



Clínica y Salud

ISSN: 1130-5274

clin-salud@cop.es

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

España

Comeche Moreno, M^a Isabel; Martín Fernández, Alejandra; Rodríguez Muñoz, M^a de la Fe; Ortega Pardo, José; Díaz García, Marta Isabel; Vallejo Pareja, Miguel Ángel
Tratamiento Cognitivo-Conductual, Protocolizado y en Grupo, de la Fibromialgia
Clínica y Salud, vol. 21, núm. 2, 2010, pp. 107-121
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180615543001>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Tratamiento Cognitivo-Conductual, Protocolizado y en Grupo, de la Fibromialgia

Group Cognitive-Behavioral Therapy Protocol for Fibromyalgia Patients

M^a Isabel Comeche Moreno, Alejandra Martín Fernández, M^a de la Fe Rodríguez Muñoz, José Ortega Pardo, Marta Isabel Díaz García y Miguel Ángel Vallejo Pareja
Universidad Nacional de Educación a Distancia

Resumen. El objetivo del presente trabajo es comprobar si un programa protocolizado de tratamiento cognitivo conductual, diseñado específicamente para ser aplicado en formato grupal a pacientes de fibromialgia, puede ayudar a mitigar los problemas emocionales y mejorar el afrontamiento de la enfermedad.

En el estudio participaron un total de 34 pacientes diagnosticados de fibromialgia, todos ellos pertenecientes a la Asociación de Fibromialgia de la Comunidad de Madrid (AFIBROM). El programa fue estructurado en 10 sesiones de dos horas de duración con una periodicidad semanal. En la evaluación pre y post-tratamiento, así como en el seguimiento realizado a los 3 meses, los participantes cumplimentaron los cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD), Escala de Autoeficacia (SES), Escala de Catastrofismo (PCS) y Auto-registro del Dolor.

Los resultados mostraron una mejoría clínica y estadísticamente significativa entre el pre y el post-tratamiento, en la variable depresión medida tanto con el BDI como con el HAD-D, así como en la variable ansiedad según el HAD-A. Esta mejoría se mantiene en el seguimiento realizado a los 3 meses de finalizado el tratamiento. Asimismo, al final de la intervención se observa un incremento estadísticamente significativo en todas las medidas de Autoeficacia y una disminución significativa de los pensamientos de Rumiación y Magnificación, mejoría que no se mantiene uniformemente en el seguimiento. Finalmente señalar que aunque tras la intervención se produce una bajada en el dolor medio informado por los pacientes, esta disminución no resulta estadísticamente significativa.

Por todo ello puede concluirse que este programa de tratamiento protocolizado y en grupo ha demostrado ser eficaz para mitigar los problemas emocionales asociados a la fibromialgia, disminuir los pensamientos rumiantivos y mejorar su percepción de autoeficacia en el afrontamiento de su enfermedad. Finalmente señalar la conveniencia de realizar sesiones de seguimiento-mantenimiento para consolidar los resultados obtenidos.

Palabras clave: tratamiento cognitivo conductual, fibromialgia, programa protocolizado, problemas emocionales, afrontamiento de la enfermedad.

Abstract. The purpose of this study is to verify whether a cognitive behavioral treatment protocol, designed specifically for use in a group of fibromyalgia patients, may help to alleviate emotional problems and improve the coping of the disease.

La correspondencia sobre este artículo dirigiría a la primera autora
al e-mail: mcomeche@psi.uned.es

The study involved a total of 34 patients diagnosed with fibromyalgia, all belonging to the Fibromyalgia Association of Madrid (AFIBROM). The program was divided into 10 sessions of two hours duration on a weekly basis. The evaluation was pre- and post-treatment with follow-up after 3 months, and participants completed questionnaires: Beck Depression Inventory (BDI), Anxiety and Depression Scale Hospital (HAD) Self Efficacy Scale (SES), Pain Catastrophizing Scale (PCS) and Self-recording of pain.

The results showed a clinically and statistically significant improvement between pre- and post-treatment depression with both the BDI and the HAD-D, as well as in the anxiety variable with HAD-A. This improvement was maintained at the follow-up 3 months after treatment ended. Also, at the end of the intervention a statistically significant increase is shown in all measures of self-efficacy and a significant decrease in the thoughts of rumination and magnification, though this is not maintained consistently at follow-up. Finally it is to be noted that even though after the intervention there was a reduction in average pain reported by the patients, this decrease is not statistically significant.

Therefore, it can be concluded that this group treatment protocol has proven effective in alleviating the emotional problems associated with fibromyalgia, lowering ruminative thoughts and improving their self-perception in combating their disease. Finally, the desirability of conducting follow-up maintenance sessions to consolidate the results obtained should be noted.

Key words: cognitive-behavioral therapy, fibromyalgia, protocol program, emotional problems, coping with disease.

Introducción

La fibromialgia es un síndrome caracterizado por dolor musculoesquelético, generalizado y difuso, de al menos tres meses de duración y diversos síntomas como fatiga, alteraciones del sueño, rigidez matutina, cefaleas, colon irritable, dismenorrea y alteraciones psicológicas como ansiedad y depresión (Pascual, García Campayo, Lou e Ibáñez, 2004; Vidal-Coll y Alegre, 2007). En la delimitación del síndrome se considera la hiperálgesia a la palpación digital en al menos 11 de los 18 puntos sensibles predefinidos (Wolfe, Smythe, Yunus y cols., 1990).

Los datos del estudio EPISER sobre la prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en España (Valverde, Juan, Rivas y Carmona, 2001) cifran la prevalencia de la fibromialgia en un 2.4% de la población general, elevándose este porcentaje a un 4.5% cuando sólo se considera la población de mujeres. La patogenia de la enfermedad sigue siendo controvertida y por ello han sido numerosos los mecanismos estudiados; por ejemplo, alteraciones del sueño (Ernberg, Voog y Alstergren, 2000), factores psicológicos (Pastor, López-Roig, Rodríguez

Marín y Juan, 1995; Eich, 1997), musculares (Brucke, Suckfull, Fleckenstein y Muller, 1992), hormonales (Korszun, Sackett-Lundeen, Papadopoulos y cols., 1999), alteraciones en la sustancia P (Bayazit, Gürsoy, Özer y cols., 2002). Aunque, por el momento, no parece haber resultados concluyentes, datos recientes apuntan a un fenómeno de Sensibilización Central (y posiblemente también periférica) del Sistema Nociceptivo como principal proceso fisiopatológico en la fibromialgia (Collado, 2008).

Los síntomas psicológicos forman parte de la fibromialgia; de hecho, estos pacientes presentan ansiedad y/o depresión en mayor proporción que la población normal (Wolfe y cols., 1990; Bennet, 2002; Pérez-Pareja, Borrás, Palmer y cols., 2004; Máñez, Fenollosa, Martínez y Salazar, 2005). Incluso, se ha llegado a indicar (Brannon y Feist, 2001) que los factores psicológicos son tan importantes en la enfermedad que pueden estar presentes desde la fase inicial, donde los pacientes suelen sufrir un período de crisis caracterizado por desequilibrio físico, psicológico y social, hasta la toma de conciencia de la enfermedad como un proceso crónico con el que se debe convivir realizando cambios

en la actividad social, laboral y física. De entre todos los trastornos psicológicos, los problemas emocionales, ansiedad y depresión, son los más habituales en la fibromialgia. Así, por ejemplo, Wolfe y cols., (1990) señalaron cómo un tercio de fibromialgicos tienen antecedentes de depresión; asimismo, Bennett, (2002) señala que en un 60% de los pacientes la fibromialgia también cursa con depresión. Respecto al padecimiento de ansiedad, los datos parecen indicar que más de la mitad de las personas diagnosticadas de fibromialgia sufren algún tipo de problema de ansiedad (nerviosismo, miedos, fobias, irritabilidad, falta de concentración, etc.), así como síntomas de tensión (Guitart, 2000).

La terapia cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la fibromialgia (Flor y Birbaumer, 1993; Goldenberg, Kaplan, Nadeau y cols., 1994; Vlaeyen, Teeken-Gruben, Goosen y cols., 1996; Turk, Okifuji, Sinclair y Starz, 1998; Friedberg y Jason, 2001; Rivera, Alegre, Ballinas y cols., 2006; Anderson y Winkler, 2007). La meta en este tipo de tratamiento no suele ser abordar y eliminar directamente el dolor, sino mejorar y controlar los síntomas y aprender a vivir con el dolor. En este contexto, los trabajos más recientes señalan la conveniencia de abordar el tratamiento cognitivo conductual de la fibromialgia en un formato grupal, debido al valioso apoyo que supone el propio grupo junto a la indudable eficiencia de estas intervenciones (Williams, 2003). Así, el trabajo de Anderson y Winkler, (2007) señala cómo con una intervención grupal lograron una disminución significativa en la depresión, el dolor y el impacto de la fibromialgia.

Para desarrollar un programa de tratamiento psicológico de la fibromialgia, con las adecuadas garantías científicas, es necesario atenerse a los criterios desarrollados en el informe de la Task Force de la APA (1995) en el que se detalla, entre otros requisitos, la importancia del desarrollo de un manual protocolizado, en el que se describa la evaluación y el tratamiento. Los manuales protocolizados son una herramienta de gran utilidad para los terapeutas y en muchas ocasiones complementan su labor como biblioterapia de apoyo. En la práctica clínica, el uso de manuales empíricamente validados, es una garantía de eficacia para el clínico, ade-

más de contribuir al desarrollo de la investigación por permitir la comparación entre estudios (Wilson, 1996). Otro aspecto que debería ser contemplado, es la comparación de los resultados obtenidos en la intervención con los de un grupo control sin tratamiento o, al menos, con los de un grupo de pacientes en lista de espera. En este sentido, es necesario señalar que las limitaciones del entorno en el que se realiza la investigación pueden, como es el caso de este estudio y más adelante se comentará, impedir la formación de un grupo de personas a las que se les dilate el inicio de la intervención.

En línea con lo anteriormente comentado, el objetivo del presente trabajo consiste en comprobar de forma exploratoria, si un programa protocolizado de tratamiento cognitivo conductual, diseñado específicamente para ser aplicado en formato grupal a pacientes de fibromialgia, puede ayudar a mejorar el afrontamiento de la enfermedad. De forma específica, se plantea que este programa de tratamiento puede resultar eficaz para: 1) disminuir los niveles de ansiedad y depresión; 2) incrementar la percepción de autoeficacia de los participantes; 3) combatir su visión catastrófica frente al dolor y 4) disminuir su percepción de dolor.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 34 pacientes diagnosticados de fibromialgia, todos ellos pertenecientes a la Asociación de Fibromialgia de la Comunidad de Madrid (AFIBROM). La mayor parte de la muestra eran mujeres (N=33) y sólo 1 hombre. La edad media era de 46 años con un rango de 25 a 61. La mayoría de los participantes (27 personas, 79.41%) estaban casados, 5 (14.71%) estaban solteros y 2 (5.88%) divorciados. Respecto a su situación laboral, 14 personas (41.18%) eran amas de casa sin trabajo fuera del hogar, 13 personas (38.23%) se encontraban en activo, 3 (8.83%) estaban de baja, 2 (5.88%) en paro y otras 2 (5.88%) estaban jubiladas. La duración media de la enfermedad era de 15 años, aunque el tiempo medio desde que habían sido diagnosticados de fibromialgia era de 4 años.

Instrumentos

Como variables dependientes se utilizaron los siguientes instrumentos de medida:

Inventario de Depresión de Beck - Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Formado por 21 ítems que evalúan la intensidad del síndrome depresivo. Es uno de los instrumentos más empleados en la práctica clínica como medida del progreso terapéutico a lo largo del tratamiento.

Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital - Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Zigmond y Snaith, 1983). Adaptación de Caro e Ibáñez (1992). Consta de 14 ítems, siete evalúan ansiedad (HAD-A) y los otros siete depresión (HAD-D). El que se trate de una escala corta la hace especialmente útil en el contexto hospitalario y asistencial, para evaluar los efectos de la enfermedad sobre el estado emocional del paciente.

Escala de Autoeficacia - Self Efficacy Scale (SES) (Anderson, Dowds, Pelletz y cols., 1995). Consta de 22 ítems que aportan una puntuación Total y las puntuaciones en sus tres subescalas de Autoeficacia: Manejo del Dolor, Manejo de las Actividades Físicas y Manejo de los Síntomas.

Escala de Catastrofismo relacionada con el Dolor - Pain Catastrophizing Scale (PCS) (Sullivan, Bishop y Pivik, 1995). Está formada por 13 ítems que miden los diferentes tipos de pensamientos catastrofistas, dando lugar una puntuación Total y a tres subescalas: Indefensión, Magnificación y Rumiación.

Auto-registro de dolor. Durante la semana inicial de tratamiento así como en la semana final de la intervención y en la del seguimiento de los 3 meses, los pacientes debían valorar su dolor en cuatro momentos prefijados, utilizando una escala 0-5, y anotar dicha valoración en un auto-registro elaborado para este fin.

Procedimiento

La intervención constaba de un total de 11 sesiones (1 de información-evaluación y 10 de tratamiento) de 2 horas de duración, con una periodicidad

semanal. Las sesiones eran impartidas por un psicólogo, post-graduado en terapia de conducta, con la colaboración de un co-terapeuta, también psicólogo y en periodo de formación de post-grado. Los grupos estaban formados por un total de entre 7 y 10 pacientes.

Inicialmente se realizaba una sesión informativo-evaluadora, en la que se comenzaba explicando las características del tratamiento. Las personas que se comprometían a seguir la intervención firmaban el consentimiento informado y cumplimentaban los cuestionarios de evaluación previamente señalados. Una vez comprobado que todos los participantes del grupo cumplían los criterios de inclusión, se les daba cita para iniciar el tratamiento, que comenzaba una semana después. Como criterios de exclusión se consideraba: tener menos de 18 años; no presentar diagnóstico de fibromialgia realizado por un especialista; obtener en la evaluación una elevada puntuación en ansiedad (superior a 15 en el HAD-A) y/o depresión (superior a 35 en el BDI y/o 15 en el HAD-D).

El tratamiento consistía en la aplicación de un programa cognitivo conductual, estructurado en 10 sesiones de dos horas de duración. Todas las sesiones se llevaban a cabo en la sede de la asociación de fibromialgia AFIBROM. Para controlar que los cambios en las variables medidas no se debían a cambios en la medicación, se explicaba a los participantes que era conveniente no introducir variaciones en su medicación (ni dosis, ni tipo de fármaco) durante el programa terapéutico y en todo caso avisar al terapeuta si modificaban alguno de dichos aspectos. Esta información se hacía constar en el consentimiento informado que los participantes firmaban en la sesión inicial.

Para guiar la intervención, así como para servir de biblioterapia de apoyo, se elaboró un *Manual Protocolizado*, con un total de 69 páginas, en el que se especificaban los contenidos y técnicas aplicadas en cada una de las 10 sesiones, así como las tareas que los pacientes debían realizar durante la semana. Todos los contenidos están explicados con un lenguaje sencillo y accesible, de modo que pueda ser fácilmente comprendido por los pacientes. Al final de cada sesión se entregaba a los participantes un cuadernillo con el material correspondiente a dicha

sesión; además, al final de la tercera sesión se les entregaba un CD de relajación diseñado exclusivamente para este tipo de pacientes.

Las sesiones seguían siempre una estructura similar. Se comenzaba revisando las tareas de la semana anterior y aclarando las posibles dudas. A continuación se realizaba la explicación didáctica de los contenidos de cada sesión y el aprendizaje y práctica de cada una de las estrategias terapéuticas. Las sesiones siempre finalizaban detallando las tareas para realizar durante la próxima semana y recordando la importancia de la práctica en su vida diaria de las habilidades aprendidas en la sesión.

La secuencia de aplicación de los diferentes contenidos y técnicas terapéuticas se diseñó para permitir su aplicación de forma gradual (de lo más simple a lo más complejo), integrando en las siguientes sesiones lo aprendido en las previas, lo que garantizaba un aprendizaje progresivo y la utilización y aplicación práctica de las estrategias aprendidas a diferentes problemas y contextos. El contenido de las sesiones de tratamiento incluía: información sobre la enfermedad y su afrontamiento activo, la influencia de diferentes aspectos (tensión muscular, ansiedad, emociones negativas, inactividad, pensamientos negativos, etc.) en el mantenimiento del dolor y otros síntomas asociados a la fibromialgia, y el papel de diferentes técnicas psicológicas (relajación, reestructuración cognitiva, etc.) en su afrontamiento; recuperación progresiva de actividades perdidas, sobre todo de las más gratificantes y valiosas para cada persona; mejora de la higiene del sueño y de las relaciones sexuales; manejo de las quejas y demandas assertivas; y mejora de los problemas de atención y memoria.

En la última sesión se hacía un resumen integrador de todo lo aprendido a lo largo del programa de tratamiento y se realizaba la evaluación post-tratamiento, utilizando los mismos cuestionarios que en

la sesión inicial. Finalmente se programaba una sesión de seguimiento a los tres meses de finalizado el tratamiento.

Resultados

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se han realizado con el paquete estadístico SPSS 15.0. Para poner a prueba los objetivos de la investigación, los contrastes entre los tres momentos de medida (pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento), en cada una de las variables dependientes, se han realizado mediante la Prueba de Friedman para k muestras relacionadas, ya que no se cumplían los criterios de bondad de ajuste y homogeneidad de varianzas.

Resultados depresión y ansiedad

En la Tabla 1 se presentan las puntuaciones de los participantes en las variables emocionales, depresión y ansiedad, en los tres momentos de medida. Como puede observarse, el nivel de depresión disminuyó de forma significativa entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento, tanto cuando es medido con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) ($\chi^2=14.69$, $p<0.001$), como con el HAD-D ($\chi^2=17.29$, $p<0.001$). Aunque en el seguimiento realizado a los tres meses se observa un leve incremento en ambas puntuaciones, dicho incremento (contraste entre el post-tratamiento y el seguimiento) no es significativo en ninguna de las dos variables. Por el contrario, la mejoría conseguida respecto al inicio de la intervención (contraste entre el pre-tratamiento y el seguimiento) sigue siendo estadísticamente significativa en ambas variables (BDI: $\chi^2=5.45$, $p<0.02$; HAD-D: $\chi^2=8.53$, $p<0.003$).

Tabla 1. Puntuaciones de las variables depresión y ansiedad, en los tres momentos de medida y contrastes según la prueba de Friedman

	Pre-Tto	Post-Tto.	Contraste	Pre-Post	Seguimiento	Contraste	Pre-Sgt ^o	Contraste	Post-Sgt ^o
Variables	Media (Dt)	Media (Dt)	χ^2	Sig	Media (Dt)	χ^2	Sig	χ^2	Sig
BDI	15.47 (7.77)	11.45(8.13)	14.69	0.001	12.60 (8.82)	5.45	0.02	0.92	0.33
HAD-D	7.71 (3.20)	5.32 (3.35)	17.29	0.001	5.5 (4.11)	8.53	0.003	1.38	0.23
HAD-A	9.68 (3.80)	6.53 (3.64)	19.20	0.001	6.62 (4.18)	12.44	0.001	0.33	0.56

Las puntuaciones en la escala de ansiedad del HAD (HAD-A) también disminuyeron de forma estadísticamente significativa entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento ($\text{Chi}^2=19.20$, $p<0.001$). De forma similar a los resultados en depresión, la mejoría conseguida en las puntuaciones de ansiedad al final de la intervención, prácticamente se mantiene en el seguimiento realizado a los tres meses, siendo estadísticamente significativo el contraste entre las puntuaciones del pre-tratamiento y las del seguimiento (HAD-A: $\text{Chi}^2=12.44$, $p<0.001$).

En la Tabla 2 se muestra la distribución de los sujetos en los diferentes niveles de cada una de las variables emocionales, en los tres momentos de la intervención. Como puede observarse en dicha tabla, el porcentaje de pacientes que muestran síntomas depresivos y el nivel estimado de gravedad, es muy diferente en función del instrumento con el que se realice la clasificación por rangos.

(del 35% al 15%), disminuyendo este porcentaje aún más en el seguimiento (12%). Finalmente, señalar que los sujetos con un nivel grave de depresión se mantienen en igual proporción tras el tratamiento (3%) produciéndose un notable incremento de dicho porcentaje en el seguimiento (9%).

Al comparar la distribución de los rangos de gravedad de la depresión según las categorías del BDI y del HAD-D, se comprueba que tanto los niveles de clasificación como los porcentajes en cada nivel son muy diferentes. No obstante, la tendencia que se observa es la misma en ambos casos. Tras la intervención se produce un elevado incremento (del 47% al 70%) del porcentaje de personas con un nivel normal de depresión, que prácticamente se mantiene (68%) al final del seguimiento. Asimismo, se observa una disminución del porcentaje de personas clasificadas en el nivel considerado como dudoso (del 41% al 27%), que aún disminuye más (20%) en el

Tabla 2. Porcentajes de sujetos en cada variable emocional, distribuidos por niveles o rangos de gravedad, en los tres momentos de la intervención

Variables emocionales	Niveles o rangos de gravedad	Pre-Tratamiento	Post-Tratamiento	Seguimiento
BDI	Mínima (0 a 9)	24%	47%	41%
	Leve (10 a 16)	38%	35%	38%
	Moderada (17 a 29)	35%	15%	12%
	Grave (30 a 63)	3%	3%	9%
HAD-D	Normal (0 a 7)	47%	70%	68%
	Dudoso (8 a 10)	41%	27%	20%
	Clínico (más de 11)	12%	3%	12%
HAD-A	Normal (0 a 7)	20%	59%	61%
	Dudoso (8 a 10)	45%	35%	24%
	Clínico (más de 11)	35%	6%	15%

Así, considerando los puntos de corte del BDI propuestos por Beck y Steer (1993), sólo un 24% de los pacientes mostraban un nivel normal o mínimo de depresión al inicio del tratamiento. El porcentaje de personas con un nivel normal de depresión se incrementa hasta el 47% en el post-tratamiento, y permanece en un nivel similar (41%) a los 3 meses de finalizada la intervención. Por otra parte, vemos que el porcentaje de sujetos con un nivel de depresión leve se mantiene prácticamente constante a lo largo de la intervención, mientras que la proporción de personas con un nivel de depresión moderada se reduce al final del tratamiento a menos de la mitad

seguimiento. Por otra parte, señalar que el porcentaje de personas con un nivel clínico de depresión se reduce notablemente en el post-tratamiento (del 12% a 3%), aunque vuelve a los niveles iniciales (12%) durante el seguimiento.

En el apartado final de la Tabla 2 se presenta la distribución de los porcentajes de pacientes en función de los niveles de ansiedad medida con el HAD-A. Como puede observarse en dichos datos, el porcentaje de pacientes con un nivel normal de ansiedad se eleva desde el 20% al inicio de la intervención, al 59% en el post-tratamiento, incrementándose todavía un poco más (hasta el 61%) en el seguimiento.

miento. La proporción de pacientes que al inicio de la intervención muestra problemas de ansiedad es bastante elevada (45% dudoso, 35% clínico). Estos porcentajes se reducen considerablemente tras la intervención (35% dudoso, 6% clínico), disminuyendo todavía más en el seguimiento el porcentaje de pacientes en el nivel dudoso (24%) e incrementándose casi en la misma proporción el porcentaje en el nivel clínico (15%).

Resultados Autoeficacia

En la Tabla 3 pueden verse las puntuaciones de la Escala de Autoeficacia en los tres momentos de medida. Como puede verse en dicha tabla, tanto la

produciéndose incluso una disminución en las puntuaciones que, aunque no llegan a los niveles de línea base, sí es estadísticamente significativa tanto en la puntuación total como en la de las tres subescalas. Esta disminución significativa de la autoeficacia en el seguimiento se destaca en la columna “Contraste Post-segt^o”, subrayando la significación.

Resultados Catastrofismo

En la Tabla 4 se presentan las puntuaciones de la escala de Catastrofismo, *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) a lo largo de la intervención. Como puede verse en esta tabla, los resultados muestran

Tabla 3. Puntuaciones de la Escala de Autoeficacia (SES) en los tres momentos de medida y contrastes según la prueba de Friedman

SES	Pre-Tto	Post-Tto.	Contraste	Pre-Post	Seguimiento	Contraste	Pre-Sgt ^o	Contraste	Post-Sgt ^o
	Media (Dt)	Media (Dt)	Chi ²	Sig	Media (Dt)	Chi ²	Sig	Chi ²	Sig
Autoeficacia Total	51.46 (17.1)	62.12 (19.4)	9.53	0.002	54.33 (20.6)	1.05	0.3	14.23	0.001
Autoeficacia Manejo Dolor	44.85 (21.7)	58.18 (23.2)	7.53	0.006	50.53 (22.6)	2.0	0.15	4.23	0.40
A. Manejo Activ. Fisicas	58.39 (23.7)	68.13 (20.6)	10.94	0.001	63.89 (20.8)	0.5	0.48	5.12	0.024
A. Manejo Síntomas	51.14 (17.8)	60.15 (20.8)	5.12	0.024	55.91 (20.3)	0.11	0.73	4.5	0.034

puntuación total en autoeficacia, como las puntuaciones de sus tres subescalas, muestran un incremento estadísticamente significativo en el post-tratamiento, que estaría señalando una mejora en la autoeficacia percibida al final del tratamiento (Autoeficacia Total: Chi²=9.53, p<0.002; Manejo del Dolor: Chi²=7.53, p<0.006; Manejo de las Actividades Físicas: Chi²=10.94, p<0.001; Manejo de los Síntomas: Chi²=5.12, p<0.024). Como en esta tabla puede apreciarse, el incremento en la autoeficacia experimentado al final del tratamiento no se mantiene en el seguimiento a los 3 meses,

una disminución de dichas puntuaciones tras la intervención, que sólo resulta estadísticamente significativa en las subescalas de Rumiación (Chi²=6.54, p<0.001) y Magnificación (Chi²=12.45, p<0.001). Aunque en el seguimiento se observa una pérdida de la mejoría observada en el post-tratamiento, las diferencias entre ambas puntuaciones no resultan significativas ni en la puntuación total de la escala ni en ninguna de las subescalas. Del mismo modo, y aunque las puntuaciones en el seguimiento siguen siendo inferiores a las observadas en el pre-tratamiento, las diferencias entre

Tabla 4. Puntuaciones de la Escala de Catastrofismo (PCS) en los tres momentos de medida y contrastes según la prueba de Friedman

PCS	Pre-Tto	Post-Tto.	Contraste	Pre-Post	Seguimiento	Contraste	Pre-Sgt ^o	Contraste	Post-Sgt ^o
	Media (Dt)	Media (Dt)	Chi2	Sig	Media (Dt)	Chi2	Sig	Chi2	Sig
PCS- Total	1.45 (0.81)	1.09(0.67)	2.94	0.08	1.22 (0.87)	2.61	0.10	0.50	0.48
Indefensión	1.54 (0.93)	1.19 (0.76)	2.71	0.10	1.18 (0.86)	2.79	0.09	0.29	0.59
Rumiación	1.58 (0.98)	1.15 (0.85)	6.53	0.011	1.44 (1.08)	0.57	0.45	0.86	0.35
Magnificación	1.42 (0.77)	0.94 (0.72)	12.45	0.001	1.17 (0.91)	2.79	0.09	0.04	0.83

ambos momentos no resultan significativas en ninguna de las medidas.

Resultados nivel de dolor

Por último, en la Tabla 5 se presenta la evolución de las puntuaciones de dolor a lo largo de la intervención. Como se ve en dicha tabla, los datos muestran cómo el dolor medio informado por los pacientes disminuye ligeramente tras el tratamiento (de 2.78 a 2.41), aunque esta disminución no resulta estadísticamente significativa. Tres meses después de finalizada la intervención, el nivel medio de dolor informado se sitúa en 2.5, puntuación todavía inferior a la observada en la línea base, pero levemente superior a la media del post-tratamiento. Ninguno de los contrastes entre estos tres momentos de medida es estadísticamente significativo.

Bennett, 1997; Moioli y Merayo, 2005; Anderson y Winkler, 2007) en las que también se informa de disminuciones significativas en depresión tras una intervención cognitivo conductual. Sin embargo, los datos de ansiedad contrastan con los resultados de este último estudio (Anderson y Winkler, 2007) en el que los autores informan que tras la intervención grupal no se observó una mejoría significativa en las medidas de ansiedad. Esta diferencia podría deberse, entre otros posibles motivos, a la utilización de diferentes medidas de la variable ansiedad, así como a la inclusión de un módulo específico de manejo de la ansiedad en el programa de tratamiento aquí presentado, ya que éste era uno de los objetivos planteados en esta investigación.

Los datos de la distribución de los sujetos en los diferentes niveles de gravedad de cada una de las variables emocionales, es una novedosa aportación de este trabajo que no se contempla en los resultados

Tabla 5. Puntuaciones de dolor (escala 0-5) según los auto-registros en los tres momentos de medida y contrastes según la prueba de Friedman

	Pre-Tto	Post-Tto.	Contraste	Pre-Post	Seguimiento	Contraste	Pre-Sgt ^o	Contraste	Post-Sgt ^o
SES	Media (Dt)	Media (Dt)	Chi ²	Sig	Media (Dt)	Chi ²	Sig	Chi ²	Sig
AR Dolor	2.78 (0.88)	2.41 (1.01)	2.61	0.106	2.50 (1.05)	0.14	0.70	0.03	0.84

Discusión

Los resultados de esta investigación ponen de manifiesto que el programa de tratamiento grupal aplicado ha sido eficaz para mejorar los problemas emocionales asociados a la fibromialgia, disminuir los pensamientos rumiantivos que frecuentemente presentan estos pacientes y mejorar su percepción de autoeficacia en el afrontamiento de su enfermedad. Aunque ésta es la conclusión global del trabajo, los resultados anteriormente expuestos requieren realizar diversas matizaciones.

En primer lugar merece destacar la mejoría conseguida en las variables emocionales, ansiedad y depresión en las tres medidas estudiadas, tanto al final del tratamiento como en el seguimiento realizado a los tres meses, ya que éste era el primero de los objetivos específicos planteados. La mejoría producida en depresión es consistentes con investigaciones previas (p.ej.: Burckhardt, Clark, O'Reilly y

de otras investigaciones. Un estudio detallado de la evolución de la proporción de pacientes en cada rango de gravedad a lo largo del tratamiento puede resultar de especial interés. Como puede apreciarse en la Tabla 2, el porcentaje de personas con un nivel mínimo/normal de ansiedad o depresión prácticamente se duplica al final del tratamiento, manteniéndose en cifras similares en el seguimiento. Asimismo, la proporción de personas con nivel de depresión o ansiedad moderado/dudoso disminuye tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento.

Por otra parte, debe señalarse que la distribución de sujetos en la media del pre-tratamiento no puede utilizarse como una muestra de la distribución general de los niveles de ansiedad o depresión en los pacientes de fibromialgia, ya que en el programa de tratamiento, como se ha indicado previamente, se consideraba como criterio excluyente y por tanto no entraban a formar parte del programa, aquellas personas con un nivel muy elevado de ansiedad o

depresión. A este respecto, como puede apreciarse en la Tabla 2 y debido a los criterios de exclusión citados, aunque es muy pequeño el porcentaje de personas en los niveles más elevados de gravedad (clínico en el HAD y grave en el BDI), es este nivel el que mayor grado de retroceso experimenta en el seguimiento. Este hecho estaría señalando la necesidad de ajustar todavía más los criterios de exclusión de los pacientes con niveles elevados de ansiedad o depresión, y a los que se les debería ofrecer inicialmente una intervención individual. Posiblemente este hecho también señalaría la necesidad de realizar sesiones más frecuentes de seguimiento-mantenimiento, que permitieran consolidar lo aprendido durante el tratamiento y propiciaran un mejor mantenimiento de la mejoría conseguida con la intervención.

El segundo de los objetivos específicos planteados, incrementar la percepción de autoeficacia de los participantes, también ha sido conseguido en esta investigación, como se desprende de los resultados resumidos en la Tabla 3. Al finalizar el tratamiento los participantes se sentían más eficaces en el manejo de su dolor, de las actividades física y de los síntomas asociados a la fibromialgia. En esta investigación, como puede verse en dicha tabla, una parte significativa de esta mejoría se pierde a los tres meses de finalizada la intervención lo que, una vez más, vendría a señalar la necesidad de realizar sesiones más continuadas de mantenimiento que contribuyeran a consolidar la ganancia terapéutica conseguida durante la intervención.

La relevancia de mejorar la percepción de autoeficacia en los pacientes de fibromialgia ha sido señalada por diversos autores (Kores, Murphy, Rosenthal y cols., 1990; Buckelew, Huyser, Hewett, y cols., 1996). De hecho, en los pacientes de fibromialgia la percepción de autoeficacia ha demostrado estar inversamente relacionada con las respuestas emocionales de ansiedad y depresión (Vallejo, Comeche, Ortega y cols., 2009), por lo que el incremento en las puntuaciones en autoeficacia encontrado en esta investigación podría estar relacionado y haber influido en la disminución encontrada en esas dos variables emocionales.

Combatir la visión catastrofista de los pacientes de fibromialgia era el tercero de los objetivos espe-

cíficos planteados en este trabajo. Este objetivo sólo se ha cumplido parcialmente ya que como puede apreciarse en la Tabla 4, aunque todas las medidas de catastrofismo disminuyen tras el tratamiento, solamente las puntuaciones en dos de las subescalas (Rumiación y Magnificación) muestran una reducción estadísticamente significativa en el post-tratamiento. Esta mejoría no se mantiene en el seguimiento, ya que aunque ninguna de las puntuaciones de catastrofismo vuelve a los niveles iniciales, hay una disminución relevante, aunque no significativa, de la mejoría conseguida tras la intervención. Al igual que se ha señalado previamente, este hecho vendría a señalar la necesidad de incluir sesiones periódicas de mantenimiento.

Algunos autores (Pérez-Pareja y cols., 2004) han señalado la posibilidad de que la depresión en los pacientes de fibromialgia estuviera relacionada con la indefensión. Los datos de este estudio no apoyarían esta hipótesis, ya que la mejora evidente en los síntomas depresivos no se ha visto acompañada por una disminución significativa en las puntuaciones de los pensamientos de indefensión.

El cuarto y último de los objetivos específicos era disminuir la percepción de dolor de los pacientes. Los resultados de este trabajo ponen de manifiesto que, aunque el dolor mejora ligeramente tras el tratamiento, como puede verse en la Tabla 5, no disminuye de forma estadísticamente significativa. El tema de la mejora en la percepción de dolor en los pacientes de fibromialgia, tras una intervención de tipo cognitivo conductual, es bastante polémico y en la literatura los datos son contradictorios. Así, mientras en algunos estudios se informa de una leve disminución en la medida del dolor que, al igual que en nuestro estudio, no resulta estadísticamente significativa (p.ej.: Rivera, Moratalla, Valdepeñas y cols., 2004) en otras intervenciones similares (p.ej.: Moioly y Merayo, 2005) sí se encuentra una disminución significativa del dolor tras la intervención cognitivo conductual. Estos resultados contradictorios sin duda contribuyen a que, como se ha señalado más arriba, en este tipo de intervenciones no suela plantearse como meta abordar y eliminar directamente el dolor, sino mejorar y controlar los síntomas de la fibromialgia y aprender a vivir mejor a pesar de ellos.

Algunos autores habían señalado previamente la conveniencia de incluir, como se ha hecho en este programa, un módulo específico de reducción de ansiedad bajo la hipótesis de que una mejora de la ansiedad llevaría aparejada una significativa reducción del dolor (Pérez-Pareja y cols. 2004). Los resultados de esta investigación no apoyan la citada hipótesis ya que, como se ha comentado, la reducción de la ansiedad conseguida con este programa de tratamiento ha sido estadística y clínicamente significativa, mientras que la reducción del dolor ha sido mínima.

Una limitación que, sin duda, puede atribuirse a este trabajo, es la ausencia de un grupo de control con el que comparar los resultados obtenidos en la intervención. Este aspecto, aún siendo importante, es prácticamente imposible de conseguir en algunos contextos, como es el caso de este trabajo realizado en una asociación de pacientes de fibromialgia. En este contexto resulta éticamente inadecuado solicitar a los pacientes mientras están sufriendo los síntomas de su enfermedad, que se integren en una actividad (cumplimentar una batería de cuestionarios y diariamente un auto-registro) que puede dilatar varios

meses el inicio de la intervención que podría suponerles un alivio de su problema, y que otros afectados están ya recibiendo. Esta limitación resulta menos relevante a la luz de resultados de investigaciones previas, en las que ya se ha demostrado que los pacientes que reciben la intervención cognitivo conductual mejoran más, de forma estadísticamente significativa, que los de un grupo control sin tratamiento o en lista de espera (ver Johnson, 2008).

A pesar de esta limitación, los resultados obtenidos permiten concluir que este programa de tratamiento protocolizado y en grupo ha demostrado ser eficaz para mitigar los problemas emocionales asociados a la fibromialgia, disminuir los pensamientos rumiantivos de estos pacientes y mejorar su percepción de autoeficacia en el afrontamiento de su enfermedad. Además de subsanar las limitaciones citadas, futuros trabajos deberían poner a prueba la hipótesis, aquí planteada, de que la realización de sesiones más frecuentes de seguimiento-mantenimiento, podría ayudar a consolidar los resultados obtenidos con las sesiones de tratamiento y evitar la pérdida de mejoría que se observa en el seguimiento.

Extended Summary

Introduction

Fibromyalgia is a chronic pain syndrome, the diagnosis of which is based on the presence of pain in at least 11 of 18 sensitive points (Wolfe, Smythe, Yunus and cols., 1990) according with the bibliography specializing in the matter.

Patients with fibromyalgia have anxiety and / or depression in a higher proportion than the normal population (Wolfe and cols., 1990; Bennet, 2002; Perez-Pareja, Borrás, Palmer and cols., 2004; Máñez, Fenollosa, Martínez and Salazar, 2005).

Of all the psychological disorders, emotional problems, anxiety and depression are the most common in fibromyalgia. For example Bennett, (2002) shows that in 60 % of patients fibromyalgia is also related with depression. Regarding the anxiety suffered, the information seems to indicate that more than a half of the people diagnosed with fibromyalgia suffer some type of anxiety problem (Guitart, 2000).

The effectiveness of Cognitive-behavioral therapy in the treatment of fibromyalgia has already been demonstrated (Friedberg and Jason, 2001; Rivera, Alegre, Ballinas and cols., 2006; Anderson and Winkler, 2007). The goal of this type of treatment is not to deal directly with the pain and eliminate it, but rather to improve and control the symptoms and learn how to live with the pain.

The most recent works show the necessity of approaching the cognitive-behavioral treatment of fibromyalgia in groups, due to the valuable support that being part of a group offers, along with the undoubtedly efficiency of these interventions (Williams, 2003).

For these reasons, the aim of the present work consists of verifying in an exploratory way whether a program of cognitive behavioral treatment, designed specifically to be applied in a group of patients with fibromyalgia, can help to improve their coping with the disease. Specifically, this type of treatment can turn out to be effective to: 1) diminish

levels of anxiety and depression; 2) increase the perception of self-efficacy of the participants; 3) combat the catastrophic vision when faced with pain and 4) diminish the perception of pain.

Methods

Sample

The sample was made up of 34 patients diagnosed of fibromyalgia, all of them belonging to the Fibromyalgia Association of the Community of Madrid (AFIBROM). Most of the sample were women (N=33) and only 1 man. The average age was 46 years old with a range from 25 to 61. The average duration of the disease was 15 years, though the average time since they had been diagnosed with fibromyalgia was 4 years.

Variables and instruments

Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Rush, Shaw and Emery, 1979).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Zigmond and Snaith, 1983).

Self-Efficacy Scale (SES) (Anderson, Dowds, Pelletz and cols., 1995).

Pain Catastrophizing Scale (PCS) (Sullivan, Bishop and Pivik, 1995).

Self-record of pain created for the occasion.

Procedure

The intervention consisted of 11 meetings. Initially there was an informational meeting with an assessor, where the characteristics of the treatment were explained. To guide the intervention, a manual was elaborated in which the contents and technologies to be applied in each meeting were specified, as well as the tasks that the patients had to perform during the week, and a relaxation CD designed exclusively for this type of patient.

The sequence of application of the different contents and therapeutic technologies was designed to

allow its application gradually (from the simplest thing to the most complex thing), integrating in the following meetings the tasks learned in the previous ones. The content of the treatment meetings included: information about the disease and its active confrontation, the importance of its different aspects (muscle tension, anxiety, negative emotions, stagnation, negative thoughts, etc.) in the continuance of the pain and other symptoms related with the fibromyalgia, and the role of the different psychological technologies (relaxation, cognitive restructuring, etc.) in its confrontation; progressive recovery of lost activities, especially the most gratifying and valuable ones for each person; improvement in sleep and sexual hygiene; management of complaints and assertive demands; and improvement of the problems of attention and memory.

A post-treatment evaluation and a follow-up session were carried out three months after the treatment was finished.

Results

Statistical analysis

The statistical analyses were carried out with the statistical package SPSS 15.0. To test the aims of the investigation and to see the contrasts between the three moments where measures were taken, Friedman's Test for k related samples was carried out, since the criteria of goodness of fit and homogeneity of variances were not fulfilled.

Depression and anxiety

The level of depression (table 1) diminished significantly between the pre-treatment and the post-treatment, both when measured by the Inventory of Beck's Depression (BDI) ($\chi^2 = 14.69$, $p < 0.001$), and also by the HAD-D ($\chi^2 = 17.29$, $p < 0.001$). Though in the follow-up carried out after three months a slight increase is observed in both punctuations, this increase is not significant in any of the two variables. On the contrary, the improvement obtained with regard to the beginning of the inter-

vention (contrast between the pre-treatment and the follow-up) continues to be statistically significant in both variables (BDI: $\chi^2 = 5.45$, $p < 0.02$; HAD-D: $\chi^2 = 8.53$, $p < 0.003$).

The punctuations on the HAD anxiety scale also diminished in a statistically significant way between the pre-treatment and the post-treatment ($\chi^2 = 19.20$, $p < 0.001$). In a similar way to the results for depression, the improvement obtained in the punctuations of anxiety at the end of the intervention remains practically the same in the follow-up carried out after three months, with the contrast between the punctuations of the pre-treatment and those of the follow-up being statistically significant ($\chi^2 = 12.44$, $p < 0.001$).

Self-efficacy

The total punctuation in self-efficacy (table 3), as well as the punctuations of its three subscales, show a statistically significant increase in the post-treatment measures, which would be indicative of an improvement in self-efficacy at the end of the treatment (Total Self-efficacy: $\chi^2 = 9.53$, $p < 0.002$; Managing of the Pain: $\chi^2 = 7.53$, $p < 0.006$; Managing of the Physical Activities: $\chi^2 = 10.94$, $p < 0.001$; Managing of the Symptoms: $\chi^2 = 5.12$, $p < 0.024$).

The increase in self-efficacy experienced at the end of the treatment is not maintained in the follow-up 3 months later, even showing a decrease in the punctuations that, though they do not return to initial levels, is statistically significant in the total punctuation and also in that of the three subscales.

Catastrophizing

The results of Catastrophizing (table 4) show a decrease in punctuations after the intervention, which only turns out to be statistically significant in Rumination's subscales ($\chi^2 = 6.54$, $p < 0.001$) and Magnification ($\chi^2 = 12.45$, $p < 0.001$). Though in the follow-up there is a loss of the improvement observed in the post-treatment measures, the differences between both punctuations turn out to be significant neither in the total punctuation of the scale

nor in any of the subscales. In the same way, and though the punctuations in the follow-up continue to be lower than those observed in the pre-treatment, the differences between both moments do not prove significant in any of the measures.

Level of pain

The information shows (table 5) how the average pain reported by the patients diminishes slightly after the treatment (from 2.78 to 2.41), though this decrease does not turn out to be statistically significant. Three months after finishing the intervention, the average level of informed pain is at 2.5, a score which is still lower than that observed initially, but slightly superior to the average of the post-treatment measures. None of the contrasts between these three moments of measure is statistically significant.

Discussion

The program evaluated has proved effective in improving the emotional problems associated with fibromyalgia, in diminishing the thoughts that these patients frequently present, and in improving their perception of self-efficacy in coping with their disease. It is necessary to emphasize the improvement obtained in the emotional variables, anxiety and depression in the three studied measures, at the end of the treatment as well as in the follow-up sessions held three months later, since this was the first of our specific aims. The improvement produced in depression is consistent with previous investigations (Moioli and Merayo, 2005; Anderson and Winkler, 2007).

Nevertheless, the information about anxiety contrasts with the results of the latter study (Anderson and Winkler, 2007) in which the authors inform that after the group intervention there was no significant improvement in the levels of anxiety. This difference might be because of other possible reasons like the utilization of different measures for the anxiety variable, or the incorporation in this particular treatment program of a specific module for managing anxiety, since this one was one of the aims of this investigation.

Once the treatment was finished, the participants were feeling more self-efficacy (the second of the aims) in the managing of pain, the activities and symptoms associated with fibromyalgia. A significant part of this improvement ends three months after the intervention is finished which, once again, indicates the need of carry out more continued meetings that would help to consolidate the therapeutic benefit obtained during the intervention.

In fibromyalgia patients the perception of self-efficacy has been demonstrated to be inversely related to the emotional answers to anxiety and depression (Vallejo, Comeche, Ortega and cols., 2009). Therefore, the increase in the self-efficacy scores found in this investigation might be related, and also have influence on the decrease found in these two emotional variables.

The combating of catastrophic vision in patients with fibromyalgia has only been partially fulfilled. Although all the measures of catastrophism diminish after the treatment, only the score in two of the subscales (Rumination and Magnification) show a statistically significant reduction in the post-treatment. This improvement is not maintained in the follow-up, since though none of the punctuations of catastrophism returns to the initial levels, there is a relevant decrease, though not significant, in the improvement obtained after the intervention. As has already been highlighted, this fact would indicate the need to include periodic maintenance meetings.

Some authors (Perez-Pareja and cols., 2004) have indicated the possibility that the depression in fibromyalgia patients was related to defencelessness. The information from this study would not support this hypothesis, since the evident improvement in the depressive symptoms has not been accompanied by a significant decrease in the scores of defencelessness thoughts.

The improvement in the perception of pain in the fibromyalgia patients, after a cognitive-behavioral type intervention (the results of this work reveal that pain improves slightly after the treatment), is controversial enough and in the literature the information is contradictory (Rivera, Moratalla, Valdepeñas and cols., 2004; Moioly and Merayo, 2005).

In spite of the limitations of this investigation (e.g.: limited number of patients; absence of control

group) the results obtained allow us to conclude that this program has been demonstrated to be effective in mitigating the emotional problems associated with fibromyalgia, in reducing the ruminative thoughts of these patients and in improving their perception of self-efficacy in coping with the disease. As well as correcting the above limitations, future works should test the hypothesis raised here, that more frequent follow-up / maintenance meetings, might help to consolidate the results obtained with the treatment and avoid the loss of improvement that is observed in the follow-up.

Referencias

- APA Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatment: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 2-23.
- Anderson, K.O., Dowds, B.N., Pelletz, R.E., Edwards, W.T. y Peeters-Asdourian, C. (1995). Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patient with chronic pain. *Pain*, 63, 77-84.
- Anderson, F.J., Winkler, M.D. (2007). An integrated model of group psychotherapy for patients with fibromyalgia. *International Journal of group Psychotherapy*, 57, 451-474.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression.. Nueva York: Guilford Press.
- Bayazit,Y., Gürsoy, S., Özer, E., Karakurum, G. y Madenci, E. (2002). Neurologic manifestations of fibromyalgic syndrome. *Journal of Neurological Sciences*, 196, 77-80.
- Bennett, R.M. (2002). Rational management of fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 28, 13-15.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Bruckle, W., Suckfull, M., Fleckenstein, W., y Muller, W. (1992). Tissue pO₃ measurement in tender muscles (m. Erector spinae). *Scan. J. Rheumatol*, 94, 25.
- Bucklew, S. P., Huyser, B., Hewett, J. E., y Parker,

- J. C., Johnson, J. C., Conway, R., y Kay, D. R. (1996). Self-efficacy predicting outcome among fibromyalgia subjects. *Arthritis Care and Research*, 9, 97-104.
- Burckhardt, C.S., Clark, S.R., O'Reilly, C.A. y Bennett, R.M. (1997). Pain coping strategies of women with fibromyalgia: relationship to pain fatigue and quality of life. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 5, 5-21.
- Caro, I. e Ibáñez, E. (1992). La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Su utilización práctica en Psicología de la Salud. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69.
- Collado, A. (2008). Fibromialgia. Una enfermedad más visible. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8, 517-520.
- Eich, W. (1997). The role of psychological factors in the development of Fibromyalgia symptomatology. Bad Nauheim, Alemania: *International Conference of Fibromyalgia Syndrome*. Abstract; Centre for Psychobiology and Behavioral Medicine, Justus Liebig University of Giessen.
- Ernberg, M., Voog, U. y Alstergren, P. (2000). Plasma and serum serotonin levels and their relationship to orofacial pain and anxiety in fibromyalgia. *J. Orofac. Pain*, 14, 37-46.
- Flor, H., y Birbaumer, N. (1993). Comparison of the efficacy of electromyographic biofeedback, cognitive-behavioral therapy, and conservative medical interventions in the treatment of chronic musculoskeletal pain. *J. Consult. Clin. Psychol*, 61, 653-658.
- Friedberg, J. y Jason, L.A. (2001). Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: clinical assessment and treatment. *J. Clin. Psychol.*, 57, 433-455.
- Guitart, J. (2000). *La fibromialgia y aspectos relacionados*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.
- Goldenberg, D.L., Kaplan, K.H., Nadeau, M.G., Brodeur, C., Smith, S., y Schmid, C.H. (1994). A controlled study of a stress-reduction, cognitive behavioral treatment program in fibromyalgia. *J. Musculoskeletal Pain*, 2, 53-66.
- Johnson, S.K. (2008). Treatment approaches to fibromyalgia. En S.K. Johnson (ed.): *Medically unexplained illness: gender and biopsychological implications*. (pp. 163-172). Washington: APA.
- Kores, R. C., Murphy, W. D., Rosenthal, T. L., Elias, D. B., y North, W. C. (1990). Predicting outcome of chronic pain treatment via a modified self-efficacy scale. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 165-169.
- Korszun, A., Sackett-Lundeen, L., Papadopoulos, E., Brucksch, C., Masterson, L., Engelberg, N.C., Haus, El, Demitack, M.A., Crofford, L. (1999). Melatonin levels in women with fibromialgia and chronic fatigue syndrome. *J. Rheumatol.*, 26, 2675-2680.
- Máñez, I., Fenollosa, P., Martínez-Azucena, A. y Salazar, A. (2005). Calidad del sueño, dolor y depresión en fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 12, 491-500.
- Moioli, B. y Merayo, L.A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 12, 476-484.
- Pascual, A., García Campayo, J., Lou, S. e Ibáñez, J.A. (2004). Evaluación psicométrica de la fibromialgia. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 71/72, 13-21.
- Pastor, M.A., López-Roig, S., Rodríguez Marín, J. y Juan, V. (1995). Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y fibromialgia. *Psicothema*, 7, 627-639.
- Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F. y Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16, 415-420.
- Rivera, J., Alegre, C., Ballinas, J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J.J., Martínez, F.G., Tornero, J., Vallejo, M.A. y Vidal, J. (2006). Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2, 55-66.
- Rivera, J., Moratalla, C., Valdepeñas, F., García, Y., Osés, J.J., Ruiz, J., González, T., Carmona, L. y Vallejo, M.A. (2004). Long-term efficacy of therapy in patients with fibromialgia: a physical exercise-based program and a cognitive-behavioral approach. *Arthritis and Rheumatism*, 51, 184-192.
- Sullivan, M.J.L., Bishop, S.R. y Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524-532.
- Turk, D.C., Okifuji, A., Sinclair, J.D., Starz, T.W.

- (1998). Interdisciplinary treatment for fibromyalgia syndrome: clinical and statistical significance. *Arthritis Care Res*, 11, 186-195.
- Vallejo, M.A., Comeche, M.I., Ortega, J., Rodríguez, M.F. y Díaz, M.I. García (2009). Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escritos de Psicología*, 2, 28-34.
- Valverde, M., Juan, A., Rivas, B. y Carmona, L. (2001). *Fibromialgia. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española.* (pp. 77-91). Ed.: Sociedad Española de Reumatología. Madrid: MSD.
- Vidal-Coll, C. y Alegre, C. (2007). Fibromialgia (FM): manifestaciones clínicas y clasificación. *Dolor*, 22, 137-141.
- Vlaeyen, J., Teeken-Gruben, N., Goossen, M., Rutten-van, M., Pelt, R., Eek, H. (1996). Cognitive-educational treatment of fibromyalgia: a randomized clinical trial (1). Clinical effects. *J. Rheumatol*, 23, 1237-1245.
- Wilson, G.T. (1996). Treatment manuals in clinical practice. *Behavior Research and Therapy*, 35, 205-210.
- Williams, D.A. (2003). Psychological and behavioural therapies in fibromyalgia and related syndromes. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 4, 649-665.
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, P.L. y Tugwell, P. (1990). The American College of Rheumatology 1990, criteria for the classification of fibromialgia: report of the multicentre criteria committee. *Arthritis Rheum*, 33, 160-172.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Manuscrito recibido: 10/03/2010

Revisión recibida: 23/03/2010

Manuscrito aceptado: 05/04/2010