ESTADO DE SALUD PERCIBIDO EN ENFERMOS CON FIBROMIALGIA

Mª Angeles Pastor Mira*, Sofía López-Roig*, Jesús Rodríguez-Marín*, Maite Martín-Aragón Gelabert*, Esteban Salas Heredia, Salvador Sánchez Pérez*** y Mª Carmen Terol Cantero*.**

** Dpto. Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández.*
*** Sección de Reumatología. Hospital General de Alicante.*
**** Dpto. Enfermería. Universidad de Alicante.*

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo evaluar el estado de salud percibido de un grupo de enfermos con Fibromialgia (n=49) y compararlo con otros enfermos reumáticos (Artritis Reumatoidea: n=35; Artrosis: n=35). Mediante entrevista individual se aplicó una adaptación de las *"Escalas de Medida del Impacto de la Artritis"*. Controlados los efectos de las variables edad y sexo, obtuvimos diferencias significativas en la percepción de distrés y de dolor. En ambas variables, los enfermos con Fibromalgia puntuaron más alto.
Palabras clave: Estado de Salud, Fibromialgia

ABSTRACT

To assess the perceived health status in a group of Fibromyalgia patients and to compare it with other rheumatic diseases, we administered an adaptation of the Arthritis Impact Measurement Scales. Controlling gender and age, results showed

that Fibromyalgia patients (n=49) perceived more distress and pain than Rheumatoid Artritis and Osteoarthritis patients (n=35, each group).
Key words: Healt Status, Fibromyalgia.

INTRODUCCIÓN

En la investigación sobre el síndrome de dolor crónico llamado Fibromialgia, la mayoría del esfuerzo se ha dirigido a la búsqueda de causas orgánicas y/o psicológicas que expliquen el problema. Sin embargo, ha habido poco interés en la evaluación de otras cuestiones relevantes para el estudio de las enfermedades crónicas en general. En estas enfermedades, las preguntas de investigación se han dirigido, por un lado, a determinar cómo percibe el enfermo su situación (en términos de estado de salud y/o calidad de vida) y por otro, a establecer qué factores psicosociales pueden influir en una mejor adaptación a la enfermedad padecida. En la Fibromialgia, asumida su condición crónica, se han realizado pocos trabajos en este sentido, en contraste con el volumen de investigación realizado en otras enfermedades reumáticas como, por ejemplo, en la Artritis Reumatoidea. En este trabajo nos ocuparemos de la primera cuestión mencionada.

Frente a concepciones unidimensionales del constructo *"estado de salud"* en las que se evalúa principalmente la discapacidad o el dolor como medidas más frecuentes, o se pide una valoración general del mismo, actualmente se asume su condición multidimensional (Bergner, 1985; Ware, 1968). En nuestro caso, hemos optado por esta última, pues nos parece la aproximación más real a la evaluación de resultados en enfermedades crónicas. En relación a las enfermedades reumáticas, se suelen valorar cuatro componentes del constructo (dolor, función física, función psicológica y función social) como medidas indicadoras de un mejor o peor estado de salud.

Tomando cada uno de los componentes antes señalados, y respecto a la *percepción de la intensidad del dolor*, tanto los informes clínicos como los resultados de los estudios empíricos revisados, sugieren una mayor percepción de intensidad en los enfermos con Fibromialgia. Estos enfermos, han mostrado de forma sistemática puntuaciones más altas en esta variable, medida de formas diferentes, frente a los controles reumáticos utilizados (Wolfe, Cathey y Kleinheksel, 1984; Leavitt, Katz, Golden, Glickman y Layfer, 1986; Scudds, Rollman, Harth y McCain, 1987; Perry, Heller y Levine, 1988; Leavitt y Katz, 1989; Dailey, Bishop, Russell y Fletcher, 1990;. Uveges, Parker, Smarr, McGowan, Lyon, Irvin, Meyer, Buckelew, Morgan, Delmonico, Hewett y Kay, 1990; Mengshoel y Forre, 1993; Wolfe, Hawley y Wilson, 1996; Plesh, Wolfe y Lane, 1996). Aunque las diferencias no han sido estadísticamente significativas en todos los trabajos, hay una ligera mayoría

que sí las obtiene (Wolfe y cols., 1984; Scudds y cols., 1987; Leavitt y cols., 1986; Mengshoel y Forre, 1993; Wolfe y cols., 1996; Plesh y cols., 1996).

No se han obtenido diferencias significativas entre la Fibromialgia y otros grupos de enfermos reumáticos en el autoinforme de *discapacidad física* evaluada con las *"Escalas de Medida del Impacto de la Artritis"* (AIMS) (Dailey, Bishop, Russell y Fletcher, 1990;. Uveges, Parker, Smarr, McGowan, Lyon, Irvin, Meyer, Buckelew, Morgan, Delmonico, Hewett y Kay, 1990). Sin embargo, en un trabajo referido por Mannerkorpi y Ekdal, se encontró que cuando se comparaba la escala de discapacidad del AIMS con una prueba objetiva donde se pedía a los sujetos que llevaran a cabo determinadas conductas, las discrepancias eran más altas en el grupo de Fibromialgia frente a los otros grupos (Artritis Reumatoidea y Espondilitis) (Mannerkorpi y Ekdahl, 1997).

Respecto al *distrés* (ansiedad y depresión), también medido con el AIMS, los resultados no son todavía concluyentes dada la escasez de trabajos al respecto. Esta afirmación puede resultar sorprendente si tenemos en cuenta el global de la literatura sobre problemas psicológicos en la Fibromialgia. Sin embargo, a pesar de que existen bastantes trabajos que tratan sobre alteraciones psicológicas en este síndrome, hemos optado por considerar sólo aquellos que valoran el distrés, y que lo hacen en función de sus dos componentes principales, ansiedad y depresión. Además, hemos descartado los estudios que han evaluado esos componentes por separado o cuyo objetivo ha sido comparar alteraciones patológicas como causas posibles de la enfermedad, y no evaluar los problemas psicológicos en términos de impacto de la misma o como partes componentes del constructo estado de salud. Estas son las razones por las que el comentario anterior es el resultado de sólo tres estudios sobre el tema. En el trabajo de Wolfe y cols (Wolfe, Ross, Anderson, Russell y Hebert, 1995) se encontraron altos niveles de distrés en las personas con fibromialgia, coincidiendo con lo expuestro por Uveges y cols (Uveges, Parker, Smarr, McGowan, Lyon, Irvin, Meyer, Buckelew, Morgan, Delmonico, Hewett y Kay, 1990). Los enfermos con Fibromialgia puntuaron significativamente más alto en esta variable frente a los de Artritis Reumatoidea. Sin embargo, Dailey y cols (Dayley, Bishop, Russell, y Fletcher, 1990) no obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos.

Finalmente, aunque no disponemos de datos que evalúen el *impacto social* del problema como cuarto componente del estado de salud en la Fibromialgia, los estudios realizados con otros síndromes de dolor crónico sugieren una disminución general de actividades sociales como consecuencia del dolor, sin diferenciar entre enfermos con base orgánica establecida y enfermos sin ella. Asimismo, tampoco existe una formulación teórica que apoye la existencia de diferencias significativas en el área de funcionamiento social entre ambos tipos de enfermos (con patología o sin patología orgánica establecida).

En resumen, aunque los estudios empíricos revisados no siempre han obtenido los mismos resultados, éstos no son contradictorios. En todos los casos, los enfermos con Fibromialgia han informado mayor dolor, discapacidad y distrés psicológico que sus controles reumáticos (principalmente Artritis Reumatoidea), aunque las diferencias no siempre hayan sido estadísticamente significativas ni en todas las variables mencionadas ni en todos los trabajos.

Así pues, dada la importancia que la percepción del estado de salud tiene en los enfermos crónicos como medida de adaptación a la enfermedad, y dada la comentada escasez de trabajos sobre el tema en la Fibromialgia en general, y en nuestro ámbito en particular , en este estudio tenemos como objetivo establecer cuál es la percepción del estado de salud de un grupo de enfermos con Fibromialgia y compararla con la de otros enfermos reumáticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos

La muestra estudiada está compuesta por 119 sujetos distribuidos en tres grupos de patologías: Fibromialgia (F) como grupo de estudio (n=49), y Artritis Reumatoidea (AR) y Artrosis (OA) como grupos de comparación (n=35 en ambos casos). Todos ellos fueron seleccionados según los siguientes criterios: edad comprendida entre 18 y 65 años, ambos inclusive; ausencia de otras enfermedades y de problemas psiquiátricos; y diagnósticos de Fibromialgia según los criterios de la Asociación Americana de Enfermedades Reumáticas (Wolfe, Smythe, Yunus y cols., 1990), de Artritis Reumatoide siguiendo los criterios de la misma asociación (Ropes, Bennett, Cobb y cols, 1958) y de Artrosis, según datos clínicos basados, al menos, en la presencia de cambios radiológicos en las articulaciones afectadas.

En los tres grupos la mayoría de sujetos son mujeres (F: 98%; AR: 77%; OA: 74%), están casados (F: 82%; AR: 86%; OA: 80%), y su nivel educativo es bajo (F: 94%; AR: 89% y OA: 89%; agrupando las categorías de iletrado, sabe leer y escribir, y tiene estudios primarios). La edad media es similar, siendo la OA el grupo de mayor edad, como era de esperar por las propias características de la enfermedad (F: 49.1±8.9; AR: 51±10.2; OA: 57.1±5.4). Del mismo modo, este grupo es el que padece los síntomas de la enfermedad durante más tiempo (media de 12 años) frente a la F y la AR que están igualadas (media de 10 años). Respecto a la situación laboral, la mayoría de enfermos con AR está en activo (62.9%), sin ser éste el caso de la F (49%) y de la OA (48.6%) (la categoría de activo incluye la situación de las amas de casa); la F obtiene el porcentaje más alto en la categoría de "Incapacidad Laboral Transitoria" (34.7%) frente a la OA (20.0%) y la AR (5.7%), mientras que en la situación de "Incapacidad Laboral Permanente", el

porcentaje mayor es el del grupo con OA (20.0%), seguido de la AR (17.1%) y de la F (8.2%).

En un segundo análisis, comprobamos si los tres grupos eran significativamente diferentes respecto a todos los datos anteriores. Sólo encontramos diferencias significativas en las variables de sexo (X^2=11.22, p=.003) y edad (F= 9.59, p=.004).

Instrumentos

Adaptamos las Escalas de Medida del Impacto de la Artritis (AIMS) (Meenan, Gertman y Manson, 1980; Meenan, Gertman, Manson y Dunaif, 1982) como instrumento específicamente diseñado para evaluar el estado de salud percibido en enfermos con artritis. El AIMS recoge las dimensiones componentes del concepto de salud (física, psicológica y social), además de tener una escala específica de síntomas (dolor). En nuestra adaptación, las escalas mostraron propiedades psicométricas aceptables (Pastor, 1992).

El AIMS está compuesto por nueve escalas que se pueden utilizar de forma independiente: Movilidad, Actividad Física, Destreza, Actividades de la Vida Diaria, Actividades Rutinarias del Hogar, Actividad Social, Ansiedad, Depresión y Dolor. Cada una contiene de 4 a 7 ítems con opciones de respuesta de 2 y 6 alternativas (escala tipo Likert). Aunque en estas escalas puntuaciones altas indican un mal estado de salud, con el fin de lograr mayor claridad, hemos preferido hablar de discapacidad, o de problemas en el área concreta que se trate, siguiendo la dirección de las puntuaciones. Cada una de esas escalas son partes componentes de las cuatro dimensiones de estado de salud valoradas:

Discapacidad (Función Física): Puntuación media en las escalas de Movilidad, Actividad Física, Destreza, Actividades Rutinarias del Hogar y Actividades de Vida Diaria. Puntuaciones altas significan mayor discapacidad funcional.

Estado Emocional (Función Psicológica): Puntuación media en las escalas de Depresión y Ansiedad. Puntuaciones altas indican la presencia de más problemas emocionales.

Interacción Social (Función Social): Puntuación media en la escala de Actividad Social. Puntuaciones altas indican mayores problemas en este área.

Dolo*r*: Puntuación media en dicha escala. Puntuaciones altas significan mayor percepción de dolor.

Procedimiento

Todos los sujetos fueron entrevistados individualmente sin la presencia de acompañantes y en el marco de Consultas Externas. El reumatólogo remitía a los enfermos según su orden de llegada a consulta, previa aceptación voluntaria de colaboración con el estudio, y siempre que cumplieran los criterios de inclusión ya

descritos. Se aseguraba el anonimato de los datos. Además, el investigador desconocía el diagnóstico de los enfermos que entrevistaba.

Tratamiento y análisis estadístico de los datos

Se desarrolló un programa en DBASE para la corrección automatizada del AIMS (Sánchez, 1992), y las puntuaciones totales por escala se ponderaron de 0 a 100. En este proceso, se consideró el número de ítems no contestados. Tratamos estadísticamente los datos mediante los paquetes informáticos BMDP y SPSS+. El estudio descriptivo se hizo con el programa FREQUENCIES del SPSS. El estudio de diferencias se realizó mediante análisis de varianza y el procedimiento de Scheffé para comparaciones múltiples (programa ONEWAY del SPSS); cuando en este análisis no se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas, aplicamos la prueba de Brown-Forsythe que admite varianzas heterogéneas (programa BMDP 7D). Utilizamos el programa ANOVA del SPSS para el análisis de covarianza, con el fin de controlar los efectos de la edad y del sexo en los análisis de diferencias donde fuera necesario.

Finalmente, para evitar que por realizar un elevado número de comparaciones, obtuviéramos por azar resultados significativos donde no los había (error tipo I), y dado que la corrección de Bonferroni (nivel alfa .05/nº de comparaciones) nos pareció demasiado estricta, favoreciendo cometer errores tipo II, decidimos aceptar niveles de significación iguales o inferiores a .01 ($p \leq .01$).

RESULTADOS

Aunque los tres grupos de enfermedad fueron significativamente diferentes en edad y sexo, después de los análisis de correlación y de diferencias pertinentes, sólo la segunda variable se mostró relevante para el análisis del estado emocional, por lo que la introdujimos como covariante en este caso.

Obtuvimos diferencias significativas entre los grupos en las variables de dolor (tabla 1) y estado emocional (tabla 2). En el primer caso, el resultado obtenido sugiere una mayor percepción de dolor en los enfermos con F, siendo significativa la diferencia respecto del grupo con AR.

Tabla 1. Análisis de diferencias en discapacidad funcional, interacción social y dolor.

		M±dt	Rango	F	p
DF	F	35.4±16.7	(4-80)	.27	.76

	AR	35.4±20.5	(0-81)		
	OA	32.8±15.2	(5-67)		
	F	43.3±22.2	(5-100)	.78	.46
IS	AR	37.9±20.0	(5-95)		
	OA	42.9±19.7	(10-90)		
	F	64.3±14.7	(35-100)	7.86	.0007
D	AR	48.0±23.5	(0-85)		
	OA	54.6±16.9	(20-90)		
		Scheffé (DOLOR): F-AR=p≤.05			

DF: Discapacidad Funcional; **IS:** Interacción Social; **D:** Dolor; F: Fibromialgia; AR: Artritis Reumatoidea; OA: Artrosis; Rango: 0-100.

Igualmente, en el segundo caso, controlado el efecto de la variable sexo, los enfermos con F puntuaron significativamente más alto en distrés (ansiedad y depresión), en comparación con el resto de grupos estudiados.

Tabla 2. Análisis de diferencias en distrés psicológico.

	M±dt	Rango	Eta (valor no ajustado)	Beta (valor ajustado)
F	59.0±20.2	(7-96)	10.83	9.94
AR	37.3±9.8	(4-78)	-10.95	-10.43
OA	44.0±14.8	(7-78)	-4.21	-3.49
	F	p		
Sexo (covariante)	8.26	.005		
Diagnóstico (efecto principal)	12.09	.0001		

F: Fibromialgia; AR: Artritis Reumatoidea; OA: Artrosis; Rango: 0-100.

DISCUSIÓN

Las puntuaciones medias obtenidas en las variables de estado de salud evaluadas, muestran que la percepción de dolor es el área más afectada en todos los grupos, mientras que la capacidad funcional es la que presenta menos problemas. Tanto los enfermos con F como los de AR y OA, informan una baja percepción de discapacidad debida a su enfermedad. Este hecho podría deberse a una buena situación clínica en todos los casos durante el período en que se realizó el estudio. Continuando con esta variable, nuestros resultados son semejantes a los obtenidos en los dos trabajos que utilizan el AIMS para evaluar la discapacidad funcional (Dailey y cols. 1990; Uveges y cols., 1990), y al obtenido por Martínez y cols. utilizando otro instrumento (Martínez, 1995). En este sentido, resulta interesante que las enfermas con Fibromialgia, se igualen en su percepción de discapacidad a otros enfermos que tienen alteraciones estructurales importantes que afectan, o podrían afectar a su función. El hecho de que las AR no estuvieran activas podría haber facilitado este resultado. En cualquier caso, pensamos que este dato apoya la importancia de incluir medidas de percepción subjetiva a la hora de determinar el estado de salud de los enfermos reumáticos.

Aunque el grupo con F ha obtenido las puntuaciones más altas en las cuatro áreas de impacto mencionadas, las diferencias sólo han sido significativas en la percepción de dolor y de problemas emocionales (ansiedad y depresión). Estos datos coinciden con los resultados de la mayoría de estudios revisados respecto a la percepción del dolor (Wolfe y cols, 1984; Scudds y cols., 1987; Leavitt y cols., 1989; Alifici, Sigal y Landau, 1989; Mengshoel y Forre, 1993; Wolfe y cols, 1996; Plesh y cols, 1996). Del mismo modo, también coinciden respecto al distrés percibido (evaluado mediante el AIMS) con los del estudio de Uveges y cols (1990) y de Wolfe y cols (1995). Posiblemente, las diferentes experiencias de estos tres grupos de enfermos desde que perciben sus primeros síntomas, hasta que se encuentran en tratamiento médico especializado puedan ser en parte responsables de estos datos. En este sentido, mientras que los enfermos con AR tienen un diagnóstico y unos signos que justifican claramente la enfermedad padecida, las enfermas con F se enfrentan a un diagnóstico incierto y a la ausencia de signos externos. Por tanto, pudiera ser que la incertidumbre añadida aumente su distrés, por un lado y, por otro, también aumente la atención selectiva a sus síntomas, incrementando así su percepción. Estas enfermas *"tienen que demostrar"* a sí mismas y a su medio social más cercano que el problema existe. Quizá en la AR y en la OA, debido a que esta exigencia no es necesaria, se puede producir una aceptación más fácil de la enfermedad, que, a su vez, podría tener como consecuencia una mejor adaptación a la misma. Por el contrario, en la Fibromialgia la aceptación sería más difícil, teniendo como consecuencias inmediatas las dos mencionadas. No podemos dejar de considerar la inseguridad que puede suponer para el enfermo un diagnóstico no basado en alteraciones orgánicas que, incluso algunas veces, llega a ser poco creí-

ble para el medio social del sujeto. Nos parece interesante el diseño y aplicación de futuros trabajos dirigidos a comprobar la hipótesis mencionada.

Finalmente, a pesar de no obtener diferencias significativas en el nivel de funcionamiento social, resulta curioso cómo los enfermos con AR, enfermedad que tiene mayores señales externas, perciben un menor impacto de su problema en el área social (en términos de frecuencia de relación) en comparación con los otros dos grupos.

En resumen, nuestros resultados son similares a los de la literatura revisada, pues los enfermos con Fibromialgia han informado mayores problemas en todas las áreas evaluadas, aunque las diferencias sólo han sido significativas en la percepción de dolor y de distrés. Precisamente, dolor y distrés parecen ser dos de los problemas más importantes del síndrome tal y como lo muestran tanto la experiencia clínica, como los estudios empíricos mencionados. Además, cabe señalar que estos enfermos constituyen un grupo que, a pesar de sus problemas en estas áreas, no percibe muy afectado su funcionamiento cotidiano, si consideramos sus puntuaciones en discapacidad funcional e interacción social como medidas indirectas del mismo.

REFERENCIAS

Alfici S, Sigal M y Landau M. Primary Fibromyalgia Syndrome. A variant of depressive disorder?. *Psychother Psychosom*, 1989, 52: 156-161.

Bergner M.: Measurement of health status. *Med Care*, 1985, 23: 696-704.

Dailey PA, Bishop GD, Russell J y Fletcher EM. Psychological stress and the Fibrositis/Fibromyalgia Syndrome. *J Rheumatol*, 1990, 17(10):1380-1385.

Fries JF, Spitz P, Kraines RG y cols. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 1980, 23: 137-145 (cit. en Wolfe y cols., 1984).

Leavitt F, Katz RS, Golden HE, Glickman PB y Layfer L. Comparison of pain properties in fibromyalgia patients and rheumatoid arthritis patients. *Arthritis and Rheumatism*, 1986, 29(6): 775-781.

Leavitt F y Katz RS. Is the MMPI invalid for assessing psychological disturbance in pain related organic conditions?. *J Rheumatol*, 1989, 16(4): 521-526.

Mannerkorpi K y Ekdahl C. Assessment of functional limitation and disability in patients with Fibromyalgia. *Scand J Rheumatol*, 1997, 26:4-13.

Martínez JE. Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. *J Rheumatol*, 1995, 22(2): 270-4.

Meenan RF, Gertman PM y Mason JH. Measuring health status in arthritis. The Arthritis Impact Measurement Scales. *Arthritis and Rheumatism*, 1980, 23(2): 146-152.

Meenan RF, Gertman PM, Mason JH y Dunaif R. The Arthritis Impact Measurement Scales. Further investigations of a health status measure. *Arthritis and Rheumatism*, 1982, 25(9): 1048-1053.

Mengshoel AM y Forre O. Pain and fatigue in patients with rheumatic disorders. *Clin Rheumatol*, 1993, 12(4): 515-21.

Pastor MA. El papel de los factores psicosociales en la fibromialgia [Tesis Doctoral no publicada]. Universidad de Alicante, 1992.

Perry F, Heller PhH y Levine JD. Differing correlations between pain measures in syndromes with or without explicable organic pathology. *Pain*, 1988, 34: 185-189.

Plesh O, Wolfe F y Lane N. The relationship between Fibromyalgia and Temporomandibular Disorders: Prevalence and Symptom Severity. *J Rheumatol*, 1996, 23(11): 1948-52.

Ropes MW, Bennett GA, Cobb S y cols. Revision of diagnostic criteria for rheumatoid arthritis. *Bulletin of Rheumatic Diseases*, 1958, 9: 175-176.

Sánchez Pérez S. Programas de corrección por ordenador para el EASP, AIMS, WHYMPI-II y RWCCh. [material elaborado para uso interno del departamento de Psicología de la Salud de la Universidad de Alicante]. 1992.

Scudds RA, Rollman GB, Harth M y McCain GA. Pain perception and personality measures as discriminators in the classification of fibrositis. *J Rheumatol*, 1987, 14(3): 563-569.

Uveges JM, Parker JC, Smarr KL, McGowan JF, Lyon MG, Irvin WS, Meyer AA, Buckelew SP, Morgan RK, Delmonico RL, Hewett JE y Kay DR. Psychological symptoms in primary fibromyalgia syndrome: relationship to pain, life stress, and sleep disturbance. *Arthritis and Rheumatism*, 1990, 33(8): 1279-1283.

Ware JE. *The assessment of health status, Applications of Social Science to Clinical Medicine and Health Policy*. Edited by LH Aiken, D Mechanic. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1968.

Wolfe F, Cathey MA y Kleinheksel SM. Fibrositis (Fibromyalgia) in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*, 1984, 11(6): 814-818.

Wolfe F, Hawley D, Cathey MA, Caro X y Russell IJ. Fibrositis: symptom frequency and criteris for diagnosis. An evaluation of 291 rheumatic disease patients and 58 normal individuals. *J Rheumatol*, 1985, 12: 1159-1163.

Wolfe F, Hawley DJ, Wilson K. The prevalence and meaning of fatigue in Rheumatic Disease. *J Rheumatol*., 1996, 23(8): 1407-1417.

Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ y Hebert L. The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the General Population. *Arthritis and Rheumatism*, 1995, 38(1): 19-28.

Notas:
Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda 92/0583 del F.I.S.

Correspondencia:
Mª Ángeles Pastor Mira
Dpto. Psicología de la Salud
Universidad Miguel Hernández
Campus de San Juan
Crta. De Valencia, Km. 87
03550 San Juan de Alicante
Telf.: 965.91.94.70
Fax: 965.91.94.75
e-mail: mapastor@umh.es