



2012, 18(2-3), 141-154

TERAPIA COGNITIVA BASADA EN MINDFULNESS Y REDUCCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN PERSONAS CON FIBROMIALGIA

Marta Parra Delgado, José Miguel Latorre Postigo y Juan Montañés Rodríguez

Departamento de Psicología, Universidad de Castilla-La Mancha

Resumen: La ansiedad es uno de los síntomas psicológicos que acompañan a la fibromialgia, un síndrome que cursa con dolor crónico generalizado, junto con otros síntomas físicos y psicológicos, que causa un fuerte impacto en las diferentes áreas de la vida del paciente. En el presente trabajo se prueba la eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena (Mindfulness-Based Cognitive Therapy; Segal, Williams, & Teasdale, 2002) en la mejora de los síntomas de ansiedad en una muestra de personas diagnosticadas de fibromialgia. Se realizó un diseño experimental pre-post tratamiento con seguimiento a los tres meses. La muestra (N=34) estaba formada por 33 mujeres y 1 hombre con edades comprendidas entre 30 y 77 años. Los resultados indicaron que este tratamiento resultó efectivo en la mejora, a corto plazo, de la ansiedad estado. Se considera relevante continuar estudiando los efectos terapéuticos, a corto, medio y largo plazo de la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness sobre los síntomas psicológicos y físicos en personas que padecen fibromialgia.

Palabras clave: Mindfulness, terapia cognitiva, fibromialgia, ansiedad.

Abstract: Anxiety is one of the psychological symptoms that accompany fibromyalgia, a syndrome that causes chronic pain, along with other physical and psychological symptoms. Fibromyalgia causes a strong impact on different areas of the patient's life. In this study we test the effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) in improving symptoms of anxiety in a sample of participants diagnosed with fibromyalgia. We performed an experimental pre-post treatment design with a 3-month follow-up. The sample (N = 34) consisted of 33 women and 1 man aged between 30 and 77. The results indicated that this treatment was effective in improving short-term state anxiety. It is important to continue studying the short, medium and long term therapeutic effects of Mindfulness-based Cognitive Therapy on the psychological and physical symptoms of those who suffer from fibromyalgia.

Key words: Mindfulness, cognitive therapy, fibromyalgia, anxiety.

Title: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy and reduction of anxiety symptoms in people with fibromyalgia*

La fibromialgia es un síndrome que puede resultar incapacitante y cuya etiología es actualmente desconocida. Cursa con dolor crónico musculoesquelético generalizado junto con otros síntomas físicos como, por ejemplo, fatiga intensa, alteraciones del sueño, parestesias, cefaleas y psicológicos como ansiedad y depresión (Rivera et al.,

2006), en este sentido se ha comprobado que el dolor crónico y la fibromialgia correlacionan con síntomas elevados de ansiedad (Arnold, Crofford, Martin, Young, & Sharma, 2007; Thieme, Turk, & Flor, 2004) que pueden provocar un peor ajuste a la enfermedad (Roelofs et al., 2004). Su prevalencia en España, según el estudio EPISER de la Sociedad Española de Reumatología (2001), es del 2.4% en población general mayor de 20 años, estimándose la prevalencia entre las mujeres en un 4.2% frente a un 0.2% en los varo-

*Dirigir la correspondencia a:

Marta Parra Delgado
Facultad de Educación. Departamento de Psicología. Plaza de la Universidad, 3, Albacete (02071).
Tfno. 967 59 92 00 ext. 2506 Fax. 967 59 92 29.
Marta.Parra@uclm.es

© Copyright 2012: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

nes, lo que supone una relación mujer/varón de 21:1.

A pesar de que el nexo entre los aspectos psicopatológicos y la etiología y curso de la fibromialgia no se ha identificado con suficiente claridad, sí que se acepta que el dolor crónico tiene un efecto negativo sobre el humor (Casanueva, 2007) y que las personas que presentan niveles más altos de ansiedad y otras emociones negativas suelen presentar, a su vez, una mayor probabilidad de sufrir trastornos físicos crónicos (Cano-Vindel, 2011). Se estima especialmente relevante abordar el tratamiento de la fibromialgia tanto desde la disfunción física como emocional (Thieme, Turk, & Flor, 2004).

En este sentido, los datos sobre comorbilidad de ansiedad y depresión en pacientes con fibromialgia muestran que el 32.3% presenta un trastorno por ansiedad y el 34.8% un trastorno del estado de ánimo. Estos datos indican una prevalencia de estos desórdenes tres veces mayor que en la población general (Thieme, Turk, & Flor, 2004). Además, se encuentra una alta correlación entre fibromialgia y los trastornos de ansiedad y depresión, pero no con otras patologías psiquiátricas. El grado de depresión/ansiedad se relaciona con mayor respuesta al estrés, datos de severidad de la enfermedad y mayor consumo de recursos económicos (Aparicio, Ramos-Cejudo, Salguero, & Sanz-Blasco, 2011).

Debido a las características del síndrome de fibromialgia, el tratamiento aconsejado es multimodal, consistente en ejercicio físico suave junto con terapia cognitiva conductual y educación al paciente, resultando efectivo en la disminución del dolor y el impacto de la fibromialgia, así como en el aumento de la autoeficacia y el funcionamiento físico (Burckhardt, 2006).

Aunque existen intervenciones eficaces para el manejo de la fibromialgia, prevalece una gran insatisfacción entre los pacien-

tes y profesionales en cuanto a su tratamiento, estableciéndose como un problema de salud pública de primer orden (Rivera et al., 2006) que afecta a la esfera biopsicosocial de la persona causando, en la mayoría de los casos, un fuerte impacto vital, familiar y laboral (Bernard, Prince, & Edsall, 2000; Neumann & Buskila, 1997; Reisine, Fifield, Walsh, & Feinn, 2003; Söderberg, Lundman, & Norberg, 1999), con un alto índice de frecuentación y elevado consumo de recursos sanitarios y sociales (Siras-Mainar, Blanca-Tamayo, Navarro-Artieda, & Rejas-Gutiérrez, 2009; Tornero, Piqueras, Carballo, & Vidal, 2002; Wolfe et al., 1997).

En esta línea, es importante contar con aproximaciones clínicas que proporcionen al paciente estrategias y habilidades prácticas para aceptar el dolor crónico y los síntomas que lo acompañan, en vez de tratar de eliminarlo o controlarlo. Estas intervenciones, basadas en la aceptación, son las llamadas terapias de tercera generación (Hayes, 2004), en las que se comienza a dar un mayor énfasis a estar en contacto con el momento presente y a la aceptación de las experiencias internas aversivas por parte del individuo. Se incorpora, por tanto, al modelo de "cambio" de conducta y/o pensamiento, el de "aceptación" de aquello que no se puede cambiar en la vida de una persona (Lavilla, Molina, & López, 2008). Entre las intervenciones de tercera generación encontramos el Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena (REBAP) (Mindfulness-Based Stress Reduction, Kabat-Zinn, 1982) y la Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena (TCBCP) (Mindfulness-Based Cognitive Therapy; Segal, Williams & Teasdale, 2002). Actualmente, diferentes estudios demuestran que la práctica de *mindfulness* puede tener efectos beneficiosos sobre la ansiedad (Chiesa, & Serretti, 2009; Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker, & Shapiro, 2004; Irving, Dobkin & Park, 2009; Ra-

mos, Hernández, & Blanca, 2009), el crecimiento y autorrealización personal (Franco, de la Fuente, & Salvador, 2011) y sobre el bienestar físico y emocional de pacientes con fibromialgia (Bohlmeijer, Prenger, Taal, & Cuijpers, 2010; Grossman, Tiefenhaler-Gilmer, Raysz, & Kesper, 2007; Lush, Salmon, Floyd, Studts, & Weissbecker, 2009). Si bien es necesario evaluar, con rigor metodológico y validez ecológica, qué factores de intervención subyacen a dicha eficacia (Schmidt et al., 2011).

Mindfulness es una técnica aliada de las terapias de tercera generación que permite tomar conciencia de la experiencia presente con aceptación (Germer, 2005) y prestar atención de un modo particular, a propósito, en el momento presente, sin enjuiciarlo (Kabat-Zinn, 1990/2004).

Los mecanismos psicoterapéuticos más importantes de *mindfulness* son (Delgado, 2009; Pérez & Botella, 2006): a) Exposición o contemplación con aceptación y sin enjuiciar los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones corporales que experimenta el individuo facilitándole una experiencia menos amenazadora; b) Cambios cognitivos en los patrones de pensamiento y en las actitudes sobre los mismos, de manera que la persona llega a comprender que los pensamientos son solo pensamientos, eventos mentales y no un reflejo de la realidad; c) Auto-regulación sobre diferentes respuestas de afrontamiento que faciliten el autocuidado cuando la persona es consciente de los pensamientos, emociones, dolor corporal o de las respuestas de estrés que está experimentando; d) Aceptación de los contenidos psicológicos y/o fenómenos corporales, como el dolor, anteriormente evitados. La aceptación se acompaña del reconocimiento de transitoriedad de las sensaciones y los eventos mentales, lo que permite al sujeto comprometerse con el posible cambio en la dirección valiosa; e) Integración de aspectos disociados del *self* de la experiencia corporal

y mental; f) Clarificación de valores, dirigiendo la conducta, conscientemente y momento a momento, hacia ellos; g) Relajación, en cuanto que la práctica de la meditación, a largo plazo, puede implicar un estado de mayor serenidad y h) Autocompasión, en el sentido de darse a uno mismo el cuidado, consuelo y serenidad que de forma natural se le hace llegar a quienes se les quiere cuando están sufriendo (Simón, 2011).

La TCBCP es una intervención psicosocial grupal desarrollada con el objetivo principal de prevenir la recurrencia y recaída en aquellas personas que son vulnerables a padecer episodios depresivos. Integra técnicas de reestructuración cognitiva (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979/1983; Ellis, 1962/1980) con ejercicios de meditación de atención plena (*mindfulness*) establecidos en el programa REBAP destinado a personas con dolor crónico y/o expuestas a condiciones relacionadas con el estrés con el objetivo de mejorar su salud y bienestar.

Se considera que la TCBCP, puede ser adecuada en el tratamiento de la ansiedad de las personas con fibromialgia, ya que integra técnicas de intervención que resultan eficaces en el tratamiento de los síntomas de la fibromialgia, como las utilizadas en la terapia cognitivo conductual, que se ha establecido como tratamiento psicoterapéutico aconsejado (Glombiewski et al., 2010), y en el programa REBAP, que ha obtenido resultados muy prometedores en la mejora en los síntomas de ansiedad y depresión, percepción de calidad de vida, funcionamiento físico y/o disminución de la intensidad del dolor, entre otros, en pacientes con fibromialgia (Franco, Mañas, & Justo, 2010; Lush, Salmon, Floyd, Studts, & Weissbecker, 2009; Merkes, 2010; Quintana & Rincón, 2011; Rosenzweig et al., 2010; Sephton et al., 2007; Weissbecker et al., 2002).

Lo que incorpora la práctica de *mindfulness* a la terapia cognitiva es permitir que la persona practique y experimente la aceptación de sus pensamientos, emociones y sensaciones corporales, enseñándole a relacionarse de manera diferente con su dolor y los síntomas psicológicos que le acompañan, observándolos desde una perspectiva más amplia, desde fuera, para llegar a considerarlos simples eventos de la mente, que no necesariamente reflejan la realidad y que son transitorios. Los clientes practican el descentramiento de sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales durante las sesiones de meditación, donde el sujeto procesa la experiencia presente con consciencia plena, sin necesidad de emitir juicios de valor ni de tener expectativas sobre lo que va a suceder a continuación.

La eficacia de la práctica de *mindfulness* en la mejora del bienestar físico y emocional en personas que padecen dolor crónico, junto con otros desórdenes emocionales, puede estar, según Kabat-Zinn (1982), en que la meditación facilita una postura de atención hacia la propiocepción, conocida como observación descentrada, que parece causar un desacoplamiento de la dimensión sensorial de la experiencia del dolor de la dimensión cognitiva y afectiva y, así, reducir la experiencia de sufrimiento. Los resultados preliminares del estudio experimental de Vago y Nakamura (2011) sugieren que el entrenamiento en meditación basado en *mindfulness* reduce la evitación del dolor relacionado con la amenaza en los primeros niveles del procesamiento del mismo y facilita la desconexión de la amenaza del dolor en las etapas de procesamiento superior.

El objetivo principal de este estudio es probar la eficacia de la TCBCP en la mejora de los síntomas de ansiedad en pacientes diagnosticados de fibromialgia.

Método

Participantes

La muestra inicial estaba formada por 46 personas (45 mujeres y 1 hombre).

Los criterios de inclusión para formar parte del presente estudio fueron:

- a) Estar diagnosticado/a del síndrome de fibromialgia de acuerdo a los criterios diagnósticos propuestos por el *American College of Rheumatology* (Wolfe et al., 1990).
- b) Mostrar interés por participar en la terapia así como compromiso con la práctica de *mindfulness* en casa.

Los criterios de exclusión fueron:

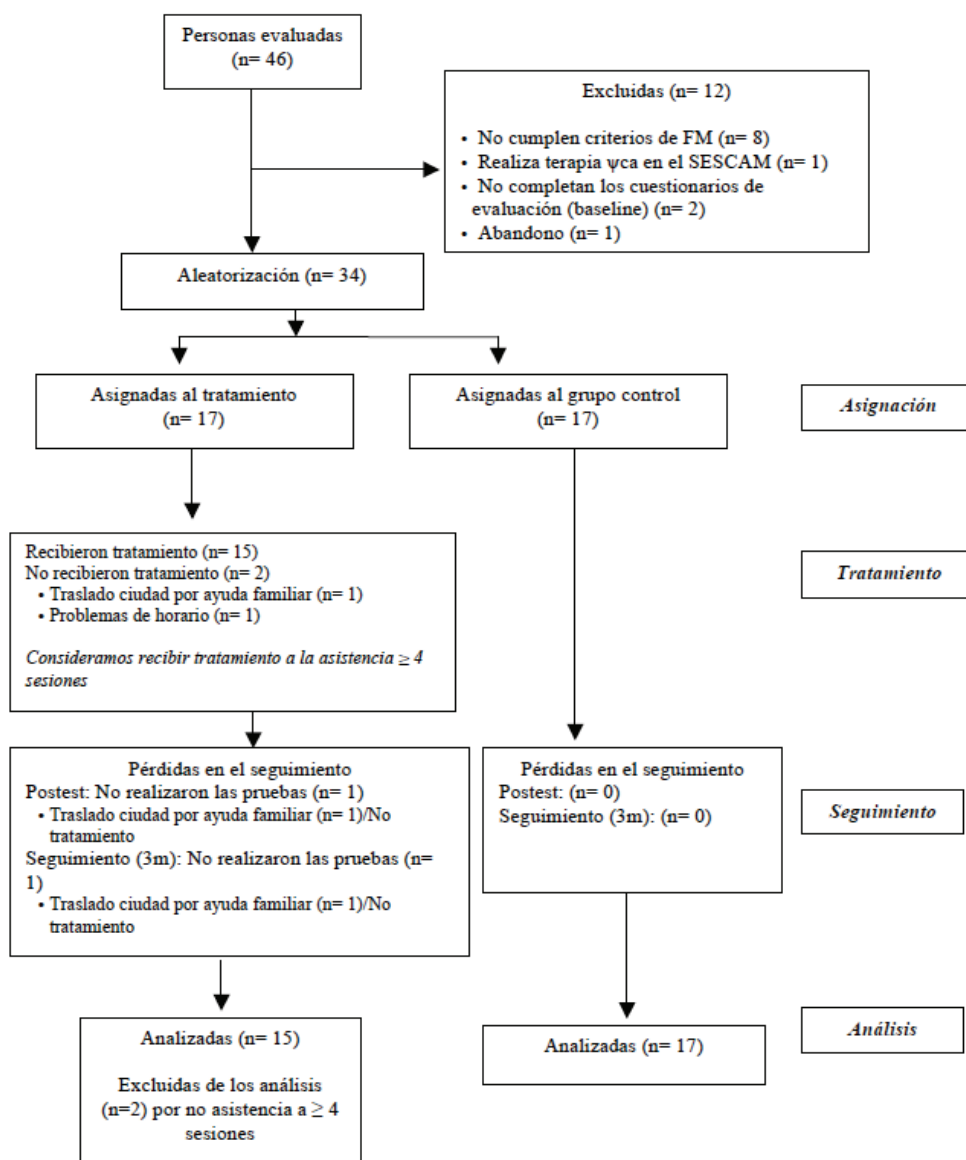
- a) Diagnóstico por dependencia y/o abuso de alcohol y/o sustancias
- b) Estar realizando terapia psicológica con el equipo de fibromialgia del SESCAM de Albacete.

Atendiendo a estos criterios y a la falta de remisión de los cuestionarios en la evaluación pretest, un total de 12 personas fueron excluidas de nuestro estudio tal y como se refleja en la Figura 1.

Se observa que, tras el proceso de selección, 34 participantes fueron aleatorizados, a través del programa *Random Number Generator* (Deville, 2004a), a las dos condiciones experimentales; grupo de intervención con la TCBCP (n=17) y grupo control (n=17). De las 17 personas que formaban parte del grupo experimental dos asistieron a menos de cuatro sesiones de intervención. Por tanto, siguiendo el criterio de Segal, Williams y Teasdale (2002), el número de personas que se considera que han recibido tratamiento es de 15.

Los participantes tenían una edad media de 52.09 (10.48). Con respecto a las variables sociodemográficas y clínicas, el 76.47% de ellos están casados, el 50% posee estudios primarios y el 55.88% se dedica a sus labores. El tiempo que llevan sufriendo este síndrome, según la estimación

Figura 1. Flujo de participantes en el estudio



de los participantes, es de entre 2 y 60 años ($M= 21.24$, $DT= 14.98$). La mayoría (76.4%) toma medicación para los síntomas de depresión y/o ansiedad. Todos los participantes eran miembros de la Asociación de Fibromialgia de Almansa (AFIBROAL).

Instrumentos

Los datos sociodemográficos, clínicos y sobre diferentes áreas de la vida de los participantes se recogieron a través de una entrevista inicial desarrollada a partir del formato de entrevista semiestructurada para

pacientes con dolor crónico propuesto por Miró (2003).

Se administraron los módulos de la *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI; Sheehan et al., 1997) (Versión en español 5.0.0 adaptada por Ferrando, Bobes, Gibert & Lecrubier, 1997), que permitieron diagnosticar las categorías clínicas decisivas para la exclusión de los aspirantes a participar en la investigación, así como los que permiten describir clínicamente la muestra en aquellos trastornos psicopatológicos que mayor prevalencia tienen en la población con fibromialgia. Los módulos utilizados han sido: A. Episodio depresivo mayor, B. Episodio depresivo mayor recidivante, C. Riesgo de suicidio, E. Trastorno de angustia, F. Agorafobia, J. Abuso y dependencia de Alcohol, K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas. La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de duración breve (alrededor de 15 minutos) que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I, según la clasificación del DSM-IV (APA, 1994) y la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 1992). Los resultados sobre validez y fiabilidad, comparando la MINI con el Structured Clinical Interview for DSM-III-R Patients (SCID-P; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990), demuestran que la MINI tiene una validez y fiabilidad bastante alta y que, además, puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve que el SCID-P (Sheehan et al., 1997).

La variable ansiedad se midió a través del *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) (Validación española por Seisdedos, 1999). Este cuestionario comprende dos escalas que miden, por separado, ansiedad estado y rasgo, cada una con 20 ítems. La consistencia interna de esta escala es bastante buena entre (.90 y .93 en la ansiedad estado, y .84 y .87 en ansiedad rasgo), así como la vali-

dez en diversos contextos (Seisdedos, 1999).

Procedimiento

Se llevó a cabo un diseño experimental de grupos aleatorios con tres medidas repetidas (pretest, postest y seguimiento a los tres meses).

El grupo experimental realizó la TCBCP que se compone de 8 sesiones altamente estructuradas. Cada sesión semanal tiene una duración aproximada de 2 hrs 30 min. Según Segal, Williams y Teasdale (2002) se entiende que los participantes han llevado a cabo el tratamiento si asisten, al menos, a 4 de las 8 sesiones propuestas. Siguiendo este criterio, el 88.23% de las personas del grupo experimental han participado en la terapia, siendo el 41.1% de ellas las que han asistido a 6 o más sesiones. Tanto el grupo experimental como el grupo control siguieron con su tratamiento farmacológico habitual y continuaron normalmente con sus sesiones de rehabilitación, asistencia a reuniones y clases propuestas por la Asociación de Fibromialgia de Almansa. Las sesiones fueron guiadas por una psicoterapeuta con formación práctica y teórica en la TCBCP. Las sesiones son eminentemente prácticas, realizando diferentes ejercicios de meditación en cada una de ellas. A continuación se presenta una breve descripción de las mismas (para mayor detalle consultar Parra-Delgado, 2011):

Primera sesión. Se proporciona al participante un primer contacto experiencial de *mindfulness* a través de dos meditaciones que permiten transmitir qué es *mindfulness* y qué actitudes le acompañan. Esto toma mayor significado cuando se facilita que la persona reflexione sobre los pensamientos y conductas automáticas, relacionadas sobre todo con el dolor, que surgen a lo largo del día.

Segunda sesión. Se trabajan las dificultades físicas y psicológicas que han surgido

en la práctica de *mindfulness* y se dialoga sobre las actitudes mantenidas en el proceso.

Tercera sesión. Se desarrolla principalmente la meditación en la respiración como una herramienta que posibilita en cualquier momento la práctica de *mindfulness*.

Cuarta sesión. Se trabaja la habilidad de observar los estímulos aversivos, físicos y psicológicos con conciencia plena, de manera que se pueda responder a ellos en vez de reaccionar de forma automática. Se ofrece información sobre la depresión.

Quinta sesión. Se profundiza en la aceptación de la experiencia de dolor, dándole espacio para que ocurra. Se ofrece información sobre la ansiedad.

Sexta sesión. Se reflexiona sobre la relación entre pensamientos y sentimientos. Se acompaña a la persona, a través de diferentes ejercicios y meditaciones basadas en *mindfulness*, a practicar una relación diferente con sus pensamientos y emociones.

Séptima sesión. Se invita a la persona a que descubra y/o redescubra formas sencillas de autocuidarse y aumentar su bienestar físico y psicológico.

Octava sesión. Trata de resumir lo aprendido y emplearlo para responder a futuros estados de ánimo y/o experiencias corporales dolorosas.

En todas las sesiones, al comenzar, se realiza un *feedback* de la práctica realizada en casa y, al finalizar, se reparten las tareas para casa y unos folletos resumen de cada sesión.

Las modificaciones de la TCBCP llevadas a cabo para el grupo de personas a las que iba dirigida esta intervención fueron principalmente: un mayor detenimiento en la aceptación de la experiencia de dolor en las diferentes meditaciones de *mindfulness*, transmitir la importancia de no forzarse en las posturas de yoga, la recomendación de utilizar diferentes posturas de meditación y distintos materiales (mantas enrolladas, al-

mohadas, etc.) para hacer más cómoda la práctica de *mindfulness*.

Análisis de datos

Para determinar si existen diferencias significativas entre los grupos se ha empleado la prueba ANOVA de una vía.

Para analizar el cambio ocurrido en cada uno de los grupos se ha realizado la prueba *t* para muestras emparejadas. También se ha calculado el porcentaje de cambio entre el pretest y postest y el pretest y seguimiento, así como el tamaño del efecto, *d* de Cohen (Cohen, 1988), tanto para la comparación de dos grupos (control vs. experimental) como para estimar el tamaño del efecto producido intra-grupo.

Para el cálculo de los efectos principales y la interacción de las variables independientes (grupo y tiempo) sobre la variable dependiente se ha realizado un ANOVA 2x3 con una variable independiente entre-sujetos con dos niveles (experimental y control) y el tiempo (pretest, postest y seguimiento) como variable independiente intra-sujetos.

La mayoría de los análisis se han realizado con el programa SPSS para Windows v. 15.0 y v. 17.0. Además, para los cálculos del tamaño del efecto se han utilizado los programas *Sample Power 2.0 para Windows* (Borenstein, Rothstein, & Cohen, 2001) y *'The Effect Size Generator for Windows: Version 2.3'* (Deville, 2004b).

En todos los casos los análisis se han efectuado con un Intervalo de Confianza del 95%.

Resultados

Estadísticos descriptivos

Los dos grupos eran homogéneos en cuanto a las variables sociodemográficas y clínicas evaluadas (Tabla 1).

También son grupos equilibrados en el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos evaluados en la muestra: episodio depresi-

Tabla 1. Variables Sociodemográficas y Clínicas del Grupo Experimental y Control

Variabes	Grupo Experimental (n=15)	Grupo Control (n=17)	Test de Diferencias	<i>p</i>
Edad, <i>M</i> (<i>SD</i>)	53.13 (10.50)	51.53 (11.30)	<i>t</i> = -.41	.68
Sexo				
Mujeres	100% (15)	94.1% (16)	$\chi^2 = .91$	1.0
Hombres	0% (0)	5.9% (1)		
Nivel de estudios				
Sin estudios	33.3% (5)	23.5% (4)	$F_{Levene} = .10$.75
Primaria con/sin Graduado Escolar	60% (9)	58.8% (10)		
Secundaria/Universitarios	6.6% (1)	17.6% (3)		
Situación Laboral				
En Activo	0% (0)	35.3% (6)	$F_{Levene} = 2.57$.11
Sus Labores	73.3% (11)	47.1% (8)		
Baja/incapacidad	26.6% (4)	17.6% (3)		
Años de inicio del síndrome <i>M</i> (<i>SD</i>)	21.7 (16.64)	22.5 (13.84)	<i>t</i> = .14	.88
Factores de empeoramiento de los síntomas				
Físicos	6.6% (1)	11.8% (2)	$\chi^2 = 1.90$.38
Emocionales	40% (6)	58.8% (10)		
Ambos	53.3% (8)	29.4% (5)		
Consumo de Fármacos				
Ninguno	20% (3)	23.5% (4)	$\chi^2 = .49$.92
Antidepresivos	33.3% (5)	41.2% (7)		
Ansiolíticos	20% (3)	17.6% (3)		
Ambos	26.6% (4)	17.6% (3)		
Expectativas de Resultados				
Pocas	13.3% (2)	35.3% (6)	<i>U</i> = 99.5	.16
Buenas	86.6% (13)	64.7% (11)		

Nota: $\chi^{2a} = \chi^2$ corregido con el estadístico exacto de Fisher

vo mayor $\chi^2(1) = 0.00$, $p = .64$, episodio depresivo mayor recidivante $\chi^2(1) = 3.11$, $p = .08$, riesgo de suicidio $U(1) = 125.50$, $p = .51$, trastorno de angustia sin agorafobia $\chi^2(1) = 0.23$, $p = .50$ y con agorafobia $\chi^2(1) = 0.00$, $p = .64$ y agorafobia sin trastorno de angustia $\chi^2(1) = 3.29$, $p = .11$.

Entre el grupo experimental y control no existían diferencias significativas previas en las variables ansiedad rasgo $F(1, 32) = .06$, $p = .80$ y ansiedad estado $F(1, 32) = .10$, $p = .74$.

Es oportuno señalar que la mortandad ($n = 2$) que se dio en el grupo experimental, debido a la no asistencia del 50% de las sesiones, no afectó a la comparabilidad de los grupos ya que se comprobó que seguían siendo equivalentes.

En la Tabla 2 se presentan las medias, desviaciones estándar y análisis de varianza de una vía para cada uno de los dos grupos (experimental y control) en los tres momentos de medida: pretest, postest y seguimiento.

Comparación entre grupos

Los resultados del ANOVA de una vía (Tabla 2) reflejan diferencias significativas en la disminución de los síntomas de ansiedad entre el grupo experimental y control en el postest, situándose la puntuación media del grupo experimental en el percentil poblacional 50. Esta disminución de la ansiedad no se mantiene en el seguimiento (Figura 2).

Comparación intragrupos

En cuanto a la evolución de los datos intragrupo no se muestran diferencias sig-

nificativas ni en el grupo experimental ni en el control. El tamaño del efecto observado en el grupo experimental, en la medida post-tratamiento, es mediano ($d = .53$) y el porcentaje de cambio, en reducción de los síntomas de ansiedad, del 16.57%. En la medida de seguimiento, tanto el tamaño del efecto como el porcentaje de cambio se consideran inapreciables. En el grupo control se observa un pequeño incremento de los síntomas de ansiedad en la medida post-tratamiento ($d = -.25$) y en el seguimiento ($d = -.37$).

Tabla 2. Medias, desviaciones estándar y análisis de varianza de una vía para los efectos de la TCBCP en la variable ansiedad-estado

Variable/Momento	Grupo Experimental (n=15)		Grupo Control (n=17)		ANOVA	
	M	DE	M	DE	F(1, 30)	p
ANSIEDAD ESTADO						
Pretest	27.33	8.54	29.71	8.43	.62	.43
Postest	22.80	8.45	31.94	9.44	8.23	.007
Seguimiento	27.20	7.50	33.12	9.54	3.73	.06

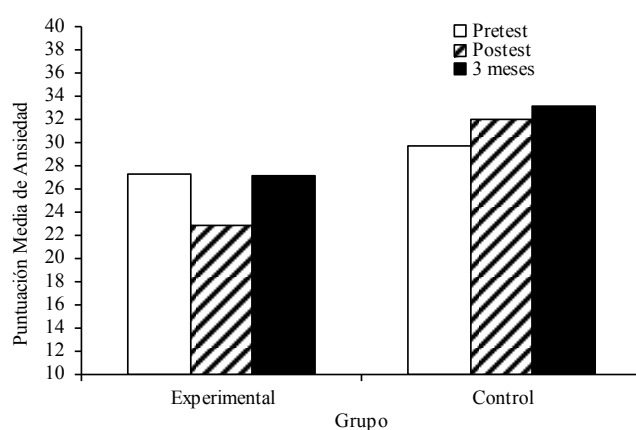


Figura 2. Puntuaciones medias de ansiedad estado en el STAI del grupo experimental y control en el pretest, postest y seguimiento a los 3 meses.

Tabla 3. ANOVA de medidas repetidas 3x2 para los efectos sobre la variable ansiedad estado.

Fuente	gl	SS	MS	F	η^2
Grupo	1	808.56	808.56	5.26*	.94
Tiempo (intragrupo)	2	113.70	56.85	1.52	.048
Tiempo X Grupo	2	182.707	91.35	2.45	.076
Error (tiempo)	60	2231.71	37.19		
Total	30	4609.42	153.64		

* $p < .05$.

Efectos del tratamiento

Los datos hallados del ANOVA de medidas repetidas 3 x 2 indican que existe efecto de Grupo y no se observa efecto de interacción Tiempo X Grupo (Tabla 3).

Discusión

Se observa que las personas que han participado en la intervención disminuyen su ansiedad tras el tratamiento de manera significativa, con un porcentaje de cambio y tamaño del efecto medianos.

Aunque existen diferentes estudios que muestran evidencia empírica de la eficacia del programa REBAP en el manejo de muchos de los síntomas que presenta este síndrome, dentro del campo de la investigación no se han encontrado, hasta la fecha, publicaciones sobre la eficacia de la TCBCP en pacientes con fibromialgia.

La disminución de la ansiedad tras el tratamiento es esperable teniendo en cuenta que, desde diferentes estudios y metanálisis, los tratamientos más prometedores para el síndrome de fibromialgia son: terapia cognitiva conductual, relajación, ejercicio físico suave con estiramientos e información al paciente (De Miquel et al., 2010; Glombiewski et al., 2010; Goldenberg, Burchhardt, & Crofford, 2004; Nishishinya, Rivera, Alegre, & Pereda, 2006). En este sentido, hay que señalar que la TCBCP trabaja muchas de estas habilidades, aportando, además, la práctica continuada de

mindfulness, cuyos resultados demuestran empíricamente los beneficios del programa REBAP para los síntomas de ansiedad en pacientes con fibromialgia (Franco, Mañas, & Justo, 2010; Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, Raysz, & Kesper, 2007; Kaplan, Goldenberg, & Galvin-Nadeau, 1993; Sephton et al., 2007). Se tiene conocimiento también de los buenos resultados de la TCBCP en el tratamiento de la ansiedad (Cebolla & Miró, 2009; Kaviani, Javaheri, & Hatami, 2011; McManus, Muse, & Surawy, 2011; Miró et al., 2011; Treanor, 2011).

Nuestros datos están también en la línea de otros abordajes psicoterapéuticos en los que se recomienda la aceptación del dolor y de los síntomas que lo acompañan para aumentar el bienestar de las personas que padecen enfermedades con dolor crónico (McCracken & Eccleston 2005).

En el seguimiento, el grupo experimental no advierte cambios significativos en sus niveles de ansiedad en comparación con las puntuaciones en el pretest. Este resultado se halla también en el estudio de Quintana y Rincón (2011) en el que las mejoras obtenidas no se mantienen en el seguimiento y encuentran que las mujeres que continuaron con la práctica de *mindfulness*, en el post-tratamiento, mantuvieron en mayor medida las mejoras obtenidas.

Una posible justificación para explicar que los cambios en los niveles de ansiedad no se mantienen en el seguimiento podría ser que los participantes disminuyeran la práctica de *mindfulness* durante esos tres meses. Una de las limitaciones de nuestro trabajo es precisamente no llevar a cabo en el seguimiento, al menos, una sesión de recuerdo. Por otra parte, hubiese sido interesante tener datos sobre la práctica diaria de las diferentes habilidades de *mindfulness* en esta fase. Así mismo, en próximos estudios consideramos imprescindible realizar un seguimiento más continuado de los síntomas de ansiedad, quizás a través de las nuevas tecnologías, para estudiar su relación con la práctica de *mindfulness*. De esta forma, hubiésemos podido explicar mejor el aumento de ansiedad producido en el seguimiento. Consideramos igualmente deseable tener medidas de los cambios en la variable *mindfulness*. Esta medida no se realizó ya que, en el momento del estudio, no se hallaron cuestionarios validados al castellano. Actualmente sí se cuenta con estos recursos gracias a los trabajos de Cebolla et al. (en prensa) y Soler et al. (en prensa).

En el trabajo experimental de Schmidt et al. (2011) no se encuentran diferencias significativas entre los grupos en la eficacia del programa REBAP en una serie de variables, entre las que se incluye la ansiedad. Si bien aparecen diferencias motivacionales en el grupo tratado con el programa REBAP. En este sentido, tenemos que señalar que los participantes de nuestra inves-

tigación tenían unas elevadas expectativas de resultado antes de comenzar el estudio y, aunque no existían diferencias significativas intergrupo, consideramos interesante observar la evolución de este dato junto a otras variables motivacionales en posteriores intervenciones.

En general, observamos que la TCBCP resulta eficaz en la disminución de los síntomas de ansiedad de las personas con fibromialgia, sobre todo a corto plazo. En futuras investigaciones, dado que la TCBCP se basa en el programa REBAP y en la Terapia Cognitiva, intentaremos tratar de dilucidar qué programas terapéuticos resultan más eficaces. Pensamos que es importante profundizar en cuáles son los factores de intervención y los mecanismos psicoterapéuticos que realmente hacen que la práctica de *mindfulness* resulte eficaz a corto, medio y largo plazo en personas que padecen algún tipo de sufrimiento.

Por último, señalar que esta intervención grupal puede resultar conveniente en la reducción del tiempo de espera para recibir tratamiento psicoterapéutico y en la disminución de los costes socio-sanitarios.

Artículo recibido: 17-02-2012
aceptado: 02-08-2012

Referencias

- Aparicio, M., Ramos-Cejudo, J., Salguero, J., & Sanz-Blasco, R. (2011). Ansiedad rasgo y salud autoinformada como variables predictoras de la atención médica en población española. *Ansiedad y Estrés*, 17, 125-136.
- Arnold, L., Crofford, L., Martin, S., Young, J., & Sharma, U. (2007). The effect of anxiety and depression on improvements in pain in a randomized, controlled trial of pregabalin for treatment of fibromyalgia. *Pain Medicine*, 8, 633-638. doi:10.1111/j.1526-4637.2007.00332.x.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (10ª ed.) (Trad. De Viso Pabón, S). Bilbao. Desclée De Brouwer.

- (Trabajo original publicado en 1979).
- Bernard, A., Prince A., & Edsall, P. (2000). Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care & Research*, 13, 42-50.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 539-544. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.10.005
- Borenstein, M., Rothstein, H., & Cohen, J. (2001). *Sample Power 2.0*. Chicago, IL: SPSS Inc.
- Burckhardt, C. S. (2006). Multidisciplinary approaches for management of fibromyalgia. *Current Pharmaceutical Design*, 12, 59-66. doi:10.2174/138161206775193217
- Cano-Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17, 75-97.
- Casanueva, B. (2007). *Tratado de Fibromialgia*. Cantabria: Cantabria Imagen.
- Cebolla, A., & Miró, M. T. (2009). The effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Psychology in Spain*, 13, 9-16.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., & Botella, C. (en prensa). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *European Journal of Psychiatry*. Recuperado de <http://www.amys.es/recursos/escalas-de-medida-del-mindfulness>.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 15, 593-600. doi:10.1089/acm.2008.0495.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., & Shapiro, S. (2004). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice*, 18, 302-308.
- De Miquel, C., García-Campayo, J., Tomás-Flórez, M., Gómez-Arguelles, J., Blanco-Tarrio, E., Gobbo-Montoya, M.,... Gómez-de-la-Cámara, A. (2010). Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. (Spanish). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(2), 108-120. Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b1c4f83-3c09-4811-98b9-1ae2e42a9f00%40sessionmgr14&vid=37&hid=11>.
- Delgado, L. C. (2009). Correlatos psicofisiológicos de mindfulness y la preocupación. Eficacia de un entrenamiento en habilidades mindfulness. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada.
- Devilley, G. J. (2004a). *Random Number Generator: Version 1.0 [computer programme]*. Centre for Neuropsychology, Swinburne University, Australia.
- Devilley, G. J. (2004b). *The Effect Size Generator for Windows: Version 2.3 (computer programme)*. Centre for Neuropsychology, Swinburne University, Australia.
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia* (Trad. Ibañez, A). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1962).
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., & Lecrubier, Y. (1997). Mini International Neuropsychiatric Interview. En: J. Bobes, M. Bousño & M. P. González (Eds.), *Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en Atención Primaria*. 2ª ed. Oviedo: Gofer.
- Franco, C., Mañas, I., & Justo, E. (2010). Mejora en algunas dimensiones de salud percibida en pacientes con fibromialgia mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness. *Psychology, Society & Education*, 2, 117-130.
- Franco, C., de la Fuente, M., & Salvador, M. (2011). Impacto de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en las medidas del crecimiento y la autorrealización personal. *Psicothema*, 23, 58-65.
- Germer, C. K. (2005). Mindfulness. What Is It? What Does It Matter? En C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 3-27). New York: Guilford.
- Glombiewski, J., Sawyer, A., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., & Hofmann, S. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain*, 151, 280-295. doi:10.1016/j.pain.2010.06.011.
- Goldenberg, D., Burckhardt, C., & Crofford, L. (2004). Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 292, 2388-2395.
- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: Evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 226-233. doi:10.1159/000101501.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and

- cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Irving, J., Dobkin, P., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15, 61-66. doi: 10.1016/j.ctcp.2009.01.002.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47. doi: 10.1016/0.163-8343(82)90026-3.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad* (Trad. Satrústegui, A). Barcelona: Kairós. (Trabajo original publicado en 1990).
- Kaplan, K. H., Goldenberg, D.L., & Galvin-Nadeau, M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15, 284-289.
- Kaviani, H., Javaheri, F., & Hataimi, N. (2011). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) reduces depression and anxiety induced by real stressful setting in non-clinical population. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 11, 285-296.
- Lavilla, M., Molina, D., & López, B. (2008). *Mindfulness o cómo practicar el aquí y ahora*. Barcelona: Paidós.
- Lush, E., Salmon, P., Floyd, A., Studts, J., & Weissbecker, I. (2009). Mindfulness meditation for symptom reduction in fibromyalgia: Psychophysiological correlates. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 200-207. doi: 10.1007/s10880-009-9153-z.
- McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118, 164-169.
- McManus, F., Muse, K., & Surawaty, C. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for severe health anxiety. *Healthcare Counselling & Psychotherapy Journal*, 11, 19-23.
- Merkes, M. (2010). Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. *Australian Journal of Primary Health*, 16, 200-210. doi: 10.1071/PY09063.
- Miró, J. (2003). Instrumentos para la evaluación de la experiencia de dolor crónico en adultos. En T. Gutiérrez, R. M^a. Raich, D. Sánchez & J. Deus (Eds.), *Instrumentos de evaluación en psicología de la salud*. Madrid: Alianza Editorial.
- Miró, M. T., Perestelo, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De la Fuente, J. A., & Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 1-16.
- Neumann, L., & Buskila, D. (1997). Quality of life and physical functioning of relatives of fibromyalgia patients. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 26, 834-839.
- Nishishinya, M., Rivera, J., Alegre, C., & Pereda, C. (2006). [Non pharmacologic and alternative treatments in fibromyalgia]. *Medicina Clínica*, 127(8), 295-299. doi: 10.1016/S0025-7753(06)72237-0.
- Parra-Delgado, M. (2011). Eficacia de la Terapia Cognitiva-Basada en la Conciencia Plena (Mindfulness) en pacientes con Fibromialgia (Tesis Doctoral). Universidad de Castilla La Mancha, Albacete.
- Pérez, M^a. A., & Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, XVII (66-67), 77-120.
- Quintana, M., & Rincón, F. M. (2011). Eficacia del entrenamiento en mindfulness para pacientes con fibromialgia. *Clinica y Salud*, 22, 51-67. doi:10.5093/cl2011v22n1a4.
- Ramos, N., Hernández, S., & Blanca, M. (2009). Efecto de un programa integrado de mindfulness e inteligencia emocional sobre las estrategias cognitivas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*, 15, 207-216.
- Reisine, S., Fifield, J., Walsh, S., & Feinn, R. (2003). Do employment and family work affect the health status of women with fibromyalgia? *Journal of Rheumatology*, 30, 2045-2053.
- Rivera, J. J., Alegre, C. C., Ballina, F. J., Carbonell, J. J., Carmona, L. L., Castel, B. B... Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2, S55-66.
- Roelofs, J., McCracken, L., Peters, M., Crombez, G., Van Breukelen, G., & Vlaeyen, J. (2004). Psychometric evaluation of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) in chronic pain patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 167-183.
- Rosenzweig, S., Greeson, J., Reibel, D., Green, J., Jasser, S., & Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 29-36. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.03.010.

- Schmidt, S., Grossman, P., Schwarzer, B., Jena, S., Naumann, J., & Walach, H. (2011). Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: Results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain, 152*, 361-369.
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. New York: Guilford.
- Seisdedos, N. (1999). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sephton, S., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K., & Studts, J. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: Results of a randomized clinical trial. *Arthritis and Rheumatism, 57*, 77-85. doi: 10.1002/art.22478.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y. Y., Sheehan, K., Janavs, J. J., Weiller, E. E., Keskiner, A. A... Dumar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry, 12*, 232-241. doi:10.1016/S0924-9338(97)83297-X.
- Sicras-Mainar, A., Blanca-Tamayo, M., Navarro-Artieda, R., & Regas-Gutiérrez, J. (2009). [Use of resources and costs profile in patients with fibromyalgia or generalized anxiety disorder in primary care settings]. *Atención Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 41*, 77-84. doi:10.1016/j.aprim.2008.09.008.
- Simón, V. (2011). *Aprender a practicar Mindfulness*. Barcelona: Sello Editorial.
- Sociedad Española de Reumatología, estudio EPISER (2001). *Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española*. Recuperado de <http://www.ser.es/investigacion/Proyectos/Episer/Episer.php>.
- Söderberg S., Lundman B., & Norberg A. (1999). Struggling for dignity: The meaning of women's experience of living with fibromyalgia. *Qualitative Health Research 9*(5), 575-587. doi: 10.1177/104973299129122090
- Soler J., Tejedor R, Feliu A, Pascual J, Cebolla A, Soriano J, . . . Pérez V. (en prensa). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Anales de Psiquiatría*. Recuperado de <http://www.amys.es/recursos/escalas-de-medida-del-mindfulness>.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, R. L., Williams, J. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Patient Edition/Non-patient Edition, (SCID-P/SCID-NP)*, Washington: American Psychiatric Press.
- Thieme, K., Turk, D., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: Relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine, 66*, 837-844.
- Tornero, J., Piqueras, J. A., Caballo, L. F., & Vidal, J. (2002). Epidemiología de la discapacidad laboral debida a las enfermedades reumáticas. *Revista Española de Reumatología, 29*, 373-384.
- Treanor, M. (2011). The potential impact of mindfulness on exposure and extinction learning in anxiety disorders. *Clinical Psychology Review, 31*, 617-625. doi:10.1016/j.cpr.2011.02.003.
- Vago, D. R., & Nakamura, Y. (2011). Selective attentional bias towards pain-related threat in fibromyalgia: Preliminary evidence for effects of mindfulness meditation training. *Cognitive Therapy and Research, 35*, 581-594. doi:10.1007/s10608-011-9391-x.
- Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J., Floyd, A., Dedert, E., & Sephton, S. (2002). Mindfulness-Based Stress Reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 9*(4), 297-307. doi: 10.1023/A:1020786917988.
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennet, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., . . . Sheon, R.P. (1990). The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis and Rheumatism, 33*, 160-172.
- Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennett, R.M., Caro, X. J., Goldenberg, D. L., & Russell, I. J. (1997). A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism, 40*, 1560-1570. doi: 10.1002/art.1780400904.