



EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN FIBROMIALGIA EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

Lucía Pérez Portas*; Isabel María Cervera Pérez**; Miguel Ángel Díaz-Sibaja***; Alberto Machado Romero****

* Psicóloga Interna Residente. Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Algeciras.
**Psicóloga Interna Residente. Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Algeciras.
*** Facultativo Especialista de Área en Psicología Clínica. Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Algeciras.
**** Psicólogo Interno Residente. Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Algeciras.
diazsibaja@ono.com

Fibromialgia, Tratamiento cognitivo-conductual, Grupal, Protocolizado, Ansiedad, Depresión, Estrategias de afrontamiento
Fibromyalgia, Cognitive behavioral therapy, Anxiety, Depression, Coping strategies

RESUMEN:

La fibromialgia es un síndrome reumatológico de tipo músculo esquelético (1) en el que aparecen síntomas somáticos y psicológicos, cuya etiología es objeto de investigación científica en la actualidad. Se caracteriza por la presencia de dolor crónico generalizado e inespecífico; además de otros síntomas asociados. En España, la prevalencia estimada es de 2,4% en la población adulta, con un ratio mujer/hombre de 20/1 (2). La variabilidad de la sintomatología requiere tratamientos multimodales. Dentro de los tratamientos psicológicos, la terapia cognitivo-conductual se considera de probada eficacia. El principal objetivo de este estudio fue implementar y validar el programa de tratamiento cognitivo-conductual en formato grupal y protocolizado que lleva por título "Vivir mejor, pese al dolor" (3).

La muestra la componen seis pacientes con diagnóstico de trastorno por dolor, que acudieron a la USMC de Algeciras y participaron en dicho programa. Las pruebas empleadas fueron el Inventario de Depresión de Beck BDI, Escala de ansiedad y depresión en hospital HADS e Inventario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor Crónico CPCI. Tras la implementación del programa de tratamiento observamos una mejoría clínica y estadísticamente significativa en las variables BDI, HAD ansiedad, CPCI apoyo social y CPCI autoayuda. El programa de tratamiento resulta eficaz para disminuir la sintomatología ansioso depresiva asociada a la fibromialgia y favorece el aumento de estrategias de afrontamiento de apoyo social y autoayuda.

ABSTRACT:

The fibromyalgia is a rheumatic syndrome of musculoskeletal type (1) in which somatic and psychological symptoms arise, and whose aetiology is currently the subject of scientific research. Fibromyalgia is characterized by chronic, generalized and non-specific pain, as well as other associated symptoms. In Spain, the estimated prevalence is 2.4% within the adult population, with a ratio of women to men of 20/1 (2). The variability of symptoms requires multimodality treatments. Among psychological treatments, cognitive behavioral therapy has been proven to be effective. The main objective of this study was to implement and validate the cognitive behavioral treatment program in a group and protocolized form, whose title was "Living better, despite the pain" (3). The sample included 6 patients with pain disorder who went to the mental health unit of Algeciras and participated in the program. The tests employed were the Beck Depression Inventory BDI, Hospital anxiety and depression scale HADS and Chronic Pain Coping Inventory CPCI. After implementing the treatment program, the results reflected a significant clinical and statistical

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN FIBROMIALGIA EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

improvement in anxiety (HAD), depression (BDI), social support (CPCI) and self-help (CPCI) variables. The treatment program is effective in reducing anxious-depressive symptoms associated with fibromyalgia and favours the increase of coping strategies of social support and self help.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es un síndrome reumatológico de tipo músculo esquelético (1) cuyo síntoma más característico es la presencia de dolor generalizado e inespecífico de más de tres meses de evolución. Así mismo, pueden aparecer otros síntomas somáticos y psicológicos que generan una merma importante en la calidad de vida de estos enfermos (4). En España, la prevalencia de personas que presentan fibromialgia es de 2,4% en la población adulta, con un ratio mujer/hombre de 20/1(2).

Como se ha dicho anteriormente, el síntoma físico más destacable es la presencia de dolor crónico generalizado e inespecífico. No obstante, suelen asociarse otros síntomas como, por ejemplo, la fatiga, cefaleas, parestesias y rigidez muscular, entre otros (5). Por otra parte, es importante atender a otros síntomas que se producen como consecuencia del padecimiento de la enfermedad. En este sentido, algunas investigaciones recientes han constatado que los pacientes con fibromialgia presentan más alteraciones psicopatológicas que la población normal, predominantemente ansiedad y depresión (6); tal es su frecuencia que resultaría recomendable evaluar la presencia de las mismas de forma sistemática y protocolizada en estos pacientes (7). En cuanto a los síntomas depresivos, se ha observado una relación directa entre el aumento de los mismos y los años de evolución de la fibromialgia, de tal forma que los pacientes que llevan más tiempo padeciendo la enfermedad serían los más deprimidos (8).

Las teorías interactivas, como la de Lazarus y Folkman (9), consideran que la reacción emocional de una persona ante un acontecimiento estresante (como pudiera ser el padecimiento de una enfermedad crónica) dependerá de la evaluación y de las estrategias de afrontamiento que los sujetos desarrollen para afrontar dicho suceso. Hay estudios que indican que la utilización de estrategias de afrontamiento activas y centradas en el problema (como, por ejemplo, relajación, búsqueda de apoyo social, ejercicio físico, autoinstrucciones, persistencia en la tarea, planificación de actividades agradables o técnicas de distracción) son un determinante significativo del funcionamiento físico de los pacientes con fibromialgia y están relacionadas con una mejor adaptación a la enfermedad (10, 11). Asimismo, se ha podido comprobar que los pacientes con fibromialgia que comienzan a percibir un mayor nivel de autoeficacia emplean y confían más en las estrategias de afrontamiento activas en detrimento de las pasivas (12).

Las guías clínicas actuales indican que la variabilidad de la sintomatología hace necesario emplear tratamientos multimodales: farmacológico, psicológico, rehabilitador y otras terapias no médicas (13).

Por lo que respecta a los tratamientos psicológicos, algunas revisiones sistemáticas recientes (14) sugieren que las intervenciones multicomponentes son tratamientos de eficacia probada, constituyéndose como terapia de primera elección, ya sea en formato individual o grupal. Generalmente, dichos programas suelen combinar técnicas fisiológicas (biofeedback o relajación), técnicas conductuales y técnicas cognitivas. Dentro de las técnicas conductuales, podemos

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN FIBROMIALGIA EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

diferenciar cuatro tipos: estrategias de programación de actividades, reorganización del reforzamiento social que puede estar manteniendo conductas desadaptadas, reorganización de las contingencias de medicación y aprendizaje de estrategias de autocontrol (15). En relación a las técnicas cognitivas, estas hacen especial hincapié en modificar los pensamientos automáticos que están relacionados directamente con la sensación subjetiva de dolor físico, así como en identificar aquellas creencias que pueden estar manteniendo el dolor y desarrollando comportamientos inadecuados que lo aumenten. Así mismo, la psicoeducación permite conocer y dar una explicación coherente a la experiencia de dolor por parte del paciente, por lo que no debe faltar en ningún programa de tratamiento (10).

Sin embargo, pese a la probada eficacia de las técnicas, en algunas ocasiones los pacientes no reciben tratamiento psicológico de forma paralela a los biológicos, siendo aconsejable valorar la idoneidad de no retrasar su inicio excesivamente (16).

Por lo que respecta al formato de tratamiento, podemos afirmar que tanto el individual como el grupal alcanzan resultados satisfactorios (17). Sin embargo, es evidente que el formato grupal alcanza beneficios en cuanto a la optimización de recursos (espacio, tiempo y persona), suponiendo una reducción de costes en las intervenciones. Otras ventajas asociadas al formato grupal vs. individual es que el primero facilita la interacción social con otras personas, permite compartir experiencias con sujetos que padecen la misma patología, incrementan la motivación y la adherencia al tratamiento y favorecen la puesta en práctica de nuevas estrategias de afrontamiento (18, 19).

Por otro lado, la División de Psicología Clínica de la Asociación de Psicología Americana (20) en su informe Task Force, determina que para poder determinar la eficacia de un determinado tratamiento psicológico éste debe estar protocolizado, de tal forma que describa claramente todo el proceso de evaluación y tratamiento.

En este sentido, los programas de tratamiento protocolizados aportan diferentes ventajas. En primer lugar, permiten que el clínico optimice el tiempo de tratamiento, centrándose en realizar un análisis funcional del caso, establecer los objetivos a trabajar y las técnicas necesarias para el mismo. Por otro lado, los tratamientos protocolizados facilitan que otros clínicos más noveles puedan desarrollar un programa de tratamiento que haya demostrado su efectividad y eficacia con anterioridad, a pesar de no contar con una dilatada experiencia en la patología en cuestión. Por último, favorece la replicación de los resultados y el diseño de estudios experimentales para determinar su eficacia con distintos grupos y con diferentes terapeutas (21).

Por tanto, dado que la evidencia científica avala la eficacia y efectividad de la terapia cognitivo-conductual en formato grupal y protocolizado para el tratamiento de la fibromialgia, el principal objetivo que nos planteamos con este estudio es diseñar, poner en práctica y validar el programa de tratamiento cognitivo-conductual en formato grupal y protocolizado que lleva por título "Vivir mejor, pese al dolor" (3).

MÉTODO

Muestra

La muestra inicial estuvo compuesta por un total de doce pacientes, que acuden a la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Algeciras, diagnosticados en el eje I (según el DSM-IV-TR) de trastorno por dolor (F 45.4) y en el eje III de fibromialgia. La mortandad experimental fue muy elevada, de tal forma que sólo el 50% de los pacientes (n=6) devolvieron los cuestionarios en la fase de post-tratamiento y acabaron formando parte de la muestra definitiva. Cinco de ellas eran mujeres (83,33%) y un varón (16,67%). El rango de edad se sitúa entre 25- 61 años, siendo la media de edad de 42 años.

Instrumentos de medida

- Inventario de Depresión de Beck BDI (22). Lo componen 21 ítems, en los que el sujeto debe seleccionar una frase por ítem en función de su grado de identificación. El rango de la puntuación obtenida se encuentra entre 0 y 63, y se dividen en: a) no depresivo o normales, puntuaciones entre 0 y 9; b) depresión leve, puntuaciones entre 10 y 18; c) depresión moderada, puntuaciones entre 19 y 29; d) depresión grave, puntuaciones entre 30 y 63.
- Escala de ansiedad y depresión en hospital HADS (23). Escala de auto-valoración que sirve para discriminar estados de depresión y ansiedad en el contexto de las consultas médicas externas. Está compuesta de 15 ítems donde el sujeto elige aquel con el que se siente más identificado. De esta forma, se obtienen dos puntuaciones: un indicador de depresión y otro de ansiedad. El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global. En la versión original de la escala se proponen los mismos puntos de corte para las dos subescalas: a) de 0 a 7= normal; b) de 8 a 10= dudoso; y c) más de 11= problema clínico.
- Inventario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor Crónico CPCI (24). Evalúa diferentes tipos de estrategias de afrontamiento y está compuesto por las siguientes escalas: evitación, descanso, ayuda, relajación, persistencia, ejercicio, apoyo y autoayuda.

Procedimiento

El estudio experimental estuvo formado por 4 fases: selección de la muestra, evaluación inicial (pre-tratamiento), tratamiento y evaluación de los efectos producidos por la intervención (post-tratamiento).

El programa de tratamiento completo comprende un total de 13 sesiones presenciales en grupo, de dos horas de duración cada una de ellas y con una periodicidad semanal. No obstante, en función de la dinámica y progresión del grupo puede prolongarse dos o tres sesiones más.

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN FIBROMIALGIA EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

Para la realización de esta investigación se elaboró un cuaderno de trabajo destinado a los pacientes, protocolizado, de 116 páginas, y titulado **"Vivir mejor pese al dolor"** (3), en el que se describe detenida y pormenorizadamente todos los registros, ejercicios, dinámicas grupales, tareas para casa y resúmenes de las explicaciones que el terapeuta proporciona en cada una de las sesiones. Asimismo, se grabó para la ocasión y se proporcionó a los pacientes un CD de relajación titulado **"Entrenamiento en relajación muscular progresiva"** (25) para que les sirviera como guía y les facilitara el aprendizaje de las distintas técnicas de disminución de la activación.

A continuación se resume brevemente el contenido de cada una de las sesiones.

Primera sesión: presentación del programa "vivir mejor pese al dolor" y cumplimentación de los cuestionarios del pre-tratamiento.

Segunda sesión: información sobre el dolor: ¿Qué es el dolor?, ¿qué síntomas tiene?, diferencias entre el dolor agudo y el dolor crónico, teoría de la puerta, causas y consecuencias del dolor crónico y distintos tratamientos.

Tercera sesión: modelo de afrontamiento. En esta sesión se analizan los factores que influyen en el dolor y se explica las distintas estrategias de afrontamiento que se enseñarán y practicarán durante el programa.

Cuarta sesión: programación de actividades. Explicación de los beneficios de la realización de actividades gratificantes, patrones de actividad inadecuados y equilibrio entre la actividad y el descanso, elaboración de un programa de actividades semanal y búsqueda de apoyos sociales que favorezcan su puesta en práctica (compromiso público, asignación de una madrina y carta para un familiar).

Quinta sesión: entrenamiento en "relajación muscular progresiva". Para facilitar el aprendizaje de los distintos procedimientos de relajación, y para facilitar la puesta en práctica de estas técnicas en casa, se les facilitó un CD de relajación para que les sirviera de guía (25). Este material recoge los distintos procedimientos de relajación entrenados (relajación muscular con 10 grupos musculares, relajación con tensión leve, relajación con tensión única y relajación mediante evocación).

Sexta sesión: relajación con tensión leve y entrenamiento en higiene del sueño.

Séptima sesión: relajación con tensión única y técnica de solución de problemas, como una ayuda para resolver algunos de los problemas a los que se enfrentan como consecuencia de la enfermedad.

Octava y novena sesiones: procedimiento de reestructuración cognitiva, se enseñó a los pacientes a registrar, analizar, discutir y cambiar aquellos pensamientos negativos que generan sentimientos de ansiedad y depresión.

Décima sesión: técnicas de distracción de la atención, con el fin de disminuir las sensaciones subjetivas de malestar generadas por los síntomas de la fibromialgia.

Undécima y duodécima sesiones: módulo de habilidades sociales. Los objetivos eran: introducir el concepto de asertividad, eliminar los obstáculos que pudieran interferir en la comunicación asertiva y mejorar la comunicación entre el paciente y su médico, así como con sus iguales.

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN FIBROMIALGIA EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

Última sesión. Esta sesión perseguía el objetivo de hacer que los pacientes asumieran que eran una parte activa, responsable e importantísima en el tratamiento de la fibromialgia, y que las estrategias que habían aprendido en el transcurso de las sesiones podían ser utilizadas, no sólo para los problemas relacionados con el dolor, sino también con cualquier otro problema de la vida diaria.

RESULTADOS

Debido a que la muestra era muy pequeña, no se pudieron asumir los principios de homogeneidad de varianza y el ajuste a la distribución normal, por lo que se decidió utilizar la prueba no paramétrica de Friedman para llevar a cabo el análisis intragrupo (pretest-postest) de las distintas variables evaluadas.

Como se puede apreciar en la tabla 1, el programa de tratamiento "Vivir mejor pese al dolor" resulta eficaz para producir mejoría clínica y estadísticamente significativa en las variables BDI ($p=0,008^*$) y HAD-ansiedad ($p=0,014^*$). Aunque la diferencia que se observa en la variable HAD-depresión tras la intervención no resulta estadísticamente significativa, si que se observa una mejoría clínica.

		Pretest		Postest		Sig
		μ	DT	μ	DT	
BDI		32,43	11,80	18,14	4,59	0,008*
HAD	Ansiedad	13,83	3,49	8,67	2,66	0,014*
	Depresión	12,17	2,32	8,67	2,73	0,10

Tabla 1: Datos pretest y postest en los cuestionarios BDI y HAD.

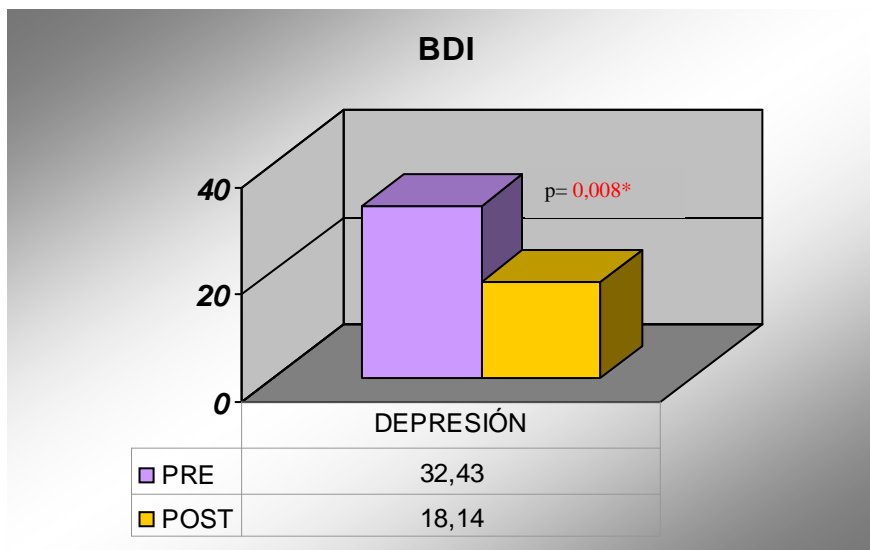
En cuanto a las distintas estrategias de afrontamiento de la enfermedad utilizadas por los pacientes, los resultados de la tabla 2 indican que se produce un incremento estadísticamente significativo en las variables CPCI-apoyo ($p=0,014^*$) y CPCI-autoayuda ($p=0,014^*$). Asimismo, aunque no resulta estadísticamente significativo, también se aprecia un incremento en las estrategias de afrontamiento búsqueda de ayuda, relajación, persistencia en la tarea y ejercicio físico.

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN FIBROMIALGIA EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

CPCI	Pretest		Postest		Sig
	μ	DT	μ	DT	
Evitación	3,46	0,49	3,24	0,91	0,18
Descanso	4	1,08	4,58	1,23	0,18
Ayuda	2,45	1,77	3,25	1,44	0,41
Relajación	1,52	1,52	3,52	1,38	0,10
Persistencia	2,66	1,66	3,77	1,39	0,10
Ejercicio	0,91	0,91	2,23	1,67	0,10
Apoyo	1,50	1,51	2,89	1,57	0,014*
Autoayuda	1,90	0,98	3,93	1,92	0,014*

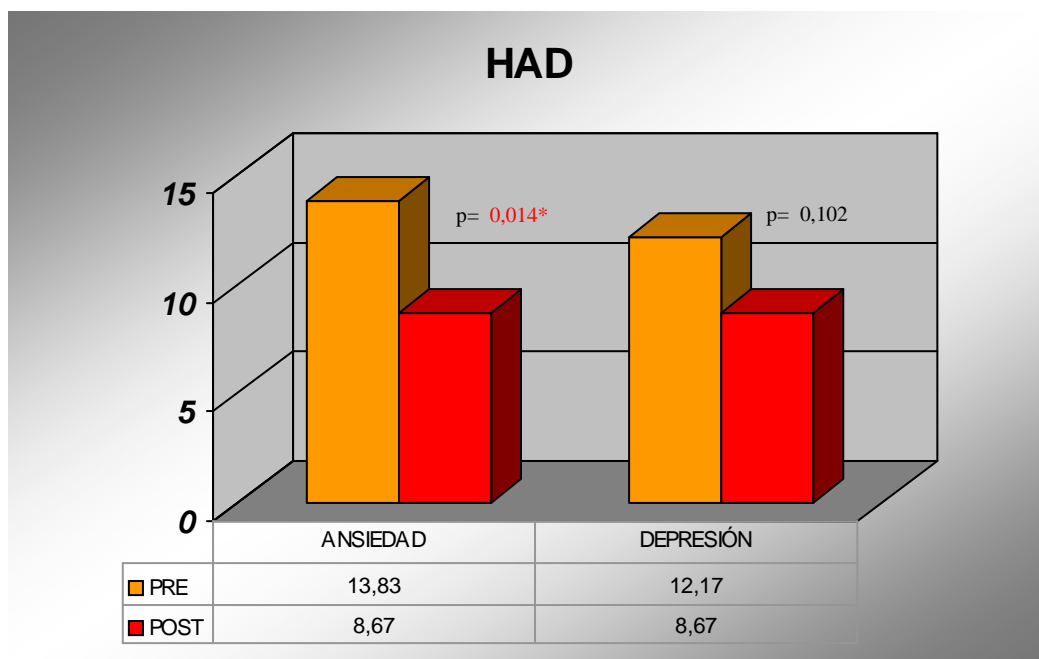
Tabla 2: Datos pretest y postets en el cuestionario CPCI.

Podemos observar los resultados de una forma gráfica, en las siguientes imágenes.

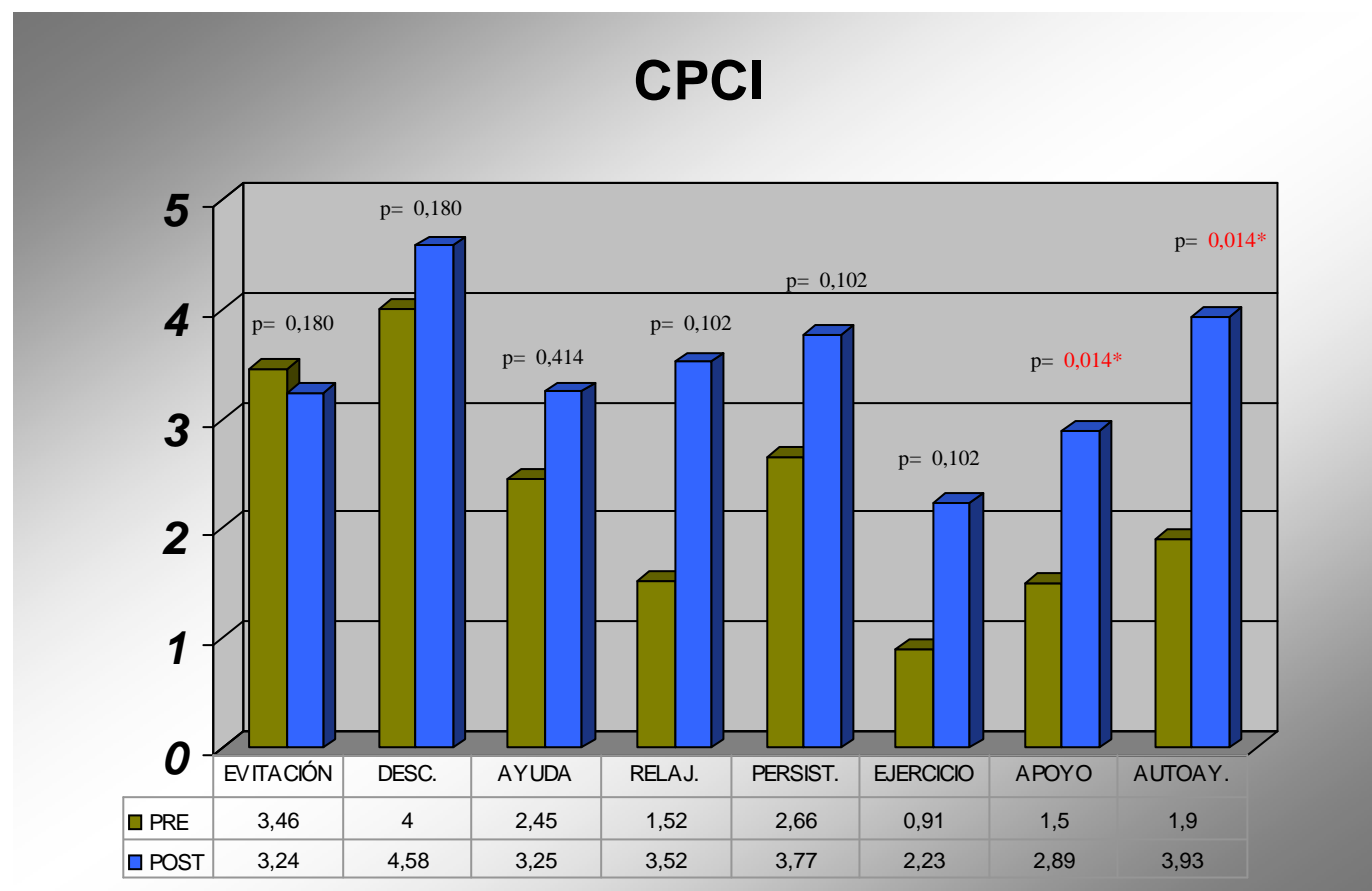


Gráfica 1. Pre-post cuestionario BDI.

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN FIBROMIALGIA EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO



Gráfica 2. Pre-post cuestionario HAD.



Gráfica 3. Pre-postest cuestionario CPCI.

DISCUSIÓN

El primer aspecto que se discutirá en relación a las variables emocionales es el elevado porcentaje de pacientes con fibromialgia que presenta alteraciones psicopatológicas de ansiedad y depresión.

Los resultados del presente estudio reflejan que todos los pacientes de fibromialgia presentaban sintomatología depresiva al inicio del tratamiento, con una puntuación media de 32.43, lo cual indica unos niveles de depresión acordes a la categoría de depresión grave según el BDI. Asimismo, también se pudo constatar que presentaban unos niveles clínicos de ansiedad, con una puntuación media de 13,83 en la variable HAD-ansiedad.

Estos resultados están en consonancia con lo descrito en la literatura científica, en un doble sentido. Por un lado, coinciden en señalar la elevada comorbilidad existente entre la fibromialgia y los trastornos ansioso-depresivos (6, 26). Por otro lado, se observa que la puntuación en depresión es más extrema cuando se utiliza el inventario de depresión de Beck (BDI), coincidiendo en este sentido con lo descrito por Guthrie (27). La diferencia de puntuaciones en depresión, al comparar los resultados obtenidos con el BDI o con el HAD, podría estar indicando que utilizar sólo el BDI como instrumento de medida de la depresión de estos pacientes podría llevar a una sobreestimación de los niveles de depresión, ya que dicho inventario contiene ítems que miden aspectos biológicos, tales como el insomnio, el cansancio, la irritabilidad, la preocupación por la salud, etc., síntomas, todos ellos, propios de la fibromialgia y posiblemente no motivados por un trastorno depresivo.

El aspecto más relevante de la discusión en relación a las variables emocionales se refiere al hecho de que el programa de tratamiento psicológico en grupo para la fibromialgia "Vivir mejor pese al dolor" resultó eficaz para producir una mejoría significativa en todas las variables emocionales medidas, tanto en depresión como en ansiedad. Los resultados han demostrado que los pacientes que realizaron el programa de tratamiento psicológico se encontraban menos deprimidos y ansiosos al finalizar la intervención psicológica.

Como se pudiera desprender de las revisiones bibliográficas más recientes (28), la eficacia que el programa de tratamiento psicológico ha demostrado para producir una mejoría clínica y estadísticamente significativa de los síntomas emocionales se podría explicar por el hecho de que enseña a los pacientes una serie de estrategias efectivas para afrontar las demandas de la enfermedad, posibilitando una mejor adaptación a la misma, un incremento en la calidad de vida y una disminución de los posibles trastornos psicológicos.

En líneas generales, las estrategias de afrontamiento que se relacionan con un mejor pronóstico de la fibromialgia son aquellas que conllevan un afrontamiento activo, como, por ejemplo, el ejercicio físico, la búsqueda de soluciones, la reinterpretación del dolor y los pensamientos de autoayuda, la búsqueda del apoyo social, la aceptación y adaptación a la

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN FIBROMIALGIA EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

enfermedad y la realización de actividades gratificantes (14).

El uso de este tipo de estrategias, que se consideran positivas para la adaptación del paciente a la enfermedad, se ha relacionado también con menores puntuaciones en depresión y con una mejor calidad de vida del paciente (29).

En definitiva, parece razonable concluir que el programa de tratamiento psicológico resultó eficaz para producir una mejoría en las variables emocionales por los siguientes motivos: a) porque se han utilizado técnicas terapéuticas de probada eficacia para el tratamiento de los trastornos emocionales, las cuales producen cambios muy favorables a nivel emocional, cognitivo y conductual (30); y b) se proporcionó a los pacientes una serie de estrategias de afrontamiento, tales como, la relajación, la reestructuración cognitiva o el entrenamiento en habilidades sociales, que resultan eficaces para atender a las demandas de la enfermedad con un menor coste emocional y mejorar la calidad de vida.

Otro aspecto que queremos destacar es que la presente investigación ha servido para validar un manual de tratamiento protocolizado para la intervención psicológica en grupo de la fibromialgia, lo que aportará, como así lo señalan Hickling y Blanchard (21) en relación a otros manuales de tratamiento protocolizados, algunas ventajas en la práctica clínica, en la investigación y en la formación de psicólogos.

Aunque los resultados de este estudio resultan esperanzadores, existen tres motivos que nos hacen considerar estos datos con una cierta cautela: a) la muestra ha sido muy pequeña ($n=6$); b) no se ha utilizado un grupo control o un grupo placebo que nos permitiera hacer análisis comparativos; y c) no se han hecho seguimientos que nos permitan constatar que la mejoría se mantiene a medio y largo plazo.

Para concluir, consideramos que, dada la fácil aplicación del presente programa y sus óptimos resultados, la utilización del programa "Vivir mejor pese al dolor" podría resultar beneficiosa para las personas diagnosticadas de fibromialgia. No obstante, sería recomendable la realización de futuras investigaciones que, con muestras más numerosas y utilizando un grupo control y un grupo placebo, determinaran la eficacia diferencial de las distintas estrategias que componen el programa de tratamiento multicomponente y un análisis de coste-beneficios que permitieran avalar dicha afirmación.

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN FIBROMIALGIA EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

REFERENCIAS

1. Vallejo MA, Comeche MA, Ortega J, Rodríguez M, Díaz M. Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escritos de Psicología* 2009; 2 (2): 28-34.
2. Ubago MC, Ruiz I, Bermejo J, Olry A, Plazaola J. Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Española de Salud Pública* 2005; 79 (6).
3. Díaz-Sibaja MA, Comeche MI. Tratamiento psicológico en grupo de la fibromialgia. Vivir mejor pese al dolor. Cuaderno de trabajo. Madrid: Publicaciones www.psicologiadelasalud.es; 2009.
4. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in patients with fibromyalgia and the role of psychologic distress. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2009; 7 (4): 438- 45.
5. Fibromyalgia: poorly understood; treatment are disappointing 2009; 18 (102): 169-73.
6. Ozcetin AA. Effects of depresión and anxiety on quality of life of rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromialgia syndrome. *The West Indian Medical Journal* 2007; 56 (2).
7. Arnold L, Crofford L, Martin S, Young J, Sharma U. *American Academy of Pain Medicine* 2009; 8 (8): 633-638.
8. Máñez I, Fenollosa P, Martínez Azucena A, Salazar A. Calidad del sueño, dolor y depresión en fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2005; 12 (8): 491-500.
9. Lazarus RS, Folkman S. *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
10. Arnstein P. The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disability & rehabilitation* 2000; 22: 794-801.
11. Vallejo MA, Comeche MI, Ortega J, Rodríguez MF, Díaz MI. Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escritos de Psicología* 2009; 2 (2): 28-34.
12. Brister H, Turner JA, Aaron LA, Mancl L. Self-efficacy is associated with pain, functioning and coping in patients with chronic temporomandibular disorder pain. *Journal of Orofacial Pain* 2006; 20: 115-124.
13. Charles MD, Philiipi PH, Gordon MD, Frank PH. Multimodal analgesia for Chronic Pain: rationale and Future Directions. *Pain Medicine* 2009; 10, Sup 2: 53-66.
14. Pastor y cols. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en las enfermedades reumáticas: el caso de la fibromialgia. En Pérez M, Fernández JR, Fernández C, Amigo I. (Coor.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*. Madrid: Pirámide; 2003.
15. Díaz Sibaja MA, Martín A, Díaz MI. Aspectos comportamentales del dolor crónico. Monográfico: Aspectos psicológicos y dolor en atención primaria. *DOYMA: Actualizaciones en dolor* 2001; 2 (\$): 48-56.
16. Eccleston C, Williams A, Morley S. *Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico*

EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN FIBROMIALGIA EN FORMATO GRUPAL Y PROTOCOLIZADO

- (excluida la cefalea) en adultos. Biblioteca Cochrane Plus 2009; 3 (2).
17. Vallhonrat C, Jiménez Rico B, de Castro-Palomino M y Fábregas M. Ira, fibromialgia y ansiedad: aproximación terapéutica desde un CSM. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009; 103: 203-215.
 18. Corey G. Teoría y práctica de la terapia grupal. Bilbao: Descleé de Brouwer; 1995.
 19. Morrison N. Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2001; 29, 311-332.
 20. American Psychiatric Association, Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatment: Report and recommendations. The Clinical Psychologist 1995; (48): 2-23.
 21. Hickling, E.J. y Blanchard, E.B. The private practice psychologist and manual based treatments: A case study in the treatment of post traumatic stress disorder secondary to motor vehicle accidents. Behaviour Research and Therapy 1997; (35): 191-203.
 22. Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck. Barcelona: 3º Congreso de Evaluación Psicológica; 1991.
 23. Zingmond AS, Smith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361-70.
 24. Jensen MP, Turner JA, Romano JM y Strom SE. The chronic pain coping inventory: development and preliminary validation. Pain 1995; (60): 203-216.
 25. Díaz-Sibaja MA y Comeche-Moreno MI. Entrenamiento en relajación muscular progresiva. Bilbao: Publicaciones de www.psicologiadelasalud.es; 2009.
 26. Thieme K, Turk D, Flor H. Comorbid depresión and anxiety in fibromialgia syndrome: relationship to somatic and psicosocial variables. Psychosomatic Medicine 2004; 66: 837-844.
 27. Guthrie E, Jackson J, Shaffer J, Thompson D, Tomenson B, Creed F. Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. American Journal of Gastroenterology 2002; 97(8): 1994-9.
 28. Díaz-García MI, Comeche-Moreno MI y Vallejo MA. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el dolor crónico. En Pérez M, Fernández JR, Fernández C, Amigo I. (Coor.). Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Madrid: Pirámide; 2003.
 29. Burckhardt CS, Mannerkorpi K, Hedenberg L y Bjelle A. A randomized, controlled clinical trial of education and physical training for women with fibromyalgia. The journal of Rheumatology 1994; 21(4): 714-720.
 30. Pérez-Álvarez M, García-Montes JM. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. Psicothema 2001; 13(3): 493-510.