



Facultad de Psicología

Trabajo de
fin de grado

Modalidad 1
“Trabajos de revisión bibliográfica”

Estrategias de
afrontamiento en la
fibromialgia.

Alba López Riopedre

Grado en Psicología

Año 2014

Trabajo de Fin de Grado presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Grado en Psicología.

Resumen

Objetivos: La fibromialgia es una enfermedad crónica que expone a quién la padece a altos niveles de estrés, es por eso que la literatura ha destacado el papel de las estrategias de afrontamiento como mecanismo de adaptación, manejo y control del estrés producido por el dolor crónico. El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las personas que padecen FM, teniendo en cuenta si estas varían en función de la edad y/o del sexo así como su relación con el curso de la enfermedad (dolor y síntomas comórbidos tanto físicos como psicológicos) y la calidad de vida de los pacientes.

Método: Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en las bases de datos MEDLINE, PsychINFO y Google Academic. El cribado de los artículos se ha realizado teniendo en cuenta tres criterios de inclusión: artículos publicados desde enero del 2000 hasta febrero del año 2014, cuya población fuese adulta (mayores de 19 años) y publicados en inglés o español. Se excluyeron los trabajos cuya temática era una intervención médica o psicológica o el estudio de propiedades psicométricas de instrumentos de afrontamiento y aquellos cuya población era inferior a 20. Un total de 37 artículos cumplía todos los criterios de los que se ha tenido acceso a 20.

Resultados: Los resultados han mostrado que las estrategias menos utilizadas son las evitativas, con la excepción del catastrofismo que a pesar de ser evitativa se encuentra junto con las estrategias aproximativas, entre las más utilizadas. Los pacientes con FM más jóvenes utilizan más estrategias centradas en las emociones y evitativas, en comparación con los de edad más avanzada. No se ha estudiado la relación entre estrategias de afrontamiento y el sexo del paciente y son pocas también las investigaciones que analizan las relaciones entre estrategias de afrontamiento y síntomas comórbidos físicos, en base a las cuales se puede concluir que las estrategias evitativas, tanto centradas en el problema como en la emoción correlacionan positivamente con sintomatología comórbida física y las evitativas centradas en la emoción correlacionan positivamente con sintomatología depresiva y ansiosa. No existe consenso acerca de la influencia de las estrategias de afrontamiento en el dolor pues mientras algunos estudios no encuentra relación otros señalan que el afrontamiento centrado en los problemas aproximativo se asocia a menor dolor y el afrontamiento evitativo a mayor dolor. Tampoco existe acuerdo en cuanto a la relación entre estrategias de afrontamiento y calidad

de vida, pues si bien algunos trabajos coinciden en señalar que las estrategias de afrontamiento centradas en los problemas y en las emociones no correlacionan con calidad de vida, otros apuntan a que las estrategias centradas en la emoción sí correlacionan positivamente con calidad de vida.

Conclusiones: Aunque aún se requieren más estudios los resultados obtenidos muestran que las estrategias de afrontamiento se relacionan con los síntomas y depresión y ansiedad en población con fibromialgia y que también pueden desempeñar un papel modulador en el curso de la enfermedad así como en la calidad de vida de quienes la padecen, por lo que se deberían tener en cuenta en futuras intervenciones con estos pacientes.

Palabras clave:

Estrategias de afrontamiento, fibromialgia, dolor, calidad de vida.

Abstract

Objective: Fibromyalgia is a chronic disease and who suffers are exposed to high levels of stress, that's why the literature has highlighted the role of coping strategies as a coping mechanism, management and control the stress caused by chronic pain. The aim of this review is to know which coping strategies are the most used by people with FM. We also consider whether these vary according to age and / or sex and its relationship to disease course (pain and comorbid symptoms both physical and psychological) and the quality of life of patients.

Methods: MEDLINE, PsychINFO and Google Academic databases were searched. Screening of articles was made based on three criteria: articles published from January 2000 to February 2014, whose population was adult (over 19 years) and were published in English or Spanish. Those whose subject was a medical or psychological intervention or the study of psychometric properties of instruments for coping and those whose population was less than 20 were excluded. A total of 37 articles met all the criteria that have been accessed to 20.

Results: The results showed that the strategies less used are avoidance, with the exception of catastrophism that although it is an avoidant coping strategy, is the most commonly used along with approximate strategies. Younger FM patients use more emotion-focused strategies and avoidant, compared to the older patients. It has not been studied the relationship between coping strategies and the sex of the patient and few studies examine the relationship between coping strategies and comorbid symptoms but it can be concluded that avoidant strategies both problem-focused and emotion-focused correlated positively with comorbid symptomatology and avoidant coping strategies emotion-focused correlated positively with depressive and anxiety symptoms. There is no agreement about the influence of coping strategies in pain because while some studies find no relationship other studies indicate that the approximate coping problems-focused associated with less pain and avoidant coping with increase pain. There is no agreement as to the relationship between coping strategies and quality of life, because although some studies are agree that coping strategies problems-focused and emotions-focused do not correlate with quality of life, others suggest that strategies emotion-focused itself positively correlated with quality of life.

Conclusions: Although further studies are required the results obtained in this review show that the coping strategies symptoms related to anxiety and depression in patients with fibromyalgia and may also play a modulatory role in the course of the disease and the quality of life of sufferers , so that should be considered in future interventions with these patients.

Key words:

Coping strategies, fibromyalgia, pain, quality of life.

Índice

Resumen	2
Abstract	4
Índice	6
1. La fibromialgia: diagnóstico, manifestaciones clínicas y estrategias terapéuticas. ...	7
2. Estrategias de afrontamiento en la fibromialgia	12
3. Justificación y objetivos del estudio	18
Metodología	19
Resultados.....	20
1. Instrumentos más utilizados para medir estrategias de afrontamiento.	32
2. Frecuencia de utilización de las estrategias de afrontamiento.	33
3. Diferencias en la utilización de estrategias de afrontamiento en función del sexo y la edad.	34
4. Estrategias de Afrontamiento y dolor.	35
5. Estrategias de Afrontamiento y síntomas comórbidos.....	37
6. Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad/Depresión	37
7. Estrategias de afrontamiento y calidad de vida: funcionamiento físico, psicológico, social y percepción de salud en general.	38
Discusión.....	40
Conclusiones	47
Referencias bibliográficas	49
Índice de figuras	57
Índice de tablas	58

Introducción

1. La fibromialgia: diagnóstico, manifestaciones clínicas y estrategias terapéuticas.

La fibromialgia (FM) es una afección reumática que se caracteriza por dolor músculo-esquelético generalizado en ausencia de una patología que explique los síntomas que presenta el paciente. Aunque se tienen referencias de síntomas de dolor generalizado músculo-esquelético desde la antigüedad, no fue hasta el siglo XIX, cuando se describieron más detalladamente los síntomas que hoy conforman el llamado síndrome de fibromialgia.

El término "fibromialgia" fue acuñado en el año 1976 de la mano de Hensch para "destacar la presencia de fenómenos musculoesqueléticos dolorosos sin signos inflamatorios, en los que aparecen puntos dolorosos donde el umbral del dolor es mucho menor que en personas sanas" (pp. 290), pero no será hasta el año 1990 cuando el Colegio Americano de Reumatología establezca los criterios diagnósticos, permitiendo así una definición más precisa de la enfermedad y su identificación como tal. Siguiendo a Ayán (2009), en 1992 la FM es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) tipificándola con el código M79.0 en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10), siendo reconocida en 1994 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) clasificándola con el código X33.X8a. En el año 2006, la Sociedad Española de Reumatología define la FM como "una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por dolor crónico generalizado que el paciente localiza en el aparato locomotor." (pp. 55).

Según el proyecto Estudio de la Prevalencia de Enfermedades Reumáticas (EPISER) en la población española, realizado en el año 2001 por la Sociedad Española de Reumatología, la prevalencia de la FM se sitúa en torno al 2,4% de la población general mayor de 20 años. Esto supone, en números absolutos, unos 700.000 pacientes afectados. Además, aunque FM puede afectar a personas de todas las edades, es más común en mujeres mayores de 50 años (Branco, Bannwarth, Abello, Blotman, Spaelth et al., 2010; Wolfe, Anderson, Harkness, Bennett, Caro, Goldenberg et al., 1997).

La FM no puede ser diagnosticada a través de pruebas de laboratorio debido a que los resultados de radiografías, análisis de sangre y biopsias musculares presentan resultados normales. Por ello, el diagnóstico se basa en un examen clínico de los síntomas y el estudio

de los músculos de estos pacientes, que revela zonas sensibles al tacto en lugares específicos, llamados puntos sensibles.

Wolfe, Smythe, Yunus, Bennett, Bombardier, Goldenberg, L. et al., (1990) como miembros del Colegio Americano de Reumatología (ACR) estableció los criterios diagnósticos que actualmente se utilizan para determinar la FM y son: Dolor músculo-esquelético crónico y generalizado en cada uno de los cuadrantes del cuerpo (arriba y debajo de la cintura y a ambos lados del cuerpo) durante más de tres meses, ausencia de alteraciones radiológicas y analíticas y presencia de dolor al tacto al menos en 11 de los 18 puntos sensibles (Figura 1), que son áreas muy sensibles para estímulos mecánicos. Para hacer el diagnóstico de FM, deben satisfacerse ambos criterios (dolor difuso y dolor en los puntos sensibles). Cabe destacar que la presencia de un segundo padecimiento no excluye el diagnóstico de FM.

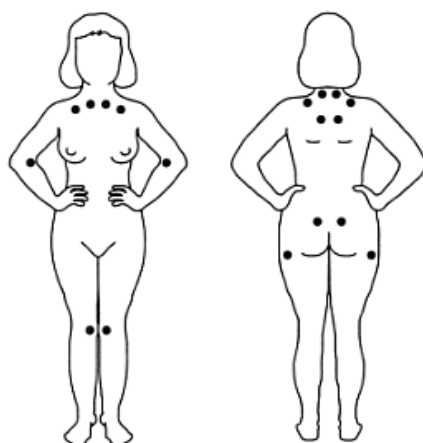


Figura 1. Puntos sensibles de la fibromialgia.

Fuente: Ayán, C. L (2011). Fibromialgia: Características clínicas, criterios diagnósticos, etiopatogenia, clasificación, prevalencia e impacto económico. Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación. *Fibromialgia: diagnóstico y estrategias para su rehabilitación* (pp. 14). Bogotá: Editorial Panamericana.

Yunus (1994) presentó unos criterios diagnósticos distintos, distinguiendo entre criterios de obligado cumplimiento, criterios principales y criterios de menor importancia. Los criterios obligatorios son: dolores generalizados y dolor o rigidez prominente en tres sitios anatómicos durante un período de 3 meses o más, junto con ausencia de causas secundarias, por ejemplo, traumático, reumatológico o infeccioso. En los criterios principales se incluyeron al menos cinco puntos sensibles típicos y consistentes. Y por último, se

consideraron los criterios de menor importancia como: la modulación de los síntomas por la actividad física y / o las condiciones meteorológicas, empeoramiento de los síntomas de estrés, falta de sueño, fatiga general o cansancio, ansiedad, dolor de cabeza crónico, síndrome del intestino irritable, hinchazón subjetiva y entumecimiento. Se diagnosticaría FM si se cumplen todos los criterios obligatorios y los criterios principales y al menos tres criterios menores. Existe relación entre el sistema de clasificación del ACR (1990) y el de Yunus (1994) si bien es cierto que generalmente, son los criterios diagnósticos de ACR publicados en 1990, los más utilizados.

En cuanto a los síntomas propios de la FM, siguiendo a Cancela y Gusi (2010) se establecen distintos niveles de presencia de los síntomas en función de la evaluación del paciente:

Síntomas que aparecen en todos los pacientes diagnosticados de FM: *Dolor generalizado* (su presencia es esencial para el diagnóstico) fluctuante en gravedad, pudiendo intensificarse con el frío, la humedad, los estados de ansiedad, el estrés y el sueño no reparador y la *sensibilidad dolorosa* producida cuando se palpan localizaciones específicas de músculos y tendones, llamadas puntos sensibles.

Hay otros síntomas que también son frecuentes apareciendo en más del 75% de los pacientes como: *Rigidez*, caracterizada por limitación de la movilidad de las articulaciones, matutina o tras el reposo, de duración variable y habitualmente menos intensa que la producida por la artritis reumatoide; *cuadro asténico* que es una fatiga sin causa que la justifique, que suele durar todo el día, pero es más intensa al levantarse por la mañana y puede empeorar con la realización de ejercicio físico inadecuado; *alteraciones del sueño* que se pueden presentar bajo la forma de mioclonus (espasmos musculares en las piernas y en los brazos durante el sueño), lo que provoca un sueño de mala calidad, ligero y con sensación de ausencia de descanso; *disautonomía o síntomas producidos por la disfunción del sistema nervioso autónomo o vegetativo*, que se suele manifestar en forma de hipotensión ortostática (disminución de la presión arterial, producida por un cambio súbito en la posición del cuerpo, generalmente al pasar de estar acostado a estar parado, y usualmente dura sólo unos pocos segundos o minutos).

Por último, existen otros síntomas que aún siendo característicos también de la FM aparecen entre el 30-70% de los pacientes: *Cardiorrespiratorios*; *gastrointestinales* fundamentalmente dificultades en la deglución o colon irritable; *osteomusculares*; *trastornos psicológicos* como depresión, ansiedad e hipocondrías; *trastornos cognoscitivos* especialmente dificultades para concentrarse y lapsos de memoria; *genitourinarios*; *neurológicos* como sensación de mareo, parestesias, cefalea tensional o difusa; y *otros* como el Fenómeno de Raynaud enfermedad que afecta los vasos sanguíneos, sobre todo los de los dedos de las manos y los pies, y que hace que los vasos sanguíneos se contraigan cuando la persona siente frío y estrés), tumefacción subjetiva y síndrome de Sjögren (una enfermedad inflamatoria que afecta muchas partes diferentes del cuerpo, pero con más frecuencia las glándulas lagrimales y salivales). A pesar de la gran variedad de síntomas, los fundamentales en el diagnóstico de la FM son el dolor, rigidez matutina o post-reposo, fatiga, parestesias y alteraciones del sueño.

La descripción de todos esos síntomas pone de manifiesto el gran impacto que puede tener la FM para quienes la padecen, ya que afectan a todos los aspectos de la vida (Busch, Schachter, Overend, Peloso y Barber, 2008). Al ser la FM una afección reconocida recientemente por la Organización Mundial de la Salud, son escasos los estudios longitudinales sobre la misma, si bien los estudios existentes ponen de manifiesto la cronicidad y la fluctuación en la intensidad de los síntomas de esta afección, originando por lo tanto, grados variables de discapacidad y un claro impacto sobre la calidad de vida (Munguía, Legaz, Moliner y Reverter, 2008). De hecho, a pesar de no haberse identificado una patología orgánica que explique el síndrome, estos pacientes perciben un mayor deterioro de su calidad de vida en comparación con otros pacientes con enfermedades reumáticas o crónicas (Burckhardt, Clark y Bennet, 2001; Walker, Keegen y Garder, 1997), lo que a menudo puede llegar a traducirse en depresión o ansiedad (Podell, 2007). Además también son escasos los estudios que señalan una remisión o mejoría de los síntomas después de varios años de seguimiento, tanto en población adulta como infantil. Esto es, la FM es crónica y presenta pocas, y generalmente transitorias, remisiones (Bengtsson y Henriksson, 1994; Hawley y Wolfe, 1991; Ledingham, Doherty, y Doherty, 1997; Norregaard, Volkmann y Dannekiold-Samsoe, 1995).

En base a esto, y a la desconocida etiología del síndrome, parece lógico pensar que los muchos enfoques de tratamiento que se han desarrollado únicamente tienen como objetivo

último atender aquellos déficits que la enfermedad ocasiona en quien la padece, pero sin ser en ningún caso tratamientos curativos.

En cuanto a los tratamientos, actualmente se ha ido abandonado progresivamente el enfoque tradicional basado en la reducción de los síntomas a través de enfoques de administración médica o de autogestión para centrarse en los programas de manejo de dolor multidisciplinares que constituyen el tratamiento de elección en estos pacientes (Okifuji, Turk y Sherman, 2000). El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, publicó en el año 2011 un consenso sobre la FM en el cual se establecen los siguientes tratamientos:

- *Tratamiento farmacológico:* Al no haber fármacos específicos para la FM, el tratamiento de estos pacientes debe ir dirigido hacia dos objetivos: el control del dolor y el control de los otros síntomas. Las intervenciones terapéuticas exclusivamente farmacológicas son insuficientes. En general, la medicación continuada para el dolor pierde progresivamente su eficacia, y a su vez, da lugar a la aparición de efectos secundarios. Lo más indicado es su combinación con otro tipo de intervenciones cognitivo-comportamentales, ejercicio físico y terapia ocupacional.

- *Medidas educativas y sociales:* Se debe proporcionar información adecuada para que el paciente y su familia puedan ponderar la situación sobre el diagnóstico, el tratamiento y pronóstico de la FM, siendo la educación un componente esencial y prioritario en el tratamiento de la FM.

- *Tratamiento rehabilitador y físico:* El tratamiento debe ser individualizado y adaptado al paciente teniendo en cuenta el dolor, la disfunción muscular y la incapacidad funcional secundaria al dolor. Se recomiendan programas de ejercicio físico aeróbico de bajo impacto, con una intensidad inicial baja o programas mixtos (combinando ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento muscular).

- *Tratamiento psicológico:* Toda intervención psicológica completa debe incluir programas de modificación del comportamiento dirigidos a aumentar el nivel funcional para las tareas cotidianas: relajación y entrenamiento en técnicas de biofeedback dirigidos a reducir la actividad emocional y la tensión muscular excesiva y terapia cognitiva que incluye técnicas de distracción y de transformación imaginativa del dolor y del contexto, así como técnicas de reestructuración cognitiva enfocadas a modificar las creencias y las atribuciones negativas sobre el dolor y a promover la sustitución de las estrategias de afrontamiento no adaptativas.

2. Estrategias de afrontamiento en la fibromialgia

El hecho de padecer una enfermedad crónica, que afecta todas las áreas de la vida como es la FM, supone que los pacientes estén expuestos a una situación de tensión crónica. Siguiendo a Lazarus y Folkman (1986) la enfermedad puede ser percibida como potencialmente estresante llevando a cabo dos evaluaciones. En la "evaluación primaria" se analiza si el hecho (en este caso la FM) es positivo o no, y además, en el caso que no lo sea, se valora en qué medida esa situación es dañina en la actualidad, amenazante para el futuro o un reto potencial. A continuación, se produce una "evaluación secundaria", en la que se analizan las capacidades del organismo para afrontarlas y serán los que con más probabilidad susciten reacciones de estrés, en la medida en la que el paciente considere que la demanda excede a sus recursos.

En la evaluación primaria, los pacientes con FM son más propensos a atribuir mayor importancia a sus condiciones de salud que las personas con otro tipo de enfermedades crónicas como artritis reumatoide o osteoporosis (Boissevain y McCain, 1991; Zautra, Hamilton y Burke, 1999), y además, presentan más probabilidades de valorar los síntomas como más graves y estresantes que otros grupos. Por otra parte, estresores impredecibles, como el dolor, producen incertidumbre, generando que dichos estresores se evalúen como amenazantes o preocupantes, y aumentando por lo tanto, la percepción de que los síntomas son difíciles de afrontar. Distintas variables pueden modular esta evaluación primaria interviniendo en la percepción de la FM como una situación de estrés de los pacientes. Cohen y Edwards (1989) establecen las siguientes variables:

-Duración: una enfermedad crónica, aún pudiendo mejorar determinados síntomas, se mantiene a lo largo de toda la vida. Es por eso que la FM se convierte en sí misma en un estresor para quienes la padecen.

-Gravedad: la enfermedad limita la movilidad en el desarrollo de una actividad laboral completa. Esta afectación que sufren el área personal, laboral y social e estos pacientes es lo que le confiere a la FM el calificativo de síndrome grave y estresante.

-Impredictibilidad: los pacientes con FM suelen percibir el dolor como difuso e impredecible, es decir, nunca saben si su estado de salud del día se mantendrá o cambiara al día siguiente.

-Creencias: pueden ir desde la capacidad percibida para controlar el dolor, hasta la tendencia a concebirlo de forma catastrófica. En este último caso se aprecia una mayor

tendencia a manifestar disfunciones físicas y psicosociales (Lázaro, Boch, Torrubia y Baños, 1994).

- Incertidumbre: Mishel (1990) define la incertidumbre en la enfermedad como:

La "incertidumbre en la enfermedad" es la incapacidad para determinar el significado de los acontecimientos relacionados con la enfermedad que se producen en situaciones en las que el tomador de decisiones no puede asignar valores definitivos a los objetos y eventos y / o no es capaz de predecir con precisión los resultados porque faltan señales suficientes. (pp. 256)

-Impotencia: se produce como consecuencia de la impredecibilidad e incontrolabilidad de la enfermedad. Pacientes con FM perciben que tienen menos control sobre su condición de que los que padecen artritis reumatoide (RA) o lupus (Smith, Christensen, Peck y Ward, 1994).

En estas condiciones, se lleva a cabo la evaluación secundaria, cuyo resultado suele ser una disminución en la percepción en el paciente con FM de que puede hacer frente de manera adecuada al factor estresante que suponen los síntomas (Johnson, Zautra y Davis, 2006). Esta evaluación de eficacia puede afectar directamente a los síntomas de dolor y al ajuste psicológico al dolor crónico (Barlow, Cullen y Rowe, 2002; Lefebvre et al., 1999).

Los pacientes con FM entonces deben poner en marcha una serie de mecanismos que les permitan enfrentarse del mejor modo posible a esa situación estresante que supone la propia enfermedad, esto es, utilizan "estrategias de afrontamiento" que son definidas como "esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164). Existen distintas clasificaciones de estilos de afrontamiento en función de qué tipo de parámetros se utilicen, las más importantes son:

- Según el foco, (Lazarus y Folkman, 1986), las estrategias de afrontamiento pueden ser: *Afrontamiento orientado a la emoción* que engloba los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema. Son estrategias de regulación emocional: Reevaluación positiva (percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante), escape-avoidance (empleo de un pensamiento irreal improductivo), distanciamiento (intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno) y autocontrol (esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas

emocionales). El afrontamiento centrado en las emociones tiene más probabilidades de ser adaptativo cuando el individuo tiene poco control sobre el suceso o si sus recursos para abordarlo son reducidos.

Afrontamiento orientado al problema que es aquel dirigido a manejar o alterar la relación perturbadora entre la persona y su circunstancia mediante la solución de problemas, la toma de decisiones y/o la acción directa. Algunas de estas estrategias son: confrontación (intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas), planificación (pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema) y búsqueda de apoyo social (acudir a otras personas como amigos, familiares... para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional). Pueden dirigirse tanto al entorno como a uno mismo. El afrontamiento centrado en el problema tiene más probabilidades de ser adaptativo cuando se puede hacer algo para alterar o controlar el suceso que provoca el estrés. Coolidge, Segal, Hook y Stewart (2000) añaden un tercer tipo de afrontamiento llamado *afrontamiento disfuncional* en el que se engloba la negación, la distracción, la auto-culpa, el consumo de sustancias y la expresión de sentimientos.

Atendiendo al “foco” podemos clasificar las conductas de afrontamiento de otro modo: *Afrontamiento orientado a la situación*, *afrontamiento orientado a la representación* (referido a acciones ejecutadas para cambiar la representación cognitiva de la situación, que puede implicar búsqueda o supresión de la información) y *afrontamiento orientado a la evaluación* (incluye operaciones dirigidas a la estructura de metas o a la valencia subjetiva de la situación).

- Según el tipo de proceso: Martín, Jiménez y Fernández-Abascal (2000) clasifica las estrategias en cognitivas y conductuales/comportamentales. Las *estrategias cognitivas* son aquellas en las que el afrontamiento del problema se realiza mediante cogniciones e incluyen: minimización del problema, distracción, comparaciones sociales, reestructuración cognitiva, realce de la eficacia, consideración de las consecuencias, aceptación o resignación... Las *estrategias conductuales* se refieren a acciones que tienen que ver con el intento de tomar decisiones y cambiar la situación problemática, llevando a cabo conductas que la persona supone adecuadas para ello. La solución de problemas, la búsqueda de apoyo social, las acciones directas tales como la toma de la medicación...son ejemplos de estrategias conductuales.

- Según el método: Una clasificación común distingue estrategias activas y pasivas (Brown y Nicassio, 1987; Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991). *Estrategias activas/aproximativas* incluyen todas aquellas estrategias de confrontación y enfrentamiento del problema que está generando el estrés, o a las emociones negativas concomitantes. Es decir, son las respuestas que implican intentos de aliviar o controlar el dolor caracterizándose por una creencia de control interno y acciones instrumentales. Son estrategias activas en el contexto del dolor crónico: Planificación, actividades de estimulación. En contraste, las *estrategias pasivas* conllevan generalmente a la tendencia a evitar la actividad caracterizándose por una creencia de control externo (Jensen et al., 1991), permaneciendo el individuo en espera y/o duda. Impotencia, pensamientos catastróficos (Nicholas, Wilson, y Goyen, 1992) y reposo son ejemplos de estrategias pasivas. Por último, las *estrategias evitativas* incluyen todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que permiten escapar de, o evitar, la consideración del problema o las emociones negativas concomitantes.

- Según el momento: Siguiendo a Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig (1993) si atendemos al momento en el que se emiten encontramos dos respuestas de afrontamiento diferentes. El *afrontamiento anticipatorio o preventivo* que implica conductas de solución de problemas (afrontamiento comportamental) que ayudarían a prepararse para el acontecimiento demandante, esfuerzos para cambiar la interpretación o la importancia percibida de una situación (afrontamiento cognitivo), y esfuerzos para evitar la ocurrencia de acontecimientos estresantes. El *afrontamiento restaurativo* que implica el uso de estrategias cognitivas o comportamentales para enfrentarse con las dificultades en la medida en que los acontecimientos se van presentado.

- Según la amplitud (Vázquez, Crespo y Ring, 2003): si nos fijamos en la amplitud o grado de generalidad de las respuestas podríamos clasificarlas en *generales/globales* o *específicas*. Es decir, se pueden ejecutar conductas con una funcionalidad “global”, que permiten reducir o manejar categorías de estresores, o se pueden ejecutar conductas que específicamente pretendan manejar un estresor específico.

El uso de estrategias de una u otra clasificación no son excluyente, pudiendo ser utilizadas de forma combinada. Savelkoul, Post, de Witte y van den Borne (2000) llevaron a cabo una clasificación de las estrategias de afrontamiento que tomamos como referencia para la revisión llevada a cabo en este trabajo (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de las estrategias de afrontamiento.

	Aproximación	Evitación
Afrontamiento centrado en los problemas	<ul style="list-style-type: none"> -Afrontamiento de aproximación: resolución de problemas. -Búsqueda de información -Afrontamiento activo: afrontamiento directo de la situación - Afrontamiento centrado en el problema: búsqueda de apoyo social, resolución de problemas, enfrentar el problema. 	
Afrontamiento centrado en las emociones	<ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento de aproximación: reevaluación positiva - Reestructuración cognitiva - Afrontamiento activo: pensamientos tranquilizadores - Afrontamiento centrado en el problema: reevaluación positiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento evitativo: prepararse para lo peor, desquitarse con los demás, tratar de reducir la tensión comiendo y/o fumando. - Afrontamiento evitativo: evitación cognitiva y descarga emocional - Hacerse ilusiones - Afrontamiento emocional: Reacciones deprimido, ira, evitación - Afrontamiento pasivo del dolor - Afrontamiento centrado en las emociones: distanciamiento, escapar / evitación, aceptación la responsabilidad

Nota: Fuente: Savelkoul et al. (2000). Social support, coping and subjective well-being in patients with rheumatic diseases. *Patient education and counseling* 39, pp. 207

La literatura ha destacado el papel de las estrategias de afrontamiento como mecanismo de adaptación, manejo y control del estrés producido por el dolor crónico, aunque no todas de la misma manera, pudiendo ser adaptativas o desadaptativas. De este modo, Brown y Nicassio (1987) consideraban adaptativas las estrategias activas debido a que estas se dirigen a controlar el dolor y consideraban desadaptativas las estrategias pasivas debido a que estas ceden a otros el control del dolor y hacen que este deteriore otras áreas de la vida

del paciente. No obstante cabe señalar que las estrategias son adaptativas y desadaptativas en función de sus consecuencias inmediatas y a largo plazo en relación con el dolor experimentado por el paciente, la función física, el funcionamiento psicosocial, o una combinación de los tres.

En el caso concreto de la FM los pacientes, a pesar de que no existe una tendencia clara, suelen utilizar en mayor medida estrategias pasivas en comparación con otros pacientes con dolor crónico (Mellegård, Grossi y Soares, 2001) y este afrontamiento muestra una importante relación con la salud (Lledó-Boyer et al., 2010), concretamente la estrategia pasiva "catastrofismo", se asocia con mayor dolor (Brown, Nicassio y Wallston, 1989; Keefe y Williams, 1990), depresión (Brown y Nicassio, 1987; Snow-Turek, Norris, Tan, 1996; Sullivan y D'Eon, 1990), discapacidad y peor ajuste psicológico (Manne y Zautra, 1990).

En el año 2001, Pastor, Lledó, Martín-Aragón, López-Roig y Rodríguez-Marín, realizaron una revisión de todos los trabajos empíricos desarrollados a lo largo de la década de los 90 con la finalidad de averiguar el patrón característico en la utilización de las estrategias de afrontamiento de los pacientes con FM y cómo estas afectaban a la enfermedad.

Los resultados que se obtuvieron en este estudio muestran que el afrontamiento pasivo no fue predictor significativo del impacto físico en ninguno de los estudios revisados (Nicassio y Radojevic, 1993; Nicasio, Schoenfeld-Smith, Radojevic y Schuman, 1995a; Nicassio et al., 1997) siendo únicamente las estrategias "*Afrontamiento activo*" y "*Catastrofismo*" los únicos predictores de impacto físico. No sorprende que el catastrofismo, definido como autoafirmaciones y pensamientos negativos sobre el futuro, prediga mayor impacto, pero sí que los otros dos constructos lo hagan. La posible explicación a esto recae en que estos dos tipos de afrontamiento forman parte de un patrón general de excesiva actividad y que podría contribuir al dolor crónico (Nicassio y Radojevic, 1993). Con respecto a las posibles relaciones entre afrontamiento e impacto emocional en general, las estrategias que implican esfuerzos activos (como el autocontrol y pensamientos racionales) para afrontar el dolor se han asociado a menor impacto emocional (Nicassio y Radojevic, 1993; Nicassio et al., 1995a; Zautra et al., 1999). Por último, se analizó también como el afrontamiento influye en los síntomas de la enfermedad encontrándose que el afrontamiento activo y los intentos de afrontamiento se asocian significativamente con una mayor percepción de intensidad del dolor (Nicassio y Radojevic, 1993; Nicassio et al., 1995a), pudiendo ser debido a que, en estos estudios el afrontamiento activo implicaba necesariamente un aumento de la actividad

por parte del paciente y esto podría aumentar sus niveles de dolor. Todos estos resultados hacen replantearse que esta patología se pueda mantener la etiqueta de las estrategias activas son "adaptativas o eficaces" (Brown y Nicassio, 1987). Es posible que la combinación de tipos de afrontamiento activos y pasivos regule mejor la adaptación en la FM, sobre todo teniendo en cuenta que ambos son constructos diferentes y no polos opuestos de una misma dimensión (Snow-Turek et al., 1996).

3. Justificación y objetivos del estudio

La alta prevalencia de la FM, junto con el escaso conocimiento de la etiología y de los mecanismos implicados, la ausencia de un tratamiento eficaz, la insatisfacción de los pacientes en su abordaje y el marcado deterioro en la calidad de vida de quien la padece, indica que nos encontramos ante un importante problema de salud pública (Rivera et al., 2006) y que por tanto es necesario profundizar en su estudio, así como en el de todas aquellas variables que puedan estar relacionadas y que ayuden a mejorar el bienestar físico y emocional de estos pacientes. Boissevain y McCain (1991) señalan que el enfoque más utilizado para entender e investigar la FM es el biopsicosocial, ya que, aunque no se conozca con detalle la etiología de la FM, es imprescindible el estudio conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales para su correcta evaluación y tratamiento (Aaron y Buchwald, 2003).

Sabiendo que la FM es una enfermedad crónica, parece lógico pensar que los que la padecen están sometidos a una situación estresante de forma continua. En este contexto, en los últimos años ha aparecido una abundante literatura en la que se evaluaban las estrategias de afrontamiento como modulador en los procesos de adaptación a esta enfermedad. Sin embargo, desde la revisión llevada a cabo por Pastor et al. en el año 2001 no se dispone de ningún trabajo que recoja de forma sistemática la investigación llevada a cabo, razones que han propiciado este trabajo de revisión.

Los objetivos de este estudio son: 1) Conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las personas que padecen FM, teniendo en cuenta si estos varían en función de la edad y/o del sexo; 2) Estudiar la relación entre las estrategias de afrontamiento y dolor, síntomas de ansiedad y depresión y síntomas comórbidos físicos y 3) Determinar la relación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida de los pacientes.

Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica acerca del afrontamiento en FM, se han identificado los artículos empíricos relacionados con esta temática, publicados desde enero del 2000 hasta febrero del año 2014, ambos inclusive.

Se ha realizado una búsqueda sistematizada en las bases de datos MEDLINE, PsychINFO y Google Academic, utilizando como descriptores la patología objeto de estudio de búsqueda "fibromialgia"/ " fibromyalgia" y el constructo psicológico "coping", incluidos en los campos: Título (TI) y Abstract (AB).

El cribado de los artículos se ha llevado a cabo teniendo en cuenta tres criterios de inclusión: el idioma (sólo incluidos los publicados en inglés y español), la fecha de publicación (artículos posteriores al año 2000) y la edad de la población estudio (adultos mayor de 19 años).

Atendiendo a estos criterios y una vez eliminados los solapamientos se han encontrado 145 publicaciones en la base de datos Medline, 68 en Psyinfo y 3 en Google Academic, siendo una de ellas una revisión de estudios empíricos. Esto hace un total de 216 publicaciones.

Una vez revisados los abstracts de cada una de las publicaciones encontradas, se han seleccionado los artículos en los que se estudia la relación entre afrontamiento y el curso clínico de la enfermedad y la calidad de vida de los que la padecen.

Se han excluido aquellos estudios en los que el tamaño de la muestra era inferior a 20, en los que las variables de coping se consideraban como variables dependientes en un proceso de intervención médica o psicológica y los que se estudiaban las propiedades psicométricas de los instrumentos de afrontamiento.

Un total de 37 artículos cumplían todos los criterios de los que se ha tenido acceso directo a 20, los cuales fueron utilizados para la realización de este trabajo.

Resultados

Las principales características de los artículos empíricos que analizan las estrategias de afrontamiento en la FM y que fueron incluidos en esta revisión aparecen recogidos en la tabla 2.

Tabla 2. Características de los estudios empíricos que evalúan las estrategias de afrontamiento en pacientes con FM.

AUTORES	PARTICIPANTES	OBJETIVOS	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Savelkoul et al. (2000)	N= 628 pacientes con enfermedades reumáticas. Edad media: 53; Rango de edad: 40-66 años 65.4% mujeres	Estudiar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social, así como otras variables psicosociales y de la salud.	- SIP68 - Utrecht Coping Questionnaire - SSL - Loneliness Scale	- Los pacientes con FM utilizan más estrategias de afrontamiento que la población sana. - El tipo de afrontamiento más utilizado es el afrontamiento activo (afrontamiento centrado en el problema), seguido de búsqueda de apoyo social y por último, evitación. El afrontamiento activo correlaciona positivamente con bienestar, búsqueda de apoyo social y estado de salud funcional. Y negativamente con soledad y dolor. - El afrontamiento evitativo correlaciona negativamente con bienestar, estado de salud funcional y afrontamiento directo. Y positivamente con cansancio, dolor y soledad.
Lillemor et al. (2000)	N= 22 mujeres con fibromialgia. Edad media: 43 Rango edad: 22-60 años.	Conocer qué significa para los pacientes padecer fibromialgia: dolor y sus características, estrategias de afrontamiento más utilizadas y reacciones afectivas y comportamentales.	- Entrevista	-Las estrategias de afrontamiento activas (centrados en el problema) más utilizadas son: la actividad por iniciativa propia y buscar tratamiento profesional. - Las estrategias de afrontamiento pasivas (centradas en la emoción) más utilizadas son: pasividad, conductas de escape y resignación. - Las estrategias que predominan son las estrategias centradas en la emoción.

Tabla 2. Continuación

AUTORES	PARTICIPANTES	OBJETIVOS	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Amir et al. (2000)	G. E: N=51 mujeres con fibromialgia. Edad media: 48.96; Rango de edad: 40-57 años. G. C1: N= 51 mujeres con artritis reumatoide. Edad media: 46.25; Rango de edad: 13-59 años G.C 2: N= 50 mujeres con dolor de espalda crónico Edad media: 47.12; Rango de edad: 33-68 G.C 3: N= 50 mujeres sanas Edad media:45.66; Rango de edad: 32-58 años.	Conocer las diferencias en las variables estrategias de afrontamiento, ira, riesgo de suicidio y apoyo social en pacientes con FM en comparación con otros grupos de pacientes con dolor crónico.	- CISS - STAI - SSRS - SSS	- Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes con FM son: afrontamiento centrado en la emoción, evitación a través de distracción mediante tareas, evitación a través de distracción social. - El afrontamiento más utilizado por las personas con FM es el centrado en la emoción. - Los pacientes con FM utilizan en mayor medida la evitación que los pacientes con artritis reumatoide (RA). Y utilizan mayor evitación mediante tareas de distracción que los sujetos sanos. - La estrategia menos utilizada pacientes con FM en comparación con las personas sanas es realización de tareas.
Mellegard et al. (2001)	N= 288 mujeres; 81 diagnosticadas de FM, 76 de dolor de cuello/hombros y 131 de dolor de espalda. Edad media: 46; Rango edad: 18-64 años.	Investigar las diferencias en los parámetros de dolor y estrategias de afrontamiento del dolor entre FM, cuello / hombros, y los pacientes con dolor de espalda	- Pain Questionnaire - CSQ	- Pacientes con FM utilizan en más ocasiones como estrategias el catastrofismo y rezar/esperanza que los pacientes con dolor de espalda o cuello. - Pacientes con FM tienen altas puntuaciones en utilización de la estrategias de afrontamiento "desviar la atención". -La estrategia menos utilizada es la reinterpretación cognitiva aunque, es más utilizada que los pacientes con dolor de espalda o cuello. - Pacientes con FM utilizan en mayor medida las estrategias de afrontamiento que los pacientes con dolor de espalda o cuello. La eficacia percibida es menor. - Afrontamiento activo se asocia a más uso de analgésicos.

Tabla 2. Continuación

AUTORES	PARTICIPANTES	OBJETIVOS	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Burckhardt et al. (2001)	N=343 pacientes con fibromialgia. Edad media:44.5; Rango edad: 20-34 (grupo 1), 35-54 (grupo 2) y 55-64 (grupo 3). 87.4% mujeres	Conocer las diferencias de edad en la utilización de estrategias de afrontamiento, calidad de vida depresión, síntomas y percepción de control	- QOLS - CSQ - FIQ - BDI - Rheumatology Attitudes Questionnaire	- Los pacientes con FM de edad media son los que obtienen mayor puntuación en calidad de vida, seguidos de los más jóvenes. Los pacientes mayores presentan una peor calidad de vida. - Los más jóvenes utilizan más estrategias evitativas, más patrones de pensamiento catastrofización, y perciben significativamente menos capacidad para disminuir el dolor que cualquiera de los grupos de mayor edad. - Los jóvenes son los que más estrategias cognitivas utilizan: reinterpretar el dolor e ignorarlo. - Conforme aumenta la edad, las estrategias más utilizadas son el aumento de actividades y la habilidad para controlar el dolor tanto conductual como cognitivamente. - En general, el uso de estrategias de afrontamiento correlacionan positivamente con: longitud de los síntomas, calidad de vida, puntuación en mialgia y estrategias cognitivas de control del dolor.
Cronan et al. (2002)	N= 600 pacientes con fibromialgia Edad media: 53.92; Rango de edad: 43-65 años. 95.3% mujeres	Conocer la relación entre variables psicosociales (afrontamiento, autoeficacia..etc.) y el estado de salud.	- Ways of Coping Questionnaire - Self-efficacy Scale - CES-D -AHI - QWB	- El afrontamiento centrado en la emoción correlaciona positivamente con depresión. Y negativamente con estado de salud, empleo, autoeficacia y altos cuidados de salud. - En cambio, después de un año es el afrontamiento centrado en la emoción el que predice mejor estado de salud. - El afrontamiento centrado en los problemas correlaciona positivamente con altos cuidados en salud y negativamente con impotencia. - Al inicio del estudio, el afrontamiento centrado en la emoción predecía menor estado de salud, en cambio, un año más tarde el mejor predictor era la autoeficacia.

Tabla 2. Continuación

AUTORES	PARTICIPANTES	OBJETIVOS	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Soucase et al. (2004)	N=32 mujeres con fibromialgia Edad media: 46; Rango edad: Entre 20-61 años.	Estudiar las relaciones entre las estrategias de afrontamiento ante el dolor y la calidad de vida en pacientes con fibromialgia	- Escala analógica (0-10) visual y escala Likert (1-5) - CAD - IVC-2R	- Estrategias de afrontamiento más utilizadas: Autoafirmación, búsqueda de información y religión. - Estrategia de afrontamiento menos utilizada: autocontrol mental. - La estrategia de afrontamiento religión correlaciona positivamente con la edad. - El uso de estrategias de afrontamiento pasivas (ej:religión) ante el dolor se asocia con un mayor grado de desadaptación (ansiedad, depresión, pérdida de control). - Ansiedad correlaciona positivamente con el nivel de dolor informado y con la estrategia de afrontamiento religión. Correlaciona negativamente con distracción y autocontrol mental. -No se encuentra ninguna relación significativa entre el índice general de calidad de vida y las estrategias de afrontamiento al dolor.
Reich et al. (2006)	N=51 mujeres con fibromialgia. Edad media: 51.9; Rango de edad: 35-69 años.	Conocer la relación de la incertidumbre en variables como: estrategias de afrontamiento, afecto positivo y negativo e impotencia.	- MUIS - Brief COPE - AHI - PANAS - BCS - VMPCI - MHI	- Las estrategias más utilizadas son las activas y las menos utilizadas las pasivas. - La incertidumbre de enfermedad correlaciona positivamente con las estrategias de afrontamiento evitativas y pasivas. No correlaciona con afrontamiento activo. - La impotencia al dolor correlaciona positivamente con afrontamiento pasivo y evitativo. Y negativamente con afrontamiento activo y directo. - La correlación entre incertidumbre y afrontamiento pasivo y evitativo sigue siendo positiva y significativa aún cuando la impotencia está controlada. - El afrontamiento evitativo correlaciona positivamente con dolor y el afrontamiento aproximativo negativamente.

Tabla 2. Continuación

AUTORES	PARTICIPANTES	OBJETIVOS	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Johnson et al. (2006)	N= 51 mujeres fibromialgia Edad media:52; Rango edad: 35-69 años.	Examinar como la presencia de enfermedad junto con la incertidumbre de exacerbación del dolor afecta a la hora de afrontar las dificultades y qué eficacia tiene dicho afrontamiento.	- MUIS-C - Entrevista inicial - Entrevistas semanales donde se evalúa: El peor dolor (0-100), la dificultad para afrontar los síntomas (1-5) y la eficacia del afrontamiento (1-10). - 8 ítems sobre neuroticismo del John, Donahue y Kentle	- Altos niveles de dolor correlacionan moderadamente con dificultades para afrontar los síntomas. - La dificultad para afrontar los síntomas correlaciona negativamente con la eficacia del afrontamiento. - La incertidumbre de enfermedad no tiene un efecto directo significativo sobre la dificultad para afrontar los síntomas. - La interacción del dolor y la incertidumbre de enfermedad es un predictor significativo de la dificultad para afrontar los síntomas. - Los niveles promedio de dolor más intenso no predijeron una diferencia significativa en el nivel de eficacia de afrontamiento. - Altos niveles promedio de dificultad de afrontamiento predicen niveles más bajos de la eficacia de afrontamiento.
Gaviria et al. (2006)	N=43 pacientes Edad media:55.8; Rango edad: 40-70 años 86 % mujeres	Describir las estrategias de afrontamiento, características de personalidad y dolor percibido de un grupo de pacientes con FM.	- EPI - EEC R - VAS - Cuestionario de Dolor de McGill	- Las estrategias de afrontamiento más utilizadas son: Solución de problemas, religión, búsqueda de apoyo profesional, refrenar afrontamiento y reevaluación positiva. - Las estrategias menos utilizadas son: Reacción agresiva, evitación cognitiva, espera y conformismo. - No existe relación significativa entre las estrategias y el dolor. - La reevaluación positiva correlaciona positivamente con otras estrategias como el control emocional, solución de problemas y refreno del afrontamiento.

Tabla 2. Continuación

AUTORES	PARTICIPANTES	OBJETIVOS	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Dobkin et al. (2006)	N= 156 mujeres con fibromialgia. Edad medida: 51; Rango de edad: 21-73 años.	Explorar si las conductas de afrontamiento evaluados al inicio del estudio moderan el impacto del dolor sobre el estado de salud al inicio del estudio ya los 6 meses después.	- FIQ - MPQ - CHIP SCL-90-R	- Las estrategia de afrontamiento más utilizada es apoyo instrumental (búsqueda de información y consejo) seguida de preocupación emocional. - Las estrategias menos utilizadas son afrontamiento paliativo (reposo) y distracción (evitación). - Sólo afrontamiento aproximativo (respuestas orientadas a tareas tales como búsqueda de información de salud y consejo) correlaciona positivamente con impacto del dolor en el funcionamiento concurrente. - A la hora de predecir el estado de salud de 6 meses, el afrontamiento evitativo (respuestas para aliviar "desagradable", tales como descansar o ponerse cómodo) modifica el impacto del dolor. A mayor uso de estrategias evitativas, menor dolor.
Theadom et al. (2007)	N= 101 pacientes con fibromialgia Edad media: 55; Rango de edad: 26-80 años. 93% mujeres	Explorar el efecto del sueño y el afrontamiento en la calidad de vida en pacientes con fibromialgia.	- PSQI - Brief-COPE - SF-36 - PANAS	- Las estrategias más utilizadas son: aceptación, reinterpretación positiva y planificación. Las menos utilizadas son búsqueda de apoyo emocional y evitación. - Afecto negativo correlaciona con bajo uso de estrategias centradas en la emoción, centradas en el problema y peor calidad de vida. -Estrategias centradas en el problema (afrontamiento activo y búsqueda de apoyo social instrumental) y las centradas en las emociones (reinterpretación positiva y aceptación) se asocian con mayor bienestar emocional. Pero no correlacionan con calidad de vida. - Uso de reinterpretación positiva correlaciona positivamente con afrontamiento activo, planning, búsqueda de apoyo (tanto instrumental como emocional) y uso de la restricción. - Uso de estrategias restrictivas predicen pobre funcionamiento físico. - Afrontamiento activo, planning, aceptación y búsqueda de apoyo (instrumental y emocional) no predicen salud general. - Ni las estrategias centradas en los problemas ni en la emoción correlacionan con dolor.

Tabla 2. Continuación

AUTORES	PARTICIPANTES	OBJETIVOS	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Cuevas et al. (2008)	N= 87 sujetos con fibromialgia Edad media: 45.80; Rango edad: 40-50 años. % mujeres= 90.8	Analizar si los pacientes con diagnóstico de fibromialgia difieren en la adopción de determinadas estrategias de afrontamiento según sus puntuaciones en el rasgo de personalidad ED (evitación del daño)	- TCI-R - Brief- COPE - Entrevista	- Los pacientes con alta evitación del daño hacen un mayor uso de estrategias desadaptativas ("centradas en las emociones") que los de baja evitación del daño. - Los pacientes con mayor evitación del daño utilizan en menor medida estrategias adaptativas (menos uso de "reevaluación positiva" y "humor").
Ablin et al. (2008)	G.E: N=77 sujetos con fibromialgia Edad media:46.3; Rango edad: 22-70 años. % mujeres= 48 G.C1: N= 48 sujetos sanos Edad media: 44.8; Rango de edad: 22-69 % mujeres= 50 G. C2: N= 44 sujetos con PTSD Edad media:46.8; Rango de edad:24-70 años. % mujeres= 41%	Conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes de FM y diferencias en comparación con sujetos sanos y PTSD (trastorno postraumático).	- SCID-NP - CAPS -HAM-D - HAM-A - AECOM	- En general, en comparación con los sujetos sanos, las personas con FM hacen más uso de las estrategias de afrontamiento (minimización, supresión, búsqueda de ayuda, reemplazo, culpa, sustitución e inversión). - Las estrategias más utilizadas por los pacientes con FM en comparación con los sujetos sanos son: Supresión, reemplazamiento, minimización y búsqueda de ayuda. Las menos utilizadas son: Sustitución, inversión y culpa. - Los pacientes con FM y PTSD comórbida utilizan más la estrategia supresión. No existen diferencias significativas en el uso de las otras estrategias.

Tabla 2. Continuación

AUTORES	PARTICIPANTES	OBJETIVOS	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Vallejo et al. (2009)	N= 100 mujeres con fibromialgia Edad media: 47; Rango edad: 23-77 años.	Estudiar de forma descriptiva las relaciones entre las expectativas de autoeficacia, las reacciones emocionales y las estrategias de afrontamiento de los pacientes con FM.	- HADS - CPCI - CPSS	- Las estrategias más utilizadas por los pacientes con FM son: persistencia en la tarea, protegerse, descansar y auto-instrucciones de afrontamiento. La menos utilizadas es relajación. - Existe una relación inversa entre experimentar ansiedad y la autoeficacia global y para el afrontamiento de los síntomas. - Existe una relación inversa entre buen manejo de los síntomas y evitación y descanso. Y una relación directa entre buen manejo de los síntomas y persistencia en la tarea. - Depresión correlaciona negativamente con manejo del dolor y con la estrategia de afrontamiento persistencia en la tarea. - La estrategia descanso correlaciona negativamente con autoeficacia global, física y manejo de síntomas.
Lledó-Boyer et al. (2010)	N=315 mujeres con fibromialgia. Edad media: 49.80	Probar las relaciones entre los constructos control cognitivo, afrontamiento centrado en la enfermedad y las emociones y los resultados en el estado de salud en pacientes con FMS utilizando modelos de ecuaciones estructurales.	- NRS - SIP - HAD - CPSS - MPLC - PHCS - CPCI	- El uso de estrategias de afrontamiento centradas en la enfermedad como "Búsqueda de apoyo" y "Descanso" no correlacionan con intensidad de dolor. - El afrontamiento centrado en la emoción correlaciona positivamente con todas las variables de salud general (depresión, impacto psicológico, impacto psicosocial e intensidad del dolor). - El afrontamiento centrado en la enfermedad correlaciona negativamente con la competencia de salud percibida y autoeficacia. No correlaciona con depresión. - Variables de control cognitivas se correlacionaron significativamente con los resultados del estado de salud.

Tabla 2. Continuación

AUTORES	PARTICIPANTES	OBJETIVOS	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Sánchez et al. (2011)	N=74 pacientes con fibromialgia Edad media: 46.54; Rango edad: 18-65 años. 94.6 % mujeres	Analizar como la percepción de dolor correlaciona con catastrofismo y variables emocionales como ansiedad y depresión	-CPSS - HAD - PASS-20 - PCS - SF-MPQ	- La estrategia de afrontamiento catastrofismo (variables: rumiación, magnificación e impotencia) se asocia con aumento del dolor y disminución de la autoeficacia. - Las expectativas acerca de la autoeficacia para afrontar los síntomas correlaciona negativamente con ansiedad relacionada con el dolor, el catastrofismo, la percepción del dolor y el malestar emocional.
Rodero et al. (2011)	N= 167 pacientes con fibromialgia. (90.4% mujeres) Edad media: 50.6; Rango edad: 18-67 años 90.4% mujeres	Estudiar las estrategias de afrontamiento más utilizadas así como las implicaciones de su utilización, utilizando el CPCI	- Entrevista - VAS - CAPQ - CPCI-42 - HADS - SF-36 - FIQ	- Aceptación correlaciona positivamente con la estrategia persistencia en la tarea , pero negativamente con las estrategias vigilancia, descanso y pedir ayuda. Descanso correlaciona con mayor dolor, número de síntomas, impacto de la fibromialgia, la ansiedad y la depresión y peor vitalidad y peor funcionamiento social. - Relajación predice un mayor número de síntomas y peor salud general. -Búsqueda de apoyo social correlaciona positivamente con impacto de la fibromialgia, dolor y ansiedad, y negativamente con funcionamiento físico. - Persistencia en las tareas se asoció positivamente con el compromiso de actividad, salud general, funcionamiento físico, vitalidad, funcionamiento social. Y negativamente con el impacto de la fibromialgia, ansiedad, depresión y dolor. - Vigilancia correlaciona negativamente con compromiso con la actividad, funcionamiento físico, estado de salud general, vitalidad, funcionamiento social y positivamente con dolor, número de síntomas, impacto de la fibromialgia, ansiedad y depresión. - Las autoverbalizaciones predicen mayor estado de salud general y menos depresión.

Tabla 2. Continuación

AUTORES	PARTICIPANTES	OBJETIVOS	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Pereira y Vázquez. (2012)	N= 76 mujeres con fibromialgia. Edad media: 49.61; Rango edad: 22-75 años.	- Analizar el impacto de la FM en las dimensiones específicas y generales de la calidad de vida. - Identificar los factores sociodemográficos, clínicos y psicológicos que tienen un mayor impacto en la FM.	- HADS - Brief COPE - ESSS - SF-36 - FIQ	- Las estrategias más utilizadas son las centradas en los problemas, seguidas de centradas en las emociones. Las menos utilizadas son las estrategias disfuncionales. - Las estrategias centradas en las emociones se relacionan positivamente con las dimensiones de calidad de vida: Salud general, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. - Las estrategias centradas en los problemas se relacionan negativamente con las dimensiones anteriores y positivamente con FIQ. - Las estrategias disfuncionales no correlacionan con calidad de vida. - La dimensiones menos afectadas de la calidad de vida es la función social, rol emocional y salud mental. Las más afectadas es el rol físico, funcionamiento físico y salud general. - Tras controlar las variables clínicas y psicológicas sólo el afrontamiento centrado en las emociones se relacionó con calidad de vida.
Tommaso et al. (2014)	G.E: N1= 28 pacientes con migrañas Edad media: 40.3; Rango edad: 26-54 años 67.9% mujeres G.C: N1= 23 pacientes con fibromialgia y migrañas. Edad media: 45.3; Rango edad: 36-54 años 87% mujeres	Conocer las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes con FM y compararlas con aquellos que tienen comorbilidad con migrañas.	- BFQ - Brief COPE	- Las estrategias más utilizadas por los pacientes con fibromialgia comórbida con migrañas son: negación y desconexión conductual. - Las menos utilizadas son las estrategias de afrontamiento activas y búsqueda de apoyo social conductual y/o instrumental. - La dimensión de personalidad "dinamismo" (subescala de extroversión) correlaciona negativamente con la estrategia negación.

Nota: **AECOM:** Coping Style Questionnaire; **AHI:** Arthritis Helplessness Index; **BCS:** Brief Cope Scale; **BDI:** Beck Depression Inventory; **CAD:** Cuestionario de afrontamiento al dolor; **CAPQ:** Chronic pain acceptance questionnaire; **CAPS:** Clinician Administered PTSD Scale; **CHIP:** Coping With Health Injuries and Problems Scale; **CES-D:** Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale; **CISS:** Coping Inventory for Stressful Situations; **COPE Inventory:** Escala multidimensional de evaluación de los estilos generales de afrontamiento; **CPCI-42:** The Chronic Pain Coping Inventory-42; **CPSS:** Chronic Pain Self-efficacy Scale; **CSQ:** Coping Strategies Questionnaire; **EECR:** Escala de estrategias de afrontamiento; **EPI:** Inventario de personalidad de Eysenck; **ESSS:** Social Support Scale; **FIQ:** Fibromyalgia Impact Questionnaire; **FM:** Fibromialgia; **HADS:** Hospital Anxiety and Depression Score; **HAM-A:** Hamilton anxiety rating scale; **HAM-D:** Hamilton depression rating scale; **IIRS:** Illness Intrusiveness Rating Scales; **ISCS:** ISC Scale development; **IVC-2R:** Inventario de calidad de vida; **LOT-R:** Life Orientation Test- Revised; **MHI:** Mental Health Inventory; **MPLC:** Multidimensional Pain Locus of Control Scale; **MPQ:** McGill Pain Questionnaire; **MUIS-C:** Mishel Uncertainty in Illness Scale- Community Form; **NRS:** Pain-intensity-Numerical Rating Scale; **PANAS:** The Positive and Negative Affect Schedule; **PASS-20:** Pain Anxiety Symptoms Scale-20; **PCS:** Pain Catastrophizing Scale; **PHCS:** Perceived Health Competence Scale; **PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index; **PSTD:** Post-traumatic stress disorder; **QOLS:** Quality of Life Scale; **QWB:** Quality of Well-being Scale; **SCID-NP:** Structured Clinical Interview for DSM-III-R-Non-Patient Edition; **SCL-90-R:** Symptom Checklist-90; **SF-36:** Medical Outcome Study Short Form 36; **SF-MPQ:** Short-Form McGill Pain Questionnaire; **SIP (68):** Sickness Impact Profile; **SSL:** Social Support List; **SSRS:** Suicide Risk Scale; **STAI:** State-Trait Anger Expression Inventory; **TCI-R:** Inventario revisado del temperamento y del carácter; **VAS:** Visual analogue scales; **VMPCI:** Vanderbilt Pain Coping Inventor

1. Instrumentos más utilizados para medir estrategias de afrontamiento.

A lo largo de esta revisión se ha puesto de manifiesto la amplia variedad de instrumentos utilizados para evaluar afrontamiento. El instrumento más utilizado ha sido *Brief- Coping Orientation to Problem Experienced* (Brief- COPE; Cuevas, López, García y Díaz, 2008; Pereira y Vázquez, 2012; Reich, Johnson, Zautra y Davis, 2006; Theadom, Cropley, Humphrey, 2007; Tommaso, Federici, Loiacono, Delussi y Todarello, 2014), seguido del *Chronic Pain Coping Inventory-42* (CPCI-42; Lledó-Boyer et al., 2010; Rodero, Casanueva, Luciano, Gili, Serrano-Blanco y García-Campayo, 2011; Vallejo, Comeche, Ortega, Rodríguez y Díaz, 2009), *Coping Strategies Questionnaire* (CSQ; Burckhardt et al., 2001; Mellegard et al., 2001) y la entrevista (Johnson et al., 2006; Lillemor, Hallberg y Carlsson, 2000).

Menos utilizadas han sido las escalas *Escala de estrategias de afrontamiento* (EEER; Gaviria, Vinaccia, Quiceno, Martínez, Yépez, Echevarría et al., 2006), *Cuestionario de afrontamiento al dolor* (CAD; Soucase, Monsalve, Soriano y de Andrés, 2004), *Coping Style Questionnaire* (AECOM; Ablin, Cohen, Neumann, Kaplan y Buskila, 2008), *Coping With Health Injures and Problems Scale* (CHIP; Dobkin, de Civita, Abrahamowicz, Baron y Bernatsky, 2006), *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS; Amir, Neumann, Bor, Shir, Rubinow y Buskila, 2000), *Ways of Coping Questionnaire* (Cronan, Serber y Walen, 2002) y *Utrecht Coping Questionnaire* (Savelkoul et al., 2000). También se ha usado una escala específica de la estrategia de afrontamiento catastrofismo, *Pain Catastrophizing Scale* (PCS; Sánchez, Martínez, Miró y Medina, 2011).

Debido a la gran variedad de instrumentos utilizados y con el objetivo de agrupar los resultados obtenidos en esas investigaciones se ha seguido la clasificación de las estrategias de afrontamiento de Savelkoul et al. (2000), comentada en la introducción del presente trabajo. Sin embargo, algunas estrategias recogidas en los artículos revisados y no considerados en esta clasificación, fueron incluidos en las dimensiones establecidas por Savelkoul et al. (2000).

De este modo, la estrategia "*Descanso*" se considera una estrategia de afrontamiento de evitación conductual centrada en el problema, siguiendo los trabajos de Lledó-Boyer et al. (2010) y Rodero et al. (2011). "*Relajación*" se clasificó como una estrategia de evitación emocional debido a que así la considera en el trabajo de Lledó-Boyer et al. (2010).

Por otra parte, a pesar de que la estrategia "*Catastrofismo*" fue considerada como una estrategia de afrontamiento independiente (Cuevas et al., 2008; Sánchez et al., 2011), la hemos incluido en afrontamiento emocional evitativo, concretamente como una estrategia de afrontamiento pasivo, pues así lo señalan Nicholas et al., (1992).

En cuanto a la estrategia "*Religión*" se optó por clasificarla como una estrategia evitativa centrada en la emoción, concretamente como escape cognitivo, siguiendo a Crespo y Cruzado (1997).

Por último la estrategia "*Espera*" o "*Conductas de espera*" es definida por la Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) como una estrategia cognitivo-conductual que busca esperar a que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre-Acevo, 2006), por lo que se ha clasificado como una estrategia evitativa centrada en el problema.

2. Frecuencia de utilización de las estrategias de afrontamiento.

Tras la revisión de los artículos, las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes de FM son las aproximativas ya sean centradas en los problemas como "*Afrontamiento activo*" mediante acción directa (Gaviria et al., 2006; Lillemor et al., 2000; Mellegard et al., 2001; Pereira y Vázquez, 2012; Reich et al., 2006; Savelkoul et al., 2000; Theadom et al., 2007; Vallejo et al., 2009) y "*Búsqueda de apoyo*" (Ablin et al., 2008; Dobkin et al., 2006; Gaviria et al., 2006; Lillemor et al., 2000; Pereira y Vázquez, 2012; Savelkoul et al., 2000; Soucase et al., 2004) como centradas en las emociones como "*Reevaluación positiva*" (Ablin et al., 2008; Burckhardt et al., 2001; Cuevas et al., 2008; Dobkin et al., 2006; Gaviria et al., 2006; Theadom et al., 2007).

Aunque menos utilizada que las anteriores, destaca también el uso de la estrategia evitativa centrada en la emoción el "*Afrontamiento pasivo*" del dolor mediante catastrofismo (Burckhardt et al., 2001; Gaviria et al., 2006; Lillemor et al., 2000; Mellegard et al., 2001).

Las estrategias menos utilizadas por estos pacientes son las evitativas tanto centradas en la emoción como la "*Evitación cognitiva*" (Dobkin et al., 2006; Gaviria et al., 2006; Pereira y Vázquez, 2012; Soucase et al., 2004; Vallejo et al., 2009) como las centradas en los problemas como "*Evitación conductual*" (Ablin et al., 2008; Dobkin et al., 2006; Lillemor et al., 2000; Vallejo et al., 2009).

3. Diferencias en la utilización de estrategias de afrontamiento en función del sexo y la edad.

En cuanto a la relación entre la edad de los pacientes con FM el estudio de Burckhardt et al. (2001) ha demostrado que esta correlaciona con las estrategias de afrontamiento utilizadas.

Concretamente, los pacientes más jóvenes utilizan en mayor medida estrategias centradas en la emoción, principalmente evitativas como son "*Escape cognitivo*", "*Evitación cognitiva*" ignorando el dolor y "*Afrontamiento pasivo*" mediante catastrofismo. Destaca el uso también de la estrategia aproximativas centrada en la emoción como es la "*Reevaluación positiva*". Es decir, en general, utilizan menos estrategias centradas en el problema y perciben menor capacidad para reducir el dolor (Burckhardt et al., 2001).

Los pacientes de edad más avanzada por el contrario, utilizan más estrategias centradas en los problemas aproximativas como "*Afrontamiento activo*" y menos centradas en las emociones tanto aproximativas "*Reevaluación positiva*" como evitativas "*Afrontamiento pasivo*" mediante catastrofismo. (Burckhardt et al., 2001), si bien la estrategia de afrontamiento evitativa centrada en la emoción "*Escape cognitivo*" mediante religión correlaciona positivamente con la edad (Soucase et al., 2004).

Por el momento no hay estudios que hayan relacionado las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con FM con el género.

4. Estrategias de Afrontamiento y dolor.

Se consideraron todos los estudios que analizaron la relación entre afrontamiento y percepción de dolor evaluados tanto con instrumentos de medida de calidad de vida que incluyen una dimensión de dolor, como el *Medical Outcome Study Short Form 36* (SF-36; Pereira y Vázquez, 2012; Theadom et al., 2007) o *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ; Rodero et al., 2011) como con instrumentos específicos para medir el dolor como son el *Visual analogue scales* (VAS; Gaviria et al., 2006; Rodero et al., 2011; Savelkoul et al., 2000), *Pain-intensity-Numerical Rating Scale* (NRS; Lledó Boyer et al., 2010), *McGill Pain Questionnaire* (MPQ; Dobkin et al., 2006), *Short-Form McGill Pain Questionnaire* (SF-MPQ; Sánchez et al., 2011), *Cuestionario de dolor de MCGill* (Gaviria et al., 2006), *The Arthritis Helplessness Scale* (Reich et al., 2006) y *Pain Catastrophizing Scale* (PCS; Sánchez et al., 2011) o entrevista (Johnson et al., 2006)

Los estudios que utilizaron instrumentos de calidad de vida SF-36 para el estudio de dicha relación (Pereira y Vázquez, 2012; Theadom et al., 2007) coinciden en señalar que no existe relación entre estrategias de afrontamiento y el dolor. Este mismo resultado fue encontrado por Gaviria et al. (2006) utilizando como instrumentos el cuestionario de Dolor de McGill. Lledó- Boyer et al. (2010) utilizando el instrumento NRS encontraron resultados similares a lo señalado con anterioridad concluyendo que el uso de estrategias de afrontamiento centrado el problema tanto aproximativo como la "*Búsqueda de apoyo*" o evitativo como la "*Evitación conductual*" mediante descanso, no se asocian con la intensidad del dolor percibida.

En cambio, Rodero et al. (2011) utilizando en su estudio el FIQ concluyen que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema tanto aproximativas como "*Búsqueda de apoyo*" como evitativas como "*Evitación conductual*" mediante descanso correlaciona positivamente con dolor.

Los estudios que utilizan el VAS (Rodero et al., 2011; Savelkoul et al., 2000), han encontrado que el afrontamiento evitativo centrado en los problemas mediante el uso de la estrategia de "*Evitación conductual*" se asocia con un aumento del dolor y el afrontamiento aproximativo centrado en los problemas usando la estrategia "*Afrontamiento activo*" con una disminución del mismo (Rodero et al., 2011) ,es decir, el afrontamiento activo correlaciona negativamente con dolor y el evitativo positivamente (Savelkoul et al, 2000).

Reich et al. (2006) utilizando el instrumento de medida The Arthritis Helplessness Scale han encontrado los mismos resultados concluyendo que el afrontamiento evitativo tanto centrado en las emociones como en los problemas correlaciona positivamente con dolor y el afrontamiento aproximativo centrado en los problemas y en la emoción correlaciona negativamente. (Sánchez et al., 2011) obtienen resultados similares mediante la utilización de los instrumentos PCS y SF-MPQ señalando que la utilización del afrontamiento evitativo centrado en las emociones a través del uso del "*Afrontamiento pasivo*" mediante catastrofismo, concretamente a la dimensión impotencia, se asocia a un aumento del dolor y una disminución de la autoeficacia en manejo de los síntomas.

Johnson et al. (2006) han encontrado que altos niveles de dolor correlacionan con dificultad para afrontar los síntomas, lo que a su vez se asocia con menor eficacia del afrontamiento. Esto a su vez, predice más comportamientos que provoquen indirectamente un aumento del dolor y de la discapacidad física.

Dobkin et al. (2006) matizan los resultados anteriores asegurando que a corto plazo las estrategias de evitativas correlacionan negativamente con dolor, de modo que, a mayor utilización de estrategias de afrontamiento de evitación mayor aumento del dolor. En cambio esta correlación cambia a largo plazo y aquellos pacientes que siguen utilizando las estrategias evitativas perciben menor dolor.

El afrontamiento aproximativo centrado en el problema como "*Búsqueda de información*" o "*Búsqueda de apoyo*" en cambio, se ha identificado como un modificador del impacto del dolor tanto a largo como a corto plazo (Dobkin et al., 2006). Concretamente la estrategia aproximativa centrada en los problemas "*Búsqueda de apoyo*" se asocia con mayor dolor, en cambio, la estrategia aproximativa centrada en los problemas "*Búsqueda de información*" correlaciona con una disminución del mismo (Rodero et al., 2011).

5. Estrategias de Afrontamiento y síntomas comórbidos

Tres de los veinte artículos revisados (Cronan et al., 2002; Dobkin et al., 2006; Rodero et al., 2011) consideraban el estudio de los síntomas comórbidos tales como ojos húmedos, mareos, urgencia urinaria, ataques de tos..etc. dos de ellos (Cronan et al., 2002; Rodero et al., 2011) estudiando la relación entre los mismos y las estrategias de afrontamiento aunque solamente uno ha conseguido obtener resultados significativos, concluyendo que las estrategias de afrontamiento evitativas tanto centradas en los problemas como "*Evitación conductual*" mediante descanso, como centradas en las emociones "*Evitación emocional*" mediante relajación correlacionan positivamente con mayor número de síntomas comórbidos (Rodero et al., 2011). La estrategia de afrontamiento aproximativa centrada en los problemas "*Búsqueda de apoyo*" también se asocia con más síntomas comórbidos (Rodero et al., 2011).

6. Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad/Depresión

Se han considerado aquellos estudios en los que se analizaba la relación entre las estrategias de afrontamiento y síntomas ansiosos o depresivos, medida mediante instrumentos de screening de ansiedad y depresión como *Hospital Anxiety and Depression Score* (HADS; Lledó- Boyer et al., 2010; Pereira y Vázquez, 2012; Rodero et al., 2011; Sánchez et al., 2011; Vallejo et al., 2009) y *The Veit and Wane Mental Health Index* (Reich et al., 2006) o específicamente para depresión como *Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale* (CES-D; Cronan et al., 2002). En general se ha hallado que la autoeficacia de afrontamiento correlaciona negativamente con ansiedad y depresión (Sánchez et al., 2011; Vallejo et al., 2009).

Concretamente, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción correlacionan positivamente con depresión (Cronan et al., 2002; Lledó-Boyer et al., 2010) y ansiedad y depresión (Reich et al., 2006). En cambio las estrategias centradas en los problemas no correlacionan con depresión (Cronan et al., 2002; Lledó-Boyer et al., 2010) y correlacionan negativamente con ansiedad y depresión en el trabajo de Reich et al. (2006).

Algunas estrategias han sido estudiadas más pormenorizadamente como es el caso de la estrategia aproximativa centrada en el problema "*Afrontamiento activo*" mediante persistencia en la tarea, que se asocia con una menor probabilidad de padecer depresión y/o ansiedad (Rodero et al., 2011; Vallejo et al., 2009).

Rodero et al. (2011) han encontrado que las estrategias de afrontamiento centradas en los problemas evitativas como "*Evitación conductual*" mediante descanso y aproximativas como "*Búsqueda de apoyo*" correlacionan positivamente con ansiedad y depresión. La estrategia de afrontamiento centrada en la emoción "*Pensamientos tranquilizadores*" mediante autoverbalizaciones correlaciona negativamente con depresión.

La estrategia centrada en la emoción evitativa "*Evitación conductual*" mediante descanso no parece estar asociada ni a la ansiedad ni a la depresión (Rodero et al., 2011).

7. Estrategias de afrontamiento y calidad de vida: funcionamiento físico, psicológico, social y percepción de salud en general.

Se han incluido aquellos trabajos en los que se estudió la relación entre afrontamiento y funcionamiento físico, social, psicológico y/o percepción de salud en general medida a través de las diferentes escalas de instrumentos para el estudio de la calidad de vida y estado de salud como el *Medical Outcome Study Short Form 36* (SF-36; Pereira y Vázquez, 2012; Rodero et al., 2011; Theadom et al., 2007), *Inventario de calidad de vida* (ICV-2R; Soucase et al., 2004) y *Quality of Well-Being Scale* (QWB; Cronan et al., 2002); el impacto de la enfermedad en la vida del paciente mediante *Sickness Impact Profile* (SIP; Lledó-Boyer et al., 2010; Savelkoul et al., 2000) y *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ; Burchhardt et al., 2001; Pereira y Vázquez, 2012; Rodero et al., 2011) y la salud percibida mediante el *Perceived Health Competence Scale* (PHCS; Lledó-Boyer et al., 2010).

Los trabajos que utilizan el FIQ coinciden en señalar que existe relación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida (Burchhardt et al., 2001; Rodero et al., 2011). Concretamente, Rodero et al. (2011) encuentra que las estrategias evitativas como "*Evitación conductual*" se asocian a mayor impacto y las estrategias aproximativas como el "*Afrontamiento activo*" a menor impacto de la FM en la vida de los pacientes.

En esta misma línea se muestran los resultados de aquellos estudios que utilizan el SIP-68 pues encuentran que el afrontamiento aproximativo correlaciona positivamente con estado de salud funcional y bienestar, en cambio, en afrontamiento evitativo correlaciona negativamente (Savelkoul et al., 2000). Las estrategias centradas en los problemas se asocian a peor competencia de salud percibida y las centradas en las emociones con mayor impacto físico y psicosocial (Lledó-Boyer et al, 2010).

Cronan et al. (2002) utilizando como instrumento el QWB han hallado que el afrontamiento centrado en la emoción se asocia a peor estado de salud a corto plazo, si bien a largo plazo el afrontamiento centrado en la emoción se torna la variable que mejor predice el estado de salud.

Los estudios que utilizaron como instrumento de evaluación de la calidad de vida el SF-36 en cambio, no obtienen resultados consistentes. Rodero et al. (2011) señalan que las estrategias evitativas tanto centradas en los problemas como "*Evitación conductual*" mediante descanso como las centradas en las emociones como "*Evitación emocional*" mediante relajación se asocian a peor funcionamiento físico y social y menor vitalidad y salud general. Por otra parte, las estrategias aproximativas tanto centradas en los problemas como "*Afrontamiento activo*" como centradas en las emociones como "*Pensamientos tranquilizadores*" correlacionan con mejor salud general, funcionamiento físico y social y vitalidad. En cambio, Pereira y Vázquez (2012) encuentran que únicamente las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones se asocia con mayor calidad y Theadom et al. (2007) concluyen que ni las estrategias centradas en las emociones ni las centradas en los problemas correlacionan con calidad de vida.

Este mismo resultado es encontrado por Soucase et al. (2004) utilizando el ICV-2R, quienes encuentran que no existe una relación significativa entre el índice general de calidad de vida y las estrategias de afrontamiento.

Discusión

Cuando una enfermedad se percibe como incontrolable y amenazante como es el caso de la FM, los pacientes se enfrentan a una situación de estrés crónico (Holahan, Moos, Brennan, 2005; Lazarus y Folkman, 1986) ante la que los pacientes tienen que generar distintas estrategias de afrontamiento.

Entre las estrategias de afrontamiento más utilizadas en la población con FM se encuentran las aproximativas, tanto centradas en el problema "*Afrontamiento activo*" y "*Búsqueda de apoyo*" como en la emoción "*Reevaluación positiva*". Resultados no sorprendentes teniendo en cuenta que según Martín et al. (2000) la estrategia de afrontamiento "*Reevaluación positiva*" correlaciona positivamente con "*Afrontamiento activo*" y "*Solución de problemas*". Estos resultados son además, congruentes con los encontrados por Torre et al. (2008) quienes señalan que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes con dolor crónico son las activas y que su uso aumenta al cabo de 6 meses. Los resultados obtenidos coinciden con los de Soucase et al. (2004) quienes han encontrado que las estrategias más utilizadas por pacientes con enfermedades con dolor crónico son también las aproximativas, concretamente la "*Reevaluación positiva*" seguida de la "*Búsqueda de apoyo*", lo que puede estar indicando que todos los pacientes con FM tienen a seguir un mismo patrón a la hora de afrontar su enfermedad que los pacientes con dolor crónico en general.

En un estudio en el que se comparó las puntuaciones medias en la utilización de cada estrategia de afrontamiento de pacientes con FM y pacientes sanos se ha concluido que, en general, los sujetos con FM utilizan en mayor medida estrategias de afrontamiento que la población sana (Gaviria et al., 2006). Al contrario de lo que ocurría con los pacientes con artritis reumatoide quienes hacían uso menor de las estrategias de afrontamiento (Vinaccia, Tobón, Moreno, Cadena y Anaya, 2005). Concretamente, las estrategias más utilizadas en FM con respecto a la población sana son precisamente las aproximativas "*Solución de problemas*", "*Reevaluación positiva*" y "*Afrontamiento activo*" (Gavira et al., 2006), lo que también concuerda con los resultados obtenidos en esta revisión.

Sin embargo, también ha sido relevante lo encontrado en distintas investigaciones (Lillemor et al., 2000; Mellegard et al., 2001; Reich et al., 2006; Soucase et al., 2004) en las que se ha subrayado el carácter pasivo del afrontamiento al dolor en FM, resultados que

coinciden con los obtenidos en esta revisión en la que se concluye que la estrategia evitativa centrada en la emoción, "*Afrontamiento pasivo*" mediante catastrofismo, era también muy utilizada en población con FM. Hassett, Cone, Patella y Sigal (2000) defienden también que el catastrofismo es una característica prominente de FM. Algo con lo que también coinciden Montoya, Pauli, Batra y Wiederman (2005) quienes encontraron que los pacientes con FM mostraban un elevado nivel de catastrofismo (o creencias pesimistas) y que estas creencias desempeñan un papel importante en la intensidad del dolor, los estados depresivos, los sentimientos de inutilidad y fracaso y la aversión e ideación acerca de la muerte. Ablin et al. (2008), Amir et al. (2000) y Urzúa y Jarne (2008) también coinciden en señalar que los pacientes con FM son más propensos a utilizar ciertas estrategias evitativas en comparación con los controles sanos. Sullivan y D'Eon (1990) han sugerido que las estrategias evitativas son eficaces y adaptativas para el dolor a corto plazo, mientras que, a largo plazo, el afrontamiento aproximativo centrado en los problemas "*Afrontamiento activo*" permite a los pacientes con dolor crónico movilizar sus recursos para reducir y controlar el dolor. Bravo y González-Durán (2001) en un estudio sobre trastornos musculoesqueléticos han encontrado que los pacientes con dolor lumbar también utilizan estrategias de evitación para lograr su mejoría, tendiendo a mostrar pensamientos con mayor contenido catastrofista.

Cabe destacar que estos resultados cambian dependiendo de las características de los pacientes o de la presencia de otros trastornos comórbidos. Existen subgrupos dentro del síndrome de FM clasificados según la sensibilidad termal (calor o frío) y se diferencian en el afrontamiento y de satisfacción con la vida. Los primeros puntuaron más alto en "*desviar la atención*" y el "*catastrofismo*" (Raak, Hurting y Karin, 2003). Aquellos pacientes con FM que tienen alta evitación al daño (ED; personas más pesimistas, más temerosas ante lo incierto o lo desconocido) utilizan más estrategias centradas en las emociones (Cuevas et al., 2008) y menos estrategias centradas en el problema como la "*Reevaluación positiva*" (Carver, Pozo, Harris, Noriega, Scheier, Robinson, et al., 1993; Manne y Zautra, 1990). Los pacientes con FM con trastorno de estrés postraumático (TEPT) diferían significativamente únicamente en el aumento del uso de la represión con respecto aquellos sin TEPT comórbido (Ablin et al., 2008). Pacientes con FM y comorbilidad con migraña utilizaban mayor cantidad de estrategias pasivas hacia los acontecimientos estresantes, con actitudes de negación y cierre con respecto a las relaciones (Glazer, Buskila, Cohen, Ebstein y Neumann, 2010). Aunque en este estudio solo se pudo hacer una valoración global de las estrategias utilizadas por los

pacientes sin atender a subgrupos específicos, es posible que la mayor prevalencia del catastrofismo se presente solo en un grupo de pacientes con FM.

Se ha encontrado una clara relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y la edad de los pacientes. Los más jóvenes, usan más estrategias centradas en la emoción evitativas y por el contrario, los de edad más avanzada, utilizan en mayor medida estrategias aproximativas centradas en los problemas, a excepción de la estrategia evitativa centrada en la emoción "*escape cognitivo*" mediante religión, cuyo uso se asocia a mayor edad del paciente con FM. Además los más jóvenes suelen percibir menor habilidad para afrontar los síntomas en comparación con los más mayores (Burckhardt et al., 2001). Los resultados de esta revisión difieren de los encontrados por Zarazaga, Martínez y Ramírez (1999) quienes señalan que no existe relación entre la edad de los sujetos y el uso de estrategias pasivas, no obstante, si se detecta una relación inversa entre la edad y el uso de estrategias activas, en población con dolor crónico. Esta cuestión debería ser más ampliamente estudiada en posteriores trabajos, dado que pocos estudios se centran en la relación entre edad y estrategias de afrontamiento en FM.

Los pacientes con FM tienden a percibir menor control sobre su dolor en comparación con otras patologías reumáticas (Burckhardt et al, 2001; Pastor et al., 2001), valorándolo como elevado y percibiéndolo más como una amenaza que como un desafío (Soriano y Monsalve, 2005). Se caracterizan por pensar que no pueden disminuir o cambiar su dolor y que pocas veces pueden anticipar cuándo les va a doler (Soucase, Monsalve y Soriano, 2005), lo que provoca que perciban la enfermedad y los síntomas de la misma, como difíciles de afrontar. El dolor produce una elevada interrupción de todos los aspectos de la vida del paciente, exigiendo mucha atención por parte del mismo, lo que aumenta las dificultades para afrontar correctamente la enfermedad y reduce las expectativas de eficacia (Johnson et al., 2006). Es por ello que son varios los estudios (Akkasilpa, Minor, Golman, Magder y Petri, 2000; Loring, González y Ritter, 1999) que han encontrado que la eficacia de afrontamiento en pacientes con FM es menor a la de la población sana y a la de poblaciones con otras enfermedades musculoesqueléticas.

Además no existen tratamiento específicos ni unas pautas concretas para afrontar o lidiar con el dolor que causa la FM, de este modo, aunque algunos médicos han defendido el aumento de los niveles de actividad para los pacientes de dolor crónico, otros han alentado la

estimulación y el uso de técnicas de relajación para reducir el dolor (Bennett, Burckhardt, Clark, O'Reilly, Wiens y Campbell, 1996).

En la bibliografía la relación entre el dolor y afrontamiento tampoco está clara. Algunos estudios en pacientes con FM señalan que dicha relación no existe (Gaviria et al., 2006; Pereira y Vázquez, 2012; Theadom et al., 2007) y Jensen et al., 1991 que señalan que las estrategias evitativas no suelen actuar como predictores de la adaptación del dolor crónico, aunque sí en casos de dolor agudo. Otros trabajos en cambio si encuentran ciertas relaciones, aunque no existe un consenso general sobre la dirección de la misma.. Así mismo, Rodero et al. (2011) señalan que el afrontamiento centrado en los problemas aproximativo mediante "*Búsqueda de apoyo*" y "*Afrontamiento activo*" se relaciona con menor dolor. Dobkin et al. (2006) apuntan a que únicamente las estrategias evitativas correlacionan positivamente con dolor, Sánchez et al. (2011) lo puntualiza señalando que solo el afrontamiento centrado en las emociones evitativo se relaciona positivamente con dolor. Rodero et al. (2011) apunta que el afrontamiento centrado en los problemas evitativo "*Evitación conductual*" se asocia a mayor dolor. Otros autores coinciden con estos resultados y señalan que el afrontamiento evitativo afecta negativamente a la enfermedad, ya que se relaciona con el aumento del nivel del dolor (Hasset et al., 2000; Holahan et al., 2005; Nicassio y Radojevic, 1993; Nicassio et al., 1995, Nicassio et al., 1997). Sullivan y D'Eon (1995) encontraron que el afrontamiento evitativo centrado en las emociones "*Afrontamiento pasivo*" mediante el catastrofismo en pacientes con dolor crónico refleja una incapacidad para suprimir o desviar la atención sobre los pensamientos sobre el propio dolor por lo que está relacionado con mayor dolor y gravedad del mismo (Hasset et al., 2000). Resultados que coinciden con los de pacientes con artritis reumatoide, en los cuales se puede predecir que el 40% de la varianza en dolor se debe al uso de estrategias de afrontamiento pasivo (Anie, Steptoe y Bevan, 2002)

En cuanto a la sintomatología depresiva y ansiosa cabe destacar que su aparición en pacientes con FM cronifica y empeora el curso y la evolución de la enfermedad (Reuelta, Segura y Paulino, 2010). Los resultados obtenidos en esta revisión muestran que el afrontamiento emocional evitativo correlaciona positivamente con ansiedad y depresión (Reich et al, 2006; Rodero et al., 2011; Vallejo et al., 2009). Estos resultados coinciden con otros estudios en pacientes con dolor crónico (Brown y Nicassio, 1987; Brown et al., 1989; Hasset et al., 2000).

La intensidad de dolor y los síntomas de ansiedad y depresión son las variables más importantes a la hora de predecir el impacto de la FM en la calidad de vida del paciente.

En relación a la calidad de vida, a pesar de que existen estudios apuntan que el uso de estrategias de afrontamiento centrado en la emoción no se asoció significativamente con los resultados relacionados con la salud de calidad de vida, tales como el dolor, la fatiga, y la salud general de la FMS se centraron en problemas. (Nicassio y Radojevic, 1993; Nicassio et al., 1995; Nicassio et al., 1997; Theadom et al., 2007), otros estudios señalan que solo las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción se relacionó con calidad de vida concretamente con mejor estado general (Cronan et al., 2002; Pereira y Vázquez, 2012). El afrontamiento activo tendría una fuerte asociación positiva con calidad de vida en pacientes con FM (Carver et al., 1994; Gunzerath, Connelly, Albert, y Knebel, 2001; Savelkoul et al., 2002), sin embargo, también se ha informado que no tendría ningún tipo de asociación (Anie et al., 2002), o bien, que estaría vinculado a una baja calidad de vida ya que incrementaría los niveles de cansancio y deterioro en el estado de ánimo y en la habilidad para funcionar en la vida diaria (Osowiecki y Compas, 1998). Con relación al afrontamiento evitativo la mayoría de los hallazgos lo han vinculado a una pobre calidad de vida (Anie et al., 2002; Brown et al., 1989; Green, Donald, Bradley y Schickler, 2002), sin embargo, también es posible encontrar investigaciones que informan de lo contrario (Soucase, Monsalve y Soriano, 2005) quienes plantean que las personas que no tienen un sentimiento de control sobre su situación, un afrontamiento evitativo sería más beneficioso para su calidad de vida, porque un afrontamiento aproximativo podría generar frustración cuando se siente que se está perdiendo el control.

Se han encontrado varias limitaciones a la hora de realizar esta revisión bibliográfica. En primer lugar, no hubo acceso directo a todas las publicaciones sobre el tema objeto de estudio. En segundo lugar, hay gran variabilidad en los diseños de los estudios y se presentan diferencias teóricas a la hora de conceptualizar y medir el afrontamiento, lo dificulta la comparación entre estudios. Aunque actualmente se recomienda utilizar estrategias específicas y no categorías de afrontamiento (Smith et al, 2007; Boissevain, y McCain, 1991) en todos los estudios de esta revisión se han utilizado categorías que incluyen diversas estrategias con contenido diferente, lo que dificulta también la posibilidad de establecer comparaciones entre distintos trabajos. En este sentido, aunque la estrategia de afrontamiento "relajación" se ha clasificado como una estrategia de evitación emocional siguiendo a Lledó-

Boyer (2010) con el ánimo de facilitar la comparación de resultados, entendemos que debería ser considerada como una estrategia aproximativa, en tanto que los pacientes llevan a cabo los intentos de relajación para controlar los síntomas tanto físicos como psicológicos. En cuarto lugar, la mayoría de los estudios son transversales, por lo que no es posible establecer relaciones de causalidad así como para comprobar si los resultados son estables a lo largo del tiempo y situaciones, por lo tanto las conclusiones se refieren únicamente a la asociación entre estrategias de afrontamiento y las diferentes variables de la FM consideradas, no pudiendo establecer causas y consecuencias. Otra limitación es que al ser la FM una enfermedad que afecta mayoritariamente a las mujeres, no existen estudios que relacionen las estrategias de afrontamiento con el género. Por último, caben destacar también aquellas limitaciones metodológicas de los estudios incluidos en esta revisión tales como: pequeños tamaños muestrales (Lillemor et al., 2000; Soucase et al., 2004; Tommaso et al., 2014), falta de grupo control (Lillemor et al., 2000; Mellegard et al., 2011., Savelkoul et al., 2000) y la sensibilidad y la especificidad de los actuales criterios diagnósticos de la misma, cuestionados por algún autor (Amir et al., 2000; Sánchez et al., 2011).

Cabe señalar que el desarrollo teórico y metodológico del afrontamiento ha llevado a que éste sea concebido desde diferentes enfoques, los cuales pueden ser agrupados, en dos aproximaciones distintas. Una de ellas, denominada afrontamiento disposicional, asume que el afrontamiento es un estilo personal de afrontar el estrés, mientras que la otra, conocida como afrontamiento situacional, entiende el afrontamiento como un proceso, como una reacción al estrés de carácter dinámico y específico de la situación (Sandín, 1995). En la mayoría de los estudios no se especifica si las estrategias evaluadas lo fueron con carácter disposicional o específico. Puesto que las estrategias de afrontamiento pueden variar en función de la situación ante la que el sujeto se encuentra, sería de interés que en posteriores estudios se analizase la relación entre las estrategias específicas que los pacientes utilizan para manejar los estresores asociados a la FM y la evolución clínica, el impacto emocional y en la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

Para concluir, teniendo en cuenta que los resultados de esta revisión muestra que las estrategias de afrontamiento evitativas se relacionan con peor curso clínico y presumiblemente en consecuencia, con un descenso de su calidad de vida esto puede estar indicando la conveniencia de dar un paso más allá y motivar a los pacientes con FM a realizar estrategias más proactivas en la lucha contra los efectos negativos de la enfermedad que

padecen. Este tipo de intervenciones ya ha demostrado tener efectos positivos en pacientes con enfermedades reumáticas (Savelkoul et al., 2001) y el dolor crónico (LeFort, Gray-Donald, Rowat y Ellen, 1998). Debido a las claras relaciones halladas entre dolor y el uso de unas u otras estrategias de afrontamiento, los resultados parecen tener una importancia esencial a la hora de educar al paciente sobre el dolor y el papel que desempeñan las estrategias de afrontamiento tanto las aproximativas como evitativas, centradas en la emoción o en el problema, formarlos para su uso, mejorar la autoeficacia para fomentar la capacidad de aplicación de las habilidades aprendidas en situaciones difíciles relacionadas con el dolor y el mantenimiento de las estrategias aprendidas. Además, es posible que pacientes con mayor dolor o peor estado de salud general físico y psicológico lleven a cabo con mayor frecuencia estrategias evitativas centradas en la emoción, aspecto que debe ser estudiado en investigaciones futuras. Investigaciones que deberían considerar también el estudio de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el género de los pacientes, pues esto permitiría la búsqueda de tratamientos diferentes en función del sexo para que estos sean más adaptados a las necesidades y características de los mismos. Por último, sería importante considerar el establecer en un futuro, una clasificación de las estrategias de afrontamiento que facilite el estudio de las mismas y permita establecer un consenso global entre estudios empíricos.

Conclusiones

1. El instrumento más utilizado para estudiar las estrategias de afrontamiento es el Brief-COPE.
2. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes con FM son las estrategias aproximativas tanto centradas en el problema "*Afrontamiento activo*" y "*Búsqueda de apoyo*" como centradas en la emoción "*Reevaluación positiva*". Destaca también la alta utilización de la estrategia evitativa centrada en la emoción "*Afrontamiento pasivo*" mediante catastrofismo.
3. Las estrategias de afrontamiento menos utilizadas son las evitativas tanto centradas en la emoción como en los problemas.
4. Los pacientes con FM más jóvenes utilizan más estrategias centradas en la emoción, normalmente de tipo evitativo. Los pacientes de edad más avanzada en cambio, utilizan más estrategias centradas en los problemas de tipo aproximativo.
5. No se han estudiado las diferencias en la utilización de las estrategias de afrontamiento en función del sexo.
6. No existe consenso acerca de la influencia de las estrategias de afrontamiento en el dolor que padecen los pacientes con FM. Algunos estudios no encuentran relación entre afrontamiento y dolor, otros encuentran que el afrontamiento centrado en los problemas aproximativo se asocia a menor dolor y el afrontamiento evitativo tanto centrado en las emociones como en los problemas se asocia a aumento del dolor.
7. Muy pocos trabajos estudian la relación entre estrategias de afrontamiento y síntomas comórbidos. Sólo uno encuentra resultados significativos señalando que las estrategias de afrontamiento evitativas tanto centradas en los problemas como "*Evitación conductual*" mediante descanso, como centradas en las emociones "*Evitación emocional*" mediante relajación correlacionan positivamente con mayor número de síntomas comórbidos. Al igual que la estrategia de afrontamiento aproximativa centrada en los problemas "*Búsqueda de apoyo*".

8. El afrontamiento centrado en la emoción evitativo se relaciona positivamente con ansiedad y depresión. En cambio, no existe acuerdo en la relación entre afrontamiento centrado en el problema y ansiedad y depresión en pacientes con FM.

9. En cuanto a la relación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida los resultados no son consistentes. Si bien algunos artículos coinciden en señalar que las estrategias de afrontamiento centradas en los problemas y en las emociones si correlacionan con calidad de vida, existen otros que señalan que dicha relación no existe o que únicamente las estrategias centradas en las emociones se asocian con afrontamiento. Entre aquellos estudios que sí encuentran relación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida se puede concluir que un afrontamiento aproximativo se asocia con mejor estado funcional y bienestar y menor impacto de la enfermedad en la vida del paciente.

Referencias bibliográficas

- Aaron, L. A., & Buchwald, D. (2003). Chronic diffuse musculoskeletal pain, fibromyalgia and co-morbid unexplained clinical conditions. *Best Practise and Research Clinical Rheumatology*, 17(4), 563–574.
- Ablin, J., Cohen, H., Neumann, L., Kaplan, Z., & Buskila, D. (2008). Coping styles in fibromyalgia: effect of co-morbid posttraumatic stress disorder. *International Journal of Rheumatology*, 28(7), 649-656.
- Akkasilpa, S., Minor, M., Goldman, D., Magder, L. S., & Petri M. (2000). Association of coping responses with fibromyalgia tender points in patients with systemic lupus erythematosus. *The Journal of Rheumatology*, 27(3), 671–674.
- Amir, M., Neumann, L., Bor, O., Shir, Y., Rubinow, A., & Buskila, D. (2000). Coping Styles, Anger, Social Support, and Suicide Risk of Women with Fibromyalgia Syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 8(3), 7-20.
- Anie, K. A., Steptoe, A., & Bevan, D. H. (2002). Sickle cell disease: Pain, coping, and quality of life in a study of adults in the UK. *British Journal of Health Psychology*, 7(3), 331–334.
- Ayán, C. L. (2009). Fibromialgia: Características clínicas, criterios diagnósticos, etiopatogenia, clasificación, prevalencia e impacto económico. *Fibromialgia: Diagnóstico y estrategias de su rehabilitación* (pp. 11-23). Madrid: Panamericana.
- Ayán, C. L. (2009). Fibromialgia: Características clínicas, criterios diagnósticos, etiopatogenia, clasificación, prevalencia e impacto económico. *Historia de la fibromialgia* (pp. 1-11). Madrid: Panamericana.
- Barlow, J. H., Cullen, L. A., & Rowe, I. F. (2002). Educational preferences, psychological well-being and self-efficacy among people with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling*, 46(1), 11-19.
- Bengtsson, A., & Henriksson, K. G. (1994). The muscle in fibromyalgia -a review of Swedish Studies. *Journal of Rheumatology*, 16(19), 144-149.
- Bennett, R. M., Burckhardt, C.S., Clark, S. R., O'Reilly, C. A, Wiens, A. N., & Campbell, S. M. (1996). Group treatment of fibromyalgia: a 6 month outpatient program. *Journal of Rheumatology*, 23, 521-528

- Boissevain, M. D., & McCain, G. A. (1991). Toward an integrated understanding of fibromyalgia syndrome. Psychological and phenomenological aspects. *Pain*, 45(3), 239-248.
- Branco, J. C., Bannwarth, B., Abello, J., Blotman, F., Spaelth, M., et al. (2010). Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 39(6), 449-453.
- Bravo, A., & González-Durán, R. (2001). Valoración clínica de los factores psicológicos que intervienen en el dolor lumbar crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8(2), 48-69.
- Brown, G. K., & Nicassio, P. M. (1987). The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31(1), 53-65.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M., & Wallston, K. A. (1989). Pain coping strategies, and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 652-657.
- Burckhardt, C., Clark, S., & Bennett, R. (2001). Pain Coping Strategies and Quality of Life in Women with Fibromyalgia: Does Age Make a Difference?. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 9(2), 5-18.
- Busch, A. J., Schachter, C. L., Overend, T. J, Peloso, P. M., & Barber, K. A. (2008). Exercise for fibromyalgia: a systematic review. *Journal of Rheumatology*, 35(6), 1130-1144.
- Cancela, J. M., & Gusi, N. (2010). Fibromialgia: Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación. *Fibromialgia: Características clínicas, criterios diagnóstico, etiopatogenia, clasificación, prevalencia e impacto económico* (pp. 11-22). Panamericana: Madrid.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., et al. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390.
- Cohen, S., & Edwards, J. R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. In W. J. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress* (pp. 235-283). New York: Wiley.
- Coolidge, F. L., Segal, D. L., Hook, J. N., & Stewart, S. (2000). Personality disorders and coping among anxious older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(2), 157-172.

- Crespo, M., & Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta*, 23, 797-830.
- Cronan, T. A., Serber, E. R., & Walen, H. R. (2002). Psychosocial predictors of health status and health care costs among people with fibromyalgia. *Anxiety, Stress and Coping*, 15(3), 261-274.
- Cuevas, A. M., López, F., García, A., & Díaz, M. C. (2008). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes con fibromialgia. *Behavioral Psychology*, 16(2), 289-306.
- Dobkin, P., de Civita, M., Abrahamowicz, M., Baron, M., & Bernatsky, S. (2006). Predictors of Health Status in Women With Fibromyalgia: A Prospective Study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(2), 101-108.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Quinceno, J. M., Martínez, K., Yépez, M., Echevarria, C., et al. (2006). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *Psicología y Salud*, 16(2), 129-138.
- Glazer, Y., Buskila, D., Cohen, H., Ebstein, R. P., & Neumann, L. (2010). Differences in the personality profile of fibromyalgia patients and their relatives with and without fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 28(63), 23-32.
- Green, A., Donald P., Bradley, P., & Schickler, E. (2002). *Partisan Hearts and Minds: Political Parties and the Social Identities of Voters*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Gunzerath, L., Connelly, B., Albert, P., & Knebel, A. (2001). Relationship of personality traits and coping strategies to quality of life in patients with alpha-1 antitrypsin deficiency. *Psychology, Health & Medicine*, 6, 335-341.
- Hassett, A. I., Cone, J., Patella, S. J., & Sigal, L. H. (2000). The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, 43(11), 2493-2500.
- Hawley, D.J., & Wolfe, F. (1991). Pain disability and pain/disability relationships in seven rheumatic disorders: a study of 1522 patients. *Journal of Rheumatology*, 18, 1552-1557.
- Hench, P. K. (1976). Nonarticular rheumatism, 22nd rheumatism review: review of the American and English literature for the years 1973 and 1974. *Arthritis and Rheumatism*, 19, 1081-1089.
- Holahan, C., Moos, R. H., & Brennan, P. (2005). Stress generation, avoidance coping and depressive symptoms: a 10-year model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 658-666.

- Jensen, M., Turner, J., Romano, J., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47(3), 249-83.
- Johnson, L., Zautra, A., & Davis, M. (2006). The role of illness uncertainty on coping with fibromyalgia symptoms. *Health Psychology*, 25(6), 696-703.
- Keefe, F.J., & Willians, D. A. (1990). A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. *Journal of Gerontology*, 44(4), 161-165.
- Lázaro, C., Bosch, F., Torrubia, R., & Baños, J. E. (1994). The development of a spanish questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment*, 10(2), 191-200.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ledingham, J., Doherty, S., & Doherty, M. (1997). Health status and disease severity in fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 39(3), 682-685.
- Lefebvre, J., Keefe, P. J., Affleck, G., Raezer, L. B., Starr, K., Caldwell, D. S., et al. (1999). The relationship of arthritis self-efficacy to daily pain, daily mood, and daily pain coping in RA patients. *Pain*, 80(1-2), 425-435.
- LeFort, S., Gray-Donald, K., Rowat, K., & Ellen, M. (1998). Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain, *Pain*, 74, 297-306.
- Lledó-Boyer, A., Pastor-Mira, M. A., Pons-Calatayud, N., López- Roig, S., Rodríguez-Marín, J., & Bruehl, S. (2010). Control beliefs, coping and emotions: Exploring relationships to explain fibromyalgia health outcomes. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 459- 476.
- Lillemor, R., Hallberg, M., & Carlsson, G. (2000). Coping with Fibromyalgia: A Qualitative Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 29-36.
- Londoño, N. H., Henao, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psicológica*, 5(2), 327-349.
- Loring, K, González, V., & Ritter, P. (1999). Community-based Spanish language arthritis education program. A randomized trial. *Medical Care*, 37(9), 957-963.
- Manne, S. L., & Zautra, A. J. (1990). Couples coping with chronic illness: Women with rheumatoid arthritis and their healthy husbands. *Journal of Behavioral Medicine*, 13(4), 327-342.

- Martín, M., Jiménez, M. P., & Fernández-Abascal, E. (2000). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3(4), 334-337
- Mellegård, M., Grossi, G., & Soares, J. F. (2001). A Comparative Study of Coping Among Women With Fibromyalgia, Neck/Shoulder and Back Pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 103-115.
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad: España. (2011). Consenso sobre la fibromialgia. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256-262.
- Montoya, P., Pauli, P., Batra, A., & Wiedemann, G. (2005). Altered processing of pain-related information in patients with fibromyalgia. *European Journal of Pain*, 9(3), 293-303.
- Munguía, D., Legaz, A., Moliner, D., & Reverter, J. (2008). Neuropsicología de los pacientes con síndrome de fibromialgia. *Psicothema*, 20(3), 427-431.
- Nicassio, P. M., & Radojevic, V. (1993). Models of family functioning and their contribution to patient outcomes in chronic pain. *Motivation and Emotion*, 17(3), 295-316.
- Nicassio, P. M., Radojevic, V., Weisman, M. H., Schuman, C., Kim, J., Schoenfeld-Smith, K., et al. (1997). A comparison of behavioral and educational interventions for fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 24(10), 2000-2006.
- Nicassio, P. M., Schoenfeld-Smith, K., Radojevic, V., & Schuman, C. (1995). Pain coping mechanisms in fibromyalgia: Relationship to pain and functional outcomes. *The Journal of Rheumatology*, 22(8), 1552-1558.
- Nicholas, M. K., Wilson, P. H., & Goyen, J. (1992). Comparison of cognitive-behavioural group treatment and an alternative, non- psychological treatment for chronic low back pain. *Pain*, 48(3), 339-347.
- Norregaard, I., Volkmann, H., & Danneskiold-Samsoe, B. (1995). A randomized controlled trial of citalopram in the treatment of fibromyalgia. *Pain*, 61(3), 445-449.
- Okifuji, A., Turk, D. C., & Sherman, J. J. (2000). Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed? *Journal of Rheumatology*, 27(1), 212-19.

- Oswiecki, D., & Compas, B. E. (1998). Psychological adjustment to cancer: control beliefs and coping in adult cancer patients. *Cognitive Therapy and Research*, 22(5), 486-499.
- Pastor, M. A., Lledó, A., Martín- Aragón, M., López-Roig, S., & Rodríguez- Marín, J. (2001). Afrontamiento y estado de salud en la fibromialgia: Una revisión de estudios empíricos. *Revista de Psicología de la Salud*, 13(1), 63-80.
- Pereira, R., & Rodriguez, M. I. (2012). Health-related quality of life in women with fibromyalgia: clinical and psychological factors associated. *Clinical Rheumatology*, 31(2), 347-355.
- Podell, R. N. (2007). Fibromyalgia syndrome's new paradigm: neural sensitization and its implications for treatment. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 15(2), 45-54.
- Raak, R., Hurting, I., & Karin, L. (2003). Coping strategies and life satisfaction in subgrouped fibromyalgia patients. *Biological Research for Nursing*, 4(3), 193-202.
- Reich, J., Johnson, L., Zautra, A., & Davis, M. (2006). Uncertainty of Illness Relationships with Mental Health and Coping Processes in Fibromyalgia Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 307-316.
- Revuelta, E., Segura, E., & Paulino, J. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 17(7), 326-332.
- Rivera, J., Alegre, C., Ballia, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., et al. (2006). Documento de consenso de la sociedad española de reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2(1), 1-66.
- Rodero, R., Casanueva, B., Luciano, J., Gili, M., Serrano-Blanco, A., & García-Campayo, J. (2011). Relationship between behavioural coping strategies and acceptance in patients with fibromyalgia syndrome: Elucidating targets of interventions. *Musculoskeletal Disorders*, 12, 143-148.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, A., & López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(1), 349-372.
- Sánchez, A., Martínez, M. P., Miró, E., & Medina, A. (2011). Predictors of the Pain Perception and Self-Efficacy for Pain Control in Patients with Fibromyalgia. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 366-373.
- Sandín, B. (1995). Manual de psicopatología. *El estrés* (pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Savelkoul, M., Post, M., de Witte, L., & van den Borne, H. (2000). Social support, coping and subjective well-being in patients with rheumatic diseases. *Patient Education and Counseling*, 39(2), 205-218.

- Smith, T. W., Christensen, A. J., Peck, J. R., & Ward, J. R. (1994). Cognitive distortion, helplessness, and depressed mood in rheumatoid arthritis: A four-year longitudinal analysis. *Health Psychology, 13*(3), 213–217.
- Snow-Turek, A. L., Norris, M. P., & Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain, 64*(3), 455-462.
- Soriano, J., & Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología, 84*, 91-107.
- Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J. F., & de Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor, 11*(6), 353-359.
- Soucase, B., Monsalve V., & Soriano, J. F. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor, 12*(1), 8-16.
- Sullivan, M. J., & D'Eon, J. (1990). Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients. *Journal of Abnormal Psychology, 99*(3), 260-263
- Theadom, A., Cropley, M., & Humphrey, Kirsty-Louise, H. (2007). Exploring the role of sleep and coping in quality of life in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research, 62*(2), 145-151.
- Tommaso, M., Federici, A., Loiacono, A., Delussi, M., & Todarello, O. (2014). Personality profiles and coping styles in migraine patients with fibromyalgia comorbidity. *Comprehensive Psychiatry, 55*(1), 80-86.
- Torre, F., Martín-Corral, J., Callejo, A., Gómez-Vega, C., La Torre, S., Esteban, I., et al. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor, 15*(2), 83-93.
- Urzúa, A., & Jarne, A. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Interamerican Journal of Psychology, 42*(1). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S003496902008000100016&script=sci_arttext&tlng=es
- Vallejo, M. A., Comeche, I., Ortega, J., Rodríguez, M., & Díaz, M. (2009). Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escritos de Psicología, 2*(2), 28-34.

- Vázquez, C., Crespo, M., & Ring, J. M. (2003). Estrategias de Afrontamiento. *Clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 425-435). España: Elsevier- Masson.
- Vinaccia, S., Tobón, S., Moreno S. P., Cadena, J., & Anaya, J.M. (2005). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(1), 45-60.
- Walter, E. A., Keegan, D., & Gardner, G. (1997). Psychosocial factors in Fibromyalgia compared with Rheumatoid Arthritis: Psychiatric diagnoses and functional disability. *Psychosomatic Medicine*, 59, 565-571.
- Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennett, R. M., Caro, X., Goldenberg, D. L., et al. (1997). Health status and disease severity in fibromyalgia: results of a six center longitudinal study. *Arthritis and Rheumatism*, 40(9), 1571-1579.
- Wolfe, F., Smythe, H., Yunus, M., Bennett, R., Bombardier, C., Goldenberg, L. et al., (1990). The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2), 160-172.
- Yunus, M. B. (1994). Fibromyalgia syndrome: clinical features and spectrum. *The fibromyalgia syndrome: current research and future directions in epidemiology, pathogenesis, and treatment*. (pp. 23-29). Nueva York: Haworth Medical Press.
- Zarazaga R., Martínez A. E., & Ramírez, C. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 11(1-2), 77-102.
- Zautra, A. J., Hamilton, N. A., & Burke, H. M. (1999). Comparison of stress responses in women with two types of chronic pain: Fibromyalgia and osteoarthritis. *Cognitive Therapy and Research*, 23(2), 209 –230.

Índice de figuras

Figura 1. Puntos sensibles de la fibromialgia.	8
---	---

Índice de tablas

Tabla 1. Clasificación de las estrategias de afrontamiento.	16
Tabla 2. Características de los estudios empíricos que evalúan las estrategias de afrontamiento en pacientes con FM.	21