos para su modificación pueden verse favorecidos por la disponibilidad de un instrumento que nos permita evaluar con precisión los motivos que dificultan a las personas con fibromialgia flexibilizar este patrón conductual a pesar del conocimiento propio y de su entorno del efecto nocivo que ejerce sobre el mantenimiento de su enfermedad.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1. Expertos participantes en el estudio Delphi que completaron al menos una de las 3 rondas y que accedieron a ser citados.

Dra. Eva Baillès Lázaro	Universitat Pompeu Fabra
Dra. Maite Bel Villar	Hospital Fundació Mollet
Dr. Josep Blanch Rubió	Hospital del Mar
Dr. Jordi Carbonell Abelló	Hospital del Mar
Dr. Manel Ciria Recasens	Parc de Salut Mar
Dra. Mònica Coll Batet	Hospital de Mataró
Sra. Maria Àfrica Cruz Garcia	Hospital del Mar - Parc de Salut Mar
Dra. Anna Mª Cuscó Segarra	Clinica CIMA. Institut Ferran de Reumatologia
Dra. Jimena Fiz Viola	Spactiva
Dra. Ana Isabel Liberal Planas	Manso 2b Via Roma
Dra. Ma. José Martín Martín	Hospital Universitari Mútua Terrassa
Dra. Mª Teresa Martínez Mendoza	ABS Via Roma Barcelona
Dra. Silvia Martínez Pardo	Hospital Universitari Mútua Terrassa
Dr. Juan Manuel Nieto Somoza	CAP Can Rull
Sra. Nuria Palau Ortega	Hospital Universitari Mútua Terrassa
Dr. Josep Maria Peri Nogués	Hospital Clínic de Barcelona
Dra. Violant Poca Dias	Clinica CIMA. Institut Ferran de Reumatologia
Dra. Georgina Salvador Alarcón	Hospital Universitari Mútua Terrassa
Dra. Núria Segalés Plana	Consorci Sanitari del Maresme
Dr. Antoni Sisó Almirall	CAP Les Corts- Unitat d'Investigació CAPSE-Gesclínic. IDIBAPS
Sr. Àngel Soto Lumbreras	Consorci Sanitari Anoia
Dr. Ester Tarradas Puertolas	Cap Barceloneta. Pam S. L.
Sr. Daniel Vega Moreno	Hospital d'Igualada

Anexo 2. Composición preliminar del cuestionario de Persistencia en la actividad en la fibromialgia.

1. Pienso que si no acabo las tareas, aunque me duela, los demás pensarán que soy una perezosa
2. Si no hago yo las cosas, no las hará nadie
3. Si, aunque me duela, dejo alguna tarea a medias tengo la impresión de no haber hecho lo suficiente
4. Los demás piensan que me aprovecho de la enfermedad si no acabo una tarea debido al dolor que siento
6. Si, aunque me duela, dejo alguna tarea a medias me siento inútil
8. Me siento mal si no puedo hacer las cosas porque siento dolor, ya que entonces las tendrán que hacer mi marido (madre, hijos, etc.)
9. Si no hago yo las cosas, no se harán bien
14. Si me paro cada vez que el dolor empieza a incrementarse no me dará tiempo de hacer todas las tareas
17. Pienso que si no acabo las tareas, aunque me duela, los demás pensarán que me aprovecho de mi enfermedad
19. Para asegurarme de que las cosas se hacen, he de hacerlas yo misma
22. Si tengo alguna tarea pendiente, no me paro hasta que la acabo, aunque el dolor se incremente
23. Si dejo que el dolor me venza, a la larga seré capaz de hacer aún menos cosas
24. Si me paro cada vez que el dolor empieza a incrementarse se me acumularán tantas tareas que no tendré tiempo material para hacerlas todas
25. Si tengo alguna tarea pendiente, no me paro hasta que la acabo aunque sepa que después tendré mucho más dolor
26. Por mucho que me duela, si no acabo una tarea me quedo con la sensación de no haber hecho todo lo posible
29. Pienso que si cada vez que se incrementa el dolor paro de hacer una tarea, no me dará tiempo de acabar las cosas que tengo que hacer
32. Cuando me encuentro algo mejor (tengo algo menos de dolor) no soy capaz de contenerme y aprovecho el tiempo perdido a pesar de que sé que luego me encontraré peor
33. Me sabe mal no hacer yo las cosas, aunque me duela, porque sino tendrá que hacerlas mi marido (madre, hijos, etc.)
34. Si cada vez que siento que el dolor aumenta paro de hacer mis tareas, se me acumularán y no me dará tiempo a acabarlas
35. Dejar una tarea inacabada porque siento dolor hace que me sienta inútil
36. Prefiero la satisfacción de ser capaz de hacer las cosas que el malestar de encontrarme mal (tener más dolor)
37. Tengo que hacer yo misma las cosas para que se hagan bien
38. Por mucho que sienta que el dolor aumenta, no paro hasta que no me aseguro que he acabado todas las tareas
40. Si sé que tengo una tarea pendiente, la acabo por mucho que sepa que después tendré más dolor
44. El dolor depende en gran medida del nivel de actividad que realizo
46. Cuando me encuentro algo mejor (tengo algo menos de dolor) aprovecho para recuperar el tiempo perdido aunque sepa que después me encontraré peor
48. Si dejo alguna tarea sin finalizar debido al dolor, los demás pensarán que soy una perezosa
49. Prefiero haber sido capaz de hacer las cosas, a pesar de que por ello sienta más dolor
52. El dolor aumenta por el hecho de querer llegar a hacerlo todo
56. Si siento que el dolor se incrementa, dejo de hacer la actividad aunque quede pendiente

Bibliografía

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33:160–72.
2. Gracely RH, Petzke F, Wolf JM, Clauw DJ. Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2002;46:1333–43.
3. Williams DA, Gracely RH. Biology and therapy of fibromyalgia. Functional magnetic resonance imaging findings in fibromyalgia. *Arthritis Res Ther.* 2006;8:224.
4. Latremoliere A, Woolf CJ. Central Sensitization: A Generator of Pain Hypersensitivity by Central Neural Plasticity. *The Journal of Pain.* 2009;10:895–926.
5. Sluka KA, Rasmussen LA. Fatiguing exercise enhances hyperalgesia to muscle inflammation. *Pain.* 2010;148:188–97.
6. Van Houdenhove B, Neerinckx E, Onghena P, Lysens R, Vertommen H. Premorbid "overactive" lifestyle in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. An etiological factor or proof of good citizenship? *J Psychosom Res.* 2001;51:571–6.
7. Vlaeyen JW, Morley S. Active despite pain: the putative role of stop-rules and current mood. *Pain.* 2004;110:512–6.
8. Van Koulil S, Kraaimaat FW, Van Lankveld W, Van Helmond T, Vedder A, Van Hoorn H, et al. Screening for pain-persistence and pain-avoidance patterns in fibromyalgia. *Int J Behav Med.* 2008;15:211–20.
9. Hasenbring MI, Plaas H, Fischbein B, Willburger R. The relationship between activity and pain in patients 6 months after lumbar disc surgery: do pain-related coping modes act as moderator variables? *Eur J Pain.* 2006;10:701–9.
10. Prins JB, Bleijenberg G, Bazelmans E, Elving LD, De Boo TM, Severens JL, et al. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet.* 2001;357:841–7.
11. Bazelmans E, Prins JB, Bleijenberg G. Cognitive Behavior Therapy for Relatively Active and for Passive Chronic Fatigue Syndrome Patients. *Cognitive and Behavioral Practice.* 2006;13:157–66.
12. Knoop H, Stulemeijer M, Prins JB, Van der Meer JW, Bleijenberg G. Is cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome also effective for pain symptoms? *Behav Res Ther.* 2007;45:2034–43.
13. Van Koulil S, Kraaimaat FW, Van Lankveld W, Van Helmond T, Vedder A, Van Hoorn H, et al. Cognitive-behavioral mechanisms in a pain-avoidance and a pain-persistence treatment for high-risk fibromyalgia patients. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2011;63:800–7.
14. Van Houdenhove B, Neerinckx E. Is "ergomania" a predisposing factor to chronic pain and fatigue? *Psychosomatics.* 1999;40:529–30.
15. Hasenbring MI. Attentional control of pain and the process of chronicification. *Progress in brain research.* 2000;129: 525–34.
16. Nielson W, Jensen M, Hill M. An activity pacing scale for the chronic coping pain inventory: development in a sample of patients with fibromyalgia syndrome. *Pain.* 2001;89: 111–5.
17. Karsdorp P, Vlaeyen JW. Active avoidance but not activity pacing is associated with disability in fibromyalgia. *Pain.* 2009;147:29–35.
18. Kindermans H, Roelofs J, Goossens M, Huijnen I, Verbunt J, Vlaeyen JW. Activity Patterns in Chronic Pain: Underlying Dimensions and Associations With Disability and Depressed Mood. *The Journal of Pain.* 2011;12:1049–58.
19. Vlaeyen JW, Pastoors A, Peters M. Stop rules, mood and physical performance in fibromyalgia. Artículo presentado en la IV Conferencia "Pain in Europe", Praga, 2-6 de septiembre de 2003.
20. Bargh JA, Ferguson MJ. Beyond behaviorism: on the automaticity of higher mental processes. *Psychol Bull.* 2000;126: 925–45.
21. Hasenbring M, Ulrich HW, Hartmann M, Soyka D. The efficacy of a risk factor-based cognitive behavioral intervention and electromyographic biofeedback in patients with acute sciatic pain. An attempt to prevent chronicity. *Spine (Phila Pa 1976).* 1999;24:2525–35.
22. Van Koulil S, Van Lankveld W, Kraaimaat FW, Van Helmond T, Vedder A, Van Hoorn H, et al. Tailored cognitive-behavioral therapy for fibromyalgia: two case studies. *Patient Educ Couns.* 2008;71:308–14.
23. Vlaeyen JW, De Jong J, Geilen M, Heuts PH, Van Breukelen G. The treatment of fear of movement/(re)injury in chronic low back pain: further evidence on the effectiveness of exposure in vivo. *Clin J Pain.* 2002;18:251–61.
24. Leeuw M, Goossens ME, Van Breukelen GJ, De Jong Jr, Heuts PH, Smeets RJ, et al. Exposure in vivo versus operant graded activity in chronic low back pain patients: results of a randomized controlled trial. *Pain.* 2008;138:192–207.
25. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs.* 2000;32:1008–15.
26. Kaleth AS, Ang DC, Chakr R, Tong Y. Validity and reliability of community health activities model program for seniors and short-form international physical activity questionnaire as physical activity assessment tools in patients with fibromyalgia. *Disabil Rehabil.* 2010;32:353–9.
27. Tuero C, De Paz JA, Marquez S. Relationship of measures of leisure time physical activity to physical fitness indicators in Spanish adults. *J Sports Med Phys Fitness.* 2001;41:62–7.
28. Elosua R, Garcia M, Aguilar A, Molina L, Covas MI, Marrugat J. Validation of the Minnesota Leisure Time Physical Activity Questionnaire In Spanish Women. Investigators of the MARATDON Group. *Med Sci Sports Exerc.* 2000;32:1431–7.