

Rev. Soc. Esp. Dolor
11: 353-359, 2004

Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia

B. Soucase¹, V. Monsalve², J. F. Soriano³, J. de Andrés⁴

Soucase B, Monsalve V, Soriano JF, De Andrés J. Pain coping strategies and quality of life in patients diagnosed of fibromyalgia. Rev Soc Esp Dolor 2004; 11: 353-359.

SUMMARY

Objective:

The objective of this research focused on the study of coping strategies used by patients to face pain, these being defined as the thoughts and actions taken by individuals in their efforts to handle pain and their impact on the patient quality of life.

Material and methods:

The study population included 32 women diagnosed of fibromyalgia that attended for the first time the Psychology Service of the Multidisciplinary Pain Unit at the Consorcio Hospital General Universitario de Valencia prior medical examination. The patients completed a set of questionnaires that, in addition to obtain sociodemographic variables (age, sex, marital status, educational level), the following was assessed: pain severity determined using a VAS (visual analogic scale), pain valuation (for example, "pain depends on me", "I can anticipate when it is going to hurt"...), pain coping strategies based on the pain coping questionnaire (PCQ) and the quality of life questionnaire ICV-2R.

¹Psicóloga. Centro de Asistencia Psicológica para la Salud (CAPSIS) perteneciente a Corporación Psicológica

²Profesor Titular. Departamento de Personalidad y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Valencia

³Doctor en Psicología. Unidad Multidisciplinar del Dolor. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

⁴Jefe de Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Jefe de la Unidad Multidisciplinar del Dolor. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Recibido: 11-05-04.

Aceptado: 26-06-04.

Results and conclusions:

At the descriptive level, the results show that the patients reported a moderately severe pain, being self-assertion and information seeking the pain coping strategies more frequently used. Furthermore, they presented a quality of life index lower than the general population. At the correlational level, no significant relationship has been found between the general quality of life index and the pain coping strategies, although the use of more passive coping strategies (such as religion) are significantly and positively associated to dimensions of quality of life that involve certain degree of maladjustment of the patient to the disease, while the use of more active pain coping strategies (such as distraction and mental self-control) are significantly and negatively associated to such dimensions. © 2004 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.L.

Key words: Chronic pain. Coping. Quality of life. Fibromyalgia.

RESUMEN

Objetivo:

El objetivo de la investigación se centra en el estudio de las estrategias de afrontamiento utilizada por el paciente para hacer frente a su dolor, siendo definidas estas como los pensamientos y acciones que los individuos realizan en sus esfuerzos por manejar el dolor, y su repercusión sobre la calidad de vida del paciente.

Material y métodos:

La muestra del estudio está formada por 32 mujeres diagnosticadas de fibromialgia que acuden por primera vez al Servicio de Psicología de la Unidad Multidisciplinar del Dolor en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia previa exploración médica. Los pacientes completaron una batería de cuestionarios donde además de recoger las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios), se evaluó el nivel de dolor informado

a través del EVA (escala analógica visual), valoración del dolor (por ejemplo, "el dolor depende de mí", "puedo anticipar cuándo me va a doler"...), las estrategias de afrontamiento al dolor a partir del cuestionario de afrontamiento al dolor (CAD) y el cuestionario de calidad de vida ICV-2R.

Resultados y conclusiones:

A nivel descriptivo, los resultados muestran que las pacientes informan de un nivel de dolor moderadamente elevado, siendo las estrategias de afrontamiento al dolor más utilizadas, la autoafirmación y la búsqueda de información, y presentando un índice de calidad de vida inferior al de la población general. A nivel correlacional, no se ha encontrado ninguna relación significativa entre el índice general de calidad de vida y las estrategias de afrontamiento al dolor, aunque el uso de estrategias de afrontamiento más bien pasivas (como por ejemplo, la religión) se asocian significativa y positivamente con la dimensiones de calidad de vida que implican cierto grado de desadaptación por parte del paciente a la enfermedad, mientras que el uso de estrategias más activas ante el dolor (por ejemplo, distracción y autocontrol mental) se relacionan significativa y negativamente con dichas dimensiones. © 2004 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.L.

Palabras clave: Dolor crónico. Afrontamiento. Calidad de vida. Fibromialgia.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es un síndrome que se manifiesta a través de un estado doloroso crónico generalizado no articular, con afectación predominantemente de los músculos, y que presenta una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos, sin alteraciones crónicas orgánicas demostrables. El Colegio Americano de Reumatología (1990) señala tres criterios diagnósticos de la fibromialgia: historia de dolor difuso crónico de más de tres meses de duración, dolor a la presión en al menos once de los dieciocho puntos elegidos (nueve pares: occipucio, cervical bajo, trapecio, supraespinoso, segunda costilla, epicóndilo, glúteo, trocánter mayor y rodillas), y la ausencia de alteraciones radiológicas y analíticas (1). Su etiología es desconocida, siendo más frecuente en mujeres (73-78%) con una media de edad en el momento inicial entre los 34 y los 57 años. En relación a los síntomas, el curso natural de estos parece ser crónico, aunque el síndrome no es ni una patología progresiva ni mortal (2).

Sin embargo, y a pesar de la ausencia de cualquier patología neurofisiológica, los pacientes con fibromialgia presentan tanto limitaciones funcionales como disfunciones psicológicas (fatiga crónica, problemas de sueño, depresión, ansiedad, entre otros) (3), que afectan significativamente a su calidad de vida en comparación con pacientes con otras patología reumatológicas y crónicas (4). Diferentes variables biológicas, cognitivas y ambientales han sido relacionadas con esta patología. Por ejemplo, y en relación a las variables biológicas se ha relacionado el sexo femenino, la falta de forma física, alteraciones del sueño, alteraciones de los mecanismos de regulación del dolor, alteración del sistema de respuesta al estrés. Por lo que se refiere a los factores cognitivos, repetidamente la investigación ha demostrado la importancia de estos en la adaptación de los pacientes con dolor crónico sobre sus síntomas (5). En relación a la fibromialgia y las variables cognitivas relacionadas, diferentes estudios han destacado el papel de factores como son la hipervigilancia, las estrategias de afrontamiento, la autoeficacia percibida en el control del dolor, la depresión y la ansiedad, los rasgos alterados de personalidad, el comportamiento ante el dolor, y por último en relación a las variables ambientales y socio-culturales, el abuso en la infancia o el abuso continuado (6).

Centrándonos únicamente en los factores cognitivos, la investigación ha estudiado la influencia de cogniciones desadaptativas en el mantenimiento y empeoramiento del dolor crónico, donde en algunas ocasiones se sugiere que la patología física podría iniciar la sintomatología pero que serán la percepción e interpretación de los síntomas la que contribuye mayoritariamente a una representación disfuncional sobre el dolor, facilitando con ello un mayor sentimiento de incapacidad, distrés y dolor. En este sentido, y como señala Monsalve (7) en la fibromialgia, como en otros cuadros de dolor crónico, las creencias, los estilos cognitivos, las estrategias de afrontamiento, la estabilidad emocional, la tensión emocional, así como la respuesta del entorno familiar y social van a tener una influencia relevante en el paciente, siendo el perfil psicológico del paciente con fibromialgia una persona que muestra hipervigilancia, depresión, desesperanza, ansiedad, locus de control externo, con acontecimientos estresantes vitales cotidianos, y estrategias de afrontamiento pasivas y catastrofismo (8-10). En el presente estudio se pretende estudiar las relaciones entre las estrategias de afrontamiento ante el dolor y la calidad de vida en pacientes con fibromialgia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra

La muestra está formada por 32 mujeres diagnosticadas de fibromialgia que acuden por primera vez al Servicio de Psicología en la Unidad Multidisciplinar del Dolor en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia previa exploración médica. Los pacientes, tras informar sobre su consentimiento, completaron una batería de cuestionarios de forma individual donde se recogían los datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de estudios, estado civil), nivel de dolor informado (escala analógica visual), variables de valoración, estrategias de afrontamiento al dolor y calidad de vida.

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

VARIABLES DE VALORACIÓN

La valoración del dolor fue llevada a cabo, en un primer momento, a partir de la puntuación que el sujeto asignaba a su dolor a través de la escala analógica visual (“ahora me gustaría que le diera una puntuación a su dolor en una escala de 0 a 10, siendo 0 que no tiene dolor y 10 el peor dolor posible haciendo una media entre los días que más y menos le ha dolido”). Posteriormente se valoraban otras variables relacionadas con el dolor oscilando el rango de respuesta de 1 a 5 puntos de una escala Likert (1= “nunca” o “en absoluto”, 2= “pocas veces”, 3= “bastantes veces”, 4= “casi siempre”, 5= “siempre” o “totalmente”), variables que han sido extraídas de un trabajo previo (11), y donde las variables de valoración fueron seleccionadas a partir de preguntas abiertas realizadas a los pacientes sobre qué aspectos de su dolor consideraban relevantes. Las dimensiones evaluadas fueron: “*la medicación que tomo me quita el dolor*”, “*el dolor depende de mí, de lo que yo haga*”, “*puedo controlar mi dolor*”, “*el dolor supera mis recursos y posibilidades*”, “*el dolor limita mi vida*”, “*puedo disminuir mi dolor*”, “*puedo anticipar cuándo me va a doler*”, “*puedo cambiar mi dolor o hacer algo*”, “*tengo que aceptar mi dolor o acostumbrarme a él*”, “*quiero expresar mis emociones o sentimientos y no puedo*”, “*sé lo que puedo hacer*”, “*antes de actuar ante el dolor me gusta considerar las consecuencias de mis acciones*”, “*tengo ganas de ir al médico para ver lo que me dice*”, “*esta situación me desborda claramente*”, “*estoy muy preocupado*

por mi dolor”, “*creo que mi dolor se solucionará en poco tiempo*”, “*sé que hay medios para poner solución a mi dolor*”, “*no sé cómo acabará pero creo que tengo medios a mi alcance*”, “*tengo miedo de que no tenga solución*”, “*el dolor es superior a mis posibilidades*”.

EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Las estrategias de afrontamiento fueron evaluadas a partir del *cuestionario de afrontamiento al dolor* (CAD) (12). El CAD consta de 31 ítems o frases relacionadas con lo que el paciente hace cuando tiene dolor. Al sujeto se le pide que marque la casilla que refleje su forma de actuar a partir de una escala Likert de cinco puntos (1= nunca, 2= pocas veces, 3= ni muchas ni pocas, 4= muchas veces, 5= siempre) en función del grado o frecuencia de utilización de la estrategia en cuestión. En el CAD podemos distinguir seis subescalas, presentando cada una de ellas un índice de consistencia interna satisfactorio (coeficiente alfa de Cronbach) lo cual nos indica la fiabilidad de las escalas: religión ($\alpha = 0,944$), catarsis (búsqueda de apoyo social emocional) ($\alpha = 0,886$), distracción ($\alpha = 0,826$), autocontrol mental ($\alpha = 0,817$), autoafirmación ($\alpha = 0,791$), búsqueda de información (búsqueda de apoyo social instrumental) ($\alpha = 0,777$).

ÍNDICE GENERAL DE CALIDAD DE VIDA

La dimensión de calidad de vida se evaluó a partir del inventario de calidad de vida (ICV -2R) (13). El inventario consta de 65 ítems, oscilando el rango de respuesta de 1 a 5 puntos de una escala Likert (desde “desacuerdo total” hasta “acuerdo total”). En los ítems formulados en sentido positivo (por ejemplo: “pienso que mi vida es interesante”) la puntuación asignada es 5= “totalmente de acuerdo”, 4= “bastante de acuerdo”, 3= “regular”, 2= “poco de acuerdo”, 1= “totalmente desacuerdo”; mientras que los de formulación negativa (por ejemplo: “mi pulso se altera frecuentemente”) tienen una valoración inversa (1= “totalmente de acuerdo”, 2= “bastante de acuerdo”, 3= “regular”, 4= “poco de acuerdo”, 5= “totalmente desacuerdo”). A partir de los 65 ítems se evalúan trece dimensiones relacionadas con la calidad de vida, oscilando la fiabilidad de las escalas (correlaciones test-retest) entre 0,942 y 0,791 (únicamente la escala laboral presenta una fiabilidad más baja 0,451):

afecto, ansiedad, depresión, pérdida de control, relaciones emocionales, familia, salud física, sexual, social, cultura, economía, laboral y religiosidad. El índice general de calidad de vida es el resultado de la suma algebraica de las puntuaciones correspondientes a las dimensiones, siendo de valor negativo las pertenecientes a las dimensiones ansiedad, pérdida de control y depresión, y de valor positivo las diez restantes, siendo la media de índice general de vida de la población general en mujeres de 145,15 (desv. típica= 28,92).

RESULTADOS

En primer lugar, y en relación con la muestra y las variables sociodemográficas, decir que la edad de las participantes oscila entre los 20 y los 61 años, siendo la media de edad de 46 años (con un desviación típica de 10,03). El 53,1% de la muestra presenta un nivel de estudios primarios, un 12,5% un nivel de Bachiller elemental y superior, un 9,4% estudios universitarios de grado medio, un 3,1% estudios universitarios superiores, y un 9,4% no sabe leer ni escribir. La mayor parte de la muestra, el 68,8% está casada, el 12,5% soltera, el 6,3% viuda, el 3,1% separadas, y el 9,4% divorciadas (Figs. 1 y 2).

En relación a la valoración que los pacientes de la muestra hacen de su dolor, en general el nivel de dolor informado es de moderado a intenso (M= 8,32; SD= 1,59), valorando además que “nunca” pueden

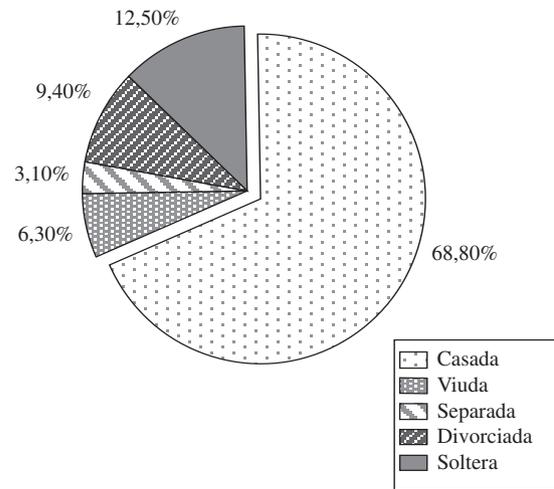


Fig. 2—Variable sociodemográfica: estado civil.

disminuir su dolor (M= 1,87; SD= 1,09), cambiar su dolor (M= 1,81; SD= 1,11), o esperar que su dolor se solucionará en breve (M= 1,84; SD= 1,13). “Pocas veces” la medicación les quita el dolor (M= 2,35; SD= 1,02), el dolor depende de lo que hagan (M= 2,77; SD= 1,28), pueden controlar su dolor (M= 2,06; SD= 1,15), pueden anticipar cuándo les va a doler (M= 2,00; SD= 1,10), saben lo que pueden hacer (M= 2,97; SD= 1,40), reprimen sus emociones (M= 2,84; SD= 1,34), se sienten desbordadas por el dolor (M= 2,61; SD= 1,33), conocen que hay medios para poner solución a su dolor (M= 2,71; SD= 1,27) y tienen miedo de que no tenga solución (M= 2,87; SD= 1,43). Y “bastantes veces” perciben que el dolor supera sus propios recursos para hacerle frente (M= 3,58; SD= 1,06), el dolor les limita su vida (M= 3,52; SD= 1,26), piensan que tienen que aceptar su dolor (M= 3,68; SD= 1,38), se preocupan por el mismo (M= 3,35; SD= 1,14), conocen que tienen medios a su alcance (M= 3,13; SD= 1,34), y perciben que el dolor es superior a sus posibilidades (M= 3,61; SD= 1,09) (Tabla I).

En segundo lugar, y en relación a las estrategias de afrontamiento, serán la autoafirmación (M= 3,98; SD= 0,62) y la búsqueda de información (M= 3,13; SD= 0,92) las estrategias más utilizadas por la muestra, siendo el autocontrol mental la menos utilizada (M= 2,19; SD= 0,96). Por último, el índice de calidad de vida informado por la muestra (M= 116,41; SD= 29,71) es inferior al de la población general (M= 145,15) (Tabla II).

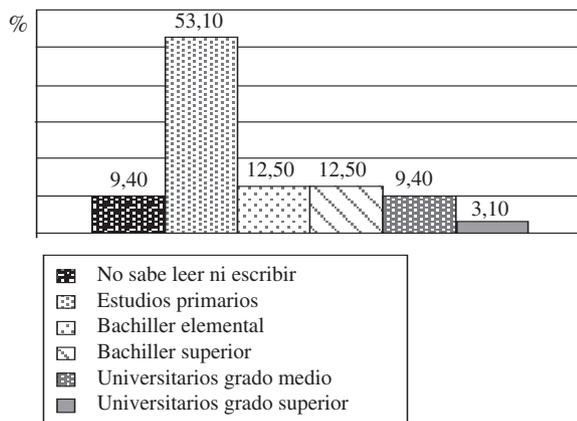


Fig. 1—Variable sociodemográfica: estudios.

TABLA I. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA VALORACIÓN DEL DOLOR

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>D. típica</i>
EVA inicial	8,32	1,59
La medicación me quita el dolor	2,35	1,59
El dolor depende de mí, de lo que yo haga	2,77	1,28
Puedo controlar mi dolor	2,06	1,15
El dolor supera mis recursos y posibilidades	3,58	1,06
El dolor limita mi vida	3,52	1,26
Puedo disminuir mi dolor	1,87	1,09
Puedo anticipar cuándo me va a doler	2,00	1,10
Puedo cambiar mi dolor o hacer algo	1,81	1,11
Tengo que aceptar mi dolor o acostumbrarme a él	3,68	1,38
Quiero expresar mis emociones o sentimientos y no puedo	2,84	1,34
Sé lo que puedo hacer	2,97	1,40
Antes de actuar ante el dolor me gusta considerar las consecuencias de mis acciones	3,06	1,03
Tengo ganas de ir al médico para ver lo que me dice	2,87	1,48
Esta situación me desborda claramente	2,61	1,33
Estoy muy preocupado	3,35	1,14
Creo que mi dolor se solucionará en poco tiempo	1,84	1,13
Sé que hay medios para poner solución a mi dolor	2,71	1,27
No sé cómo acabará pero creo que tengo medios a mi alcance	3,13	1,34
Tengo miedo de que no tenga solución	2,87	1,43
El dolor es superior a mis posibilidades	3,61	1,09

Posteriormente, se realizó una análisis correlacional entre el nivel de dolor informado (EVA), las dimensiones del cuestionario de calidad de vida, ICV-2R y las estrategias de afrontamiento al dolor (CAD), señalando a continuación únicamente aquellas variables que se han asociado de forma significativa. De las trece dimensiones medidas a partir del cuestionario de calidad de vida (ICV-2R), únicamente se han obtenido relaciones significativas en seis: ansiedad, depresión, pérdida de control, sexualidad, salud y religión. La dimensión de calidad de vida ansiedad se ha asociado positivamente con el nivel de dolor informado (EVA) ($r= 0,431$; $p= 0,05$) y con la estrategia de afrontamiento religión ($r= 0,479$; $p= 0,01$), mientras que negativamente se correlacionó con las estrategias distracción y autocontrol mental. En cuanto a la dimensión depresión, esta se asocia positivamente con la estrategia de afrontamiento al

dolor religión ($r= 0,408$; $p= 0,05$), al igual que ocurría con la dimensión ansiedad, no encontrándose relaciones significativas con el resto de variables. La dimensión pérdida de control, se asocia de nuevo positivamente con la estrategia de afrontamiento religión ($r= 0,439$; $p= 0,05$), y con el nivel de dolor informado (EVA) ($r= 0,381$; $p= 0,05$), correlacionado negativamente con las estrategias de afrontamiento al dolor distracción ($r= -0,397$; $p= 0,05$) y autocontrol mental ($r= -0,431$; $p= 0,05$). En cuanto a la dimensión sexualidad, sólo se asocia de forma negativa con la estrategia religión ($r= -0,362$; $p= 0,05$), estando la dimensión salud asociada de forma negativa con el nivel de dolor informado ($r= -0,378$; $p= 0,05$). Por último la dimensión religión se asocia positivamente con el uso de la religión como estrategia de afrontamiento ($r= 0,805$; $p= 0,01$) y con la edad ($r= 0,400$; $p= 0,05$) (Tabla III).

TABLA II. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS ANTE EL DOLOR

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>D. típica</i>
Religión	2,93	1,42
Catarsis	2,40	0,93
Distracción	2,53	0,99
Autocontrol mental	2,19	0,96
Autoafirmación	3,98	0,62
Búsqueda de información	3,13	0,92

DISCUSIÓN

En líneas generales, la muestra valora su dolor como moderadamente elevado, percibiéndolo más como una amenaza que como un desafío. En este sentido, las pacientes valoran que ante la fibromialgia nunca pueden disminuir o cambiar su dolor, que la medicación pocas veces le quita el dolor, pocas veces pueden controlar o anticipar cuándo les va a doler y sintiéndose bastantes veces limitados en sus actividades diarias, preocupados por el dolor, percibiendo el dolor superior a sus posibilidades aunque no tengan miedo de que no tenga solución o perciban que su dolor no se va a solucionar en poco tiempo. En relación a las estrategias de afrontamiento serán la

autoafirmación, la búsqueda de información y la religión, las tres estrategias de afrontamiento más utilizadas por la muestra. Los resultados obtenidos en el presente trabajo coinciden con diferentes trabajos (11,14,15), donde los pacientes con fibromialgia perciben un menor control sobre su dolor en comparación con otras patologías reumáticas (14, 15), valorándolo más como una amenaza que como un desafío y mostrando una baja autoeficacia y control sobre el dolor (11).

Por lo que se refiere al nivel de calidad de vida, no se ha encontrado ninguna relación significativa entre el índice general de calidad de vida y las estrategias de afrontamiento al dolor evaluadas a partir del CAD. Sin embargo, el uso de la religión como estrategia de afrontamiento al dolor referida al uso de la religión o espiritualidad, así como el apoyo en la fe para hacer frente a la enfermedad, tiende a asociarse significativa y positivamente con las dimensiones de ansiedad, depresión y pérdida de control, dimensiones de calidad de vida que implican cierto grado de desadaptación por parte del paciente a la enfermedad. El uso de estrategias de afrontamiento más activas ante el dolor como son el autocontrol mental (esfuerzos cognitivos para intentar disminuir el dolor) y la distracción (conjunto de acciones llevadas a cabo para desviar la atención sobre el dolor), se relacionan negativa y significativamente con las dimensiones de ansiedad y pérdida de control. Esto es una mayor utilización de la distracción o del autocontrol mental para hacer frente al dolor; se relaciona con una menor puntuación en ansiedad y pérdida de control e in-

TABLA III. ANÁLISIS CORRELACIONAL ENTRE VARIABLES DE NIVEL DE DOLOR INFORMADO (EVA), ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL DOLOR (CAD) Y CALIDAD DE VIDA (ICV-2R)

<i>Variables</i>	<i>ICV-2R Ansiedad</i>	<i>ICV-2R Depresión</i>	<i>ICV-2R Pérdida de control</i>	<i>ICV-2R Sexualidad</i>	<i>ICV-2R Salud</i>	<i>ICV-2R Religión</i>
EVA	0,431*	0,343	0,381*	- 0,320	- 0,378*	0,237
Edad	- 0,146	- 0,043	- 0,027	- 0,193	- 0,107	0,400*
CAD						
Distracción	- 0,416*	- 0,084	- 0,397*	-	- 0,010	- 0,386*
CAD						
Autocontrol mental	-0,395*	- 0,196	- 0,431*	0,113	0,072	- 0,268
CAD						
Religión	0,479**	0,408*	0,439*	- 0,362*	- 0,290	0,805**

Notas: (*) significativo al 0,05; (**) significativo al 0,01

directamente ello implica una mejora en la calidad de vida del paciente. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que el uso de estrategias de afrontamiento pasivas ante el dolor (por ejemplo, la religión) se asocia con un mayor grado de desadaptación, coincidiendo con diferentes trabajos (16,17) o con estudios que muestran cómo el uso de estrategias de afrontamiento pasivas se asocian con una sintomatología depresiva, así como con una adaptación negativa al dolor (18,19). A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio no podemos establecer una relación causal entre el uso de determinadas estrategias de afrontamiento en pacientes con fibromialgia y su calidad de vida, sin embargo, nos permite establecer las bases para futuras investigaciones.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer al Dr. José de Andrés Ibáñez, Jefe de Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor y Jefe de la Unidad Multidisciplinar del Dolor en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia el haber facilitado en todo momento la recogida de la muestra para poder realizar la presente investigación. Los datos expuestos fueron presentados en el V Congreso de la Sociedad Española de Dolor Crónico (Salamanca, 2002).

CORRESPONDENCIA:
Beatriz Soucase Lozano
C/ M. Jacinto Verdager, 6, pta. 3.
46008 Valencia
Telf.: 626 537 876
e-mail: quisou@ono.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Yusta A, Laguna P, Ballina J. Criterios diagnósticos y exploración. En: Muriel C (coord.). Fibromialgia reunión de expertos. Universidad de Salamanca. Fundación Grüenthal, 2001. p. 35-46.
2. Okifuji A, Turk D. Fibromyalgia: Search of mechanisms and effective treatments. En: Gatchel R, Turk D, eds. Psychological factors in pain. Critical perspectives. New York – London: The Guilford Press, 1999. p. 227-46.
3. Baumstrak KE, Buckelew SP. Fibromyalgia: clinical signs, research findings, treatment implications, and future directions. *Annals of Behav Med* 1992; 14: 282-91.
4. Burckhardt CS, Clark SR, Bennet RM. Fibromyalgia and quality of life: a comparative analysis. *Journal of Rheumatology* 1993; 20: 475-9.
5. Turk DC, Rudy TE. Assessment of cognitive factors in chronic pain: a worthwhile enterprise? *J of Consulting and Clin Psy* 1986; 54: 760-8.
6. Gutiérrez E, Ballina J. Concepto y datos epidemiológicos. En: Muriel C (coord.). Fibromialgia reunión de expertos. Universidad de Salamanca. Fundación Grüenthal, 2001. p. 15-20.
7. Monsalve V. Perfil psicológico del paciente con fibromialgia. En: Muriel C (coord.). Fibromialgia reunión de expertos. Universidad de Salamanca. Fundación Grüenthal, 2001. p. 47-58.
8. Hudson JL, Pope HG. Fibromyalgia and psychopathology: is fibromyalgia a form of affective spectrum disorder? *Journal of Rheumatology* 1989; 16 (Supl. 19): 15-22.
9. Okifuji A, Turk DC, Sherman JJ. Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed? *Journal of Rheumatology* 2000; 27: 212-9.
10. Dailey PA, Bishop GD, Russell IJ, Fletcher EM. Psychological stress and the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology* 1990; 17: 1380-5.
11. Soriano JF, Monsalve V. Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología* 1999; 62: 43-64.
12. Soriano JF, Monsalve V. CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2002; 9: 13-22.
13. García-Riaño D. Inventario de Calidad de Vida: I. C. V. – 2R. *Anales de Psiquiatría* 1998; 14: 358-76.
14. Burckhardt CS, Bjelle A. Perceived control: a comparison of women with fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and systemic lupus erythematosus using a Swedish version of the Rheumatology Attitude Index. *Scandinavian Journal of Rheumatology* 1996; 25: 300-6.
15. Pastor MA, Salas E, López S, Rodríguez J, et al. Patients' beliefs their lack of pain control in primary Fibromyalgia Syndrome. *British J Rheumatology* 1993; 34: 384-489.
16. Hill A. The use of pain coping strategies by patients with phantom limb pain. *Pain* 1993; 55: 347-53.
17. Geisser ME, Robinson ME, Keefe FJ, Weiner ML. Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Pain* 1994; 59: 79-83.
18. Brown GK, Nicassio PM. The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain* 1987; 31: 53-65.
19. Brown GK, Nicassio PM, Wallston KA. Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *J Consulting and Clin Psy* 1989; 57: 652-7.