

Research Articles // Artículos de investigación

- | | | |
|---|---------|--|
| Julia María Cuetos Pérez
Isaac Amigo Vázquez | 151-161 | Relación del apoyo social y familiar con la aceptación del dolor en pacientes con fibromialgia. [Relationship of Social and Family Support with Acceptance of Pain in Patients with Fibromialgia.] |
| María de la Villa Moral Jiménez
Sara Quintana Rey | 163-177 | Ideaciones suicidas en adolescentes, relaciones paternofiliales y apego a los iguales. [Suicidal ideations in adolescents, paternal affiliations and attachment to peers.] |
| Carmen Viejo
Gema Linde Valenzuela
Rosario Ortega Ruiz | 179-192 | Adult Partner Violence and Previous Violence Experiences: Retrospective study with Women Victims of Gender-based Violence. |
| Michal Gelfin
Ada H Zohar
Lilac Lev-Ari | 193-205 | Personality Change and Therapeutic Gain: Randomized Controlled Trial of a Positive Psychology Intervention. |
| Joana Costa
José Pinto Gouveia
João Marôco | 207-220 | The Role of Negative Affect, Rumination, Cognitive Fusion and Mindfulness on Depressive Symptoms in Depressed Outpatients and Normative Individuals. |
| Silvia Cimino
Luca Cerniglia
Francesco Dentale
Micaela Capobianco
Renata Tambelli | 221-234 | Maternal Symptoms of Depression and Paranoid Ideation can be Predictive of the Onset of Eating Disorders in Early Adolescents Offspring: A Nine-year Longitudinal Study. |
| Mario Guzmán Sescosce
Ferrán Padrós Blázquez
Francisco Laca Arocena
Tonatiuh García Campos | 235-246 | A Pilot Study of Posttraumatic Growth Training for Patients with Posttraumatic Stress Disorder |

Notes and Editorial Information // Avisos e información editorial

- | | | |
|------------------|---------|--|
| Editorial Office | 247-248 | Normas de publicación-Instructions to authors. |
| Editorial Office | 249 | Cobertura e indexación de IJP&PT. [IJP&PT Abstracting and Indexing.] |

IJP&PT**INTERNATIONAL JOURNAL OF
PSYCHOLOGY & PSYCHOLOGICAL
THERAPY****EDITOR**Francisco Javier Molina Cobos
Universidad de Almería, España**REVIEWING EDITORS**Mónica Hernández López
Universidad de Jaén
EspañaFrancisco Ruiz Jiménez
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
Colombia**ASSOCIATE EDITORS**Dermot Barnes-Holmes
Universiteit Gent
BelgiumJ. Francisco Morales
UNED-Madrid
EspañaMauricio Papini
Christian Texas University
USAMiguel Ángel Vallejo Pareja
UNED-Madrid
EspañaKelly Wilson
University of Mississippi
USA**ASSISTANT EDITORS**Adolfo J. Cangas Díaz
Emilio Moreno San PedroUniversidad de Almería, España
Universidad de Huelva, España**MANAGING EDITOR**Adrián Barbero Rubio
Universidad de Almería & MICPSY, EspañaEDITORIAL OFFICE/SECRETARÍA DE EDICIÓN
MICPSY
Madrid, España

IJP&PT

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGY & PSYCHOLOGICAL THERAPY

Editor: Francisco Javier Molina Cobos, *Universidad de Almería, España*

Associate Editors

Dermot Barnes-Holmes, *Universiteit Gent, Belgique-België*
Francisco Morales, *UNED, Madrid, España*
Mauricio Papini, *Christian Texas University, USA*
Miguel Ángel Vallejo Paraja, *UNED, Madrid, España*
Kelly Wilson, *University of Mississippi, USA*

Reviewing Editors

Mónica Hernández López, *Universidad de Jaén, España*
Francisco Ruiz Jiménez, *Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia*

Assistant Editors

Adolfo J. Cangas Díaz, *Universidad de Almería, España*
Emilio Moreno San Pedro, *Universidad de Huelva, España*

Managing Editor

Adrián Barbero Rubio *Universidad de Almería & MICPSY, España*

Consejo Editorial/Editorial Board

Yolanda Alonso *Universidad de Almería, España*
Erik Arntzen *University of Oslo, Norway*
M^a José Bágüena Puigcerver *Universidad de Valencia, España*
Yvonne Barnes-Holmes *National University-Maynooth, Ireland*
William M. Baum *University of New Hampshire, USA*
Gualberto Buela Casal *Universidad de Granada, España*
Francisco Cabello Luque *Universidad de Murcia, España*
José Carlos Caracuel Tubío *Universidad de Sevilla, España*
Gonzalo de la Casa *Universidad de Sevilla, España*
Charles Catania *University of Maryland Baltimore County, USA*
Juan Antonio Cruzado *Universidad Complutense, España*
Victoria Diez Chamizo *Universidad de Barcelona, España*
Michael Dougher *University of New Mexico, USA*
M^a Paula Fernández García *Universidad de Oviedo, España*
Perry N Fuchs *University of Texas at Arlington, USA*
Andrés García García *Universidad de Sevilla, España*
José Jesús Gázquez Linares *Universidad de Almería, España*
Inmaculada Gómez Becerra *Universidad de Almería, España*
Luis Gómez Jacinto *Universidad de Málaga, España*
M Victoria Gordillo Álvarez-Valdés *Universidad Complutense, España*
Celso Goyos *Universidade de Sao Paulo, Brasil*
David E. Greenway *University of Southwestern Louisiana, USA*
Patricia Sue Grigson *Pennsylvania State College of Medicine, USA*
Steven C. Hayes *University of Nevada-Reno, USA*
Linda Hayes *University of Nevada-Reno, USA*
Phillip Heline Temple *University, USA*
Per Holth *University of Oslo, Norway*
Robert J. Kohlenberg *University of Washington, Seattle, USA*
María Helena Leite Hunzinger *Universidade de Sao Paulo, Brasil*
Julian C. Leslie *University of Ulster at Jordanstown, UK*
Juan Carlos López García *Universidad de Sevilla, España*
Fergus Lowe *University of Wales, Bangor, UK*
Armando Machado *Universidade do Miño, Portugal*
G. Alan Marlatt *University of Washington, Seattle, USA*
Jose Marques *Universidade do Porto, Portugal*
Helena Matute *Universidad de Deusto, España*
Ralph R. Miller *State University of New York-Binghamton, USA*
Fernando Molero *UNED, Madrid, España*
Rafael Moreno *Universidad de Sevilla, España*
Ignacio Morgado Bernal *Universidad Autónoma Barcelona, España*
Edward K. Morris *University of Kansas-Lawrence, USA*
Lourdes Munduate *Universidad de Sevilla, España*
Alba Elisabeth Mustaca *Universidad de Buenos Aires, Argentina*
José I. Navarro Guzmán *Universidad de Cádiz, España*
Jordi Obiols *Universidad Autónoma de Barcelona, España*
Sergio M. Pellis *University of Lethbridge, Canada*
Ricardo Pellón *UNED, Madrid, España*
Wenceslao Peñate Castro *Universidad de La Laguna, España*
Víctor Peralta Martín *Hospital V. del Camino, Pamplona, España*
M. Carmen Pérez Fuentes *Universidad de Almería, España*
Marino Pérez Álvarez *Universidad de Oviedo, España*
Juan Preciado *City University of New York, USA*
Emilio Ribes Iniesta *Universidad Veracruzana, México*
Josep Roca i Balasch *INEF de Barcelona, España*
Armando Rodríguez *Universidad de La Laguna, España*
Jesús Rosales Ruiz *University of North Texas, USA*
Juan Manuel Rosas Santos *Universidad de Jaén, España*
Kurt Saltzinger *Hofstra University, USA*
Mark R. Serper *Hofstra University, USA*
Arthur W. Staats *University of Hawaii, USA*
Carmen Torres *Universidad de Jaén, España*
Peter J. Urciuoli *Purdue University, USA*
Guillermo Vallejo Seco *Universidad de Oviedo, España*
Julio Varela Barraza *Universidad de Guadalajara, México*
Juan Pedro Vargas Romero *Universidad de Sevilla, España*
Graham F. Wagstaff *University of Liverpool*
Stephen Worchel *University of Hawaii, USA*
Edelgard Wulfert *New York State University, Albany, USA*
Thomas R. Zentall *University of Kentucky, USA*

International Journal of Psychology & Psychological Therapy is a four-monthly interdisciplinary publication open to publish original empirical articles, substantive reviews of one or more area(s), theoretical reviews, or reviews or methodological issues, and series of interest to some of the Psychology areas. The journal is published for the *Asociación de Análisis del Comportamiento* (AAC), indexed and/or abstracted in **SCOPUS**, **Google Scholar Metrics**, **ISOC** (CINDOC, CSIC), **PSICODOC**, Catálogo **Latindex**, **IN-RECS** (Index of Impact of the Social Sciences Spanish Journals), **PsycINFO**, **Psychological Abstracts**, **ClinPSYC** (American Psychological Association), **ProQuest**, **PRISMA**, **EBSCO Publishing Inc.**, **DIALNET**, and **RedALyC**.

International Journal of Psychology & Psychological Therapy es una publicación interdisciplinaria cuatrimestral, publicada por la Asociación de Análisis del Comportamiento (AAC), abierta a colaboraciones de carácter empírico y teórico, revisiones, artículos metodológicos y series temáticas de interés en cualquiera de los campos de la Psicología. Es publicada por la *Asociación de Análisis del Comportamiento* (AAC) y está incluida en las bases y plataformas bibliográficas: **SCOPUS**, **Google Scholar Metrics**, **ISOC** (CINDOC, CSIC), **PSICODOC** (Colegio Oficial de Psicólogos) **Latindex**, **IN-RECS** (Índice de Impacto de Revistas Españolas de Ciencias Sociales), **PsycINFO** (American Psychological Association) **ClinPSYC**, **ProQuest**, **PRISMA**, **EBSCO Publishing Inc.**, **DIALNET**, y **RedALyC** (Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal).

Relación del apoyo social y familiar con la aceptación del dolor en pacientes con fibromialgia

Julia María Cuetos Pérez, Isaac Amigo Vázquez*

Universidad de Oviedo, España

ABSTRACT

Relationship of Social and Family Support with Acceptance of Pain in Patients with Fibromyalgia.

Acceptance of chronic pain and relational context have been shown to be important in patients with fibromyalgia. The aim of this study was to know if social and family support are related to the acceptance of pain in these patients. The study involved 55 people with fibromyalgia. To collect the data, a sociodemographic questionnaire was used and the impact of fibromyalgia, pain acceptance, family satisfaction, family cohesion and social support were evaluated. Regression analysis shows how involvement in activities is predicted by family satisfaction and the year of diagnosis. Family cohesion predicts openness to pain, and full acceptance is predicted by family satisfaction, social support and the year of diagnosis. It is concluded that family satisfaction and social support predict the acceptance of chronic pain, regardless of the physical impact of the disease. The need for a family intervention with patients with fibromyalgia in order to enhance their process of acceptance of pain is pointed out. In addition, it is considered necessary to stop the delay in the diagnosis for a better prognosis.

Key words: fibromyalgia, acceptance of pain, social support, family satisfaction.

How to cite this paper: Cuetos-Pérez JM y Amigo-Vázquez I (2017). Relación del apoyo social y familiar con la aceptación del dolor en pacientes con fibromialgia. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 17, 151-161.

Novedad y relevancia

¿Qué se sabe sobre el tema?

- La fibromialgia supone un impacto negativo sobre las relaciones sociales y familiares influyendo esto en el pronóstico de la enfermedad.
- La aceptación del dolor se ha relacionado con una disminución de los síntomas y un mejor funcionamiento del paciente.

¿Qué añade este artículo?

- Añade información sobre la relación entre la aceptación del dolor y el apoyo social y familiar en pacientes con dolor crónico.
- Ayuda a clarificar la relación entre variables y propone posibles implicaciones clínicas.

La fibromialgia (FM) es reconocida como un síndrome común en la práctica clínica y una causa importante de morbilidad en todo el mundo (Branco *et alii*, 2010). Tiene un predominio en las edades comprendidas entre los 40 y 50 años y una proporción mujeres-hombres de 21:1 (Mas, Carmona, Valverde y Ribas, 2008). El síntoma característico de la FM es el dolor generalizado, pero además, suelen aparecer otros como sueño no reparador, problemas de concentración y memoria, rigidez, fatiga, problemas gástricos, etc. (Borchers y Gershwin, 2015; Jay y Barkin, 2015). La causa de la FM todavía es desconocida, aunque se han postulado diferentes hipótesis etiológicas, entre las que se encuentran: alteraciones de la modulación del dolor, alteraciones del sueño, microtraumas musculares, traumatismos agudos, predisposición genética, etc. (Hidalgo,

* Correspondencia: Isaac Amigo Vázquez, Universidad de Oviedo, Facultad de Psicología, Plaza Feijoo s/n, 33003Oviedo, España. Email: amigo@uniovi.es. *Agradecimientos:* Agradecemos la colaboración a la Asociación de Enfermos de Fibromialgia y Fatiga Crónica del Principado de Asturias.

2011). La falta de pruebas analíticas, de imagen o anatomopatológicas específicas, así como la invisibilidad de los síntomas, han creado una gran incredulidad alrededor de este diagnóstico (Andreu y Sanz, 2005; Kool, Van Middendorp, Boeije y Geenen, 2009). Al tratarse de un diagnóstico por exclusión, es decir, que solo puede ser aplicado cuando el médico haya descartado otras enfermedades (Borchers y Gershwin, 2015), los pacientes tardan una media de hasta 7 años en darle nombre a lo que les sucede (Collado *et alii*, 2014). Tras este periodo de incertidumbre e incompreensión, junto al diagnóstico de FM se acompaña una sensación de alivio inicial e, incluso, una disminución de los síntomas (Escudero Carretero *et alii*, 2010; Ubago, Ruiz, Bermejo, Labry y Plazaola, 2005). Sin embargo, las expectativas puestas en el diagnóstico se disipan con el tiempo al no estar asociadas a una explicación biológica, ni social, ni un apoyo médico ni profesional (Madden y Sim, 2006). Son muchos los estudios cualitativos (e.g., Arnold *et alii*, 2008; Åsbring y Närvänen, 2002; Cunningham y Jillings, 2006; Söderberg, Strand, Haapala y Lundman, 2003) que ponen de relieve la experiencia difícil y solitaria a la que se enfrentan los pacientes con FM, informando de una incompreensión tanto desde el ámbito médico y laboral como del social y familiar (Escudero Carretero *et alii*, 2010; Briones Vozmediano, Ronda Pérez y Vives Cases, 2015).

En la mayoría de los casos, la FM supone un impacto negativo sobre las relaciones sociales. En el estudio llevado a cabo por Marcus *et alii* (2013) se encontró que casi una cuarta parte de los participantes referían resentimientos de los amigos más cercanos al no ser capaces de realizar actividades juntos. Sin embargo, un adecuado apoyo social mejoraría el funcionamiento en las personas con FM, pudiendo disminuir tanto los niveles de estrés y de fatiga como los de dolor (Montoya, Larbig, Braun, Preissl y Birbaumer, 2004; Van Koullil, Van Lankveld, Kraaimaat, Van Riel y Evers, 2010; Yeung, Davis, Aiken y Tennen, 2015). Una de las fuentes de apoyo social a las que recurren estos enfermos son las asociaciones de pacientes. Las personas con FM que participan en estas asociaciones están más informadas, tienen una actitud más positiva y aprenden mejor a convivir con sus dolencias (Escudero Carretero *et alii*, 2010). En relación a la familia, el estudio llevado a cabo por Collado *et alii* (2014) en España, pone de relieve una baja satisfacción en el 23% de los pacientes y, además, el 59% refería muchas dificultades en la relación con su pareja. A nivel familiar también se ha encontrado una asociación inversa entre el apego seguro y la intensidad del dolor, la discapacidad, los síntomas depresivos y la percepción de las respuestas del cónyuge como negativas (Forsythe, Romano, Jensen y Thorn 2012). Sin embargo, un adecuado apoyo familiar disminuiría el impacto de la enfermedad en los pacientes con FM (Ubago *et alii*, 2008).

Por otro lado, la mayoría de las acciones de los pacientes con dolor crónico tienen como objetivo evitar las sensaciones y los pensamientos dolorosos, siendo esto lo que provoca una peor funcionalidad (Vlaeyen y Linton, 2000). Debido a esto, en los últimos años ha surgido mucha literatura acerca de la eficacia de la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT) en el dolor crónico (e.g., Luciano *et alii*, 2014). La aceptación se propone como alternativa a la evitación y al control. Sería una actitud de “estar dispuesto” a entrar en contacto con el dolor, sin el deseo de eliminarlo. No se debe de entender la aceptación como resignación, ni como fracaso, sino una actitud de disposición hacia aquellas circunstancias que no se pueden cambiar (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014). Son muchos los estudios que han relacionado la aceptación con un mejor funcionamiento en personas con dolor crónico. Se ha asociado con menor nivel de dolor, angustia y discapacidad así como con un mayor bienestar psicológico (e.g., McCracken, 1998; McCracken, Carson, Eccleston y Keefe, 2004; McCracken y Eccleston, 2003;

Viane *et alii*, 2003;). Concretamente en personas con FM se relacionó un mayor nivel de aceptación con una menor manifestación de los síntomas, menor ansiedad y depresión así como una mejor salud, vitalidad y funcionamiento físico (Rodero *et alii*, 2011).

Sin embargo, a pesar de haberse puesto de manifiesto la importancia de la aceptación del dolor y el apoyo social en pacientes con dolor crónico, pocas han sido las investigaciones que estudiaron la relación entre estos aspectos. McCracken (2005) investigó la influencia de las respuestas sociales en los pacientes con dolor crónico, encontrando una correlación negativa entre las respuestas solícitas y las respuestas de castigo con la aceptación. Posteriormente Kostova, Caiata-Zufferey y Schulz (2014) evaluaron, de forma cualitativa, la importancia del apoyo social en relación a la aceptación del dolor en pacientes con artritis reumatoide. Encontraron que la mayor fuente de apoyo es la familia, jugando un papel importante en todo el proceso de aceptación. Sin embargo, concluyen la necesidad de un punto medio de apoyo social, pues tanto la incompreensión o escepticismo hacia la enfermedad, como el exceso de cercanía por parte de sus seres queridos, eran contraproducentes.

En base a lo expuesto, el objetivo del presente estudio ha sido investigar la importancia del apoyo social y familiar, en relación a la aceptación del dolor, en pacientes con FM. Se quiere conocer en qué medida los factores sociales y familiares predicen la aceptación del dolor.

MÉTODO

Participantes

Un total de 55 personas participaron de forma voluntaria en el estudio, todos ellos socios de la Asociación de Fibromialgia del Principado de Asturias (AENFIPA), con una media de edad de 51 años (DT 10,458) y con un rango de edad entre 22 y 71 años. El 96,4% de la muestra eran mujeres. Los criterios de inclusión establecidos para el estudio fueron: personas que tuviesen un diagnóstico de fibromialgia, que viviesen en casa con algún familiar y que fuesen mayores de edad. El 34,5% de la muestra refirió tener estudios de formación profesional, un 29,1% estudios universitarios y un 20% estudios obligatorios. En relación al estado civil, un 65,5% estaban casados y un 16,4% solteros. El 27,3% tenía un empleo habitual, el 21,8% estaban jubilados, el 18,2% tenía una actividad no remunerada en el domicilio y el 12,7% tenía una baja laboral. Referente al año en el que les fue diagnosticada la enfermedad, el rango está entre 1992 y el 2016, siendo el 2001 el año con mayor porcentaje (12,7%). El 54,5% estaban a tratamiento psicológico y 83,6% estaban tomando algún tipo de psicofármaco.

Instrumentos y medidas

Variables sociodemográficas. Se evaluó la edad, el sexo, los estudios, el estado civil, el estado laboral y el año de diagnóstico de la FM. También se preguntó si la persona estaba a tratamiento psicológico y farmacológico y, en ese caso, el tipo de psicofármaco que consumía. Por último, se preguntó por el número de personas con las que convivía en casa y las relaciones de parentesco de las mismas.

Impacto de la Fibromialgia (S-FIQ; versión de Monterde, Salvat, Montull y Fernández Ballart, 2004). El S-FIQ es un cuestionario de 10 ítems que evalúa el grado de afectación que la FM tiene sobre la vida diaria de la persona. Cada ítem se codifica de 0

a 10, siendo la puntuación máxima de 100. Una puntuación menor de 50 corresponde con un impacto leve, entre 50 y 75 moderado y más de 75 sería un impacto severo de la enfermedad. Respecto a la fiabilidad del S-FIQ, presenta un α de Cronbach de .82 aproximadamente (Esteve Vives y Batlle Gualda, 2006).

Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ; versión adaptada a una muestra española con FM, González, Fernández y Torres 2010). Se trata de un cuestionario de 15 ítems para evaluar la aceptación del dolor crónico. La escala de respuesta es tipo Likert, cuyos valores van desde el 0 (nunca es cierto) a 6 (siempre es cierto), por tanto, la puntuación máxima posible es de 90. Las puntuaciones más altas indican una mayor aceptación del dolor. A su vez, se compone de dos subescalas que evalúan la implicación en las actividades (IA) y la apertura al dolor (AD). La primera hace referencia al grado en que la persona continúa con sus actividades cotidianas a pesar del dolor, mientras que la segunda se relaciona con las respuestas de evitación del dolor. La fiabilidad total del cuestionario se encuentra en un α de Cronbach de 0.78 aproximadamente. La fiabilidad de las subescalas es de .82 para IA y .75 para AD.

Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA; Barraca y López Yarto, 1999). Sirve para evaluar la satisfacción familiar expresada por los sujetos por medio de distintos adjetivos. Constituye una medida de la percepción global que tiene el sujeto sobre su situación familiar. Está compuesta por 27 ítems, siendo cada uno una pareja de adjetivos antónimos que tratan de evocar respuestas afectivas en el sujeto. Las posibles puntuaciones directas de cada ítem van del 1 (aspecto negativo) al 6 (aspecto positivo). La puntuación directa total de la escala es de 162 puntos. Con la puntuación total se obtienen los centiles según los cuales se determina la satisfacción familiar: 10-20 muy baja; 21-39 baja; 40-60 media; 61-79 alta y 80-90 muy alta satisfacción familiar. Respecto a las propiedades psicométricas, presenta una fiabilidad, medida por el α de Cronbach de .97 aproximadamente.

Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III; Olson, Portner y Lavee, 1985). Instrumento de 20 ítems dirigido a evaluar la cohesión y la adaptabilidad del funcionamiento familiar. Para el presente estudio solo se ha considerado la subescala de cohesión, orientada a evaluar el vínculo emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. Esta subescala está compuesta por 10 ítems y una escala de respuesta tipo Likert que va desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre), pudiéndose obtener una puntuación máxima es de 50 puntos. Un valor de 10 a 34 se considera una familia no relacionada; de 35 a 40 semirrelacionada; de 41 a 45 relacionada y de 46 a 50 aglutinada. La consistencia interna del test completo, usando el α de Cronbach, es del .68. Para la subescala de cohesión familiar la fiabilidad es de .77.

Escala de Apoyo Social Funcional (DUKE-UNC; Broadhead, Gehlbach, de Gruy y Kaplan, 1988). Cuestionario compuesto por 11 ítems y una escala de respuesta tipo Likert que va desde 1 (“mucho menos de lo que deseo”) hasta 5 (“tanto como deseo”). La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo social percibido. La máxima puntuación que se puede obtener es 55. A partir de 32 se puede considerar que se dispone de una red de apoyo social normal. Bellón, Delgado, Luna del Castillo y Lardelli (1996) obtuvieron un α de Cronbach de .90.

Procedimiento

Se explicó el protocolo y el objetivo del presente estudio a la asociación de enfermos del Principado de Asturias (España), con el fin de solicitar su colaboración para poder acceder a la muestra. Una vez concretados aquellos usuarios que desearon participar se les administró el protocolo de evaluación. Los cuestionarios podían cumplimentarse desde un documento interactivo que permite su realización directamente desde el ordenador o bien en formato papel. El tiempo aproximado necesario para la realización del protocolo es de unos 20 minutos. Además, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias y todos los datos recogidos son anónimos y confidenciales.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados con el SPSS versión 20. En primer lugar se hizo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas para conocer las características de la muestra. De las variables sociodemográficas continuas se extrajo la media, la desviación típica y el rango y de las variables cualitativas el porcentaje. También se hizo un análisis descriptivo de las variables evaluadas.

Posteriormente, se realizó un procedimiento de bondad de ajuste mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov para conocer si la distribución de los datos se ajustaba a la normalidad. Después se analizó la relación entre la variable dependiente CPAQ y las variables predictoras (Año de diagnóstico, S-FIQ, ESFA, FACES, DUKE-UNC) mediante regresión lineal múltiple. Al dividir la aceptación del dolor en sus dos subescalas, se hicieron tres análisis de regresión diferentes. Uno considerando como variable dependiente la implicación en las actividades, otro considerando la apertura al dolor y el tercero con la aceptación total. Para cada regresión se comprobó que se cumplieran las condiciones necesarias para el análisis: diez sujetos por cada variable predictora, relación lineal entre estas variables y el criterio, normalidad y homocedasticidad multivariada e independencia entre las variables predictoras.

RESULTADOS

El análisis descriptivo de las variables evaluadas mostró que el 56,4% presentó un apoyo social percibido normal, frente a un 43,6% que refirió el apoyo social como bajo. El 36,4% considera tener una familia no relacionada, el 32,7% una cohesión familiar semi-relacionada, el 29,1% refieren una familia relacionada y el 1,8% una familia aglutinada. Igualmente, un 49,1% refieren un grado de satisfacción familiar bajo, un 29,1% medio y un 21,8% alto. Respecto al impacto de la enfermedad, el 65,5% tuvieron un impacto moderado de la enfermedad, seguido de un 23,6% de un impacto severo y un 10,9% con un impacto leve. La media de la aceptación del dolor se situó en el 38,71 siendo la puntuación máxima de 90. La media de la implicación en actividades fue de 26,33 siendo la puntuación máxima de 54 y la media de la apertura al dolor fue de 12,38 siendo la puntuación máxima de 36.

En el primer análisis de regresión se introdujo como variable dependiente la subescala implicación en actividades del CPAQ y se realizó el análisis mediante pasos sucesivos. Como se muestra en la tabla 1, las variables predictoras que entraron en

Tabla 1. Variables predictoras CPAQ IA

	β	<i>p</i>	R^2	R_c^2
ESFA	.419	.000	.401	.378
AÑO	-.386	.001		

Notas: β = Coeficiente estandarizado; R^2 = varianza explicada total; R_c^2 = varianza explicada total corregida; ESFA= Escala de Satisfacción familiar por adjetivos; AÑO= año de diagnóstico de la fibromialgia.

el modelo fueron la satisfacción familiar ($\beta = 0.419$, $p = .001$) y el año de diagnóstico ($\beta = -0.386$, $p = .001$). La varianza explicada del CPAQ IA fue 40.1% ($R^2 = 0.401$). Para realizar el segundo análisis de regresión se introdujo como variable dependiente la

subescala apertura al dolor del CPAQ (tabla 2). En este caso, como variable predictorora del modelo entró la cohesión familiar ($\beta = 0.408$, $p = .002$), explicando un 16,7% del criterio ($R^2 = 0.167$). En el tercer análisis de regresión (tabla 2) se introdujo como variable dependiente la aceptación total del dolor (CPAQ). Como variables predictororas del modelo entraron la satisfacción familiar ($\beta = 0.312$, $p = .012$, el año de diagnóstico ($\beta = 0.345$, $p = .000$) y el apoyo social ($\beta = 0.406$, $p = .001$).

Tabla 2. Variables predictororas.

		β	p	R^2	R_c^2
Variables CPAQ AD	FACES	.408	.002	.167	.151
	ESFA	.312	.012		
Variables CPAQ	AÑO	-.345	.000	.634	.612
	DUKE-UNC	.406	.001		

Notas: β = Coeficiente estandarizado; R^2 = varianza explicada total; R_c^2 = varianza explicada total corregida; FACES= Subescala Cohesión familiar de la *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*; ESFA= Escala de Satisfacción familiar por adjetivos; AÑO= año de diagnóstico de la fibromialgia; DUKE-UNC= Escala de Apoyo Social Funcional.

DISCUSIÓN

Las personas con FM tienden a desarrollar un patrón de comportamiento caracterizado por el miedo y la evitación, lo que les lleva a la reducción de actividad por temor a agravar el dolor (Collado *et alii*, 2016; González, 2014; Vlaeyen y Linton, 2000). La implicación en actividades, la apertura al dolor y la aceptación en su conjunto, se entienden como una pauta de conducta inversa por la cual la persona “está dispuesta” a entrar en contacto con aquellas vivencias, tanto internas como externas que teme (Hayes *et alii*, 2014) y se asocia con un mejor pronóstico de la enfermedad (McCracken y Eccleston, 2003). Además, también se ha reconocido el impacto que la FM supone en el ambiente relacional del paciente (Marcus *et alii*, 2013) influyendo negativamente en el impacto de la enfermedad (Ubago *et alii*, 2008). Por ello, se evidenció la necesidad de conocer en qué medida los factores sociales y familiares repercuten en la aceptación del dolor en los pacientes con FM.

En general, los datos epidemiológicos obtenidos en el estudio se ajustan a los hallados hasta ahora en la población Española con FM (e.g., Mas *et alii*, 2008; SER, 2003; Ubago *et alii*, 2005). De esta forma, se encuentra un porcentaje mucho mayor de mujeres que de hombres y una prevalencia de edad que ronda los 50 años. Igualmente, se obtiene un mayor número de personas casadas y de personas sin un empleo habitual, bien por estar de baja, jubiladas o con una actividad no remunerada en el domicilio. No parece ajustarse de igual modo el nivel de estudios, habiendo un mayor porcentaje con formación media o superior, frente a la prevalencia del bajo nivel académico encontrado en la literatura. Igualmente, como ya apuntaron Collado *et alii* (2014) se ha encontrado un soporte familiar bajo, tanto referente a la satisfacción como a la cohesión familiar. Sin embargo, la mayoría refiere un apoyo social normal. Esto puede ser explicado por ser una muestra perteneciente a una asociación de enfermos, lo que supone una base social de comprensión y ayuda (Escudero Carretero *et alii*, 2010), no común a todos los pacientes. Los enfermos suelen destacar, de entre los beneficios de la asociación, el sentimiento de entendimiento, el aprendizaje de otras personas con sus mismas dolencias y el respaldo social proporcionado.

Como variables predictoras de la implicación en actividades se han encontrado el año de diagnóstico de la enfermedad y la satisfacción familiar, siendo más influyente esta última. El año de diagnóstico muestra una relación inversa con el criterio, de esta forma, los pacientes que más reciente tienen el diagnóstico de FM, están involucrados en un menor número de actividades de la vida cotidiana (familiares, sociales, laborales...). Esto podría explicarse por la inseguridad y el desasosiego que el paciente sufre, previamente al diagnóstico, debido a unos síntomas recientes de dolor que no conoce ni su procedencia ni su posible evolución. A su vez, la satisfacción familiar se relaciona de forma positiva con el criterio. Esto quiere decir que las personas que más comprometidas están con sus ocupaciones, son aquellas que se sienten comprendidas, apoyadas, respetadas y cómodas con la familia. El considerar a la familia como un entorno seguro, donde no se reprime a la persona y se entienden sus limitaciones, refuerza la funcionalidad del paciente en su actividad cotidiana. Este aspecto podría recordar al experimento de Ainsworth (Ainsworth y Bell, 1970) en el cual los bebés con apego seguro utilizaban a la madre (familia) como una base fiable para la exploración (implicación en actividades). En este sentido, como ya apuntaron Forsythe *et alii* (2012), el apego seguro mejora la sintomatología del dolor crónico y la relación con el cónyuge, al influir en cómo el paciente percibe e interpreta el comportamiento de sus allegados. En base a esta hipótesis, sería interesante conocer mediante futuras investigaciones cómo se relaciona el apego con la satisfacción familiar y la aceptación del dolor crónico, en pacientes con FM.

La apertura al dolor es explicada por la cohesión familiar. Parece por tanto, que el control del dolor (e.g: “evito situaciones en las que el dolor pueda aumentar”) disminuye en aquellas personas que sienten a su familia unida (e.g: “la unión familiar es muy importante”). El estar dispuesto a no evitar ni modificar la experiencia del dolor, se favorece al sentir a la familia cerca y cohesionada. Enmarcado dentro del contexto de la ACT, se entendería como el compromiso del paciente por orientar su conducta hacia aquellos aspectos valiosos para él, a pesar del dolor que pueda estar sintiendo. No sería tan importante evitar el dolor, sino comprometerse con aquellas acciones dirigidas a la cohesión y el vínculo familiar. Esto conduce a una mayor apertura al dolor que a su vez se traducirá en un mejor pronóstico de la enfermedad.

La variable que más peso tiene para predecir la aceptación total del dolor es el apoyo social, seguido del año del diagnóstico y la satisfacción familiar. Así, las personas que se sienten cómodas y comprendidas por su familia y tienen una red social satisfactoria (e.g: “Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en casa”), tendrán una mayor aceptación de su dolor crónico. Nuevamente influye el tiempo transcurrido desde el diagnóstico con una relación inversa: cuanto más reciente sea este, menor aceptación del dolor tiene la persona. La importancia que tiene el tiempo, tanto en la implicación en actividades como en la aceptación en su conjunto, es posible que se agrave a causa de la tardanza de hasta siete años que los pacientes sufren en encontrar un diagnóstico. Los enfermos hablan de este tiempo como un periodo de incertidumbre e incompreensión (Escudero Carretero *et alii*, 2010; Ubago *et alii*, 2005) lo que puede desembocar en una menor aceptación del dolor que están sufriendo. Como indican Triviño, Solano y Siles (2016) al estudiar el proceso de incertidumbre en las personas con FM, el diagnóstico supone un punto de inflexión en el que los pacientes disminuyen la ansiedad y desarrollan estrategias de afrontamiento ante la enfermedad. Sería, por tanto, probable que al no conocerse el origen del malestar, el paciente desarrolle estrategias de manejo del dolor agudo, tratando de evitar y controlar todo aquello que aumente la sensación de dolor y que, en este caso, empeoran

el pronóstico de la enfermedad. Este proceso alargado en el tiempo, hará que en el momento del diagnóstico la aceptación del dolor sea mínima. A su vez, cabría pensar que desde que la persona conoce la nueva realidad que se le plantea, irá adaptando sus estrategias de forma que vaya adquiriendo funcionalidad y aumentando el proceso de aceptación. Serían los casos que no logran un cambio de estrategia aquellos que peor pronóstico o una mayor necesidad de ayuda tendrían. Según esta hipótesis, sería necesario investigar cómo son las estrategias de afrontamiento durante la demora del diagnóstico y cómo cambian una vez que la persona da un nombre al conjunto de los síntomas. Independientemente es necesario atajar este tiempo para conseguir una intervención temprana que se traduzca en una mejor adaptación y aceptación, conllevando un mejor transcurso de la enfermedad.

De forma intuitiva parecería que el impacto de la FM tendría un gran peso a la hora de predecir la aceptación. Es decir, sería lógico pensar que aquellos pacientes que se ven afectados en mayor medida por los síntomas (dolor, cansancio, fatiga, depresión, ansiedad, etc.) serían las que mayores conductas de evitación y control ejercerían y, por tanto, tendrían una menor aceptación del dolor. Sin embargo, el grado de afectación no se ha encontrado como variable predictora ni en la implicación en las actividades, ni en la apertura al dolor, ni en la aceptación en su conjunto. No son, entonces, las personas que menos dolor sienten las que tienen un mejor pronóstico en relación a la aceptación del dolor, sino aquellas que cuentan con un soporte familiar y social adecuado. Los enfermos que sienten comprensión, afecto, compañía y cercanía de sus familiares y amigos, indistintamente del dolor que sufran, podrán tener una mayor funcionalidad en su vida cotidiana.

Pese a la importancia demostrada del soporte relacional en las personas con FM y su proceso de aceptación, se aprecian niveles muy bajos de apoyo social y familiar en la muestra de estudio. Como apuntan Vázquez, Ramírez y Zarco (2001), a raíz de la enfermedad pueden aparecer alteraciones estructurales en la familia, desarrollándose patrones rígidos de funcionamiento (alianzas familiares que impiden la flexibilidad), cambios en los roles y aislamiento social. Además, la enfermedad ocasiona alteraciones del ciclo evolutivo familiar y alteraciones de la respuesta emocional que dificultan el proceso de adaptación de la FM. Por ello, las intervenciones con este tipo de población se deberían de orientar a un trabajo común tanto con el propio enfermo como con la familia. Con el objetivo de que los familiares conozcan la enfermedad se llevan a cabo, en algunas ocasiones, grupos psicoeducativos para las familias. En estas escuelas para familiares se dan a conocer las características de la enfermedad y se explica el funcionamiento del dolor crónico, se externaliza el problema y se establecen límites al dolor (Pascual, 2008). Sin embargo, tras los resultados obtenidos en el presente estudio, se aprecia la necesidad de una mayor intervención familiar. No solo la realización de grupos para familiares, sino intervenciones con el paciente y su familia en la que se potencien las habilidades de comunicación, la asertividad y la flexibilidad, así como la negociación de los roles y las funciones familiares. De esta forma, probablemente la satisfacción familiar adquiriera un nivel óptimo mejorando el desarrollo de aceptación del dolor en el paciente. Sería por tanto beneficioso y enriquecedor, que las intervenciones basadas en la aceptación, como es la ACT, introduzcan sesiones familiares con el fin de mejorar los resultados clínicos.

Se concluye que la satisfacción familiar y el apoyo social predicen la aceptación del dolor crónico, con independencia del impacto físico de la enfermedad. Se plantea la necesidad de una intervención familiar con los pacientes con FM de cara a potenciar

su proceso de aceptación del dolor. Además, se encuentra el tiempo transcurrido tras el diagnóstico como un factor favorecedor de la aceptación, planteándose necesario acortar la tardanza en el diagnóstico de cara a un mejor pronóstico de la enfermedad.

Se consideran imprescindibles futuras investigaciones controlando las limitaciones del presente estudio, como fueron el tener sujetos pertenecientes exclusivamente a una asociación de enfermos, así como el número de participantes. Además, sería necesario un mayor conocimiento sobre el funcionamiento familiar en los pacientes con FM y sobre el desgaste que supone la FM en los familiares del paciente.

REFERENCIAS

- Ainsworth MD y Bell SM (1970). Apago, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. En J Delval (Ed.) *Lecturas de psicología del niño*, vol. 1. Madrid: Alianza.
- Andreu JL y Sanz J (2005). La fibromialgia y su diagnóstico. *Revista Clínica Española*, 205, 333-336. Doi: 10.1157/13077119
- Arnold LM, Crofford LJ, Mease PJ, Burgess SM, Palmer SC, Abetz L y Martin SA (2008). Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 73, 114-120. Doi: 10.1016/j.pec.2008.06.005
- Åsbring P y Närvänen AL (2002). Women's experiences of stigma in relation to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Qualitative Health Research*, 12, 148-160. Doi: 10.1177/104973230201200202
- Barraca MJ y López Yarto EL (1999). *ESFA. Escala de satisfacción familiar por adjetivos*. Madrid: TEA.
- Bellón JA, Delgado A, Luna del Castillo JD y Lardelli P (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.
- Borchers AT y Gershwin ME (2015). Fibromyalgia: A Critical and Comprehensive Review. *Clinical Rev Allergy Immunology*, 49, 100-151. Doi: 10.1007/s12016-015-8509-4
- Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Carbonell JA, Blotman F, Spaeth M, Saraiva F, Nacci F, Thomas E, Caubère JP, Le Lay K, Taieb C y Matucci-Cerinic M (2010). Prevalence of Fibromyalgia: A Survey in Five European Countries. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 39, 448-453. Doi: 10.1016/j.semarthrit.2008.12.003
- Briones Vozmediano E, Ronda Pérez E y Vives Cases C (2015). Percepciones de pacientes con fibromialgia sobre el impacto de la enfermedad en el ámbito laboral. *Atención Primaria*, 47, 205-212. Doi: 10.1016/j.aprim.2014.06.002
- Broadhead WE, Ghelbach SH, de Gruy FV y Kaplan BH (1988). The Duke Unc functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-723.
- Collado A, Gómez E, Coscolla R, Sunyol R, Solé E, Rivera J, Altarriba E, Carbonell J y Castells X (2014). Work, family and social environment in patients with Fibromyalgia in Spain: an epidemiological study: EPIFFAC study. *BMC Health Services Research*, 14, 513. Doi: 10.1186/s12913-014-0513-5
- Collado A, Torres X, Arias A, Solé E, Salom L, Gómez E y Arranz L (2016). *La fibromialgia: Consejos y tratamientos para el bienestar*. Barcelona: Amat Editorial.
- Cunningham MM y Jillings C (2006). Individuals' descriptions of living with fibromyalgia. *Clinical Nursing Research*, 15, 258-273. Doi: 10.1177/1054773806291853
- Escudero Carretero MJ, García Toyos N, Prieto Rodríguez MA, Pérez Corral O, March Cerdá JC y López Doblaz M (2010). Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Reumatología Clínica*, 6, 16-22. Doi: 10.1016/j.reuma.2009.04.008
- Esteve Vives JJ y Batlle Gualda E (2006). Evaluación de pacientes con fibromialgia. Estudio comparativo de 4 versiones españolas del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Reumatología Clínica*, 2, 283-288. Doi: 10.1016/S1699-258X(06)73062-5
- Forsythe LP, Romano JM, Jensen MP y Thorn BE (2012). Attachment style is associated with perceived spouse responses and pain-related outcomes. *Rehabilitation Psychology*, 57, 290-300. Doi: 10.1037/a0030083
- González A, Fernández P y Torres I (2010). Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) a una muestra española. *Psicothema*, 22, 997-1003.
- González A (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25, 610-617.

- Doi: 10.1016/S0716-8640(14)70081-1
- Hayes SC, Strosahl K y Wilson KG (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Hidalgo FJ (2011). Fibromialgia. Consideraciones etiopatogénicas. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18, 342-350.
- Jay GW y Barkin RL (2015). Fibromyalgia. *Disease-a-Month* 61, 66-111. Doi: 10.1016/j.disamonth.2015.01.002
- Kool MB, Van Middendorp H, Boeije HR y Geenen R (2009). Understanding the lack of understanding: Invalidation from the perspective of the patient with fibromyalgia. *Arthritis Care & Research*, 61, 1650-1656. Doi: 10.1002/art.24922
- Kostova Z, Caiata-Zufferey M y Schulz PJ (2014). The impact of social support on the acceptance process among RA patients: A qualitative study. *Psychology & Health*, 29, 1283-1302. Doi: 10.1080/08870446.2014.925895
- Luciano JV, Guallar JA, Aguado J, López-del-Hoyo Y, Oliván B, Magallón R, Alda M, Serrano Blanco A, Gili M y García Campayo J (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *Pain*, 155, 693-702. Doi: 10.1016/j.pain.2013.12.029
- Madden S y Sim J (2006). Creating meaning in fibromyalgia syndrome. *Social Science & Medicine*, 63, 2962-2973. Doi: 10.1016/j.socscimed.2006.06.020
- Marcus DA, Richards KL, Chambers JF y Bhowmick A (2013). Fibromyalgia family and relationship impact exploratory survey. *Musculoskeletal Care*, 11, 125-134. Doi: 10.1002/msc.1039
- Mas AJ, Carmona L, Valverde M y Ribas B (2008) Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clinical & Experimental Rheumatology*, 26, 519-26.
- McCracken LM (1998). Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.
- McCracken LM (2005). Social context and acceptance of chronic pain: The role of solicitous and punishing responses. *Pain*, 113, 155-159. Doi:10.1016/j.pain.2004.10.004
- McCracken LM, Carson JW, Eccleston C y Keefe FJ (2004). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, 109, 4-7. Doi: 10.1016/j.pain.2004.02.006
- McCracken LM y Eccleston C (2003). Coping or acceptance: What to do about chronic pain?. *Pain*, 105, 197-204.
- Monterde S, Salvat I, Montull S y Fernández Ballart J (2004). Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Revista Española de Reumatología*, 31, 507-513.
- Montoya P, Larbig W, Braun C, Preissl H y Birbaumer N (2004). Influence of social support and emotional context on pain processing and magnetic brain responses in fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 50, 4035-4044. Doi: 10.1002/art.20660
- Olson DH, Portner J y Lavee Y (1985). *FACES III*. St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Pascual A (2008). Fibromialgia y Escuelas para familiares: Aprender a vivir con la enfermedad. *Pasaba por aquí...* *Revista de Actualidad Sociosanitaria*, 5, 13-15.
- Rodero B, Casanueva B, Luciano JV, Gili M, Serrano-Blanco A y García Campayo J (2011). Relationship between behavioural coping strategies and acceptance in patients with fibromyalgia syndrome: Elucidating targets of interventions. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12, 1. Doi: 10.1186/1471-2474-12-143
- SER (2003). *Estudio Epidemiológico del Dolor en Reumatología en España (EPIDOR)*. Madrid: Edipharma.
- Söderberg S, Strand M, Haapala M y Lundman B (2003). Living with a woman with fibromyalgia from the perspective of the husband. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 143-150. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02597.x
- Triviño A, Solano MC y Siles J (2016). Aplicación del modelo de incertidumbre a la fibromialgia. *Atención Primaria*, 48, 219-225. Doi: 10.1016/j.aprim.2015.04.007
- Ubago MDC, Ruiz I, Bermejo MJ, Labry A y Plazaola J (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia: Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 683-695. Doi: 10.1590/S1135-57272005000600008
- Ubago MDC, Ruiz I, Bermejo MJ, Labry A, Hernández E y Plazaola J (2008) Analysis of the impact of fibromyalgia on quality of life: associated factors. *Clinical Rheumatology*, 27, 613-619. Doi: 10.1007/s10067-007-0756-1
- Van Koulil S, Van Lankveld W, Kraaimaat FW, Van Riel PL y Evers AW (2010). Risk factors for longer term psychological distress in well-functioning fibromyalgia patients: A prospective study into prognostic factors. *Patient Education & Counseling*, 80, 126-129. Doi: 10.1016/j.pec.2009.08.001
- Vázquez J, Ramírez DN y Zarco JV (2001). Entorno familiar y paciente crónico. *SEMERGEN-Medicina de Familia*,

- 27, 24-26. Doi: 10.1016/S1138-3593(01)73669-6
- Viane I, Crombez G, Eccleston C, Poppe C, Devulder J, Van Houdenhove B y De Corte W (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *Pain*, 106, 65-72.
- Vlaeyen JW y Linton SJ (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 85, 317-332.
- Yeung EW, Davis MC, Aiken LS y Tennen HA (2015). Daily social enjoyment interrupts the cycle of same-day and next-day fatigue in women with fibromyalgia. *Annals of Behavioral Medicine*, 49, 411-419. Doi: 10.1007/s12160-014-9666-z

Recibido, 22 Diciembre, 2017
Aceptación final, 28 Febrero, 2018