

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA GRUPAL COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON FIBROMIALGIA: UN ESTUDIO PILOTO EN LA ZONA NORTE DE COSTA RICA.

Alfonso Villalobos Pérez
Universidad Católica de Costa Rica
Director Centro de Investigaciones Psicológicas Avanzadas

Carlos Araya Cuadra
Universidad Católica de Costa Rica
Centro de Investigaciones Psicológicas Avanzadas

Danay Rivera Porras
Departamento de Psicología
Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia

Milena Jara Parra y Yerly Zamora Rodríguez
Ciudad Quesada, Alajuela, Costa Rica

Resumen

Con el objeto de obtener información sobre la efectividad de un tratamiento grupal de tipo cognitivo – conductual en la disminución de indicadores de depresión, en pacientes con diagnóstico de fibromialgia de Zona Norte de Costa Rica, se realizó un estudio piloto con un diseño cuasi experimental sin grupo control. Se invitó a participar a 15 mujeres en el grupo de terapia, de las cuales 10 llevaron el tratamiento completo. Se realizaron dos aplicaciones del Inventario Múltiple de Depresión de Bernt correspondientes al pre-test y post test. Los datos se analizaron estadísticamente a través de la prueba t Student para grupos correlacionados e indicaron un bajo error estadístico ($p < 0,001$). Se señala que los datos concuerdan con otros estudios sobre aplicación de terapias cognitivo – conductuales en depresión y se remarca la importancia de continuar investigaciones de medicina conductual en fibromialgia.



Abstract

In order to get information about the effectivity of a cognitive – behavioral group rate therapy with depression symptoms decreasing, in patients from North Zone from Costa Rica with a fibromyalgia diagnosis, there its been made a cuasi experimental research in which 19 women has been splited up in 2 groups: with therapy and without therapy.

There's also been made three applications of Depression Multiple Inventory of Bernt. The data were analyzed statistically through the Student t for paired groups, with a low statistical error ($p < 0,001$). It remarks data agrees with other researches about cognitive- behavioral therapy depression applications and the value of keep making fibromyalgia behavioral medicine researches.

Introducción

La fibromialgia es una enfermedad reumática que se presenta entre el 1% y el 4 % de la población general, principalmente en mujeres (Bosch, Sáenz, Valls y Viñola, 2002; Collado et al., 2002). Su principal característica por la presencia de dolor músculo esquelético generalizado cercano a puntos dolorosos a la presión (Bosch et al., 2002; Collado et al., 2002). Si bien la etiología no ha sido claramente determinada, diversos estudios (Bradley et al., 1994; Macfarlane, 1999 y Bradley, Cohen y Fors, 2003) sugieren que la fibromialgia implica un desorden generalizado de la percepción del dolor, asociado con la alteración de funciones del sistema nervioso central como patrones de sueño, estados psicológicos o el funcionamiento anómalo de los neurotransmisores asociados con la percepción de dolor, específicamente la sustancia P y la serotonina (5-HT), también se han reportado indicadores conductuales depresivos y ansiosos (Mcfarlane, 1999; Bosch et al., 2002; Collado et al., 2002; Gelman, Lera, Caballero y López, 2002).

La presencia de esos indicadores comportamentales – emocionales, ha sido foco de estudio por diversos autores (De Blecourt y Knipping, 1995; Mcfarlane, 1999; Beck, Breth, Hays y Miller, 2000; Bosch et al., 2002; Collado et al., 2002; Gelman et al., 2002; Alonso, 2003). Procedimientos como la modificación de conducta, entrenamiento en retroalimentación biológica y terapia cognitivo – conductual han resultado ser efectivos en el tratamiento de los síntomas emocionales y algunos componentes del dolor involucrados en la fibromialgia (Collado et al., 2002; Gelman et al., 2002; Alonso, 2003). Por otra parte las intervenciones cognitivo – conductuales han demostrado su capacidad terapéutica en diversos estudios relacionados con el control y disminución de los indicadores de depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Freeman y Oster, 1997 y

Lewinson, Gotlib y Hautzinger, 1997; Craighead, Hart y Madsen, 2000; Keller et al., 2000; Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000; Vázquez, Muñoz, Ricardo y Becoña 2000). A su vez existen estudios clínicos en los que se han expuesto resultados de la aplicación de técnicas cognitivo – conductuales en personas con fibromialgia (Bennett, Burckhardt, O’Reilly, Wiens y Campbell, 1996; Beck et al., 2000; Collado et al., 2002; Richards y Scout, 2002; Bradley et al, 2003), también la National Fibromyalgia Partnership Inc (“FM Monograph. Fibromialgia: síntomas, diagnóstico, tratamientos e investigación), reseña la importancia de estos tratamientos psicológicos.

En Costa Rica, el Dr. G. Chang (comunicación personal, 2003), quien labora como director del Hospital de San Carlos, señala que alrededor del 70% de las personas que presentan fibromialgia, desarrollan indicadores conductuales de depresión y ansiedad. Razón que justificó el desarrollo de esta investigación, siendo la primera en su tipo en el territorio nacional.

Método

La investigación se planteó como un estudio exploratorio. El objetivo fue disminuir los indicadores de depresión a través de un procedimiento terapéutico grupal, con un enfoque cognitivo conductual, en pacientes diagnosticadas con fibromialgia.

Se utilizó un diseño cuasi-experimental de pre-test/ post-test sin grupo control (de medidas repetidas) y con mediciones intermedias de los indicadores de depresión. Todas las medidas fueron registrados en el Inventario Múltiple de Depresión (MDI), instrumento desarrollado por David Berna, para medir indicadores de depresión (Valerio, 1997). El pre-test se empleó para determinar el nivel de depresión de las personas (línea base), mientras que el post-test se aplicó una vez concluido el proceso terapéutico, donde la variable independiente fue el tratamiento grupal cognitivo - conductual.

Participantes

Se tomó como población a todas las mujeres que asistieron a la Clínica de Fibromialgia del Hospital San Carlos, entre el mes de junio y julio del año 2003.

Se aplicaron los respectivos consentimientos informados y se incluyeron en la investigación a las personas que obtuvieron puntajes superiores a 60 puntos escala en el MDI. Se pudo obtener un total de quince participantes, de las cuales cinco desertaron en la segunda sesión de tratamiento. La muestra final fue de diez participantes.

Se establecieron una serie de criterios de selección, adicionales a los puntajes de corte del MDI.

Criterios de inclusión

- Sexo femenino
- Edades que oscilen entre 35 y 65 años de edad.
- Diagnosticadas con Fibromialgia.
- Tener un puntaje mínimo de 60 puntaje a escala en el Inventario Múltiple de la Depresión (MDI).
- Conocimientos básicos de lecto – escritura.
- Pacientes de la clínica de Fibromialgia del Hospital San Carlos

Criterios de exclusión

- Personas que presentaran dos semanas antes de la investigación, cualquier tipo de trastorno psicológico.
- Personas que presentaran dos semanas antes de la investigación, cualquier tipo de trastornos neurológicos asociados.
- Personas que presentaran dos semanas antes de la investigación, un déficit severo en habilidades sociales.

Instrumentos

Se usó como instrumento de evaluación para el pretest y el post-test el Inventario Múltiple de la Depresión (MDI), escala que permite medir el grado de depresión y sus características. La misma fue construida y aplicada por David Bernt en 1990, en los Estados Unidos de América. Existe una versión extensa compuesta por ciento dieciocho ítemes (118) y la versión reducida que contiene cuarenta y siete ítemes (47).

La confiabilidad obtenida en muestras costarricenses a las que se aplicó el MDI, mostraron “ un 0.80 o superior para la mayoría de las escalas, resultado que se considera excelente en inventarios de personalidad.” (Valerio, 1997). Por otra parte, según Bernt (citado por Valerio, 1997) la validez convergente se obtuvo correlacionando los resultados de dicha prueba con otros instrumentos, entre ellos el Inventario de Depresión de Beck, “observándose una correlación de 0.69, con una probabilidad de 0.001” y con la Escala

de Depresión de Hamilton “observándose una correlación de 0.66 con una probabilidad de 0.001” (Valerio, 1997).

El MDI se compone de 9 subescalas que derivan de la sintomatología más significativa de la depresión, lo que permite establecer las principales características, a saber:

1. Bajo nivel de energía: (ítemes 1-10- 19- 28- 37- 44). Consiste en seis ítemes utilizados para medir el grado de fatiga, cuatro orientados de forma positiva, de manera tal que si se contesta “sí”, ello indica la presencia de fatiga.
2. Dificultades cognitivas: (ítemes 2- 11- 20- 29- 38- 45). Consiste también en seis ítemes. Un alto puntaje en esta subescala indica que hay problemas para tomar decisiones y dificultades para pensar con suficiente claridad.
3. Sentimientos de culpa: (ítemes 3- 12- 21- 30- 39- 46). Subescala compuesta por seis ítemes dirigidos a medir sentimientos de culpa. Un alto puntaje en esta subescala indica que la persona se encuentra manejando frecuentes sentimientos de vergüenza, asimismo con una tendencia a sobrevalorar sus errores.
4. Baja autoestima; (ítemes 4- 13- 22- 31- 40- 47). Consiste en seis ítemes dirigidos a medir la pérdida de autoestima. Un alto puntaje refleja sentimientos de inferioridad, inutilidad y desvalorización de su persona.
5. Introversión social: (ítemes 5- 14- 23- 32- 41). Son cinco ítemes dirigido a medir el grado de introversión social. Un puntaje alto en esta subescala implica la presencia de retraimiento social y sentimientos de soledad.
6. Pesimismo: (ítemes 6- 15- 24- 33- 42). Consiste en cinco ítemes que presentan una visión de las cosas de manera pesimista y de desesperanza.
7. Irritabilidad: (ítemes 7- 16- 25- 34- 43). Compuesta por cinco ítemes. Un alto puntaje en esta subescala indica el manejo de sentimientos de irritabilidad, frustración, rigidez, desconfianza, mal humor e intolerancia hacia los demás.
8. Sentimientos de tristeza (ítemes 8- 17- 26- 35). Son cuatro ítemes dirigidos a detectar sentimientos de tristeza, los cuales muestran una actitud de decaimiento, desgano, infelicidad y percepción del dolor.

9. Desesperanza instrumental: (ítems 9- 18- 27- 36). Dicha subescala mide la tendencia a manejar una visión de túnel, cargada de desaliento, posición afligida y de compasión de parte de los demás, es también una actitud en que la persona pareciera buscar ayuda y no la encuentra. Un alto puntaje puede entenderse también como un deseo de manipular a los otros para que sean más cuidadosos en el trato hacia ellos.

Procedimiento

El estudio se desarrolló en dos fases: proceso de contacto, convocatoria y selección de los participantes.

Para realizar la investigación, se solicitó al Director Dr. Chang, del Hospital San Carlos, el permiso respectivo para desarrollar el estudio y el contacto con dicha población.

Se les brindó a las diez participantes una explicación sobre los objetivos de la investigación y se les invitó a participar en forma voluntaria. En los casos donde la respuesta fue afirmativa se le entregó el consentimiento informado, para dar paso a la aplicación del MDI y determinar de acuerdo a sus puntajes, y los demás criterios de inclusión y exclusión, quiénes participarían de manera definitiva en la segunda etapa de la investigación.

Programa de Tratamiento

El proceso terapéutico para la terapia cognitiva-conductual de grupo constó de 15 sesiones, con una duración de 2 horas cada una, con una frecuencia de dos sesiones semanales.

En la primera sesión se realizó una dinámica para la presentación de las participantes y se realizó el encuadre terapéutico (reglas del grupo, respeto mutuo y confidencialidad). También se establecieron de manera conjunta, los objetivos del tratamiento, así como una explicación sencilla de la terapia cognitiva-conductual y la estructura de las sesiones.

De la sesión dos a la once, se utilizaron diversas estrategias de terapia cognitivo-conductual.

Como primera actividad, se procedió a la revisión de las tareas: la tabla de registro para la identificación de pensamientos disfuncionales de Beck y los resultados de la programación de actividades graduales y la realización de experimentos.

Posteriormente se procedió a emplear el diálogo socrático para explorar sentimientos, conductas y distorsiones cognitivas en situaciones recientes. Esto permitió a las participantes identificar ideas o pensamientos inadecuados y su debida reestructuración cognitiva. También se emplearon técnicas de dominio y agrado, la práctica cognitiva, la representación de papeles y las técnicas de retribución.

En las sesiones finales (de la 12 a la 15), se evaluaron los avances y progresos en la terapia, a través de la percepción de las participantes y de la comparación del alcance del tratamiento con respecto a los objetivos propuestos individualmente y como grupo. Además se reforzaron comportamientos relacionados con la autonomía e independencia de las participantes.

Resultados

El criterio objetivo de éxito terapéutico fue la disminución de los puntajes totales del MDI al rango de 30 a 50 puntos. Se consideran estos puntajes como nulos o sin presencia de síntomas depresivos; puntuaciones que oscilan entre 51 a 60 puntos escala, son considerados como indicativos de una depresión leve.

Las personas que participaron en el estudio eran en su mayoría (60%) amas de casa, sus edades oscilaban entre 35 a 65 años de edad y oriundas de la Ciudad Quesada o alrededores.

Para cada uno de los momentos de aplicación del MDI, se aplicaron procedimientos estadísticos que permitieron verificar la normalidad y homogeneidad de los resultados.

Una vez determinadas estas condiciones, se aplicaron estadísticos de comparación promedios por participantes y sub pruebas del MDI. El nivel alfa utilizado fue .05 para las pruebas empleadas.

La Tabla 1 expone los resultados de las comparaciones medias entre la aplicación del MDI antes del tratamiento y después del mismo en cada participante. Pueden observarse disminuciones en los promedios de aplicación del MDI al finalizar la etapa de tratamiento (post – tratamiento), en relación con los valores promedio del pre –

tratamiento. La casilla total exhibe diferencias estadísticamente significativas en la t de Student de muestras correlacionadas.

Tabla 1

Puntuaciones generales obtenidas por los participantes de acuerdo a la condición del estudio (N = 10)

Momento de aplicación del MDI						
Participantes	Pre-tratamiento			Pos-tratamiento		
	Promedio	EEM	DE	Promedio	EEM	DE
P1	60,90	3,67	11,60	55,70	4,04	12,77
P2	69,70	3,07	9,71	45,50	1,14	3,60
P3	75,60	4,00	12,65	42,80	1,30	4,10
P4	64,60	3,56	11,28	46,70	2,34	7,39
P5	72,50	3,44	10,90	47,90	2,94	9,30
P6	70,20	2,97	9,40	44,20	1,12	3,55
P7	74,40	3,82	12,08	44,50	1,12	3,54
P8	76,20	2,68	8,50	43,90	1,42	4,50
P9	56,90	2,052	6,48	43,30	1,18	3,74
P10	72,50	3,71	11,74	43,50	1,16	3,68
Total	78,90	2,89	9,14	43,00 **	1,58	4,99

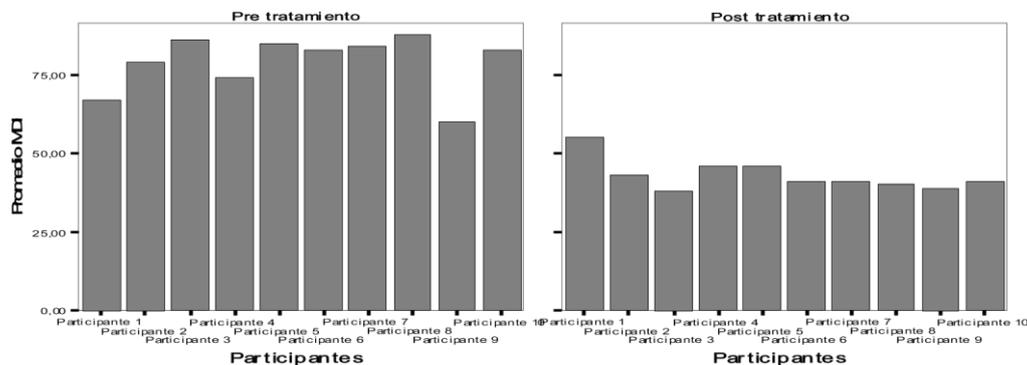
Nota: P = Participante; EEM = Error estándar de la media; DE = Desviación estándar

** $p < 0.001$, $t_0 = 9.509$

La figura 1 permite observar con más detalle el comportamiento de cada participante a lo largo del estudio piloto. La inspección visual demuestra un cambio de tendencia en el MDI entre el pre-tratamiento y el pos-tratamiento.

Figura 1

Puntajes escala MDI de los momentos de evaluación



Los resultados que se exponen en la tabla 2 indican que en todas las escalas del MDI, las distintas combinaciones de momento de aplicación y la escala medida, reportaron valores estadísticamente significativos ($p < 0.001$) de acuerdo a la t de Student para medidas repetidas.

Tabla 2

Puntajes promedio de cada escala de acuerdo a la condición del estudio

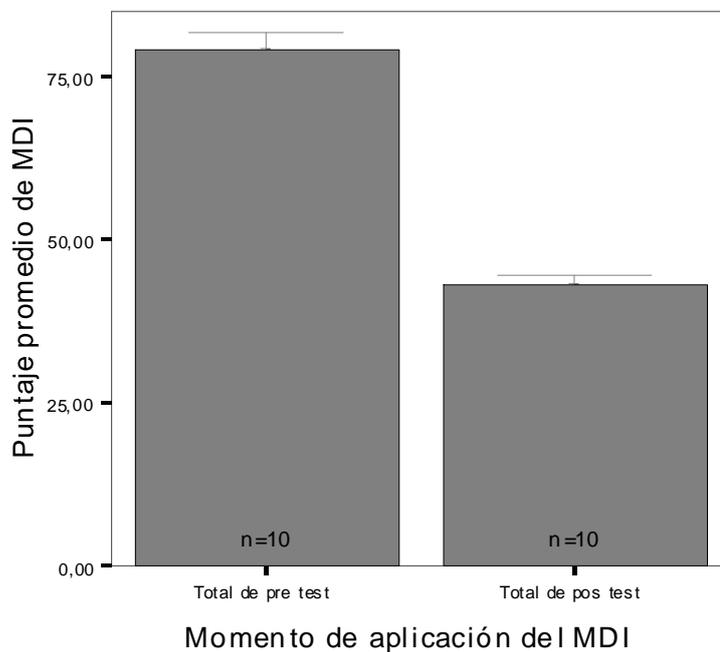
Diferencias promedio de acuerdo al momento de aplicación de la prueba						
	DM	DE	EEM	t_0	gl	Sig.(2-colas)
Pretest de Energía - Postest de energía	21,2000	10,7166	3,3889	6,256	9	,0001 **
Pretest de cognición - Postest de cognición	18,7000	12,8673	4,0690	4,596	9	,001 **
Pretest de culpa - Postest de culpa	21,7000	10,7088	3,3864	6,408	9	,0001 **
Pretest de autoestima - Postest de autoestima	20,1000	9,2430	2,9229	6,877	9	,0001 **
Pretest de introspección - Postest de introspección	18,1000	9,4216	2,9794	6,075	9	,0001 **
Pretest de pesimismo - Postest de pesimismo	23,6000	12,2129	3,8621	6,111	9	,0001 **
Pretest de irritación - Postest de irritación	20,9000	15,2931	4,8361	4,322	9	,002 **
Pretest de tristeza - Postest de tristeza	33,2000	9,4021	2,9732	11,166	9	,0001 **
Pretest de desesperanza - de Postest desesperanza	22,1000	20,1850	6,3831	3,462	9	,007 **
Total de pre test - Total de pos test	35,9000	11,9392	3,7755	9,509	9	,0001 **

Nota: DM = Desviación media; EEM = Error estándar de la media; DE = Desviación estándar; t_0 = t obtenida; gl = Grados de libertad. ** $p < 0,001$ N = 10

En la figura 2 se presenta el contraste del efecto entre pre-tratamiento y post- tratamiento, obsérvese la disminución entre los dos momentos y la reducción de las barras horizontales de error, estas variaciones son estadísticamente significativas ($p < 0,001$) como se indica en la parte baja de la figura.

Figura 2

Promedios por momento de aplicación del MDI



*= $p < 0.001$, $t = 9.509$

Las líneas horizontales representan el EEM

(error estándar promedio) al ± 1 DE (desviación estándar)

Discusión

Los datos que arroja el estudio piloto parecieran demostrar un efecto importante del tratamiento grupal de tipo cognitivo – conductual, en la disminución de los indicadores de depresión en pacientes diagnosticadas con fibromialgia.

Esto concuerda con los datos que otros autores han encontrado respecto a la efectividad de los tratamiento cognitivo – conductuales en depresión y fibromialgia (Bennett et al., 1996; Beck et al., 2000; Keller et al., 2000; Vázquez et al.; 2000; Vázquez, Muñoz, Ricardo, 2000 y Greenberg, 2001, Collado et al., 2002; Gelman et al., 2002; Richards y Scout, 2002; Alonso, 2003; Bradley et al., 2003).

El estudio logró alcanzar lo propuesto en su objetivo (Tabla 1), lo cual es una constancia de la validez del procedimiento para la intervención en pacientes con fibromialgia y depresión.

A pesar de los resultados estadísticamente significativos que se obtuvieron, es necesario la realización de un nuevo estudio, de tipo experimental, en el que tendrá que incluirse un grupo control, muestras mayores, participantes con más diversidad profesional y varones que formen parte del estudio. Es importante mejorar la potencia de

los análisis estadísticos con métodos multivariados, se requerirá incluir otras escalas sobre ansiedad, calidad de vida e historial de vida general, medición de indicadores de fibromialgia (por ejemplo el cuestionario de indicadores de fibromialgia – FIQ – por sus siglas en inglés), así como el desarrollo de entrevistas conductuales.

En el futuro deberán enfatizarse investigaciones con diseños de caso único para determinar variaciones individuales en patrones afectivos y de dolor. El trabajo de medicina conductual y la investigación de las relaciones entre variables psicológicas y el manejo del paciente con fibromialgia, debe dar paso a programas de salud públicos en estas áreas.

Es importante recalcar que el trabajo desarrollado permitirá la apertura de un campo de investigación de salud – clínica, para abordar desde la psicología una nueva área de problemas sanitarios, en los que el psicólogo costarricense puede aportar una gran cantidad de teoría y procedimientos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de personas con afecciones médicas.

Referencias

- Alonso Álvarez, B. (2003). Ejercicio físico en la fibromialgia. *Rehabilitación*, 37, (6), 363 – 374.
- Beck, Aaron T., Rush, A. John, Shaw, Brian F. y Emery, Gary (1983). *Terapia cognitiva de la depresión* (11 ava edición). Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Beck, A., Breth, G., Hays, R. y Miller, C. (2000). Psychiatric Disorders and Funciotional Dissability in Patients with Fibromyalgia. *The Permanent Journal*, 4, (3).
- Bennett, R., Burckhardt, C., O'Reilly, C., Wiens, A. y Campbell, S. (1996). Group Treatment of fibromialgia: a 6 month outpatient program. *Journal of Reumathology*, 23(3): 521 – 528.
- Bosch Romero, E., Sáenz Moya, N., Valls Esteve, M. y Viñolas Valer, S. (2002). Estudio de calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Atención Primaria*, 30, (1), 16 – 21.
- Bradley, L., Alarcón, G., Alexander, R., Triana, M. y Stewart, K. (1994). Pain Thresholds, Symptom Severity, Coping Strategies and Pain Beliefs as predictors of health care seeking in Fibromyalgia patients. En Gebhart, G., Hammond, D. y Jensen, T. (1994). *Progress in Pain Research and Management*. USA : IASP Press.

- Bradley, L., Cohen, M. y Fors, E (2003). A Biopsychosocial approach to Fibromyalgia and Chronic Fatigue Syndrome. En Dostrovky, J., Carr, D. y Koltz (2003). *Progress in Pain Research and Management*. U.S.A.: IASP Press.
- Brannon, Linda y Feist, Jess (2001). *Psicología de la Salud*. España: Paraninfo Thomson Learning.
- Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (1998). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. España: Ediciones Pirámide.
- Collado, A., Alijote, J., Benito, P., Alegre, C., Romera, M., Sañudo, I., Martín, R., Peri, J. M. y Cots, J. M. (2002). Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Medicina Clínica*, 1, (19), 745 – 749.
- Craighead, E., Hart, A. y Madsen, J. (2000) Estado actual de la recaída/recurrencia de la depresión mayor. *Psicología Conductual*. Volumen 8, Número 3, 525 – 546.
- De Blecourt, A. y Kniping, A. (1995). *Fibromyalgia: towards an integration of somatic and psychological aspects*. Groningen University, Doctoral dissertation, Holanda.
- Freeman, A., y Oster, C. (1997). *Terapia cognitiva de la depresión*. En Caballo, V. (Ed.) (1997). *Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos: Vol. I*. España: Siglo Veintiuno Editores S.A.
- Gelman, S.M.; Lera, S.; Caballero, F. y López, M.J. (2002). Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Revista Española de Reumatología*, 29, (7), 323 – 329.
- Godoy, J. (1999). *Psicología de la Salud: delimitación conceptual*. En Simon, M. (Ed.) (1999) *Manual de la Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Greenberg, G. (2001). La sorprendente serotonina. *Discover*, Agosto, pag. 62 – 66.
- Keller, M.; McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner D, Gelenberg A, Markowitz J., Nemeroff, C., Russell J, Thase M, Trivedi M, Zajecka J. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *English Journal of Medicine*, 19, (3), 232 – 240.
- Lewinsohn, M., Gotlib, I. y Hautzinger, M. (1997) *Tratamiento conductual de la depresión*. En Caballo, V. (Ed.) (1997). *Manual para el Tratamiento Cognitivo*

Conductual de los Trastornos Psicológicos: Vol I. Madrid: Siglo Veintiuno Editores S.A.

- Mcfarlane, G. (1999) Fibromyalgia and Chronic Widespread Pain. En Crombie, I., Croft, P., Liston, S., La Resche, L. y Von Korff, M. (1999) (Eds.) *Epidemiology of Pain: a report of the task force on Epidemiology of the international Association for the Study of Pain*. IASP Press. U.S.A.
- National Fibromyalgia Partnership, Inc. (2001). FM Monograph. Fibromialgia: síntomas, diagnóstico, tratamientos e investigación. Recuperado el 31 de enero de 2004, del <http://www.fmpartnership.org>
- Richards, Selwyn C.M. and Scott, David L. (2002). Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomised control trial. *Behavioral Medicine Journal*, 325.
- Valerio, L. (1997). Traducción y adaptación del Inventario Múltiple de Depresión. Sistemas de Estudios de Posgrado: Tesis para optar a la especialidad en Psicología Clínica, Universidad de Costa Rica – (CENDEISS). Centro de Estudios, San José, Costa Rica.
- Vázquez, F.; Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 413 - 416. (a)
- Vázquez, F.; Muñoz, M.; Ricardo, F. y Becoña, E. (2000) ¿Qué tratamientos son eficaces para tratar la depresión: psicológicos, médicos o combinados?. *psicología Conductual*, 8(3), 413 - 416. (b)