
EFICACIA DE DOS TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN PERSONAS CON FIBROMIALGIA Y AFECTACIÓN EMOCIONAL

Nuria Miguel-de Diego

Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias de Palencia.
nurimiguel@hotmail.com

Isabel Serrano Pintado

Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca.

Juan Delgado Sánchez-Mateos

Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca.

Resumen

La fibromialgia afecta en gran medida a la calidad de vida de las personas que la sufren, así como a su funcionalidad, especialmente si la persona presenta síntomas comórbidos de ansiedad y/o depresión, lo que resalta la importancia del tratamiento psicológico. El objetivo del presente trabajo es comparar la eficacia de dos tratamientos cognitivo-conductuales breves en personas con diagnóstico de fibromialgia y con afectación emocional. Participaron un total de 44 personas (42 mujeres y 2 hombres) divididos en dos grupos de tratamiento: uno de ellos elaborado únicamente con componentes convencionales de la terapia cognitivo-conductual (grupo A) y

el otro con los mismos componentes más un componente añadido de expresión emocional a través del dibujo (grupo B). Se encontraron puntuaciones significativamente mejores ($p < 0,05$) después de aplicar cualquiera de los dos tratamientos en las siguientes áreas: funcionalidad, percepción del dolor, ansiedad, depresión, catastrofismo, miedo al movimiento, estrategias de afrontamiento activo y percepción de autoeficacia. Se concluye que los resultados obtenidos apoyan la eficacia de ambos tratamientos cognitivo-conductuales para personas con fibromialgia y afectación emocional.

Palabras clave: fibromialgia, ansiedad, depresión, tratamiento cognitivo-conductual.

EFFICACY OF TWO COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENTS IN PEOPLE WITH FIBROMYALGIA AND EMOTIONAL INVOLVEMENT

Abstract

Fibromyalgia largely affects the life quality of people suffering from it, as well as its functionality, especially if the person has comorbid symptoms of anxiety and/or depression, which highlights the importance of psychological treatment. The objective of this study is to compare the efficacy of two brief cognitive-behavioral treatments in people with a fibromyalgia diagnosis and emotional involvement. A total of 44 people enrolled in the study (42 female, 2 male), divided within two treatment groups: one of them made only with conventional components of cognitive-behavioral therapy (group A) and the other with the same components plus an added component of emotional expression through drawing (group B). Significantly better scores were found ($p < 0.05$) after applying any of the two treatments in the following areas: functionality, pain perception, anxiety, depression, catastrophism, fear of movement, active coping strategies and self-efficacy perception. It is concluded that the results obtained support the efficacy of both cognitive-behavioral treatments for people with fibromyalgia and emotional involvement.

Key Words: fibromyalgia, anxiety, depression, cognitive-behavioural therapy.

Introducción

La fibromialgia es un síndrome caracterizado por dolor crónico músculo-esquelético generalizado, no explicable, de carácter crónico y que cursa en brotes variando la intensidad de los síntomas a lo largo del tiempo (1). Además del dolor, la fibromialgia se asocia a otros síntomas como fatiga, alteraciones del sueño, rigidez matutina, ánimo deprimido, alteraciones cognitivas y un abanico de síntomas relacionados con el estrés y disfunciones neuroendocrinas e inmunológicas (1) (2) (3).

Según los datos del estudio EPISER (4) la prevalencia de la fibromialgia en España se sitúa en torno al 2,4% de la población, siendo este dato uno de los más citados en la bibliografía sobre fibromialgia y considerándose vigente en la actualidad (1) (5). Una cifra importante y a tener en cuenta, ya que esta enfermedad supone un impacto directo sobre la calidad de vida de los pacientes, sobre su ámbito familiar y social y tiene graves repercusiones directas e indirectas a nivel económico, laboral y de costes sanitarios (6) (7) (8) (9).

Ya se ha señalado que existe una alta asociación entre fibromialgia y ansiedad y depresión. Se considera que la presencia de síntomas emocionales (ansiedad y/o depresión) comórbidos con la fibromialgia crónica empeoran el curso y evolución de la enfermedad (10), interfiriendo negativamente sobre el dolor, las limitaciones funcionales y la calidad de vida (11) y, a su vez, el dolor exacerba las manifestaciones de ansiedad y depresión (12).

Así mismo, la presencia de cogniciones disfuncionales se considera factor mediador para una peor funcionalidad, mayor percepción del dolor y mayor malestar emocional (13) (14). A este respecto, existe evidencia sobre el efecto negativo en el dolor cróni-

co y en la fibromialgia que tiene el alto catastrofismo (13) (14) (15) (16) (17), alto miedo al movimiento (18) (19), baja autoeficacia (14) (20) (21) (22) y baja aceptación y uso de conductas de afrontamiento (13).

El abordaje de la fibromialgia más ampliamente recomendado es el multicomponente (5) (23). Teniendo en cuenta la influencia de los aspectos psicológicos anteriormente citados, es lógico que en estos pacientes las terapias psicológicas ayuden a reducir los síntomas y a mejorar el funcionamiento diario (24). El tratamiento psicológico recomendado por las guías clínicas y el que mayor grado de evidencia reúne es el tratamiento cognitivo-conductual (2) (23) (25).

La terapia cognitivo-conductual incluye gran variedad de técnicas, lo que provoca que bajo esa nomenclatura existan diferentes combinaciones de tratamientos (5). Así mismo, no existe un acuerdo en torno a cuántas sesiones son necesarias y suficientes para este tipo de patología, oscilando la mayoría de los estudios entre 6 y 20 sesiones (24).

Por otro lado, es interesante el vínculo arte-salud que se está estudiando desde hace décadas, de hecho la utilización de la práctica artística se está empezando a aceptar en el contexto de los centros de salud comunitarios (26) (27). En relación con esto, existen estudios en los que se está investigando la utilización de las actividades artísticas en el tratamiento de la fibromialgia con resultados prometedores en cuanto a comprensión de la enfermedad por parte de los afectados y aumento de la satisfacción personal (28) (29) (30).

Además, las actividades artísticas son una manera de trabajar la expresión emocional, elemento importante a considerar en el tratamiento de la fibromialgia, ya que se ha relacionado una menor expresión emocional con mayor experiencia dolorosa (31).

Teniendo todo esto en cuenta, con este estudio se pretende elaborar, comprobar y comparar la eficacia de dos tratamientos cognitivo-conductuales, uno de ellos con elementos convencionales y el otro con los mismos componentes más un componente añadido de expresión emocional a través del dibujo. Es importante que ambos tuvieran base cognitivo-conductual ya que es el tratamiento que más evidencia ha aportado, así mismo se ha pretendido que fuera un tratamiento corto, de 6 sesiones de duración para comprobar si con ese número reducido ya se provocan cambios.

Las hipótesis de las que partimos iban en la dirección de encontrar resultados significativamente mejores en la evaluación post-tratamiento que en la previa al tratamiento y que estas diferencias a su vez iban a ser significativamente mejores en el grupo de tratamiento al que aplicamos el tratamiento con componente de expresión emocional añadido que los del tratamiento convencional.

Método

Participantes

Accedieron a participar 64 personas, sin embargo, completaron el tratamiento 44 de ellas (lo que supone una muerte experimental de la investigación del 31,25%), todas diagnosticadas de fibromialgia y con síntomas de ansiedad y/o depresión. Recibieron el tratamiento cognitivo conductual 22 personas (Grupo A), y las otras 22 (Grupo B) recibieron el mismo tratamiento con el componente añadido de expresión emocional a través del dibujo. Las características demográficas de ambos grupos muestrales aparecen en la tabla 1.

La selección se realizó en el primer trimestre de 2017, en colaboración con médicos de Atención Primaria de Palencia. Se seleccionaron los participantes mediante muestreo incidental consecutivo, asignándose a uno u otro grupo teniendo en cuenta edad y sexo y según el orden de llegada.

Los criterios de inclusión fueron: tener entre 18 y 70 años, estar diagnosticado de fibromialgia desde al menos 6 meses, presentar síntomas de ansiedad y/o depresión, no tener diagnóstico de enfermedad mental grave (esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, trastornos bipolares), retraso mental, demencia ni daño cerebral adquirido y no manifestar problemas de alcoholismo ni drogadicción. Así mismo, todos los participantes del estudio debían firmar el consentimiento informado para poder participar.

Instrumentos

Se comprobaron los criterios de inclusión y se recogieron los datos demográficos mediante entrevista clínica. Se utilizaron los siguientes instrumentos para obtener las medidas pre y post-tratamiento:

- Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF) (32), versión española del *Fibromyalgia Impact Questionnaire*.
- Escala Visual de Intensidad del Dolor, versión numérica (EVA numérica).
- Adaptación española de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*) (33).
- Cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico (CADC) (34).
- Escala de pensamientos catastrofistas ante el dolor, adaptación española del PCS (*Pain Catastrophizing Scale*) (35).
- Escala de Miedo al Movimiento, adaptación española del TSK (*Tampa Scale for Kinesiophobia*) (18).

- Subescala de Estrategias de Afrontamiento del ICAF (índice combinado de afectación de enfermos con fibromialgia) (36).

Procedimiento

Se trata de un estudio cuasi-experimental, realizado en el contexto de la investigación aplicada durante la realización de una tesis doctoral, con los casos clínicos diagnosticados disponibles en ese momento. La selección de muestra y aplicación de tratamientos se realizó en el servicio de Salud Mental del Complejo Asistencial Universitario de Palencia entre los meses de enero y mayo de 2017, habiéndose obtenido previamente la aprobación de la Comisión de Investigación y Biblioteca y del Comité Ético de Investigación Clínica y, como ya se ha señalado anteriormente, siendo necesario que los participantes firmaran el consentimiento informado.

Es un diseño pre-postest, con dos grupos experimentales que recibieron tratamientos diferentes, aplicados por el mismo psicólogo. Ambos tratamientos constaban de 6 sesiones, de frecuencia semanal, cada sesión era de aproximadamente 2 horas. Ambos tienen una base cognitivo-conductual y el esquema de cada sesión es el mismo en ambos:

- Dudas de la sesión anterior y revisión de tareas.
- Contenido teórico y espacio para compartir sus experiencias.
- Ejercicios sobre el contenido teórico. En el caso del tratamiento B, se añadieron ejercicios de dibujo/pintura.
- Práctica de una técnica de relajación.

En la tabla 2 se ofrece el contenido general de cada sesión (común a ambos tratamientos). Así mismo, en la tabla 3 se ofrecen los ejercicios específicos del programa B.

Análisis de datos

Se realizaron análisis estadísticos exploratorios, descriptivos e inferenciales siguiendo el Modelo Lineal General, utilizando el programa SPSS 22 para Windows. Se realizó un análisis de varianza para un diseño factorial mixto 2 x 2 (Pre/Post-tratamiento, como variable intra; Tipo de tratamiento, como variable inter). Se propuso una tasa de error a priori del 5 % (“alpha” = 0,05).

Resultados

En la tabla 4 se ofrecen los estadísticos descriptivos de los instrumentos de evaluación. Todas las variables cumplen los supuestos de normalidad, homocedasticidad y esfericidad.

Los resultados del análisis de varianza se presentan en la tabla 5. Se analiza el efecto de la variable “Pre/Post-tratamiento” en cada una de las áreas estudiadas, así como su interacción con la variable “Tipo de tratamiento”.

En esta tabla podemos observar que efectivamente existen diferencias estadísticamente significativas en todas las áreas evaluadas con tamaños de efecto que se sitúan por encima del 60% de varianza explicada por el tratamiento en todas las áreas salvo en “estrategias de afrontamiento pasivo” en la que el tamaño de efecto no alcanza el 17%. Este hecho puede observarse en la gráfica de interacción (Figura 1) en la que se observa cómo se superponen en gran medida los intervalos de confianza al 95% (37). A pesar de que la probabilidad asociada al estadístico F ($p = 0,006$) sea muy inferior a nuestra tasa de error a priori (“alpha” = 0,05), es un resultado que suscita dudas respecto de la eficacia global del tratamiento sobre las estrategias de afrontamiento pasivo.

Volviendo a la tabla 5, también podemos observar que la interacción entre el factor Pre/Post tratamiento y el Tipo de Tratamiento no es significativa en ninguna de las áreas, lo que quiere decir que no hay efecto diferencial de los dos Tipos de Tratamiento en ninguna de ellas.

Discusión

Uno de los objetivos de este estudio era comprobar la eficacia de dos tratamientos cognitivo-conductuales relativamente breves (6 sesiones) en personas con fibromialgia y afectación emocional. Los datos que hemos obtenido indican que las medidas obtenidas después del tratamiento son mejores: ha aumentado la funcionalidad (menor impacto funcional de la enfermedad), la utilización de estrategias de afrontamiento activo y la autoeficacia y ha disminuido la percepción del dolor, la ansiedad, la depresión, el catastrofismo y el miedo al movimiento. Sin embargo, en el área de estrategias de afrontamiento pasivo los resultados no permiten concluir claramente si el tratamiento ha sido o no eficaz. Desde la perspectiva de la significación estadística, cabría concluir que lo han sido. El tamaño del efecto no es tan grande como en otras áreas, pero no es inestimable. En cambio, el solapamiento de los intervalos de confianza al 95% indicaría que las diferencias son atribuibles al error muestral. Estos cambios han ocurrido de igual manera en los participantes que recibieron el tratamiento A como en los que recibieron el tratamiento B.

Es importante señalar que podemos considerar con cierta certeza que los cambios entre el pretratamiento y el postratamiento se deben efectivamente al tratamiento gracias a la alta variabilidad (varianza) asociada al

tratamiento obtenida en cada una de las variables. Esto quiere decir que el tratamiento explica un alto porcentaje de las diferencias obtenidas, siendo mucho menor el porcentaje asociado a otras condiciones como por ejemplo el mero paso del tiempo.

La mejoría referida por los participantes es congruente con los metaanálisis y guías clínicas que recomiendan el tratamiento cognitivo-conductual en la fibromialgia. Por ejemplo, la guía del Ministerio de Sanidad de España (23) concluye que hay evidencia sobre el efecto beneficioso de este tipo de terapia sobre el control del dolor, malestar físico y estado de ánimo en pacientes con fibromialgia. En la misma línea, varios metaanálisis y revisiones concluyen que la terapia cognitivo-conductual en estos pacientes tiene efectos positivos sobre la depresión, funcionalidad, alivio del dolor y calidad de vida entre otros (2) (24) (25) (38).

Existe numerosa literatura científica que evidencia la existencia de correlación entre malestar emocional (ansiedad y/o depresión), percepción del dolor y funcionalidad (11) (12) (39) (40) (41) (42), por lo que nos parece coherente que las variaciones en cualquiera de estos constructos produzca a su vez variaciones en los otros. Ahora bien, consideramos que la mejoría sobre estos tres factores ha venido determinada por la intervención sobre catastrofismo, miedo al movimiento, estrategias de afrontamiento activas y percepción de autoeficacia, ya que son numerosos autores los que consideran estos constructos como mediadores de los anteriores, evidenciando los efectos negativos que tienen sobre la percepción de salud, malestar emocional, sensación de dolor y discapacidad asociada en personas con fibromialgia (13) (14) (43).

Otro de nuestros objetivos era comprobar las diferencias existentes entre los dos

protocolos de tratamiento que hemos propuesto. Sin embargo nuestra hipótesis de que el tratamiento cognitivo-conductual al que añadimos un componente de expresión emocional a través del dibujo iba a demostrar mejores resultados que el tratamiento cognitivo-conductual convencional no ha recibido el apoyo de nuestros datos. Para formular esta hipótesis nos basábamos en los beneficios referidos en la literatura científica de las actividades artísticas, pudiendo ser utilizadas como vía de expresión emocional y como trabajo terapéutico propiamente dicho en la dirección de conseguir una mayor apertura a la resignificación de los eventos (44).

Una posible explicación que nos damos a por qué este componente no ha aportado un mayor beneficio a la TCC convencional es que había participantes a los que no les gustaba dibujar o no estaban acostumbrados a ello unido al hecho de que en cada sesión se destinaba un tiempo muy limitado a esta actividad (aproximadamente 20 minutos), tiempo que un principio nos pareció suficiente, pero que es posible que si hubiera sido más extenso podría haberse explotado mejor y animado en mayor medida a desarrollar esta actividad. No obstante, si se hubiera programado así, nos habiéramos encontrado con el problema de que ambos tratamientos no eran completamente comparables al destinar a uno de ellos un número de sesiones significativamente mayor. Y en el caso de haber desarrollado el segundo programa eliminando otros componentes convencionales para ajustar el tiempo, nos encontraríamos con el problema ético de que a un grupo le estamos ofreciendo un tratamiento experimental diferente sustancialmente al tratamiento considerado de elección dentro de un entorno asistencial.

Por lo tanto, ambos tratamientos parecen producir cambios positivos en las variables estudiadas (exceptuando las estrategias de afrontamiento pasivo) en igual medida. Además, es interesante recordar que no solo se debe tener en cuenta el criterio estadístico, que nos permite hablar de diferencias estadísticamente significativas, sino también el criterio práctico, según el cual podemos considerar que las diferencias encontradas después de los tratamientos son importantes, puesto que inciden directamente en una mejora de la funcionalidad en la vida cotidiana y disminuyen la sintomatología emocional.

A modo de resumen y como conclusión, se puede decir que los resultados de este trabajo apoyan la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales relativamente breves (6 sesiones) para personas diagnosticadas con fibromialgia y que presentan afectación emocional, pudiéndose considerar importantes las diferencias encontradas tras la aplicación de los tratamientos, ya que éstos han supuesto una mejora en la funcionalidad de los participantes y una disminución de la sintomatología emocional. Aunque en este trabajo no se ha podido comprobar la existencia de mayor eficacia al añadir un componente de expresión emocional a través del dibujo, se ofrece el tratamiento estructurado con este componente como una herramienta más de tratamiento disponible, puesto que sí se ha demostrado que las personas con fibromialgia y afectación emocional se pueden beneficiar de él tanto como del tratamiento cognitivo-conductual propuesto sin dicho componente.

Sin embargo, este estudio también cuenta con ciertas limitaciones. Las dos principales que destacamos para tener en cuenta en futuras investigaciones sobre el tema es la ausencia de un grupo control placebo y la

ausencia de seguimiento a largo plazo para comprobar si los resultados se mantienen y para investigar si con el paso del tiempo los resultados obtenidos con un tratamiento son superiores a los obtenidos con el otro.

Otra línea futura de investigación que se plantea es analizar si resulta más adecuado o eficaz utilizar el programa cognitivo-conductual convencional o el que integra el componente de expresión emocional a través del dibujo en función de las características personales de los posibles pacientes.

Referencias

1. Cabo-Meseguer A, Cerdá-Olmedo G, Trillo-Mata JL. Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Med Clínica*. 2017; 149: 441-448.
2. Ángel-García D, Martínez-Nicolás I, Saturno-Hernández PJ. Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática. *Reumatol Clin*. 2016; 12: 65-71.
3. Collado A, Torres X, Arias A, Solé E, Salom L, Gómez E, Arranz L. La fibromialgia, consejos y tratamientos para el bienestar. Barcelona, Amat editorial, 2016.
4. Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid, Sociedad Española de Reumatología; 2001.
5. Buitrago F, Tejero M, Gato C, Rivera N, Pérez FL. Abordaje integrado de la

- fibromialgia. FMC, formación médica continuada. 2017; 24: 395-404.
6. Lledó A, Pastor MA, Pons N, López-Roig S, Terol MC. Comparing fibromyalgia patients from primary care and rheumatology settings: clinical and psychosocial features. *Rheumatol Int.* 2009; 29: 1151-1160.
 7. Rivera J, Alegre C, Ballina F, Carbonell J, Carmona L, Castel B, Collado A, Esteve JJ, Martínez FG, Tornero J, Vallejo MA, Vidal J. Documento de consenso de la sociedad española de reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin.* 2006; 2(S):55-66.
 8. Rivera J, Rejas J, Esteve-Vives J, Vallejo MA, grupo ICAF. Resource utilization and health care costs in patients diagnosed with fibromyalgia in Spain. *Clin Exp Rheumatol.* 2009; 56(S):39-45.
 9. Sicras-Mainar A, Rejas J, Navarro R, Blanca M, Morcillo A, Larios R, Velasco S, Villarroya C. Treating patients with fibromyalgia in primary care settings under routine medical practice: a claim data base cost and burden of illness study. *Arthritis Res Ther.* 2009; 11(2): R54.
 10. Revuelta E, Segura E, Paulino J. Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor.* 2010; 17: 326-332.
 11. Yi TI, Kim BK, Ha SA, Lim JY. (2014). The relationships between determination of treatment success and emotional factors in patients with chronic musculoskeletal pain. *Ann Rehabil Med.* 2014; 38: 77-83.
 12. Arango-Dávila CA, Rincón-Hoyos HG. Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016. doi: 10.1016/j.rcp.2016.10.007.
 13. Lami LJ, Martínez MP, Miró E, Sánchez AI, Guzmán MA. Catastrophizing, acceptance and coping as mediators between pain and emotional distress and disability in fibromyalgia. *J clin psychol med settings.* 2018; 25: 80-92.
 14. Zafra-Polo MT, Pastor-Mira MA, López-Roig S. Autoeficacia, Catastrofismo, Miedo al Movimiento y resultados de salud en la Fibromialgia. *An psicol.* 2014; 30: 104-113.
 15. Buenaver LF, Edwards RR, Smith MT, Gramling SE, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and pain-coping in Young adults: Associations with depressive symptoms and headache pain. *J Pain.* 2008; 9: 311-319.
 16. García-Campayo J, Rodero B. La catastrofización ante el dolor en la fibromialgia. *Jano.* 2011; 60: 59-61.
 17. Vowles KE, McCracken LM, Eccleston C. Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance and catastrophizing. *Eur J Pain.* 2007; 11: 779-87.
 18. Gómez-Pérez L, López-Martínez AE, Ruiz-Párraga GT. Psychometric properties of the spanish version of the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK). *J Pain.* 2011; 12: 425-435.

19. Turk DC, Robinson JP, Burwinkle T. Prevalence of fear of pain and activity in patients with fibromyalgia syndrome. *J Pain*. 2004; 5: 483-90.
20. González JL, Peñacoba C, Velasco L, López A, Mercado F, Barjola P. Recursos cognitivos de percepción de control, procesos de estrés/ recuperación y malestar afectivo en fibromialgia. *Psicothema*. 2009; 21: 359-368.
21. Lledó A, Pastor MA, Pons N, López Roig S, Rodríguez-Marín J, Bruehel S. Control beliefs, coping and emotions: Exploring relationships to explain fibromyalgia health outcomes. *Int J Clin Health Psychol*. 2010; 10: 459-476.
22. Pastor MA, Lledó A, Pons N, López-Roig S. Dolor y fibromialgia. Aportaciones desde la psicología. En: *Fibromialgia y promoción de la salud: Herramientas de intervención psicosocial*. Peñacoba C (coord). Madrid, Dykinson; 2011: 76-122.
23. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. (2011). *Guía de Práctica Clínica de Fibromialgia*. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fifibrfibr.pdf>.
24. Bernardy K, Klose P, Welsch P, Häuser W. Efficacy, acceptability and safety of cognitive behavioural therapies in fibromyalgia syndrome - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Pain*. 2018; 22: 242-260.
25. Pérez-Aranda A, Barceló-Soler A, Andrés-Rodríguez L, Peñarrubia-María MT, Tuccillo R, Borraz-Estruch G, García-Campayo J, Feliu-Soler A, Luciano JV. Description and narrative review of well-established and promising psychological treatments for fibromyalgia. *Mindfulness Compassion*. 2017; 2: 112-129.
26. Lafrenière D, Hurlimann T, Menuz V, Godard B. Healthresearch: Ethics and the use of arts-based methods in knowledge translation processes. *Int J Creat Arts Interdiscip Pract*. 2012; 11: 1-26.
27. Vanegas-Farfano MTJ, Quezada-Berúmen LC, González-Ramírez MT. Actividades artístico-recreativas y estrés percibido. *Ansiedad y Estrés*. 2016; 22: 68-73.
28. Guiote A. Arteterapia y fibromialgia: lenguajes del cuerpo. *Arteterapia*. 2011; 6: 119-133.
29. Guiote A. Arteterapia y fibromialgia: las resistencias del dolor. *Arteterapia*. 2012; 7: 261-278.
30. Parente S. Expresión artística del cuerpo para mujeres con fibromialgia. *Arteterapia*. 2013; 8: 61-70.
31. Truyols MM, Pérez-Pareja J, Medinas MM, Palmer A, Sesé A. Psychological aspects relevant to chronic pain research and treatment. *Clin Sal*. 2008; 19: 295-320.
32. Esteve-Vives J, Rivera J, Salvat MI, de Gracia M, Alegre de Miquel C. Propuesta de una versión de consenso del Fi-

- bromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatol clin.* 2007; 3: 21-24.
33. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pinro L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psych.* 2003; 25: 277-283.
34. Martín-Aragón M, Pastor MA, Rodríguez-Marín J, March MJ, Lledó A, López-Roig S, Terol MC. Percepción de autoeficacia en dolor crónico. Adaptación y validación de la Chronicpainself-efficacy scale. *Rev Psicol Salud.* 1999; 11: 53-75.
35. García-Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradiel N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (PainCatastrophizingScale) en la fibromialgia. *Med clínica.* 2008; 131: 487-492.
36. Vallejo MA, Rivera J, Esteve-Vives J. Development of a self-reporting tool to obtain a Combined Index of Severity of Fibromyalgia (ICAF). *Health Qual Life Outcomes.* 2010; 8 (2). doi:10.1186/1477-7525-8-2.
37. Cumming G, Finch S. Inference by Eye: Confidence Intervals and How to Read Pictures of Data. *Am Psychol.* 2005; 60: 170-180.
38. Glombiewski JA, Sawyer AT, Guter-mann J, Koenig K, Rief W, Hofmann SG. Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain.* 2010; 151: 280-295.
39. Aguglia A, Salvi V, Maina G, Rossetto I, Aguglia E. Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: Comorbidity and clinical correlates. *J Affect Disord.* 2011; 128: 262-266.
40. De Souza J, Potvin S, Goffaux P, Charrest J, Marchand S. The deficit of pain inhibition in fibromyalgia is more pronounced in patients with comorbid depressive symptoms. *Clin J Pain.* 2009; 25: 123-127.
41. Phillips L, Stuifbergen A. The relevance of depressive symptoms and social support to disability in women with multiple sclerosis or fibromyalgia. *Int J Rehabil Res.* 2010; 33: 142-150.
42. Xie J, Bi Q, Li W, Shang W, Yan M, Yang Y, Miao D, Zhang H. (2012). Positive and negative relationship between anxiety and depression of patients in pain: a bifactor model analysis. *PloSone.* 2012; 7: 1-7.
43. Denison E, Asenlöf P, Sandborgh M, Lindberg P. (2007). Musculo-skeletal pain in Primary Health Care: Subgroups based on pain intensity, disability, self-efficacy, and fear-avoidance variables. *J Pain.* 2007; 8: 67-74.
44. Van Lith T, Fenner P, Schofield M. The lived experiences of art making as a companion to the mental health recovery process. *Disabil Rehabil.* 2011; 33: 652-660.

Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos

	GRUPO A (N=22)	GRUPO B (N=22)
Edad en años		
Media (DT)	51,73 (9,498)	51,50 (8,954)
Sexo, n (%)		
Hombres	1 (4,5%)	1 (4,5%)
Mujeres	21 (95,5%)	21 (95,5%)
Estado civil, n (%)		
Soltero/a	6 (27,3%)	1 (4,5%)
Casado/a	14 (63,6%)	14 (63,6%)
Separado/a	0 (0%)	7 (31,8%)
Viudo/a	2 (9,1%)	0 (0%)
Nivel de estudios, n (%)		
Primarios	6 (27,3%)	1 (4,5%)
Secundaria y Bach	14 (63,6%)	14 (63,6%)
Ciclos formativos	0 (0%)	7 (31,8%)
Universitarios	2 (9,1%)	0 (0%)
Situación laboral, n (%)		
Ama/o de casa	8 (36,4%)	8 (36,4%)
Con empleo	6 (27,3%)	6 (27,3%)
Desempleado/a	4 (18,2%)	5 (22,7%)
Baja laboral	4 (18,2%)	3 (13,6%)

N: número de participantes; DT: desviación típica; %: porcentaje

Tabla 2. Contenido de cada sesión, común a ambos programas

	TEMA	CONTENIDO
Sesión 1	Introducción. La fibromialgia	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre la fibromialgia. - Psicoeducación sobre el funcionamiento del dolor.
Sesión 2	El dolor crónico y las distorsiones cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre el funcionamiento del dolor. - Factores que lo agravan. - Identificación de distorsiones cognitivas. - Técnica de relajación: respiración abdominal.
Sesión 3	Las emociones	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre las emociones. - Pautas de gestión emocional saludable. - Técnica de relajación: el jardín privado.
Sesión 4	Impacto de la enfermedad. Estrategias para la vida cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategias de uso cotidiano: marcarse un ritmo, priorizar, pedir ayuda, establecimiento de metas realistas, estrategia de resolución de problemas. - Reflexión sobre metas vitales. - Técnica de relajación: relajación por autosugestión.
Sesión 5	Impacto de la enfermedad en las relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de estilos de comunicación. - Pautas de asertividad. - Técnica de relajación: respiración atenta.
Sesión 6	Repaso y recaídas	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso de lo aprendido. - Elaboración de plan de acción para futuros brotes. - Repaso de la técnica de relajación más votada por los participantes.

Tabla 3. Contenido específico del programa B

	TEMA
Sesión 1	Justificación del uso del dibujo como una herramienta que favorece la expresión emocional, la distracción cognitiva y sirve como actividad relajante y de ocio.
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> - Representa lo que es para ti el dolor con un dibujo, una mancha de color, garabato... Se comentan los dibujos. - Teniendo en cuenta las variaciones del dolor en función de los factores que hemos visto, retoca el dibujo para que represente un dolor manejado. Se comentan los dibujos.
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> - Representa la tristeza con un dibujo, una mancha de color, un garabato... Se comentan los dibujos. - Piensa en la última vez que te sentiste triste, cómo te hacían sentir esos pensamientos, las sensaciones físicas... mira el dibujo y retócalo para que represente o integre tu experiencia. Se comentan los dibujos.
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> - Piensa en los cambios que has experimentado con la enfermedad y representa cómo te hacen sentir con un dibujo, una mancha de color, un garabato... Se comentan los dibujos. - Teniendo en cuenta las diferentes estrategias que se pueden utilizar, coge el dibujo y modifícalo para integrar en él la sensación de tener cierto control sobre los cambios. Se comentan los dibujos.
Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> - Piensa en cómo te hacen sentir los cambios que has experimentado en tus relaciones sociales y represéntalo con un dibujo, mancha de color, garabato... Se comentan los dibujos. - Teniendo en cuenta que con la propia conducta podemos modular las interacciones, modifica el dibujo anterior para integrar en él la sensación de control. Se comentan los dibujos.
Sesión 6	<ul style="list-style-type: none"> - Piensa sobre tu futuro y representa la sensación que te hace sentir con un dibujo, una mancha de color, un garabato... Se comentan los dibujos. - Fíjate en tu dibujo, si te gusta lo que has dibujado déjalo así; en caso contrario, modifícalo para que represente algo con lo que te sientas a gusto. Se comentan los dibujos.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones directas de todas las variables objeto de estudio

		Grupo A (N=22)		Grupo B (N=22)	
		Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Funcionalidad (FIQ)	Pre	75,6136	7,96341	77,6827	7,80268
	Post	60,7873	11,13889	62,4377	10,70258
Percepción del dolor (EVA)	Pre	7,9545	1,04550	8,5000	1,10195
	Post	6,5455	1,33550	6,7273	0,93513
Ansiedad (HADS ans.)	Pre	13,6364	3,03229	14,9545	3,24371
	Post	9,4091	2,40355	10,1364	2,79958
Depresión (HADS depr.)	Pre	11,5455	3,63485	13,2273	3,76616
	Post	8,2273	2,70681	9,5909	2,90581
Miedo al movimiento (TSK)	Pre	29,7727	6,16389	31,2727	5,58213
	Post	24,0455	4,33675	25,6364	5,40322
Afrontamiento activo (ICAF act.)	Pre	45,8636	19,19150	38,6364	18,32133
	Post	64,8182	11,64816	57,0909	17,30100
Afrontamiento pasivo (ICAF pas.)	Pre	41,7273	14,64885	37,4091	10,43481
	Post	47,6364	11,52862	41,0909	13,12544
Catastrofismo (PCS)	Pre	35,2273	8,90656	35,7273	7,94134
	Post	25,2727	9,34106	26,7727	7,45738
Autoeficacia (CADC)	Pre	81,7273	25,72600	67,9091	30,99756
	Post	109,1818	22,88197	98,7273	27,00473

N: número de participantes; Pre: pretratamiento; Post: postratamiento.

Tabla 5. Análisis de varianza en cada una de las áreas objeto de estudio

		F	Significación (p)	Eta parcial al cuadrado (η)
Funcionalidad (FIQ)	FIQ	140,052	,000	,769
	FIQ*Grupo	,027	,0870	,001
Percepción del dolor (EVA)	EVA	71,757	,000	,631
	EVA*Grupo	,937	,339	,022
Ansiedad (HADS ans.)	HADSans	220,882	,000	,840
	HADSans*Grupo	1,920	,337	,022
Depresión (HADS depr.)	HADSdepr	99,815	,000	,704
	HADSdepr*Grupo	,209	,650	,005
Miedo al movimiento (TSK)	TSK	78,971	,000	,653
	TSK*Grupo	,005	,944	,000
Afrontamiento activo (ICAF act.)	ICAFact	97,277	,000	,698
	ICAFact*Grupo	,017	,896	,000
Afrontamiento pasivo (ICAF pas.)	ICAFpas	8,515	,006	,169
	ICAFpas*Grupo	,459	,502	,011
Catastrofismo (PCS)	PCS	127,274	,000	,752
	PCS*Grupo	,356	,554	,008
Autoeficacia (CADC)	CADC	83,400	,000	,665
	CADC*Grupo	,278	,601	,007

Figura 1. Gráfica de interacción de la variable de estrategias de afrontamiento pasivo

