

Universidad Miguel Hernández de Elche



**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIO SANITARIAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**EL PAPEL DE LA COMPARACIÓN SOCIAL COMO ESTRATEGIA
COGNITIVA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA**

Tesis doctoral

Presentada por:

D. Víctor Manuel Cabrera Perona

Dirigida por:

Dra. Maria del Carmen Terol Cantero

- 2017 -



Dña. MARIA DEL CARMEN TEROL CANTERO, profesora titular del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

INFORMA:

Que la presente memoria ha sido realizada bajo mi dirección, en el Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche, por el Licenciado D. Víctor Manuel Cabrera Perona. Constituye su tesis para optar al grado de Doctor y cumple los requisitos de calidad, originalidad y rigor científico necesarios para que se proceda a su defensa pública.

Para que conste, en cumplimiento de la legislación vigente, autoriza la presentación de la referida tesis doctoral ante la Comisión de Doctorado de la Universidad Miguel Hernández de Elche

Elche, 20 de Junio de 2017

M^a Carmen Terol Cantero



D. JUAN CARLOS MARZO CAMPOS, Director del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

INFORMA:

Da su conformidad a la lectura y defensa de la Tesis Doctoral: “EL PAPEL DE LA COMPARACIÓN SOCIAL COMO ESTRATEGIA COGNITIVA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA” de la que es autor el doctorando Víctor Manuel Cabrera Perona y dirigida por la Dra. Maria del Carmen Terol Cantero, para la obtención del título de Doctor en Psicología por la Universidad Miguel Hernández.

Y para que así conste a los efectos oportunos emite el presente informe en

Elche, a 20 de Junio de 2017

Fdo. Juan Carlos Marzo Campos

Director del Departamento de Psicología de la Salud

“La perspectiva permite el juicio; la comparación, la reflexión”

Jean-Paul Sartre

“La comparación es el ladrón de la felicidad”

Theodore Roosevelt.

“No se odia a quien se desprecia.

Se odia a quien se estima igual o superior”

Friedrich Nietzsche



*“Yo me quejaba por que no tenía zapatos,
hasta que conocí a un hombre que no tenía pies”*
(Proverbio árabe)

“No es que sea bueno.

Pero los otros son tan malos que la comparación se revela imposible”

Salvador Dalí

AGRADECIMIENTOS

A la doctora **Mari Carmen Terol**, directora de esta tesis doctoral, porque de ella partió la idea original de este estudio. Por su guía y dirección durante todos estos años. Por saber contener y encauzar el amplio y complejo concepto de comparación social; por su tiempo, consejos, paciencia y amistad, crucial para el desarrollo de este trabajo.

Un agradecimiento especial al doctor **Abraham (Bram) P. Buunk**, por su “*comprehensive-revisión*” de los textos centrales de esta tesis y porque sus aportaciones y visión privilegiada han enriquecido este trabajo. Su ayuda, a pesar de la distancia geográfica, ha sido fundamental.

Agradezco también a la doctora **Yolanda Quiles Marcos** su inestimable ayuda en la realización de los análisis estructurales y su buen hacer profesional y docente.

De forma sincera, al equipo de la Unidad de Fibromialgia del Hospital de San Vicente del Raspeig (Alicante), por permitirme trabajar en sus instalaciones, ocupar su tiempo y acogerme como otro más del equipo: **Esther Abad** (terapeuta ocupacional), **Ana Moyano** (enfermera), **Lorena López-Ruiz** (enfermera), **Josetxu Ruiz-Prados** (psicólogo), **Juanjo Moro Signes** (psicólogo) y en especial al **Dr. Francisco (Paco) Ortín** por su amistad incondicional y por todo lo que nos queda por recorrer.

Por último, a cada una de las **131 mujeres** que componen la muestra de estudio de esta tesis, porque me permitieron conocerlas más allá de una batería de cuestionarios. También al resto de pacientes de la unidad por el privilegio de haberlas podido atender tanto en sesiones individuales como grupales durante todos estos años.

JUSTIFICACIÓN

La experiencia de dolor crónico sitúa a los pacientes en estados de limitación funcional, amplia incertidumbre y procesos de adaptación continua a su enfermedad (Buunk y Gibbons, 2007; Tennen y Affleck, 1997). Esta alta incertidumbre y la falta de información objetiva propicia el interés por la *comparación social*, la búsqueda de información y la afiliación con otros pacientes con los que comparar síntomas, severidad de la enfermedad, afrontamiento o adaptación a la misma (Butzer y Kuiper, 2006; Buunk, Gibbons y Reis-Bergan, 1997; Taylor y Lobel, 1989; Van der Zee, Buunk y Sanderman, 1996; Wood, 1989). Los procesos de *comparación social*, junto a las formas de afrontamiento, puede modular la adaptación a la enfermedad a través de sus relaciones con el ajuste, los resultados de salud y las respuestas emocionales (Buunk, Collins, Taylor, VanYperen y Dakof, 1990; Gibbons y Buunk, 1999; Mussweiler, Rüter y Epstude, 2006; Van der Zee, Buunk, Sanderman, Botke y Bergh, 2000).

El análisis de la *comparación social* debe tener en cuenta las peculiaridades de la enfermedad objeto de estudio. Sin embargo, ha sido escasamente investigado el papel de la *comparación social* en Fibromialgia (Affleck, Tennen, Urrows, Higgins y Abeles, 2000; Groothof y Scholtes, 2007; Terol, Neipp, Sánchez, Pastor y López-Roig, 2004; Terol, Lledó, Quiles y Martín-Aragón, 2014), síndrome crónico y heterogéneo de etiología desconocida, que afecta a un 2%-4% de la población, mayoritariamente a mujeres. (Estudio EPISER, 2001; Queiroz, 2013; Valverde, 2007) y que se caracteriza por dolor músculo-esquelético generalizado, sintomatología concomitante diversa y elevados niveles de *ansiedad* y *depresión* (White, Speechley, Hart y Ostbye, 1999; Wolfe et al., 2010; Wolfe, Brähler, Hinz y Häuser, 2013).

Por esta razón, resulta relevante intentar esclarecer el uso de la *comparación social* en este contexto de salud y dolor crónico: la relación que se establece entre sus distintas dimensiones (Ej. qué tipo de dirección se elige, cómo se interpreta y evalúa la *comparación*, qué otros se comparan, sobre qué contenidos) y las posibles diferencias en función de variables clínicas y psicosociales.

A este respecto, en Fibromialgia, distintos estudios han intentado determinar subgrupos de pacientes (Calandre et al., 2011; de Souza et al., 2009; DoCampo et al., 2013; Giesecke et al., 2003; Keller, de Gracia y Cladellas, 2011), para así entender la su heterogeneidad y poder proporcionar tratamientos más ajustados. Aunque los resultados de estos trabajos han sugerido que *ansiedad* y *depresión* podría ser una característica de un subgrupo de pacientes, no es común atender al análisis de otros procesos cognitivos para la determinación de perfiles de pacientes (Giesecke et al., 2003; Thieme, Turk y Flor, 2004). Por tanto, resulta pertinente conocer qué características existen entre estos grupos de pacientes y qué diferencias pueden conducir una mejor adaptación a la enfermedad, lo que podría redundar en intervenciones destinadas a una mejor adaptación individual.

Por su parte, mientras que algunos trabajos han subrayado la importancia de los factores físicos y psicosociales en relación al afrontamiento y adaptación de las pacientes con Fibromialgia, se desconoce del papel concreto que la *comparación social* puede desempeñar en esta adaptación y especialmente en relación al *catastrofismo*, que tiene una fuerte incidencia sobre los resultados de salud, considerándose un mediador importante de la agravación de la enfermedad y su cronicidad y el *impacto de la Fibromialgia* (Rodero, García-Campayo, Casanueva y Buriel, 2009; Sullivan, Bishop y Pivik, 1995).

Desde hace décadas, tanto el constructo de *comparación social* como el ámbito del dolor crónico y Fibromialgia han despertado gran interés y una gran producción científica. No obstante, sorprende la escasez de trabajos que han relacionado la *comparación social* con el dolor crónico y, específicamente, con la Fibromialgia. Así, escasea el número de trabajos que muestran relaciones de la *comparación social* con otras variables psicosociales en este contexto clínico y se evidencia la ausencia de modelos explicativos de este constructo en relación a otras estrategias cognitivas y/o mecanismos de *appraisal* o afrontamiento y resultados de salud (Ej. *impacto* de la enfermedad, *distrés psicológico*, entre otros). Así, relacionar la *comparación social* con el *catastrofismo* permitiría conocer si la *comparación* interviene como proceso parte del “set mental” del *catastrofismo*.

Con el fin de comprender y predecir la adaptación y ajuste de las pacientes con Fibromialgia ante su enfermedad, la presente tesis doctoral se centra en los procesos que subyacen a esas respuestas y en concreto en el papel de la *comparación social* como estrategia cognitiva ante una situación de dolor crónico. El presente estudio aporta un modelo parsimonioso que responde a la pregunta: ¿cómo se relacionan las estrategias de *comparación social*, el *catastrofismo* y las variables resultado de salud en Fibromialgia? intentando responder qué constructos tienen mayor peso y cuales son prioritarios. Determinar la estructura de la relación entre *comparación social* y otras estrategias cognitivas como el *catastrofismo* permitiría, finalmente, aproximarnos al modo en que éstas explican los procesos de ajuste y adaptación de las pacientes con Fibromialgia y su posible incidencia sobre las respuestas emocionales.

PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA.

Esta tesis doctoral ha sido desarrollada dentro del Programa Nacional de Formación del Profesorado Universitario (FPU). Ministerio de Educación. Convocatoria 2010. Referencia del proyecto: AP2010-1870 y en el marco del Convenio de colaboración entre la Universidad Miguel Hernández de Elche, la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO) y el Hospital de San Vicente del Raspeig de Alicante, firmado en 2013.

El plan de difusión establecido en el programa formativo marco de esta tesis doctoral comprende una serie de artículos y comunicaciones, que obedecen a una secuencia lógica y que se ha concretado en un total de cuatro artículos (tres de ellos ya publicados) y la realización de 24 comunicaciones en congresos.

En una **primera etapa**, nuestro proyecto tenía como cuestiones previas dos aspectos fundamentales en toda investigación: a) la revisión bibliográfica y b) la adaptación de instrumentos a la población específica muestra de estudio. Así, la escala HAD ([Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond y Snaith, 1981](#)), de la que ya eran conocidas sus propiedades psicométricas en población española ([López-Roig et al., 2000](#); [Terol et al., 2007](#)) y su utilidad como instrumento de evaluación de **ansiedad** y **depresión** hospitalaria, fuera inicialmente adaptado a nuestra muestra de trabajo (Fibromialgia), ya que posteriormente sería fundamental para ser usado en la determinación de perfiles de pacientes en relación a la *comparación social*. Este trabajo tuvo como resultado la publicación de dos artículos:

Terol Cantero, M.C., **Cabrera-Perona, V.**, y Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 31(2), 494-503. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>

Cabrera-Perona, V., Martín-Aragón, M., Terol, M.C., Núñez, R. y Pastor, M.A. (2015). Escala de ansiedad hospitalaria en fibromialgia: análisis de sensibilidad y especificidad. *Terapia psicológica*, 33(3), 181-193.

La **segunda etapa** de difusión de nuestro proyecto se centraba en el estudio de la *comparación social* en Fibromialgia, su descripción y la relación con otras variables psicosociales, concretando perfiles de pacientes mediante el análisis de conglomerados y el estudio de su papel mediador en un modelo causal como estrategia cognitiva en relación a los resultados de salud y respuestas emocionales. Fruto de este bloque son los siguientes artículos:

Cabrera-Perona, V., Buunk, A.P., Terol Cantero, M.C., Quiles Marcos, Y. y Martín-Aragón, M. (2017). Social comparison processes and catastrophising in fibromyalgia: a path-analysis. *Psychology & Health*, 32(6), 745-764 DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2017.1307370>

Cabrera-Perona, V., Terol Cantero, M.C. y Martín-Aragón, M. (manuscrito). Social comparison, anxiety and depression in women with fibromyalgia: patient subtypes. Enviado para su revisión a *Anxiety, stress and coping*

Para la presentación y defensa de esta tesis, sin embargo, se ha seguido el formato tradicional según normativa de la Universidad Miguel Hernández Elche, estructurándola en **6 capítulos**:

- El **Capítulo 1** está dedicado al acercamiento teórico. Este capítulo, en su primer apartado, introduce el concepto original de la “Teoría de la comparación social” ([Festinger, 1954](#)) y las aportaciones posteriores de otros autores a la misma, así como las motivaciones de la comparación, para pasar, en el siguiente apartado a describir los determinantes y el contexto de la *comparación social*. Así, se incluye la descripción de los principales aspectos y **dimensiones** de la *comparación social* (**dirección, interpretación, referentes y contenido**) y otros factores cognitivos que participan en el proceso de comparación. Este apartado continúa con la presentación de variables personales y psicosociales generalmente evaluadas en el campo de investigación de la *comparación* y termina con las consecuencias afectivas de la *comparación social*. En el tercer apartado, se exponen los modelos y teorías que han intentado explicar -centrándose en unos u otros aspectos- el proceso de *comparación social* y sus dimensiones, contextualizándolas en el marco de esta tesis: el “Modelo de identificación-contraste “ ([Buunk e Ybema, 1997](#)). Para terminar el capítulo, se muestra la *comparación social* en el ámbito de la salud y enfermedad crónica. Este último apartado, en su primer punto, se centra en la relación de la *comparación social* con las formas de afrontamiento, las variables resultados de salud y el *distrés psicológico*. El segundo punto, describe la Fibromialgia como población donde se desarrolla nuestro estudio, y las variables psicosociales objetos de estudio (*catastrofismo, impacto de la Fibromialgia, y distrés psicológico*) en relación con esta enfermedad. Por último, se describe el procedimiento y resultados de la revisión

de 15 estudios en dolor crónico y Fibromialgia, con el objetivo de describir, unificar y adecuar los resultados al modelo teórico marco de esta tesis doctoral.

- El **capítulo 2**, aborda la redacción de los objetivos e hipótesis del estudio justificados de acuerdo a la literatura revisada.
- El **capítulo 3**, describe la muestra de estudio, la metodología y procedimiento realizado, los instrumentos y escalas usadas y detalla el procedimiento de análisis de datos seguido. Nuestro proyecto tenía como cuestiones previas dos aspectos fundamentales en toda investigación: a) la revisión bibliográfica y b) la adaptación de instrumentos a la población específica muestra de estudio. Por ello, dentro de este capítulo del trabajo, se detalla la adaptación previa del instrumento HAD ([Hospital Anxiety and Depression Scale](#), Zigmond y Snaith, 1983; Terol et al., 2007; Cabrera et al., 2015), para la evaluación del *distrés psicológico* (**ansiedad y depresión**), en población con Fibromialgia, realizada dentro del marco de investigación de esta tesis doctoral.
- El **capítulo 4** describe los resultados derivados de los objetivos planteados, mostrando: la descripción de la *comparación social* en Fibromialgia y las posibles diferencias de las variables psicosociales estudiadas en función de variables sociodemográficas, clínicas y de dolor, la determinación de perfiles de pacientes en función del uso de *comparación social*, el dolor percibido y los niveles de *distrés psicológico* (i.e. *ansiedad y depresión*) y el establecimiento de relaciones de la *comparación social* con otras estrategias cognitivas en Fibromialgia como el *catastrofismo* y los resultados de salud y respuestas emocionales.
- En el **capítulo 5**, los principales hallazgos de esta tesis se explican, comparan e integran de forma discusiva. En este apartado se confirman o refutan cada una de las hipótesis asociadas a los objetivos del estudio. Además, en el último apartado, se

presentan algunas implicaciones prácticas de nuestra investigación, las limitaciones y futuras líneas de investigación.

- Por último, en el **capítulo 6**, se enumeran las conclusiones finales de esta tesis doctoral.



RESUMEN AMPLIO

Objetivos: Ob.1) describir en pacientes con Fibromialgia los procesos de *comparación social*, Ob.2) analizar los procesos de *comparación social* en función de variables sociodemográficas y clínicas, Ob.3) describir los niveles de *catastrofismo* y del *impacto de la Fibromialgia* y el *distrés psicológico (ansiedad y depresión)* como resultados de salud en nuestra muestra de pacientes de Fibromialgia, Ob.4) analizar las variables psicosociales *catastrofismo, impacto de la Fibromialgia* y *distrés psicológico (ansiedad y depresión)* en función de variables sociodemográficas y clínicas, Ob.5) establecer perfiles de pacientes con Fibromialgia según el uso de los procesos de *comparación social*, la percepción de *dolor* y el nivel de *distrés psicológico* y Ob.6) evaluar la *comparación social* en un modelo explicativo para Fibromialgia, junto a el *catastrofismo* y los resultados de salud: *impacto de la Fibromialgia* y *distrés psicológico*.

Método: evaluamos a 131 mujeres diagnosticadas de Fibromialgia que recibían tratamiento ambulatorio en la Unidad de Atención Integral a la Fibromialgia (UAI-FM) del Hospital de San Vicente del Raspeig (Alicante) (Edad media = 50.15, SD=11.1), con *tiempo desde el inicio de los síntomas* de 13.9 años (DT=10.9) y *tiempo desde diagnóstico* de 4.3 (DT = 4.9). En cuanto al *dolor* percibido las puntuaciones fueron: *dolor actual*: M = 5.48 (DT = 1.56); *dolor medio*: M = 6.58 (DT = 1.56); *dolor máximo*: M = 7.18 (DT= 1.44).

Resultados: Las estrategias de comparación *ascendente de contraste* y *descendente de identificación* presentan medias y frecuencias de uso más elevadas (*ascendente de contraste*: 11.30, DT = 3.11; *descendente de identificación*: 9.98, DT = 3.63; rango = 3-15), utilizándolas con alta frecuencia (a menudo o muy a menudo) el 75% y el 56.6% de la muestra, respectivamente. Se muestran dos perfiles de pacientes diferentes según su adaptación o ajuste al proceso de enfermedad crónica. El primero de ellos (66% de la

muestra), caracterizado por elevada percepción de *dolor* ($p < .001$), mayor uso de *comparación ascendente de contraste y descendente de identificación* ($p < .001$), y elevados niveles de *ansiedad y depresión* ($p < .001$). El segundo perfil (34%) refiere menor dolor ($p < .001$), utiliza más estrategias de *comparación ascendente de identificación* ($p < .001$) y *descendente de contraste* ($p < .05$) y muestra niveles más bajos de *ansiedad y depresión* ($p < .001$). Se presenta un modelo que explica el 33% de la varianza del *catastrofismo* por el efecto directo de un mayor uso de *comparación ascendente de contraste y descendente de identificación*. Además, el 35% del *impacto de la Fibromialgia*, se explica por un menor uso de *comparación ascendente de identificación*, mayor uso de *ascendente de contraste* y mayor *catastrofismo*. Por ultimo, el 42% de la varianza del *distrés psicológico* se explica por el mayor uso de la estrategia *ascendente de contraste* y un mayor *impacto de la Fibromialgia*.

Conclusiones: Las características de la muestra estudiada son representativas de la población con Fibromialgia. Nuestra muestra de mujeres presenta niveles de *catastrofismo, impacto de la Fibromialgia y distrés psicológico (ansiedad y depresión)* representativos y semejantes a otros estudios en esta población. Las pacientes de nuestra muestra de Fibromialgia utilizan todas las estrategias de *comparación* con alta frecuencia. Sin embargo, estas pacientes muestran un patrón de comparación donde se usan más las estrategias consideradas desfavorables: *comparación ascendente de contraste y descendente de identificación*. Nuestros resultados apoyan la presencia de distintos perfiles de mujeres con Fibromialgia. Los resultados del modelo explicativo sugieren que las estrategias desfavorables *ascendente de contraste y descendente de identificación* junto al *catastrofismo* determinan de algún modo el *impacto de la fibromialgia* y las respuestas emocionales. La estrategia *descendente de contraste* no tiene relación con el modelo diseñado.

Palabras clave: *comparación social*, fibromialgia, perfiles de pacientes, *catastrofismo*, resultados de salud, path analysis.

EXTENDED ABSTRACT

Aims: Ob.1) To describe the processes of *social comparison* in patients with fibromyalgia, Ob.2) To analyze the processes of *social comparison* in terms of sociodemographic and clinical variables, Ob.3) To describe the *catastrophizing*, *fibromyalgia illness impact* and *psychological distress (anxiety and depression)* levels as health outcomes in our sample of fibromyalgia patients Ob.4) To analyze psychosocial variables (i.e. *catastrophizing*, *fibromyalgia illness impact* and *psychological distress (anxiety and depression)*) in terms of sociodemographic and clinical variables, Ob.5) To identify distinct patient profiles according to *pain-perception*, the use of *social comparison* and the emotional responses and Ob.6) To evaluate through a path analysis in a sample of Fibromyalgia patients the association between identification and contrast in *social comparison*, *catastrophizing*, and specific health outcomes (*fibromyalgia illness impact* and *psychological distress*).

Method: 131 Fibromyalgia outpatients from Fibromyalgia Service (UAI-FM) - Hospital de San Vicente del Raspeig (Alicante) were assessed (mean age: 50.15, $SD = 11.1$). *Average years since onset of symptoms* and 4.32 ($SD = 4.99$) *average years since diagnosis* until their arrival at the Fibromyalgia service. Regarding *pain-perceived*, mean scores were for *current pain*, $M = 5.48$, $SD = 1.56$; for *average pain*, $M = 6.58$, $SD = 1.56$; and for *maximum pain*, $M = 7.18$, $SD = 1.44$ (range from 0 to 10).

Results: Ob1) 75.6% of our patients used *upward contrast* with high frequency (often/very often), which was the most used, with $M = 11.30$ ($SD = 3.11$; Range = 3-15), followed by *downward identification*, used with high frequency in 56.5%, and $M = 9.98$ ($SD = 3.63$; Range = 3-15). Ob5) Two profiles according to their adaptability are presented. The first profile (66%) is characterized by higher *pain-perceived* ($p < .001$)

and high levels of *anxiety and depression* ($p < .001$) together with more *upward contrast* and *downward identification* comparisons ($p < .001$). Second profile (34%) presents less *pain-perceived* ($p < .001$) and lower levels of *anxiety and depression* ($p < .001$) together with more use of *upward identification* ($p < .001$) and *downward contrast* ($p < .05$) comparisons. Ob6) We present a model that explained 33% of the variance in *catastrophizing* by direct effects of more use of *upward contrast* and *downward identification*. In addition, 35% of *fibromyalgia illness impact* variance was explained by less *upward identification*, more *upward contrast* and more *catastrophizing* and 42% of the variance in *psychological distress* by a direct effect of more use of *upward contrast* together with higher *fibromyalgia illness impact*.

Conclusions: Features of our sample are representative. Our sample of women presents *catastrophizing*, *fibromyalgia illness impact* and *psychological distress* (*anxiety and depression*) representative and similar to those found in other Fibromyalgia patients. Women with Fibromyalgia use most *social comparison* strategies quite often. However, *upward contrast* and *downward identification* comparison are the most used strategies by these patients in a unfavourable comparison pattern. Our results support the presence of different profiles of Fibromyalgia women. We assessed a suitable model. Their findings suggest that unfavorable comparison strategies together with *catastrophizing* somehow determine Fibromyalgia emotional and impact results. The *downward contrast* strategy has no relation to the model.

Keywords: social comparison, fibromyalgia, patient profiles, catastrophizing, health outcomes, path analysis.

ÍNDICE

PREÁMBULO

Justificación
Presentación y estructura
Resumen extenso
Extended abstract

ÍNDICE

Índice de tablas
Índice de figuras
Índice de anexos
Siglas más utilizadas

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

1. Marco teórico. Origen y desarrollo del concepto de comparación social	25
1.1. Teoría de la comparación social de Festinger (1954)	25
1.1.1. Hipótesis de Teoría de la comparación social	26
1.1.1.1. Hipótesis de similitud	28
1.1.1.2. Hipótesis de similitud emocional: afiliación	29
1.2. Motivaciones de la comparación social	31
1.3. Aportaciones posteriores a la teoría original de Festinger (1954)	35
2. Determinantes y contexto de la comparación social	41
2.1. Dimensiones de la comparación social	41
2.1.1. Dirección	41
2.1.1.1. Comparación ascendente	41
2.1.1.2. Comparación descendente	43
2.1.2. Interpretación	45
2.1.3. Referentes de comparación	52
2.1.4. Contenidos de comparación	59
2.2. Otros factores cognitivos de la comparación social	62
2.2.1. Comparación social: estrategia deliberada y voluntaria vs. proceso automático, involuntario y no deseado	63
2.2.2. Sesgos cognitivos	66
2.3. Variables psicosociales y personales	68
2.3.1. Orientación a la comparación social	68
2.3.2. Autoestima	71
2.3.3. Neuroticismo	74
2.3.4. Extraversión	75
2.3.5. Control percibido	76
2.4. Consecuencias afectivas y bienestar subjetivo	78

3. Modelos y teorías	82
3.1. Modelo Proxy (Wheeler, Martin y Suls, 1997)	85
3.2. Teoría de la comparación descendente (Wills, 1981)	86
3.3. Modelo de la evaluación selectiva (Taylor, Wood y Lichman, 1983)	88
3.4. Modelo de procesamiento dual (Epstein y Pacini, 1999; Epstein, 2003)	89
3.5. Teoría de la asimilación ascendente (Collins, 1996, 2000)	90
3.6. Modelo de evaluación descendente y contacto ascendente (Taylor y Lobel, 1989)	91
3.7. Modelo de los tres Self (Blanton, 2001)	92
3.8. Modelo de mantenimiento de la autoevaluación (Beach y Tesser, 2000; Tesser, 1988)	92
3.9. Modelo de accesibilidad selectiva (Mussweiler, 2003; Mussweiler y Strack, 1999, 2000; Strack y Mussweiler, 1997)	95
3.10. Modelo de identificación-contraste (Buunk e Ybema, 1997)	98
4. Comparación social y salud	104
4.1. Comparación social en enfermedad y dolor crónico	104
4.1.1. Comparación social en enfermedad y dolor crónico: Afrontamiento	110
4.1.2. Comparación social en enfermedad y dolor crónico: Resultados de salud	119
4.1.2.1. Comparación social y distrés psicológico	121
4.2. Fibromialgia	126
4.2.1. Catastrofismo en Fibromialgia	129
4.2.2. Impacto de la enfermedad en Fibromialgia	131
4.2.3. Distrés psicológico en Fibromialgia	132
4.3. Comparación social en dolor crónico: Revisión de estudios	134
4.3.1. Procedimiento de búsqueda	134
4.3.2. Terminología y estructura de presentación de datos	137
4.3.3. Resultados	140
4.3.3.1. Características de los estudios revisados	140
4.3.3.2. Procesos y dimensiones de comparación social	149
4.3.3.3. Comparación social y variables psicosociales: sociodemográficas, clínicas y personales	156
4.3.3.4. Comparación social y variables psicosociales: afrontamiento	158
4.3.3.5. Comparación social y variables psicosociales: resultados de salud, impacto de la enfermedad y ajuste psicológico	158

CAPÍTULO 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

2.1. Objetivo general	165
2.2. Objetivos específicos e hipótesis	165

CAPÍTULO 3. MATERIAL Y MÉTODO.

3.1. Participantes	183
3.2. Variables e instrumentos	185
3.3. Procedimiento	194
3.4. Análisis de datos	194

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1. Comparación social	199
4.1.1. Estrategias, referentes y contenidos. Análisis descriptivo	199
4.1.2. Estrategias de comparación social en función de referentes y contenidos. Análisis de diferencias y relaciones	202
4.1.3. Comparación social, variables sociodemográficas y clínicas. Análisis de diferencias y relaciones	205
4.2. Variables psicosociales	211
4.2.1. Catastrofismo, impacto de la fibromialgia y distrés psicológico. Análisis descriptivo	211
4.2.2. Variables psicosociales, sociodemográficas y clínicas. Análisis de diferencias y relaciones	214
4.3. Comparación social y variables psicosociales	216
4.3.1. Comparación social, catastrofismo, impacto de la fibromialgia y distrés psicológico (ansiedad y depresión). Análisis de diferencias y relaciones	216
4.4. Perfiles de pacientes en Fibromialgia: comparación social, dolor y distrés psicológico	228
4.5. Modelo explicativo: comparación social, catastrofismo, impacto de la enfermedad y distrés psicológico	231

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

5.1. Comparación social en mujeres con Fibromialgia. Descriptiva	236
5.2. Comparación social y variables psicosociales. Descriptiva	242
5.3. Perfiles de pacientes	245
5.4. Modelo path analysis	249
5.5. Implicaciones prácticas	254
5.6. Limitaciones de este estudio y futuras líneas de investigación	256

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

CURRICULUM VITAE DEL DOCTORANDO

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. *Modelos teóricos en comparación social.*

Tabla 2. *Comparación social en dolor crónico. Adecuación de términos de acuerdo al modelo de identificación-contraste (Buunk e Ybema, 1997)*

Tabla 3. *Comparación social en dolor crónico. Revisión de estudios.*

Tabla 4. *Comparación social en dolor crónico. Distribución muestra hombres – mujeres y edad media*

Tabla 5. *Evaluación de la comparación social en dolor crónico.*

Tabla 6. *Descripción de la muestra. Variables sociodemográficas y clínicas.*

Tabla 7. *Instrumentos de evaluación. Detalle*

Tabla 8. *Instrumentos de evaluación. Propiedades psicométricas.*

Tabla 9. *Puntos de corte, sensibilidad y especificidad de la subescala HADA (HAD) para cada criterio diagnóstico. Subescala Ansiedad.*

Tabla 10. *Puntos de corte, sensibilidad y especificidad de la subescala HADD (HAD) para cada criterio diagnóstico. Subescala Depresión.*

Tabla 11. *Comparación social. Consistencia interna, puntuaciones medias, desviaciones típicas y rangos.*

Tabla 12. *Comparación social: estrategias, referentes y contenidos.*

Tabla 13. *Comparación social: diferencias del uso de estrategias en función de la elección de referentes.*

Tabla 14. *Comparación social: diferencias del uso de estrategias en función de la elección de contenidos.*

Tabla 15. *Variables de comparación social. Análisis correlacional.*

Tabla 16. *Comparación social: diferencias de medias en función de variables clínicas y de dolor percibido.*

Tabla 17. *Comparación social y variables clínicas. Análisis correlacional.*

Tabla 18. *Variables psicosociales. Consistencia interna, puntuaciones medias, desviaciones típicas y rangos.*

Tabla 19. *Distribución de la muestra según puntuaciones escalas psicosociales.*

Tabla 20. *Variables psicosociales (catastrofismo, impacto de la fibromialgia y distrés psicológico. Diferencias de medias en función de variables clínicas y de dolor percibido.*

Tabla 21. *Variables psicosociales y clínicas. Análisis correlacional.*

Tabla 22. *Comparación social. Diferencia de medias en función de catastrofismo, impacto de la fibromialgia y ansiedad y depresión*

Tabla 23. *Diferencias entre variables psicosociales en función del catastrofismo*

Tabla 24. *Diferencias entre variables psicosociales en función del impacto de la fibromialgia.*

Tabla 25. *Diferencias entre variables psicosociales en función de caso/no caso de ansiedad y depresión (puntos de corte HAD para Fibromialgia).*

Tabla 26. *Comparación social y variables psicosociales. Análisis correlacional.*

Tabla 27. *Tabla resumen de resultados.*

Tabla 28. *Perfiles de pacientes fibromialgia en función de percepción de dolor, comparación social, ansiedad y depresión. Método K-Medias. Diferencia de medias (Anova).*

Tabla 29. *Distribución de la muestra en tabla de contingencia. Pacientes clasificados en perfiles en función de Casos/No casos de ansiedad y depresión (HAD) con puntos de corte específicos para fibromialgia.*

Tabla 30. *Índices de ajuste del modelo hipotético propuesto y del modelo final.*

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. *Mapa conceptual de estudios relevantes en comparación social*

Figura 2. *Revisión de estudios empíricos. Procedimiento de búsqueda.*

Figura 3. *Modelo hipotético propuesto. Comparación social en fibromialgia.*

Figura 4. *Path analysis. Comparación social en fibromialgia.*



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. *Instrucciones de cuestionario, consentimiento informado y hoja de paciente.*

Anexo 2. *Variables Sociodemográficas.*

Anexo 3. *Variables clínicas.*

Anexo 4. *Escalas visuales analógicas (E.V.A.) (VAS-Visual Analog Scale, Scotch y Huskinson, 1976; Aliaga Font, 2009).*

Anexo 5. *Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (Fibromyalgia Impact Questionnaire-FIQ; Burkhardt, Clark y Bennett, 1991; adaptación española de Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia y Alegre de Miquel, 2007).*

Anexo 6. *Escala de Catastrofismo en el dolor (Pain Catastrophizing Scale-PCS, Sullivan et al., 1995; adaptación española de García-Campayo et al., 2008).*

Anexo 7. *Inventario de ansiedad estado-rasgo (State Trait Anxiety Inventory-STAI: Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982; adaptación de TEA, 1982). Subescala estado.*

Anexo 8. *Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory-BDI: Beck, 1978; Beck, Steer y Harbin, 1988; adaptación española de Vázquez y Sanz, 1997).*

Anexo 9. *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) (Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS: Zigmond y Snaith, 1983; adaptación de Terol et al., 2007; Cabrera et al., 2015).*

Anexo 10. *Escala de Comparación Social en los Procesos de Enfermedad (van der Zee et al., 1999; Adaptación española de Terol et al., 2014).*

SIGLAS MÁS UTILIZADAS

- ACR: American College of Rheumatology
- AR: Artritis Reumatoide
- CSAI: Comparación Social Ascendente de Identificación. Estrategia de la Escala de Comparación Social en los Procesos de Enfermedad (Terol *et al.*, 2014; van der Zee *et al.*, 2000).
- CSAC: Comparación Social Ascendente de Contraste. Estrategia de la Escala de Comparación Social en los Procesos de Enfermedad (Terol *et al.*, 2014; van der Zee *et al.*, 2000).
- CSDI: Comparación Social Descendente de Identificación. Estrategia de la Escala de Comparación Social en los Procesos de Enfermedad (Terol *et al.*, 2014; van der Zee *et al.*, 2000).
- CSDI: Comparación Social Descendente de Contraste. Estrategia de la Escala de Comparación Social en los Procesos de Enfermedad (Terol *et al.*, 2014; van der Zee *et al.*, 2000).
- EPISER: Estudio de Prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española de la Sociedad Española de Reumatología
- FIQ: Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (Fibromyalgia Impact Questionnaire-FIQ; Burkhardt, Clark y Bennett, 1991; adaptación española de Rivera y González, 2004).
- HAD: Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) (Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS: Zigmond y Snaith, 1983; adaptación de Terol *et al.*, 2007; 2015).
- PCS: Escala de Catastrofismo en el dolor (Pain Catastrophizing Scale-PCS, Sullivan

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO



1. MARCO TEÓRICO. ORIGEN Y DESARROLLO DEL CONCEPTO DE COMPARACIÓN SOCIAL.

1.1. TEORÍA DE LA COMPARACIÓN SOCIAL DE FESTINGER (1954).

La Teoría de la *comparación social* (Festinger, 1954) propone que las personas poseen el impulso (o *drive*) de evaluar sus opiniones y habilidades pues necesitan una **auto-evaluación** constante de sus capacidades, limitaciones, desempeño y situación. De acuerdo con Festinger, aunque las personas prefieren evaluarse tomando como referencia criterios objetivos, en muchas ocasiones puede que éstos no estén disponibles, que la situación sea ambigua o que las condiciones sean inciertas. Entonces la realidad social toma relevancia (Klein, 1997). En estas situaciones, las personas estarían motivadas a buscar en otros información social relevante que les permita auto-evaluar su propia situación o desempeño. La comparación con otras personas se utilizaría pues como punto de referencia, operando como factor fundamental de esta **auto-evaluación** (Festinger, 1954, Goethals y Darley, 1977; Goodman, 1977; Suls y Miller, 1997; Wood, 1989).

De esta forma, podría definirse la *comparación social* como “el proceso de obtener y usar información sobre otros y realizar juicios sobre uno mismo” (Blalock, Afifi, DeVellis, Holt y DeVellis, 1990; Festinger, 1954; Goethals y Darley, 1977). Un proceso cognitivo mediante el cual una persona se compara con otra u otras para conseguir información acerca de uno mismo y el mundo social (Buunk y Gibbons, 1997). En palabras de Wood (1996), la *comparación social* se referiría al “proceso de pensar sobre la información acerca de una o más personas en relación con el *self*” (Wood, 1996, pp. 520-521). Por tanto, la *comparación social* no sólo implicaría adquirir información social acerca de otros, sino también pensar y reaccionar acerca de

ella y se consideraría un proceso cognitivo sistemático resultante de la interacción con otros (Buunk y Gibbons, 1997; Festinger, 1954; Mussweiler, Rüter y Epstude, 2006).

Como sugieren Mettee y Smith (1977), la Teoría de la *comparación social* es una teoría “sobre las preguntas que se hacen las personas sobre sí mismas para conocerse, sobre la búsqueda de información relevante para ellas y de cómo las personas adquieren auto-conocimiento y descubren la verdad sobre sí mismas” (pp. 69–70).

1.1.1. Hipótesis de la Teoría de la comparación social.

La Teoría de la *comparación social*, publicada en el trabajo “A Theory of Social Comparison Processes” (Festinger, 1954) enuncia nueve hipótesis que determina sus características básicas:

1. *Las personas poseen un impulso innato para evaluar sus opiniones y habilidades.*
2. *Si no estuvieran disponibles criterios objetivos o realidad física, las personas evaluarán sus opiniones y habilidades comparándose con otros.*
3. *La tendencia a compararse con otros decrece a medida que aumenta la diferencia entre las opiniones y habilidades de ambos (hipótesis de similitud).*
4. *En el caso de las aptitudes y habilidades, existe un impulso unidireccional ascendente de mejorarlas constantemente.*
5. *En el caso de las aptitudes y habilidades, existen restricciones físicas que dificultan o imposibilitan modificar la aptitud de una persona. Estas restricciones apenas existen para las opiniones.*
6. *En el caso de las opiniones, cuando la comparación continua con otras*

personas implica consecuencias desagradables, un mecanismo para cesarla se acompañaría de hostilidad o humillación hacia los otros. Así, no compararse con otras personas se relaciona con el rechazo del grupo.

- 7. Aquellos factores (Ej. alguna opinión o habilidad) que incrementan la importancia de algún grupo, aumentarán la presión hacia la uniformidad dentro de ese grupo.*
- 8. Si las personas con opiniones y capacidades muy divergentes entre sí se perciben diferentes, la tendencia a no compararse aumenta.*
- 9. Cuando existe variedad de opiniones o aptitudes en un grupo, la fuerza relativa de la presión hacia la uniformidad será diferente para aquellos que estén de acuerdo con la norma grupal y para aquellos que se muestren en desacuerdo con ésta.*

Las hipótesis 1 y 2 describirían por qué las personas realizan comparaciones. Las hipótesis 3,4 y 5 comprenderían con quién las personas se compararían y finalmente las hipótesis 6 a 9 reflejarían las consecuencias de la comparación (Ej. presión hacia la uniformidad dentro del grupo).

En síntesis, las personas poseerían un deseo intrínseco, un impulso o *drive* de comparación con otros similares y de conformidad con su propio grupo para obtener una percepción más precisa de sus opiniones y habilidades. Este impulso es motivado por un deseo de auto-evaluación así como de evitación de consecuencias desagradables (Ej. reacciones afectivas negativas, incertidumbre por ambigüedad de la situación, pérdida de estatus en el grupo, percibir el comportamiento como desviado, exclusión del grupo). Este impulso aumentaría ante la ausencia de realidad objetiva y en el caso de las aptitudes o habilidades sería unidireccional y de **dirección** ascendente. Las

comparaciones con los demás representarían así una fuente fundamental de información para la auto-evaluación (Festinger, 1954).

1.1.1.1. Hipótesis de similitud.

Una de las propuestas centrales de Festinger en la teoría de la *comparación social* es la “Hipótesis de Similitud” (Festinger, 1954). Festinger propuso que las opiniones de las personas, las actitudes y creencias deben tener una base sobre la que buscar su validez (Festinger, 1954). Cuando no se dispone de información objetiva, las personas tratarán de evaluar la precisión de sus habilidades y opiniones mediante la comparación con otros relativamente similares, ya que éstos proporcionarán información más relevante, precisa y estable. Así, compararse con alguien relevante y parecido será más útil para obtener evaluaciones más precisas. Festinger (1954) ya proponía que la tendencia a compararse con otros decrece cuando se perciben diferentes. Se asume por tanto que personas similares aportarán información ajustada y exacta para la auto-evaluación y que personas muy alejadas psicológicamente a uno mismo no servirían para los propósitos de auto-evaluación (Buunk y Gibbons, 2007; Buunk e Ybema, 1997; Corcoran, Crusius y Mussweiler, 2011), pudiendo ignorarse o considerarse irrelevante la información social adquirida a través de ellos (Wheeler y Miyake, 1992; Wood, 1989).

En este sentido, y de acuerdo con Festinger (1954), las personas se compararían con otros que presenten similitud con ellas en opiniones o habilidades o en atributos relacionados con **contenido** o ámbito en que se produce la evaluación. Goethals y Darley (1977) sugirieron posteriormente que -independientemente del **contenido** o ámbito comparado- las personas podrían percibir esta similitud ante ciertos atributos o

características compartidas (Ej. edad, sexo, estado de salud semejante, proceso de ajuste similar) (Goethals y Darley, 1977), para luego compararse con ellas en el ámbito concreto evaluado (Buunk, 2006; Gibbons y Buunk, 1999; Wood, Taylor y Lichtman, 1985). Así, la similitud percibida sería una evaluación subjetiva de cercanía, probabilidad de logro y características o circunstancias compartidas (Collins, 1996; Lockwood y Kunda, 1997; Tesser, Millar y Moore, 1988). Otros estudios ampliaron las ideas originales de Festinger, señalando que el grado de *identificación* o similitud viene dado por la cercanía psicológica, por la similitud de la situación, o por considerar al otro como ejemplo del propio funcionamiento actual o de las expectativas futuras (Buunk e Ybema, 1997; Molleman, Pruyn y Van Knippenberg, 1986)

1.1.1.2. La hipótesis de similitud emocional: afiliación.

Schachter (1959), a través de su “Hipótesis de Similitud Emocional” amplió la perspectiva de similitud y, por ende, la teoría de la *comparación social* al campo de las emociones y la amenaza percibida proponiendo que el estrés y la incertidumbre ante una situación nueva y amenazante puede intensificar el deseo de compararse con otros, particularmente con aquellos que se encuentran en la misma situación (Buunk y Gibbons, 1997; Kulik y Mahler, 1997; Schachter y Singer, 1962; Van der Zee, Buunk, Sanderman, Botke y van den Bergh, 2000; Ybema, Buunk y Heesink, 1996). Así, para Schachter (1959), las personas que se enfrentan a amenazas preferirían afiliarse a otros en la misma situación comparando su estado emocional para determinar una respuesta apropiada y reducir así la incertidumbre. En esta línea, se ha visto que la incertidumbre ante problemas de salud puede evocar necesidades afiliativas (Buunk, Schaufeli y Ybema, 1994; Kulik y Mahler, 1997; Molleman, Pruyn y Van Knippenberg, 1986;

Stanton et al., 1999; Taylor, Buunk, Collins y Reed, 1992), por lo que la persona prestaría atención a otros en similar situación, considerados relevantes para obtener información social precisa (Ej. mismo diagnóstico) (Kulik y Mahler, 1997; Schachter, 1959; Tennen, McKee y Affleck, 2000). De esta manera, la investigación apunta a que las personas que se enfrentan a una amenaza seria de salud tienden a compararse con otros en similar situación (Bennenbroek, 2003; Buunk, Gibbons y Reis-Bergan, 1997; Tennen, McKee y Afleck, 2000). Darley y Aronson (1966), añaden que dicha afiliación podría verse moderada por variables como por ejemplo la motivación para la comparación (Ej. auto-mejora). (Darley y Aronson, 1966; citado en Rüter, 2004). También se ha visto que el deseo de afiliación sería sustancialmente más marcado en mujeres que en hombres (Taylor, Aspinwall, Giuliano, Dakof y Reardon, 1993). En este sentido, las participantes en los estudios iniciales de Schachter (1959) eran en su totalidad mujeres.

En enfermedad crónica, la necesidad de comparación puede verse satisfecha no sólo por la interacción, observación o afiliación real con otros similares, sino también mediante la obtención de información, por ejemplo mediante la lectura o visionado de material multimedia acerca de cómo éstos afrontan la enfermedad (Arigo, 2012; Buunk, 1994). Algunos estudios han examinado la necesidad de información que se tiene sobre otras personas que se enfrentan a problemas de salud similares (Buunk y Schaufeli, 1993; van der zee, Buunk y Sanderman, 1995). En esta línea, Taylor y Lobel (1989) tratan la afiliación y la búsqueda de información como procesos más o menos intercambiables, que parecen estar correlacionados de igual manera con la incertidumbre y el estrés (Van der Zee, Buunk y Sanderman, 1996).

1.2.MOTIVACIONES DE LA COMPARACIÓN SOCIAL.

Festinger (1954) propuso en un principio que los individuos participarían en la *comparación social* con el propósito de precisar su **auto-evaluación (self-assessment)** (Goodman, 1977; Wheeler, Martin y Suls, 1997; Wood, 1989; Zell y Alicke, 2009). En estados de incertidumbre, las personas se encuentran motivadas a evaluar sus capacidades y lo preciso de sus creencias y opiniones comparándose con otros, tratando de mantener una visión positiva y estable de si mismas. De este modo, evalúan sus opiniones y capacidades a través de un *drive* o impulso con el que se pretende evitar el perjuicio de no disponer de evaluaciones precisas sobre sus habilidades y opiniones (Festinger, 1954). En este sentido, algunos estudios han reconocido la importancia de la *comparación social* para la adaptación y la supervivencia humana. Se ha sugerido, desde perspectivas evolutivas, que la necesidad de *comparación social* se deriva de la importancia adaptativa de la evaluación del estado de uno en el grupo (Gilbert, Price y Allan, 1995). Por tanto, el conocimiento sobre las propias características y habilidades facilita una guía respecto a acciones y decisiones (Rüter, 2004), ayudando a reducir la incertidumbre sobre el *self* (Buunk, 1990; Pelham y Wachsmuth, 1995; Suls y Sanders, 1982). Así, las relaciones y comparaciones con otros tendrán un impacto importante en la auto-evaluación (Collins, 1996; Tesser, 1988; Swallow y Kuiper, 1988; Zell y Alicke, 2009).

Posteriormente, y considerando la *comparación social* como una estrategia voluntaria y deliberada, la literatura ha destacado otras dos motivaciones principales: a) la motivación **de auto-mejora (self-enhancement)** y b) el **deseo de superación (self-improvement)** (Hakmiller, 1966; Thornton y Arrowood, 1966; Taylor y Lobel, 1989;

Wills, 1981; Wood y Taylor, 1991), que estarían presentes en diversos grados y podrían ser activadas bajo diferentes condiciones en la comparación (Wills y Mendoza, 2004).

Motivación de auto-mejora (self-enhancement) y deseo de superación (self-improvement)

Las personas no sólo tienen el deseo de evaluar la exactitud de sus habilidades y opiniones para preservar y desarrollar una **auto-evaluación (self-assessment)** positiva, sino que también parecen estar fundamentalmente motivadas para sentirse bien consigo mismas y mejorar su situación (Buunk e Ybema, 1997; Tesser, 1988; Oldersma, 1999). La investigación sugiere que la *comparación social* puede tener mayor propósito cuando se sienten estados de incertidumbre, estrés o amenaza (Buunk, Collins, Taylor, VanYperen y Dakof, 1990; Gibbons y Gerrard, 1991; Schachter, 1959; entre otros). En estas situaciones la *comparación social* puede servir como medio para la adaptación cognitiva (Gibbons y Gerrard, 1991). Sería lógico pensar entonces que las personas pueden compararse con un interés, ajustando el grado, **dirección** y **contenido** de comparación con el fin de promover respuestas positivas y evitar las negativas. Así, los individuos sometidos a una amenaza o acontecimiento vital estresante enfrentarían la misma con dos motivaciones principales: a) por un lado, mejorar su bienestar subjetivo a través de la motivación de **auto-mejora (self-enhancement)** utilizando la información social para sentirse mejor respecto a otros (Bennenbroek, Buunk, van der Zee y Grol, 2002; Buunk y Gibbons, 2007; Gibbons et al., 2002; Hakmiller, 1966; Suls, Martin y Wheeler, 2002; Thornton y Arrowood, 1966; Wills, 1981; Wood, 1989), b) por otro, obtener información relevante para afrontar o resolver su problema a través del **deseo**

de superación (self-improvement), utilizando la información social para mejorar su situación o rendimiento (Gibbons et al., 2002; Standage, Harris y Fox, 2014; Suls, Martin y Wheeler, 2002; Taylor y Lobel, 1989; Thornton y Arrowood, 1966; Wood, 1989). De esta forma, autores como Taylor y Lobel (1989) propusieron que las personas podrían preferir distintos tipos o **dirección** de comparación en función de su motivación. Por ello, tradicionalmente la investigación en *comparación social*, ha considerado que las personas bajo estrés e incertidumbre prefieren compararse con otros en peor situación (*comparación descendente*), con el propósito de sentirse mejor consigo mismos (motivación de **auto-mejora o self-enhancement**) (Bennenbroek, Buunk, van der Zee y Grol, 2002; Hakmiller, 1966; Martin, Suls y Wheeler, 2002; Wills, 1981; Wood, 1989) pero preferirían información de los que afrontan o se encuentran en mejor situación (*comparación ascendente*), con el propósito de mejorar su propio rendimiento (**deseo de superación o self-improvement**) (Standage, Harris y Fox, 2014; Suls, Martin y Wheeler, 2002; Taylor y Lobel, 1989; Thornton y Arrowood, 1966; Wood, 1989). Otros autores proponen que la **auto-evaluación (self-assessment)** podría ser una meta cognitiva de la comparación, la motivación de **auto-mejora (self-enhancement)** podría cumplir con una meta afectiva, y el **deseo de superación (self-improvement)** apuntaría a metas comportamentales (Groothof, 2004).

El deseo de **auto-mejora (self-enhancement)** se definiría como los intentos de una persona de mantener o preservar su autoestima. Festinger, consideraba a las personas *problem-solvers* racionales y objetivos que, cuidadosamente y utilizando la lógica integraban información (Hemphill, 1988). Sin embargo, muchos estudios han descrito que las personas se sirven de la comparación de manera sesgada y estratégica para sus propósitos, manteniendo una visión positiva de su *self* (Buunk y Gibbons,

2007; Wills, 1997; Wood, 1989; Wood y Taylor, 1991; entre otros) Así, con la motivación de **auto-mejora (self-enhancement)**, las personas tenderían a preservar y mantener visiones positivas de sí mismos, aunque éstas fueran irreales y se utilizaran sesgos de procesamiento de información para confirmarlas (Collins, 1996, 2000).

Por su parte, el **deseo de superación (self-improvement)** comprendería los intentos de una persona por aprender como mejorar un atributo o habilidad en particular. Festinger (1954) proponía que un *drive* básico de los seres humanos es mejorarse a sí mismos. Este *drive* ascendente pondría de relieve la utilidad y la función adaptativa de las *comparaciones ascendentes* con la finalidad de aprender o inspirarse con la actuación de otro (Aspinwall, 1997; Brickman y Bulman, 1977; Buunk, Kuyper, y Van der Zee, 2005; Collins, 1996; Taylor, Aspinwall, Giuliano, Dakof y Reardon, 1993; Wood y Taylor, 1991). De este modo, las personas buscarían *comparaciones ascendentes* que les proporcionaran información útil para conseguir un mejor rendimiento (Blanton, Buunk, Gibbons y Kuyper, 1999; Taylor y Lobel, 1989).

1.3. APORTACIONES POSTERIORES A LA TEORÍA ORIGINAL DE FESTINGER (1954).

Durante sesenta años, la teoría de la *comparación social* se ha ampliado y reformulado en diversas ocasiones pasando de ser una teoría que enunciaba la interacción con los demás como proceso cognitivo para la auto-evaluación a convertirse en un campo de investigación vinculado con otras áreas de la psicología social y distintos ámbitos de aplicación (Suls y Wheeler, 2000; Buunk y Gibbons, 1997, 2000). Así, sucesivas aportaciones han ido complementando la formulación original y generando empíricamente argumentos consistentes y complementarios a sus hipótesis iniciales.

En los primeros años, la investigación se centró en la experimentación en laboratorio y la **dirección** de comparación elegida (Ej. Wheeler, 1966). Posteriormente se tuvieron en cuenta las motivaciones básicas para la comparación (explicadas en el punto anterior), incluyendo metodologías como la observación natural o entrevistas semiestructuradas. En las últimas décadas se ha añadido el estudio de las respuestas cognitivas, emocionales y comportamentales y se ha evaluado la *comparación social* en diversas poblaciones, como por ejemplo muestras de enfermos crónicos (Buunk y Mussweiler, 2001; Groothof, 2004; van der zee et al., 1996; entre otros). De esta manera, la teoría de la *comparación social* ha contribuido de manera significativa a la fundamentación teórica de la psicología de la salud (Gibbons y Gerrard, 1997; Tennen, McKee y Affleck, 2000; entre otros). Además, distintas teorizaciones la han reformulado intentando vincularla con principios más generales que subyacen a nuestro comportamiento psicológico (Buunk y Gibbons, 2000; Buunk y Mussweiler, 2001; Epstein, 2003; Tesser, 1988; Mussweiler y Strack, 2000). En la actualidad, la investigación sobre *comparación social* se centra en: a) la incorporación de métodos y

modelos de la cognición social, vinculando los procesos de *comparación social* con las bases cognitivas que caracterizan nuestro funcionamiento psicológico en cualquier situación, b) la aproximación hacia perspectivas biológicas y teorías evolutivas intentando determinar posibles marcadores psicofisiológicos de las reacciones implícitas durante la *comparación social* (Ej. Beach y Tesser, 2000; Buunk e Ybema, 1997; Gilbert, Price y Allan, 1995; Tesser, 1988), c) las diferencias individuales y la orientación a la comparación como moderadoras de la predisposición a la comparación y sus resultados (Diener y Fujita, 1997; Gibbons y Buunk, 1999; entre otros) y d) retomar el interés en el contexto social de la comparación, la influencia grupal y la identidad social, examinando el papel que la pertenencia al grupo y la identidad social juega en los procesos de *comparación social* (Brewer y Weber, 1994; Brown, Novick, Lord y Richards, 1992; Buunk y Mussweiler, 2001; Mussweiler, Gabriel, y Bodenhausen, 2000; Tajfel y Turner, 1986; Turner y Brown, 1978).

Después de Festinger, el trabajo de Schachter (1959) amplió el ámbito de la teoría de la *comparación social* incluyendo el estudio de las emociones en situaciones de estrés. Wheeler (1966), confirmó con su “Paradigma del Orden de Lista” (Rank Order Paradigm) la propuesta de Festinger de que las personas preferían compararse con aquellos que se encontraban en una situación ligeramente superior en el **contenido** o ámbito comparado, lo que tendría consecuencias positivas. Posteriormente, Hakmiller (1966) fue el primero en extender la teoría de Festinger –que proponía una única dirección *ascendente* de comparación- a *comparaciones descendentes* ante situaciones de amenaza. Así, Hakmiller (1966) interpretó que el *drive* ascendente propuesto por Festinger no haría tanto que las personas se comparasen con otros en mejor situación, sino que propiciaría comparaciones para preservar una visión positiva de si mismos,

también con otros en peor situación. Asimismo, [Morse y Gergen \(1970\)](#) señalaron por un lado a) las posibles consecuencias negativas de la *comparación ascendente* y por tanto la existencia de comparaciones “no deseadas” y b) las potenciales consecuencias positivas de la *comparación descendente*. Este argumento influyó los trabajos de [Suls y Miller \(1977\)](#) y [Wills \(1981\)](#). [Brickman y Bulman \(1977\)](#), propusieron al mismo tiempo que exponerse a otros en mejor situación (*comparación ascendente*) podía tener finalidad informativa, como proponía Festinger, pero también podía ser amenazante, por lo que las personas entonces intentarían evitar estas comparaciones, buscando a otros en peor situación. [Goethals y Darley \(1977\)](#), aportaron que en situaciones de amenaza a la autoestima, las *comparaciones descendentes* podrían tener fines adaptativos. En esta línea, [Wills \(1981; 1987\)](#) argumentó en su “Teoría de la Comparación Descendente” que la motivación de **auto-mejora (self-enhancement)** puede cumplirse a través de la *comparación social descendente*. En situaciones donde el bienestar subjetivo se viese amenazado o reducido, compararse con otros menos afortunados puede proteger y mejorar la autoestima y aumentar el bienestar. Así, las personas pueden destacar la desgracia de los demás para reforzarse a sí mismos ([Taylor y Lobel, 1989](#)). [Taylor, Wood y Lichtman \(1983\)](#), mostraron, en mujeres con cáncer de mama, que la *comparación descendente* podía actuar como un proceso activo dirigido por la motivación de **auto-mejora (self-enhancement)**, pues gran porcentaje de ellas la realizaban independientemente de la gravedad de su enfermedad. Complementariamente, [Tesser \(1988\)](#), contribuyó al proponer que las *comparaciones descendentes* también pueden ser amenazantes y negativas. Así, junto a otros estudios evidencian cómo las respuestas afectivas de la comparación no son dependientes de la **dirección** ([Buunk, Collins, Taylor, Van Yperen y Dakof, 1990](#)). [Taylor y Lobel \(1989\)](#) recogen y concilian estas aportaciones, considerando que no existen preferencias por

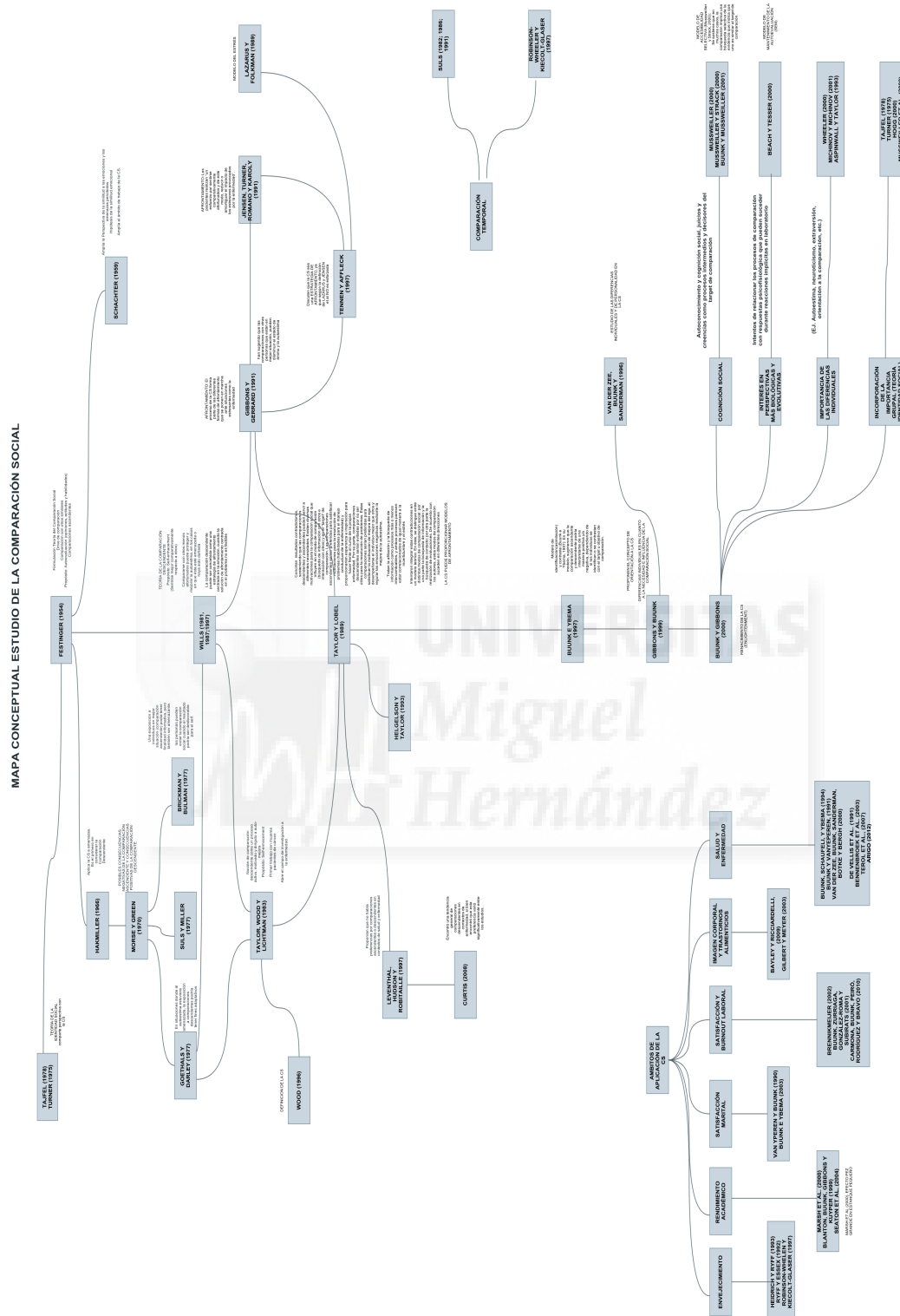
una u otra **dirección** de comparación, pudiéndose utilizar indistintamente la *comparación ascendente o descendente* para satisfacer cualquier motivación, sugiriendo así que las necesidades de **auto-mejora (self-enhancement)** pueden ser satisfechas tanto por *comparaciones descendentes* como *ascendentes*. También proponen que las *comparaciones ascendentes* pueden desempeñar un papel importante en el afrontamiento de la enfermedad, al proporcionar modelos positivos de (Taylor y Lobel, 1989; Wood, 1989). En este sentido, Gibbons y Gerrard (1991) consideran a la comparación como una de las formas de afrontamiento que se ponen en marcha ante situaciones estresantes como una enfermedad. Así, algunos autores destacan el uso de la *comparación descendente* en distintas poblaciones y en grupos de auto-ayuda, donde los pacientes prefieren contar en el grupo con miembros en peor situación (Gibbons, Gerrard, Lando y McGovern, 1991), aunque Leventhal, Hudson y Robitaille (1997) sostienen que no hay preferencia por *comparaciones ascendentes o descendentes* en contextos de salud y enfermedad. Finalmente, Buunk e Ybema (1997) conciliaron en su “Modelo de Identificación-Contraste”, lo descrito hasta ahora formulando que tanto *comparación ascendente* como *descendente* podría tener consecuencias positivas o negativas en función de cómo la persona **interprete** la comparación, ya que ambas **direcciones** de comparación pueden proveer de información positiva o negativa sobre el propio presente o futuro, en función de las diferencias individuales y de las circunstancias de la persona (Buunk, Collins, Taylor, Van Yperen y Dakof, 1990).

En los últimos años, los estudios se han interesado, por encima de la preferencia de **dirección** de comparación, en considerar los efectos de la comparación en la **auto-evaluación (self-assessment)** de la persona y los factores que pueden conducir a que las personas se perciban similares o diferentes al otro o **referente** de comparación. Así, Gibbons y Buunk (1999), han tratado las diferencias individuales en comparación al

proponer el concepto de “Orientación a la *Comparación Social*”. Mientras, desde la perspectiva de cognición social, [Mussweiler y Strack \(2000\)](#) con su “Modelo de la Accesibilidad Selectiva” han incorporado al estudio de la comparación la importancia de la información accesible sobre el *self* en el momento de la comparación y cómo ésta puede influir en la **interpretación** de la misma. También [Beach y Tesser \(2000\)](#), mediante su “Modelo de Mantenimiento de la Auto-evaluación”, han sugerido que incluso la **interpretación** de la comparación podría ser una u otra dependiendo del contexto o del **contenido** de la comparación (Esto es, el ámbito o atributo comparado) y la relevancia que éste tenga para la persona ([Beach y Tesser, 2000](#); [Mussweiler, Rüter, y Epstude, 2004b](#)) (Ver figura 1)



Figura 1. Mapa conceptual de estudios relevantes en comparación social



2.DETERMINANTES Y CONTEXTO DE LA *COMPARACIÓN SOCIAL*

2.1.DIMENSIONES DE LA *COMPARACIÓN SOCIAL*.

2.1.1.Dirección.

La **dirección** ha sido indudablemente la dimensión de comparación más estudiada y parte central de la teoría original de Festinger. Respecto a la **dirección de comparación**, generalmente, se han tenido en cuenta la *comparación ascendente* y *descendente* (comparación en relación a otras personas en mejor o en peor situación, respectivamente) (Bennenbroek, Buunk, van der Zee y Grol, 2002; Buunk, Zurriaga, Gonzalez-Roma y Subirats, 2003; Hakmiller, 1966; Standage, Harris y Fox, 2014; Suls, Martin y Wheeler, 2002; Taylor y Lobel, 1989; Thornton y Arrowood, 1966; Wills, 1897; Wood, 1989).

2.1.1.1.Comparación ascendente.

En apoyo del *drive* o impulso ascendente propuesto por Festinger (1954), varios han sido los estudios que han comprobado que bajo determinadas circunstancias, las personas prefieren generalmente compararse con otros a los que se cree en una posición ligeramente superior (Buunk, VanYperen, Taylor y Collins, 1991; Gruder, 1977; Normand y Croizet, 2013; Suls y Miller, 1977; Wheeler, 1966; Collins, 1996), lo que tendría fines adaptativos (Aspinwall, 1997; Buunk, Kuyper, y Van der Zee, 2005; Collins, 1996), lo que cumpliría con la **motivación o deseo de superación (self-improvement)** (Blanton, Buunk, Gibbons y Kuyper, 1999; Gibbons, Blanton, Gerrard, Buunk y Eggleston, 2000; Seaton et al., 2005; Wheeler, 1966; entre otros) al

proporcionar modelos inspiradores para la persona (Brickman y Bulman, 1977; Taylor y Lobel, 1989). En este sentido, algunas líneas de investigación sugieren que el *drive* o *comparación ascendente* dependería de ciertos factores, como que las motivaciones de **auto-evaluación (self-assessment)** o el **deseo de superación (self-improvement)** sean predominantes (Smith y Sachs, 1997; Ybema y Buunk, 1993). En otras palabras, *comparaciones ascendentes* se darían en mayor medida cuando las personas tuvieran un interés por mejorar su situación. Sin embargo, a pesar de su finalidad adaptativa, las *comparaciones ascendentes* pueden al mismo tiempo contener una amenaza potencial para la visión del *self*, ya que una comparación con alguien en mejor situación forzaría a la persona a confrontarse con aspectos no adecuados de su situación o desempeño (Brickman y Bulman, 1977; Tesser, 1991; Tesser, Millar y Moore, 1988; Wood, 1989). Esta amenaza se acrecentaría cuando el **referente** (el otro con el que la persona se compara) se percibiera inalcanzable (Buunk e Ybema, 1997; Lockwood y Kunda, 1997; Rüter, 2004). Para minimizar esta potencial amenaza, la persona utilizaría varias estrategias cognitivas para mantener su sentido de competencia ante un **referente** en mejor situación. Entre otras, éstas serían: realizar esfuerzos para contrastarse o distanciarse del **referente** (Modelo SEM, Tesser 1988), elegir un **referente** de comparación claramente superior (Shepperd y Taylor, 1999) o describir al **referente** como un "genio", exagerando sus logros, estado o habilidades (Alicke, Loschiavo, Zerbst y Zhang, 1997), para así rebajar la relevancia del **contenido** o ámbito comparado (Alicke, Loschiavo, Zerbst y Zhang, 1997; Arigo, Smyth y Suls, 2015; Tesser, 1988).

Otras líneas de investigación han intentado conocer situaciones que propiciaran la *comparación ascendente*. Así, las comparaciones realizadas de forma privada propiciarían la búsqueda de **referentes** en mejor situación, ya que la situación de comparación no requeriría que las personas revelen públicamente su inferioridad. En

estos casos, la tendencia a la *comparación ascendente* es más fuerte que cuando la situación precisa afiliación o contacto público con los otros (Buunk, 1995; Buunk, Schaufeli, y Ybema, 1994; Gibbons et al, 2002;. Smith y Insko, 1987; Ybema y Buunk, 1993).

2.1.1.2.Comparación descendente.

Por su parte, comparándose con otros en peor situación, los individuos podrían crear un estándar o punto de referencia más bajo que permitiera evaluar su propia situación de forma que su situación parecería mejor (Klein, 1997; Mussweiler y Strack, 2001; Smith, 2000; Wood, Michela y Giordano, 2000). Wills (1981) en su “Teoría de la Comparación Descendente” sugirió que la comparación con **referentes** en peor situación serviría a propósitos de **auto-mejora (self-enhancement)**, y que las personas utilizarían la comparación descendente como forma de aumentar su bienestar subjetivo (Aspinwall y Taylor, 1993; Wood, Michela y Giordano, 2000; Van der Zee, Buunk y Sanderman, 1995). Esta motivación sería especialmente probable en situaciones de amenaza para así sentirse relativamente mejor (Hakmiller, 1966). A este respecto, existe numerosa evidencia sobre este efecto de la *comparación descendente*, tanto en el ámbito de la salud como en población general (Gibbons, 1986; Gibbons y Gerrard, 1989; Swallow y Kuiper, 1992; Stanton, 1992; Tennen, McKee y Affleck, 2000; Wills, 1997; entre otros). Sin embargo, exponerse a **referentes** en peor situación no siempre tendría efectos beneficiosos, ya que “*identificarse*” con una persona en una situación más desafortunada podría hacer más accesible información compatible con ese **referente** confirmando que se comparte destino con esa persona (Mussweiller y Strack, 2000; Buunk e Ybema, 1997; Ybema, Buunk y Heesink, 1996). Así, en el caso de personas

deprimidas, en las que los pacientes piensan que su salud puede empeorar, se tendía a *comparaciones descendentes* donde la persona se identificaba con el **referente** en peor situación (Buunk y Gibbons, 2000). Otros estudios encontraron efectos negativos de las *comparaciones descendentes* en pacientes con enfermedades crónicas, donde los pacientes elegían para la comparación a otros pacientes con el mismo diagnóstico, pero en peor situación (Gibbons y Gerrard, 1991; Wood, Taylor y Litchman, 1985).

Como ocurría con la *comparación ascendente*, cuando la *comparación social* es visible y pública, una *comparación descendente* puede ser considerada como socialmente inadecuada, por lo que las personas podrían ocultar, disimular o reducir su uso cuando la consideren inapropiada socialmente (Hemphill y Lehman, 1991; Oldersma, 1999).

Tomando en conjunto los resultados descritos, podríamos considerar que *comparaciones descendentes y ascendentes* pueden servir a diferentes motivaciones y necesidades (Taylor y Lobel, 1989). Las *comparaciones ascendentes* podrían satisfacer motivaciones relacionadas con el **deseo de superación (self-improvement)** o la resolución de problemas (Ej. habilidades para el manejo o afrontamiento cognitivo o conductual de la enfermedad), proporcionando inspiración para hacer frente al curso de la propia enfermedad. Por su parte, las *comparaciones descendentes* podrían preferirse para satisfacer la motivación de **auto-mejora (self-enhancement)**, al darse cuenta la persona de que se desempeña mejor que otros y así regular las emociones negativas frente a otros en peor situación.

En la actualidad se asume que no hay ninguna preferencia general por comparaciones sociales *ascendentes* o *descendentes* en contextos de salud (Arigo, Suls y Smyth, 2012; Leventhal, Hudson y Robitaille, 1997; Terol, Neipp, Lledó-Boyer, Pons

y Bernabé, 2012; Ybema y Buunk, 1995). Aunque un meta-análisis (Curtis, 2008) encontró una tendencia general de *comparaciones descendentes* en estos contextos, también encontró que esta preferencia variaba significativamente entre estudios. Otros autores consideran incluso que la preferencia por una u otra **dirección** de comparación puede coexistir en un mismo sujeto (Buunk e Ybema, 1997; Taylor y Lobel, 1989)

2.1.2. Interpretación.

Históricamente, se venía considerando que la **dirección** de comparación produciría distintas reacciones afectivas y emocionales en el sujeto: compararse con otros en peor situación (*comparación descendente*) produciría sentimientos positivos o de alivio, y compararse con otros que están en mejor situación (*comparación ascendente*) resultaría en sentimientos negativos o de frustración (Collins, 1996; Buunk e Ybema, 1995; 1997; Gibbons y Gerrard, 1991; Goethals y Darley, 1977; Smith, 2000). Sin embargo, la ocurrencia de consecuencias afectivas positivas y negativas en la misma persona desconfirmaba que la **dirección** por sí sola fuera determinante de las consecuencias de la evaluación posterior a la comparación (Arigo, Suls y Smyth, 2012; Buunk et al., 1990). Así, dado que tanto *comparaciones ascendentes* como *descendentes* pueden provocar afecto positivo y negativo (Buunk et al., 1990; Buunk e Ybema, 1997; Curtis, 2008; Taylor y Lobel, 1989; Smith, 2000), atender sólo a la **dirección** elegida para la comparación para comprender qué consecuencias tendrá en la persona la evaluación posterior de una comparación mostraría resultados inconsistentes (Buunk y Gibbons, 2000). Para comprender esta situación, es necesario incorporar la dimensión de **interpretación**. Así, estas respuestas positivas o negativas de la comparación implican una mayor complejidad cognitiva relacionada con el grado de *identificación* o *contraste* de la persona con el **referente** de comparación (Heidrich y Riff, 1993;

Mussweiler, 2001; Terol et al., 2007). Esto es, si en el proceso de comparación la persona se fija en las similitudes con el otro (*identificación*) o si se centra en las diferencias (*contraste*) para evaluar su funcionamiento actual (Buunk e Ybema, 1997; Collins, 1996; Mussweiler, 2003).

Siguiendo a Buunk et al. (1990), en cada una de las *comparaciones ascendentes* o *descendentes*, una persona obtiene al menos dos tipos de información sobre el **contenido** o ámbito concreto de comparación. En la *comparación ascendente*, la persona conocerá que a) "uno no está tan bien como el resto de personas en esa situación" y b) que "es posible estar mejor que en el presente". En la *comparación descendente* la información recibida será: c) "uno no está tan mal como el resto de personas en esa situación" y d) "es posible para uno estar peor que en el presente" (Buunk et al., 1990). Desde esta perspectiva, las consecuencias afectivas de la comparación vendrán dadas en función de: a) en cuál de las informaciones se centre la persona y b) la posición relativa de esa persona en el **contenido** de comparación concreto. Así, ante un **referente** en mejor situación si la persona se centra en los aspectos mejorables de su situación actual, ello conduciría a una discrepancia. Pero si se pregunta sobre su futuro centrándose en la posibilidad de mejorar, ello tendrá resultados inspiradores. Inversamente, si ante un **referente** en peor situación la persona se centra en los aspectos positivos de su situación presente, ello tendría resultados reconfortantes, mientras que si considerara que en un futuro podría estar peor que en el presente, conduciría a resultados negativos (Buunk et al., 1990; Collins, 1996; Lockwood y Kunda, 1997). La **interpretación** de la comparación conciliaría así investigaciones anteriores que dejaban sin explicar las inconsistencias halladas en la tendencia

establecida tradicionalmente de que una *comparación ascendente* tendría consecuencias positivas y una *comparación descendente* consecuencias negativas.

La investigación en *comparación social* ha intentado aclarar las condiciones que ayudan a que una comparación produzca una u otra **interpretación** (*identificación* vs. *contraste*). Siguiendo la clasificación de Buunk y Gibbons (2007) estas propuestas se han centrado en:

- a) comprender las motivaciones de la *comparación social*. Así, se propone que la motivación o **deseo de superación (self-improvement)**, conduciría a *comparaciones ascendentes de identificación* con la motivación de mejorar su situación (Standage, Harris y Fox, 2014; Suls, Martin y Wheeler, 2002; Taylor y Lobel, 1989; Thornton y Arrowood, 1966; Wood, 1989), mientras que la motivación de **auto-mejora (self-enhancement)** conduciría a *comparaciones descendentes de contraste* para sentirse mejor con uno mismo (Bennenbroek, Buunk, van der Zee y Grol, 2002; Buunk, Terol y Lledó, 2006; Hakmiller, 1966; Wills, 1981; Wood, 1989)
- b) la cognición social y el **referente**, donde se propone que la elección del mismo (en mejor o peor situación), iniciaría un proceso valorativo de comprobación de hipótesis sobre la similitud o no con el **referente**, lo que dirigiría la **interpretación** de la comparación (*identificación* o *contraste*) en un **contenido** o ámbito concreto de comparación (Mussweiler, 2003; Mussweiler y Strack, 2000; Rüter, 2004). Desde esta perspectiva, la **interpretación** de la *comparación social* dependería de la información que se recuperase sobre el **referente**, de lo relevante del ámbito específico comparado (**contenido** de la comparación) para la persona y del grado en que la información sea accesible en las comparaciones (Mussweiler y Strack, 2000).

- c) el grado en el que el **contenido** o ámbito de comparación y la relevancia que éste tenga para la persona pueda promover una *identificación* o *contraste* con el **referente** (Buunk e Ybema, 1997; Tesser, 1988). Un **contenido** relevante para el sujeto tendería a *identificación*, mientras que menos relevancia conduciría al *contraste* (Mussweiler y Strack, 2000). Esta propuesta sin embargo, no concuerda con lo expuesto por Tesser (1988) y Groothof (2004), que apunta que aquellas personas que consideran un **contenido** o ámbito de comparación relevante -ya fuera por encontrarse en situación de amenaza o porque ese ámbito era importante para sobresalir- tienden a la comparación de *contraste*.
- d) analizar el papel del control percibido de la persona sobre el **contenido** o ámbito comparado. Esto es, se propone que cuando la percepción de control para hacer algo o evitar hacerlo es alta se tendería a la *identificación* con **referentes** en mejor situación y al *contraste* con **referentes** en peor situación (Aspinwall, 1997; Lockwood y Kunda, 1997; Major, Testa y Bylsma, 1991).
- e) el papel moderador que puede tener un *self* independiente o interdependiente sobre los procesos de comparación (Guimond y Chatard, 2013; Kemmelmeier y Oyserman, 2001; Markus and Kitayama, 1991). Según esta perspectiva, personas con *self* independiente, que valorarían su unicidad y se percibirían diferentes al resto tenderían al *contraste*, mientras que aquellos con *self* interdependiente, que se definirían en relación a un grupo, tenderían a la *identificación*. Así, esta línea de investigación sugiere que cuando se produce el *contraste*, aumentaría la distancia psicológica entre el *self* y el **referente** y las personas pueden considerar la información adquirida ni útil ni relevante. Por su parte, la *identificación*, reduciría la distancia psicológica entre el *self* y el **referente**, pudiendo aumentar la relevancia de la información social y por lo tanto tener mayor impacto en la persona (Arigo,

Smyth y Suls, 2015; Kemmelmeier y Oyserman, 2001; Mussweiler, 2003; Mussweiler, Rüter y Epstude, 2006).

Por tanto, y de acuerdo a nuestra revisión, en la **interpretación** de la comparación es posible considerar factores como: a) el bienestar subjetivo de la persona (Buunk, Ybema, Gibbons e Ipenburg, 2001; van der Zee, Buunk y Sanderman, 1998), y las motivaciones de comparación (Hakmiller, 1966; Thornton y Arrowood, 1966; Taylor y Lobel, 1989; Wills, 1981; Wood y Taylor, 1991), b) las diferencias individuales (Ej. percepción de control, neuroticismo) (Buunk y Mussweiler, 2001; Gibbons y Buunk, 1999; van der Zee, Buunk y Sanderman, 1998; Wheeler, 2000), o el *self* (independiente o interdependiente) (Guimond y Chatard, 2013; Kemmelmeier y Oyserman, 2001; Markus and Kitayama, 1991), así como, la distancia psicológica respecto al **referente** en el proceso de comprobación de hipótesis de similitud (Buunk e Ybema, 1997; Pelham y Wachsmuth, 1995; Tesser, Millar y Moore, 1988; Wheeler, 2000) y c) el **contenido** o ámbito de comparación y su relevancia (Arigo, 2012; Buunk e Ybema, 1997; Tesser, 1988) además de, la vulnerabilidad percibida en la situación (Lockwood, 2003), de las variables de la situación y el contexto de comparación (Ej. percepción de amenaza, incertidumbre) (Brickman y Bulman, 1977; Buunk et al., 1990; Buunk, Schaufeli y Ybema, 1994; Buunk e Ybema, 1997; Kulik y Mahler, 1997; Molleman, Pruyn y Van Knippenberg, 1986; Taylor y Lobel, 1989; Tesser, 1988). Cabe subrayar que ninguno de los factores de por sí tendría consecuencias positivas o negativas sobre la persona, sino que contribuirían a que la comparación se interpretara de una u otra manera y que sería la combinación de **dirección** e **interpretación** la que produciría una u otras consecuencias.

Estas propuestas teórico-empíricas intentan comprender los mecanismos de actuación de *identificación* y *contraste*, si siguen procesos distintos, o son más automáticos o conscientes.

Se ha propuesto que la *identificación* y el *contraste* pudieran no ser mutuamente excluyentes, que operasen de forma paralela y que pudieran tener efectos simultáneos y distintos para la persona (Arigo, 2012; Collins, 1996; Frieswijk, Buunk, Steverink y Slaets, 2004; Fry y Debats, 2003; Gibbons y Buunk, 1999; Mussweiler y Strack, 2000). Buunk et al., (1990) ya adelantaban que las respuestas afectivas de una comparación podrían variar dependiendo de cómo se construyera la representación mental de la situación, bien fuera centrándose en aspectos positivos o negativos ante una misma situación. En esta línea, y apoyándose en el “Modelo de Procesamiento Dual” (Epstein, 2003), algunos autores sugieren que ambos procesos (*identificación* y *contraste*) podrían ocurrir simultáneamente sobre dos sistemas distintos: a) la *identificación* sobre un sistema afectivo, de forma más automática y autónoma y b) el *contraste* sobre un sistema cognitivo, que requeriría más elaboración cognitiva y orientado a la **auto-evaluación (self-assessment)** (Epstein, 2003; Epstein y Pacini, 1999; Groothof, 2004). En concordancia con ello, Mussweiler y Strack (2000) consideran que cuando las personas se centran en los aspectos afectivos de la situación o del **contenido** comparado, les conduciría a la *identificación*, mientras que si las personas se centran en aspectos cognitivos o causales será más probable que se produzca el *contraste* y un cambio en su **auto-evaluación (self-assessment)** (Strack, Schwarz y Gschneidinger, 1985; Schwarz y Clore, 1983 citado en Mussweiler y Strack, 2000). Groothof (2004) propone además que los resultados del proceso de *identificación* se relacionarían con respuestas afectivas, mientras que los resultados del proceso de *contraste* se relacionarían con respuestas cognitivas o de **auto-evaluación (self-assessment)**. Otros

autores han apuntado a aspectos cognitivos como la focalización e incluso sesgos de pensamiento que moderarían el resultado de la comparación, llegando a sugerir que la *identificación* tendría más efecto sobre estados afectivos y el *contraste* sobre la **auto-evaluación (self-assessment)** de la persona (Buunk e Ybema, 2003).

Mientras que el *contraste* ha mostrado más uniformidad de operativización entre líneas de investigación, respecto al otro componente de la **interpretación**, algunos autores hablan de *identificación* mientras otros utilizan el término de asimilación indistintamente, tanto para describir la percepción de similitudes con el **referente**, como para referirse a la parte del proceso en el que la persona modifica su **auto-evaluación (self-assessment)**, “asimilándola” a la del **referente**. Para Wheeler y Suls, (2007) y Mussweiler (2001) la asimilación o *identificación* y el *contraste* sólo ocurrirían cuando existe esta modificación en la **auto-evaluación (self-assessment)**. Para Buunk e Ybema (1997) o Tesser (1988) la *identificación* sería el reflejo de la persona en el **referente**, que posteriormente, como resultado del proceso de **interpretación** podría modificar la **auto-evaluación (self-assessment)**. Se ha propuesto también una posible tendencia a la asimilación/*identificación* en juicios absolutos sobre un **referente** y al *contraste* en juicios sobre un **contenido** específico del **referente** (Mussweiler y Strack, 2000; Mussweiler, 2001). Presumiblemente, asimilación/*identificación* y *contraste* se sustentarían en procesos psicológicos diferentes. La "accesibilidad selectiva" estaría a la base del juicio absoluto que conduciría a la asimilación/*identificación*, mientras que el "uso del punto de referencia" lo estaría en el juicio específico, que conduciría al *contraste* (Mussweiler y Strack, 2000). Por último, se plantea que *identificación* y *contraste* podrían ser los extremos opuestos de un continuo que se producirían en distintos puntos del proceso de comparación, lo que aumentaría o disminuiría la relevancia de la información cognitiva, afectiva y conductual en diferentes momentos

(Arigo, 2012). Pero también se ha planteado que la asimilación/*identificación* y *contraste* sólo sean etiquetas de las consecuencias afectivas de la **interpretación**, ya que se producirían cuando realmente hubiera cambios en la **auto-evaluación** (**self-assessment**) y posterior cambio (Wheeler y Suls, 2007).

En cualquier caso, en el proceso de comparación la persona se acercaría o alejaría del “otro” incluyéndolo en la representación mental de su *self* o excluyéndolo, respectivamente (Kemmelmeyer y Oyserman, 2001), realizaría una comprobación de hipótesis para confirmar o no su similitud con el **referente** (Mussweiler y Strack, 2000) o centraría su **auto-evaluación** (**self-assessment**) en el presente o en el futuro potencial (Buunk e Ybema, 1997).

2.1.3. Referentes de comparación.

La dimensión de **referentes** de comparación (con quien se compara la persona) ha sido mencionada a menudo en la investigación sobre *comparación social* tanto en relación a la **dirección** que ésta toma y a la elección de uno u otro **referente**, como respecto a las condiciones que pueden moderar su selección. Sin embargo, empíricamente, han sido poco evaluadas las características que debe cumplir un **referente** para ser elegido como “el otro” con quien compararse (Buunk, Zurriaga, González, Terol y López-Roig, 2006).

La selección de **referentes** busca básicamente, alguna similitud o diferencia entre la persona y “el otro” que conduzca a la *identificación* o *contraste* y evaluar así la situación actual de la persona. Tradicionalmente, de acuerdo a la “hipótesis de similitud”, se ha asumido que la *comparación social* tiene como **referentes** a aquellos más similares y relevantes para la persona como fuente de información social en el

ámbito comparado (Festinger 1954, Schachter 1959). Esta elección ocurrirá cuando no se disponga de realidad objetiva, aunque, en ocasiones, las personas pueden preferir a otros con los que compararse incluso cuando existan datos objetivos (Klein, 1997). En este sentido, la realidad objetiva puede informar sobre si la persona está bien o mal, pero no aportar información sobre cómo se encuentra “relativamente” respecto a otras personas (Collins, 1996).

De acuerdo con Goethals y Darley (1977), las personas seleccionarían un **referente** que no sólo sea similar en el ámbito o **contenido** de comparación, sino también en otras características relacionadas y predictivas del **contenido** comparado (Ej. Edad, sexo, situación similar, características similares, mismo diagnóstico, pertenencia al mismo grupo, etc.). De esta manera, el **referente** de comparación podría ser elegido en función de características de “similitud” general (Buunk, 2006; Gibbons y Buunk, 1999; Goethals y Darley, 1977; Taylor, Wood y Lichtman, 1985) para posteriormente centrarse en la “similitud” del **contenido** bajo comparación (Goethals y Darley, 1977; Mussweiler, Rüter y Epstude, 2006; Wood y Taylor, 1991). Esta similitud sería una evaluación subjetiva de circunstancias compartidas o de proximidad psicológica respecto al **referente** (Collins, 1996; Lockwood y Kunda, 1997; Tesser, Millar y Moore, 1988) pudiéndose entender como el producto cognitivo resultante entre el **referente** de comparación y la persona (Arigo, 2012). Gran número de trabajos apoyan esta “hipótesis de similitud” (Taylor, Wood y Lichtman, 1985; Buunk e Ybema, 1995; Collins, 1996; Mussweiler, 2001), mostrando que las comparaciones con otros muy distintos a la persona tenían mucho menor impacto (Mette y Smith, 1977; Sanders, 1982), si bien algunos trabajos han descrito experimentalmente que ante dimensiones o **contenidos** de los que todavía no se tiene una referencia clara las personas podrían compararse con otros muy diferentes, con la finalidad de establecer un rango o

variabilidad del comportamiento en ese **contenido**, para luego compararse con personas similares y así obtener un diagnóstico más preciso sobre su propia situación (Dakin y Arrowood, 1981; Gruder, 1975; Sanders, 1982; Wheeler, 1966).

Básicamente, cualquier persona puede ser elegida como **referente** de comparación: personas cercanas, compañeros, amigos, familiares, otros pacientes, pero también desconocidos. Así, las personas pueden compararse con **referentes** reales y específicos, pero también con otros "hipotéticos", simbólicos e incluso imaginarios, que pueden ser contruidos cognitivamente cuando las personas reales no "se encuentran disponibles" (Bennenbroek, 2003; Buunk e Ybema, 1997; Taylor, Buunk y Aspinwall, 1990; Wood y Taylor, 1991; Wood, Taylor y Lichtman, 1985). Con todo, gran número de estudios muestran que se prefiere con mayor frecuencia la comparación con **referentes** reales a la de "otros" imaginarios o ficticios (Leahey, Crowther y Mickelson 2007; Wheeler y Miyake, 1992; Wood, Taylor, y Lichtman, 1985). Además, algunos estudios sostienen que la *comparación social* puede ocurrir también con categorías o agregados, estereotipos o prototipos. Esto es, en determinadas condiciones, podría ser que la persona confíe más en una información media o ponderada de una categoría contruida (Ej. categoría de pacientes con diagnóstico de Fibromialgia) o en "la persona media" estereotípica (Ej. La típica paciente de Fibromialgia) que en la información social obtenida de un solo **referente** específico (Bruchmann y Evans, 2013; Wood, Taylor y Lichtman, 1985; Wood, 1989). Mientras que compararse con un **referente** concreto y conocido no permitiría a la persona poder manipular la comparación para cumplir con la motivación de la misma (i.e. **auto-evaluación/self assessment**, motivación de **automejora/self-enhacement** o **deseo de superación/self-improvement**), compararse con un **referente** imaginario permitiría una situación más flexible y manipulable (Wood, 1989). Además, aunque una motivación no necesitaría

encontrar un **referente** específico que la satisfaga, una persona podría traer a su mente o construir un **referente** en el que comparar el ámbito o **contenido** específico (Taylor, Wood y Lichtman, 1983).

Por su parte, desde una perspectiva de cognición social y en consonancia con el principio de eficiencia cognitiva, se sugiere que las personas se compararían con aquellos que frecuentemente han usado más como **referentes** anteriormente, disponiendo así de una serie de **referentes** habituales y accesibles (Mussweiler y Rüter, 2003; Mussweiller, Rüter y Epstude, 2006; Rüter, 2004). Así, en lugar de buscar la idoneidad de un **referente** para cada **contenido** o ámbito a comparar las personas podrían compararse con los mismos **referentes**, independientemente del ámbito a comparar en ese momento (Rüter, 2004).

Relatividad de la situación y la auto-evaluación (self-assessment).

La propia elección del **referente** proporcionaría en sí misma un indicador indirecto de la situación relativa en la que la persona se percibe respecto al ámbito o **contenido** comparado. Por ejemplo, si una persona elige para la comparación a alguien con mejor salud, estaría auto-evaluando su salud como menos adecuada o mejorable (Wills, 1987; Zell y Alicke, 2009). Así, ya en los estudios iniciales de la *comparación social* sobre el “Paradigma del Orden de Lista” (Rank order paradigm, Wheeler, 1966) los individuos, tras conocer la posición relativa que ocupaban en una lista de puntuaciones o *ranking*, indicaban sus preferencias por **referentes** en mejor o peor situación (Wheeler, 1966). Por tanto, si la **auto-evaluación (self-assessment)** es relativa, ésta dependerá de los **referentes** utilizados (Mussweiler, 2003; Mussweiler y Strack, 2001; Wheeler, 1966; entre otros). Sobre este particular algunos autores han

propuesto que cuando la **auto-evaluación (self-assessment)** es claramente positiva, encontrar **referentes ascendentes** sería más complicado y las comparaciones serían principalmente *descendentes*. De forma inversa, si la **auto-evaluación (self-assessment)** es claramente negativa y una persona se percibe en muy mala situación, encontrar **referentes** ascendentes sería más probable (Brakel, 2014). Sin embargo, las personas pueden alterar su **auto-evaluación (self-assessment)** seleccionando de forma intencional **referentes** que les ayuden a mejorar la visión de su *self* (Wood y Taylor, 1991). En este sentido cabe valorar, que entre personas que afrontan un mismo tipo de amenaza, la *comparación descendente* puede tener lugar sin haber sido expuesto a ningún **referente** de comparación. Los individuos pueden "traer a su mente" o construir, mediante un proceso motivacional activo y que requiere esfuerzo cognitivo, a otros **referentes** imaginarios que les hagan estar en mejor posición (Buunk, Oldersma y de Dreu, 2001; Buunk e Ybema, 1995, 1997; Gibbons y Gerrard, 1997; Taylor, Wood, y Lichtman, 1983; Van der Zee, Buunk, y Sanderman, 1995; Wills, 1997).

Condiciones moderadoras.

Algunos estudios sugieren la existencia de una comparación preliminar con el **referente** para comprobar la "hipótesis de similitud" (Loockwood y Kunda, 1997; Mussweiler y Strack, 2000), que siguiendo a Alicke (2000) estaría moderada por varias condiciones: a) la ambigüedad de la comparación, b) la naturaleza de la relación entre la persona y el **referente** (cercanía o distancia psicológica), c) la relevancia del ámbito a comparar (**contenido** de comparación) y d) la necesidad de evaluación precisa de la persona en esa situación. Otros autores añaden, como ocurre en la **interpretación** de la comparación, que la elección de **referentes** podría depender del **contenido** a comparar

(Ej. afrontamiento, estado físico, severidad de los síntomas, etc.), de la motivación de comparación (i.e. **auto-evaluación/self-assessment**, motivación de **auto-mejora/self-enhancement** o **deseo de superación/self-improvement**), del tipo de comparación buscada (Ej. búsqueda de información o búsqueda de contacto), de las diferencias individuales y de factores psicosociales como la incertidumbre, el estado emocional o la percepción de control sobre el ámbito o **contenido** a comparar (Arigo, 2012; Bennenbroek, 2003; Taylor y Lobel, 1989).

Respecto a la motivación de comparación, si ésta no se centra en conseguir una **auto-evaluación (self-assessment)** precisa sobre la situación, la persona podría renunciar a los **referentes** más similares y utilizar otros deliberadamente (Taylor y Lobel, 1989; Wood y Taylor, 1991). Así, diversos autores establecen la *comparación social* como una selección “estratégica”, donde diferentes **referentes** son precisados según se requiera uno u otro tipo de motivación (Mussweiler, 2003; Rüter, 2004; Wood, 1996; Wood y Taylor, 1991; Wills, 1981). En este caso, la propia selección de un **referente** en mejor o peor situación implicaría una serie de comparaciones previas para juzgar en qué posición relativa se encuentran estos **referentes**, descartando al resto frente al elegido (Wood, 1996; Rüter, 2004). Este juicio dependería, entre otros factores, de la evaluación de la situación relativa del “otro” en el ámbito o **contenido** a comparar (Mussweiler, 2003; Rüter, 2004; Tesser, 1991; Wood y Taylor, 1991). Otros autores, por el contrario, defienden la postura de que la capacidad cognitiva es limitada y que la elección de **referentes** no sería tan deliberada, “estratégica” y sistemática en función de la motivación (Rüter, 2004), sino que podría suceder de forma involuntaria o impuesta y sin esfuerzo cognitivo (Gilbert, Giesler y Morris, 1995) e incluso con personas no presentes o imaginarias (Mussweiler, Rüter, y Epstude, 2004a).

Respecto al tipo de comparación (búsqueda de información o contacto), se han mostrado resultados inconsistentes en cuanto a la preferencia de **referentes**. En pacientes con enfermedades crónicas, algunos estudios refieren que se preferiría información de **referentes** en peor situación (permitiendo a las personas evaluarse favorablemente respecto a ellos), pero “contacto” con aquellos **referentes** en mejor situación que proveyeran de inspiración para superarse (Derlega, Greene, Henson y Winstead, 2008; Stanton et al., 1999; Taylor y Lobel, 1989). Otros trabajos obtienen resultados inversos: preferencia de **referentes** en mejor situación para “contacto” y en peor situación para obtener información (Bennenbroek et al., 2002). Respecto a estos resultados, el **contenido** comparado, y la percepción de control sobre el mismo, podría moderar esta elección, ya que también en enfermedad crónica se ha visto que pacientes con mayor percepción de control estarían más interesados en tener tanto contacto como información de **referentes** en mejor situación. (Bennenbroek, 2003; Curtis, 2008).

En síntesis, la investigación ha propuesto distintas vías para la selección de **referentes**: a) una selección deliberada y estratégica real o imaginada ya sea por atributos semejantes en el **contenido** de comparación o motivada por la **auto-evaluación (self-assessment)**, la motivación de **auto-mejora (self-assessment)** o el **deseo de superación (self-improvement)**, b) una selección no estratégica y eficiente cognitivamente sobre **referentes** habituales o rutinarios y c) una “no selección” impuesta, involuntaria y forzada por las circunstancias.

2.1.4. Contenidos de comparación.

Festinger (1954) identificó inicialmente las opiniones y habilidades como los **contenidos** primarios de comparación. Posteriormente, Schachter (1959) incluyó como **contenido** o ámbito de comparación las emociones ante el ajuste a una situación estresante. Con el desarrollo y ampliación de la *comparación social* a distintos ámbitos y muestras de estudio, podría considerarse que cualquier **contenido** sería susceptible de ser comparado (Ej. rendimiento académico, conductas de salud, actividad física, satisfacción marital, inequidad salarial, severidad o síntomas de una enfermedad, afrontamiento de la misma, atributos y características personales, etc.) (Blanton et al., 1999; Buunk, Schaufeli, y Ybema, 1994; Buunk, Zurriaga, González-Roma y Subirats, 2003; Heidrich y Ryff, 1993; Marsh et al., 2008; Robinson-Whelen y Kiecolt-Glaser, 1997; Taylor et al., 1983; Van Yperen y Buunk, 1991). Así definiríamos **contenido** como aquel atributo o característica sobre la que la persona se compare.

Sin embargo, la dimensión de **contenido** de la comparación no ha sido muchas veces tomada en cuenta en la investigación, que se ha centrado más en la elección de **dirección**, en el **referente** o en las consecuencias de la comparación (Bennenbroek, 2003; Kuyper, 2007). Como se dijo anteriormente, se ha determinado que la *comparación social* tiene unas motivaciones de **auto-mejora (self-enhancement)** o **deseo de superación (self-improvement)**. Sería lógico pensar por tanto que dichas motivaciones, la comparación y su posterior evaluación ocurran en relación a unos **contenidos** (Ej. estado físico, severidad de los síntomas de una enfermedad, estrategias de afrontamiento). Así, algunos autores han hipotetizado que el **contenido** de comparación podría determinar la motivación para compararse. Pero también que la

motivación seleccionaría las dimensiones o **contenidos** susceptibles de comparación para satisfacerla (Taylor et al., 1983; Wood, 1989). Con lo dicho, podríamos sugerir que el **contenido** y la motivación de comparación se encontrarían relacionados conduciendo unas y otros a la elección de distintos **referentes** (en mejor o peor situación), pudiendo por tanto la motivación de comparación, el **contenido** de comparación y la relevancia del mismo para la persona moderar esta elección (Arigo, 2012; Bennenbroek, 2003).

El propio Festinger (1954) consideró que el **contenido** varía de importancia para cada persona, siendo el *drive* de comparación particularmente fuerte en aquellas dimensiones relevantes para la persona. Así, el grado en que el **contenido** bajo comparación represente un aspecto esencial en la identidad de la persona y la relevancia para el *self* de este **contenido** podría moderar la comparación y sus consecuencias (Alicke, 2000; Beach y Tesser, 2000; Wood, 1989). En este sentido, se ha visto que comparaciones sobre **contenidos** relevantes tenían más impacto sobre la persona (Tesser, Millar y Moore, 1988) tendiendo a provocar la motivación de **auto-mejora** (**self-enhancement**) (Wood, 1989). De esta manera, cuando una persona se sintiera superior en un **contenido** podría subestimar a otros en ese ámbito o característica realizando entonces *comparaciones descendentes* (Tesser, 1991; Tesser, Millar y Moore, 1988). Estas propuestas serían inconsistentes con el gran número de estudios experimentales que bajo el “Paradigma del Orden de Lista” apuntan a una mayor preferencia de comparaciones ascendentes (Collins, 1996; Thornton y Arrowood, 1966; Seaton et al., 2005; Wheeler, 1966; entre otros). Dicha inconsistencia se explica sin embargo si tenemos en cuenta que en estos estudios los **contenidos** de comparación no eran relevantes para las personas (Ej. puntuaciones en test, preferencias o gustos, etc.), ni se tenían en cuenta otras variables de comparación que ocurren en situaciones naturales (Wood, 1989). Por ejemplo se ha visto que a las personas les resulta más

difícil admitir inferioridad en **contenidos** o ámbitos relevantes para ellas y pueden incluso llegar redefinirlo como menos central o relevante para su *self* cuando perciben que otros son superiores respecto a él (Tesser, 1988). También que las consecuencias positivas tras una comparación en un **contenido** determinado provocarían un refuerzo positivo, que incrementaría su relevancia, lo que le llevaría a compararse nuevamente con otros en ese **contenido**, mientras que una consecuencia negativa disminuiría su relevancia y el interés por compararse en ese **contenido** (Kuyper, 2007).

Respecto a la selección de **referentes**, algunos autores han propuesto que las comparaciones no sólo se realizarían sobre el ámbito o **contenido** bajo comparación, sino que incluirían también otros atributos o características de “similitud” que pudieran ser relativas al **contenido** comparado y predictoras del mismo (Goethals y Darley, 1977; Wood, 1989; Zanna, Goethals y Hill, 1975; Wood, 1989). Por ejemplo, una paciente que considerara compararse sobre el grado de dolor (**contenido** a comparar), podría también atender a la edad, el sexo, el tiempo de evolución de la enfermedad y el tipo de medicación prescrita de otra paciente (variables relativas o predictoras del **contenido**).

Para finalizar, centrándonos en enfermedad crónica, respecto a la elección de referentes en función del **contenido** y la motivación de comparación, algunos trabajos han constatado que para **contenidos** de comparación relacionados con el afrontamiento se preferían **referentes** en mejor situación (*comparaciones ascendentes*) pudiendo reflejar el **deseo de superación (self-improvement)**, mientras que para **contenidos** relacionados con la gravedad o severidad de la enfermedad se preferían **referentes** en peor situación (*comparaciones descendentes*) que podrían reflejar la motivación de **auto-mejora (self-enhancement)** (Arigo, Smyth y Suls, 2015; Bennenbroek, 2003; Bennenbroek, Buunk, van der Zee y Grol, 2002; Taylor y Lobel, 1989; Van der Zee,

Oldersma, Buunk y Bos, 1998; Wills, 1981, 1987; Wood, 1989). Asimismo, en enfermedad crónica (Ej. cáncer), se prefieren *comparaciones ascendentes* para obtener información y *comparaciones descendentes* para obtener información y tener “contacto” (Bennenbroek, 2003). Dicho de otra manera, se prefiere información sobre pacientes en mejor situación, pero se prefiere el “contacto” con pacientes en similar o peor situación, ya que la comparación con otros en mejor situación, además de informativa, puede resultar amenazante (Gibbons y Gerrard, 1991; Brickman y Bulman, 1977; Buunk, 1995). Lo expuesto podría sugerir que los pacientes prefieren diferentes **referentes** para buscar información que para tener contacto dependiendo del **contenido** de comparación. Se sugiere también que la relevancia del **contenido** podría cambiar en función de las características de la enfermedad (Buunk, Zurriaga, González, Terol y López-Roig, 2006). Esta sugerencia complementaría la “hipótesis de similitud” de Festinger, proponiendo concretamente que “las personas elegidas para la comparación serían aquellas similares en un **contenido** o ámbito *relevante* para la persona que quiere compararse” (Kuyper, 2007).

2.2. OTROS FACTORES COGNITIVOS DE LA COMPARACIÓN SOCIAL.

Poco se conoce de otros factores que subyacen a los efectos de la *comparación social* (Suls y Wills, 1991; Wood, 1989; Mussweiler y Strack, 2000). De hecho, se asume que es un complejo proceso cognitivo en el que distintas características de la comparación ya referidas (i.e. el **contenido** o atributo comparado, la relevancia que tenga para la persona, la **dirección** de comparación, la cercanía psicológica con el referente, el contexto o la motivación de comparación, entre otras) pueden moderar la **interpretación** (Buunk y Gibbons, 2007). En este apartado nos centraremos en otros

factores que pudieran hacer variar la **interpretación** de la comparación y por tanto el resultado o consecuencia afectiva de la misma.

2.2.1. Comparación social: estrategia deliberada y voluntaria VS. proceso automático, involuntario y no deseado.

Para algunos autores, la *comparación social* es un proceso psicológico común, voluntario, que puede ser “estratégico” (Bennenbroek et al., 2002; van der Zee et al., 1996), que requiere esfuerzo cognitivo (Tennen y Affleck, 1997), y que está sujeto a diferencias individuales (Gibbons y Buunk, 1999). En esta línea, se ha considerado la *comparación social* como un proceso deliberado de “selección” de **referentes** donde el más apropiado sería elegido estratégicamente para la comparación. Por su parte, en muchas ocasiones la *comparación social* puede ser inapropiada o no deseable socialmente. Por ejemplo, la *comparación descendente* visible y pública podría considerarse socialmente inadecuada. En este caso la persona podría restringir o disimular su uso, lo que también podría incidir en la **interpretación** de la misma (Brickman y Bulman, 1977; Hemphill, 1988; Hemphill y Lehman, 1991; Oldersma, 1999; Wills, 1981; Wood, Taylor y Lichtman, 1985; Wood, 1996). Desde este enfoque de comparación “estratégica”, la investigación se centra en evaluar las motivaciones que conducen a una persona a elicitare comparaciones favorables y en conocer los perfiles de pacientes que realizan con mayor frecuencia este tipo de comparaciones selectivas (Arigo, Smyth y Suls, 2015).

Otra línea de investigación propone que la comparación podría funcionar de forma involuntaria o “automática” (Gilbert, Giesler y Morris, 1995), como un proceso cognitivo eficiente (Mussweiler, 2003; Mussweiler, Rüter y Epstude, 2006), que se

daría en cada situación de nuestra vida sin esfuerzo cognitivo. Además, a medida que la comparación fuese realizándose repetidamente, podría ir “automatizándose” de forma procedimentalizada y espontánea (Brickman y Bulman, 1977; Mussweiler y Rüter, 2003) requiriendo poca actividad cognitiva (Bargh, 1997; Smith, 1994) y siguiendo los principios de eficiencia cognitiva y accesibilidad de conocimiento. Así, no todas las comparaciones serían deseadas (Brickman y Bulman, 1977; Wheeler y Miyake, 1992; Wood, 1989), dándose incluso en personas que no quieren compararse (Hemphill y Lehman, 1991). Desde este enfoque, las personas no siempre tienen la oportunidad de elegir su **referente** de comparación voluntariamente, sino que se encuentran expuestos involuntariamente a información de comparación que hubieran preferido no encontrar (Ej. en una sala de espera de un hospital o viendo un programa de televisión sobre una enfermedad en particular que la persona tenga) (Arigo, 2012; Brickman y Bulman, 1977; Brakel, Dijkstra y Buunk, 2014; Wood, 1989). En estas situaciones, la comparación puede provocar respuestas automáticas no buscadas y consecuencias no deseadas (Arigo, 2012), ya que la comparación sucede espontáneamente sin la conciencia ni esfuerzo cognitivo requerido, e incluso con **referentes** claramente irrelevantes, o incluso con breves exposiciones al mismo (Brakel, 2014; Gilbert, Giesler, y Morris, 1995; Mussweiller, Rüter y Epstude, 2004).

No se ha investigado si comparaciones “estratégicas” o “automáticas” diferirían en cuanto a sus procesos cognitivos subyacentes. En cuanto a las líneas de investigación que contemplan la comparación como “estratégica” o deliberada, la *identificación* y el *contraste* son considerados como dos procesos fundamentalmente diferentes, a través de los cuales las personas pueden responder a las experiencias de los demás y que lleva a diferentes consecuencias. Sin embargo, se supone que la *identificación* y el *contraste*

podrían ocurrir simultáneamente y en paralelo, de forma similar al sistema cognitivo y experiencial descritos en el “Modelo de Procesamiento Dual” (Epstein, 2003).

En este caso el proceso de comparación sucedería en dos estadios: en el primero se buscan similitudes entre el **referente** de comparación y el *self* (Festinger, 1954). En el segundo, se busca hallar diferencias, lo que redundaría en un *contraste* con el **referente**. Aunque *identificación* y *contraste* ocurrirían simultáneamente, sin embargo, Groothof (2004) y Mussweiler (2001) proponen que la *identificación* vendría dada por un proceso primario, “automático” y en el que subyacerían respuestas afectivas. Esto sería más probable cuando en lugar de reducir la situación de comparación a un solo ámbito, se percibe al **referente** en su totalidad (Groothof, 2004). Mientras, el *contraste* sería un proceso secundario, con mayor elaboración cognitiva, en el que subyacerían respuestas de **auto-evaluación (self-assessment)**.

Mussweiler (2001) por su parte propone que dependiendo de dónde ponga la persona el foco de atención en la comparación (si en el *self* o sobre el **referente**), tendrá consecuencias diferentes. Según esta propuesta, comparar “al otro con el *self*” (Ej. ¿Cómo de similar es este **referente** a mi?) incrementaría la similitud percibida o *identificación*. Por su parte, comparar “el *self* con el otro” (Ej. ¿Cómo de similar soy yo a este otro?), reduciría la similitud percibida y se produciría el *contraste*. Desde esta perspectiva, el proceso de comprobación de la “hipótesis de similitud” sería como un cotejo de características entre el *self* y el **referente**. Se presupone que la persona contaría con una serie de “características únicas” que busca encontrar en el **referente** para probar la similitud. Cuanto mayor sea el número de características que la persona no comparte, menor será la similitud o *identificación* con el **referente** (Corcoran, Crusius y Mussweiler, 2011; Mussweiler, 2011). Cuanto más elaborado y detallado sea

este cotejo, mayor probabilidad de que se encontraran características únicas no compartidas y mayor probabilidad y de *contraste*, mientras que si este cotejo es menos elaborado y detallado, se tendería a la *identificación*. Por tanto, si el punto de partida es el **referente** (del que se tiene menos información que del *self*), este cotejo no podría ser tan profundo, tendiendo a darse la *identificación* (Corcoran, Crusius y Mussweiler, 2011; Mussweiler, 2011). En relación a estos procesos, ya Smith (2000) anticipaba que las consecuencias afectivas de la comparación serían distintas dependiendo de si el foco estuviera sobre el *self* o sobre el **referente**. Este autor trabaja un concepto semejante, considerando que las consecuencias afectivas de la comparación variarían en función de lo deseable que sea la comparación para el *self*, pero también para el **referente**. Así, el foco de atención podría estar puesto: a) sobre el *self*, b) sobre el **referente**, c) sobre los dos, teniendo diferente resultado la comparación.

Por su parte, en cuanto a aquellos que consideran la comparación “automática” e “involuntaria”, Gilbert, Giesler y Morris (1995), proponen dos procesos sucesivos que podrían ocurrir en una situación de comparación. En primer lugar, la persona se compararía de forma automática con cualquier otro, contrastándose de éste. Posteriormente, la persona puede deshacer o no la comparación (proceso de “decomparación”), según lo apropiada que encuentre esa comparación. Mientras que el primer proceso sería “automático”, el proceso de “decomparación” requeriría de esfuerzo cognitivo y ocurriría con menos probabilidad cuando los recursos cognitivos estuvieran “ocupados” (Buunk y Gibbons, 2007).

2.2.2. Sesgos cognitivos.

Por otra parte, se ha investigado como los sesgos cognitivos podrían intervenir en la *comparación social*. Diferentes estudios muestran cómo grupos de alta y baja

frecuencia de comparación se diferencian por distinta **dirección** de comparación e **interpretan** la información de manera diferente (Buunk, Ybema, Gibbons, y Ipenburg, 2001; Buunk, Oldersma, y de Dreu, 2001; Buunk, van der Zee, y VanYperen, 2001; Michinov y Michinov, 2001; Van der Zee, Oldersma, Buunk, y Bos, 1998). Se ha propuesto que el resultado de la **interpretación** de muchas comparaciones estuviera mediado por “sesgos cognitivos” (Goethals, Messick y Allison, 1991). Esto ocurriría especialmente en comparaciones “estratégicas” o deliberadas y respecto a **contenidos** relevantes para la persona (Alicke, Zell y Guenther, 2013; Pyszczynski, Greenberg y LaPrelle, 1985), en las que se buscarían **referentes** que confirmaran su situación u opiniones. Un ejemplo de sesgo es el denominado efecto “mejor que la media” (Better than the average effect). Otro es el sesgo de optimismo irreal (Kruger y Burrus, 2004; Kruger, Windschitl, Burrus, Fessel y Chambers, 2008; Menon, Kyung y Agrawal, 2009), donde la persona cree tener más opciones y mejor posición de la que realmente tiene. Otro de los mecanismos cognitivos o “sesgo” es aquel en el que las personas pueden contemplar a los **referentes** en mejor situación simultáneamente como mejores, pero también similares a ellos (Collins, 1996, 2000).

De esta manera, las personas utilizarían sesgos para construir socialmente percepciones de si mismos y de la realidad social que les rodea o utilizarían la evaluación selectiva para filtrar situaciones y **referentes**. Por ejemplo, Taylor Wood y Lichtman (1983) en una muestra de pacientes de cáncer, y Buunk e Ybema (1995) en muestras de discapacitados físicos proponían que las personas bajo amenaza realizaban evaluaciones y re-evaluaciones selectivas para conseguir sentirse mejor. Entre los mecanismos que utilizaban para re-evaluar su situación se encontraban: a) comparaciones descendentes con otras menos afortunadas, b) centrarse selectivamente en aquellos atributos o contenidos de comparación en los que ellas tenían ventaja, c)

devaluar los **contenidos** de comparación en los que no eran superiores d) crear hipotéticas situaciones en las que les podría haber ido peor, e) construir beneficios de su situación actual y f) pensar que su afrontamiento era adecuado “bajo las circunstancias en que se encontraban”.

2.3.VARIABLES PSICOSOCIALES Y PERSONALES.

Las líneas de investigación que tratan posibles factores que modulen la *comparación social* plantean que los procesos de comparación tales como la frecuencia, preferencia de **dirección** y/o **interpretación** no sólo están influenciados por factores situacionales, tales como la incertidumbre, sino que también otras características psicosociales y personales o diferenciales entre sujetos podrían influir en ellos (Bennenbroek, 2003; Gibbons y Buunk, 1999; Van der Zee, Buunk y Sanderman, 1996; Wheeler, 2000; entre otros). Así, se considera que tanto la frecuencia y necesidad de comparación como la forma de procesar la información social obtenida a través de la misma podría diferir de una persona a otra (Buunk et al., 2009; Gibbons y Buunk, 1999). Describiremos brevemente en este apartado algunas de las características personales más estudiadas al respecto: *orientación a la comparación social, autoestima, neuroticismo, extraversión y control percibido*.

2.3.1.Orientación a la comparación social.

Las personas difieren en el grado en el que están inclinados a compararse o en la tendencia o frecuencia de la comparación, en la sensibilidad a la información obtenida a través de la comparación e incluso en la construcción cognitiva de la situación de

comparación (Bennenbroek, 2003; Brickman y Bulman, 1977; Hemphill y Lehman, 1991; Steil y Hay, 1997; Taylor, Buunk, Collins y Reed, 1992). También difieren en sus respuestas a la **auto-evaluación** (self-assessment) procedente de la comparación y finalmente en las consecuencias sobre su bienestar subjetivo (Buunk, 2006; Groothof, 2004). Por ello, Gibbons y Buunk (1999) propusieron el concepto de “Orientación a la *comparación social*” para referirse a aquella predisposición personal de los individuos a comparar con otros sus características y su situación y a tener en cuenta lo que le ocurre a otros en relación a sí mismos. Así, la “orientación a la *comparación social*” se referiría a: a) la disposición de las personas a compararse, b) el interés que se tiene por las creencias y comportamientos de otros en situaciones similares, 3) la sensibilidad que se tiene ante información social y 4) el interés en conocer la posición relativa en relación a los demás en un ámbito, característica o **contenido** de comparación específico. Con este planteamiento, acerca de la “Orientación a la *comparación social*”, se concreta el postulado inicial de Festinger referido al *drive* que todas las personas tienen y que les impulsa a compararse (Gibbons y Buunk, 1999).

Las personas con alta “Orientación a la *comparación social*” parecen tener una alta activación del *self* (Gibbons y Buunk, 1999; Buunk y Gibbons, 2007) y han mostrado relaciones con afectivo negativo, baja “autoestima” o inestabilidad y “neuroticismo”. De la misma forma, tienen gran interés en lo que sienten los demás, una fuerte empatía y sensibilidad por las necesidades de otros y una relativa dependencia de los demás (Buunk, Dijkstra, Bosch, Dijkstra y Barelds, 2012; Gibbons y Buunk, 1999). Una mayor “Orientación a la *comparación social*” también se ha relacionado con mayor grado de incertidumbre (Bennenbroek, 2003; Gibbons y Buunk, 1999).

.....

En la literatura, en población general o con problemáticas como burnout laboral o enfermedad crónica (Ej. cáncer, diabetes,...), distintos trabajos evidencian que personas con alta “Orientación a la *comparación social*” realizan mayor número de comparaciones, le dedican más tiempo y tienen más reacciones emocionales resultantes de dicho proceso, sin mostrar preferencias por la **dirección** e **interpretación** de comparación (Buunk y Gibbons, 2006; Buunk, Belmonte, Peiro, Zurriaga, y Gibbons, 2005; Buunk, Ybema, Gibbons y Ipenburg, 2001; Buunk, Zurriaga, Gonzalez-Roma, y Subirats, 2003; Van der Zee, Oldersma, Buunk y Bos, 1998). Mientras que algunos estudios muestran que la “Orientación a la *comparación social*” media la *identificación* con los **referentes** (Buunk, Oldersma y de Dreu, 2001; Grothoof, 2004), otros no ven diferencias entre *identificación* y *contraste* (Brenninkmeijer, 2002). Además, algunos estudios han indicado que las personas más predispuestas a obtener información de *comparación social*, no siempre obtienen consecuencias positivas de ésta (Bennenbroek, 2003). Así, una mayor “Orientación a la a la *comparación social*” moderaría el impacto de la información de la comparación, así como las respuestas afectivas (Gibbons y Buunk, 1999). Personas con alta “Orientación a la comparación” mostraban una respuesta afectiva negativa a comparaciones desfavorables *ascendentes* de *contraste* o *descendentes* de *identificación* (Bennenbroek, 2003; Buunk y Brenninkmeijer, 2000; Buunk et al, 2001; Buunk y Gibbons, 2006; Mussweiler, Rüter y Epstude, 2006). En muestras de pacientes con diabetes y cáncer, una mayor “Orientación a la *comparación social*” se relacionó con mayores niveles de neuroticismo, afecto negativo y mayor número de preocupaciones ante la enfermedad (Arigo, 2012; Gibbons y Buunk, 1999; Van der Zee, Buunk, DeRuiter, Tempelaar y Sanderman, 1996; Van der Zee, Buunk y Sanderman, 1996).

.....

Con todo lo anterior, las personas con alta “Orientación a la *comparación social*” podrían presentar un patrón desadaptativo de comparación, con mayor uso de *comparación social ascendente de contraste (CSDC)* y *comparación social descendente de identificación (CSDI)* que se ha relacionado con mayor afecto negativo como respuesta a las comparaciones (Bennenbroek, 2003; Groothof, 2004). Este patrón, además, podría estar relacionado con variables como el “neuroticismo”, a pesar de ser ambos constructos diferentes en sí mismos y en sus efectos sobre los procesos de *comparación social* (Gibbons y Buunk, 1999).

2.3.2. Autoestima.

La “autoestima” se ha relacionado con los procesos de comparación y ha recibido mucha atención por parte de los investigadores (Aspinwall y Taylor, 1993; Buunk et al, 1990; Gibbons y McCoy, 1991; Wheeler y Miyake, 1992; Wheeler, 2000; entre otros). aún a pesar de encontrar resultados inconsistentes (Tennen, McKee y Affleck, 2000; Wheeler, 2000).

Tanto en población general como en enfermedad crónica, una baja “autoestima” parece aumentar la necesidad de las personas de obtener información social para su **auto-evaluación (self-assessment)** (Morse y Gergen, 1970) que estaría asociada con la tendencia a compararse con otros en peor situación (Taylor, Wood y Lichtman, 1983; Wood, Giordano-Beech, Taylor, Michela, y Gaus, 1994; Wills, 1991) y a interpretar negativamente la comparación. Buunk et al. (1990), mostraron que, en pacientes con cáncer y baja autoestima, éstos referían una mayor frecuencia de consecuencias afectivas negativas resultantes de sus comparaciones, independientemente de la **dirección**, y en relación con los pacientes con alta autoestima. (Van der Zee, Buunk y

Sanderman, 1996). Desde el “Modelo de Identificación-Contraste” (Buunk e Ybema, 1997), diferentes investigaciones han comprobado como personas con alta y baja autoestima, o síntomas depresivos realizaban interpretaciones favorables o desfavorables en su proceso de **interpretación** de la comparación (Buunk et al., 1990; Swallow y Kuiper, 1992; Van der Zee, Buunk y Sanderman, 1996; Wheeler, 2000; entre otros).

Así, la comparación podría ser utilizada para preservar la “autoestima”, siendo utilizada de forma *ascendente* y *descendente* para obtener afecto y auto-evaluaciones positivas (*comparaciones ascendentes de identificación y descendentes de contraste*) (Aspinwall y Taylor, 1993; Gibbons y Gerrard, 1989; Wood, Giordano-Beech, Taylor, Michela y Gaus, 1994). En cuanto a la *comparación descendente* una baja “autoestima” buscará afecto positivo (*descendentes de contraste*), según la “Teoría de la Comparación Descendente” (Wills, 1981). Pues ésta propone que las personas con menor “autoestima” realizarían esta comparación para mejorarla o protegerla, con la motivación de sentirse afortunados o generar respuestas emocionales positivas a través de la *comparación descendente (auto-mejora o self-enhancement)* (Goethals y Darley, 1977; Taylor y Lobel, 1989; Wood, Taylor y Lichtman, 1985). De esta manera, se ha visto en pacientes de cáncer que un uso más frecuente y prolongado de *comparaciones descendentes de contraste* se relacionaban con mayor “autoestima” (Bogart y Helgeson, 2000; Helgeson y Taylor, 1993). Sin embargo, esto no ocurriría en personas deprimidas y que sintieran amenaza, pues sus *comparaciones descendentes* podrían no ser tan favorables al *identificarse* con aquellos en peor situación (*descendente de identificación*) (Wheeler, 2000). En cuanto a las *comparaciones ascendentes*, la **interpretación** negativa podría provocar consecuencias desfavorables de la *comparación social* (Buunk et al., 1990; Gibbons y Gerrard, 1989; Wheeler y Miyake,

1992). Así, son muchos los trabajos que han señalado como las *comparaciones ascendentes de contraste* disminuían la “autoestima” (Ahrens y Alloy, 1997; Gibbons y Gerrard, 1991; Lockwood y Kunda, 1997; Major, Testa y Bylsma, 1991; Morse y Gergen, 1970). Swallow y Kuiper (1992) teorizaron que en sujetos con ánimo deprimido y “autoestima” baja las *comparaciones ascendentes* podrían mantener un **auto-evaluación (self-assessment)** negativa (*ascendente de contraste, CSAC*). Mientras que, cuando la “autoestima” es alta se producirían más comparaciones con afecto positivo y menos comparaciones con afecto negativo (Bogart y Helgeson, 2000; Buunk et al., 1990). Las personas con más “autoestima” responderían más positivamente a *comparaciones ascendentes (ascendente de identificación, CSAI)* que aquellos con baja “autoestima”. Pero, además, las personas con alta “autoestima” también tienden a buscar en otros en peor situación **referentes** que preserven su autoestima (Brown y Gallagher, 1992; Gibbons y Boney-McCoy, 1991), con el uso de las *comparaciones descendentes de contraste* (Wheeler y Miyake, 1992).

Por su parte, las investigaciones de Wood, Giordano-Beech, Taylor, Michela y Gaus (1994) y de Giordano-Beech (1996) han demostrado que el nivel de “autoestima” influye en la tendencia a la *comparación social* en respuesta al éxito y al fracaso. En concreto, las personas con baja “autoestima” buscan comparaciones después del éxito mientras que las de alta “autoestima” lo hacen tras un fracaso. En el caso de personas con baja “autoestima”, dichas preferencias las motivaría el deseo de proteger la “autoestima”, realizando así comparaciones con las que evitarían consecuencias desfavorables, mientras que en el caso, de las personas con alta “autoestima” podrían sentirse motivados a compararse para compensar su fracaso demostrando ser superiores en otras áreas y así “restablecer su autoestima”.

.....

Sin embargo, otros estudios en población general evaluando alta o baja “autoestima” no encuentran diferencias entre grupos, mostrando que tanto unos como otros realizaban comparaciones que incrementaban el afecto positivo (*ascendente de identificación y descendente de contraste*) aunque las de baja autoestima realizaban con mayor frecuencia *comparaciones ascendentes* (Giordano y Wood, 2002; Miyake, 1994; Wheeler y Miyake, 1992). Otros trabajos no han encontrado diferencias en cuanto a las consecuencias afectivas entre personas sanas con alta o baja “autoestima” (Tesser, Millar y Moore, 1988). Wood, Michela y Giordano (2000) proponen que no hay diferencias entre personas con alta y baja autoestima, pero que aquellos con alta “autoestima” tendrían mas oportunidades de encontrar **referentes** de comparación que ellos consideraran *descendentes*. Por ultimo Miyake (1994), añade que cuanto más inestable era la “autoestima”, mayor era la variabilidad de **dirección** de la comparación.

2.3.3. Neuroticismo.

Entre las características personales que influyen sobre los procesos de *comparación social* y sus resultados, el “neuroticismo” ha sido evaluado en varias ocasiones. El neuroticismo se caracteriza por una tendencia a experimentar emociones negativas, preocupación, temor, irritabilidad, baja autoestima y déficit en la inhibición de los impulsos (Costa y McCrae, 1987) y se ha asociado a responder de forma menos adaptativa y con una mayor vulnerabilidad al *distrés psicológico* (Eysenck, 1970). Diferentes estudios han evaluado los efectos moderadores del “neuroticismo” en las respuestas afectivas de la *comparación social* (Gilbert y Allan, 1994; Van der Zee, Buunk y Sanderman, 1998; Van der Zee, Oldersma, Buunk y Bos, 1998; entre otros) en enfermos crónicos (cáncer, diabetes, esclerosis múltiple, otros) (Arigo, 2012; Arigo,

Suls y Smyth, 2012; Curtis, 2008; Van der Zee, Buunk y Sanderman, 1996) mostrando que se asocia con la necesidad de comparación y sus respuestas afectivas. En algunos estudios, el “neuroticismo” aparece relacionado con una mayor “Orientación a la *comparación social*” considerándose un factor de estrés predisponente (Buunk, 2006; Curtis, 2008; van der Zee, Buunk y Sanderman, 1998), pero sin determinar una preferencia de **dirección** de comparación (Arigo, 2012).

Estudios en cáncer han mostrado que los pacientes con alto “neuroticismo” tenían mayor necesidad de *comparación social* mostrando, como consecuencia, más afecto negativo, que los pacientes con bajo “neuroticismo” (Bennenbroek, 2003; Van der Zee, Buunk y Sanderman, 1998; Van der Zee, Oldersma, Buunk y Bos, 1998). Así, mujeres con alto “neuroticismo” referían mayor uso de comparaciones *descendientes de identificación* (CSDI) y menos uso de *ascendente de identificación* (CSAI) (Buunk, Van der Zee y Van Yperen, 2001; Van der Zee, Buunk, Sanderman, Botke y Van den Bergh, 1999). Otros estudios han demostrado que el afecto negativo y características de personales como el “neuroticismo” pueden estar vinculados con el uso repetido de comparaciones desfavorables: *ascendentes de contraste* (CSAC) y *descendente de identificación* (CSDI) que refuerzan su visión negativa del *self* (Arigo, 2012; Buunk, Van der Zee, y VanYperen, 2001; Van der Zee, Buunk, Sanderman, Botke y Van der Bergh, 1999).

2.3.4.Extraversión.

Son escasos los trabajos que han evaluado la posible influencia de la “extraversión” en la *comparación social*. La “extraversión” se caracteriza por alta sociabilidad, optimismo y tendencias de afiliación con otras personas (Costa y McCrae,

1987). En población general y en enfermedad crónica (cáncer) se ha visto que los “extravertidos” tenían más tendencia que los introvertidos a compararse con otros en peor situación (Olson y Evans, 1999; Van der Zee et al., 1998). Por otra parte, en cáncer, las pacientes con altas puntuaciones en “extraversión” tendían a *identificarse* con otras pacientes, independientemente de la situación en la que se encontraban las **referentes** (Van der Zee et al., 1999). Sin embargo, la “extraversión” no ha mostrado relaciones con la “Orientación hacia la *comparación social*” (Buunk et al., 2005).

2.3.5. Control percibido.

El control percibido sobre un atributo, ámbito o **contenido** de comparación aparece reseñado en algunas propuestas teóricas sobre *comparación social* (Buunk e Ybema, 1997; Lockwood y Kunda, 1997; Major, Testa y Bylsma, 1991). Así, se propone que en aquellos **contenidos** donde la persona percibiera “control”, sus comparaciones serían más favorables. Por tanto, un mayor “control” percibido sobre la situación de comparación se relacionaría con estrategias con resultado positivo: *ascendente de identificación y descendente de contraste* (CSAI y CSDC). Por su parte, un menor “control” se relacionaría con comparaciones y estrategias con consecuencias negativas como la *ascendente de contraste y descendente de identificación* (CSAC y CSDI) (Major, Testa y Bylsma, 1991; Smith, 2000).

En enfermedad crónica (cáncer, esclerosis múltiple y discapacidad laboral), se ha visto que los pacientes con mayor “control” percibido sobre su enfermedad realizaban con mayor frecuencia *comparaciones ascendentes de identificación* y preferían mayor contacto con otras pacientes que afrontaban mejor que ellas (Bennenbroek, 2003; Ybema y Buunk, 1995). También el “control percibido” sobre la

propia enfermedad se relacionaba con un menor uso de *comparaciones descendentes de identificación* (Bogart y Helgersen, 2000; Buunk et al., 1990; van der Zee et al., 1999).

En cuanto a las consecuencias afectivas se ha considerado que el “control percibido” mediaba el efecto entre la comparación y las respuestas afectivas. Un mayor “control” incrementa las consecuencias positivas de la comparación y disminuye las consecuencias negativas y también se relacionaba con mayores consecuencias positivas respecto a la motivación de **superación (self-improvement)** que respecto a la **motivación de auto-mejora (self-enhancement)** (Bogart y Helgeson, 2000; Dibb y Yardley, 2006; Curtis, 2008). Así, en personas con mayor “control” percibido la estrategia *ascendente de identificación (CSAI)* evocaba consecuencias positivas mayores que la *descendente de contraste* (Testa y Major, 1990; Ybema y Buunk, 1995). Buunk et al. (1990) encontraron en muestras de cáncer que menor percepción de “control” sobre los síntomas correlacionaba con peor bienestar subjetivo resultante de las comparaciones realizadas.

.....

2.4. CONSECUENCIAS AFECTIVAS Y BIENESTAR SUBJETIVO.

La teoría de la *comparación social* resulta de especial interés para el estudio del bienestar subjetivo, porque las comparaciones con otros pueden influir en cómo las personas sienten acerca de sí mismos y de su propia situación. Pero no sólo el bienestar subjetivo se plantea como una consecuencia de la comparación, pues algunos trabajos también han mostrado que un bajo bienestar subjetivo era el mayor predictor de la necesidad de *comparación social* (Bennenbroek, 2003).

En un principio, Festinger (1954) no centró sus investigaciones en las consecuencias de la comparación. Fueron investigaciones posteriores las que señalaron que, tras la comparación, la persona realizaría una evaluación automática e inconsciente de su situación, o *appraisal* (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1991). Esta “evaluación” provocaría una reacción inmediata sobre el estado emocional de la persona (Arigo, 2012; Tesser, Millar y Moore, 1988). En este sentido, en el ámbito de salud/enfermedad, se asume que la *comparación social* y sus consecuencias afectivas tienen un impacto en el bienestar subjetivo de los pacientes a través de la reevaluación cognitiva de la situación de enfermedad y el uso de las formas de afrontamiento que se ponen en marcha (Buunk e Ybema, 1995; Gibbons y Gerrard, 1991; Leventhal, Hudson y Robitaille, 1997; Major, Testa y Bylsma, 1991), sugiriéndose que un estilo de comparación repetida en el tiempo, podría tener consecuencias en la salud psicológica de los pacientes (Arigo, 2012), si bien se carece de estudios longitudinales en enfermedad y dolor crónico que permitan evidencia clara sobre ello.

En un principio se pensó que las consecuencias afectivas estarían relacionadas con la **dirección** de la comparación. Posteriormente, tras el planteamiento del “Modelo de Identificación-Contraste” (Buunk e Ybema, 1997) se pasó a considerar que las consecuencias afectivas no solo dependen de la **dirección**, sino también de la

interpretación (*identificación o contraste*) que la persona haga respecto al **referente** de comparación. Así, Buunk et al., (1990) vieron que *comparaciones ascendentes* y *descendentes* no eran percibidas como intrínsecamente afectivas y que ambas comparaciones, podían tener consecuencias positivas o negativas. De esta manera, siguiendo la propuesta de Buunk e Ybema (1997), la **interpretación** de la comparación realizada por las personas conduciría a unas u otras respuestas afectivas.

La evidencia empírica también ha descrito que las consecuencias afectivas pueden depender de la motivación de la comparación, el contexto donde sucede la comparación, el estado de ánimo anterior a la comparación, la relación con el **referente** de comparación y la naturaleza del **contenido** evaluado (Brickman y Bulman, 1977; Buunk et al., 1990; Taylor y Lobel, 1989; Tesser, 1988; Tesser, Millar y Moore, 1988; Wheeler, 1966; 2000; Wills, 1981). Así, se explica cómo puede disminuir el bienestar subjetivo tras *comparaciones ascendentes* que perseguían el **deseo de superación (self-improvement)** (Wood, Taylor y Lichtman, 1985) o aumentarlo (i.e. estado de ánimo elevado, mayor autoestima) tras *comparaciones descendentes* con motivación de **auto-mejora (self-enhancement)** (Hakmiller, 1966). También, que las características de la comparación y el ánimo pre-existente en la persona contribuirían a la elección de una información u otra (comparación ascendente vs. descendente) y podrían modular la consecuencia afectiva de la comparación (Arigo, Suls y Smyth, 2012; Wheeler y Miyake, 1992).

De acuerdo con Wills (1981), las personas con un bienestar subjetivo bajo pueden utilizar la *comparación social* con otros en peor situación como una forma de mejorarlo (*comparación descendente de contraste*, según el “Modelo de Identificación-Contraste”, Buunk e Ybema, 1997). Diferentes estudios han demostrado que personas en situación de amenaza percibida pueden beneficiarse de la comparación con otros en

peor situación (Affleck, Tennen, Urrows, Higgins, y Abeles, 2000; Aspinwall y Taylor, 1993; Buunk, Oldersma y de Dreu, 2001; Gibbons, 1986, Gibbons et al., 2002; Tennen, McKee, y Affleck, 2000; Wood, Michela, y Giordano, 2000), Compararse con otros que están en peor situación, puede crear un punto de referencia inferior para evaluar la propia situación, que puede ayudar a redefinirla de una manera más positiva (*comparación descendente de contraste*) (Buunk, Oldersma, y De Dreu, 2001). Estos tipos de comparaciones descendentes provocarían que los individuos se sientan más satisfechos con sus circunstancias (Buunk, Oldersma y De Dreu, 2001; Van der Zee, Buunk, y Sanderman, 1995). Este incremento del bienestar subjetivo a través de *comparaciones descendentes de contraste* se daría particularmente a corto plazo tras haber experimentado retrocesos o fracasos en la situación, o en el curso de la enfermedad (Wills y Mendoza, 2004). Pero las *comparaciones descendentes* también pueden tener repercusiones negativas en el bienestar subjetivo si se produce una *identificación* (*comparación descendente de identificación*, según el “Modelo de identificación-contraste”, Buunk e Ybema, 1997) (Buunk e Ybema, 1995; Van der Zee et al., 1998; Ybema y Buunk, 1995). De hecho, en sus investigaciones en pacientes con cáncer Van der Zee et al. (1998), mostraron -en contra de sus hipótesis iniciales- que el grupo que eligió disponer de información de pacientes en peor situación tuvo un impacto negativo sobre su ánimo como respuesta a lo que se entendería como una *comparación descendente de identificación*). Así, podría ser que personas con menor bienestar subjetivo tendieran a identificarse con otros en peor situación en mayor medida que aquellas con un mayor bienestar subjetivo (Buunk, Ybema, Gibbons e Ipenburg, 2001). Otras propuestas teóricas desde perspectivas de cognición social sugieren en esta línea que la *identificación* (o asimilación) produciría mayor afecto positivo en *comparaciones ascendentes* y negativo en *comparaciones descendentes* que el *contraste*, que se

relacionaría más con la **auto-evaluación (self-assessment)** de la persona (Mussweiler y Strack, 2000; Groothof, 2004).

Desde el “Modelo de Identificación-Contraste” (Buunk e Ybema, 1997), diversos estudios muestran cómo pacientes de cáncer con elevadas respuestas emocionales derivadas del proceso de comparación mostraban mayor impacto en la calidad de vida, mientras que los pacientes menos sensibles a dicho proceso de comparación referían mayor calidad de vida (Brakel, Dijkstra y Buunk, 2014; Buunk, 2006; Buunk e Ybema, 1997; Gibbons y Gerrard, 1991). En este sentido, otros estudios también con muestras de cáncer (Terol et al., 2007) refieren relaciones entre el uso de estrategias desfavorables de *comparación social* (*ascendente de contraste* y *descendente de identificación*, *CSAC* y *CSDI*) y peor bienestar subjetivo y calidad de vida, pero no tanto así con el uso de las estrategias favorables (*ascendente de identificación* y *descendente de contraste*, *CSAI* y *CSDC*).

3. MODELOS Y TEORÍAS.

Desde su formulación inicial, la Teoría de la *comparación social* (Festinger, 1954) ha variado notablemente, tras diversas transiciones y reformulaciones. De ser considerada una declaración teórica centrada en el uso de la información social para la **auto-evaluación (self-assessment)** se ha convertido en un amplio campo de investigación con vínculos con otras áreas de la psicología social (Ej. cognición social, Teoría de la identidad social), pero también la psicología evolutiva y de las diferencias individuales (Buunk y Gibbons, 2000; Buunk y Mussweiler, 2001). Así, desde diversas aproximaciones teóricas, se han propuesto distintos modelos y teorías que han tratado de dar respuesta al por qué y al cómo de la *comparación social*. Estas propuestas teóricas han intentando confirmar las motivaciones que la comparación persigue satisfacer, o comprender, por ejemplo, el papel del **contenido** de comparación o el proceso de **interpretación** de la comparación. Desde las aproximaciones en las que nos hemos centrado, cuatro propuestas se focalizan en una **dirección** específica de comparación: ascendente (Collins, 1996; 2000; Wheeler, Martin y Suls, 1997) o descendente (Taylor, Wood y Lichtman, 1983; Wills, 1981; 1997), mientras que el resto han contemplado ambas direcciones (*ascendente y descendente*) (Blanton, 2001; Buunk e Ybema, 1997; Mussweiler, 2003; Tesser, 1988; Taylor y Lobel, 1989). En cuanto a la **interpretación** de la comparación, seis modelos la tratan, aunque tres de ellos la toman como parte central de sus propuestas (Buunk e Ybema, 1997; Mussweiler, 2003; Tesser, 1988). Otras aproximaciones han abundado en el procesamiento cognitivo o en los procesos subyacentes (Epstein y Pacini, 1999; Mussweiler, 2003; Tesser, 1988; Taylor, Wood y Lichtman, 1983). Al mismo tiempo, cuatro ponen en valor el **contenido** de la comparación o en el **referente** (Blanton 2001; Mussweiler, 2003; Tesser, 1988; Wheeler, Martin y Suls, 1997). Su orden de aparición y desarrollo describe la

trayectoria de investigación llevada a cabo sobre el campo de la *comparación social*, desde las primeras aportaciones centradas en la **dirección** *descendente* o *ascendente* de la comparación hasta los últimos modelos integradores y generados desde perspectivas evolucionistas o de la cognición social. Se presentan a continuación estos modelos y teorías. El criterio de presentación elegido ha sido el de relevancia y consonancia con el modelo elegido para sustentar teóricamente esta tesis: el “Modelo de Identificación-Contraste” (Buunk e Ybema, 1997), que se presentará en último lugar. Así se presentarán primero aquellos modelos menos relevantes y acordes a éste para finalizar con aquellos más concordantes. Asimismo se relacionarán los argumentos y elementos clave de los modelos (Véase Tabla 1).



Tabla 1. Modelos teóricos en comparación social.

Modelo	Autores, Año	¿Contempla direcciones ascendente y descendente?	¿Incluye la interpretación de la comparación?	¿Incluye el Contenido de comparación?	¿Incluye a Referentes?	¿Incluye hipótesis similitud?	¿Incluye consecuencias afectivas?	¿Utilizado en el ámbito de la salud y enfermedad crónica?
Modelo Proxy	Wheeler, Martin y Suls, 1997	Ascendente	NO	Sólo habilidades	SI	NO	NO	NO
Teoría de la comparación descendente	Wills, 1981, 1997	Descendente	NO	NO	SI	-	SI	SI
Modelo de la evaluación selectiva	Taylor, Wood y Lichtman, 1983	Descendente	NO	NO	SI	-	SI	SI
Modelo de procesamiento dual	Epstein y Pacini, 1999; Epstein, 2003	SI	SI	NO	NO	-	NO	NO
Teoría de la asimilación ascendente	Collins, 1996	Ascendente	SI	NO	SI	SI	SI	SI
Modelo de evaluación descendente y contacto ascendente	Taylor y Lobel, 1989	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI
Modelo de los tres self	Blanton 2001	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO
Modelo de mantenimiento de la autoevaluación	Beach y Tesser, 2000; Tesser, 1988	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Modelo de accesibilidad selectiva	Mussweiler, 1997, 2001	SI	SI	SI.	SI	SI	NO	NO
Modelo de identificación y contraste	Buunk e Ybema, 1997	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
4 dimensiones								

3.1. Modelo Proxy (The Proxy Model, Wheeler, Martin y Suls, 1997)

Festinger (1954) anticipó que la máxima motivación para la *comparación social* es la autoevaluación de las propias habilidades. El Modelo *proxy* intenta así responder a cómo se utiliza la *comparación social* para evaluar las propias capacidades ante aquellas situaciones novedosas para la persona, que son relevantes y requieren esfuerzo y donde hay ausencia de información objetiva.

A través de la pregunta “¿puedo yo hacer X?” (“*Can I do X?*”), la persona intentaría predecir de forma precisa su capacidad ante una tarea o situación eligiendo a otro (o **referente**) que previamente ya habría realizado o afrontado esa tarea o situación y que actuaría como un *proxy* (puente o sustituto) para la persona. Para ello, el modelo propone que la persona puede esperar estar al nivel del otro (el *proxy*), si previamente en una tarea preliminar ambos han desempeñado de forma similar. Si esta condición se cumple, entonces el desempeño del *proxy* o **referente** en la tarea a evaluar será relevante para el sujeto. Si por el contrario, *proxy* o **referente** y persona no desempeñaron de forma similar, el primero será considerado irrelevante. Tampoco el *proxy* o **referente** será relevante si el máximo esfuerzo realizado por éste en la tarea preliminar hubiera sido ambiguo o poco evaluable.

En este modelo, el *proxy* o **referente** se evalúa principalmente por: a) su capacidad para la realización de la tarea a realizar y b) si desempeñó bien en otra tarea anterior o preliminar. De esta manera, el “Modelo Proxy” critica que para la elección de **referentes** sea necesario algo intrínsecamente informativo en los atributos similares del “otro” y propone que la “hipótesis de similitud” no es esencial para las autoevaluaciones en cuanto a habilidades y capacidad. De hecho, según este modelo, los atributos similares podrían ser irrelevantes en la comparación o ser relevantes, pero siempre con mayor atención hacia la ejecución en la tarea. Estudios empíricos

realizados en muestras de estudiantes sostienen que los atributos similares eran tenidos en cuenta en mayor medida cuando la información sobre el esfuerzo del *proxy* o **referente** era ambigua (Martin, Suls y Wheeler, 2002), o cuando la similitud de desempeño entre la persona y el **referente** en la tarea preliminar, era suficiente para la predicción de la persona acerca de su propio desempeño o ejecución en una tarea futura o la situación bajo comparación (Suls, Martin y Wheeler, 2002). Este modelo, sin embargo, aporta un apoyo empírico limitado. Además, la explicación, tanto de las posibles **direcciones** de la comparación, como la **interpretación** de la misma no es referida.

3.2. Teoría de la comparación descendente (Downward Comparison Theory, Wills, 1981, 1997)

De acuerdo con esta teoría, Wills (1981, 1997) propone que ante una amenaza percibida, las personas tenderán a compararse con otros que están en peor situación o que afrontan de un modo menos adaptativo, buscando sentirse relativamente mejor. Estas comparaciones ocurrirán sobre todo cuando no es posible realizar otro tipo de acciones que consigan resolver la amenaza percibida. Wills (1981) propone así la *comparación descendente* como un proceso dirigido, motivado por el sentido de **auto-mejora (self-enhancement)** con la finalidad de: a) mantener o incrementar su autoestima al pensar que la situación “*podría ser peor*” y b) mejorar el bienestar subjetivo reduciendo las emociones negativas asociadas a la amenaza. Desde este punto de vista la *comparación descendente* cumpliría los criterios de una estrategia de afrontamiento centrada en la emoción (Buunk y Gibbons, 1997; Wills, 1997). Wills propone dos tipos de *comparación descendente*: a) una comparación activa, donde se buscaría un **referente** en peor situación con el propósito de crear distancia psicológica con él (bien

devaluando las características del mismo o bien construyendo mentalmente un **referente** en peor situación) y b) una comparación pasiva, donde se “reaccionaría” a información social obtenida de un **referente** que está en peor situación. Para Wills (1981), la *comparación descendente* se produciría en personas con bajo ánimo, baja autoestima o síntomas depresivos, ayudándoles a sentirse mejor, reducir su estrés e incrementar su autoestima (Aspinwall y Taylor, 1993, 1997; Gibbons, 1986; Hakmiller, 1966). Hemphill (1988) amplía la formulación de la “Teoría de la comparación descendente” (Wills, 1981; 1987) argumentando que las personas más amenazadas podrían tener mayor necesidad de *comparaciones descendentes*, pero al mismo tiempo podrían darse cuenta de la escasez de **referentes** en peor situación que ellos y la disponibilidad de muchos otros **referentes** en mejor situación, lo que disminuiría las posibilidades de mejora de su bienestar subjetivo.

La “Teoría de la comparación descendente” se sustenta en numerosa evidencia empírica sobre el efecto de la *comparación descendente*, tanto en el ámbito de la enfermedad crónica (Ej. cáncer, artritis, diabetes) como en otros ámbitos más generalistas (Bogart y Helgersen, 2000; Gibbons, 1986; Gibbons y Gerrard, 1989; Swallow y Kuiper, 1992; Taylor y Lobel, 1989; Taylor, Wood y Lichtman 1983; Tennen, McKee y Affleck, 2000; Wills, 1997; Wood, Taylor y Lichtman, 1985). Sin embargo, la “Teoría de la comparación descendente” deja sin explicar porqué comparaciones descendentes pueden también producir afecto negativo, tal y como apuntan otros estudios en esta área de investigación (Buunk et al., 1990; Terol et al., 2004; van der Zee et al., 2000; entre otros).

3.3. Modelo de la evaluación selectiva (Selective Evaluation, Taylor, Wood y Lichtman, 1983)

El “Modelo de evaluación selectiva” (Taylor, Wood y Lichtman, 1983) propone una reformulación basada en las respuestas de quienes se perciben como “víctimas” a su victimización, denominada evaluación selectiva. El modelo sostiene que esta auto-percepción, así como la creencia de que otros perciben a uno como una “víctima” son aversivas. Por ello, las “víctimas” reaccionan a este estado aversivo evaluando selectivamente y con motivación de **auto-mejora (self-enhancement)** su situación, intentando minimizar su auto-concepto negativo y la amenaza sobre su bienestar subjetivo. Entre las estrategias cognitivas para lograrlo se encuentran: a) crear mundos hipotéticos, b) centrarse selectivamente en atributos favorecedores para la persona, c) “construir” normas subjetivas sobre la adaptación a la situación que les hiciera aparecer como excepcionales, d) encontrar beneficios a la victimización y e) realizar comparaciones sociales con otros menos afortunados (esto es, *comparación descendente*).

Así, este modelo incluye la *comparación descendente* bajo la misma formulación que la “Teoría de la comparación descendente” (Wills, 1981, 1997), mostrando, por un lado, la tendencia general de quienes están bajo amenaza o en situación desafortunada de evaluar su situación de un modo cognitivamente más soportable, pero asimismo, obviando la explicación del afecto negativo que producen algunas formas de *comparación descendente*.

3.4. Modelo de procesamiento dual (Dual processes procedure, Epstein y Pacini, 1999; Epstein, 2003).

Entre los modelos y teorías de procesamiento cognitivo en el marco de la cognición social, el “Modelo de procesamiento dual” propone que las personas se adaptan a su medio a través de dos sistemas que trabajan de forma paralela, simultánea e interactiva. El modelo distingue así entre: a) un sistema analítico o cognitivo y b) un sistema heurístico o experiencial. El sistema cognitivo sería un sistema consciente que opera lógicamente, de forma analítica y ajeno a las emociones, requiriendo esfuerzo cognitivo y siendo relativamente lento. El sistema experiencial, por el contrario, opera de forma asociativa e integral, sobre asociaciones anteriores ya asimiladas, procesando información rápidamente, formando representaciones mentales, sin requerir esfuerzo cognitivo ni intervenir los afectos.

Este modelo se ha relacionado en ocasiones con la *comparación social* (Groothof, 2007). Así, cuando las personas se encuentran con otros en mejor o peor situación, ambos sistemas pueden determinar la respuesta a la comparación, de forma simultánea y paralela. Se predice que mediante el sistema analítico o cognitivo, el sujeto realizaría un proceso de *comparación social* sistemático entre el *self* y los demás. Este sistema tendería a producir respuestas de *contraste* entre uno mismo y el **referente** con el que se compara, sobre todo en cuanto a la **auto-evaluación**. Respecto al sistema heurístico o experiencial, éste actuaría de manera integral y afectivamente, la persona se sentiría más o menos conectado con el **referente** y se tendería a la *identificación*.

Este no es un modelo específicamente creado para la explicación de la *comparación social*, pero puede ayudar a entender los procesos cognitivos relacionados con la **interpretación** de comparación: *identificación* y *contraste*. De este modelo se

desprende que una mayor elaboración cognitiva, propia del sistema analítico o cognitivo, tendería al *contraste*, mientras que la *identificación* vendría dada por una mayor cercanía afectiva o psicológica con el **referente** y menor elaboración cognitiva, propia del sistema heurístico o experiencial.

3.5. Teoría de la asimilación ascendente (Upward Assimilation, Collins, 1996; 2000)

Esta teoría propone que, en *comparaciones ascendentes*, asimilación/*identificación* y el *contraste* pueden ocurrir simultáneamente. Que finalmente prevalezca la asimilación/*identificación* o el *contraste* dependerá de la “expectativa” de similitud con el **referente**. Collins (1996; 2000) propone que las personas tenderán a *identificarse* en mayor medida que a *contrastarse* con **referentes** en mejor situación y que el afecto producido por la *identificación* será más fuerte que el producido por el *contraste*. De forma que, cuando una persona tiene expectativas de ser similar a un **referente** en mejor situación, buscará deliberadamente las similitudes y tenderá a despreciar las diferencias con dicho **referente**. Así, se producirá asimilación/*identificación* y cambios en la **auto-evaluación (self-assessment)**. Si esta *comparación ascendente* se realiza de forma estratégica, las personas podrían satisfacer su **deseo de superación (self-improvement)**, aunque Collins (1996; 2000) sugiere además que estas *comparaciones ascendentes* también podrían satisfacer la motivación de **auto-mejora (self-enhancement)** a través de la regulación de emociones y cambios en la **auto-evaluación**.

Así, Collins (1996) recogió nociones de autores predecesores como Wheeler (1966), Thornton y Arrowood (1966), y Taylor y Lobel (1989), que proponían que las *comparaciones ascendentes* pueden tener consecuencias positivas y que las personas se

compararían con otros en mejor disposición para preservar su autoestima, elevar su estado de ánimo o inspirarse y no tanto para auto-evaluarse.

3.6. Modelo de evaluación descendente y contacto ascendente (Downward evaluation and upward contacts, Taylor y Lobel, 1989)

Esta propuesta de Taylor y Lobel (1989) es un intento de conciliar resultados anteriores inconsistentes entre comparaciones *ascendentes* y *descendentes*. Se propone que las personas bajo estrés o amenaza preferirán distintas comparaciones de acuerdo a su motivación, pudiendo utilizar indistintamente la *comparación social ascendente* y *descendente* para cubrir cualquier necesidad. Los autores argumentan que en estas situaciones las personas no sólo necesitan afrontar sus emociones, sino también obtener información relevante para la resolución de su problema. Así, las personas realizarán *comparaciones descendentes* para su **auto-evaluación (self-assessment)** y conseguir regular sus emociones (motivación de **auto-mejora/self enhancement**) y las *comparaciones ascendentes* y el contacto con otros en mejor situación como una forma de encontrar motivación e inspiración y aumentar su rendimiento (**deseo de superación/self-improvement**). El apoyo empírico a la propuesta de Taylor y Lobel (1989) sugiere que las *comparaciones ascendentes*, además de aportar información relevante a las personas, disminuirían las reacciones emocionales negativas (Kulik y Mahler, 1987; Collins, 1996). En este sentido, este modelo abrió la puerta al posterior “Modelo de Identificación-Contraste” (Buunk e Ybema, 1997). Sin embargo, aunque se centra en los aspectos favorables de la *comparación ascendente* y *descendente* “a demanda” de las personas, no explica porqué la comparación podría ser desfavorable para la persona.

3.7. Modelo de los tres self (Three-selves model, Blanton 2001)

El *self* se refiere a las concepciones propias sobre atributos personales. Sobre la premisa de que este *self* es relativo, este modelo propone que la activación de una u otra auto-representación mental en la persona moderará el proceso de la comparación. De esta manera, la activación de una representación mental del *self* enfocada hacia el futuro (el *self* posible, más flexible), promovería la asimilación/*identificación* con un **referente** en la comparación. Por su parte, la activación de una representación mental centrada en el momento actual (el *self* personal, más estático), sustentaría una distancia con el **referente** y conduciría a un *contraste* con el mismo. El último es un *self* colectivo definido por la pertenencia a un grupo. En este sentido, siguiendo la formulación de la “Teoría de la Identidad Social” (Tajfel y Turner, 1986), si este *self* estuviera activado en el momento de la comparación y el **referente** fuera considerado por la persona como miembro del endogrupo, se tendería a la asimilación/*identificación*. Si por el contrario, éste fuera categorizado como exogrupo, se tendería al *contraste*.

3.8. Modelo de mantenimiento de la autoevaluación (Self-Evaluation Maintenance, SEM, Beach y Tesser, 2000; Tesser, 1988).

Este es un modelo enmarcado dentro de una perspectiva evolucionista que se centra en la explicación de comportamientos relevantes para las personas. Esta propuesta sostiene que el individuo tenderá no sólo a reducir la incertidumbre, -como Festinger proponía- sino a proteger una visión positiva de si mismo (*self*), asumiendo que las relaciones y comparaciones con otros tendrán un impacto importante en la auto-evaluación (Achee, Tesser, y Pilkington, 1994; Tesser, 1988; Tesser, Pilkington, y McIntosh, 1989).

A la dirección ascendente o descendente de comparación, el modelo añade dos procesos dinámicos que pueden ocurrir cuando las personas se enfrentan a la actuación o desempeño de otra persona: el “reflejo” y la “*comparación social*”. El reflejo consistiría en una *identificación* con el **referente** y la “*comparación social*” sería lo que otros modelos denominan *contraste* del **referente**.

Esencialmente, el modelo expone que la relevancia que tenga para uno mismo el ámbito o **contenido** de comparación determinará uno u otro proceso: es decir, si la **interpretación** tiene como resultado el reflejo o *identificación* o bien la “comparación” o *contraste*. Por su parte, el desempeño del **referente** y la cercanía psicológica con él determinarán las consecuencias emocionales del proceso de comparación (Tesser, 1988). Así, uniendo estos factores, una menor relevancia del **contenido** de comparación hará tender la **interpretación** hacia el *reflejo* (o *identificación*) si la persona se percibe similar y con cercanía psicológica con el **referente**. Una mayor relevancia para el *self* del **contenido** comparado hará tender, sin embargo, hacia el proceso de “comparación” y resultará en un efecto de *contraste*, particularmente cuando el **referente** se perciba similar y con cercanía psicológica, al sentir la persona amenaza para el *self*. La auto-evaluación posterior del proceso comparativo tendrá a su vez efecto sobre el afecto (Tesser, Millar y Moore, 1988).

Así, en cuanto a las *comparaciones ascendentes*, este modelo propone que cuando el **referente** se desempeña mejor que uno mismo (*self*) en una tarea o **contenido** de alta relevancia, cuanto más cercano se perciba al otro, mayor amenaza para la auto-evaluación y se tenderá al *contraste*. Por su parte, si el **referente** desempeña mejor en una tarea de baja relevancia para uno mismo (*self*), cuanto más cercano psicológicamente sea el otro, mayor la posibilidad de que se produzca el proceso de reflejo o *identificación*, puesto que la percepción de amenaza para la auto-evaluación es

menor. Respecto a las *comparaciones descendentes*, si el **referente** tiene un desempeño peor en una tarea o **contenido** de comparación relevante para uno mismo (*self*), se produciría una **auto-mejora (self-enhancement)** a través del *contraste*. Si la tarea o **contenido** es de baja relevancia el efecto sobre la auto-evaluación sería mínimo. Así, para ambas direcciones de comparación (*ascendente* y *descendente*), puede existir un beneficio potencial para la auto-evaluación, pero también una amenaza potencial para el *self* (Tesser, 1988). Una *comparación ascendente* en la que la persona se reflejara o *identificara* con el **referente** produciría inspiración, mientras que una *comparación descendente* produciría orgullo, al desempeñar mejor que otra persona (Tesser, 1991). Tesser (1988) incorporó así a su modelo que una *comparación ascendente* podría tener consecuencias positivas y no necesariamente frustrantes, algo que hasta ese momento apenas se contemplaba en la investigación en *comparación social*.

El modelo de mantenimiento de la autoevaluación se ha investigado en muestras generales, de estudiantes (Tesser, 1988) y matrimonios (Beach y Tesser, 1993). Diferentes estudios han evidenciado que un mejor desempeño de un **referente** en una actividad sólo produciría afecto negativo en el caso de **contenidos** o ámbitos de alta relevancia para el sujeto y no en cualquier **contenido** (Tesser, Millar y Moore, 1988) y que una mayor cercanía psicológica producía mayor variación en el afecto tanto positivo como negativo. Esto es, un **referente** percibido cercano psicológicamente desempeñando mejor producía una mayor activación que si era considerado más distante psicológicamente (Tesser, Millar y Moore, 1988).

Otras investigaciones han intentado ampliar el enfoque de este modelo. Así, se ha visto que en contra de lo postulado por Tesser (1988), la cercanía psicológica también producía el reflejo o *identificación* incluso en **contenidos** de alta relevancia para la persona (Brewer y Weber, 1994; Brown, Novick, Lord y Richards, 1992). Este efecto se

produciría según los autores si el reflejo (o *identificación*) sirve a las motivaciones de la persona (Brewer, 1991). Así, las personas se *identificarían* con el estatus del **referente** en mejor situación para reforzar la imagen de si mismos. Sin embargo esta *identificación* podría darse en ambas direcciones y una *identificación* con un **referente** en peor situación dañaría la autoestima (Brewer y Weber, 1994).

Respecto a modelos descritos anteriormente en este apartado, el modelo Proxy (Wheeler, Martin y Suls, 1997), recoge el concepto de relevancia del **contenido** a comparar (para el modelo proxy la tarea o situación bajo comparación). El concepto de variabilidad de consecuencias de la comparación ascendente también era recogido por la “Teoría de la asimilación ascendente” (Collins, 1996; 2000).

3.9. Modelo de accesibilidad selectiva (Selective Accesibility Model of Social Comparison, Mussweiler, 2003; Mussweiler y Strack, 1999, 2000; Strack y Mussweiler, 1997).

Desde la perspectiva de la cognición social y utilizando uno de sus principios fundamentales –la “accesibilidad”–, este modelo plantea que los resultados dispares e inconsistentes en la investigación sobre *comparación social* pueden ser integrados y explicados por un cambio en la “accesibilidad” a la información cognitiva.

De acuerdo con este modelo, el **referente**, es decir, el objeto, la persona o el concepto que precede a las auto-evaluaciones, aumenta o inhibe la “accesibilidad” al auto-conocimiento o información previa acumulada en nuestra memoria (Mussweiler, 2001). Si la comparación provocará asimilación/*identificación* o *contraste* dependerá de donde se sitúe el foco de comparación: si en las similitudes o en las diferencias con el **referente**. Así, siguiendo el principio de accesibilidad, una persona, en el momento de realizar un juicio, recurriría a información fácilmente recuperable en su mente (Higgins,

1996). Entonces, ante la presencia de un **referente**, el proceso de *comparación social* producirá la activación selectiva de información de experiencias anteriores compatibles y basadas en la información que está más accesible o disponible en el momento de comparación (Mussweiler y Strack, 2000). Así, la persona contrastaría la hipótesis, o búsqueda de información congruente, respecto a su similitud o diferencia con el **referente** de comparación, activando la información y **contenido** de la comparación que le es accesible. Si se confirma la similitud, el proceso resultaría en una respuesta de asimilación (o *identificación*). De lo contrario, se produciría una respuesta de *contraste*.

Esta perspectiva propone, de forma implícita, que el **contenido** de comparación podría moderar el proceso de **interpretación** y su resultado en *identificación* o *contraste* (Mussweiler, Rüter y Epstude, 2006). Un **contenido** relevante para la persona conduciría a una asimilación/*identificación*, mientras que un **contenido** no relevante conduciría al *contraste* (Mussweiler y Strack, 2000). El modelo también tiene en cuenta la distancia psicológica con el **referente**. La cercanía psicológica tendería a inducir asimilación/*identificación* (Buunk et al., 1990; Lockwood y Kunda, 1997; Tesser, 1988; 1991). Una distancia psicológica no provocaría similitud, sino *contraste* (Tesser, 1988). Se asume también que los **referentes** pueden ser rutinizados o habituales, economizando esfuerzo cognitivo (Mussweiler y Rüter, 2003).

Actualmente, este modelo cuenta con amplia evidencia empírica (Förster, Liberman y Kuschel, 2008; Mussweiler 2003; Mussweiler y Strack, 2000; entre otros), que sugieren que es más probable que ocurra la asimilación (o *identificación*) cuando el procesamiento de la información obtenida es global y orientado a la semejanza, mientras que es más probable que el *contraste* se produzca cuando dicho procesamiento es local o específico y orientado a las diferencias (Förster, Liberman y Kuschel, 2008;

Mussweiler 2003). Por otra parte, si se percibe al **referente** como un estándar alcanzable, se tendería a una comparación de asimilación/*identificación* (Buunk et al., 1990; Lockwood y Kunda, 1997; Mussweiler, Rüter y Epstude, 2004b). Sin embargo, **referentes** muy salientes, extremos o que se perciben inalcanzables provocan contraste (Lockwood y Kunda, 1997). Asimismo se ha comprobado que manipulando la información proporcionada a la persona sobre el **referente**, induciendo atributos similares o diferentes en el momento de la comparación, ésta resultaba en una **interpretación** de asimilación/*identificación* o *contraste* respectivamente (Mussweiler, 2001).

El “Modelo de Accesibilidad Selectiva” comparte con el “Modelo de procesamiento dual” (Epstein y Pacini, 1999; Epstein, 2003) los procesos de *identificación* y *contraste* y el argumento de búsqueda de experiencias anteriores en la memoria. Respecto a la propuesta de la “Teoría de la Asimilación Ascendente” de Collins (1996, 2000), se coincide en que las expectativas de similitud conducirían a la asimilación/*identificación*. En el caso de Collins (1996, 2000) porque hay una expectativa de que los atributos de alguien similar, como la habilidad, serán compartidas con uno mismo, mientras que en el “Modelo de Accesibilidad Selectiva” debido a una búsqueda selectiva de información consistente con el auto-conocimiento que podría desembocar en asimilación/*identificación*. y también en el planteamiento de que dependiendo como se sitúe el foco (si sobre el *self* o sobre el **referente**), se podría llegar al *contraste* o asimilación respectivamente, así como que una alta similitud conduciría al proceso de asimilación.

Respecto al “Modelo de mantenimiento de la autoevaluación” (*Self-Evaluation Maintenance*, SEM) (Beach y Tesser, 2000; Tesser, 1988) y el “Modelo Proxy” (Wheeler, Martin y Suls, 1997), el “Modelo de Accesibilidad Selectiva” comparte el

concepto de relevancia del **contenido** comparado. Y también con el “Modelo de mantenimiento de la autoevaluación” (*Self-Evaluation Maintenance*, SEM) (Beach y Tesser, 2000; Tesser, 1988) también que la cercanía psicológica sería determinante en el resultado de la comparación, aunque ambos modelos difieren en el estadio del proceso en que utilizan este concepto (Mussweiler, Rüter y Epstude, 2004b). Mientras que en el “Modelo de mantenimiento de la auto-evaluación” la cercanía psicológica influiría en la posterior **auto-evaluación (self-assessment)**, en el “Modelo de Accesibilidad Selectiva”, la cercanía psicológica o similitud conduciría al proceso de *identificación* en lugar de al de *contraste*. Finalmente, el concepto información accesible y activación de distintos contenidos del *Self* es compartido también por el “Modelo de los tres Self” (Blanton, 2001).

3.10. Modelo de identificación y contraste (Identification-Contrast Model, Buunk e Ybema, 1997).

En esta tesis, nuestro marco de referencia ha sido el “Modelo de Identificación-Contraste” Buunk e Ybema (1997) por ser aquel que ha recibido mayor atención en la comprensión de los procesos de salud y enfermedad crónica, contemplar el concepto de “hipótesis de la similitud” y evaluar operativamente ambas **direcciones** de comparación, así como la **interpretación** de las misma, el **contenido** y **referentes** y el resultado o consecuencias afectivas de la comparación, así como contar con un instrumento validado en población con dolor crónico (Arigo, Suls y Smith, 2012; Buunk, Ybema, Gibbons e Ipenburg, 2001; Buunk, Van der zee, y VanYperen 2001; Buunk e Ybema, 1997; Frieswijk, Buunk, Steverink y Slaets, 2004; Smith, 2000; Terol et al., 2007; Terol, Lledó-Boyer, Quiles y Martín-Aragón, 2014; Van der Zee et al., 1999; entre otros). (Ver Tabla 1).

Este modelo, sugiere que las personas están fuertemente motivadas para desarrollar y mantener un auto-concepto positivo y el estatus dentro de su grupo, al menos en aquellas dimensiones que consideran relevantes, por lo que, ante situaciones amenazantes o de estrés sentirán que dichos aspectos pueden verse vulnerados (Buunk e Ybema, 1997, p. 370). En estas situaciones por tanto, seguirán la tendencia a desarrollar un auto-concepto positivo tratando de conseguir una sensación subjetiva de hacerlo mejor que otros en ámbitos o **contenidos** de comparación relevantes para la persona. Así, las personas que son capaces de alcanzar esta sensación *identificándose* con otros en mejor situación y *contrastándose* de otros en peores condiciones mostrarán mayores niveles de ajuste (Buunk e Ybema, 1997).

El modelo asume que las personas no tienen preferencias en la **dirección** de comparación y que ambas **direcciones** (*ascendente* o *descendente*) pueden producir consecuencias positivas o negativas. Así, los autores sugieren que la comparación *ascendente* y *descendente* podría **interpretarse** de una manera positiva y/o negativa, dependiendo de si los individuos se *identifican* o se *contrastan* con el **referente** de comparación. A través de la “hipótesis de la similitud percibida”, proponen que el grado de *identificación* vendrá dado por la cercanía psicológica y se produciría cuando la persona se fija en similitudes y percibe al otro (o **referente**) como alguien en una situación parecida, al que se percibiría como el “individuo posible” de su propio funcionamiento futuro o alguien con el que se compartiría destino. El *contraste* ocurriría cuando la persona se percibe diferente al **referente**, alguien al que no se asemeja y que actuaría como punto de referencia con el que evaluar su funcionamiento actual. De la combinación de **dirección** e **interpretación** de la comparación surgirían cuatro estrategias: *Comparación Social Ascendente de Identificación (CSAI)* y *Descendente de Contraste (CSDC)* que tendrán una respuesta afectiva positiva, y *Comparación Social*

Ascendente de Contraste (CSDC) y *Descendente de Identificación (CSDI)*, que provocarían una respuesta afectiva negativa.

Así, para preservar su auto-concepto, las personas intentarían sentirse relativamente superiores a otros identificándose con aquellos en mejor situación (*CSAI*) e incluso contrastándose de otros en peor situación (*CSDC*), siempre que la “realidad social” lo permita (Buunk e Ybema, pp. 371). La *identificación* o *contraste* dependerá en parte de las motivaciones de comparación, y de que el **contenido** o ámbito de comparación sea considerado alcanzable y sobre el cual la persona perciba control. De esta manera, la *comparación social ascendente de identificación (CSAI)* ocurriría cuando la persona considerara alcanzable el desempeño del **referente** en mejor situación. Sin embargo, si la persona juzgara al **referente** como inalcanzable, surgiría la *comparación ascendente de contraste (CSAC)*. Por su parte, la *comparación descendente de identificación (CSDI)* ocurriría cuando la persona considerara incontrolable encontrarse en un futuro en la situación de un **referente** en peor situación. La *comparación descendente de contraste (CSDC)* se daría cuando la persona considerara evitable llegar a una situación o desempeño peor, como la del **referente** en peor situación. Así, mientras que *CSAI* y *CSDC* conducirían a afecto positivo, *CSDI* y *CSDC* conducirían a afecto negativo (Buunk e Ybema, 1997; Frieswijk, Buunk, Steverink y Slaets, 2004; Smith, 2000; Terol, Lledó-Boyer, Quiles y Martín-Aragón, 2014; Van der Zee et al., 1999). La *CSAI* tendría respuestas afectivas como por ej. optimismo, inspiración y admiración; *CSDC* conduciría a resultados positivos como por ej. alivio o satisfacción; *CSDI* tendría consecuencias afectivas como por ej. miedo, angustia, amenaza y/o preocupación y *CSDC* conduciría consecuencias afectivas como por ej. envidia e insatisfacción (Arigo, Suls y Smith, 2012; Buunk, Ybema, Gibbons e Ipenburg, 2001; Buunk, Van der zee, y VanYperen 2001; Smith, 2000; Ybema y

Buunk, 1995; Ybema, Buunk, y Heesink, 1996). En este sentido, Smith (2000), además de diferenciar entre asimilación/*identificación* y *contraste* y describir los resultados que cada uno de ellos puede producir, propone que las emociones provocadas por el resultado de la comparación pueden estar enfocadas en el *self* (*self-focus*) o enfocadas en los otros (*other-focus*). Argumenta que algunas reacciones afectivas y emocionales como la ira, la envidia, o el resentimiento se focalizarían en el **referente**, mientras que otras lo estarán más en el *self* como la vergüenza, *depresión*, o el optimismo.

Hasta la aparición de este modelo, la mayoría de los estudios acerca de consecuencias adaptativas de la comparación se basaban en el supuesto de que los individuos se contrastaban de sus **referentes** de comparación. Buunk e Ybema (1997) proponen que generalmente las personas se esfuerzan por tener una relativa superioridad, lo que abre la puerta a *comparaciones ascendentes de identificación* (CSAI), pero también *descendentes de contraste* (CSDC).

Respecto a otros modelos, el “Modelo de Identificación-Contraste” muestra puntos de concordancia con:

- El “Modelo de Accesibilidad Selectiva” (Mussweiler, 2003; Mussweiler y Strack, 1999, 2000), ya que ambos señalan que la percepción de similitud o diferencia con el **referente** moderará el distinto resultado de la **interpretación** (algo que también elabora en su “Teoría de la asimilación ascendente” Collins (1996, 2000). El “Modelo de Identificación-Contraste” y el “Modelo de Accesibilidad Selectiva” también coinciden que la elección en la **dirección** de comparación podría posteriormente **interpretarse** de manera positiva o negativa, dependiendo de si los individuos se *identifican* (procesamiento de información global y centrada en la semejanza) o se *contrastan* (procesamiento de información local y centrado en las

diferencias) con el **referente** de comparación (Förster, Liberman y Kuschel, 2008; Mussweiler 2003). También comparten la posición de que un **referente** alcanzable promovería la *identificación*, así como que la *identificación* o *contraste* sería independiente de la **dirección** de **comparación**.

- Se encuentran también semejanzas con la Teoría original de Festinger (1954) en su *drive* ascendente, aunque con el matiz de que para Buunk e Ybema (1997) este *drive* ascendente se referiría al hecho de sentirse relativamente superiores a otros en dimensiones o **contenidos** de comparación relevantes.
- La teoría de la asimilación ascendente (Collins, 1996, 2000), que considera también la propuesta de que las personas buscan *comparaciones ascendentes* y que no todas ellas se considerarían amenazantes ni tendrían consecuencias negativas para la persona. También en cuanto a que ambas recogen el concepto de variabilidad de consecuencias de la *comparación ascendente*.
- El “Modelo de mantenimiento de la autoevaluación” (Tesser, 1988), que propone que personas ante amenazas o estrés intentarán restaurar su sentimiento de “superioridad” *contrastándose* de otros en peor situación. Este “Modelo de mantenimiento de la autoevaluación” (Beach y Tesser, 2000; Tesser, 1988), con la ampliación propuesta por Brewer y Weber (1994) comparte otros principios y asunciones con el “Modelo de Identificación-Contraste” (Buunk e Ybema, 1997). Ambos modelos compartirían el concepto de cercanía psicológica como determinante en el resultado de la comparación, aunque difieren en el estadio del proceso en que utilizan este concepto (Mussweiler, Rüter y Epstude, 2004). Mientras que en el “Modelo de mantenimiento de la auto-evaluación” la cercanía psicológica influiría en la posterior **auto-evaluación (self-assessment)**, desde la perspectiva del “Modelo de Identificación-Contraste” (Buunk e Ybema, 1997), la

cercanía psicológica o similitud llevaría al proceso de *identificación* en lugar de al de *contraste*. Este modelo con la ampliación de [Brewer y Weber \(1994\)](#), y la posibilidad de *identificación* o *contraste* en ambas direcciones y el cambio en las auto-evaluaciones, corrobora las cuatro estrategias del modelo de [Buunk e Ybema \(1997\)](#). Sin embargo, es importante destacar que el modelo de mantenimiento de la autoevaluación no incluye el concepto de identificación. Cuando Tesser ([1988](#)) se refiere al *reflejo* con el **referente** no describe la *identificación* como tal, puesto que no existe un movimiento de la **auto-evaluación** hacia el **referente**.

- En parte con lo propuesto por Wood ([1989](#)) y el “Modelo de evaluación descendente y contacto ascendente” ([Taylor y Lobel, 1989](#)) sobre todo en las comparaciones ascendentes y la motivación o **deseo de superación (self-improvement)**. Sin embargo, este último modelo no explicaba el porqué de la disminución de *comparaciones ascendentes* entre personas con alto nivel de estrés y sobre todo porqué se producirían consecuencias negativas ante la comparación.
- La “Teoría de la comparación descendente” ([Wills, 1981; 1987](#)) con la que se comparte el concepto entendido como *comparación descendente de contraste (CSDC)* en el “Modelo de Identificación-Contraste”. Esto es, una estrategia de comparación descendente que busca mejorar el bienestar subjetivo y la reducción del malestar emocional de la persona mediante la comparación con **referentes** en peor situación.
- El “Modelo three-selves” ([Blanton, 2001](#)) en cuanto al concepto de que la representación mental de la persona enfocada hacia el futuro o hacia el momento actual conduciría a la *identificación* o al *contraste*, respectivamente.
- El “Modelo de procesamiento dual” ([Epstein y Pacini, 1999; Epstein, 2003](#)) en cuanto a la posibilidad de *identificación* y *contraste* ante una comparación.

4.COMPARACIÓN SOCIAL Y SALUD

4.1.COMPARACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD Y DOLOR CRÓNICO

El estudio de la *comparación social* ha sido aplicado en diversos ámbitos y entre los que destacan los siguientes: envejecimiento (Heidrich y Ryff, 1993; Robinson-Whelen y Kiecolt-Glaser, 1997), satisfacción laboral y burnout (Brenninkmeijer, 2002; Buunk, Zurriaga, González-Roma y Subirats, 2003; Carmona, Buunk, Peiró, Rodríguez y Bravo, 2010; Greenberg, Ashton-James y Ashkanasy, 2007; entre otros), satisfacción marital (Van Yperen y Buunk, 1991; Buunk e Ybema, 2003), trastornos de alimentación (Bailey y Ricciardelli, 2010; Gilbert y Meyer, 2003; Myers y Crowther, 2009), rendimiento académico (Blanton, Buunk, Gibbons y Kuyper, 1999; Marsh, 1987; Marsh et al., 2008; Seaton et al., 2005), uso y efecto de la *comparación* en las redes sociales (Feinstein et al., 2013; Haferkamp y Kramer, 2011; Lee, 2014) y conductas de salud y afrontamiento de enfermedad crónica (Buunk, 1995; Buunk, Schaufeli, y Ybema, 1994; Buunk, Van der Zee y VanYperen, 1991; Buunk, Zurriaga y Gonzalez, 2006; Dibb y Yardley, 2006; Terol et al., 2007; van der Zee, Buunk, Sanderman, Botke y Bergh, 2000; Wood, 1989; entre otros).

Muchos autores han sugerido que la *comparación social* puede tener un papel significativo en las **auto-evaluaciones (self-assessment)** de las personas (Buunk y Gibbons, 1997; Collins, 1996; Festinger, 1954; Suls y Miller, 1977; Suls y Wills, 1991; Wood, 1989). Ante situaciones crónicas donde la persona percibe alta incertidumbre y amenaza para su salud (Ej. enfermedades crónicas prolongadas) la necesidad de *comparación* se intensifica ante la “ausencia de **referentes** o realidad objetiva” con la que evaluar de forma precisa una situación nueva y cambiante (Buunk et al., 1990; Mette y Smith, 1997; Terol et al., 2014). Una enfermedad crónica enfrenta a una

paciente a numerosos problemas que afectan a su bienestar, a la funcionalidad de su estado de salud, al estrés derivado del pronóstico y del curso incierto de su enfermedad, y al cambio de sus metas vitales, que convierten su entorno en impredecible y amenazante (Buunk, Gibbons y Visser, 2002; Tennen, McKee y Affleck, 2000). Así, la cronicidad obliga a las pacientes a una re-evaluación (*appraisal* o *re-appraisal*) constante de su situación en la que la incertidumbre de la enfermedad crónica, en muchas ocasiones, se agrava con la falta de información objetiva y el *distrés psicológico* (Tennen, McKee y Affleck, 2000). Esta situación eleva el interés por la búsqueda de información de *comparación* con otros pacientes respecto al estado actual y curso de la enfermedad, sintomatología, estado emocional, afrontamiento, y finalmente, adaptación a la enfermedad (Arigo, Suls y Smyth, 2012; Bennenbroek, Buunk, van der Zee y Grol, 2002; Buunk, 1995; Buunk, Schaufeli e Ybema, 1994; Buunk y VanYperen, 1991; Dibb y Yardley, 2006; Terol *et al.*, 2007). Así, una paciente, tiene frecuentemente la oportunidad de obtener información social y de **auto-evaluarse** (**self-assessment**) a través de diferentes fuentes: el contacto con otras pacientes en centros de salud u hospitales, los grupos de autoayuda, la información proporcionada sobre otras pacientes por el personal sanitario, o la información obtenida a través de guías, folletos o internet, y en general, a través de cualquier otro canal o situación donde otros le puedan proporcionar información social (Affleck *et al.*, 2000; Bogart y Helgeson, 2000; Buunk *et al.*, 1990; 2001; Carmack *et al.*, 2007; Kulik y Mahler, 1997; Taylor *et al.*, 1993; entre otros).

La *comparación social* en la enfermedad, enmarcada en el área de la Psicología de la Salud y como ámbito de aplicación de la Psicología Social (Stroebe y Stroebe, 1995) ha ayudado a comprender cómo las personas en situación de enfermedad

interpretan las amenazas que perciben para su salud, los síntomas de la enfermedad, las conductas de riesgo en las que podrían incurrir y las conductas de salud preventivas o de búsqueda de ayuda que pondrían en marcha para adaptarse a la enfermedad (Buunk, Gibbons y Visser, 2002; Tennen, McKee y Affleck, 2000). Si para Festinger (1954) la *comparación social* era un impulso o *drive* de **autoevaluación (self-assessment)**, éste ante situaciones de elevada incertidumbre, provocará en los pacientes la necesidad de afiliación y adquisición de información social (Buunk, 1994), de *comparar* sus síntomas (Suls, Martin y Leventhal, 1997) y de comprender su enfermedad (Buunk, Gibbons y Reis-Bergan, 1997).

Así, en los últimos años se ha prestado gran atención a los procesos de *comparación social* entre individuos con graves problemas de salud (Affleck y Tennen, 1991; Buunk y Gibbons, 1997; Buunk, Zurriaga, González, Terol y López-Roig, 2006; Taylor, Buunk, Collins y Reed, 1992; Tennen, McKee y Affleck, 2000; Terol et al., 2007; Van der Zee, Buunk y Sanderman, 1995; Wood, Taylor y Lichtman, 1985). En el ámbito de la enfermedad crónica, la *comparación social* ha sido evaluada en distintas muestras de pacientes oncológicos (Bennenbroek, Buunk, Van der Zee y Grol, 2002; Buunk et al., 1990; Lipkus y Klein, 2006; Van der Zee, Buunk y Sanderman, 1996; entre otros), VIH (Derlega, Greene, Henson y Winstead, 2008), esclerosis (Curtis, 2008; Hemphill, 1988; Hemphill y Lehman, 1991), enfermedades cardíacas (Helgeson y Taylor, 1993; King, Clark y Friedman, 1999), diabetes (Arigo, 2012; Dibb y Yardley, 2006; Schokker et al., 2010) o muestras de dolor crónico como artritis reumatoide (Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fifield y Rowe 1987; Affleck Tennen, Pfeiffer y Fifield, 1988; De Vellis et al., 1990; entre otros). En este sentido, la literatura ha proporcionado evidencia del impacto de los procesos de *comparación social* en los resultados de salud (Buunk y Gibbons, 1997, Gibbons y Gerrard, 1997; Gibbons, Gerrard y Lane, 2003).

También, determinadas líneas de investigación han tratado ciertas cuestiones relacionadas con los factores que modulan la frecuencia de uso de cada estrategia de la *comparación*. Entre ellos, aspectos personales y psicosociales como la “Orientación a la comparación”, los niveles de *depresión*, “neuroticismo” o “autoestima” o el propio **contenido** de la *comparación* (Ej. condición física, formas de afrontamiento, estado emocional, entre otros) (Terol et al., 2007; van der Zee, Buunk y Sanderman, 1996). En otros trabajos, el interés se ha centrado en tratar de establecer relaciones entre los procesos de *comparación social* y resultados o consecuencias sobre la salud (Brakel, Dijkstra, Buunk y Siero, 2012; Buunk et al., 2012; Terol et al., 2014; entre otros). Así, en enfermedad crónica y con muestras clínicas, parece que el uso de la *comparación* es más común que en muestras con personas sanas (Van der Zee, Buunk, DeRuiter, Templaar, VanSonderen y Sanderman, 1996) teniendo tanto las *comparaciones ascendentes* como *descendentes* consecuencias positivas o negativas para el mismo paciente en función de cómo éste **interprete** el proceso de comparación (Buunk et al., 1990; Van der Zee et al., 1996).

Diferentes estudios han examinado la necesidad de información acerca de otras personas que se enfrentan a problemas de salud similares (Buunk y Schaufeli, 1993; van der zee, Buunk y Sanderman, 1995). De acuerdo con Festinger (1954) y Schachter (1959), las personas preferirán a otros similares para *compararse*. Así, en enfermedad crónica los pacientes tienden a compararse con otras personas que sufren la misma enfermedad (Kulik y Mahler, 1997; Tennen, McKee y Affleck, 2000; Wood y Van der Zee, 1997). Ante la incertidumbre de una enfermedad crónica, las personas generalmente suelen *compararse* con aquellos con la misma enfermedad o diagnóstico (**referentes** en situación similar), ya que son las personas más similares a ellas o consideradas más relevantes, para evaluar en qué grado se manejan adecuadamente, ya

sea física y/o psicológicamente (Affleck et al., 2000; Bogart y Helgeson, 2000; Buunk y Gibbons, 1997; Lin y Kulik, 2002). Taylor y Lobel (1989) proponen que las pacientes se *compararán*, tanto a través de la búsqueda de “contacto” (afiliación) como a través de la búsqueda de “información”, correlacionándose en ambos casos con la incertidumbre y el estrés (Van der Zee, Buunk y Sanderman, 1996).

En diferentes investigaciones, los resultados sugieren que las personas que se enfrentan a una grave enfermedad prefieren compararse con aquellos que se desempeñan o afrontan peor (*comparaciones descendentes*) (Affleck y Tennen, 1991; Van der Zee, Buunk, De Ruiter, Tempelaar, Van Sonderen y Sanderman, 1996), mientras otros señalan que tratarían de evitar el contacto con otros en peores condiciones (Molleman, Pruyn y Van Knippenberg, 1986). Con respecto a la *comparación ascendente*, se muestra que los pacientes preferirían recibir información sobre otros en mejor situación, pero también desearían contacto, aunque éste podría resultarles amenazante (Buunk, Gibbons y Visser, 2002; Brennenbroek, Buunk, Van der Zee y Grol, 2002). Por su parte y en relación al **contenido**, algunos trabajos han constatado que para comparar **contenidos** relacionados con el afrontamiento o el grado de adaptación los pacientes con enfermedad crónica prefieren **referentes** en mejor situación (*comparaciones ascendentes*), mientras que para **contenidos** relacionados con los síntomas, la gravedad o severidad de la enfermedad se prefieren **referentes** en peor situación (*comparaciones descendentes*) (Arigo, Smyth y Suls, 2015; Bennenbroek, 2003; Dibb y Yardley, 2006; Van der Zee, Oldersma, Buunk y Bos, 1998; Wood, 1989; Wood, Taylor y Lichtman, 1985). De este modo, de acuerdo con el “Modelo de Identificación-Contraste” (Buunk e Ybema, 1997), se tiende a realizar comparaciones adaptativas, que resultan de la *identificación* al buscar “información” y “contacto” con

personas que presentan un mejor afrontamiento, y del *contraste* al compararse con otros en peor situación sobre la gravedad de la situación, mejorando el bienestar subjetivo (Bogart y Helgersen, 2000; Van der Zee et al., 2000). Así, en general, podríamos decir que en enfermedad crónica, **contenidos** usualmente utilizados para la *comparación* son tanto la severidad de la enfermedad (síntomas), como el afrontamiento de la misma (Arigo, 2012; Dibb y Yardley, 2006; Tennen y Affleck, 1997; Terol et al., 2012). En este ámbito, otros **contenidos** relacionados con las motivaciones de *comparación* como el **deseo de superación (self-improvement)**, incluirían la adherencia al tratamiento, la adopción de conductas de autocuidado saludables y/o la asimilación de estrategias de afrontamiento adaptativas, asociados al uso *comparaciones ascendentes de identificación (CSAI)* y con **referentes** o modelos eficaces que proporcionaran inspiración y optimismo (Aspinwall, 1997; Collins, 1996, 2000). La motivación de **auto-mejora (self-enhancement)**, se relacionaría con *comparaciones descendentes de contraste (CSDC)*. Éstas reflejarían una mejor posición de la persona frente al **referente** intentando aumentar su bienestar subjetivo (Ej. Mis síntomas no son tan graves) (Arigo, 2012; van der Zee et al., 1996). De esta manera, cuando la *identificación* ocurre con otros que afrontan peor *descendente de identificación (CDSI)* o el *contraste* se produce con quiénes afrontan mejor (*ascendente de contraste, CSAC*), el resultado de la evaluación sería desadaptativo, asociándose el uso de estas estrategias a ciertas diferencias individuales y estados de ánimo (Arigo, Smyth y Suls, 2015; Buunk e Ybema, 1997).

4.1.1.Comparación Social en enfermedad crónica y dolor crónico: Afrontamiento.

El dolor crónico puede considerarse un fenómeno multidimensional que comprende la interacción de variables físicas, emocionales y psicosociales (DeGood, 2000; Melzac y Casey, 1968). Así, muchos modelos de dolor señalan al afrontamiento como fundamental en la comprensión de la adaptación al dolor crónico. En los últimos años diferentes trabajos han tratado de identificar estrategias de “afrontamiento” y su papel predictor en resultados de salud y un mejor ajuste en muestras de dolor crónico, resaltando su importancia como modulador en los procesos de adaptación a la enfermedad (Brown y Nicassio, 1987; Boothby, Thorn, Stroud y Jensen, 1999; Esteve, Rodríguez y López, 2007; Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991; Martin et al., 1996; Oliver y Cronan, 2005; Rodríguez, Esteve y López, 2000).

El afrontamiento ha sido definido como los “*esfuerzos cognitivos y conductuales que realizaría una persona para hacer frente a las demandas tanto internas como externas provocadas por una situación estresante*” (Folkman y Lazarus, 1980, p. 223). Desde este enfoque, el afrontamiento sería entendido como un proceso dinámico dependiente de la evaluación y re-evaluaciones (*appraisal* y *re-appraisal*) de la situación por parte de la persona (Lazarus y Folkman, 1984). Existen diferentes propuestas y marcos teóricos para comprender y clasificar las estrategias de afrontamiento. Así, dependiendo del foco en que se sitúa la persona, el afrontamiento podría ser definido como “centrado en el problema” o “centrado en la emoción” (Billings y Moos, 1981; Folkman y Lazarus, 1988). Otras clasificaciones contemplan la distinción entre afrontamiento directo/paliativo, pasivo/activo o evitativo/aproximativo entre otras (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Endler y Parker, 1990). De todas estas clasificaciones, en general, podríamos decir que básicamente mientras unas se centran en formas de afrontamiento caracterizadas por buscar soluciones al problema mediante

estrategias directas, activas o aproximativas orientadas a ello, otras son de carácter más pasivo o centradas en paliar el distrés emocional derivado de la situación (Ej. evitar o ignorar). A pesar de la gran variedad de clasificaciones sobre las diferentes formas de afrontamiento (Billings y Moos, 1981; Folkman y Moskowitz, 2004; Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003) existen clasificaciones que han recibido más atención en el estudio del dolor crónico como la distinción activas/pasivas.

En dolor crónico, un “afrontamiento activo” (Ej. buscar información, apoyo social o participar en actividades físicas) se caracteriza por los intentos de los pacientes de controlar el dolor utilizando sus recursos internos, mientras que el “afrontamiento pasivo” se describe por desamparo y por estrategias que renuncian al control del dolor, depositando éste en recursos externos. El uso de estrategias de afrontamiento activo se ha relacionado con menor dolor percibido, menor impacto funcional y menores síntomas ansioso-depresivos (Nicassio y Radojevic, 1993; Ramirez-Maestre, Esteve y López, 2008; Pastor, Lledó, Martín-Aragón, López-Roig y Rodríguez-Marín, 2001). Las estrategias pasivas de afrontamiento (Ej. pensamiento desiderativo, evitación o distracción) se han relacionado ampliamente con un mayor dolor percibido, un mayor impacto funcional y emocional (i.e. mayores niveles de *ansiedad* y *depresión*) y un peor ajuste a la enfermedad (Boothby, Thorn, Stroud y Jensen, 1999; Cuevas, 2010; Esteve, Ramírez y López, 2007; Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991; Mellegard, Grossi, Joaquim y Soares, 2001; Ramírez, Esteve y López, 2008). Las estrategias “pasivas” han mostrado relaciones consistentes con resultados de salud en mayor medida que las “activas”, cuya evidencia en relación con la adaptación está pendiente de conclusiones más precisas (Esteve, López y Ramirez, 1999; Pastor et al., 2001).

Desde una perspectiva sociocognitiva, la *comparación social* ha sido un constructo frecuentemente aplicado (Buunk, Gibbons y Reis-Bergan, 1997; Clark, 1993) para comprender los procesos de afrontamiento y adaptación a la enfermedad. Así, se ha estudiado la afiliación bajo situaciones de estrés (Schachter y Singer, 1962), la importancia de las comparaciones *descendentes de contraste* (CSDC) (Taylor, Wood y Lichtman, 1983; Wills, 1981), el impacto la comparación sobre el ajuste a la enfermedad (Buunk et al., 1990; Helgeson y Taylor, 1993; Stanton, Danoff-Burg, Cameron, Snider, y Kirk, 1999), la posible relación de la comparación con el proceso de afrontamiento de la enfermedad (Taylor, Buunk y Aspinwall, 1990; Clark, 1993; Van der Zee et al., 2000), la búsqueda de ayuda médica (Suls, Martin, y Leventhal, 1997) o la cognición social en relación a la *comparación* (Buunk, Gibbons y Reis-Bergan, 1997). Dado que la *comparación* con otros puede influir en como las personas evalúan y sienten su propia situación (Buunk y Gibbons, 1997; Diener y Fujita, 1997; Festinger, 1954; Wills, 1981), desde el marco del afrontamiento de la enfermedad y los resultados de salud, se considera que los procesos de *comparación social* son actualmente un importante campo de investigación (Terol et al., 2012), considerándolos como estrategias moduladoras o mediadoras de la adaptación a la enfermedad (Arigo, Suls y Smyth, 2012; Buunk, 1995; Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991; Tennen, McKee y Affleck, 2000).

Así, la literatura ha mostrado trabajos en lo que se ha relacionado la *comparación social* con el “afrontamiento” (Diener y Fujita, 1997; Wills, 1987; 1997). Goethals y Darley (1977), siguiendo a Festinger (1954), ya expusieron que al percibir una situación amenazante, compararse con otros podría tener fines adaptativos. Las situaciones de enfermedad crónica y dolor crónico obligan al paciente a re-evaluar constantemente los recursos de afrontamiento de los pacientes y modificar sus propias

percepciones sobre sí mismo o sus capacidades personales (Arigo, Suls y Smyth, 2012; Bennenbroek, Buunk, Van der Zee, y Grol, 2002; Pastor et al., 2001). Desde este contexto, un número de trabajos se han ocupado del papel de la *comparación social* en el “afrontamiento” de los pacientes crónicos, y de cómo estas estrategias pueden afectar la adaptación a la enfermedad, la calidad de vida y/o ajuste psicosocial (Aspinwall y Taylor, 1993; Buunk y Gibbons, 2006; Buunk, Terol y Lledó, 2006; Diener y Fujita, 1997; Gibbons, 1999; Gibbons y Gerrard, 1991; Giorgino et al., 1994; Tennen, McKee y Affleck, 2000). Se ha hipotetizado que las personas pueden utilizar la *comparación social* de forma estratégica para “afrontar” su situación y mejorar su bienestar subjetivo, teniendo entonces una especial importancia para la comprensión de la enfermedad y la adaptación a la misma (Diener y Fujita, 1997; Gibbons y Gerrard, 1991). Así, Gibbons y Gerard (1991) describen la *comparación social* como un proceso que se enmarca entre las diferentes formas de “afrontamiento” utilizadas ante el padecimiento de una situación estresante como una enfermedad crónica. Mientras, Jensen, Turner, Romano y Karoly (1991) proponen que en evaluaciones de *comparación* con otros, consideradas como estrategias de “afrontamiento”, las personas realizarían esfuerzos para sentirse comparativamente afortunados. Sin embargo, aunque la *comparación social* ha sido en muchas ocasiones denominada como forma de afrontamiento en la enfermedad crónica (Giorgino et al., 1994), los estudios relacionándola explícitamente son escasos (Van der Zee, Buunk, Sanderman, Botke y Berg, 2000) siendo objeto de discusión incluso el modo en que debería ser definida. Algunos autores como Wills (1997), consideran explícitamente que la *comparación social descendente de contraste* (CSDC) podría formar parte de las estrategias de afrontamiento activas, que a su vez, formaría parte de un estilo cognitivo más amplio. Sin embargo, desde otro punto de vista teórico, otros autores han cuestionado si todas las comparaciones podrían ser consideradas como

estrategias de “afrontamiento” (Tennen y Affleck, 1997), argumentando que, entonces la *comparación social* debería suponer: a) un esfuerzo cognitivo, b) provocar algo más que un cambio en el bienestar subjetivo y c) ser cambiante de forma predictiva en el tiempo. Estos últimos autores consideran que en muchas ocasiones la *comparación* no representará un esfuerzo cognitivo, pues se limita a una evaluación del estado de la persona respecto a otros (Ej. *comparación social descendente de contraste*, CSDC) o a una forma de sentirse mejor en relación a otros en peor situación. Y esta evaluación no sería necesariamente el resultado de un proceso o estrategia de afrontamiento. Así, es como surge también la posibilidad de definir la *comparación social* como un *appraisal* (Rothbaum, Weisz y Snyder, 1982), independientemente de si éste se da a través de evaluaciones selectivas o sesgos cognitivos (Tennen y Affleck, 1997). En este sentido, Gibbons and Gerrard (1991) relacionan la *comparación descendente de contraste* (CSDC) con otras estrategias de afrontamiento “centradas en la emoción” que orientan su esfuerzo hacia un *re-appraisal* menos amenazante de la situación de enfermedad. Éstas propuestas abren la puerta hacia una perspectiva de conceptualización de la *comparación social* en el marco de las estrategias de “afrontamiento” o de los procesos cognitivos de *appraisal* definidos desde el “Modelo Transaccional del Estrés y Afrontamiento” (Lazarus y Folkman, 1984).

De una u otra manera, lo cierto es que la *comparación social* se ha relacionado en diferentes trabajos con otras estrategias de afrontamiento, subrayando su papel mediador en la enfermedad y el dolor crónico (Buunk y Gibbons, 1997; Frieswijk et al., 2004; Gibbons, 1999; Terol, Neipp, Sánchez, Pastor y López-Roig, 2004). Dentro de aquellos que consideran la *comparación social* como forma de “afrontamiento” ante la enfermedad crónica, varios autores la han intentado vincular con otras formas de afrontamiento (Taylor y Lobel, 1989; Van der Zee et al., 1996; Wills, 1997; entre

otros). En este sentido, en enfermedad crónica y dolor crónico, el uso de la *comparación social* se ha asociado con resultados de salud, el estado emocional o el ajuste a la enfermedad (Affleck et al., 1988; Buunk e Ybema, 1997; Dobb y Yardley, 2006; Gibbons y Gerrard, 1991; Wills, 1997), proponiéndose desde distintos marcos teóricos de afrontamiento -y utilizando cada cual su clasificación de afrontamiento- que la *comparación ascendente* (de *identificación*) puede servir simultáneamente como estrategia de “afrontamiento centrada en el problema” y “centrada en la emoción”, ya que podría proporcionar a una persona información valiosa para cumplir con el **deseo de superación (self-improvement)** y a su vez, esperanza, motivación e inspiración (Gibbons y Gerrard, 1991; Taylor y Lobel, 1989; Van der Zee et al., 2000). Por su parte, la *comparación descendente* (de *contraste*) podría ser considerada una estrategia de afrontamiento “centrada en la emoción” consiguiendo que la persona se sienta mejor en comparación con otras en peor situación, sobre todo, cuando la solución de “afrontamiento centrada en el problema” no es factible (Gibbons y Gerrard, 1991; Taylor y Lobel, 1989; Wills, 1987).

Desde el marco del “Modelo de Identificación-Contraste” (Buunk e Ybema, 1997) en muestras de enfermedad crónica, se han iniciado investigaciones sobre cómo la **interpretación** de la *comparación social* podría relacionarse con distintas formas de afrontamiento. Según el modelo, la tendencia de los pacientes sería buscar comparaciones adaptativas; las que resultan de la *identificación* con quiénes presentan un mejor afrontamiento, y las del *contraste* con otros en peor situación o con mayor severidad de síntomas (Bogart y Helgeson, 2000; Van der Zee, Buunk, Sanderman, Botke y Berg, 2000). Así, las dos dimensiones que eliciten afecto positivo (*ascendente de identificación*, CSAI y *descendente de contraste*, CSDC) se asociarían principalmente

con otras estrategias de “afrontamiento” activas (Curtis, 2008; Terol et al., 2007; Van der Zee, et al., 2000; Wills, 1997) que disminuirían el problema, o reestructurarían la situación o la percepción de amenaza, respectivamente. Mientras tanto, las dos dimensiones que eliciten afecto negativo (*ascendente de contraste*, CSAC y *descendente de identificación*, CSDI) se centrarían más en la emoción y se relacionarían con estrategias pasivas (Ej. pensamientos desiderativos, evitación) sin reducir el problema ni su significado amenazante (Curtis, 2008; Dibb y Yardley, 2006; Gibbons y Gerrard, 1991; Terol et al., 2007; Van der Zee et al., 2000). Así, podría sugerirse que la *comparación social* podría influir en el ajuste a la enfermedad por activar estrategias de afrontamiento acordes al proceso de **interpretación** de la comparación (Leventhal, Hudson, y Robitaille, 1997). Las dimensiones o estrategias de comparación favorables (*ascendente de identificación*, CSAI y *descendente de contraste*, CSDC), estarían relacionadas con un afrontamiento activo y/o directo (Ej. reinterpretación positiva de la situación, búsqueda de apoyo social, resolución de problemas), mientras que las comparaciones desfavorables (*ascendente de contraste*, CSAC y *descendente de identificación*, CSDI) lo estarían con estrategias pasivas y/o paliativas dirigidas principalmente a disminuir el estrés emocional (van der Zee et al., 2000). Así, para un paciente crónico, el *contrastarse* de otros en peor situación produciría alivio al percibir que su situación no es tan mala. Por su parte, *identificarse* con otros en mejor situación, proveería de inspiración o motivación. El *contraste* con otros en mejor situación puede hacer que el paciente sienta impotencia y envidia, y la *identificación* con otros menos afortunados podría hacerle sentir amenaza al anticipar su propia situación de deterioro, además de, indefensión o desamparo ante la enfermedad (Smith, 2000; Terol et al., 2012).

En muestras de enfermos crónicos, se ha apuntado que la *comparación descendente de contraste (CSDC)* puede tener una función adaptativa (Buunk, 1995; Helgeson y Taylor, 1993; Jensen y Karoly, 1992; Van der Zee et al., 1996). Así, en la literatura, las *comparaciones descendentes de contraste (CSDC)* parecen ser entendidas claramente como esfuerzos orientados a regular las emociones haciendo que la persona se sienta mejor en comparación con otras en peor situación, incluso cuando la comparación no facilita ningún recurso para manejar o alterar el problema o la enfermedad (Wills, 1987). Así, la *comparación social descendente de contraste (CSDC)* podría actuar como una estrategia de “afrontamiento centrada en la emoción” que permite iniciar o poner en marcha otras estrategias de afrontamiento (Gibbons, 1999; Gibbons y Gerrard, 1991; Taylor y Lobel, 1989). Por su parte, las *comparaciones ascendentes de identificación (CSAI)* servirían para satisfacer las necesidades de resolución de problemas proporcionando modelos que aportarían esperanza e inspiración (Collins 1996, 2000; Taylor, Buunk y Aspinwall, 1990; Taylor y Lobel, 1989).

En cualquier caso, en distintas muestras de crónicos, se ha encontrado que la **interpretación** menos favorable de la *comparación social (ascendente de contraste, CSAC y descendente de identificación, CSDI)* se relacionaba más fuertemente con estrategias de afrontamiento pasivo que las favorables con las estrategias activas (Buunk, Zurriaga y González, 2006; Dibb y Yardley, 2006; Terol et al., 2004; Van der Zee et al., 2000). Además las estrategias de *comparación social* desfavorable (*ascendente de contraste, CSAC y descendente de identificación, CSDI*) se relacionaban con mayores síntomas depresivos a través del efecto de otras estrategias pasivas como el “pensamiento desiderativo”, apuntando así, que una **interpretación** menos favorable de

la *comparación social* pondría en marcha otras estrategias, que no se centran directamente en manejar el problema (Buunk, Zurriaga y González, 2006)

Sin embargo, a pesar de las relaciones mostradas entre *comparación social* y formas de “afrontamiento”, no existe apenas evidencia de la secuencia o mecanismos de relación, por ejemplo, entre formas “afrontamiento” específicas y el cambio de la *comparación social* en el tiempo, o viceversa. Algunos trabajos longitudinales en enfermedad crónica (muestras de cáncer, artritis o enfermedad de Meniere, entre otros) (Bogart y Helgeson, 2000; Dibb y Yardley, 2006; Neugebauer, Katz y Pasch, 2003) sugieren, conforme al sentido teórico esperado (Buunk e Ybema, 1997), que la *comparación social* mantenida en el tiempo podría tener un importante impacto tanto positivo como negativo en los resultados de salud y adaptación a la enfermedad (i.e. calidad de vida percibida) (Dibb y Yardley, 2006; Neugebauer, Katz y Pasch, 2003). Así, se ha visto que aquellos pacientes que no tenían percepción de control sobre la situación realizaban un mayor número de *comparaciones* de **interpretación** desfavorable que resultaban en un mayor número de síntomas depresivos y menor satisfacción con su funcionalidad (Bogart y Helgeson, 2000; Neugebauer, Katz y Pasch, 2003). Estos resultados podrían sugerir que la *comparación social* y el control percibido podrían mediar las posibles estrategias de “afrontamiento” a realizar, si bien la naturaleza de esta relación precisa de mayor aclaración.

4.1.2. Comparación social en enfermedad crónica y dolor crónico: Resultados de Salud.

Uno de los resultados de salud frecuentemente evaluado en enfermedad crónica ha sido la “calidad de vida” y/o el “ajuste psicosocial” (Jensen, Moore, Bockow, Ehde y Engel, 2011; Schwarzmann, 2003; Terol et al., 2000). Este constructo incluye varias dimensiones de percepción subjetiva de los pacientes como la función física y el bienestar físico, pero también dimensiones de ajuste psicológico y social. De entre las dimensiones utilizadas con más frecuencia para evaluar calidad de vida y/o ajuste psicosocial, también se incluyen la severidad de la enfermedad o sintomatología asociada al problema de salud y su tratamiento, el estado funcional (grado de realización de las actividades cotidianas), el ajuste psicológico y el ajuste social (realización de actividades sociales cotidianas y deseadas) (Guyart, Feeny y Patrick, 1993; Schwarzmann, 2003).

En este trabajo, uno de los contenidos abordados en el estudio de la *comparación social* ha sido las respuestas afectivas de la comparación. La importancia de estas reacciones afectivas se ha evidenciado en estudios que han relacionado las mismas con resultados de salud y ajuste a la enfermedad (Affleck et al., 1987; Van der Zee, Buunk y Sanderman, 1995; Van der Zee et al., 1996). Así, puesto que la comparación con otros puede influir en cómo las personas evalúan y sienten su propia situación (Buunk y Gibbons, 1997; Festinger, 1954; Wills, 1981; entre otros), la calidad de vida y/o ajuste a la enfermedad, o el impacto de la misma se han hallado relacionados con la *comparación social*.

En el caso del “impacto de la enfermedad”, ajuste o calidad de vida y resultados de salud, se ha visto en estudios transversales y longitudinales, que pacientes

oncológicos con mayor “Orientación a la *comparación social*” mostraban un incremento de la calidad de vida (Bennenbroek, 2003; Buunk, Dijkstra, Bosch, Dijkstra y Barelds, 2012; Gibbons y Gerrard, 1991). El impacto físico y la *depresión* de estos pacientes se relacionaban con menor bienestar subjetivo, pero al mismo tiempo, éstos pacientes realizaban mayor número de *comparaciones descendentes de contraste* (CSDC), que finalmente mejoraban su bienestar subjetivo (Buunk, 2006; van der Zee et al., 1999). Es decir, mientras el impacto físico tiene un efecto directo y negativo sobre el bienestar subjetivo, a través de la *comparación social*, este impacto físico podía indirectamente contribuir con un efecto positivo en el bienestar.

Enmarcados en el “Modelo de Identificación-Contraste” (Buunk e Ybema, 1997) y respecto a las estrategias de *comparación*, varios estudios han confirmado sus relaciones con resultados de salud en el sentido teórico del mismo. En pacientes con cáncer las estrategias CSAI (*ascendente de identificación*) y CSDC (*descendente de contraste*) se relacionaban con mayor “calidad de vida” y/o mejor “ajuste” a la enfermedad, al tiempo que la CSAC (*ascendente de contraste*) y CSDI (*descendente de identificación*) se relacionaban con peor “calidad de vida” percibida (Brakel, 2014; Hagopian, Lowery y Jacobsen, 1994; Stanton, Danoff-Burg, Cameron, Snider y Kirk, 1999). También en otras muestras de cáncer, la *comparación descendente de contraste* (CSDC) se asociaban a mayor bienestar subjetivo, mejor “calidad de vida” y menor “impacto de la enfermedad” (Hagedoorn, Sneeuw y Aaronson 2002; Van der Zee et al., 1996) y la *comparación descendente de identificación* (CSDI) con mayor impacto físico (van der zee et al., 1999). En pacientes cardiovasculares, un mayor uso de *descendente de contraste* (CSDC) se relacionaba con mayor “capacidad funcional” (Helgeson y Taylor, 1993). Por su parte, en el caso de pacientes con enfermedades físicas crónicas, la *ascendente de contraste* (CSAC) y

descendente de Identificación (CSDI) se relacionaron con peor percepción de “calidad de vida” y de resultados de salud global (Terol et al., 2007), mientras que la *ascendente de identificación (CSAI)* y *descendente de contraste (CSDC)* no mostraban relaciones con los resultados de salud. Similares resultados se muestran con otros enfermos crónicos (Ej. enfermedad de Meniere, diabetes), donde las estrategias *ascendente de contraste (CSAC)* y/o *descendente de identificación (CSDI)* se relacionaban con peor “ajuste psicológico” (Dibb y Yardley, 2006), y/o estado físico y emocional (Arigo, 2012), pero no así las estrategias *ascendente de identificación (CSAI)* y/o *descendente de contraste (CSDC)*, que no mostraban relación con estas variables resultado.

4.1.2.1. Comparación social y distrés psicológico.

Las respuestas emocionales y la incertidumbre producida por la enfermedad crónica propician una necesidad de búsqueda de información social a través de la *comparación* (Butzer y Kuiper, 2006; Buunk, Schaufeli y Ybema, 1994; Taylor y Lobel, 1989; Schachter, 1959; VanderZee, Buunk y Sanderman, 1996). Distintos estudios han evidenciado que personas con niveles más bajos de tolerancia a la incertidumbre se han relacionado con mayores niveles de *ansiedad, depresión y distrés psicológico* (Freeston, Rheaume, Letarte, Dugas y Ladouceur 1994; Ladouceur, Gosseling y Dugas, 2000). Las personas con síntomas depresivos parecen mostrar menor seguridad en sus opiniones o juicios respecto a la causa de una situación y el control de su vida (Gleicher y Weary, 1991; Weary, Marsh y McCormick, 1994), y experimentan un “distrés” que se relaciona con mayor interés por la *comparación social* (Ahrens y Alloy, 1997). Por su parte, se ha propuesto que la preocupación por acontecimientos futuros incontrolables sustentarían ciertas respuestas de *ansiedad* (Dugas, Freeston y Ladoceur, 1997; Ladouceur, Gosselin y Dugas, 2000). Así, un

menor “bienestar subjetivo” con ciertos niveles de *ansiedad* y *depresión* e incertidumbre se relacionarían con una mayor necesidad de *comparación social* (Bennenbroek, 2003; Gibbons y Buunk, 1999). En este sentido, los pacientes de cáncer con niveles de *ansiedad* y *depresión* moderados, realizan mayor número de *comparaciones* buscando información sobre su diagnóstico, pronóstico y curso de su enfermedad, que quienes muestran niveles elevados o bajos (Gibbons y Buunk, 1999; Molleman, Pruyn y Van Knippenber, 1986; Weary, Marsh y McCormick, 1994). Estos resultados sólo los contradice Collins (1996) en un trabajo en el que no se muestra que el estado de ánimo esté relacionado con la frecuencia, necesidad o la motivación hacia la *comparación social*.

En pacientes con síntomas depresivos, también se ha visto una mayor sensibilidad a la información obtenida a través de la *comparación social*, a la vez que, su percepción de amenaza activaría sesgos que conducen hacia más *comparaciones* desfavorables (Wheeler, 2000). Así, la *depresión* parece relacionarse con la necesidad de *comparación social*, que tiende a ser de **interpretación** desfavorable (*ascendente de contraste, CSAC* o *descendente de identificación, CSDI*) (Ahrens y Alloy, 1997; Bänzner, Brömer, Hammelstein y Meyer, 2006; Gibbons, 1986; Swallow y Kuiper, 1990; Wood, Michela, y Giordano, 2000) provocando consecuencias negativas (Ahrens, y Alloy, 1997; Weary, Elbin, y Hill, 1987). La relación teórica de la *comparación social* con la *depresión* podría hallarse en la coincidencia de que ambas conllevan un proceso de **auto-evaluación (self-assessment)** negativa (Beck, 1967). Los trabajos que han relacionado síntomas depresivos y *comparación social* sugieren que los pacientes con una visión negativa de sí mismos tienden a actuar de manera que obtengan feedback desfavorable o negativo que confirme su visión negativa (Santor y Yazbek, 2006;

Swann, Wenzlaff, Krull, y Pelham, 1992). Así, se ha encontrado que individuos con niveles más altos de *depresión* realizan más *comparaciones ascendentes de contraste* (CSAC). Su marcado afecto negativo provocaría que el tipo de *comparaciones* que son congruentes con su estado de ánimo sean más accesibles (Swallow y Kuiper, 1992). En este sentido, además, otros estudios indican que las personas no deprimidas dejaban de *compararse* cuando la comparación les era desfavorable, mientras que las personas deprimidas no mostraban este mecanismo de inhibición (Swallow y Kuiper, 1992). Por tanto, los procesos de *comparación social* podrían ser determinantes en personas deprimidas.

Por otra parte, los estudios que han relacionado la *comparación social* con el *distrés psicológico* muestran que la percepción subjetiva de los pacientes con mayor “distrés” era que se encontraban en peor situación que otros en similar situación (van der Zee, Buunk y Sanderman, 1996). Estos resultados sugerirían que individuos que puntúan alto en “distrés” o *ansiedad*, tienden a adoptar una evaluación negativa sobre sí mismos (Gibbons y Bunnk, 1999; van der Zee, Bunnk, y Sanderman, 1998). En esta línea teórica, otros trabajos han visto que pacientes con síntomas depresivos, a través de los procesos de *comparación social* podían mantener o incluso agravar las **auto-evaluaciones** negativas asociadas a su estado (Swallow y Kuiper, 1990; Wood y Lockwood, 1999). Las personas depresivas tendían a involucrarse menos en *comparaciones* de **auto-mejora** (**self- enhancement**) que las no depresivas (Crocker, Kayne y Alloy, 1985). Así, la *comparación social*, mediada por éstas diferencias en *ansiedad*, *depresión* y “distrés” o por la situación de comparación, reforzaría una visión negativa de uno mismo (Van der Zee, Buunk, y Sanderman, 1998).

La *ansiedad y depresión* o “*distrés*” pueden tener un efecto directo negativo e indirecto positivo sobre el bienestar subjetivo (Ahrens y Alloy, 1997; Butzer y Kuiper, 2006). Es decir, mientras *ansiedad y depresión* pueden tener un efecto directo y negativo sobre el bienestar subjetivo, a través de la *comparación social*, sin embargo, podrían provocar indirectamente un efecto positivo sobre el bienestar subjetivo. Como ejemplo, varios estudios han evidenciado que los pacientes con síntomas depresivos informan de una mejoría en sus síntomas tras *comparaciones descendentes de contraste* (CSDC), al compararse con otros en "peor situación" sugiriendo la motivación de auto-mejora (**self-enhancement**) (Ahrens y Alloy, 1997; Aspinwall y Taylor, 1993; Butzer y Kuiper, 2006; Wheeler y Miyake, 1992).

El mecanismo causal en la relación del *distrés psicológico* con la *comparación social* en enfermedad crónica todavía no está claro. Por una parte, el uso de la *comparación social* podría conducir a un mayor “*distrés*”, pero también que éste último guiara la **interpretación** desfavorable de las comparaciones, si bien, otra opción podría ser una relación dinámica circular. Por ejemplo, en muestras de diabetes, mayores niveles de *distrés psicológico* se asociaban con una mayor tendencia a la *comparación social* (Arigo, 2012), mientras que en pacientes cardiovasculares el *compararse* con otros se relacionaba con menores niveles de *ansiedad* (Mahler y Kulik, 1998; Mahler, Kulik, y Hill, 1995). Estos resultados podrían sugerir que el *distrés psicológico* y la incertidumbre propiciarán mayor frecuencia de *comparaciones*, que **interpretadas** favorable o desfavorablemente resultan en un descenso o aumento de los niveles de *distrés psicológico*, respectivamente.

Desde el “Modelo de Identificación-Contraste” (Buunk e Ybema, 1997) en enfermedad crónica, se presentan trabajos que han relacionado las estrategias de *comparación social* con el *distrés psicológico* en el sentido teórico esperado. De esta manera y de forma resumida, un mayor uso de las estrategias *ascendente de contraste* (CSAC) y *descendente de identificación* (CSDI) se han asociado a mayores niveles de *distrés psicológico* (*ansiedad y depresión*) en muestras mixtas (Ej. Hipertensión, cardiovascular, artrosis) (Terol et al., 2014). Cuando *ansiedad y depresión* se evaluaban por separado, un mayor uso de *ascendente de contraste* (CSAC) y/o *descendente de identificación* (CSDI) se ha relacionado con mayores síntomas depresivos en pacientes oncológicos (Buunk et al., 2009; van der Zee et al., 1996; van der Zee et al., 1999) en personas con paraplejia, y en pacientes en rehabilitación pulmonar (Buunk, Zurriaga y González, 2006; Petersen, Taube, Lehmann, Van den Bergh y von Leupoldt, 2012). Por su parte, la estrategia CSDC (*descendente de contraste*), se relacionaba con menor *distrés psicológico* por ejemplo en pacientes cardiovasculares (Helgeson y Taylor, 1993), oncológicos (Van der Zee et al., 1996), y en muestras de esclerosis múltiple (Hemphill y Lehman, 1991). Sin embargo, no en todas las muestras de pacientes crónicos se sostiene esta relación, pues por ejemplo, la *comparación social descendente de contraste* (CSDC) en pacientes en rehabilitación pulmonar no tiene este efecto (Petersen et al., 2012).

4.2. FIBROMIALGIA.

Para abordar concretamente la *comparación social* en una enfermedad caracterizada por el padecimiento de dolor crónico como es la Fibromialgia, seguiremos el consejo de diferentes autores respecto al hecho de tener en cuenta las particularidades de la patología objeto de estudio (Gibbons y Gerrard, 1991; Terol et al., 2012).

La Fibromialgia se caracteriza por dolor músculo-esquelético generalizado y crónico y de etiología desconocida que se acompaña de sintomatología diversa como (entre otra): fatiga, rigidez, parestesias, molestias abdominales, alteraciones de sueño, dificultad para la concentración, déficits cognitivos (atención y memoria) y trastornos de *ansiedad y depresión* (Miró, 2003; Wolfe et al., 1997; Wolfe et al., 2010). Las pacientes con Fibromialgia presentan sintomatología sin causas orgánicas claras, mayores niveles de discapacidad y peor calidad de vida en comparación a otros pacientes con enfermedades reumáticas o dolor crónico (Alegre de Miquel, 2005; Burckhardt, Clark y Bennet, 1991; Goldenberg, Bradley, Arnold, Glass y Clauw, 2008; Walker et al., 1997). De alta prevalencia (2%-4% en población general), afecta mayoritariamente a mujeres, (3.4%-4.9% en mujeres) vs. (0.2%-1.9% en hombres) en una proporción de nueve a uno (Estudio EPISER, 2001; Lindell, Bergman, Petersson, Jacobsson y Herrstrom, 2000; Queiroz, 2013; Valverde, 2007; White, Speechley, Hart y Ostbye, 1999; Wolfe, Ross, Anderson y Russell, 1995; Wolfe, Brähler, Hinz y Häuser, 2013). En población española, se estima una prevalencia del 2.4% (Estudio EPISER, 2001; Valverde, 2007), con una media de padecimiento de dolor hasta diagnóstico de entre 4-6 años (Peñacoba, 2009), y una prevalencia en consultas de reumatología de un 12% (Valverde, 2007). Así, la Fibromialgia es el diagnóstico reumatológico más común tras la artritis reumatoide (Clauw, 2014), lo que sitúa a la Fibromialgia como un

problema de salud pública debido al número de visitas médicas, consumo de fármacos, impacto en la calidad de vida de las pacientes y gasto sanitario (Aaron y Buchwald, 2003; Sicras, Blanca, Navarro y Rejas, 2009).

Ante la etiología desconocida de la Fibromialgia, se han propuesto diversas hipótesis explicativas como la alteración del procesamiento de señales dolorosas por parte del Sistema Nervioso Central (Goldenberg, 2003; Henningsen, Zipfel y Herzog, 2007; Jasmin y Thorson, 2000; Lorenz, 1998; Montoya *et al.*, 2006; Yunus, 2008), alteraciones neuroendocrinas (Bennet, 1998), infecciones o agentes víricos (Buskila Atzeni y Sarzi-Puttini, 2009; Goldenberg, 2003), alteraciones del sueño (Bigatti, Hernandez, Cronan y Rand, 2008; Roizenblatt, Moldofsky, Benedito-Silva y Tufik, 2001) e incluso traumas físicos (Buskila, Neumann, Vaisberg, Alkalay y Wolfe, 1997; McLean, Williams y Clauw, 2005) y estrés psicosocial (Fitzcharles y Yunus 2012; Sundgren *et al.*, 2007). Esta multiplicidad explicativa de factores asociados a la Fibromialgia ha llevado a que en la actualidad, se haya demostrado que la eficacia de los tratamientos multidisciplinarios se basa en tres ejes: médico y farmacológico, ejercicio físico y tratamiento psicológico cognitivo-conductual (Asociación Americana del Dolor (APS, American Pain Society); Burckhardt *et al.*, 2005; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI, 2011); Rivera *et al.*, 2006; entre otros). En este abordaje, también otros aspectos o programas de carácter psico-educativo han demostrado resultados positivos (Burckhart, Clark y Bennett, 2005; Rodero, Garcia-Campayo, Casanova y Buriel, 2009; Luciano *et al.*, 2011).

En Fibromialgia, la experiencia crónica de dolor constante, el curso y pronóstico incierto y variable, la limitación funcional y laboral, el resto de síntomas concomitantes, los problemas emocionales y cognitivos y el añadido de la posible incomprensión

familiar y social ante la enfermedad (Arnold et al., 2008; Peñacoba, 2009) genera un alto grado de estrés e incertidumbre en la paciente. Este contexto de enfermedad proporcionaría las condiciones para un constante estado de autoevaluación y posible *comparación*, incluyendo la intensidad de dolor, la duración del mismo, la funcionalidad o realización de actividades, o el grado de discapacidad, afrontamiento y adaptación al dolor crónico (Tennen y Affleck, 1997).

Así, la limitación funcional y la intensidad de las respuestas emocionales de *ansiedad* y *depresión*, junto con la falta de información objetiva y la incertidumbre por el pronóstico y curso de la enfermedad, propician la necesidad de **auto-evaluarse (self-assessment)**, buscar información y “afiliarse” con otras pacientes con quienes comparar síntomas y/o tratar de comprender la enfermedad (Butzer y Kuiper, 2006; Buunk, 1994; Buunk, Gibbons y Reis-Bergan, 1997; Buunk, Schaufeli y Ybema, 1994; Festinger, 1954; Goethals y Darley, 1977; Goodman, 1977; Schachter, 1959; Suls, Martin y Leventhal, 1997; Suls y Miller, 1977; Taylor y Lobel, 1989; Van der Zee, Buunk y Sanderman 1996; Wood, 1989). Es en una enfermedad como la Fibromialgia donde adquiere especial relevancia el estudio de los diferentes aspectos del proceso de *comparación social* (Buunk y Gibbons, 1997; Festinger, 1954; Mussweiler y Epstude, 2009; Mussweiler, Rüter y Epstude, 2006) como su frecuencia, con quién, o qué comparan y su influencia en las respuestas emocionales y el manejo de la enfermedad (Affleck et al., 2000; Bogart y Hegelson, 2000; Buunk, 1995; Buunk y Mussweiler, 2001; Buunk et al., 1990; Gibbons y Buunk, 1999; Heidrich, 1996; Neugebauer, Katz y Pasch, 2003; Terol et al., 2007; van der Zee, Buunk y Sanderman, 1996; Van der Zee, Buunk, Sanderman, Botke y Bergh, 2000; Wheeler, 2000).

En cuanto al “afrontamiento” en Fibromialgia, varios han sido los estudios que han intentado esclarecer su papel en los resultados de salud y el ajuste a la enfermedad en estas pacientes (García-Campayo, Pascual, Alda y González, 2007; Lledó et al., 2010; Martin et al., 1996; Nielson y Jensen, 2004). De forma general, éstas pacientes utilizan con mayor frecuencia estrategias de “afrontamiento” pasivas (Ej. evitación, resignación, rezo) (Mellegard, Grossi, Joaquim y Soares, 2001; Zautra, Hamilton y Burke, 1999), relacionadas de forma consistente con mayor impacto funcional y emocional y siendo predictoras del dolor (Covic et al., 2000 citado en Cuevas, 2010; Mellegard, Grossi, Joaquim y Soares, 2001; Nicassio et al., 1997; Nicassio y Schuman, 2005; Pastor et al., 2001). Por su parte, se ha visto que las estrategias activas se relacionaban con un menor impacto emocional, pero sin tanta relevancia en cuanto a una mejor adaptación psicosocial o menor intensidad del dolor (Lledó et al., 2010). Asimismo, el “afrontamiento pasivo” ha mostrado consistentemente relaciones más fuertes con los resultados de salud que el “afrontamiento activo” (Pastor et al., 2001),

4.2.1. Catastrofismo en Fibromialgia.

Una aspecto ampliamente estudiado en el marco de las formas de “afrontamiento” de las pacientes con Fibromialgia es el pensamiento catastrofista o *catastrofismo*. Esto es, un “set mental” negativo durante la experiencia de dolor presente o anticipada basada en pensamientos y expectativas negativas sobre el dolor (Sullivan, Bishop y Pivik, 1995; Sullivan, 2009). El *catastrofismo* ha tenido especial relevancia en el estudio de la Fibromialgia, donde se han visto relaciones consistentes con resultados negativos de salud en pacientes con dolor crónico y Fibromialgia, siendo considerada una notable variable mediadora en la cronificación y agravamiento del dolor (Rodero, García-Campayo, Casanueva y Sobradíel, 2008).

El *catastrofismo* se caracteriza por la rumiación (tener pensamientos repetitivos y negativos sobre el dolor), la magnificación (preocupación exagerada por las consecuencias negativas del dolor) y la desesperanza (creer en la incapacidad actual y futura para afrontarlo). Aunque inicialmente se conceptualizó como un sesgo negativo en el procesamiento de la información que se mantiene por errores generales y sistemáticos en la valoración lógica, a menudo se la ha incluido como medida de afrontamiento (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Esteve, Ramirez y López, 2012; Riley, Robinson y Geisser, 1999). Otros autores han discutido esta posición, abogando que el *catastrofismo* puede entenderse como un conjunto de creencias o evaluaciones disfuncionales que actúan como un procesamiento cognitivo de *appraisal* previo a la puesta en marcha de otras estrategias de afrontamiento (Geisser, Robinson, Keefe y Weiner, 1994; Jensen et al., 1991; Quartana, Campbell y Edwards, 2009). Así, en la literatura el *catastrofismo* se considera simultáneamente como una evaluación o *appraisal*, como una estrategia de “afrontamiento”, e incluso como una distorsión negativa que interfiere en el uso de otras estrategias de afrontamiento (Sullivan, Thorn y Haythornthwaite, 2001).

En Fibromialgia, el manejo del dolor con pensamientos **catastrofistas** predice de forma consistente la intensidad del mismo (Denison, Asenlöf, Sandborgh y Lindberg, 2007; Miró, Diener, Martínez, Sánchez y Valenza, 2012; Rodríguez-Franco, Cano-García y Blanco-Picabia, 2004), mayores niveles de *depresión*, discapacidad (Buenaer et al., 2008; García-Campayo et al., 2008; Martin et al., 1996) e impacto físico y psicosocial (García-Campayo y Roderó, 2009). Por su parte, resultados de salud positivos como calidad de vida, bienestar subjetivo y ajuste psicológico se han relacionado inversamente con menores niveles de *catastrofismo*, sugiriendo que el

catastrofismo pudiera tener una importante relación con la severidad de los síntomas y la funcionalidad en estas pacientes (Toth, Brady y Hatfield, 2014; van Wilgen, van Ittersum, Kaptein y van Wijhe, 2008). Además, mayor nivel de *catastrofismo* se ha relacionado con mayor *distrés psicológico* (*ansiedad y depresión*) (García-Campayo et al., 2008; Martin et al., 1996).

4.2.2. Impacto de la enfermedad en Fibromialgia.

Como se ha mencionado, la “Fibromialgia” es un síndrome complejo de etiología desconocida caracterizado por la ausencia de marcadores y pruebas clínicas para la evaluación del dolor y del resto de sintomatología principal de la enfermedad (Ej. fatiga, alteraciones del sueño, impacto funcional) o de sus repercusiones (Ej. ajuste familiar, social) (Dadabhoy, Crofford, Spaeth, Russell y Clauw, 2008; Wolfe et al., 1997; Wolfe et al., 2010). Por lo que, en estas pacientes la valoración del dolor y la sintomatología asociada a través de variables físicas y psicosociales se considera fundamental para la evaluación de la calidad de vida percibida en relación a la salud y la adaptación a la enfermedad. Así, distintos instrumentos y escalas específicos evalúan el *impacto de la Fibromialgia* en cuanto al dolor percibido, así como otras variables subjetivas relacionadas con el cuadro de Fibromialgia (Ej. fatiga, trastornos del sueño, rigidez, capacidad física), o respecto a la posibilidad de realizar el trabajo habitual, actividades familiares, sociales o de ocio (Monterde, Salvat, Montull y Fernández-Ballartb, 2004). De esta manera, varios trabajos han encontrado que las pacientes con Fibromialgia presentan un alto *impacto de la Fibromialgia* y una baja “calidad de vida”, con elevados niveles de “*impacto funcional*” (Bernard, Prince y Edsall, 2000; Burckhardt, Clark y Bennet, 1993; entre otros), en ocasiones, en mayor grado que otras

pacientes con artritis reumatoide (Arnold, Keck y Weige, 2000; Petzke, Gracely, Park, Ambrose y Clauw, 2003). Estos y otros trabajos constatan que un mayor *impacto de la Fibromialgia* se relaciona con mayor dolor percibido, estrategias de afrontamiento pasivas y pensamientos *catastrofistas*, y mayor *distrés psicológico* (Del Rio, García-Palacios y Botella, 2014; García-Campayo et al., 2008; Gormsen, Rosenberg, Flemming y Troels, 2010).

4.2.3. Distrés psicológico en Fibromialgia.

Son muchos los estudios que han relacionado el síntoma principal de la Fibromialgia (dolor crónico) y respuestas emocionales de *ansiedad* y *depresión* (Dersh, Polatin, Gatchel, 2002; Fishbain, 2000; Kurtze y Svebak, 2005; Mayr, Hogler, Ghedina y Berek, 2003; Potter, Zautra y Reich, 2000). Las pacientes con Fibromialgia presentan trastornos de *ansiedad/depresión* en mayor proporción que población no clínica (Comeche-Moreno et al., 2010; Moix, 2005; Vallejo, Rivera, Esteve-Vives y Rodríguez-Muñoz, 2012; Van Houdenhove, 2010) y que otras poblaciones de dolor crónico (Ej. artritis reumatoide, osteoartritis) (Aaron et al., 1996, Hallberg y Carlson, 1998; Yunus, Ahles, Aldag y Masi, 1991; Zautra et al., 2005), con valores que oscilan entre 13%-74% y el 30%-80% respectivamente en algún momento de la enfermedad (Arnold et al., 2006; Bennet, 2002; Epstein et al., 1999; Fietta y Manganelli, 2007). Estas afectaciones no parecen ser la causa de la Fibromialgia, pero sí agravan los síntomas principales pudiendo dificultar el diagnóstico y empeorar el curso y evolución de la enfermedad (Katon, 1996; Pérez-Pareja et al, 2004; Revuelta, Segura y Paulino, 2010).

Mientras que una línea de investigación sostiene que percepción de dolor y el *distrés psicológico* (i.e. *ansiedad/depresión*) serían independientes y la sintomatología ansioso-depresiva sería una característica de un subgrupo de pacientes (Hall, 1982; Kurtze, Gundersen y Svebak, 1998; Thieme, Turk, y Flor, 2004; White, Nielson, Hart, Ostbye y Speechley, 2002), otra línea apuntaría a la interdependencia entre el grado de percepción de dolor y las respuestas emocionales (Affleck, Urrows, Tennen y Higgins, 1992; Bair, Robinson, Katon y Kroenke, 2003; McWilliams, Goodwin y Cox, 2004). En cualquier forma, altos niveles de *ansiedad* y *depresión* propondrían un peor pronóstico, ya que estos trastornos afectarían a la severidad de la Fibromialgia, incluida la interferencia del dolor en la vida diaria de las pacientes (Cuevas, 2010). En Fibromialgia, el *distrés psicológico* se ha presentado en mayores niveles que en otras enfermedades físicas crónicas como cáncer, dolor lumbar crónico o artritis reumatoide (Arnold, 2006; Bennett, 2002; Epstein et al., 1999) y se ha relacionado con mayor *impacto de la Fibromialgia* (Arnold, Keck y Weige, 2000; Petzke, Gracely, Park, Ambrose y Clauw, 2003), mayor “*impacto funcional*” (Walker et al., 1997), y mayor *catastrofismo* (Buenaver et al., 2008; García-Campayo et al., 2008; Martin et al., 1996).

4.3.COMPARACIÓN SOCIAL EN ENFERMEDAD Y DOLOR CRÓNICO. REVISIÓN DE ESTUDIOS.

La *comparación social* ha demostrado tener un papel significativo en enfermedad crónica, donde los recursos personales y la calidad de vida del paciente se encuentran amenazados de forma constante (Bennenbroek, Buunk, Van der Zee y Grol, 2002; Tennen, McKee y Affleck, 2000; Van der Zee, Buunk y Sanderman, 1996) y donde se ha visto que el uso y frecuencia de la comparación es mayor que en poblaciones sanas (Van der Zee, Buunk, De Ruiter, Templaar, Van Sonderen y Sanderman, 1996). A continuación revisaremos diferentes trabajos empíricos realizados con muestras de pacientes con dolor crónico, con el objetivo de describir el comportamiento de las dimensiones de *comparación social* en esta población y determinar qué tipo de relaciones se establecen entre la *comparación social* y las variables psicosociales, sociodemográficas y/o personales, así como la posible adecuación de los resultados al “Modelo de Identificación-Contraste” (Buunk e Ybema, 1997), prestando especial atención a aquéllos estudios realizados en población con Fibromialgia.

4.3.1. Procedimiento de búsqueda.

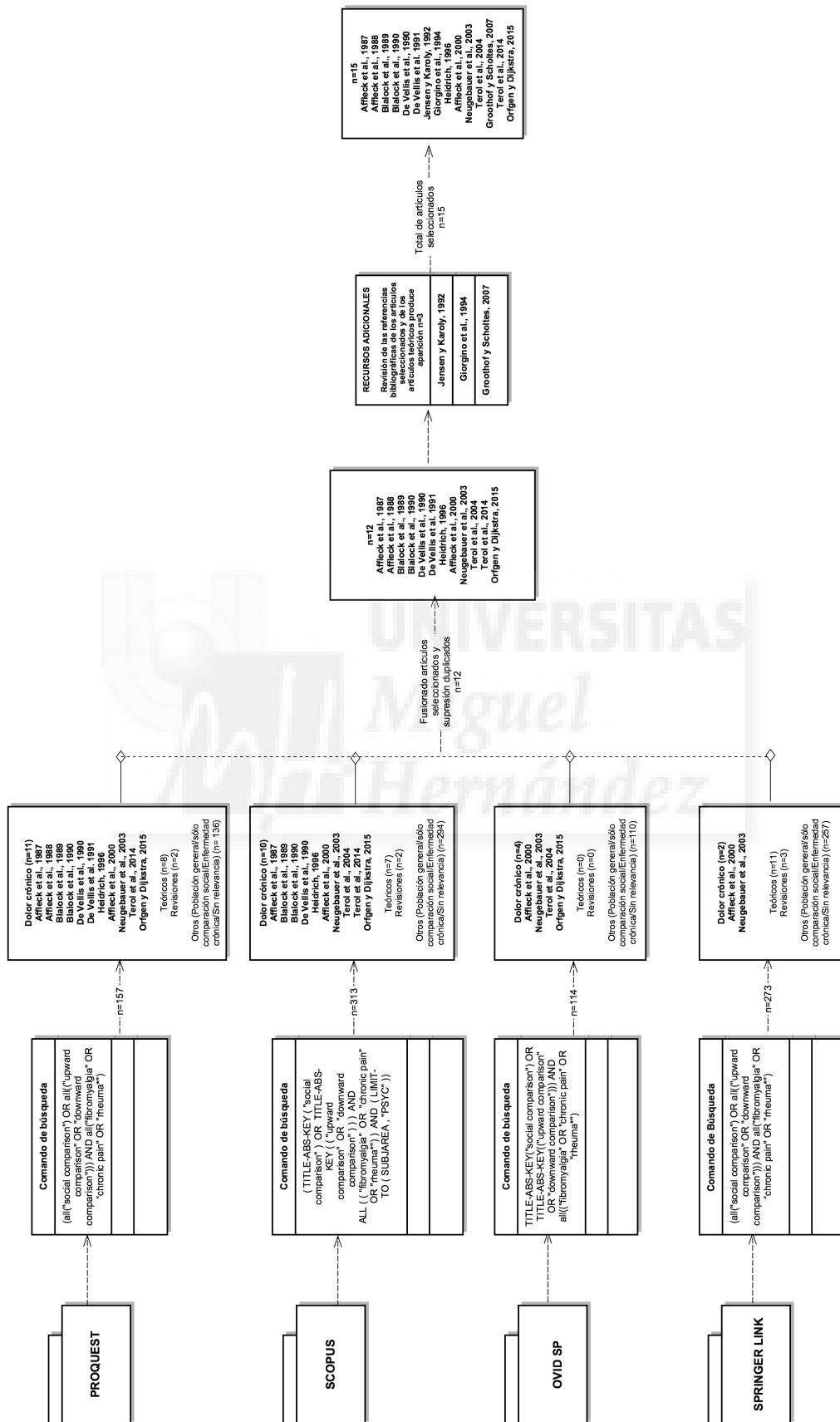
Se realizó una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos ProQuest, Scopus, OVID SP-Medline y Springer Link en este orden y sin acotar periodos. Los descriptores usados fueron: (*social comparison OR downward comparison OR upward comparison*) en los campos de búsqueda título, palabras clave y abstract, combinados con (*AND*) (*fibromyalgia OR chronic pain OR rheuma**) en los campos de búsqueda título, palabras clave, abstract y resto del texto. La elección de estos descriptores se justifica por el compromiso entre los criterios de especificidad y generalidad. Por una

parte, se pretendía acceder a todos los trabajos específicos en Fibromialgia, muestra de estudio esta tesis, pero incluyendo también los realizados en otras muestras de dolor crónico que comparten con la Fibromialgia la sintomatología y muestras mayoritariamente femeninas. La búsqueda se centró en muestras clasificadas de dolor crónico entre las que, generalmente se encuentra la Fibromialgia.

Tras la elección de descriptores, para cada base de datos el procedimiento de búsqueda fue el siguiente: a) búsqueda avanzada b) lectura de resúmenes y confirmación de la muestra de estudio c) supresión de artículos duplicados, teóricos o no centrados en población con dolor crónico o reumatológico d) por último, para cada artículo seleccionado y para los artículos de revisión, búsqueda manual en su lista de referencias bibliográficas para filtrar posibles recursos adicionales que no hubieran sido recabados en la búsqueda a través de las bases de datos. Así, otros artículos cuyos descriptores no habían reflejado los señalados por nosotros, siendo más específicos o sinónimos (Ej. de descriptores de los recursos adicionales: *arthritis*, *comparative*, *self-evaluation*) fueron incluidos. Entre ellos, la artritis, como enfermedad reumática, se mostró como una de las muestras más estudiadas y prevalentes en dolor crónico junto a la Fibromialgia.

Para el total de bases de datos, unificando los resultados de búsqueda (n=857), tras el refinamiento de la búsqueda y la supresión de: a) artículos duplicados, b) aquellos artículos que no trataban dolor crónico, enfermedad reumatológica o Fibromialgia o evalúan la *comparación social* en otras poblaciones, c) revisiones (n=3) y d) artículos teóricos (n=11), seleccionamos 12 artículos. Además se añadieron 3 trabajos procedentes de la utilización de recursos adicionales. De modo que, finalmente, han sido 15 los trabajos empíricos seleccionados (**n=15**). Puede consultarse un detalle del flujo de búsqueda y resultados de la misma en la figura 2.

Figura 2. Procedimiento de búsqueda revisión de estudios empíricos.



4.3.2. Terminología y estructura de presentación de datos.

Para la exposición de los estudios empíricos revisados, en primer lugar llevamos a cabo un análisis previo de la terminología utilizada para la evaluación y descripción de los resultados de la *comparación social*. Con el fin de simplificar y homogeneizar la diversidad metodológica y nomenclaturas utilizadas por los distintos autores, se ha considerado fundamental adecuar la terminología teniendo como marco de referencia el modelo propuesto en esta tesis: el “Modelo de Identificación-Contraste” (Buunk e Ybema, 1997). Esto se realizó mediante un siguiendo tres fases: a) identificar los procesos y dimensiones de la comparación (Ej. **dirección** e **interpretación**) utilizada en el estudio, b) concretar las relaciones de la *comparación social* con otras variables (personales, psicosociales y de resultados de salud, entre otras) desde el marco del “Modelo de Identificación-Contraste” (Buunk e Ybema, 1997) y c) mostrar la equivalencia terminológica entre los diferentes estudios según el modelo mencionado atendiendo a sus estrategias y dimensiones. Éstas son: a) Estrategias: *comparación ascendente de identificación (CSAI)*, *comparación ascendente de contraste (CSAC)*, *comparación descendente de identificación (CSDI)* y *comparación descendente de contraste (CSDC)*, b) **referentes**: otros con problemas de salud similares, con problemas de salud diferentes, sin problemas de salud, y 3) **contenidos**: referidos a síntomas, estado de ánimo y actividad física. En la Tabla 2 se detalla el proceso de equivalencia terminológica y metodológica realizada conforme al modelo.

Tabla 2. Comparación social en dolor crónico. Adecuación de términos de acuerdo al modelo de identificación-contraste (Buunk e Ybema, 1997)

Estudio	Variable	Ejemplo de ítem	Variable
Affleck et al., 1987 Blalock et al., 1990	Comparación ascendente favorable	-	Modelo identificación-contraste
Heidrich, 1996	Evaluación favorable de comparación ascendente Comparación ascendente positiva	How compare yourself with someone better off than you in coping made you feel good about yourself? How compare yourself with someone better off than you in managing health care made you feel good about yourself? How often do you compare yourself with someone better off than you?	CSAI (comparación ascendente de identificación)
Affleck et al., 1987 Neugebauer et al., 2003	Comparación ascendente desfavorable Evaluación desfavorable de comparación	-	CSAC (comparación ascendente de contraste)
Affleck et al., 1987 Blalock et al., 1989 Jensen y Karoly,1992	Comparación descendente desfavorable	-	CSDI (comparación descendente de identificación)
Affleck et al., 1987 Blalock et al., 1989 Neugebauer et al., 2003	Comparación descendente favorable	-	
Affleck et al., 1988	Visión descendente favorable comparada/ Percepción descendente favorable comparada	-	
Blalock et al., 1990	Comparación descendente de automejora	-	
De Vellis et al., 1990 Jensen y Karoly, 1992 Giorgino et al., 1994 Affleck et al., 2000	Comparación descendente	-	CSDC (comparación descendente de contraste)
De Vellis et al., 1991	Comparación descendente de automejora	-	
Heidrich, 1996	Evaluación favorable de comparación descendente Comparación descendente positiva	How compare yourself with someone worse off than you in coping made you feel good about yourself)? How compare yourself with someone worse off than you in managing health care made you feel good about yourself? How often do you compare yourself with someone worse off than you?	

Tabla 2. Comparación social en dolor crónico. Adecuación de términos de acuerdo al modelo de identificación-contraste (Buunk e Ybema, 1997)

Blalock et al., 1989	Preferencia de comparación	If given the choice, which of the following targets would you prefer?	
De Vellis et al., 1990	Elecciones de información	To what extent does the typical patient with arthritis suffer from a lot of pain? To what extent does the typical patient with arthritis get support from family and friends?	Referente
Blalock et al., 1989 Blalock et al., 1990 De Vellis et al., 1990	Referentes ascendentes (Personas sanas. Consideradas en estos estudios como comparación ascendente)	-	Referentes sin problemas de salud
Blalock et al., 1989	Referentes descendentes (Otros pacientes con artritis reumatoide. Considerados en este estudio como comparación descendente)	When you are having trouble performing these activities (i.e., illness-affected activities), how often do you think about other people with reumathoid arthritis?	
Blalock et al., 1990		When you have difficulty performing X, how often do you think about other people with RA?	Referentes con problemas de salud similares (mismo diagnóstico)
De Vellis et al., 1990		-	
Blalock et al., 1990	Similitud	-	Interpretación (Identificación)
Blalock et al., 1990	Disimilaridad	-	Interpretación (Contraste)
Los estudios Terol et al., (2004), Groothof y Scholtes (2007), Terol et al., (2014) y Orfgen y Dijkstra (2015) utilizan idéntica nomenclatura a esta tesis y al modelo de Identificación y Contraste (Buunk e Ybema, 1997)			

A continuación, y una vez concluido el estudio de la terminología se procedió a estructurar la presentación de los resultados como sigue: en primer lugar, una breve introducción de las características de los estudios revisados, para continuar con un segundo punto sobre la descripción de los procesos y dimensiones de la *comparación social* evaluados en los estudios (frecuencia, **dirección e interpretación, referentes, contenidos** y estrategias que resultan de la combinación de todas ellas). En tercer lugar, expondremos la evaluación de la comparación en función de determinadas variables psicosociales. Por una parte sociodemográficas, clínicas y personales. Por otra parte, las relaciones con los “resultados de salud, impacto de la enfermedad y ajuste Psicológico”. Finalmente y en cada uno de los apartados se describirán aquellos estudios sobre muestras de Fibromialgia.

4.3.3. Resultados

4.3.3.1. Características de los estudios revisados.

Los estudios abarcan investigaciones desde 1987 hasta la 2015. Ocho trabajos (53%) se han realizado con pacientes de artritis reumatoide, mientras que el resto de muestras representadas son: cuatro estudios con pacientes de Fibromialgia (Affleck, Tennen, Urrows, Higgins y Abeles, 2000; Groothof y Scholtes, 2007; Terol, Neipp, Sánchez, Pastor y López-Roig, 2004; Terol, Lledó, Quiles y Martín-Aragón, 2014), un estudio con enfermos de osteoartritis y dos con muestras mixtas (dolor lumbar crónico, dolor en extremidades, cervical, etc.). Ocho de los trabajos presentan muestras ≤ 100 sujetos participantes, cinco estudios tienen muestras que oscilan entre los 102-151 participantes y solo dos trabajos utilizan muestras ≥ 200 pacientes (Giorgino et al., 1994; Neugebauer, Katz y Pasch, 2003). En cuanto a los cuatro estudios realizados en pacientes con Fibromialgia la muestra oscila entre 88 y 139 pacientes (Ver tabla 3).

Tabla 3. Comparación social en dolor crónico. Revisión de estudios.

Estudio	Año	Población	n	Metodología	Evaluación CS	Tipo de evaluación CS	Variables Clínicas y Psicosociales	Resultados
Affleck et al.	1987	Artritis reumatoide	129	Correlacional - Transversal	Dirección Contenido	Entrevista no estructurada	Síntomas RADAR	La mayoría de los pacientes utilizaban comparaciones descendentes (CSDC).
							Estado de salud (Estado funcional y emocional)	- Mayor frecuencia de comparaciones descendentes favorables (CSDC) (M = 2.25, DT=.74) - El más frecuente contenido de comparación es la severidad de la enfermedad (12.6%)
							Estado funcional MHAQ	Pacientes con menor tiempo desde diagnóstico realizaban mayor número de comparaciones favorables (CSDC) sobre severidad de la enfermedad-síntomas (r=-.22;p<.05)
							Estado de ánimo POMS-B7	Más frecuencia de comparaciones favorables (CSDC) en torno al contenido ajuste a la enfermedad, relacionadas con mejor estado físico (r=.21; p<.05)
							Ajuste psicosocial GAIS	- Más frecuencia de comparaciones descendentes (CSDC) en torno al contenido severidad de la enfermedad. - Mayor uso de comparaciones descendentes (CSDC) se relacionan con un mejor ajuste psicosocial (síntomas: r=.32; p<.01) y mejor estado físico (r=.54; p<.01), pero no con un mejor estado de ánimo.
Affleck et al.	1988	Artritis reumatoide	62	Correlacional-Transversal	Dirección Contenido	Entrevista estructurada. Preguntas abiertas Social Comparison Questionnaire-SCQ	Síntomas RADAR	- Relacion positiva (+): CSDC / Estado funcional (r=.21; p<.05) - Relación positiva (+): CSDC / Ajuste psicosocial (Síntomas: r=.32; p<.01) - Relación inversa (-): CSDC / Tiempo desde diagnóstico (r=-.22;p<.05)
							Estado físico/funcional MHAQ	Preferencia por comparaciones descendentes con otros pacientes con artritis (referentes con problemas de salud similares) en cuanto a dificultades funcionales, pero preferencia con otros referentes sin problemas de salud respecto al desempeño diario.
							Ajuste psicosocial GAIS	- Las preferencias no se relacionaron con el bienestar subjetivo. - Mayor uso de comparaciones descendentes (CSDC) se relacionan con un mejor estado físico (r=.36; p<.05)
								Las comparaciones sobre estado funcional no fueron factor predictivo en el ajuste psicosocial de las pacientes (F(1,65) = 2.06; p=n.s.)
								Los pacientes que expresaron visiones más favorables en cuanto a actividad fueron valorados con mejor ajuste psicosocial (F(1,67) = 2.08; p<.05)
								Pacientes con más severidad funcional se percibían peor que otros pacientes.
								Pacientes con menor tiempo desde diagnóstico realizaban mayor número de comparaciones favorables (CSDC) (síntomas: r=-.25;p<.05; estado funcional: r=-.23;p<.05)
								15% comparaciones espontáneas
								Relacion positiva (+): CSDC / Estado funcional (r=.36; p<.05)
								Relacion positiva (+): CSDC / Ajuste psicosocial (F(1,67) = 2.08; p<.05)

Tabla 3. Comparación social en dolor crónico. Revisión de estudios.

									Relación inversa (-): CSDC / Tiempo desde diagnóstico (síntomas: r=-.25;p<.05; estado funcional: r=-.23;p<.05)
Blalock et al.	1989	Artritis reumatoide	75	Cuasi-experimental Transversal Reacción	Dirección Contenido Preferencia entendida como referentes	Items ad-hoc	Ajuste psicológico: (depresión CES-D Autoestima SES Satisfacción vital SWLS Afecto positivo GPA) Habilidad percibida Satisfacción con la habilidad AD-HOC		Preferencia por referentes descendentes (referentes con problemas de salud similares) (62%). Mayoría de pacientes se comparan con otros enfermos de artritis, frente a otros sin problemas de salud (38%)
									Preferencias de comparación variaban según el contexto, contenido y situación de comparación. Preferencia por comparaciones descendentes con otros pacientes con artritis (referentes con problemas de salud similares) en cuanto a dificultades funcionales, pero preferencia por referentes sin problemas de salud respecto al desempeño diario y la consecución de metas ($\chi^2=36.5$; $p<.001$)
									Las preferencias se relacionaron con mayor satisfacción con la funcionalidad que se relacionaba con mejor ajuste psicológico.
									Mayor frecuencia de comparaciones descendentes (con otros pacientes con problemas de salud similares, CSDC) se asociaba con mayor afecto positivo ($r=-.25$; $p<.05$) y menor depresión ($r=-.23$; $p<.05$)
									Mayor uso de comparación ascendente (CSAI) se relacionaba con mayor satisfacción con la funcionalidad ($F(1,71) = 4.72$; $p<.05$) Sin embargo, la comparación social no era predictora del ajuste psicológico.
									No hay diferencias en uso de comparación en cuanto a tiempo de evolución de la enfermedad.
									Relación positiva (+): CSDC / Afecto positivo ($t=-.25$; $p<.05$)
									Relación inversa (-): CSDC / Depresión ($r=-.23$; $p<.05$)
									Relación psoitiva (+): CSAI / Satisfacción con la funcionalidad $F(1,71) = 4.72$; $p<.05$
									Se producían comparaciones no solicitadas y espontáneas.
Blalock et al.	1990	Artritis reumatoide	72	Correlacional-Transversal Narrativo	Dirección Similitud entendida como dirección (referentes)	Entrevista semiestructurada	Funcionamiento físico (actividades vida diaria, actividades de hogar, destreza, movilidad, actividad física) Subescalas AIMS		Se realizan con misma frecuencia comparaciones ascendentes (35.7%) y descendentes (35.2%)
									El uso de comparaciones ascendentes favorables (cuando el sujeto veía similitudes con el referente, CSAI) se relaciona con mejor ajuste psicológico.
									72% realizaba comparaciones espontáneas
									63.9% de comparaciones sobre referentes con misma enfermedad son de contraste
									67.7% de comparaciones sobre referentes sanos son de contraste
									Relacion positiva (+): CSAI /Ajuste psicológico ($F(1,28) = 6.10$; $p < .02$)

Tabla 3. Comparación social en dolor crónico. Revisión de estudios.

De Vellis et al.	1990	Artritis reumatoide	71	Estudio de campo- Transversal Narrativo Selección	Dirección Contenido Referentes	Cuestionario 12 ítems ad-hoc Entrevista estructurada 10 situaciones de selección (referente en mejor o peor situación)	Severidad de síntomas (intensidad, duración, frecuencia del dolor y rigidez) AIMS	• Se eligen con mayor frecuencia referentes descendentes (en peor situación que la persona) que referentes ascendentes (en mejor situación que la persona). Porcentajes oscilan entre 87.1 ($\chi^2=34.13$; $p<.05$) y 95.2% ($\chi^2=51.57$; $p<.05$). • Sin embargo, los pacientes hicieron significativamente más comparaciones ascendentes en los ítems referidos a búsqueda de información. Porcentajes oscilan entre 76.5% ($\chi^2=19.06$; $p<.05$) y 90.9% ($\chi^2=44.18$; $p<.05$). • Elección de dirección no se asoció con afecto negativo (n.s.) • Mayor preferencia de comparación descendente relacionada con mayores niveles de afecto negativo (mayor depresión y menor autoestima). Estadísticos F oscilan entre (F(1,58) = 4.73; $p<.05$) y (F(1,62) = 9.27; $p=.004$) • Relación positiva (+): Niveles de afecto negativo / CSDC (mayor depresión y menor autoestima relacionados con mayor uso de CSDC). Estadísticos F oscilan entre (F(1,58) = 4.73; $p<.05$) y (F(1,62) = 9.27; $p=.004$)	
De Vellis et al.	1991	Artritis reumatoide	72	Cuasi-experimental- Transversal Selección-Reacción	Dirección Referentes	Cuestionario ad-hoc	Afecto global Afrontamiento (como conenido) Severidad de la enfermedad (síntomas) AD-HOC	• Se producen comparaciones inevitables/forzadas ante la presencia de referentes con condición 1. Buen afrontamiento. 2. Pobre afrontamiento. 3. Menos severidad de la enfermedad 4. Más severidad de la enfermedad. • En cuanto afrontamiento, en comparaciones directas, los sujetos se percibían con mejor afrontamiento que referentes ascendentes y descendentes. Sin embargo, en comparaciones indirectas, los sujetos calificaban su afrontamiento como mejor al de referentes descendentes, pero inferior al de referentes ascendentes. • Estos pacientes generaban mayor número de comparaciones ascendentes respecto a referentes que afrontaban eficazmente y mayor número de comparaciones descendentes respecto a referentes que afrontaban peor. • En cuanto a severidad de la enfermedad, no se observó este patrón y no hubo diferencias. • Comparación directa sobre afrontamiento (F(1,68) = 11.41; $p<.002$) • Comparación directa sobre severidad de la enfermedad (F(1,67) = 17.85; $p<.001$) • Comparación indirecta sobre afrontamiento (F(1,67) = 26.63; $p<.0001$) • Diferencia comparación directa vs. indirecta sobre buen afrontamiento (t(35) = 4.19; $p<.0002$) • Diferencia comparación directa vs. indirecta sobre mal afrontamiento (t(35) = -1.97; $p<.06$)	
Jensen y Karoly	1992	Muestra mixta	118	Transversal Narrativo	Dirección Contenido Frecuencia	Entrevista semiestructurada	Afecto depresivo CES-D	• Tiempo desde el diagnóstico o tiempo con dolor no se relacionaban con la frecuencia de la comparación social en general. • Sin embargo, grupo con diagnóstico más reciente utilizaba mayor número de comparaciones descendentes favorables (CSDC) • Pacientes con mayor percepción de control, efectuaba comparaciones más favorables. • Mayor uso de comparación descendente favorable (CSDC) se relacionaba con menos síntomas depresivos. Esta relación era mayor para aquellos con tiempo desde diagnóstico menor a 5 años. • Pacientes que realizaban descendentes desfavorables (CSDI) se relacionaban con mayor afecto depresivo	
							Intensidad del dolor Percepción de control sobre el dolor SOPA		

Tabla 3. Comparación social en dolor crónico. Revisión de estudios.

Giorgino et al.	1994	Artritis reumatoide	235	Transversal Reacción- Narrativo	Dirección Contenido Frecuencia	Items ad-hoc	Severidad de la enfermedad (síntomas) Discapacidad Habilidad percibida Afrontamiento	Los pacientes realizaban mayor número de comparación descendente cuando fijaban metas en cuanto al manejo del dolor que cuando se fijaban metas en actividades funcionales.
Heidrich	1996	Osteoartritis	102	Cuasi- experimental- Transversal Narrativo	Dirección Contenido Evaluación emocional de la CS (me siento bien/me siento mal)	Entrevista estructurada Social Comparison Scale	Impacto funcional (Actividades vida diaria y actividades instrumentales) OARS ADL Síntomas AD-HOC Tiempo desde diagnóstico AD-HOC Severidad y cronicidad enfermedad Percepción de la enfermedad AD-HOC Bienestar psicológico: (Depresión CES-D Autoestima SES Relaciones con otros)	- Mayor frecuencia de comparaciones descendentes positivas (CSDC) (M = 2.36, DT = 81) - Tanto comparaciones ascendentes (CSAI) como descendentes (CSDC) se relacionaban con mejor bienestar psicológico. - Evaluación favorable de comparaciones ascendentes (CSAI) se relacionaban con mayor bienestar psicológico. - Comparaciones ascendentes de identificación (CSAI) → Mayor bienestar psicológico: varianza explicada entre el 5% y el 13% (p < .05) - Comparaciones descendentes de contraste (CSDC) → Mayor bienestar psicológico: varianza explicada entre el 4% y el 19% (p < .05) - Evaluación favorable de comparaciones descendentes (CSDC) se relacionaban con menores niveles de depresión (varianza explicada 4%, p < .05) - Relación positiva (+): CSAI / Bienestar psicológico (p < .05) - Relación positiva (+): CSDC / Bienestar psicológico (p < .05) - Relación inversa (-): CSDC / Depresión (p < .05)
Affleck et al.	2000	Fibromialgia	89	Correlacional- Longitudinal Narrativo	Dirección	Items ad-hoc	Dolor percibido Estado de ánimo Calidad de sueño Fatiga AD-HOC	- Comparaciones descendentes (CSDC) más frecuentes en días que comenzaban con menor dolor percibido (F(1,2513) = 7.08; p<.01) y mejor estado de ánimo (F(1,2513) = 6.28; p <.001) - Mejoras en el estado de ánimo se relacionaban con mayor frecuencia de comparación descendente (CSDC) (F(1,2476) = 4.01; p<.05) - No se encontraba correlación entre CSDC y niveles generales de dolor (r=-.07;p=n.s.) - Mayor frecuencia de CSDC se relacionaba con mejor estado de ánimo (r=.31;p<.05) - No correlación CSDC / Niveles generales dolor - Relación inversa (-): Dolor / CSDC (F(1,2513) = 7.08; p<.01) - Relación positiva (+): CSDC / Mejor estado ánimo (r=.31; p<.05)
Neugebauer et al.	2003	Artritis reumatoide	376	Longitudinal	Dirección Contenido	11 Items ad-hoc	Estado funcional- Impacto funcional HAQ Satisfacción con el estado físico	- Pacientes con mayor impacto funcional utilizaban con mayor frecuencia comparación ascendente desfavorable (CSAC) (β=-.441;p<.01) - Un mayor impacto funcional (β=-.203;p<.001) y un mayor número de evaluaciones desfavorables de comparación (CSAC)(β=-.156;p<.05) se relacionan con menor satisfacción con el estado físico (β=-.532; p<.001) y éste con un mayor número de síntomas depresivos.

Tabla 3. Comparación social en dolor crónico. Revisión de estudios.

Terol et al.	2004	Fibromialgia	139	Transversal Correlacional Narrativo	Dirección Interpretación Orientación a la CS	Para dirección e interpretación: Escala de Comparación Social en la Enfermedad Para orientación: INCOM	Afrontamiento CEA Percepción de estrés EAE Ajuste global y calidad de vida PAIS Distrés psicológico HAD	SAWS Depresión S-GDS	• Discapacidad física y comparaciones desfavorables mediaban el efecto del estado funcional en la satisfacción con el estado físico. • Pacientes con mayores niveles de depresión se relacionaban con mayor frecuencia comparación ascendente desfavorable (CSAC) (1997: r=.49, p<.001, 1998: r=.38; p<.001) • Relación positiva (+): Impacto funcional / CSAC (β=.441;p<.01) • Relación inversa (-): CSAC / Satisfacción con el estado físico (β=-.156;p<.05) • Relación positiva (+): CSAC / Depresión (1997: r=.49, p<.001, 1998: r=.38; p<.001)
									• La estrategias más utilizada es la comparación social descendente de contraste (CSDC), utilizada con motivación de auto-mejora. • Pacientes con Fibromialgia utilizan con mayor frecuencia estrategias evitativas de afrontamiento. • Estrategias desfavorables (CSAC y CSDI) se relacionaban con estrategias evitativas de afrontamiento, mayor percepción de estrés, mayor distrés psicológico y peor ajuste global • Estrategias favorables (CSAI y CSDC) se relacionaban con menor percepción de estrés. CSAI se relacionaba con menor depresión y mejor ajuste social. • CSAI (M = 9.02 , DT = 4.25) • CSAC (M = 7.83, DT = 3.89) • CSDI (M = 9.12 , DT = 4.05) • CSDC (M = 9.71 , DT = 3.41) • Relación inversa (-): CSAI/Percepción de estrés (r=-0.32; p<.01) • Relación positiva (+): CSAC/Percepción de estrés (r=0.27; p<.01) • Relación positiva (+): CSDI/Percepción de estrés (r=0.30; p<.01) • Relación inversa (-): CSDC/Percepción de estrés (r=-0.20; p<.01) • Relación positiva (+): CSDC/Contabilización de ventajas (r=.18; p<.05) • Relación inversa (-): CSDI/Pensamientos positivos (r=-.21; p<.05) • Relación positiva (+): CSAC/Culpar a otros (r=.18; p<.05) • Relación positiva (+): CSAC/Pensamientos desiderativos (r=.26; p<.01) • Relación positiva (+): CSDI/Pensamientos desiderativos (r=.29; p<.01) • Relación positiva (+): CSDI/Ansiedad (r=.25; p<.01) • Relación inversa (-): CSAI/Depresión (r=-.19; p<.05) • Relación positiva (+): CSAC/Depresión (r=.18; p<.05) • Relación positiva (+): CSDI/Depresión (r=.25; p<.01) • Relación positiva (+): CSDI/Distrés psicológico (r=.28; p<.01) • Relación inversa (-): CSAC/Ajuste global (r=-.29; p<.01) • Relación inversa (-): CSDI/Ajuste global (r=-.27; p<.01)
Groothof y Scholtes	2007	Fibromialgia	88	Transversal Correlacional Narrativo	Dirección Interpretación Orientación a la CS	Para dirección e interpretación: Escala de Comparación Social en la Enfermedad Para orientación: INCOM	Afecto negativo AD-HOC		• Pacientes con alta orientación a la CS se comparan en mayor medida que otras muestras. • Pacientes con tendencia a usar comparaciones descendentes de identificación (CSDI) sufrían mayor afecto negativo.
Terol et al.	2014	Fibromialgia	92	Transversal Correlacional	Dirección Interpretación	Para dirección e interpretación: Escala de	Autoestima SES		• Relación positiva (+): CSDI/afecto negativo (r=.36;p<.001) • Una mayor frecuencia de uso de comparación social ascendente de contraste (CSAC) y comparación social ascendente de identificación

Tabla 3. Comparación social en dolor crónico. Revisión de estudios.

Narrativo			Orientación a la CS	Comparación Social en la Enfermedad Para orientación: INCOM	Neuroticismo EPQ-R Calidad de vida GSHQ Distrés psicológico HAD	(CSDI) mostraba relaciones con peor calidad de vida y peor autoestima. - Una mayor frecuencia de uso de CSAC y CSDI mostraba relaciones con mayores niveles de neuroticismo. - Una mayor frecuencia de Comparación social ascendente de identificación (CSAI) y Comparación social ascendente de contraste (CSDC) no mostraba relaciones con neuroticismo, autoestima y calidad de vida. - Relación inversa (+): CSAC/Autoestima ($r=-.19$; $p<.05$) - Relación positiva (+): CSAC/Neuroticismo ($r=.42$; $p<.01$) - Relación positiva (+): CSDI/Neuroticismo ($r=.32$; $p<.01$) - Relación inversa (-): CSAC/Estado de salud percibido ($r=-.38$; $p<.01$) - Relación inversa (-): CSDI/Estado de salud percibido ($r=-.30$; $p<.01$) - Relación inversa (-): CSAC/Calidad de vida ($r=-.45$; $p<.01$) - Relación inversa (-): CSDI/Calidad de vida ($r=-.21$; $p<.01$)
Orfgen y Dijkstra	2015	Muestra mixta (dolor de cabeza, dolor lumbar crónico, dolor en extremidades)	141 Transversal Narrativo	Dirección Interpretación Escala de Comparación Social en la Enfermedad	Aceptación del dolor CPAQ-D	- Un menor uso de Comparación social ascendente de contraste (CSAC) se relaciona con una mayor aceptación del dolor en sus tres escalas. - Comparación social descendente de contraste (CSDC) no se relacionó con aceptación del dolor en ninguna de sus tres escalas. - Comparación social ascendente de identificación (CSAI) de forma positiva, y comparación social ascendente de contraste (CSAC) y descendente de identificación (CSDI) de forma inversa predicen la aceptación del dolor en sus distintas escalas. - Mayor uso de CSAI, junto a menor uso de CSAC y CSDI mostraba mayores niveles de aceptación del dolor en su dimensión afectiva - Un menor uso de CSAC y CSDI mostraba mayores niveles escala de intentar evitar el dolor e intentar controlar el dolor. - CS/Subescala compromiso con la actividad ($R^2=.19$8) - Relación positiva (+): CSAI/Subescala compromiso con la actividad ($\beta=.020$; $p<.05$) - Relación inversa (-): CSAC/Subescala compromiso con la actividad ($\beta=.034$; $p<.001$) - CS/Subescala disposición ante el dolor ($R^2=.22.1$) - Relación inversa (-): CSAC/Subescala disposición ante el dolor ($\beta=.027$; $p<.05$) - Relación inversa (-): CSDI/Subescala disposición ante el dolor ($\beta=.022$; $p<.05$) - CS/Subescala aceptación afectiva del dolor ($R^2=.27.1$) - Relación positiva (+): CSAI/Subescala aceptación afectiva del dolor ($\beta=.017$; $p<.05$) - Relación inversa (-): CSAC/Subescala aceptación afectiva del dolor ($\beta=.033$; $p<.001$) - Relación inversa (-): CSDI/Subescala aceptación afectiva del dolor ($\beta=.021$; $p<.05$)

AIMS: Arthritis Impact Measurement Scale (Meenan et al., 1980); CEA: Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Rodríguez-Marin, Terol, López-Roig y Pastor, 1992); CES-D: Center for Epidemiological Studies (Ratloff, 1977); CPAQ-D: Chronic pain Acceptance Questionnaire (McCracken, 1998; adaptación de Nilges et al., 2007); CSAC: Comparación social ascendente de contraste; CSAI: Comparación social ascendente de identificación; CSDC: Comparación social descendente de identificación; EAE: Escala de Apreciación del Estrés (López-Roig, Terol, Pastor, Rodríguez-Marin y Sanchez, 1993); Escala de Comparación Social en la Enfermedad (van Der Zee et al. 1999); EPQ-R: Neuroticism subscale from the Eysenck Personality Questionnaire-Revised (Eysenck y Eysenck, 2001); GAIS: Global Adjustment to Illness Scale (Derogatis et al., 1975); GSHQ: General State of Health and Quality of Life; GPA: General Positive Affect Subscale. MHI Mental Health Inventory (Veit y Ware, 1983); GWBS: General Well-Being Scale (Dupuy, 1984); HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond y Snaith, 1983; adaptación de Terol et al., 2007); HAQ: Health Assessment Questionnaire (Fries et al., 1980); INCOM: Escala General de Orientación a la Comparación Social (Gibbons y Buunk 1999); MHAQ: Multidimensional Health Assessment Questionnaire (Pincus et al., 1983); OARS ADL: Activities Daily-Life (Fillenbaum, 1988); PAIS: Psychosocial Adjustment to Illness Scale (Derogatis, 1986; adaptación de Neipp, 2005); POMMS-B7: Profile of Mood States (Lorr et al., 1982); RADAR: Rapid Assessment of Diseases Activity in Rheumatology (Mason et al., 1986); S-GDS: Geriatric Depression Scale (Sheikh y Yesavage, 1987); SCQ: Social Comparison Questionnaire (Affleck et al., 1988); SAWS: Satisfaction with Abilities Scale (Katz y Alfieri, 1997); SES: Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1975); Social Comparison Scale (Heidrich y Ryff, 1993); SOPA: Pain control Scale. Survey of Pain Attitudes (SOPA, Jensen et al., 1987).

De la **muestra** y en cuanto al *sexo*, del total de investigaciones, ocho (53%) se realizaron con muestras de mujeres (Affleck, Tennen, Pfeiffer y Fifield, 1988; Blalock, De Vellis y De Vellis, 1989; De Vellis et al., 1991, Heidrich, 1996; Affleck et al., 2000; Groothof y Scholtes, 2007; Terol et al., 2004; Terol et al., 2014) y el resto contaban con altos porcentajes de mujeres que oscilan entre el 60% (Orfgen y Dijkstra, 2015) y el 82% (Neugebauer, Katz y Pasch, 2003). Respecto a la *edad* de las pacientes, los trabajos que informan de ello (n=11), refieren medias que oscilan entre 49.14 y 59.7 años (rango: 16-89), destacando el trabajo en osteoartritis, con media de edad de 73.

En el caso de los estudios de Fibromialgia (n=4), todos presentaban muestras exclusivamente femeninas. La edad media se sitúa en 51.1 años. (Ver tabla 4).

Tabla 4. Comparación social en dolor crónico. Distribución muestra hombres – mujeres y edad media

Autor	n	% Hombres	% Mujeres	Rango-edad	Edad media
Affleck et al, 1987	129	32.6	67.4	20-65	50.46
Affleck et al., 1988	62	0	100	20-65	51.11
Blalock et al., 1989	75	0	100	-	-
Blalock et al., 1990	72	27.1	72.9	-	52
De Vellis et al., 1990	71	39	61	19-70	55
De Vellis et al., 1991	72	0	100	-	-
Jensen y Karoly, 1992	118	32	68	-	49.14
Giorgino et al., 1994	235	21.8	78.2	16-89	-
Heidrich, 1996	102	0	100	60-74	73
Affleck et al, 2000	89	0	100	-	-
Neugebauer et al., 2003	376	18	82	-	59.7
Terol et al., 2004	139	0	100	-	51.1
Groothof y Scholtes, 2007	88	0	100	-	-
Terol et al., 2014	92	0	100	-	51
Orfgen y Dijkstra, 2015	141	39.7	60.3	-	51.8

En cuanto a las **características y diseño de los estudios**, de los 15 trabajos, 13 presentaban estudios de corte transversal, y sólo dos son longitudinales (Affleck et al., 2000; Neugebauer, Katz y Pasch, 2003). Cuatro de los artículos tenían un diseño cuasi-experimental (Blalock et al., 1989; De Vellis et al., 1990; De Vellis et al., 1991; Heidrich, 1996) y el resto (n=11) correlacional. En cuanto a la forma de evaluar los procesos de *comparación social*, hasta el año 2003 los trabajos han utilizado ítems o escalas *ad hoc* (Affleck et al., 2000; Blalock et al., 1989; De Vellis et al., 1990; De Vellis et al., 1991; Heidrich, 1996; Giorgino et al., 1994; Neugebauer, Katz y Pasch, 2003) y entrevistas semiestructuradas (Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fifield y Rowe, 1987; Affleck et al., 1988; Blalock, Afifi, DeVellis, Holt y DeVellis, 1990; Jensen y Karoly, 1992), a excepción de Heidrich (1996) que usaba una escala propia. Desde el año 2004, las investigaciones revisadas han utilizado escalas validadas (Groothof y Scholtes, 2007; Terol et al., 2004; Terol et al., 2014; Orfgen y Dijkstra, 2015) y en concreto la “Escala de *Comparación Social* en los Procesos de Enfermedad” (van der Zee et al., 1999; Adaptación española de Terol et al., 2007, 2014) (Ver tabla 3). Así, siguiendo la clasificación de Wood (1996), en dolor crónico para evaluar la *comparación social* se han diseñado ítems y situaciones experimentales que han utilizado: a) métodos de selección donde se manipula el **contenido** (Ej. Síntomas, afrontamiento de la enfermedad), la **dirección** y/o los **referentes** (Ej. en mejor o peor situación), eligiendo los participantes la información que desean recibir (Ej. De Vellis et al., 1990) b) métodos de reacción, que analizan la respuesta involuntaria de las personas ante una comparación (Ej. Blalock et al., 1989; De Vellis et al., 1991) y c) métodos narrativos que recurren a la información que dan los mismos participantes sobre comparaciones en su vida diaria, si se comparan o no, con quien, con qué frecuencia, sobre qué ámbitos,

etc. (Affleck et al., 2000; Groothof y Scholtes, 2007; Terol et al., 2004; Terol et al., 2014; Orfgen y Dijkstra, 2015; entre otros).

En el caso de los estudios con Fibromialgia (n=4), este último es el método utilizado incorporando desde 2004 tres de ellos escalas validadas (Groothof y Scholtes, 2007; Terol et al., 2004; Terol et al., 2014).

4.3.3.2. Procesos y dimensiones de comparación social.

Respecto a los procesos de *comparación social*, en cuanto a la **frecuencia** de comparación (número de ocasiones en que la comparación se produce), en todas las muestras es elevada (Affleck et al., 2000; Blalock et al., 1990; De Vellis et al., 1990; Groothof y Scholtes, 2007; Neugebauer, Katz y Pasch, 2003; Terol et al., 2004; entre otros). Por ejemplo, entre los que utilizaron entrevistas semiestructuradas se producía una media de 2.65 comparaciones por persona en entrevistas de 75 minutos (Blalock et al., 1989). En cuanto a los trabajos que utilizaban escalas de comparación *ad-hoc*, por ejemplo, Neugebauer, Katz y Pasch, (2003) obtiene una media de 4.39 (DT = 3.37, rango: 0-11) comparaciones realizadas por los pacientes sobre un total de 11 contenidos propuestos.

Respecto a la dimensión de **dirección** de comparación, el 100% de los trabajos revisados evalúa la dimensión *ascendente* y/o *descendente* cuando la persona se compara con otros considerados en mejor o peor situación, respectivamente. Once estudios evalúan ambas direcciones (*ascendente* y *descendente*) (Blalock et al., 1990; De Vellis et al., 1991; Terol et al., 2014; entre otros) y cuatro estudios se han centrado en una única **dirección**: descendente (Affleck et al., 1987; Affleck et al., 1988; Affleck

et al., 2000) o ascendente (Neugebauer, Katz y Pasch, 2003). La mayoría de pacientes expresan su preferencia por *comparaciones descendentes de contraste* (CSDC) (Affleck et al., 1987; Blalock et al., 1989; De Vellis et al., 1990; Heidrich, 1996) siendo más frecuentes que las *comparaciones ascendentes* (De Vellis et al., 1990; De Vellis et al., 1991), si bien las preferencias de **dirección** de comparación varían según la situación experimental, la metodología empleada o el **contenido** a comparar (Blalock et al., 1989).

En la dimensión de **interpretación** se establece un proceso por el cual la persona se *identifica* o *contrasta* respecto al “otro” con el que se compara (**referente**). La *identificación* se produciría cuando la persona se fija en similitudes y percibe al “otro” como alguien en una situación parecida o como una “posibilidad” (el “individuo posible”) para el propio funcionamiento futuro. El *contraste* ocurriría cuando la persona se percibe diferente al “otro”, que actuaría como punto de referencia para evaluar su funcionamiento actual. Así, en cuanto a la **interpretación** (*identificación* o *contraste*), ésta se ha evaluado explícitamente en un estudio de Blalock et al., (1990) y en cuatro estudios recientes que utilizan como escala validada la “Escala de Comparación Social en la Enfermedad” (van Der Zee et al. 1999) (Groothof y Scholtes, 2007; Terol et al., 2004; Terol et al., 2014; Orfgen y Dijkstra, 2015). En otros estudios (n=2) se ha evaluado de forma implícita, por ejemplo analizando si el paciente destaca las similitudes o las diferencias respecto de quién se compara o el tipo de evaluaciones que hace sobre la comparación realizada (Heidrich, 1996; Neugebauer, Katz y Pasch, 2003) (Ver tabla 5).

Respecto a la dimensión de **referentes** de comparación (con quien se compara la persona), en siete estudios se ha operativizado su evaluación, en términos de: a)

personas *sanas* o *sin problemas de salud*, b) en *igual situación* (Ej. Personas con el mismo diagnóstico y en similar situación) y c) en *peor situación* (Blalock et al., 1989; Blalock et al., 1990; De Vellis et al. 1990, De Vellis et al., 1991; entre otros). En dolor crónico se tiene preferencia por comparaciones con **referentes** en *peor situación*, aunque también se realizan comparaciones con **referentes** en *mejor situación* (Ej. personas sanas) (Blalock et al., 1989; De Vellis et al., 1990; Heidrich, 1996), y en un trabajo, ambos **referentes** presentan la misma frecuencia (Blalock et al., 1990).

La dimensión de **contenido** de la comparación (sobre qué se compara la persona) también se ha evaluado frecuentemente (n=10) aunque en ningún artículo se define explícitamente en la metodología como variable. (Ver tabla 5). **Contenidos** evaluados han sido la *percepción de síntomas, severidad o gravedad de la enfermedad, afrontamiento, actividad física, estado funcional, el ajuste a la enfermedad o estado de salud y el funcionamiento social* (Affleck et al., 1987; Affleck et al., 1988; Blalock et al., 1989; Blalock et al., 1990; Heidrich, 1996; entre otros). Un ejemplo de evaluación de un **contenido** como el síntoma de dolor se expresa en ítems como el siguiente: (Ej. *To what extent does the typical patient with arthritis suffer from a lot of pain?* De Vellis et al., 1990).

Pero, las relaciones entre **dirección** e **interpretación**, **referentes** y **contenidos** van más allá de lo que se ha tratado de exponer hasta ahora “simplificadamente”, pudiendo darse combinaciones tanto de la **dirección** e **interpretación**, como de éstas con el resto de dimensiones (**referentes** y **contenidos**). Éstas han sido abordadas desde el marco teórico de la *comparación social*, aunque la especificidad de las mismas parece precisar de un mayor esfuerzo de operativización (Arigo, Suls y Smyh, 2012; Bennenbroek, 2003; Mussweiler, 2003; Strack y Mussweiler, 1997). De hecho, diferentes estudios empíricos tratan de abordar esta complejidad y combinación de las

dimensiones de *comparación social* evaluándolas de forma global. Así, por ejemplo, dimensiones como **contenido y referente** se recogen implícitamente en un mismo ítem en algunos estudios (Ej. *when you are having trouble performing these activities (i.e., illness-affected activities), how often do you think about other people not affected with reumathoid arthritis?* Blalock et al., 1989). En el ejemplo anterior, el ítem recoge un **referente** (*people not affected with reumathoid arthritis*) considerado por los autores en mejor situación que las pacientes (una persona sin problemas de salud) y un **contenido** referido a las actividades (*illness-affected activities*) afectadas por la enfermedad. En otros casos, se combinan hasta tres dimensiones, y el **contenido** se evalúa de forma conjunta en un mismo ítem con la **dirección** o la **interpretación** (Ej. *How compare yourself with someone better off/worse off than you in coping made you feel (bad about yourself/good about yourself)?* Heidrich, 1996). Este ítem incluiría la **dirección** de la comparación (*better off/worse off*), el afrontamiento como **contenido** (*coping*) y el resultado de la **interpretación** de la comparación (*bad/good about yourself*). De tal modo que, sentirse bien se correspondería con la combinación de **dirección** e **interpretación** (*ascendente de identificación (CSAI)*, o *descendente de contraste (CSDC)* y sentirse mal con la combinación *ascendente de contraste (CSAC)*, *descendente de identificación (CSDI)*).

Estas combinaciones de diferentes dimensiones, además, muestran resultados diversos pero representativos de la complejidad de los procesos de *comparación social*. Así, en estudios con muestras de artritis, se ha visto que se prefieren *comparaciones ascendentes* con **referentes** en mejor situación (ej. personas sanas) para **contenidos** de comparación relacionados con el “afrontamiento”, el “desempeño diario” o la “búsqueda de información” sobre su enfermedad, mientras que se prefieren *comparaciones descendentes* con **referentes** en peor situación para **contenidos**

relacionados con la “gravedad”, “severidad de la enfermedad” o las “dificultades funcionales” (Affleck et al., 1987; Affleck et al., 1988; Blalock et al., 1989; Blalock et al., 1990; De Vellis et al., 1990; De Vellis et al., 1991). En otro estudio con muestras de artritis reumatoide, los pacientes usaban más *comparaciones descendentes* cuando evaluaban su manejo del *dolor*, mientras que en otras actividades funcionales preferían comparaciones *ascendentes* (Giorgino et al., 1994). Por su parte, De Vellis et al. (1991), también en una muestra de artritis reumatoide combinando el **contenido**, **dirección** e **interpretación** de la comparación con el modo en que ésta sucede (comparación implícita/privada o explícita/pública) observaron que variaba el resultado del proceso. En una de las situaciones experimentales las pacientes escuchaban una grabación de un **referente** afrontando bien su enfermedad (**contenido**). Posteriormente se pedía que puntuaran al **referente** y también a sí mismas respecto a ese **contenido** (comparación implícita/privada). De esta manera se obtenía una valoración indirecta de cómo las pacientes se auto-evaluaban en relación al **referente**. En este tipo de comparación implícita, las pacientes valoraban su afrontamiento peor que el del **referente**. Sin embargo, cuando se pedía “expresamente” (comparación explícita/pública) a las pacientes que se comparasen directamente con ese mismo **referente**, éstas valoraban entonces su afrontamiento mejor que el del **referente**. Este resultado no se daba sin embargo en otras variantes experimentales en la que los **referentes** afrontaban mal su enfermedad o cuanto los **contenidos** de comparación se referían a la gravedad de la enfermedad (más moderada o severa). En estos últimos casos, las pacientes se valoraban respecto al **referente** según lo esperado (mejor cuando la gravedad del **referente** era mayor, peor cuando la gravedad del **referente** era moderada y mejor cuando el afrontamiento del **referente** era ineficaz), independientemente de si la comparación era pública o privada.

Para terminar este apartado y en cuanto a los trabajos en Fibromialgia, el estudio longitudinal de Affleck et al., (2000), señala respecto a la **frecuencia** que en un 39.3% de los días de estudio las pacientes refirieron algún tipo de *comparación social*, con una media diaria de 1.2 comparaciones (DT =1.46, rango: 0-6). En otro trabajo con Fibromialgia, utilizando la “Escala de *comparación social* en los procesos de enfermedad” (van der Zee et al., 1999) se muestra que respecto a la **dirección** e **interpretación** todas las estrategias *ascendente de identificación (CSAI)*, *ascendente de contraste (CSAC)*, *descendente de identificación (CSDI)* y *descendente de contraste (CSDC)* obtenían medias superiores a 7 y para tres de ellas superiores a 9 (rango: 3-15) (Terol et al., 2004) siendo las *comparaciones descendentes de contraste (CSDC)* las referidas con mayor **frecuencia** (Terol et al., 2004).



Tabla 5. Evaluación de la comparación social en dolor crónico.

Autor, año	Población	N	Orientación hacia la CS	Dirección CS	Interpretación CS	Frecuencia CS	Contenido de la CS	Referentes de la CS	Afecto global / Consecuencias afectivas
Affleck <i>et al.</i> , 1987	Artritis reumatoide	129		✓			✓		✓
Affleck <i>et al.</i> , 1988	Artritis reumatoide	62		✓			✓	✓	✓
Blalock <i>et al.</i> , 1989	Artritis reumatoide	75		✓			✓	✓	✓
Blalock <i>et al.</i> , 1990	Artritis reumatoide	72		✓	✓	✓	✓	✓	✓
De Vellis <i>et al.</i> , 1990	Artritis reumatoide	71		✓			✓	✓	✓
De Vellis <i>et al.</i> , 1991	Artritis reumatoide	72		✓				✓	✓
Jensen y Karoly, 1992	Muestra mixta	118		✓		✓	✓		✓
Giorgino et al., 1994	Artritis reumatoide	235		✓		✓	✓		
Heidrich, 1996	Osteoporosis	102		✓	✓	✓	✓		
Affleck <i>et al.</i> , 2000	Fibromialgia	89		✓				✓	
Neugebauer <i>et al.</i> , 2003	Artritis reumatoide	376		✓	✓		✓		✓
Terol <i>et al.</i> , 2004	Fibromialgia	139	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Groothof y Scholtes, 2007	Fibromialgia	88	✓	✓	✓				✓
Terol <i>et al.</i> , 2014	Fibromialgia	92	✓	✓	✓				✓
Orfgen y Dijkstra, 2015	Muestra mixta	141		✓	✓				✓

4.3.3.3. Comparación social y variables psicosociales: sociodemográficas, clínicas y personales.

En el caso de las **variables sociodemográficas**, de los estudios que informan (n=7), ninguno refiere diferencias por *edad*, *sexo*, *nivel educativo*, socioeconómico ni ninguna otra característica sociodemográfica (Affleck et al., 1988; Blalock et al., 1990; Heidrich, 1996; Neugebauer, Katz y Pasch, 2003; entre otros).

En cuanto a **variables clínicas** como tiempo de evolución de la enfermedad, *tiempo desde el inicio de los síntomas*, o *tiempo desde diagnóstico*, los estudios que las han evaluado no indican que haya diferencias en el uso de la comparación (Blalock et al., 1989) ni que estas variables se relacionen con la frecuencia de la *comparación social* en general. Pero en muestras de artritis reumatoide (Affleck et al., 1987; Affleck et al., 1988) y una muestra heterogénea de dolor crónico (Jensen y Karoly, 1992) los pacientes con menor tiempo de diagnóstico mostraban relaciones significativas con *comparaciones descendentes de contraste (CSDC)*. En otros estudios de dolor crónico, una variable como el *dolor* percibido ha sido evaluado mediante escalas visuales numéricas (Jensen y Karoly, 1992) o como parte de la severidad de los síntomas a través de ítems incluidos en una subescala del instrumento Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS) (Meenan et al., 1980) (De Vellis et al., 1990), pero estos estudios no informan de posibles relaciones entre el *dolor* y la comparación.

Los estudios en Fibromialgia no informan de posibles diferencias en función de variables Sociodemográficas, y tampoco de posibles diferencias en función de variables clínicas como *tiempo desde el inicio de los síntomas* y *tiempo desde diagnóstico*. Respecto al *dolor* percibido Affleck et al. (2000), en un estudio de seguimiento con estas pacientes de 30 días, evidenciaron que en los días con menor *dolor* o *dolor*

moderado, las pacientes realizaban mayor uso de *comparación social* descendente de contraste (*CSDC*).

En el caso de **variables personales y psicosociales** evaluadas en relación a la *comparación social*, las evaluadas en los estudios revisados han sido: *autoestima*, *neuroticismo* y *percepción de control y aceptación del dolor*. Respecto a la *autoestima*, evaluada con la escala Self-Esteem Scale (*SES*, [Rosenberg, 1965](#)). En dolor crónico, los estudios revisados muestran que, en general, cuando la autoestima es elevada se producen más comparaciones *ascendente de identificación* (*CSAI*) y *descendente de contraste* (*CSDC*) ([Blalock et al., 1990](#); [Heidrich, 1996](#)) y cuando es menor se relaciona con comparaciones *ascendentes de contraste* (*CSAC*) ([Blalock et al., 1989](#); [De Vellis et al., 1990](#); [Heidrich, 1996](#)). En cuanto a la *percepción de control*, evaluada con la Pain control Scale. Survey of Pain Attitudes (*SOPA*, [Jensen, Karoly y Huger, 1987](#)) en muestras mixtas de dolor, se ha visto que pacientes con mayor *control* en el manejo de su *dolor*, efectuaban comparaciones más favorables (*descendente de contraste*, *CSDC*) ([Jensen y Karoly, 1992](#)). Por su parte, en el caso de la *aceptación del dolor*, ésta ha sido evaluada con la escala Chronic pain Acceptance Questionnaire (*CPAQ-D*, [McCracken, Vowles y Eccleston, 2004](#)). En una muestra heterogénea de dolor crónico se ha visto que mayor uso de *comparación social ascendente de identificación* (*CSAI*), y menor uso de *comparación social ascendente de contraste* (*CSAC*) y *descendente de identificación* (*CSDI*) predicen una mayor aceptación del dolor ([Orfgen y Dijkstra, 2015](#)). Por su parte, la *comparación social descendente de contraste* (*CSDC*) no se relacionó con la aceptación del dolor.

En Fibromialgia, mayores niveles de *neuroticismo* y menor *autoestima* se relacionaban con mayor uso de *comparación ascendente de contraste* (*CSAC*) y *comparación descendente de identificación* (*CSDI*) ([Terol et al., 2014](#)). Los estudios

revisados en Fibromialgia no han evaluado la *percepción de control* ni la *aceptación del dolor*.

4.3.3.4. Comparación social y variables psicosociales: afrontamiento.

Respecto al afrontamiento, sólo en un estudio ha sido evaluado como tal en las muestras de dolor crónico (*artritis reumatoide*, Giorgino et al., 1994). En este artículo se presentaban distintas formas de afrontamiento, para evaluar la elección de los pacientes ante actividades de la vida diaria, pero en este artículo no se relacionó ni se establecieron correlaciones con la *comparación social*, que era considerada otra forma de afrontamiento.

En Fibromialgia, Terol et al. (2004), usando el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CEA, Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig y Pastor, 1992), comprobó que un mayor uso de *comparación ascendente de contraste* (CSAC) y *comparación descendente de identificación* (CSDI) se relacionaba con estrategias de afrontamiento pasivas y de tipo evitativo (Terol et al., 2004).

4.3.3.5. Comparación social y variables psicosociales: resultados de salud, impacto de la enfermedad y ajuste psicológico.

En cuanto a **resultados de salud** relacionados con los procesos y dimensiones de comparación, los estudios revisados en dolor crónico y Fibromialgia, comprueban que la **dirección** de comparación por sí misma no se asocia con el impacto de la enfermedad ni el ajuste psicológico (Affleck et al., 1988; De Vellis et al., 1990) siendo necesario añadir la **interpretación** para poder establecer posibles relaciones coherentes

con el “Modelo de identificación-contraste” (Buunk e Ybema, 1997). De esta forma, en muestras de artritis, osteoartritis, heterogéneas de dolor crónico y Fibromialgia, once estudios informan de relaciones entre las preferencias de estrategias de comparación (*ascendente o descendente de identificación o contraste*) con el **impacto de la enfermedad** y/o estado funcional, el **ajuste psicológico** y/o las respuestas o estado emocional, como describiremos a continuación.

Respecto a la evaluación del **impacto de la enfermedad** y/o funcional, generalmente se han usado escalas, subescalas o ítems de las escalas Rapid Assessment of Disease Activity in Rheumatology (RADAR, Mason et al., 1986), y Modified Health Assessment Questionnaire (MHAQ, Pincus et al., 1983) (Affleck et al., 1987; 1988), Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS, Meenan et al., 1980) (Blalock et al, 1990; De Vellis et al., 1990) OARS-ADL Activities Daily-Life (Fillenbaum y Smyer, 1981, 1988) (Heidrich, 1996) y Health Assessment Questionnaire (HAQ, Fries et al., 1980) (Neugebauer, Katz y Pasch, 2003). También se ha evaluado la percepción de satisfacción con la funcionalidad mediante la Satisfaction with Abilities Scale (SAWS, Katz y Alfieri, 1997) (Neugebauer, Katz y Pasch, 2003). Algunos resultados muestran que mayor uso de *comparación descendente de contraste* (CSDC) se relaciona con mejor estado funcional (Affleck et al., 1987; Affleck et al., 1988) y que mayor uso de *comparación ascendente de identificación* (CSAI) se relaciona con mayor satisfacción con la funcionalidad (Blalock et al., 1989). En esta línea, Neugebauer, Katz y Pasch, (2003) evidencian en su estudio longitudinal que mayor **impacto** funcional se relaciona con mayor uso de comparaciones desfavorables (*ascendentes de contraste, CSAC*).

El **ajuste psicológico** se ha operativizado indistintamente como tal o como bienestar psicológico y/o afecto positivo-negativo, además de otras evaluaciones del *distrés psicológico*. En varios artículos, este *bienestar psicológico* o afecto era una puntuación compuesta por *depresión* y autoestima (Blalock et al., 1989; De Vellis et al., 1990; Heidrich, 1996), en otros una puntuación obtenida de pares de adjetivos emocionales de las escalas General Positive Affect Subscale, GPA. Mental Health Inventory MHI-18 (Veit y Ware, 1983) y Profile of Mood States (Lorr et al., 1982) (Affleck et al., 1987; Blalock et al., 1989) y en otros ítems ad-hoc con variedad de estados de ánimo resultantes de la comparación (Ej. *relajada, ansiosa, deprimida, confiada, insegura, triste, confusa, etc.*) (Affleck et al., 2000). En cuanto al *ajuste Psicológico*, se han utilizado subescalas de *ansiedad y/o depresión* de la escala Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS, Meenan et al., 1980) y las escalas General Well-Being Scale (GWBS, Dupuy, 1984) (Blalock et al., 1990), la Geriatric Depression Scale (S-GDS, Sheikh y Yesavage, 1987) (Heidrich, 1996) y la Center for Epidemiological Studies (CES-D, Ratloff, 1977) (Blalock et al., 1989; De Vellis et al., 1990; Jensen y Karoly, 1992) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD; Zigmond y Snaith, 1983; Terol et al., 2007, 2014) (Terol et al., 2004; 2014). Otras medidas globales de *ajuste psicológico* emplean la Global Adjustment to Illness Scale (GAIS, Derogatis et al., 1975) (Affleck et al., 1987; Affleck et al., 1988). Los resultados han mostrado que el mayor uso de la comparación *ascendente de contraste* (CSAC) respecto a **referentes** sanos, se relacionaba con mayores niveles depresivos (Neugebauer, Katz y Pasch, 2003). Por su parte, tanto el uso de comparaciones *ascendente de identificación* (CSAI) como el uso de *descendente de contraste* (CSDC) se relacionaban con mejor *ajuste psicológico* y niveles más bajos de *depresión* (Affleck et al., 1987; Affleck et al., 1988; Blalock et al., 1989; Blalock et al., 1990; Heidrich, 1996; Jensen y Karoly, 1992).

En referencia a la comparación *descendente de contraste* (CSDC), un trabajo relacionaba mayores niveles de *depresión* con un mayor uso (De Vellis et al., 1990). Acorde a la “Teoría de la Comparación Descendente” (Wills, 1981, 1987), se propone que las personas bajo amenaza percibida prefieren auto-evaluarse en relación a otros que se desempeñan peor (*comparación descendente*), con la motivación de sentirse afortunados o generar respuestas emocionales positivas a través de la comparación (**auto-mejora/self-enhancement**), lo que explicaría que pacientes con mayores síntomas depresivos efectuaran mayor uso de esta comparación (Goethals y Darley, 1977; Taylor y Lobel, 1989). Por su parte, la *comparación descendente de identificación* (CSDI) se relacionaba con afecto depresivo (Jensen y Karoly, 1992).

Por último, señalar que algunos trabajos apuntan como los procesos de comparación podrían mediar en los **resultados de salud**. Por ejemplo, la *comparación social ascendente de contraste* (CSAC) a través de su relación con mayor impacto funcional mediaba en el resultado final de la satisfacción funcional y los síntomas depresivos. (Neugebauer, Katz y Pasch, 2003). Por su parte, la *comparación social ascendente de identificación* (CSAI) se relacionaba con una mayor satisfacción funcional que mostraba, a su vez, relaciones con un mejor ajuste psicológico (Balock et al., 1989).

En Fibromialgia, dos de los cuatro estudios han utilizado para evaluar **resultados de Salud y ajuste psicológico** instrumentos *ad-hoc* (Affleck et al., 2000; Groothof y Scholtes, 2007) y los otros dos (Terol et al., 2004; Terol et al., 2014) baterías de cuestionarios que medían, además de la percepción de estrés a través de la Escala de Apreciación del Estrés (EAE, López-Roig et al., 1993), el *distrés psicológico*,

ajuste global y calidad de vida con los siguientes instrumentos: Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD, Zigmond y Snaith, 1983; adaptación de Terol et al., 2007, 2014), Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS, Derogatis, 1986; adaptación de Neipp, 2005). Así, los estudios en Fibromialgia, muestran que pacientes con tendencia a usar más *comparaciones ascendentes de contraste (CSAC)* y *descendentes de identificación (CSDI)*, se relacionaban con mayor afecto negativo (entendido como la respuesta emocional inmediata resultante de la comparación), mayor percepción de estrés, *distrés psicológico* y peor calidad de vida y *ajuste psicológico* global (Groothof y Scholtes, 2007; Terol et al., 2004; Terol et al., 2014). Por su parte, comparaciones *ascendentes de identificación (CSAI)* y *descendentes de contraste (CSDC)* se relacionaban con menor percepción de estrés y en el caso de la *ascendente de identificación (CSAI)* también con menor *depresión* y mejor ajuste social (Terol et al., 2004), aunque no se relacionaban con la calidad de vida (Terol et al., 2014). Por su parte, en un longitudinal de 30 días, Affleck et al. (2000) comprobaban que un mejor estado de ánimo se relacionaba con mayor uso de comparación *descendente de contraste (CSDC)*.

De esta revisión de *comparación social* en dolor crónico y Fibromialgia, podemos **concluir** la complejidad conceptual de la *comparación social*, que se ve reflejada en la heterogeneidad de metodologías utilizadas y la diversidad de formas en que sus dimensiones se han operativizado. En la evaluación de la *comparación social*, no incluir una dimensión como la **interpretación**, complica la comprensión de este constructo, sus consecuencias y posible influencia sobre otras variables psicosociales, resultados de salud y/o de ajuste la enfermedad. Por esta razón, habría sido difícil llegar a conclusiones precisas desde los estudios revisados si no se hubieran enmarcado en el

“Modelo de Identificación-Contraste” (Buunk e Ybema, 1997). Este es un aspecto relevante de la revisión, ya que traslada la heterogeneidad mostrada a resultados coherentes y contrastables entre sí. Desde este modelo, los resultados de los procesos de comparación se muestran congruentes con las propuestas teóricas y apuntan, en el sentido esperado, a que compararse a través de estrategias de *comparación ascendente de identificación (CSAI)* y *descendente de contraste (CSDC)* tendría consecuencias beneficiosas para el paciente, reflejándose en mejor ajuste psicológico y psicosocial y mejoras en el estado de ánimo, mientras que compararse mediante las estrategias *ascendente de contraste (CSAC)* y *descendente de identificación (CSDI)* conduciría a un peor ajuste psicológico y se relacionaría con mayores niveles de *distrés psicológico* (i.e. *ansiedad y depresión*).

A pesar de la gran prevalencia, incidencia y relevancia de problemáticas como la artritis reumatoide o la Fibromialgia, existe un pequeño número de trabajos disponibles en estas poblaciones a lo largo de casi tres décadas. No obstante, esta revisión aporta representatividad de muestras clínicas en cuanto a características como el sexo y la edad de las pacientes y la sintomatología de dolor crónico, disponiendo además de dos estudios longitudinales y estableciendo las bases para este estudio de la comparación en una muestra de mujeres con Fibromialgia, en relación a estrategias de afrontamiento y resultados de salud.

CAPÍTULO 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS



2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

2.1. OBJETIVO GENERAL.

Evaluar los procesos cognitivos de *comparación social* en una muestra de mujeres con Fibromialgia, identificando el tipo de relaciones que establecen con el *catastrofismo* y los resultados de salud: *impacto de la Fibromialgia* y *distrés psicológico (ansiedad y depresión)*.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Objetivo 1: Describir en pacientes con Fibromialgia los procesos de *comparación social* identificando: **frecuencia** de uso, **dirección** de la comparación (*ascendente o descendente*), **interpretación** (*identificación o contraste*), **referentes** (con quiénes se comparan) y **contenidos** de comparación (síntomas, estado de ánimo y actividad física), además de las relaciones que se establecen entre ellos.

Si bien hasta la fecha los estudios de *comparación social* en Fibromialgia son escasos, los realizados en enfermedad crónica y dolor crónico señalan la mayor preferencia o necesidad de comparación en este tipo de pacientes (Groothof y Scholtes, 2007; Van der Zee et al., 1996). En pacientes con dolor crónico, cuando se ha evaluado la **dirección** de la comparación, se informaba de una mayor preferencia por comparaciones descendentes consideradas favorables o *descendentes de contraste* (CSDC) (Affleck et al., 1987; Blalock et al., 1989; De Vellis et al., 1990; Heidrich, 1996; Tennen y Affleck, 1997) siendo más frecuentes que las comparaciones

ascendentes (De Vellis et al., 1990; De Vellis et al., 1991). Sin embargo, la **interpretación** de la *comparación*, apenas ha sido evaluada, mostrando inicialmente resultados que podrían parecer incompletos o inconsistentes (Affleck et al., 1987; Blalock et al., 1990; De Vellis et al., 1991; Heidrich, 1996). Desarrollos posteriores, como el “**Modelo de Identificación-Contraste**” (Buunk e Ybema, 1997) permitieron aunar y dar coherencia a estos resultados mediante la combinación de ambas dimensiones: **dirección** e **interpretación**. Este modelo ha sido aplicado en población de pacientes de cáncer (Terol et al., 2007; van der Zee et al., 1999), pero apenas se ha evaluado en muestras de dolor o pacientes crónicos (Orfgen y Dijkstra, 2015; Terol et al., 2004) y sólo dos trabajos incluyen muestras de mujeres con Fibromialgia (Terol et al., 2004; Terol et al., 2014). Éstas pacientes comparadas con otras de cáncer utilizaban con mayor frecuencia estrategias *descendentes de contraste* (CSDC) y se diferenciaban en un mayor uso de la *comparación ascendente de contraste* (CSAC) (Terol et al., 2004; Terol et al., 2014).

En cuanto a los **referentes** de comparación, desde el marco teórico de los procesos de *comparación social*, éstos suelen englobarse en otros similares (e.g. misma situación o enfermedad) o personas sanas (Blalock et al., 1989; Blalock et al., 1990; De Vellis et al., 1990; De Vellis et al., 1991). Pero siguiendo la “hipótesis de la similitud” (Buunk, Gibbons, y Reis-Bergan, 1997; Festinger, 1954; Schachter, 1959; Tennen, McKee y Affleck, 2000), se muestra preferencia por compararse con otros que se perciben en la misma situación o en condiciones parecidas, considerándose personas que comparten atributos o procesos de adaptación o ajuste similares (Goethals y Darley, 1977; Looockwood y Kunda, 1997; Mussweiler y Strack, 2000). Finalmente, los **contenidos** de comparación evaluados se han centrado en la gravedad de la enfermedad, la percepción de *síntomas*, el desempeño funcional o estado físico, el afrontamiento y

las respuestas emocionales entre otros (Arigo, 2012; Blalock et al., 1990; De Vellis et al., 1991; Terol et al., 2012). Por todo lo expuesto, se plantean las siguientes **hipótesis**:

H.1.1.: Las pacientes con Fibromialgia usarán con mayor frecuencia la estrategia de comparación social descendente de contraste (CSDC).

H.1.2.: Las pacientes con Fibromialgia se compararán con mayor frecuencia con personas (referentes de comparación) con problemas similares a los suyos.

Son varios los estudios que evidencian que **dirección e interpretación, referentes y contenidos** de comparación se hallan relacionados, aunque el mecanismo concreto o la especificidad con la que se establecen dichas relaciones todavía está por esclarecer (Arigo, Smyth y Suls, 2015; Arigo, Suls y Smyh, 2012; Bennenbroek, 2003; Mussweiler, 2003; Strack y Mussweiler, 1997; Wills, 1981; Wood y Taylor, 1991). Así, en cuanto a los **referentes** y **contenidos** de comparación, en enfermedad y dolor crónico, algunos estudios han evidenciado que se preferían **referentes** en mejor situación (*comparaciones ascendentes*) para **contenidos** de comparación relacionados con el afrontamiento, el desempeño diario o la búsqueda de información sobre su enfermedad, mientras que se preferían **referentes** en peor situación (*comparaciones descendentes*) para **contenidos** relacionados con la gravedad, severidad de la enfermedad o las dificultades funcionales (Affleck et al., 1987; Arigo, Smyth y Suls, 2015; Bennenbroek, 2003; Blalock et al., 1989; Blalock et al., 1990; De Vellis et al., 1991; Neugebauer, Katz y Pasch, 2003; Van der Zee, Oldersma, Buunk y Bos, 1998; Wood, 1989). Conforme a lo expuesto, se plantean las siguientes **hipótesis**:

H.1.3.: Una mayor preferencia por contenidos de comparación de desempeño diario (estado o actividad física) se relacionará significativamente con mayor frecuencia de comparaciones ascendentes.

H.1.4.: *Una mayor preferencia por contenidos de comparación de síntomas se relacionará significativamente con mayor frecuencia de comparaciones descendentes.*

Objetivo 2: Analizar los procesos de *comparación social* (estrategias, **referentes** y **contenidos**) en función de variables sociodemográficas (*edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral*) y clínicas (*tiempo desde el inicio de los síntomas, tiempo desde diagnóstico* y variables de dolor: *actual, medio en la última semana y máximo en la última semana*).

Variables sociodemográficas: Diferentes estudios en población general y enfermedad crónica evalúan la *edad* respecto a la frecuencia de uso de la *comparación social* (Heidrich y Ryff, 1993; Frieswijk, Buunk, Steverink y Slaets, 2004; Robinson-Whelen y Kiecolt-Glaser, 1997; Suls y Mullen, 1982; Suls y Sanders, 1982; Terol et al., 2004; Terol et al., 2007, entre otros). En población general, algunos trabajos sugieren que una menor *edad* podría predisponer a la comparación (Suls y Mullen, 1982; Suls y Sanders, 1982), pero al mismo tiempo otros refieren que la *comparación ascendente de identificación (CSAI)* y *descendente de contraste (CSDC)* sigue siendo relevante en la tercera edad (Frieswijk, Buunk, Steverink y Slaets, 2004; Heidrich y Ryff, 1993). Sin embargo, otros no encuentran diferencias según la variable *edad* (Antony, Rowa, Liss, Swallow y Swinson, 2005; Cheng, Fung y Chan, 2007; Robinson-Whelen y Kiecolt-Glaser, 1997).

En el caso de pacientes crónicos, mientras que en muestras de cáncer los resultados señalan que a mayor edad, disminuye la frecuencia de comparaciones *ascendentes de contraste (CSAC)* (Taylor y Lobel, 1989; Terol et al., 2007; Urzúa, Zúñiga y Buunk, 2012), la mayoría de estudios no encuentran diferencias por *edad* u otras variables

sociodemográficas (Bennenbroek, Buunk, van der Zee y Grol, 2002; Brakel, 2014; van der Zee et al., 2000; entre otros).

En el caso del dolor crónico, dos estudios mostraron que las pacientes más jóvenes recurrían con mayor frecuencia a comparaciones *ascendentes de identificación* (CSAI) (De Vellis et al., 1900; De Vellis et al., 1991), pero, al igual que en población general y en enfermedad crónica, los estudios revisados no refieren diferencias por *edad*, sexo, *nivel educativo*, socioeconómico ni ninguna otra característica relevante (Affleck et al., 1988; Blalock et al., 1990; Heidrich, 1996; Neugebauer, Katz y Pasch, 2003). Los estudios revisados no informan sobre posibles relaciones o diferencias de la edad o cualquier otra variable sociodemográfica en relación a **referentes** y **contenidos**. Por todo ello, esperamos que:

H.2.1: *El uso de las estrategias de comparación social no mostrará relaciones y/o diferencias significativas en función de la edad de las pacientes.*

Variables clínicas y de dolor (*tiempo desde el inicio de los síntomas, tiempo desde diagnóstico*): En Fibromialgia, la naturaleza crónica de la enfermedad cursa con periodos de evolución prolongados, a los que se añaden de 4 a 6 años desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico (De Souza et al, 2009; Peñacoba, 2009; Rivera y González, 2004). Sin embargo, los estudios revisados en Fibromialgia no describen cómo estas variables clínicas (*tiempo desde inicio de los síntomas, tiempo desde diagnóstico*) afectan a los procesos de *comparación* en esta enfermedad.

En enfermos de diabetes se ha visto, en general, que a menor *tiempo desde diagnóstico* mayor **frecuencia** de comparación, independientemente de la **dirección** (Arigo, 2012). En otras muestras de enfermos crónicos (cáncer, esclerosis múltiple) la *comparación descendente* favorable, o *de contraste* (CSDC), era mayor al poco *tiempo*

desde el diagnóstico o intervenciones quirúrgicas recientes (Bogart y Helgeson, 2000; Hemphill y Lehman, 1991; Wood, Taylor y Lichtman, 1985). Estos resultados coinciden con muestras de artritis reumatoide y de dolor crónico (Affleck et al., 1987; Affleck et al., 1988; Jensen y Karoly, 1992) donde se ha observado también que pacientes con menor *tiempo de diagnóstico* mostraban relaciones significativas con este tipo de comparaciones (CSDC). Según estos resultados, esperamos que:

H.2.2: *Las pacientes con menor tiempo desde el inicio de los síntomas y/o menor tiempo desde diagnóstico mostrarán mayor frecuencia de uso de la estrategia de comparación descendente de contraste (CSDC).*

Variables clínicas y de dolor (actual, medio de la última semana, máximo de la última semana): Los estudios revisados no evalúan explícitamente la *comparación social* y la percepción de *dolor* crónico. A pesar de ello, estudios experimentales sobre dolor agudo en población general, muestran que ante situaciones amenazantes se prefieren *comparaciones descendentes de contraste (CSDC)*, pero que en otras situaciones que se perciben menos amenazantes, quienes realizan *comparaciones ascendentes de identificación (CSAI)* ante **referentes** que toleran bien el dolor muestran entonces mayor tolerancia al mismo (Jackson y Phillips, 2011).

En dolor crónico, los estos estudios no informan de posibles relaciones entre el *dolor* como variable individual y la *comparación social* (De Vellis et al., 1990; Jensen y Karoly, 1992). En Fibromialgia, Affleck et al. (2000), en un estudio de seguimiento de 30 días, evidenciaron que en los días con menor *dolor* o *dolor* moderado, las pacientes realizaban más *comparación social descendente de contraste (CSDC)*. Dado que este es el único estudio en Fibromialgia que relaciona *dolor* y uso de la comparación, formulamos la siguiente **hipótesis** y esperamos que:

H.2.3.: *Las pacientes con menor dolor (actual, medio en la última semana y máximo en la última semana) utilizarán con mayor frecuencia los procesos de comparación social descendente de contraste (CSDC).*

Objetivo 3: Describir los niveles de *catastrofismo* (*desesperanza, magnificación y rumiación*) y del *impacto de la Fibromialgia* (e *impacto funcional*) y el *distrés psicológico* (*ansiedad y depresión*) como resultados de salud en nuestra muestra de pacientes de Fibromialgia.

Son numerosos los estudios en Fibromialgia que evalúan el afrontamiento junto a los resultados de salud, el ajuste a la enfermedad y el *distrés psicológico* (García-Campayo, Pascual, Alda y González, 2007; Lledó et al., 2010; Martin et al., 1996; Miró et al., 2012; Nielson y Jensen, 2004; Terol et al., 2004; entre otros). En general, se ha visto que las pacientes con Fibromialgia utilizan con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento pasivas y centradas en la emoción (Cuevas, 2010; Mellegard, Grossi, Joaquim y Soares, 2001; Zautra, Hamilton y Burke, 1999). De ellas, el *catastrofismo* se ha evaluado tanto como mecanismo de afrontamiento como proceso cognitivo de *appraisal* relacionado con la experiencia de dolor (Sullivan et al., 2001), que predispone a su cronicidad (leeuw et al., 2007; Buenaver et al., 2008) e interviene sobre los resultados de salud (Smeets, Vlaeyen, Kester y Knottnerus, 2006). En mujeres con Fibromialgia atendidas en distintos niveles asistenciales, las puntuaciones medias de *catastrofismo* (Pain Catastrophizing Scale-PCS, Sullivan, Bishop y Pivik 1995; adaptación española de García-Campayo et al., 2008) oscilan entre 21-32, indicando elevados niveles de pensamiento catastrofista (Campbell et al., 2012; García-Campayo et al., 2008; Rodero et al., 2010; Tirado, Pastor y López-Roig, 2014), pues una

puntuación de 35 y/o percentil 75 describe casos clínicamente relevantes (Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad, 2011; Sullivan, Bishop y Pivik, 1995).

Respecto al *impacto de la fibromialgia* en estas pacientes, el estándar para su evaluación es el FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire-FIQ; Burkhardt, Clark y Bennett, 1991; adaptación española de Rivera y González, 2004) en el que elevadas puntuaciones reflejan mayor impacto. En diferentes niveles asistenciales, los estudios revisados refieren que las medias de impacto oscilan entre 55-77 (rango FIQ: 0-100) (Esteve-Vives, Rivera-Redondo, Salvat, de Gracia-Blanco y Alegre de Miquel 2007; DoCampo et al., 2013; García-Campayo et al., 2008; Hedin, Hamme, Burckhardt y Engstrom-Laurent, 1995; Monterde, Salvat, Montull y Fernández-Ballart, 2004; Ranzolin et al., 2013; Rodero et al., 2010; Tirado, Pastor y López-Roig, 2014), siendo 59 el límite entre impacto moderado y severo (Bennet et al., 2009).

Para terminar, en cuanto a *ansiedad y depresión*, la Sociedad Española de Reumatología (SER), en su documento de consenso sobre la Fibromialgia, recomienda la escala de *Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS, Zigmond y Snaith, 1983), para la evaluación clínica de dicha sintomatología en estas pacientes. La prevalencia de *ansiedad y depresión* en Fibromialgia oscila entre el 13%-74% y el 30%-80% respectivamente en distintos momentos de evolución de la enfermedad (Bennett, 2002; Cuevas, 2010; Buskila y Cohen, 2007; Epstein et al., 1999; Fietta y Manganelli, 2007). Así, estas pacientes suelen mostrar medias más elevadas en el HAD que otros enfermos físicos (Cooper-Evans, Alderman, Kinht y Oddy, 2008; López-Roig et al., 2000; Rodriguez-Blazquez et al., 2009, Singer et al., 2009; entre otros), o muestras de dolor crónico (Keely et al., 2008; Pallant y Bailey, 2005; Thomas et al., 2010; entre otros). Las puntuaciones medias en el HAD para Fibromialgia oscilan en torno a 9-13 para *ansiedad* y 8-11 para

depresión (Rangos: 0-21) (DoCampo et al., 2013; Miró, Diener, Martínez, Sánchez y Valenza, 2012; Rodríguez-Muñoz, 2012; Schaefer et al., 2011; Nam, Tin, Bain, Thorne y Ginsburg, 2013; Rodero et al., 2010; Vallejo et al., 2012). Por todo lo expuesto, esperamos encontrar en nuestra muestra de Fibromialgia:

H.3.1: *Puntuaciones medias de catastrofismo en torno a 21-32.*

H.3.2: *Puntuaciones medias de impacto de la fibromialgia en torno a 55-77.*

H.3.3: *Puntuaciones medias de ansiedad y depresión en torno 9-13 y 8-11 respectivamente.*

Objetivo 4: Analizar las variables psicosociales *catastrofismo* (desesperanza, rumiación y magnificación), *impacto de la Fibromialgia* (e *impacto funcional*) y *distrés psicológico* (ansiedad y depresión) en función de variables sociodemográficas (*edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral*) y clínicas (*tiempo desde el inicio de los síntomas, tiempo desde diagnóstico y variables de dolor: actual, medio en la última semana, máximo en la última semana*).

Variables sociodemográficas: Respecto a la *edad*, algunos trabajos muestran que pacientes de Fibromialgia de menor *edad* presentan menos *ansiedad y depresión* (Peñacoba, Velasco, Écija, Cigarán y McKenney, 2013), pero también mayor *impacto de la Fibromialgia* (Burckhardt, Clark y Bennet, 2001). Otros muestran que los grupos de *edad* intermedios (40-59 años) refieren mayor severidad de síntomas, *distrés psicológico* e *impacto de la Fibromialgia* (Jiao et al., 2014). Pero una mayoría no señala que la *edad* diferencie variables psicosociales como el *catastrofismo*, el *impacto de la Fibromialgia* y/o el *distrés psicológico* (Cronan, Serber, Walen y Jaffe, 2002; Keller, de Gracia y Cladellas, 2011; Wolfe et al., 2013; entre otros). Además, cuando se han

analizado subgrupos de pacientes de Fibromialgia según *catastrofismo*, *impacto de la Fibromialgia*, y/o *distrés psicológico* (*ansiedad y depresión*) ninguno ha encontrado diferencias significativas en relación a características sociodemográficas (*edad, nivel educativo, situación laboral*) (Calandre et al., 2011; De Souza et al., 2009; DoCampo et al., 2013; Luciano et al., 2015; entre otros). En nuestra revisión de estudios de *comparación social* en dolor crónico y Fibromialgia, ningún trabajo informa de posibles diferencias en función de variables sociodemográficas. Teniendo en cuenta los resultados expuestos, planteamos la siguiente **hipótesis**:

H.4.1: *Las pacientes con Fibromialgia no presentarán relaciones y/o diferencias significativas en las variables psicosociales catastrofismo, impacto de la Fibromialgia y distrés psicológico en función de variables sociodemográficas.*

Variables clínicas y de dolor (*tiempo desde el inicio de los síntomas, tiempo desde diagnóstico*): Algunos estudios en dolor crónico apuntan a que el tiempo de evolución de la enfermedad modula la experiencia de dolor y el *catastrofismo* (Jacobsen y Butler, 1996; Peñarroya-Baulés, Ballús-Creus y Pérez, 2011; Sullivan y Neish, 1998). En Fibromialgia, aunque algún trabajo muestra que a menor tiempo de evolución de la enfermedad, mayor severidad de síntomas, mayor *catastrofismo*, *impacto funcional* y *distrés psicológico* (Burckhardt, Clark y Bennet, 2001), la mayoría de investigaciones asumen que el *catastrofismo* tiende a ser estable en distintos estadios de la enfermedad (Rodero et al., 2010; Sullivan et al., 2001) y en medidas test-retest (Sullivan, Bishop y Pivik, 1995; Keefe, Brown, Wallston y Caldwell, 1989). En otros estudios, estas variables clínicas (*tiempo desde el inicio de los síntomas, tiempo desde diagnóstico*) no han mostrado relaciones con el *impacto de la Fibromialgia* y/o severidad de los síntomas en otros estudios (Ranzolin et al., 2013). Por su parte, los estudios que han

tratado de identificar subgrupos de pacientes tampoco han encontrado diferencias en cuanto a *catastrofismo*, *impacto de la Fibromialgia* y *distrés psicológico* en función de variables clínicas como el tiempo de evolución de la enfermedad, *desde el inicio de los síntomas*, o *desde diagnóstico* (Calandre et al., 2011; De Souza et al., 2009; DoCampo et al., 2013; Luciano et al., 2015; entre otros). En base a lo expuesto, esperamos encontrar que:

H.4.2: *Las pacientes de Fibromialgia no presentarán relaciones y/o diferencias significativas en las variables psicosociales, catastrofismo, impacto de la Fibromialgia y distrés psicológico en función del tiempo desde el inicio de los síntomas y tiempo desde diagnóstico.*

Variables clínicas y de dolor (actual, medio de la última semana, máximo de la última semana): Respecto a las variables clínicas de *dolor*, su relación con el *catastrofismo* está ampliamente documentada, evidenciándose que a mayor *catastrofismo*, mayor *dolor* percibido (Esteve, Ramírez y López, 2007; García-Campayo et al., 2007; Ramírez, Esteve y López, 2008). Por su parte, el dolor crónico, como síntoma principal de la Fibromialgia, se ha relacionado de forma consistente con un mayor *impacto de la Fibromialgia* e *impacto funcional* (De Souza et al., 2009; Dobkin, DeCivita, Abrahamowicz, Baron y Bernatsky, 2006; Giesseke et al., 2003; Huber, Suman, Biasi y Carli, 2008; Peñacoba et al. 2015; Perrot et al., 2010). Respecto al *distrés psicológico* (*ansiedad y depresión*), en Fibromialgia, algunos trabajos sugieren que su alta prevalencia podría definirse como una característica de un subgrupo de pacientes (Bennett, 2002; Calandre et al., 2011; De Souza et al., 2009; Epstein et al., 1999; González, Elorza y Failde, 2010; Revuelta, Segura y Paulino, 2010). En estos casos, los niveles de *ansiedad* y *depresión* podrían predecir un peor pronóstico

y afectarían a la severidad de la Fibromialgia incrementando la percepción de *dolor* (Peñacoba et al., 2015) y su interferencia en la vida diaria de estas pacientes (Cuevas, 2010; Thieme, Turk y Flor, 2004). Otros trabajos destacan el *dolor* percibido como predictor del *distrés psicológico* y de la *ansiedad y depresión* (Celiker, Borman, Oktem, Gökce-Kutsal y Basgöze, 1997; Palomino, Nicassio, Greengerg y Medina, 2007; Wilson, Robinson y Turk, 2009; Xie et al., 2012). Por lo expuesto, las **hipótesis** son las que siguen:

H.4.3: *Las pacientes de Fibromialgia con niveles más elevados de dolor (actual, medio y/o máximo de la última semana) mostrarán también mayores niveles de catastrofismo, impacto de la Fibromialgia y distrés psicológico.*

Objetivo 5: Establecer perfiles de pacientes con Fibromialgia según el uso de los procesos de *comparación social*, la percepción de *dolor* y el nivel de *distrés psicológico* identificando los “casos” de *ansiedad y depresión* incluidos en ellos.

La investigación en Fibromialgia ha intentado comprender la heterogeneidad de su sintomatología a través de perfiles de pacientes con el fin de proveer de tratamientos y terapias más ajustadas y específicas a cada tipo de pacientes. Así, varios trabajos han intentado definir subtipos de pacientes a través de análisis de conglomerados (cluster) (Calandre et al., 2011; de Souza et al., 2009; Do Campo et al., 2013; Giesecke et al., 2003; Keller, de Gracia y Cladellas, 2011; entre otros). La aplicabilidad práctica y clínica de estas clasificaciones se fundamenta en dos variables básicas del tratamiento farmacológico e interventivo de la Fibromialgia: *dolor y ansiedad/depresión* (Aparicio et al., 2013; Arnold, Leon, Whalen y Barret, 2010; Giesecke et al., 2003; Glombiewski et al., 2010; Goldenberg, Bradley, Arnold, Glass y Clauw, 2008). Estas tipologías de pacientes tratan de acercarse a la comprensión de las relaciones entre las posibles

variables implicadas en el grado de adaptación a la enfermedad (Ej. afrontamiento) (Luciano et al., 2015; Turk et al., 1996; Thieme, Turk y Flor, 2004), donde se incluirían los procesos de *comparación social*.

Desde distintos enfoques, se ha establecido que la combinación de indicadores psicológicos como *ansiedad/depresión* y la sensibilidad al *dolor* permiten diferenciar mejor estos subtipos de pacientes (Calandre et al., 2011; Giesecke et al., 2003; Keller, de Gracia y Cladellas, 2011). Se han determinado perfiles de pacientes, encontrando mayoritariamente dos o tres subgrupos. DoCampo et al., (2013) y Giesecke et al. (2003), coinciden en mostrar en su perfil más desadaptativo mayor comorbilidad, *dolor* percibido y altos niveles de *ansiedad y depresión* y en su perfil más adaptativo *dolor* percibido moderado/bajo y menor sensibilidad al mismo. Otros estudios como los de De Souza (2009) y Keller, de Gracia y Cladellas (2011) muestran un subgrupo determinado por mayores niveles de *dolor*, fatiga y *ansiedad y depresión* (55.7%-62.2% de la muestra) y otro con niveles más moderados de *dolor*, fatiga y *ansiedad y depresión* (37.8%-44.3% de la muestra). Calandre et al. (2011), replicando los estudios de De Souza (2009), diferencia también dos perfiles principalmente por el *impacto de la Fibromialgia* (FIQ) y su sintomatología y las puntuaciones de *ansiedad y depresión* (HAD). El grupo con menor adaptación o ajuste a la enfermedad ubicaba a un 81.2% de la muestra. El más adaptado a la enfermedad a un 18.8%. En la misma línea, Luciano et al. (2015) en su análisis de dos subgrupos muestran un primer perfil (69.8%) que presentaba mayores niveles de sensibilidad al dolor, *catastrofismo* y *distrés psicológico*. El segundo (30.2% de la muestra), presenta niveles moderados de sensibilidad, *catastrofismo* y *distrés psicológico*.

Respecto a la *comparación social*, la investigación en enfermedad crónica evidencia que el *distrés psicológico* se relaciona con una mayor necesidad de

comparación (Gibbons y Buunk, 1999; Molleman, Pruyn y Van Knippenber, 1986; van der Zee, Buunk, DeRuiter y Tempelaar, 1996; van der Zee et al., 2000). Otros trabajos sugieren que en personas con síntomas depresivos y/o ansiedad la *comparación social* tendería a interpretarse de forma desfavorable (*comparación ascendente de contraste* (CSAC) y *comparación descendente de identificación* (CSDI) (Ahrens y Alloy, 1997; Bänzner, Brömer, Hammelstein y Meyer, 2006; Van der Zee, Buunk, y Sanderman, 1998; Wood, Michela, y Giordano, 2000). En dolor crónico, en muestras de artritis, el uso de la *comparación ascendente* interpretada desfavorablemente (esto es, *de contraste*, CSAC) se relaciona con un peor estado emocional y mayores niveles de depresión (Neugebauer, Katz y Pasch, 2003). En Fibromialgia, los escasos estudios efectuados han evidenciado que una mayor frecuencia de *comparación ascendente de contraste* (CSAC) y *comparación descendente de identificación* (CSDI) se relaciona con mayores niveles de *ansiedad y depresión* (Terol et al., 2004; Terol et al., 2014). Por todo ello, esperamos encontrar:

H.5.1: *Perfiles diferentes en las pacientes de Fibromialgia según el grado de dolor percibido y los niveles de ansiedad y depresión: un perfil con menor grado de dolor percibido y menores niveles de ansiedad y depresión, frente a otro perfil con mayor grado de dolor percibido y mayores niveles de ansiedad y depresión.*

H.5.2: *Las estrategias de comparación social ascendente de contraste (CSAC) y descendente de identificación (CSDI), se presentarán en el perfil de pacientes con mayores niveles de ansiedad y depresión.*

Objetivo 6: Evaluar la *comparación social* en un modelo explicativo para Fibromialgia, con el *catastrofismo* y los resultados de salud en Fibromialgia: *impacto de la Fibromialgia y distrés psicológico.*

Desde el “**Modelo de Identificación-Contraste**” (Buunk e Ybema, 1997) y desde la especificidad en la evaluación de la Fibromialgia (instrumentos como la escala de *catastrofismo* PCS, la escala de *impacto de la fibromialgia* FIQ y la escala HAD adaptada a esta población), la relación de la *comparación social* con estas variables psicosociales no ha sido estudiada dentro de una estructura causal.

Pero, en dolor crónico y Fibromialgia, se asume la importancia de las formas de afrontamiento y las estrategias cognitivas como modulador de los procesos de adaptación al dolor crónico (Brown y Nicassio, 1987; Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991; Martín et al., 1996; Pastor, López-Roig y Rodríguez-Marín, 1995). Desde el marco teórico de la *comparación social*, ésta se propone también como estrategia cognitiva para manejar la situación amenazante, comprender la enfermedad y mejorar el bienestar subjetivo (Diener y Fujita, 1997; Gibbons y Gerrard, 1991; Taylor y Lobel, 1989; Van der Zee et al., 1999). De esta manera, la *comparación social*, se ha relacionado en diferentes trabajos con estrategias de afrontamiento, subrayando su papel mediador en la enfermedad y el dolor crónico (Buunk y Gibbons, 1997; Frieswijk et al., 2004; Terol et al., 2004). Así, desde el “**Modelo de Identificación-Contraste**” (Buunk e Ybema, 1997), en enfermedad crónica, las dos estrategias de comparación que provocan “afecto positivo” o consideradas favorables/adaptativas (*comparación ascendente de identificación CSAI* y *comparación descendente de contraste CSDC*) se han relacionado con otras estrategias de afrontamiento activas (Curtis, 2008; Buunk e Ybema, 1997; Van der Zee et al., 1999; Wills, 1997), un mejor bienestar subjetivo (Wills y Mendoza, 2004) o calidad de vida funcional (Dibb y Yardley, 2006) y estado emocional (Blalock et al, 1990; Heidrich, 1996). Las otras dos estrategias que provocan “afecto negativo” o consideradas desfavorables/desadaptativas (*comparación ascendente de contraste, CSAC* y *comparación descendente de identificación, CSDI*) se

han asociado a estrategias pasivas y evitativas (Curtis, 2008; Dibb y Yardley, 2006; Gibbons y Gerrard, 1991; Terol et al., 2007; Van der Zee et al., 1999), peor adaptación o ajuste a la enfermedad, calidad de vida y estado emocional, con mayores niveles de *ansiedad y depresión* (De Vellis et al., 1990; Dibb y Yardley, 2006; Heidrich, 1996; Van der Zee et al., 1999). En pacientes con Fibromialgia, se ha visto también que una mayor frecuencia de uso de *CSAC* y *CSDI* se relacionaba con estrategias de afrontamiento pasivas y de tipo evitativo (Terol et al., 2004), mayores niveles de *distrés psicológico (ansiedad y depresión)* y un peor ajuste (Terol et al., 2014). Por su parte, otros estudios con estas pacientes han mostrado relaciones de la *comparación descendente de contraste (CSDC)* con un mejor estado de ánimo (Affleck et al., 2000).

Además, en Fibromialgia se ha visto que las pacientes utilizan con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento pasivas (Cuevas, 2010; Mellegard, Grossi, Joaquim y Soares, 2001; Zautra, Hamilton y Burke, 1999), que muestran de forma consistente con un mayor *impacto de la Fibromialgia*, un mayor *impacto funcional* y emocional y mayores niveles de *ansiedad y depresión* (Boothby et al., 1999; Burckhardt, Clark y Bennet, 2001; Cuevas, 2010; Lledó et al., 2010; Nicassio et al., 1997; Nicassio y Schuman, 2005; Rodero et al., 2010; Smith, Strachan y Buchwald, 2009; Soriano y Monsalve, 2005). Por su parte, las estrategias activas tienen menor poder predictivo sobre el ajuste emocional a la enfermedad y a la intensidad del dolor, aunque muestran relaciones con menor *impacto de la Fibromialgia* y niveles de *ansiedad y depresión* en algunos trabajos (Lledó et al., 2010; Rodero et al., 2011; Terol et al., 2004). En la evaluación de estas pacientes tiene especial relevancia el *catastrofismo*. Afrontar el dolor con pensamientos catastrofistas se considera desadaptativo (Cuevas, 2010), prediciendo mayores *niveles de impacto funcional* y psicosocial, así como elevados niveles de *ansiedad y depresión* (Buenaver et al., 2008; García-Campayo et al., 2008;

García-Campayo y Rodero, 2009; Keefe, Brown, Wallston y Caldwell, 1989; Martin et al., 1996; Rodero et al., 2010), mediando en los resultados de salud y agravando la enfermedad y la discapacidad (Smmets et al., 2006). Finalmente, la literatura empírica apoya las relaciones entre *impacto de la Fibromialgia* en términos de adaptación al a enfermedad, ajuste o calidad de vida y un mayor *distrés psicológico* (*ansiedad y depresión*) (Aaron et al., 1996; Arnold, Keck y Weige, 2000; Calandre et al., 2011; Cuevas, 2010; Dobkin et al., 2006; Goldenberg., Mossey y Schmid, 1995; Terol et al., 2004; entre otros). Conforme a todo ello, desde el marco del **“Modelo de Identificación-Contraste”** (Buunk e Ybema, 1997) y las relaciones encontradas en los trabajos revisados respecto de las variables psicosociales estudiadas, esperamos encontrar en el modelo a explorar que:

H.6.1: *Comparación ascendente de contraste (CSAC) y comparación descendente de identificación (CSDI) se relacionarán con mayores niveles de catastrofismo, impacto de la Fibromialgia y distrés psicológico.*

H.6.2: *Comparación ascendente de identificación (CSAI) y comparación descendente de contraste (CSDC) se relacionarán con menores niveles de catastrofismo, impacto de la Fibromialgia y distrés psicológico.*

H.6.3.: *Niveles elevados de catastrofismo se relacionarán con mayor nivel de impacto de la Fibromialgia y mayor grado de distrés psicológico.*

H.6.4.: *Mayor impacto de la Fibromialgia se relacionará con mayor grado de distrés psicológico.*

CAPÍTULO 3. MATERIAL Y MÉTODO



3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Participantes.

Evaluamos 131 mujeres diagnosticadas de Fibromialgia que recibían tratamiento ambulatorio en la Unidad de Atención Integral a la Fibromialgia (UAI-FM) del Hospital de San Vicente del Raspeig (Alicante). La UAI-FM es un servicio de asistencia integral (socio-sanitaria) creada en 2004 y centro de referencia de la Comunitat Valenciana. En la actualidad atiende a pacientes de toda la Comunitat, especialmente y por cercanía pacientes de todas las poblaciones de la provincia de Alicante. Los criterios de inclusión fueron: a) presentar diagnóstico clínico confirmado de Fibromialgia según el criterio del American College of Rheumatology (ACR) (Wolfe *et al.*, 1990), b) ser mayor de edad, c) comprender los cuestionarios y d) el compromiso de participación en la investigación. Ninguna de las pacientes seleccionadas tenía antecedentes psiquiátricos.

La media de edad fue de 50.15 años (DT=11.1), mayoritariamente casadas (68.7%). En relación a las variables clínicas: el 82.4% de las pacientes habían sido diagnosticadas de Fibromialgia antes de la llegada a la Unidad, con edad media de inicio del dolor de 36.2 años (DT=11.7), *tiempo desde el inicio de los síntomas* de 13.9 años (DT=10.9) y *tiempo desde diagnóstico* de 4.3 (DT = 4.9). En cuanto a *dolor* percibido las puntuaciones fueron (rango = 0-10): *dolor actual*: M = 5.48 (DT = 1.56); *dolor medio de la última semana*: M = 6.58 (DT = 1.56); *dolor máximo de la última semana*: M = 7.18 (DT= 1.44). El resto de características sociodemográficas y clínicas se muestran en Tabla 6.

Tabla 6. Descripción de la muestra. Variables sociodemográficas y clínicas.

N=131, Edad media=50.1 (DT=11.1)

Variables sociodemográficas	N	%	
Estado civil			
Casada	90	68.7	
Soltera	20	15.3	
Separada-divorciada	17	13	
Viudad	4	3.1	
Nivel educativo			
No lee/no escribe	5	3.8	
Lee/escribe	7	5.3	
Educación primaria	55	42	
Educación secundaria	48	36.6	
Estudios superiores	14	10.7	
Situación laboral			
Activa	52	39.7	
Ama de casa	43	32.8	
En desempleo	24	18.3	
Incapacidad laboral temporal	1	0.8	
Incapacidad laboral permanente/Jubilada	8	6.1	
En baja laboral	18	13.7	
Pendiente de juicio laboral	10	7.6	
Variables clínicas	M	DT	Rango
Dolor percibido			
Dolor actual	5.48	1.56	
Dolor medio última semana	6.58	1.56	0-10
Dolor máximo última semana	7.18	1.44	
Otras			
Edad de inicio del dolor	36.2	11.7	0-65
Tiempo desde inicio de los síntomas	13.9	10.9	0-50
Tiempo desde diagnóstico	4.32	4.99	0-50

M: Puntuación media; N: Muestra; DT: Desviación típica

3.2. Variables e Instrumentos.

Variables sociodemográficas: este cuestionario elaborado *ad-hoc* recoge variables de ítem simple y respuesta múltiple: *edad; estado civil; nivel de estudios; situación laboral.*

Variables clínicas y de dolor: incluimos 2 ítems de respuesta simple elaborados *ad-hoc:* *tiempo desde el inicio de los síntomas; tiempo desde diagnóstico.*

Dolor percibido: Se evaluó el *dolor actual, dolor medio de la última semana y el dolor máximo de la última semana* con escalas adaptadas de las Escalas Visuales Analógicas (E.V.A.) (VAS-Visual Analog Scale, Scott y Huskinson, 1976; Aliaga Font, 2009). Éstas se presentan con una línea continua de 10 centímetros, cuyos márgenes a cada lado representan los valores extremos de dolor: 0 (ningún dolor) a 10 (el peor dolor imaginable), subdividida a cada centímetro. El paciente marca el punto que representa su percepción de dolor en la escala. Esta variable continua puede categorizarse en tres valores utilizados en la práctica clínica. Según esta escala se considera dolor leve una EVA de 1 a 3; dolor moderado una EVA de 4 a 6 y dolor severo una EVA de 7 a 10 para poblaciones de dolor crónico y fibromialgia (Schaefer et al., 2011; Silverman et al., 2010; Zelman, Hoffman, Seifeldin y Dukes, 2003).

Variables psicosociales.

Comparación social en la enfermedad: Escala de *comparación social* en los Procesos de Enfermedad (van der Zee et al., 1999; Adaptación española de Terol et al., 2007, 2014). Las estrategias (combinación de las dimensiones **dirección** e **interpretación**) de la *comparación social* fueron evaluadas mediante esta escala de 12 ítems con tipo de respuesta Likert (1=Nunca; 5=Muy a menudo) y cuatro tipos o estrategias con rango = 3-15: *comparación ascendente de contraste (CSAC), comparación ascendente de identificación (CSAI), comparación descendente de*

contraste (CSDC) y *comparación descendente de identificación (CSDI)*. Mayores puntuaciones indican una mayor frecuencia de uso de cada estrategia de comparación. Un ejemplo de ítem de cada estrategia: “Cuando pienso o veo a otros que están mejor que yo tengo esperanzas de que yo también podré mejorar” (*ascendente de identificación, CSAI*). “Cuando pienso o veo a otros que están mejor que yo me siento asustado al notar que yo no estoy tan bien.” (*ascendente de contraste, CSAC*). “Cuando pienso o veo a otros que están peor que yo tengo miedo de que yo vaya a empeorar” (*descendente de identificación*). “Cuando pienso o veo a otros que están peor que yo me doy cuenta de que estoy bastante bien” (*descendente de contraste*). El índice de consistencia interna en población con dolor crónico fue $\alpha=.76$ (Terol *et al.*, 2014). En este estudio los alfas de Cronbach oscilaron entre $\alpha = .75$ y $\alpha = .93$ para las cuatro estrategias. Con dos escalas de 3 ítems cada una se evaluó la dimension de los **referentes** de comparación (personas sin problemas de salud, personas con problemas de salud diferentes y personas con problemas de salud similares) y los **contenidos** (estado de ánimo, síntomas propios de la enfermedad y actividad física) utilizando un tipo de respuesta Likert (1=Nunca; 5=Muy a menudo). Mayor puntuación representa mayor frecuencia de comparación respecto a ese **referente** o **contenido**. Con la finalidad de clarificar resultados, sus puntuaciones se agruparon en tres categorías (1-2: Baja frecuencia, 3: frecuencia media, 4-5: alta frecuencia).

Catastrofismo: Escala de Catastrofismo en el dolor (Pain Catastrophizing Scale-PCS, Sullivan, Bishop y Pivik, 1995; adaptación española de García-Campayo *et al.*, 2008). El pensamiento catastrofista se evaluó mediante este cuestionario autoaplicado de 13 ítems con escala de respuesta tipo Likert (0=nada en absoluto; 4=Todo el tiempo) y tres subescalas (*desesperanza, rumiación y magnificación*). Mayores puntuaciones indican mayor presencia de pensamientos catastrofistas. Usualmente el percentil 75 y/o puntuación 35 es utilizado para la descripción de “casos” clínicamente relevantes (Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad, 2011; Sullivan, Bishop y Pivik,

1995). La consistencia interna en su validación en población española de Fibromialgia fue $\alpha=.79$ (García-Campayo *et al.*, 2008). En este estudio la consistencia interna fue $\alpha = .93$.

Impacto de la fibromialgia: Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (Fibromyalgia Impact Questionnaire-FIQ; Burkhardt, Clark y Bennett, 1991; adaptación española de Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia y Alegre de Miquel, 2007). Cuestionario autoaplicado de 10 ítems específico para fibromialgia referidos a la última semana que valoran la salud percibida del paciente. El primer ítem, compuesto por 9 sub-ítems tipo EVA (Escala Visual-Analógica) evalúa la capacidad de realización de actividades físicas y funcionalidad física y puede ser usado como una subescala particular (*Impacto funcional* (rango:0-10). El resto de ítems (ítems 2-10) combinan escalas tipo Likert y preguntas en una Escala Visual-Analógica de rango 0-10, evaluando sintomatología de la fibromialgia (dolor, fatiga, rigidez, cansancio, absentismo o ausencia laboral, bienestar subjetivo y *ansiedad y depresión*, donde las puntuaciones altas indican una mayor impacto negativo y/o una mayor severidad de los síntomas, es decir, *impacto de la fibromialgia*. El rango de puntuación es 0 (mínimo impacto)-100 (máximo impacto). La puntuación total, permite establecer tres niveles: impacto leve, moderado y severo (Bennett *et al.*, 2009). Se considera que una puntuación por debajo de 39 es indicativa de impacto leve; entre 39 y 58 de impacto moderado; y mayor o igual a 59 de impacto severo. La consistencia interna del instrumento es del $\alpha=.80$. Para este estudio fue de $\alpha=.81$.

Distrés psicológico (ansiedad y depresión): Se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) (Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS: Zigmond y Snaith, 1983; adaptación de Terol *et al.*, 2007; Cabrera, Terol, Martín-Aragón, Nuñez y Pastor, 2015). El HAD es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems

con dos subescalas de 7 ítems cada una (*ansiedad*-HADA ítems impares, *depresión*-HADD ítems pares) y respuesta tipo Likert 0-3. El rango de puntuación en cada subescala es de 0-21 indicando mayor puntuación, mayor *ansiedad* y *depresión*. La escala total tiene un rango global 0-42 (Cabrera, Terol, Martín-Aragón, Nuñez y Pastor, 2015; Cosco, Doyle, Watson, Ward, y McGee, 2012; Herrmann, 1997) y se sugiere el punto de corte +13 (HADT) para la discriminación de “casos” de *distrés psicológico* (Clover, Carter, Macinnon y Adams, 2009; Hinz y Brähler, 2011; Singer et al., 2009; Terol et al., 2007). Para las subescalas de *ansiedad* y *depresión*, en el estudio original (Zigmond y Snaith, 1983), puntuaciones superiores a +8 se consideraría “caso probable” y mayores a +11 indicarían “caso”. La consistencia interna para población española con fibromialgia fue HADA $\alpha=.83$ y HADD $\alpha=.87$ (Vallejo, Rivera, Esteve-Vives y Rodríguez-Muñoz, 2012). Para este estudio, la consistencia interna fue HADA $\alpha=.80$, HADD $\alpha=.85$ y HADT $\alpha=.89$.

Puntos de corte escala HAD para fibromialgia.

El HAD es una de las pruebas más utilizadas para detectar malestar emocional en pacientes hospitalarios no psiquiátricos, con enfermedad física (Brennan et al., 2010; Tyrer y Methuen, 2007). Los resultados obtenidos con muestras españolas de enfermos físicos, han mostrado las buenas propiedades psicométricas del HAD y también han replicado la estructura bifactorial propuesta por Zigmond y Snaith (1983) (Costa, Perez-Martin, Salamero-Baró y Moncayo-Gil, 2009; Herrero et al., 2003; López-Roig et al., 2000; Luciano, Barrada, Aguado, Osmá, y García-Campayo, 2013). Sin embargo, a pesar de la recomendación de la Sociedad Española de Reumatología (SER) de su uso como instrumento de elección para la evaluación en pacientes con Fibromialgia (Rivera et al., 2006), todavía no se contaban con puntos de corte específicos para esta población. Así, para este estudio se determinaron los puntos de corte específicos en población con Fibromialgia a través del análisis de sensibilidad y especificidad mediante curvas ROC

(Cabrera, Terol, Martín-Aragón, Nuñez y Pastor, 2015).

Instrumentos. Criterios externos utilizados.

Ansiedad: Inventario de *ansiedad* estado-rasgo (State Trait Anxiety Inventory-STAI: Spieldberger, Gorsuch y Lushene, 1982; adaptación de TEA, 1982). Como criterio externo para *ansiedad* se utilizó esta escala, de dos subescalas de 20 ítems cada una, con respuesta 0 a 3. Presenta una consistencia interna entre $\alpha=.90$ y $\alpha=.93$ para *ansiedad*-estado y entre $\alpha=.84$ y $\alpha=.87$ para *ansiedad*-rasgo. (TEA, 1982). Para este estudio el valor de la subescala de *ansiedad*-estado fue $\alpha=.93$. De esta subescala, se tomó el percentil 75 (puntuación 31 mujeres) como criterio clínicamente significativo de *ansiedad* elevada (TEA, 1982). Además, en función de la media y desviación típica (DT) obtenida en nuestra muestra (32.76 ± 11.27) se calculó el punto de corte para el intervalo de +1DT, coincidiendo con el percentil 95 (puntuación 44 en mujeres) y valores extremos de *ansiedad*.

Depresión: Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory-BDI: Beck, 1978; Beck, Steer y Harbin, 1988; adaptación española de Vázquez y Sanz, 1997). Como criterio externo de *depresión* se utilizó esta escala de 21 ítems con respuesta 0 a 3 puntos y rango de puntuación de 0-63. Su consistencia interna para poblaciones psiquiátricas y no psiquiátricas, $\alpha=.76$ y $\alpha=.95$ respectivamente (Beck, 1978; Beck, Steer y Harbin, 1988). Para este estudio el valor fue $\alpha=.88$. Los puntos de corte del BDI para el diagnóstico de *depresión* son: 0-9: ausencia de depresión, 10-18: *depresión* leve, 19-29: depresión moderada-severa y 30-63: *depresión* grave. Otro punto de corte recomendado, en particular, en el caso de sujetos con dolor crónico es = 21 (Geisser, Roth y Robinson, 1997, Hamilton y Shapiro, 1990).

Puede verse un resumen de los instrumentos en las siguientes tablas (Ver Tabla 7 y 8)

Tabla 7. Instrumentos de evaluación. Detalle.

Variable	Instrumento		Autor	Número de ítems	Subescalas / Items	Tipo de respuesta / Rango	
Sociodemográficas	ad-hoc		-	5	• Edad • Estado civil • Nivel educativo • Situación laboral • Baja laboral	Numérico	-
						Nominativo	-
						Nominativo	-
Clínicas	ad-hoc		-	6	• Dolor: ○ Actual ○ Medio en la última semana ○ Máximo en la última semana	Numérico	0-10
Comparación social en la enfermedad	Escala de Comparación Social en Procesos de Enfermedad (Scale for Social Comparison processes in illness)	van der Zee et al., (1999); Adaptación española de Terol et al., (2014)	Scott y Huskinson (1976); Aliaga Font, (2009)	12	• Ascendente de identificación (CSAI) • Ascendente de contraste (CSAC) • Descendente de identificación (CSDI) • Descendente de contraste (CSDC)	Likert	3-15
Referentes de comparación social en la enfermedad	ad-hoc	-	-	3	• Otros con problemas de salud similares • Otros con problemas de salud diferentes • Otros sin problemas de salud	Likert	1-5
Contenidos de comparación social en la enfermedad	ad-hoc	-	-	3	• Síntomas • Estado de ánimo • Actividad física	Likert	1-5
Catastrofismo	Escala de Catastrofismo en el dolor (PCS) (Pain Catastrophizing Scale-PCS)	Sullivan et al., (1995); Adaptación española de García-Campayo et al., (2008)		13	• Desesperanza • Magnificación • Rumiación	Likert	0-52
Impacto de la Fibromialgia	Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ) (Fibromyalgia Impact Questionnaire-FIQ)	Burkhardt, Clark y Bennett, 1991; Adaptación española de Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia y Alegre de Miquel, (2007)		10	• Impacto de la fibromialgia (General) • Impacto funcional	Varios (Likert/Numérico)	0-100
Distrés psicológico	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) (Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS)	Zigmond y Snaith, (1983); Adaptación española López-Roig et al, (2000); Cabrera et al., (2015)		14	• Ansiedad (HADA) • Depresión (HADD)	Likert	0-42

α : Alpha de Cronbach; BDI: Inventario de depresión de Beck (Beck, Steer y Harbin, 1988); CSAI: Comparación social ascendente de identificación; CSAC: Comparación social descendente de identificación; CSDC: Comparación descendente de contraste; EVA: Escala visual-analógica dolor percibido; FIQ: Cuestionario de impacto de la fibromialgia; HAD, HADS: Escala de ansiedad y depresión Hospitalaria; HADA: Subescala de Depresión del HAD; PCS: Escala de catastr en el dolor; STAI: Cuestionario de Ansiedad-Estado de Spielberger (State Trait Anxiety Inventory; 1982).

Tabla 8. Instrumentos de evaluación. Propiedades psicométricas.

Variable	Instrumento		Autor	Número de ítems	Consistencia interna (α)	Consistencia interna Este estudio (α)
Sociodemográficas	<i>ad-hoc</i>		-	5	-	-
Clínicas	<i>ad-hoc</i> / Dolor: Escala visual-analógica (EVA)		- / Dolor: Scott y Huskinson (1976); Aliaga Font, (2009)	6	-	-
Comparación social en la enfermedad	Escala de Comparación Social en los Procesos de Enfermedad (Scale for Social Comparison processes in illness)		van der Zee et al., (1999); Adaptación española de Terol et al., (2014)	12	CSAI=.62 CSAC=.83 CSDI=.84 CSDC=.76	CSAI=.89 CSAC=.84 CSDI=.93 CSDC=.75
Referentes de comparación social en la enfermedad	<i>ad-hoc</i>		-	3	-	-
Contenidos de comparación social en la enfermedad	<i>ad-hoc</i>		-	3	-	-
Catastrofismo	Escala de Catastrofismo en el dolor (PCS) (Pain Catastrophizing Scale-PCS)		Sullivan et al., (1995); Adaptación española de García-Campayo et al., (2008)	13	Escala total=.79	Escala total=.93
Impacto de la Fibromialgia	Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ) (Fibromyalgia Impact Questionnaire-FIQ)		Burkhardt, Clark y Bennett, 1991; Adaptación española de Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia y Alegre de Miquel, (2007)	10	Escala total=.80	.81
Distrés psicológico	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) (Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS)		Zigmond y Snaith, (1983); Adaptación española López-Roig et al, (2000); Cabrera et al., (2015)	14	HADA=.83 HADD=.87	HADA=.80 HADD=.85
Ansiedad (criterio)	Inventario de ansiedad estado y rasgo (STAI) (State Trait Anxiety Inventory-STAI)		Spielberger, Gorsuch y Lushene, (1982); Versión española de TEA, (1982)	20	STAI-E=.90-.93 STAI-R=.84-.87	STAI-E:.93
Depresión (criterio)	Inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck Depression Inventory-BDI)		Beck, (1978); Beck, Steer y Harbin, (1988); Adaptación española de Vázquez y Sanz (1997)	21	.76-.95	.88

α : Alpha de Cronbach; BDI: Inventario de depresión de Beck (Beck, Sterr y Harbin, 1988); CSAI: Comparación social ascendente de identificación de contraste; CSDI: Comparación social descendente de identificación; CSDC: Comparación social descendente de contraste; EVA: Escala visual-analógica dolor percibido; FIQ: Cuestionario de impacto de la fibromialgia; HAD, HADS: Escala de ansiedad y depresión Hospitalaria; HADA: Subescala de Ansiedad del HAD; HADD: Subescala de Depresión del HAD; PCS: Escala de catastrofismo en el dolor; STAI: Cuestionario de Ansiedad-Estado de Spielberger (State Trait Anxiety Inventory; 1982).

Puntos de corte, sensibilidad y especificidad.

Se enumeran ahora la sensibilidad y especificidad para los puntos de corte del HAD en población con Fibromialgia. En la subescala HADD con criterio externo BDI=10 (*depresión leve*) se obtiene un área bajo la curva AUC=.853, con puntos de corte de +7 y +8 con índices de Sensibilidad(S) y Especificidad(E) superiores a 78%. Respecto al criterio BDI=19 (*depresión moderada*) se obtiene un AUC=.862 con punto de corte +10 (S:81%; E:73%; PPV=80%; NPV=74%;AC=77). Para el criterio BDI=21 (criterio dolor crónico) se obtiene un área bajo la curva AUC=.837 con punto de corte de +11 (S:78%; E:71%; PPV=66; NPV=80;AC=73) y **+12 (S:73%;E:75%;PPV=70%;NPV=77%;AC=74)**. En cuanto al criterio BDI>30 (*depresión grave*), con AUC=.808, el punto de corte +13 presenta S:76% y E:73%.

Para la subescala HADA y criterio STAI-E (percentil 75), se obtienen dos puntos de corte con AUC=.858: **+12 (S:80%; E:68%;PPV:91;NPV:45;AC=78)** y +13 (S:74%; E:84%;PPV:96;NPV:43;AC=76). El punto de corte para el percentil 90 es de 16+ (AUC=.755; S:72%; E:68%)

Finalmente, siguiendo el criterio de elección de los puntos de corte más ajustados, esto es, que muestren un mejor compromiso sensibilidad-especificidad y mejor eficacia diagnóstica, y primando la detección de casos (sensibilidad) frente a la exclusión de verdaderos negativos (especificidad), para población con fibromialgia se han determinado como óptimos los puntos de corte **+12 para HADA (S=80%;E=68%)** correspondiente al percentil 75 del criterio STAI (puntuación 31 mujeres), y **+12 para HADD (S=73%; E=75%)** correspondiente a la puntuación 21, criterio BDI para dolor crónico (Cabrera, Terol, Martín-Aragón, Núñez y Pastor, 2015). En las tablas 9 y 10 se presentan los valores de AUC, sensibilidad y especificidad, valores predictivos positivo y negativo, y eficacia diagnóstica para cada criterio.

Tabla 9. Puntos de corte, sensibilidad y especificidad de la subescala HADA (HAD) para cada criterio diagnóstico. Subescala Ansiedad.

HADA								
CRITERIO DIAGNÓSTICO	SEGMENTO DE CORTE	PUNTUACIÓN	Punto corte	S (%)	E (%)	AUC	PPV(%)	NPV(%)
STAI-E	Percentil 75 (M)	31	12	80	68	.858	91	45
			13	74	84	.858	96	43
	Percentil 90 (+1DT)	44	16	72	68	.755	27	94
Efectividad diagnóstica (AC)								
								78
								76
								69

AC: Accuracy Index (efectividad diagnóstica); AUC: Area Bajo la Curva; E: Especificidad; HAD: Escala de ansiedad y depresión hospitalaria de Zigmond y Snaith (Hospital Anxiety and Depression; 1983); HADA: Subescala de Ansiedad del HAD; HADD: Subescala de Depresión del HAD; NPV: Valor predictivo Negativo; PPV: Valor predictivo Positivo; S: Sensibilidad; STAI-E: Cuestionario de Ansiedad-Estado de Spielberger (State Trait Anxiety Inventory; 1970).

Tabla 10. Puntos de corte, sensibilidad y especificidad de la subescala HADD (HAD) para cada criterio diagnóstico. Subescala Depresión.

HADD									
CRITERIO DIAGNÓSTICO	SEGMENTO DE CORTE	PUNTUACIÓN	Punto corte	S (%)	E (%)	AUC	PPV(%)	NPV(%)	Efectividad diagnóstica (AC)
BDI	Leve (10-18)	10	7	83	80	.853	98	29	83
			8	78	90	.853	99	36	79
	Moderada (19-29)	19	10	81	73	.862	80	74	77
			11	78	71	.837	66	80	73
	Dolor crónico	21	12	73	75	.837	70	77	74
			12	82	66	.804	46	91	70
	Grave (30-63)	30	13	76	73	.804	49	90	73
	AC: Accuracy Index (efectividad diagnóstica); AUC: Area Bajo la Curva; BDI: Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory; 1988); E:Especificidad; HAD: Escala de ansiedad y depresión hospitalaria de Zigmond y Snaith (Hospital Anxiety and Depression; 1983); HADA: Subescala de Ansiedad del HAD; HADD: Subescala de Depresión del HAD; NPV: Valor predictivo Negativo; PPV: Valor predictivo Positivo; S: Sensibilidad.								

3.3. Procedimiento.

Estudio descriptivo-correlacional de corte transversal en la Unidad de Fibromialgia del Hospital de San Vicente del Raspeig (Alicante). Tras aprobación del proyecto por el Comité de Ética del hospital, durante 12 meses, se seleccionó a pacientes de nuevo ingreso ($n=152$) mediante muestreo no probabilístico incidental. En la primera cita, se informaba a los pacientes del objetivo, procedimiento y metodología del estudio firmando el consentimiento informado. Posteriormente se procedía a la administración de cuestionarios, que eran cumplimentados bajo supervisión de un psicólogo, con un tiempo que oscilaba entre 30-50 minutos. 13 pacientes renunciaron a participar y 8 fueron excluidos al no cumplir los criterios. Finalmente 131 pacientes fueron evaluados (**$n=131$**).

3.4. Análisis de los datos.

Descriptivos, correlaciones y diferencias de medias.

Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS v.22. Se realizaron análisis descriptivos, análisis de correlaciones bivariadas con el índice de correlación de Pearson, cálculo de la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Antes de realizar los análisis estadísticos de diferencias de medias, se procedió a comprobar los supuestos de normalidad y homocedasticidad puesto que se cumple el tamaño muestral superior a 30 sujetos. Para la normalidad se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, cuya hipótesis nula sostiene la normalidad, rechazando ésta si la significación es menor o igual a .05. El supuesto de normalidad se cumplió para todas las variables cuantitativas. A pesar de que el estadístico Kolmogorov-Smirnov mostró

valores inferiores a $p < .05$ para *comparación ascendente de identificación (CSAI)*, *ascendente de contraste (CSAC)*, **referentes** y **contenidos** de *comparación* y las *variables clínicas tiempo desde el inicio de los síntomas y tiempo desde diagnóstico*, la observación adicional del índice de curtosis (menor a 1.96) y el error típico de la curtosis, los gráficos P-P y Q-Q y los gráficos histograma con distribución de curva normal, indicaron que las distribuciones muestrales seguían la normalidad. La homocedasticidad se analizó mediante prueba de Levene, cuya hipótesis nula afirma la homogeneidad de varianzas y rechazando ésta con valores de significación menores o iguales a .05.

Para cada análisis de diferencias de medias específico se exploró la normalidad y homocedasticidad de la variable dependiente en función de los factores de agrupación. Así, en aquellos agrupados de variables donde existían sub-muestras no parejas en su número de sujetos, o donde existían sub-grupos inferiores a 30 sujetos y las pruebas de normalidad “variables dependientes/factores” así lo aconsejaban o en aquellas variables que en las pruebas paramétricas no superaron las prueba de homocedasticidad se utilizaron pruebas no paramétricas: prueba U Mann Whitney para diferencia de medias de dos muestras independientes y prueba H Kruskal Wallis para diferencias de medias de K muestras independientes. Cuando no existieron estas restricciones se utilizaron pruebas paramétricas T-student y ANOVA.

Puntos de corte HAD específicos para fibromialgia.

Puntos de corte, sensibilidad y especificidad se hallaron mediante curvas ROC. El análisis mediante curvas ROC (Receiver Operating Characteristic Curve) constituye un método estadístico para determinar la exactitud diagnóstica de tests que utilizan escalas continuas, siendo utilizadas con tres propósitos específicos: determinar el punto

de corte en el que se alcanza la sensibilidad y especificidad más alta, evaluar la capacidad discriminativa del test diagnóstico, es decir, su capacidad de diferenciar “casos” de “no-casos”, y comparar la capacidad discriminativa de dos o más tests diagnósticos que expresan sus resultados como escalas continuas.

Con este análisis, se clasificaron “casos” y “no-casos” de *ansiedad y depresión* según las puntuaciones de los criterios diagnósticos externos. Se valoró sensibilidad (S), Especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (NPV) e índice de eficacia diagnóstica (AC) (Álvarez, 2007). Claves de interpretación: a) AUC: Área bajo la curva. Proporción de casos diagnosticados por el criterio externo al azar, que también lo serían por la subescala HAD b) Sensibilidad: probabilidad de resultado positivo en el HAD un paciente clasificado como “caso” en el criterio externo c) Especificidad: Probabilidad de resultado negativo en el HAD un paciente clasificado como “no-caso” en el criterio externo d) PPV: Probabilidad de padecer el trastorno un paciente clasificado como “caso” por el HAD e) NPV: Probabilidad de no padecer la afectación un paciente clasificado como “no-caso” por el HAD f) AC: proporción de casos correctamente clasificados (verdaderos positivos+verdaderos negativos), en el total de la muestra.

Análisis cluster de pacientes.

Se realizó un análisis de conglomerados (método k-medias casos) para identificar subgrupos de pacientes. El análisis de conglomerados que es una técnica multivariante de agrupación en función de la similitud existente entre diversos casos. Además, es una técnica que no asume ninguna distribución específica para las variables. Se utilizó el método de K medias el cual agrupa los casos basado en las distancias entre ellos mediante un proceso de asignación iterativa de centros distantes (centroides),

formando los grupos al asignar cada caso al centroide más próximo (Santos, Muñoz, Juez y Cortinas, 2003). Previamente, se seleccionaron las variables de las Escalas de CS en la enfermedad, intensidad percibida de dolor (dolor actual, dolor medio y máximo de la última semana) y subescalas ansiedad (HADA) y depresión (HADD) del HAD. Las variables utilizadas en el análisis de conglomerados fueron estandarizadas (convertidas en puntuaciones Z) para reducir la variabilidad que pudiera afectar al método. De esta manera, puntuaciones mayores y menores que cero indican puntuaciones por encima y por debajo del promedio de la muestra, respectivamente. Mediante ANOVA se describen las diferencias entre subgrupos de conglomerados.

Modelo estadístico. Path-Analysis.

La estimación del modelo se llevó a cabo mediante el software AMOS v.22.0, aplicando la información del procedimiento de estimación de máxima verosimilitud. Cada variable en el modelo Path-Analysis se midió utilizando la suma de puntuación de la escala correspondiente. El ajuste del modelo fue evaluado mediante el estadístico χ^2 de bondad de ajuste. Debido a que χ^2 tiende a ser significativo en muestras grandes, se calculó el ratio χ^2/gl (grados de libertad). Si este ratio es inferior a 6, se asume que el modelo es adecuado. Este índice se denomina χ^2 , *relativo*, pues se calcula buscando la independencia respecto al tamaño muestral. Carmines y McIver (1981) y Kline (1998) establecen un valor de 3 para un modelo aceptable. Por otra parte, y siguiendo la recomendación que aconseja contrastar diversos índices para asegurar el ajuste del modelo propuesto, se consideraron los siguientes índices de bondad de ajuste: a) Goodness of Fit Index (GFI), que representa el porcentaje de covarianzas observadas que se explican por las covarianzas implícitas del modelo; debe alcanzar un valor igual o superior a .90 (Schumacker y Lomax, 1996); b) Comparative Fit Index (CFI), que

compara el ajuste del modelo con un modelo nulo si se asume que las variables latentes no están relacionadas; requiere valores iguales o superiores a .90 (Schumacker y Lomax, 1996); y, c) Índice basado en el parámetro de no-centralidad. Error cuadrático medio de aproximación (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA), que aporta una medida de la discrepancia por grados de libertad. Valores iguales o menores a .05 indican una buena representatividad de la muestra, y cuando los valores son inferiores a .08, el ajuste se considera aceptable (Browne y Cudeck, 1992; Jöreskog y Sörbom, 1993).



CAPÍTULO 4. RESULTADOS



4.RESULTADOS

4.1.Comparación social.

4.1.1.Estrategias, referentes y contenidos. Análisis descriptivo.

Las estrategias de comparación *ascendente de contraste* y *descendente de identificación* presentan medias y frecuencias de uso más elevadas (CSAC: 11.30, DT = 3.11; CSDI: 9.98, DT = 3.63; rango = 3-15), pues las utilizan con alta frecuencia (a menudo o muy a menudo) el 75% y el 56.6% de la muestra, respectivamente. Por su parte la comparación *ascendente de identificación* y *descendente de contraste* presentan las siguientes medias: CSAI: 9.31, DT = 2.97; CSDC: 9.1, DT = 3.0; (rango = 3-15) utilizándolas con alta frecuencia menos del 45% de las pacientes (Ver tablas 11 y 12).

Respecto a los **referentes**, un 52.6% de la muestra se compara con alta frecuencia (a menudo/muy a menudo) con **referentes** con *problemas de salud similares*, frente a un 42% que lo hace con otros *sin problemas de salud* y un 35.1% con *otros con diferentes problemas de salud* (Ver tabla 12).

En cuanto a los **contenidos** de comparación, los *síntomas* se comparan con alta frecuencia (a menudo/muy a menudo) en un 85.5% de las ocasiones, seguidos de la *actividad física* (71.7%) y el *estado de ánimo* (66.4%) (Ver tabla 12).

Tabla 11. Comparación social. Consistencia interna, medias, desviaciones típicas y rangos.

	α	<i>M</i>	<i>DT</i>	Rango
<i>Escala de comparación social en la enfermedad</i>				
CSAI	.89	9.31	2.97	
CSAC	.84	11.30	3.11	3-15
CSDI	.93	9.98	3.63	
CSDC	.75	9.10	3.01	
<i>Referentes de comparación</i>				
Otros con problemas de salud similares	-	3.37	1.35	
Otros con problemas de salud diferentes	-	2.98	1.24	1-5
Otros sin problemas de salud	-	3.02	1.49	
<i>Contenidos de comparación</i>				
Síntomas	-	4.36	.81	
Estado de ánimo	-	3.89	1.05	1-5
Actividad física	-	4.02	1.22	

α : Alfa de Cronbach; CS: Escala de comparación social en la enfermedad (Social Comparison Illness Scale (Van der Zee et al., 1999; Terol et al., 2014); CSAI: Comparación social ascendente de identificación; CSAC: Comparación social ascendente de contraste; CSDI: Comparación social descendente de identificación; CSDC: Comparación social descendente de contraste; DT: Desviación típica.

Miguel
Hernández

Tabla 12. Comparación social: estrategias, referentes y contenidos

Estrategias					Referentes				Contenidos	
CSAI	CSAC	CSDI	CSDC	Otros con problemas de salud similares	Otros con problemas de salud diferentes	Otros sin problemas de salud	Síntomas	Estado de ánimo	Actividad física	
Baja frecuencia (nunca/raras veces)	18.3	9.9	19.1	20.6	26.3	33.6	37.4	2.3	11.5	15.3
Frecuencia media (a veces)	39.7	14.5	24.4	34.4	22.1	31.3	20.6	12.2	22.1	13
Alta frecuencia (a menudo/muy a menudo)	42	75.6	56.5	45	52.6	35.1	42	85.5	66.4	71.7

CSAI: Comparación social ascendente de identificación, CSAC: Comparación social ascendente de contraste, CSDI: Comparación social descendente de identificación, CSDC: Comparación social descendente de contraste

4.1.2. Estrategias de *comparación social* en función de referentes y contenidos.

Análisis de diferencias y relaciones.

La elevada frecuencia de *comparación* con **referentes** con *otros con problemas de salud similares y otros sin problemas de salud* diferencia significativamente un mayor uso de la estrategia *ascendente de contraste (CSAC)* ($p < .05$) y *descendente de identificación (CSDI)* ($p < .001$). En el caso de la *comparación* con *otros con problemas de salud diferentes* su elevada frecuencia diferenciaba significativamente el mayor uso de la estrategia *descendente de identificación (CSDI)* ($p \leq .001$) (véase tabla 13).

La elevada frecuencia de *comparación* en cuanto a **contenidos** de *síntomas y estado de ánimo* diferencia significativamente un mayor uso de las estrategias *ascendente de contraste (CSAC)* (Síntomas: $p < .05$; Estado de ánimo: $p \leq .001$) y *descendente de identificación (CSDI)* ($p < .05$). No existen diferencias significativas en cuanto a la *actividad física* y ningún **contenido** de comparación diferenció significativamente el uso de la estrategia *descendente de contraste (CSDC)* (Para detalle, véase tabla 14).

Tabla 13. Comparación social: diferencias del uso de estrategias en función de la elección de referentes (Pruebas anova y H Kruskal-Wallis).

Estrategias de comparación	Otros con problemas de salud similares					Otros con problemas de salud diferentes					Otros sin problemas de salud				
	Baja frecuencia	Media frecuencia	Alta frecuencia	X ²	Sig.	Baja frecuencia	Media frecuencia	Alta frecuencia	F	Sig.	Baja frecuencia	Media frecuencia	Alta frecuencia	X ²	Sig.
	(n=33)	(n=29)	(n=69)			(n=44)	(n=41)	(n=46)			(n=49)	(n=27)	(n=55)		
CSAI	9.67±3.30 (69.55)	9.66±3.07 (69.14)	8.99±2.76 (62.99)	.933	.627 (n.s)	9.48±3.20 (63.60)	9.83±3.13 (73.65)	8.67±2.50 (64.38)	1.777	.173 (n.s)	9.08±3.07 (63.60)	9.96±2.77 (73.65)	9.18±2.97 (64.38)	1.409	.494 (n.s)
CSAC	1 0.33±3.62 (55.82)	10.59±3.02 (56.66)	12.06±2.70 (74.80)	7.979	.019*	10.43±3.41 (57.41)	11.46±2.97 (55.46)	11.98±2.79 (78.83)	2.956	.056 (n.s)	10.45±3.57 (57.41)	10.81±2.56 (55.46)	12.29±2.64 (78.83)	11.068	.004*
CSDI	7.82±4.06 (45.59)	9.34±3.52 (58.07)	11.28±2.87 (79.09)	19.193	.000**	8.25±3.71 (50.43)	10.73±3.27 (67.56)	10.96±3.33 (79.11)	8.377	.000**	8.37±4.03 (50.43)	10.37±2.65 (67.56)	11.22±3.16 (79.11)	14.989	.001**
CSDC	8.45±3.05 (57.76)	9.38±2.83 (69.10)	9.28±3.05 (68.64)	2.14	.349 (n.s)	8.80±3.14 (56.29)	9.54±2.85 (72.69)	8.98±3.02 (71.37)	.693	.502 (n.s)	8.33±2.99 (56.29)	9.67±2.43 (72.69)	9.49±3.17 (71.37)	5.200	.074 (n.s)

*p<=.05; **: p<=.001; (n.s.): no significativo; CS: Escala de comparación social en la enfermedad (Social Comparison Illness Scale (Van der Zee et al., 1999; Terol et al., 2014); CSAI: Comparación social ascendente de identificación; CSAC: Comparación social ascendente de contraste; CSDI: Comparación social descendente de identificación; CSDC: Comparación social descendente de contraste;; F: Estadístico Anova; X²: Estadístico chi-cuadrado Kruskal-Wallis.

Tabla 14. Comparación social: diferencias del uso de estrategias en función de la elección de contenidos. Prueba H Kruskal-Wallis.

Estrategias de comparación	Síntomas				Estado de ánimo				Actividad física			
	Baja frecuencia		Alta frecuencia		Baja frecuencia		Alta frecuencia		Baja frecuencia		Alta frecuencia	
	(n=3)	(n=16)	(n=112)	Sig.	(n=15)	(n=29)	(n=87)	Sig.	(n=20)	(n=17)	(n=94)	Sig.
CSAI	11.67±2.31 (97.33)	9.44±3.61 (66.31)	9.22±2.88 (65.12)	2.133 .344 (n.s)	10.67±3.44 (82.60)	9.21±3.04 (64.41)	9.10±2.83 (63.67)	.193 (n.s)	8.75±3.28 (59.13)	9.41±3.36 (66.09)	9.40±2.85 (67.45)	.803 (n.s)
CSAC	6.00±5.20 (24.50)	9.50±3.08 (43.59)	11.70±2.86 (70.31)	.005*	8.67±3.48 (37.60)	10.48±3.39 (56.38)	12.02±2.63 (74.10)	.001**	12.30±3.03 (79.53)	11.47±2.70 (66.09)	11.05±3.18 (63.11)	.208 (n.s)
CSDI	3.33±.58 (8.33)	8.88±3.65 (54.78)	10.31±3.49 (69.15)	.010*	7.47±3.46 (41.43)	9.69±3.89 (62.90)	10.51±3.42 (71.27)	.016*	10.10±4.98 (70.80)	10.65±3.48 (72.74)	9.83±3.35 (63.76)	.551 (n.s)
CSDC	6.67±3.22(38.33)	10.00±3.14 (75.88)	9.03±2.96 (65.32)	.262 (n.s)	9.73±3.92 (72.03)	8.76±2.77 (62.47)	9.09±2.92 (66.14)	.727 (n.s)	7.95±3.49 (52.18)	8.82±3.23 (63.68)	9.38±2.82 (69.36)	.175 (n.s)

*p<=.05; **: p<=.001; (n.s.): no significativo; CS: Escala de comparación social en la enfermedad (Social Comparison Illness Scale (Van der Zee et al., 1999; Terol et al., 2014); CSAI: Comparación social ascendente de identificación; CSAC: Comparación social ascendente de contraste; CSDI: Comparación social descendente de identificación; CSDC: Comparación social descendente de contraste; X²: Estadístico chi-cuadrado Kruskal-Wallis.

Los datos de las relaciones entre estrategias, **referentes** y **contenidos** muestran que mayor grado de **comparación** con otros **referentes** (*con problemas de salud similares, diferentes o sin problemas de salud*), así como la *comparación* de **contenidos** de *síntomas y estado de ánimo* se relaciona con mayor uso de estrategias *ascendente de contraste (CSAC)* y *descendente de identificación (CSDI)* ($r = \geq .27; p \leq .001$). Mayor *comparación* con **referentes sin problemas de salud** correlaciona con mayor uso de la *descendente de contraste (CSDC)* ($r = .19; p < .05$). Mayor *comparación* respecto al **contenido** de *síntomas* correlaciona inversamente con la *comparación ascendente de identificación (CSAI)* ($r = -.22; p < .05$) y mayor *comparación* respecto a *actividad física* con mayor uso de *descendente de contraste (CSDC)* ($r = .18; p < .05$) (Ver tabla 15).

4.1.3.Comparación social, variables sociodemográficas y variables clínicas. Análisis de diferencias y relaciones.

Comparación social y variables sociodemográficas.

Respecto a las estrategias de *comparación (CSAI, CSAC, CSDI y CSDC)* y los **contenidos** de *comparación*, la *edad, nivel de estudios y estado civil* no diferencian su uso. La *situación laboral*, de las pacientes en “activo” diferenciaba significativamente un mayor uso de la *comparación descendente de contraste (CSDC)* ($X^2(2) = 8.748, p < .05$) y la *comparación* con **referentes sin problemas de salud** ($X^2(2) = 6.507, p < .05$). El grupo de menor *edad* (< 39 años) se diferenciaba significativamente por mayor grado de *comparaciones* con **referentes con problemas de salud diferentes** ($X^2(2) = 10.517, p < .05$) y *sin problemas de salud* ($X^2(2) = 14.351, p \leq .001$).

Tabla 15. Variables de comparación social. Análisis correlacional.

	Referentes				Contenidos		
	Otros con problemas de salud similares		Otros con problemas de salud diferentes	Otros sin problemas de salud	Síntomas	Estado de ánimo	Actividad física
CSAI	-	-	-	-	-.218*	-	-
CSAC	.272**		.271**	.316**	.377**	.388**	-
CSDI	.446**		.354**	.374**	.299**	.296**	-
CSDC	-		-	.192*	-	-	.184*
Otros con problemas de salud similares	-		.688**	.520**	.360**	.218*	-
Otros con problemas de salud diferentes			-	.568**	.274*	.350**	-
Otros sin problemas de salud				-	.230**	.270**	-
Síntomas					-	.637**	-
Estado de ánimo						-	-
Actividad física							-

*: p <= .05; **: p <= .001; CS: Escala de comparación social en la enfermedad (Social Comparison Illness Scale (Van der Zee et al., 1999; Terol et al., 2014); CSAI: Comparación social ascendente de identificación; CSAC: Comparación social ascendente de contraste; CSDI: Comparación social descendente de identificación; CSDC: Comparación social descendente de contraste

Comparación social y variables clínicas y de dolor.

Los pacientes con *tiempo de diagnóstico* menor a dos años ($Z = -2.932$, $p < .05$) y *tiempo desde el inicio de síntomas* de 6 a 10 años (el grupo intermedio) ($X^2(2) = 6.205$, $p < .05$) se diferencian significativamente por mayor uso de la estrategia *ascendente de identificación (CSAI)*. Sobre los **referentes**, no se muestran diferencias. En cuanto a **contenidos**, el grupo de pacientes con *tiempo de diagnóstico* mayor a dos años ($Z = -2.131$, $p < .05$) se diferencia significativamente por la mayor comparación sobre el *estado de ánimo*.

Respecto al *dolor* percibido, las pacientes con *dolor actual, medio y máximo* severo se diferencian por mayor uso de estrategias *ascendente de contraste (CSAC)* (*actual y medio*: $p < .05$; *máximo*: $p < .001$) y *descendente de identificación (CSDI)* ($p < .05$). Pacientes con *dolor actual y medio* moderado y/o severo se diferencian también por menor uso de *ascendente de identificación (CSAI)* ($p < .05$). Respecto a **referentes**, el grupo de pacientes con *dolor máximo* severo ($p < .05$), se diferenciaban significativamente comparándose más con **referentes sin problemas de salud**. En cuanto a **contenidos**, las pacientes con *dolor actual, medio y máximo* severo se diferenciaban significativamente por mayor grado de comparaciones en cuanto a *síntomas* ($p < .05$). El grupo de *dolor máximo* severo ($p < .05$), se diferenciaba significativamente comparándose más sobre el *estado de ánimo* (Ver tabla 16).

Tabla 16. Comparación social: diferencias de medias en función de variables clínicas y de dolor percibido. Prueba H Kruskal-Wallis.

	Dolor actual				Dolor medio última semana				Dolor máximo última semana					
	Dolor leve		Dolor moderado		Dolor leve		Dolor moderado		Dolor leve		Dolor moderado		Dolor severo	
	(n=12)	(n=84)	(n=84)	(n=34)	(n=4)	(n=60)	(n=60)	(n=66)	(n=2)	(n=34)	(n=94)	X ²	Sig.	
Estrategias de CS														
CSAI	11.17±2.25 (89.75)	9.42±2.81 (67.06)	8.41±3.31 (53.09)	8.920	.012*	11.75±1.89 (98.00)	9.80±2.60 (72.23)	8.73±3.22 (57.41)	8.040	.018*	11.00±2.83 (88.00)	9.68±2.95 (70.75)	1.771	.413(n.s)
CSAC	9.25±3.82 (43.96)	11.24±3.03 (63.73)	12.32±2.57 (77.47)	7.682	.021*	7.25±3.78 (25.38)	10.68±3.30 (57.72)	12.18±2.49 (75.01)	11.513	.003*	4.50±2.12 (6.75)	9.91±3.47 (49.25)	14.826	.001**
CSDI	7.92±3.40 (43.71)	9.89±3.60 (64.41)	10.97±3.58 (75.88)	6.732	.035*	6.75±2.87 (31.25)	9.18±3.65 (57.33)	10.92±3.43 (75.00)	10.421	.005*	4.50±2.12 (13.50)	8.71±3.33 (51.66)	10.976	.004*
CSDC	9.25±3.31 (68.38)	9.26±2.98 (67.14)	8.62±3.05 (60.43)	.855	.652(n.s)	9.75±3.59 (74.75)	9.73±3.18 (73.45)	8.47±2.73 (57.71)	5.791	.055(n.s)	7.00±2.83 (38.00)	9.53±3.34 (70.87)	1.896	.387(n.s)
Referentes de CS														
Otros con problemas de salud similares	2.92±1.38 (52.70)	3.37±1.39 (65.51)	3.56±1.26 (69.97)	1.946	.378(n.s)	3.00±1.41 (54.38)	3.23±1.40 (61.67)	3.53±1.32 (69.66)	1.872	.392(n.s)	2.50±2.12 (45.00)	3.09±1.36 (57.26)	3.154	.207(n.s)
Otros con problemas de salud diferentes	2.67±1.23 (57.54)	2.88±1.28 (62.46)	3.32±1.12 (75.82)	3.840	.147(n.s)	3.25±1.50 (77.38)	2.82±1.24 (60.77)	3.11±1.24 (69.08)	2.050	.359(n.s)	2.50±2.12 (55.25)	2.71±1.27 (57.65)	2.371	.306(n.s)
Otros sin problemas de salud	2.83±1.70 (61.54)	2.93±1.45 (63.21)	3.29±1.55 (72.56)	1.715	.424(n.s)	2.75±2.06 (59.63)	3.10±1.48 (67.47)	2.95±1.50 (64.07)	.373	.830(n.s)	1.00±.0 (17.00)	2.62±1.52 (55.85)	7.226	.027*
Contenidos de CS														
Síntomas	3.75±1.06 (43.21)	4.33±.81 (64.30)	4.62±.60 (76.34)	8.714	.013*	3.25±.96 (23.75)	4.32±.93 (65.83)	4.45±.64 (67.73)	6.319	.042*	2.50±.71 (7.00)	4.18±.90 (58.68)	8.407	.015*
Estado de ánimo	3.58±1.24 (56.08)	3.81±1.07 (62.60)	4.21±.91 (76.00)	4.258	.119(n.s)	3.50±1.29 (52.50)	3.85±1.07 (64.08)	3.95±1.04 (67.58)	.836	.658(n.s)	2.50±.71 (19.50)	3.65±1.04 (56.41)	6.749	.034*
Actividad física	4.33±.99 (73.58)	4.06±1.19 (66.57)	3.79±1.37 (60.00)	1.561	.458(n.s)	4.00±1.41 (65.25)	4.20±1.10 (70.34)	3.85±1.30 (61.11)	2.189	.335(n.s)	3.50±2.12 (55.75)	4.21±1.12 (70.74)	1.136	.567(n.s)

*p<=.05; **: p<=.001; (n.s.): no significativo; DT: Desviación típica F: Estadístico anova; CS: Escala de comparación social en la enfermedad (Social Comparison Illness Scale (Van der Zee et al., 1999; Terol et al., 2014); CSAI: Comparación social ascendente de identificación; CSAC: Comparación social ascendente de contraste; CSDI: Comparación social descendente de identificación; CSDC: Comparación social descendente de contraste;; X²: Estadístico chi-cuadrado Kruskal-Wallis.

Menor *tiempo desde diagnóstico* correlaciona inversamente con mayor uso de la estrategia *ascendente de identificación (CSAI)* ($r = -.19$ $p < .05$) y mayor grado de comparación con **referentes sin problemas de salud** ($r = -.19$ $p < .05$). Por su parte, el *tiempo desde el inicio de los síntomas* también se relaciona inversamente con las estrategias *ascendente de contraste (CSAC)* ($r = -.24$; $p \leq .001$), *descendente de identificación (CSDI)* ($r = -.20$; $p < .05$) y *descendente de contraste (CSDC)* ($r = -.20$; $p < .05$), así como con **referentes sin problemas de salud** ($r = -.24$; $p \leq .001$) (Ver tabla 17).

En cuanto al *dolor percibido (actual, medio y máximo)*, mayor *dolor* se relaciona directamente con mayor uso de estrategias de *comparación ascendente de contraste (CSAC)* ($r \geq .31$; $p \leq .001$) y *descendente de identificación (CSDI)* (*actual*: $r = .20$; $p < .05$; *medio y máximo*: $r \geq .28$; $p \leq .001$). Por su parte, menor *dolor actual y medio* se relacionan inversamente con mayor uso de la estrategia *ascendente de identificación (CSAI)* (*actual*: $r = -.22$; $p < .05$; *medio*: $r = -.25$; $p < .001$) y el *dolor medio* también inversamente con la *descendente de contraste (CSDC)* ($r = -.20$; $p < .05$). Respecto a los **referentes** de comparación, mayor *dolor medio* correlaciona directamente con la comparación con mayor grado de comparación con *otros con problemas de salud similares* ($r = .18$; $p < .05$), y el *máximo* con *otros con problemas de salud diferentes* ($r = .21$; $p < .05$). En cuanto a los **contenidos**, mayor *dolor (actual, medio y máximo)* se relaciona con mayor comparación sobre *síntomas* ($r \geq .19$; $p < .05$) y el *dolor medio* inversamente con la *actividad física* ($r = -.22$; $p < .05$) (Para más detalle, véase tabla 17).

Tabla 17. Comparación social y variables clínicas. Análisis correlacional.

	Estrategias de comparación social					Referentes				Contenidos	
	CSAI	CSAC	CSDI	CSDC		Otros con problemas de salud similares	Otros con problemas de salud diferentes	Otros sin problemas de salud	Síntomas	Estado de ánimo	Actividad física
Tiempo desde diagnóstico	-.19*	-	-	-		-	-	-.19*	-	-	-
Tiempo desde inicio de los síntomas	-	-.24**	-.20*	-.20*		-	-	-.24**	-	-	-
Dolor actual	-.22*	.31**	.20*	-		-	-	-	.19*	-	-
Dolor medio última semana	-.25**	.39**	.33**	-.20*	.18*	-	-	-	.25*	-	-.22*
Dolor máximo última semana	-	.40**	.28**	-	-	.21*	-	-	.26*	-	-

*: p <= .05; **: p <= .001; CS: Escala de comparación social en la enfermedad (Social Comparison Illness Scale (Van der Zee et al., 1999; Terol et al., 2014); CSAI: Comparación social ascendente de identificación; CSAC: Comparación social ascendente de contraste; CSDI: Comparación social descendente de identificación; CSDC: Comparación social descendente de contraste.

4.2. Variables psicosociales.

4.2.1. Catastrofismo, impacto de la Fibromialgia y distrés psicológico. Análisis descriptivo.

La puntuación media de las variables psicosociales fue la siguiente: *Catastrofismo*: $M = 29.73$ ($DT = 10.91$; rango = 0-52). En cuanto a sus subescalas: *Desesperanza*: $M = 13.71$ ($DT = 5.36$; rango = 0-24); *Magnificación*: $M = 5.79$ ($DT = 3.10$; rango = 0-12); *Rumiación*: $M = 10.23$ ($DT = 3.42$; rango = 0-16). *Impacto de la Fibromialgia*: $M = 72.01$ ($DT = 13.74$; rango = 0-100). *Impacto funcional*: $M = 3.2$ ($DT = 1.98$; rango = 0-10). *Distrés psicológico*: $M = 24.44$ ($DT = 7.88$; rango = 0-42). *Ansiedad*: $M = 13.71$ ($DT = 4.0$; rango = 0-21). *Depresión*: $M = 10.73$ ($DT = 4.64$; rango = 0-21).

Tabla 18. Variables psicosociales. Consistencia interna, medias, desviaciones típicas y rangos.

	α	M	DT	Rango
<i>Escala de catastrofismo en el dolor (PCS)</i>				
Catastrofismo	.93	29.73	10.91	0-52
Desesperanza	.88	13.71	5.36	0-24
Magnificación	.82	5.79	3.10	0-12
Rumiación	.81	10.23	3.42	0-16
<i>Cuestionario de impacto en la fibromyalgia (FIQ)</i>				
Impacto de la fibromialgia (Escala total)	.81	72.01	13.74	0-100
Impacto funcional (ítem 1)	.90	3.16	1.98	0-10
<i>Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)</i>				
Ansiedad (HADA)	.80	13.71	4	0-21
Depresión (HADD)	.85	10.73	4.64	0-21
Distrés psicológico (HADT)	.89	24.44	7.88	0-42

α : Alfa de Cronbach; DT: Desviación típica; FIQ: Cuestionario de impacto de la fibromyalgia. (FIQ, Fibromyalgia Impact Questionnaire; Burkhardt, Clark y Bennett, 1991; Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia y Alegre de Miquel, 2007; HAD: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, Zigmond y Snaith, 1983; Terol et al., 2014); HADA: Subescala de ansiedad, escala HAD; HADD: Subescala de depresión, escala HAD; HADT: Escala total de distress psicológico HAD; M: Media.; PCS: Escala de catastrofismo en el dolor (PCS, Pain Catastrophizing Scale; Sullivan et al., 1995; García-Campayo et al., 2008).

En cuanto a *catastrofismo*, un 68.7% de la muestra se sitúa por encima del percentil 75 de la Escala PCS (puntuación ≥ 35), considerándose clínicamente relevantes (véase tabla 19).

Respecto al *impacto de la Fibromialgia*, el 84% de la muestra refiere impacto severo (puntuaciones FIQ ≥ 59), frente a un 14.5% que refiere impacto moderado y un 1.5% con impacto leve (véase tabla 19).

En cuanto *ansiedad y depresión*, se describe la muestra de acuerdo a los puntos de corte para la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) ([Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS: Zigmond y Snaith, 1983; adaptación de Terol et al., 2007](#)) para población con Fibromialgia publicados recientemente ([Cabrera, Terol, Martín-Aragón, Núñez y Pastor, 2015](#)). Para la subescala de *ansiedad* (HADA), utilizando el punto de corte óptimo ($HADA \geq 12+$), la prevalencia de “casos” es de 79.4% (véase tabla 19). En la subescala de *depresión* (HADD), utilizando el punto de corte óptimo ($HADD \geq 12+$), la prevalencia de “casos” es de un 46.6% (véase tabla 19).

Tabla 19. Distribución de la muestra según puntuaciones escalas psicosociales.

Catastrofismo (PCS)			Impacto de la fibromialgia (FIQ)			Ansiedad (HAD-A)			Depresión (HAD-D)		
Puntuación PCS	Frecuencia	%	Puntuación FIQ	Frecuencia	%	Punto corte HAD-A para fibromialgia	Frecuencia	%	Punto corte HAD-D para fibromialgia	Frecuencia	%
Caso clínicamente relevante (≥35-percetil 75)	90	68.7	Impacto severo (≥59)	110	84	Caso (HADA ≥ 12)	104	79.4	Caso (HADD ≥ 12)	61	46.6
Caso clínicamente no relevante (< 35)	41	31.3	Impacto moderado (≥39 y < 59)	19	14.5	No caso (0-11)	27	20.6	No caso (0-11)	70	53.4
			Impacto ligero (< 39)	2	1.5						
	131	100		131	100		131	100		131	100

FIQ: Cuestionario de impacto de la fibromyalgia. (FIQ, Fibromyalgia Impact Questionnaire; Burkhardt, Clark y Bennett, 1991; Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia y Alegre de Miquel, 2007; HAD: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, Zigmond y Snaith, 1983; Terol et al.; 2014); HAD-A: Subescala Ansiedad Escala HAD; HAD-D: Subescala Depresión Escala HAD; PCS: Escala de catastrofismo en el dolor (PCS, Pain Catastrophizing Scale; Sullivan et al., 1995; García-Campayo et al., 2008).

4.2.2. Variables psicosociales, variables sociodemográficas y variables clínicas.

Análisis de diferencias y relaciones.

Variables psicosociales y sociodemográficas.

Las pacientes con *nivel educativo* de estudios superiores se diferencian por un menor *impacto de la Fibromialgia* ($X^2(2) = 6.081, p < .05$) e *impacto funcional* ($X^2(2) = 10.509, p < .05$). En cuanto a *catastrofismo* y *distrés psicológico* (*ansiedad* y *depresión*), no hay diferencias significativas en función de variables sociodemográficas.

Variables psicosociales, clínicas y de dolor.

Catastrofismo, impacto de la Fibromialgia y *distrés psicológico* (*ansiedad* y *depresión*) no muestran diferencias significativas en función de variables clínicas como *el tiempo desde inicio de los síntomas* o *el tiempo desde diagnóstico*.

Pacientes con *dolor actual, medio y máximo* severo se diferencian significativamente con niveles más elevados de *catastrofismo* (*dolor actual* y *medio*: $p \leq .001$; *dolor máximo*: $p < .05$), *impacto de la Fibromialgia* ($p < .001$), *ansiedad* ($p < .05$) y *distrés psicológico* ($p < .05$). Los pacientes con *dolor actual* y *medio* severo se diferencian significativamente por mayores niveles de *depresión* ($p < .05$) (Ver tabla 20).

Tabla 20. Variables psicosociales (catastrofismo, impacto de la fibromialgia y distrés psicológico. Diferencias de medias en función de variables clínicas y de dolor percibido. Prueba H Kruskal-Wallis.

	Dolor actual				Dolor medio última semana				Dolor máximo última semana			
	Dolor leve		Dolor moderado		Dolor leve		Dolor moderado		Dolor leve		Dolor moderado	
	(n=12)	(n=84)	(n=84)	(n=34)	(n=4)	(n=60)	(n=60)	(n=66)	(n=2)	(n=34)	(n=94)	(n=94)
Catastrofismo	21.25±12.70 (39.17)	29.02±9.69 (62.38)	34.59±11.23 (82.50)		14.00±8.60 (16.25)	27.40±10.71 (56.86)	32.86±9.99 (76.34)		7.00±2.83 (4.50)	26.41±11.98 (54.66)	31.46±9.85 (70.72)	
Desesperanza	9.08±6.65 (37.00)	13.43±4.63 (62.43)	16.09±5.53 (83.13)		5.50±4.80 (15.75)	12.40±5.29 (55.74)	15.42±4.71 (77.39)		2.00±1.41 (3.50)	11.91±6.06 (54.04)	14.63±4.70 (70.96)	
Magnificación	4.00±3.33 (46.46)	5.55±2.89 (62.65)	7.03±3.19 (79.25)		2.50±2.38 (27.25)	5.33±3.12 (60.50)	6.41±2.97 (72.36)		.50±.71 (5.75)	5.18±3.10 (59.03)	6.13±3.02 (69.11)	
Rumiación	8.17±3.35 (42.96)	10.05±3.25 (63.17)	11.47±3.53 (79.22)		6.00±2.16 (19.88)	9.67±3.32 (58.77)	11.03±3.32 (74.39)		4.50±2.12 (10.50)	9.32±3.50 (55.63)	10.70±3.27 (70.24)	
Impacto de la fibromialgia	55.89±15.57 (27.75)	71.53±12.01 (62.90)	79.01±12.40 (85.24)		41.92±12.23 (7.50)	68.38±11.29 (53.28)	77.19±12.62 (80.13)		41.74±2.15 (6.00)	65.53±14.43 (48.41)	75.04±12.05 (72.95)	
Impacto funcional	2.58±1.70 (56.50)	3.07±1.70 (64.31)	3.65±2.59 (71.62)		.91±1.24 (21.38)	3.08±1.69 (64.66)	3.41±2.18 (68.94)		.15±.21 (6.25)	3.04±1.42 (64.44)	3.29±2.12 (67.14)	
Distrés psicológico (HADT)	21.58±6.30 (50.25)	23.74±7.35 (61.47)	27.59±8.71 (80.84)		18.75±5.91 (36.50)	23.00±7.43 (57.67)	26.30±7.90 (74.38)		15.00±2.83 (18.75)	22.03±6.64 (53.57)	25.66±7.98 (70.81)	
Ansiedad (HADA)	12.25±3.05 (49.71)	13.51±3.89 (62.83)	14.85±4.51 (77.66)		10.25±3.50 (33.00)	13.07±3.85 (58.62)	14.58±4.06 (73.73)		7.50±2.12 (12.50)	12.24±3.27 (50.07)	14.43±4.08 (72.21)	
Depresión (HADD)	9.33±3.99 (53.17)	10.23±4.29 (61.24)	12.74±5.05 (80.38)		8.50±3.11 (45.50)	9.93±4.40 (58.38)	11.73±4.69 (73.19)		7.50±.71 (35.50)	9.79±4.08 (57.93)	11.23±4.75 (68.88)	

*p<=.05; **; p<=.001; (n.s.): no significativo; DT: Desviación típica; F: Estadístico anova; HADA: Subescala Ansiedad Escala HAD; HADD: Subescala Depresión Escala HAD; HADT: Escala total distres psicológico HAD; X²: Estadístico chi-cuadrado Kruskal-Wallis.

En cuanto a relaciones, mayor *dolor* percibido (*actual, medio y máximo* en la última semana), correlaciona directa y significativamente con mayor *catastrofismo* ($r \geq .27, p \leq .001$), *impacto de la Fibromialgia* ($r \geq .42, p \leq .001$), *ansiedad*: (*actual*: $r = .21, p < .05$; *medio y máximo*: $r \geq .24, p < .001$), *depresión* ($r \geq .20, p < .05$) y *distrés psicológico* ($r \geq .24, p \leq .001$). El *dolor medio* se relaciona también directamente con el *impacto funcional* ($r = .22, p < .05$) (Para más detalle, véase tabla 21).

4.3.Comparación social y variables psicosociales.

4.3.1.Comparación social, catastrofismo, impacto de la Fibromialgia y distrés psicológico (ansiedad y depresión). Análisis de diferencias y relaciones.

Comparación social en función del catastrofismo.

Las pacientes con puntuaciones $\geq$ percentil 75 en *catastrofismo* se diferencian de forma significativa por mayor uso de las estrategias *ascendente de contraste* (CSAC: $t = -3.585, p < .001$) y *descendente de identificación* (CSDI: $t = -4.543, p < .001$) y menor uso de las estrategias *ascendente de identificación* (CSAI: $t = 3.009, p < .05$) y *descendente de contraste* (CSDC: $t = 2.300, p < .05$). También se diferencian por compararse más con **referentes con problemas de salud diferentes** ($t = -2.273, p < .05$) y respecto a **contenidos de síntomas** de la enfermedad ($t = -4.055, p < .001$). (Ver tabla 22).

Tabla 21. Variables psicosociales y clínicas. Análisis correlacional.

	Catastrofismo				Impacto de la fibromialgia			Ansiedad, depresión y distrés		
	(PCS)				(FIQ)			psicológico (HAD)		
	Catastrofismo (Total)	Desesperanza	Magnificación	Rumiación	Impacto de la fibromialgia (Total)	Impacto funcional	Ansiedad	Depresión	Distrés psicológico	
Tiempo desde diagnóstico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tiempo desde inicio de los síntomas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dolor actual	.27**	.29**	.21*	.21*	.42**	-	.21*	.23*	.24**	
Dolor medio última semana	.40**	.42**	.31**	.33**	.58**	.22*	.24**	.20*	.24**	
Dolor máximo última semana	.33**	.37**	.23**	.28**	.47**	-	.28**	.21*	.27**	

*, p <= .05; **, p <= .001; FIQ: Cuestionario de impacto de la fibromialgia. (FIQ, Fibromyalgia Impact Questionnaire; Burkhardt, Clark y Bennett, 1991; Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia y Alegre de Miquel, 2007; HAD: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, Zigmond y Snaith, 1983; Terol et al.; 2014); PCS: Escala de catastrofismo en el dolor (PCS, Pain Catastrophizing Scale; Sullivan et al., 1995; García-Campayo et al., 2008).

Comparación social en función del impacto de la Fibromialgia.

Las pacientes con *impacto de la Fibromialgia* severo (puntuaciones FIQ ≥ 59) se diferencian significativamente por mayor uso de estrategias de *comparación ascendente de contraste* (CSAC: $Z = -2.918$, $p < .05$) y *descendente de identificación* (CSDI: $Z = -3.051$, $p < .05$) y menor uso de estrategia *ascendente de identificación* (CSAI: $Z = -3.056$, $p < .05$). No hay diferencias en cuanto a **referentes** de comparación. En cuanto a los **contenidos**, las pacientes con *impacto* severo se diferencian por una mayor comparación en *síntomas* ($Z = -2.864$, $p < .05$) (Ver tabla 22).

Comparación social en función de ansiedad y depresión.

Las pacientes “caso” en *ansiedad* (punto de corte HADA $\geq +12$) o *depresión* (punto de corte HADD $\geq +12$) se diferencian significativamente por un mayor uso de la *comparación social ascendente de contraste* (CSAC: $p < .001$) y *descendente de identificación* (CSDI-ansiedad: $p < .001$; CSDI-depresión: $p < .05$), así como, menor uso de la estrategia *ascendente de identificación* (CSAI: $p < .05$). Las pacientes “caso” en *depresión* se diferencian por menor uso de la *descendente de contraste* (CSDC: $p < .05$).

Las pacientes “caso” de *ansiedad* y/o *depresión* se diferencian por compararse en mayor medida con **referentes** *sin problemas de salud* (ansiedad: $p < .05$) y como **contenidos** los *síntomas de la enfermedad* (ansiedad: $p < .05$; depresión: $p < .001$) y el *estado de ánimo* ($p < .001$). Además, las pacientes “caso” en *depresión* se diferenciaban por compararse significativamente menos en la *actividad física* ($p < .05$) (Ver tabla 22).

Tabla 22. Comparación social. Diferencia de medias en función de catastrofismo, impacto de la fibromialgia y ansiedad y depresión. Pruebas t-student y U Mann-Whitney .

	Catastrofismo (PCS)				Impacto de la fibromialgia (FIQ)			
	Caso clínicamente NO relevante	Caso clínicamente relevante	t	Sig.	Impacto leve-moderado	Impacto severo	Z	Sig.
	(< 35 - percentil 75)	(≥ 35 - percentil 75)			(<59)	(≥59)		
Estrategias de CS								
CSAI	9.89±2.86	8.15±2.94	3.009	.003*	11.14±2.74 (89.05)	8.95±2.89 (61.60)	-3.056	.002*
CSAC	10.67±3.02	12.70±2.90	-3.585	.000**	9.38±3.41 (44.05)	11.66±2.82 (70.19)	-2.918	.004*
CSDI	9.07±3.46	12.00±3.24	-4.543	.000**	7.90±2.93 (42.95)	10.37±3.63 (70.40)	-3.051	.002*
CSDC	9.47±2.87	8.18±3.15	2.300	.023*	9.81±3.53 (75.40)	8.95±2.89 (64.20)	-1.245	.213 (n.s.)
Referentes de CS								
Otros con problemas de salud similares	3.24±1.33	3.63±1.37	-1.494	.138 (n.s)	3.14±1.01 (56.55)	3.42±1.40 (67.80)	-1.279	.201 (n.s.)
Otros con problemas de salud diferentes	2.80±1.16	3.33±1.33	-2.273	.025*	3.14±1.20 (71.64)	2.95±1.25 (64.92)	-.764	.445 (n.s.)
Otros sin problemas de salud	2.88±1.44	3.28±1.57	-1.409	.161 (n.s.)	2.81±1.47 (60.62)	3.05±1.50 (67.03)	-.725	.468 (n.s.)
Contenidos de CS								
Síntomas	4.20±.88	4.70±.52	-4.055	.000**	3.90±.89 (46.40)	4.45±.77 (69.74)	-2.864	.004*
Estado de ánimo	3.79±1.06	4.10±1.03	-1.562	.121 (n.s.)	3.62±1.16 (57.14)	3.95±1.03 (67.69)	-1.221	.222 (n.s.)
Actividad física	4.10±1.12	3.90±1.39	.800	.427 (n.s.)	4.24±.89 (68.86)	3.98±1.27 (65.45)	-.406	.685 (n.s.)

*p<=.05; **: p<=.001; (n.s.): no significativo; CS: Escala de comparación social en la enfermedad (Social Comparison Illness Scale (Van der Zee et al., 1999; Terol et al., 2014); CSAI: Comparación social ascendente de identificación; CSAC: Comparación social ascendente de contraste; CSDI: Comparación social descendente de identificación; CSDC: Comparación social descendente de contraste; FIQ: Cuestionario de impacto de la fibromialgia. (FIQ, Fibromyalgia Impact Questionnaire; Burkhardt, Clark y Bennett, 1991; Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia y Alegre de Miquel, 2007; PCS: Escala de catastrofismo en el dolor (PCS, Pain Catastrophizing Scale; Sullivan et al., 1995; García-Campayo et al., 2008). t: Estadístico t-student; Z: estadístico prueba U Mann-Whitney.

Tabla 22. Comparación social. Diferencia de medias en función de catastrofismo, impacto de la fibromialgia y ansiedad y depresión. Pruebas t-student y U Mann-Whitney . (cont.)

	Ansiedad (HADA)				Depresión (HADD)			
	No caso (< +12)	Caso (≥ +12)	Z	Sig.	No caso (< +12)	Caso (≥ +12)	t	Sig.
	(n=27)	(n=104)			(n=71)	(n=60)		
Estrategias de CS								
CSAI	10.52±3.18 (80.57)	8.99±2.84 (62.22)	-2.253	.024*	10.01±2.75	8.49±3.02	3.021	.003*
CSAC	8.41±3.38 (34.41)	12.05±2.56 (74.20)	-4.897	.000**	10.07±3.21	12.70±2.31	-5.440	.000**
CSDI	7.44±3.66 (40.80)	10.63±3.34 (72.54)	-3.890	.000**	9.20±3.56	10.87±3.55	-2.684	.008*
CSDC	9.81±3.70 (73.52)	8.90±2.79 (64.05)	-1.161	.246 (n.s)	9.70±3.07	8.39±2.80	2.535	.012*
Referentes de CS								
Otros con problemas de salud similares	3.07±1.21 (56.17)	3.45±1.38 (68.55)	-1.552	.121 (n.s)	3.31±1.33	3.44±1.39	-.542	.589 (n.s)
Otros con problemas de salud diferentes	2.63±1.08 (56.15)	3.07±1.27 (68.56)	-1.556	.120 (n.s)	2.91±1.21	3.05±1.28	-.618	.538 (n.s)
Otros sin problemas de salud	2.41±1.39 (50.78)	3.17±1.48 (69.95)	-2.393	.017*	2.93±1.46	3.11±1.54	.710	.479 (n.s)
Contenidos de CS								
Síntomas	4.07±.87 (53.39)	4.43±.79 (69.27)	-2.149	.032*	4.11±.89	4.64±.61	-3.977	.000**
Estado de ánimo	3.15±.99 (40.11)	4.09±.99 (72.72)	-4.161	.000**	3.54±1.11	4.30±.83	-4.433	.000**
Actividad física	4.22±.89 (67.91)	3.97±1.29 (65.50)	-.316	.752 (n.s)	4.26±1.00	3.75±1.39	2.349	.021*

*p<=.05; **: p<=.001; (n.s.): no significativo; CS: Escala de comparación social en la enfermedad (Social Comparison Illness Scale (Van der Zee et al., 1999; Terol et al., 2014); CSAI: Comparación social ascendente de identificación; CSAC: Comparación social ascendente de contraste; CSDI: Comparación social descendente de identificación; CSDC: Comparación social descendente de contraste; HAD: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, Zigmond y Snaith, 1983; Terol et al.; 2014); t: Estadístico t-student; Z: estadístico prueba U Mann-Whitney.

Diferencias entre variables psicosociales en función de catastrofismo, impacto de la Fibromialgia y ansiedad y depresión.

Las pacientes con puntuaciones $\geq$ percentil 75 en *catastrofismo* se diferencian significativamente por mayor *impacto de la Fibromialgia* ($t = -4.577, p < .001$), mayor *impacto funcional* ($Z = -2.347, p < .05$) y más altos niveles de *depresión* ($t = -2.126, p < .05$) y *distrés psicológico* ($t = -2.154, p < .05$) (Ver tabla 23).

Tabla 23. Diferencias entre variables psicosociales en función del catastrofismo.

Prueba t-student y U Mann-Whitney.

	Catastrofismo (PCS)		t	Sig.
	Caso clínicamente NO relevante	Caso clínicamente relevante		
	(< 35 - percentil 75) (n=90)	(≥ 35 - percentil 75) (n=41)		
Impacto de la fibromialgia	68.51±13.52	79.65±11.03	-4.577	.000**
Distrés psicológico (HADT)	23.43±7.72	26.63±7.97	-2.154	.033*
Ansiedad (HADA)	13.29±3.86	14.63±4.37	-1.747	.083 (n.s)
Depresión (HADD)	10.14±4.59	12.00±4.60	-2.126	.035*
			Z	Sig.
Impacto funcional	2.85±1.76 (60.34)	3.83±2.29 (77.11)	-2.347	.019*

* $p < .05$; **: $p < .001$; (n.s.): no significativo; HADA: Subescala Ansiedad Escala HAD; HADD: Subescala Depresión Escala HAD; HADT: Escala total distres psicológico HAD.N: Número de pacientes; PCS: Escala de catastrofismo en el dolor (PCS, Pain Catastrophizing Scale; Sullivan et al., 1995; García-Campayo et al., 2008). t: Estadístico t-student; Z: Estadístico prueba Mann-Whitney

Las pacientes con impacto severo (puntuaciones FIQ ≥ 59) se diferencian significativamente por mayor *catastrofismo* ($Z = -3.917, p < .001$) y más altos niveles de *ansiedad* ($Z = -2.516, p < .05$), *depresión* ($Z = -2.882, p < .05$) y *distrés psicológico* ($Z = -2.722, p < .05$) (Ver tabla 24).

Tabla 24. Diferencias entre variables psicosociales en función del impacto de la fibromialgia.

Prueba U Mann-Whitney

	Impacto de la fibromialgia (FIQ)		Z	Sig.
	Impacto leve-moderado	Impacto severo		
	(<59)	(≥59)		
	(n=21)	(n=110)		
Catastrofismo	21.10±9.62 (36.29)	31.37±10.38 (71.61)	-3.917	.000**
Desesperanza	9.19±5.65 (35.93)	14.57±4.89 (71.74)	-3.970	.000**
Magnificación	3.86±2.39 (43.36)	6.15±3.09 (70.32)	-2.997	.003*
Rumiación	8.05±2.66 (40.38)	10.65±3.40 (70.89)	-3.391	.001**
Distrés psicológico (HADT)	19.86±8.08 (44.14)	25.32±7.57 (70.17)	-2.722	.006*
Ansiedad (HADA)	11.43±3.97 (45.40)	14.15±3.93 (69.93)	-2.516	.012*
Depresión (HADD)	8.43±4.88 (46.95)	11.17±4.48 (69.64)	-2.882	.004*

* $p < .05$; ** $p < .001$; (n.s.): no significativo; FIQ: Cuestionario de impacto de la fibromialgia. (FIQ, Fibromyalgia Impact Questionnaire; Burkhardt, Clark y Bennett, 1991; Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia y Alegre de Miquel, 2007; HADA: Subescala Ansiedad Escala HAD; HADD: Subescala Depresión Escala HAD; HADT: Escala total distres psicológico HAD.N: Número de pacientes; Z: Estadístico prueba Mann-Whitney.

Las pacientes “caso” en *ansiedad* y *depresión* (punto de corte HADA $\geq +12$, punto de corte HADD $\geq +12$ respectivamente) se diferencian significativamente por mayor *catastrofismo* ($p < .05$), *impacto de la Fibromialgia* ($p < .001$) e *impacto funcional* ($p < .001$) (Ver tabla 25).

Tabla 25. Diferencias entre variables psicosociales en función de caso/no caso de ansiedad y depresión (puntos de corte HAD para Fibromialgia). Prueba t-student y U Mann-Whitney.

	Ansiedad (HADA)				Depresión (HADD)			
	No caso (< +12)	Caso (≥ +12)	Z	Sig.	No caso (< +12)	Caso (≥ +12)	t	Sig.
	(n=27)	(n=104)			(n=71)	(n=60)		
Catastrofismo	25.04±11.76	30.94±10.39	-2.560	.012*	27.10±10.89	32.74±10.21	-3.043	.003*
Desesperanza	11.15±5.66	14.38±5.10	-2.864	.005*	12.40±5.28	15.21±5.09	-3.094	.002*
Magnificación	4.89±3.08	6.02±3.07	-1.703	.091 (n.s.)	5.30±2.88	6.34±3.26	-1.946	.054 (n.s.)
Rumiación	9.00±3.56	10.55±3.33	-2.123	.036*	9.40±3.53	11.18±3.05	-3.066	.003*
Impacto de la fibromialgia	63.40±12.09	74.24±13.30	-3.840	.000**	66.84±13.63	77.92±11.33	-5.015	.000**
Impacto funcional	2.01±1.63	3.46±1.96	-3.550	.001**	2.58±1.70 (55.34)	3.84±2.08 (78.23)	-3.448	.001**

*p<=.05; **: p<=.001; (n.s.): no significativo; HAD: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, Zigmond y Snaith, 1983; Terol et al.; 2014); HADA: Subescala Ansiedad Escala HAD; HADD: Subescala Depresión Escala HAD; HADT: Escala total distres psicológico HAD t: Estadístico t-student; Z: Estadístico prueba Mann-Whitney

En cuanto a las relaciones, mayor uso de la *comparación ascendente de contraste (CSAC)* y *descendente de identificación (CSDI)* se relacionan directamente con mayor *catastrofismo* ($r \geq .44, p \leq .001$) y sus subescalas (*desesperanza, magnificación y rumiación*) ($r \geq .38, p \leq .001$), mayor *impacto de la Fibromialgia* ($r \geq .35, p \leq .001$) e *impacto funcional* ($r \geq .17, p < .05$), y niveles más elevados en las subescalas de *ansiedad y depresión* y la escala total de *distrés psicológico* ($r \geq .40, p \leq .001$). Mayor uso de las estrategias *ascendente de identificación (CSAI)* y *descendente de contraste (CSDC)* se relaciona inversamente con *catastrofismo* (sólo CSAI; $r = -.31, p \leq .001$), *impacto de la Fibromialgia* ($r \geq .25, p \leq .001$), *ansiedad* ($r \geq -.19, p < .05$), *depresión* ($r \geq -.26, p \leq .001$) y *distrés psicológico* ($r \geq -.25, p \leq .001$). (Ver tabla 26).

Respecto a los **referentes** (*con problemas de salud similares, diferentes o sin problemas de salud*), mayor comparación con ellos se relaciona directamente con mayor *catastrofismo* ($r \geq .28, p \leq .001$), sus subescalas, y con *ansiedad* ($r \geq .19, p < .05$; *otros con problemas de salud diferentes*: $r = .26, p \leq .001$). Mayor comparación con *otros con problemas de salud similares* correlaciona de forma directa con mayor *impacto de la Fibromialgia* ($r = .18, p < .05$), mientras que la de *otros con problemas de salud diferentes* ($r = .23, p \leq .001$) y *otros sin problemas de salud* ($r = .21, p < .05$) con el *impacto funcional* (Ver tabla 26).

En cuanto a los **contenidos**, mayor grado de comparación sobre *síntomas o estado de ánimo* correlaciona directamente con mayor *catastrofismo* ($r \geq .29, p \leq .001$), *impacto de la Fibromialgia* ($r \geq .27, p \leq .001$), *ansiedad y depresión* y el *distrés psicológico* ($r \geq .30, p \leq .001$). Por su parte, comparación sobre **contenidos** de *actividad física* se relaciona inversamente con el *impacto de la Fibromialgia* ($r = -.25, p \leq .001$), *impacto funcional* ($r = -.37, p < .001$), *depresión* ($r = -.26, p \leq .001$) y *distrés psicológico* ($r = -.22, p < .05$) (Ver tabla 26).

Tabla 26. Comparación social y variables psicosociales. Análisis correlacional.

	11	12	13	14	15	16	17	18	19
(1) CSAI	-.31**	-.34**	-.27**	-.21*	-.39**	-	-.21*	-.34**	-.31**
(2) CSAC	.44**	.43**	.37**	.38**	.44**	.20*	.58**	.52**	.60**
(3) CSDI	.55**	.53**	.59**	.39**	.35**	.17*	.45**	.28**	.40**
(4) CSDC	-	-	-	-	-.25**	-	-.19*	-.26**	-.25**
(5) Otros con problemas de salud similares	.28**	.27**	.30**	.20*	.18*	-	.19*	-	-
(6) Otros con problemas de salud diferentes	.29**	.29**	.30**	.21*	-	.23**	.26**	-	.20*
(7) Otros sin problemas de salud	.30**	.27**	.33**	.23**	-	.21*	.22*	-	-
(8) Síntomas	.42**	.42**	.34**	.36**	.34**	-	.31**	.30**	.34**
(9) Estado de ánimo	.29**	.29**	.19*	.29**	.27**	-	.47**	.38**	.47**
(10) Actividad física	-	-	-	-	-.25**	-.37**	-	-.26**	-.22*
(11) Catastrofismo (PCS)	-	.95**	.88**	.90**	.50**	.30**	.27**	.25**	.29**
(12) Desesperanza (PCS)		-	.76**	.79**	.52**	.29**	.26**	.27**	.29**
(13) Magnificación (PCS)			-	.70**	.42**	.28**	.25**	.18*	.24**
(14) Rumiación (PCS)				-	.41**	.25**	.21*	.23**	.24**
(15) Impacto de la Fibromialgia (FIQ)					-	.44**	.42**	.46**	.48**
(16) Impacto funcional (FIQ)						-	.22*	.34**	.31**
(17) Ansiedad (HADA)							-	.65**	.89**
(18) Depresión (HADD)								-	.92**
(19) Distrés psicológico (HADT)									-

*: p <= .05; **: p <= .001; CS: Escala de comparación social en la enfermedad (Social Comparison Illness Scale (Van der Zee et al., 1999; Terol et al., 2014); CSAI: Comparación social ascendente de identificación; CSAC: Comparación social ascendente de contraste; CSDI: Comparación social descendente de identificación; CSDC: Comparación social descendente de contraste; FIQ: Cuestionario de impacto de la fibromialgia. (FIQ, Fibromyalgia Impact Questionnaire; Burkhardt, Clark y Bennett, 1991; Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia y Alegre de Miquel, 2007; HAD: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, Zigmond y Snaith, 1983; Terol et al.: 2014); HADA: Subescala ansiedad, escala HAD; HADD: Subescala depresión, escala HAD; HADT: Escala de distress psicológico HAD; PCS: Escala de catastrofismo en el dolor (PCS, Pain Catastrophizing Scale; Sullivan et al., 1995; García-Campayo et al., 2008).

El resto las variables psicosociales: *catastrofismo* y sus subescalas, *impacto de la Fibromialgia*, *impacto funcional* y *distrés psicológico (ansiedad y depresión)* mostraron correlaciones directas y significativas entre todas ellas ($p \leq .001$) (Ver tabla 26).

De forma previa a la presentación del resto de resultados, en la tabla 27 se muestra un resumen de los descritos hasta este punto.



Tabla 27. Resumen de resultados

Referentes										Contenidos			Dolor percibido			Variables psicosociales					
Estrategias CS	Medias	Alta Frecuencia	Otros con problemas de salud similares	Otros con problemas de salud diferentes	Otros sin problemas de salud	Síntomas	Estado de ánimo	Actividad física	Dolor actual	Dolor medio	Dolor máximo	Catastrofismo	Impacto de la Fibromialgia	Impacto funcional	Ansiedad	Depresión	Distrés psicológico				
CSAI	9.31±2.97	42%	-	-	-	✓Correlación inversa	-	-	✓Correlación inversa ✓Dolor severo diferencia menor CSAI	✓Correlación inversa ✓Dolor severo diferencia mayor CSAC	-	✓Correlación inversa ✓“Caso” diferencia menor CSAI	✓Correlación inversa ✓Impacto severo diferencia menor CSAI	-	✓Correlación inversa ✓“Caso” diferencia menor CSAI	✓Correlación inversa ✓“Caso” diferencia menor CSAI	✓Correlación inversa				
CSAC	11.30±3.11	75.6%	✓Correlación directa ✓Mayor grado de comparación diferencia mayor CSAC (Otros con problemas de salud diferentes sólo correlación)					-			✓Correlación directa ✓Dolor severo diferencia mayor CSAC	✓Correlación directa ✓Impacto severo diferencia mayor CSAC	✓Correlación directa ✓Impacto severo diferencia mayor CSAC	✓Correlación directa	✓Correlación directa ✓“Caso” diferencia mayor CSAC	✓Correlación directa ✓“Caso” diferencia mayor CSAC	✓Correlación directa				
CSDI	9.98±3.63	56.5%	✓Correlación directa ✓Mayor grado de comparación diferencia mayor CSDI					-			✓Correlación inversa ✓Dolor severo diferencia mayor CSDI	✓Correlación directa ✓Impacto severo diferencia mayor CSDI	✓Correlación directa ✓Impacto severo diferencia mayor CSDI	✓Correlación directa ✓“Caso” diferencia mayor CSDI	✓Correlación directa ✓“Caso” diferencia mayor CSDI	✓Correlación directa ✓“Caso” diferencia mayor CSDI	✓Correlación directa ✓“Caso” diferencia mayor CSDI	✓Correlación directa			
CSDC	9.10±3.01	45%	-	-	✓Correlación directa	-	-	✓Correlación directa	-	✓Correlación inversa	-	✓“Caso” diferencia menor CSDC	✓Correlación inversa	-	✓Correlación inversa	✓“Caso” diferencia menor CSDC	✓Correlación inversa				
Referentes																					
Otros con problemas de salud similares	3.37±1.35	52.6%	✓Correlación directa ✓Mayor grado de comparación diferencia mayor CSAC (Otros con problemas de salud diferentes sólo correlación)					-	-	✓Correlación directa	-	✓Correlación directa	✓Correlación directa	-	✓Correlación directa	-	-				
Otros con problemas de salud diferentes	2.98±1.24	35.1						-	-	-	✓Correlación directa	✓Correlación directa ✓Dolor severo diferencia mayor comparación	✓Correlación directa	✓Correlación directa	✓Correlación directa	✓Correlación directa	✓Correlación directa ✓Impacto severo diferencia mayor comparación	✓Correlación directa	✓Correlación directa	✓Correlación directa	✓Correlación directa
Otros sin problemas de salud	3.02±1.49	42%						-	-	-	✓Dolor severo diferencia mayor comparación	✓Correlación directa	✓Correlación directa	✓Correlación directa ✓“Caso” diferencia mayor comparación	-	-	-	-	-	-	-
Contenido																					
Síntomas	4.36±.81	85.5%	✓Correlación directa ✓Dolor severo diferencia mayor comparación					✓Correlación directa	✓Correlación directa		✓Dolor severo diferencia mayor comparación	✓Correlación directa ✓Impacto severo diferencia mayor comparación	✓Correlación directa	-	✓Correlación directa ✓“Caso” diferencia mayor comparación	✓Correlación directa ✓“Caso” diferencia mayor comparación	✓Correlación directa				
Estado de ánimo	3.89±1.05	66.4%						-	-	-	✓Dolor severo diferencia mayor comparación	✓Correlación directa	✓Correlación directa	-	✓Correlación directa ✓“Caso” diferencia mayor comparación	✓Correlación directa ✓“Caso” diferencia mayor comparación	✓Correlación directa				
Actividad física	4.02±1.22	71.7%						✓Correlación inversa	-	✓Correlación inversa	-	-	✓Correlación inversa	✓Correlación inversa	-	✓No “caso” diferencia mayor comparación	✓Correlación inversa				

-: Sin relación ni diferencias significativas; ✓: Existe correlación y/o diferencia significativa; CS: Escala de comparación social en la enfermedad (Social Comparison Illness Scale (Van der Zee et al., 1999; Terol et al., 2014); CSAI: Comparación social ascendente de identificación; CSAC: Comparación social ascendente de contraste; CSDI: Comparación social descendente de identificación; CSDC: Comparación social descendente de contraste

4.4. Perfiles de pacientes en Fibromialgia: comparación social, dolor y distrés psicológico.

Análisis de conglomerados. Método k-medias: El análisis cluster identificó dos perfiles de pacientes (tabla 28).

El perfil o cluster 1 contiene a 86 pacientes (65.6% de la muestra) caracterizados por *dolor percibido actual* moderado y *dolor medio y máximo* severo ($p < .001$), mayor uso de *comparación ascendente de contraste (CSAC)* y *descendente de identificación (CSDI)* ($p < .001$), mayor comparación con **referentes con problemas similares o diferentes de salud** ($p < .05$) y **contenidos** como los *síntomas* de la enfermedad y el *estado de ánimo* ($p < .05$), además de elevados niveles de *ansiedad y depresión* ($p < .001$). Así, un 76.9% de los “casos” de *ansiedad* y un 85.2% de “casos” de *depresión* clasificados por la escala HAD encajan en el perfil o cluster 1. (Ver tabla 29).

El perfil o cluster 2 incluye 45 pacientes (33.6% de la muestra) que presentan un perfil de *dolor percibido (actual, medio y máximo)* moderado ($p < .001$), mayor uso de *comparación ascendente de identificación (CSAI)* ($p < .001$) y *descendente de contraste (CSDC)* ($p < .05$), menor comparación con otros **referentes y contenidos** ($p < .05$) y niveles más bajos de *ansiedad y depresión* ($p < .001$).

Tabla 28. Perfiles de pacientes fibromialgia en función de percepción de dolor, comparación social, ansiedad y depresión. Método K-Medias. Diferencia de medias (Anova).

Variable	Cluster 1 (n=86)	Cluster 2 (n=45)	F	Sig.
Dolor percibido				
Dolor actual	6.06 ± 1.15	4.36 ± 1.64	6.114	**
Dolor medio última semana	7.22 ± 1.25	5.32 ± 1.33	8.046	**
Dolor máximo última semana	7.78 ± 1.02	6.02 ± 1.42	7.285	**
Estrategias de comparación social				
CSAI	8.36 ± 2.64	11.18 ± 2.72	-5.708	**
CSAC	12.65 ± 1.97	8.77 ± 3.27	7.226	**
CSDI	11.01 ± 3.43	8.00 ± 3.23	4.829	**
CSDC	8.55 ± 2.66	10.16 ± 3.40	-2.748	*
Referentes de comparación social				
Otros con problemas de salud similares	3.57 ± 1.38	3.00 ± 1.24	2.308	*
Otros con problemas de salud diferentes	3.21 ± 1.26	2.52 ± 1.11	3.063	*
Otros sin problemas de salud	3.15 ± 1.52	2.75 ± 1.43	1.450	(n.s.)
Contenidos de comparación social				
Síntomas	4.50 ± .75	4.07 ± .87	2.941	*
Estado de ánimo	4.09 ± .99	3.50 ± 1.09	3.124	*
Actividad física	3.91 ± 1.31	4.23 ± 1.01	-1.545	(n.s.)
Distrés psicológico				
Ansiedad (HADA)	15.30 ± 3.54	10.70 ± 3.13	7.277	**
Depresión (HADD)	12.50 ± 4.04	7.48 ± 3.75	6.875	**

*p<=.05; **: p<=.001; (n.s.): no significativo; CS: Escala de comparación social en la enfermedad (Social Comparison Illness Scale (Van der Zee et al., 1999; Terol et al., 2014); CSAI: Comparación social ascendente de identificación; CSAC: Comparación social ascendente de contraste; CSDI: Comparación social descendente de identificación; CSDC: Comparación social descendente de contraste; DT: Desviación típica; F: Estadístico; HAD: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, Zigmond y Snaith, 1983; Terol et al., 2014); HADA: Subescala de ansiedad, escala HAD; HADD: Subescala de depresión, escala HAD.

Tabla 29. Distribución de la muestra en tabla de contingencia. Pacientes clasificados en perfiles en función de Casos/No casos de ansiedad y depresión (HAD) con puntos de corte específicos para fibromialgia.

Variable	Ansiedad				Depresión			
	No caso		Caso		No caso		Caso	
	HADA < +12 (n=27)	HADA ≥ +12 (n=104)	χ ²	Sig.	HADD < +12 (n=70)	HADD ≥ +12 (n=61)	χ ²	Sig.
Cluster 1. Peor perfil (n=86)	23.1%	76.9%	26.934	**	50%	85.2%	18.710	**
Cluster 2. Mejor perfil (n=45)	76.9%	23.1%			50%	14.8%		
	100%	100%			100%	100%		

*p<=.05; **, **: p<=.001; (n.s.): no significativo; χ²: chi-cuadrado

4.5. Modelo explicativo: comparación social, catastrofismo, impacto de la enfermedad y distrés psicológico.

El ajuste global del modelo hipotético propuesto no fue adecuado (ver figura 3). El test chi-cuadrado fue significativo ($\chi^2_{(5)} = 46.09, p = .000$) y el ratio χ^2/gl de 9.22 fue suficientemente superior a lo esperado. Los índices GFI y CFI adoptaron valores .92 y .85, respectivamente, mientras que la estimación RMSEA fue de .25. (Véase tabla 30).

Tabla 30. Índices de ajuste del modelo hipotético propuesto y del modelo final.

	$\chi^2_{(5)}$	χ^2/gl	GFI	CFI	RMSEA
Modelo hipotético propuesto	46.09***	9.22	.92	.85	.25
Modelo final	7.62	1.52	.98	.98	.064

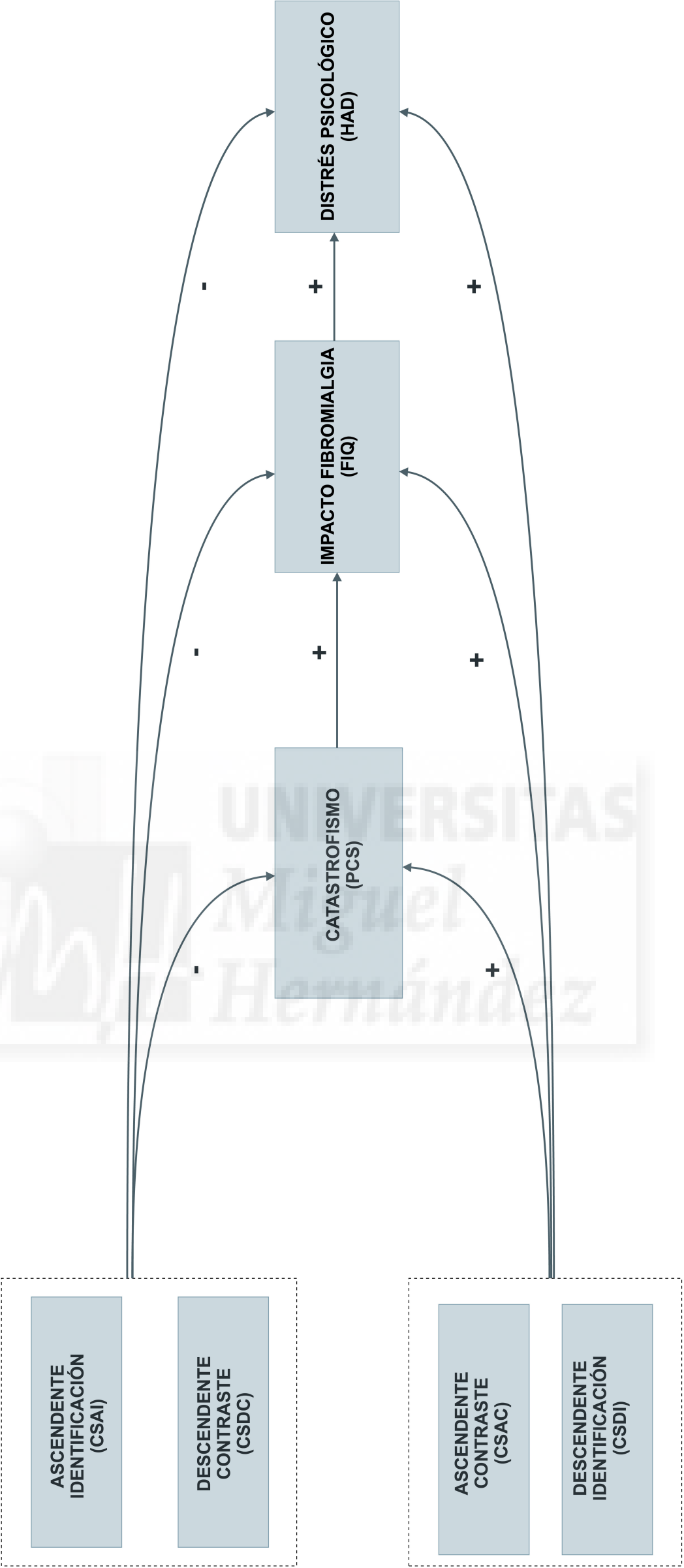
*: $p < .05$; ***: $p < .001$; CFI: índice de ajuste comparativo; GFI: índice de bondad de ajuste; gl: grados de libertad; RMSEA: Error de aproximación cuadrático.

Exploramos las posibilidades de re-especificación estableciéndose dos modificaciones realizadas secuencialmente: a) Las relaciones declaradas no significativas en el modelo AMOS fueron eliminadas (*descendente de contraste CSDC* $\rightarrow$ *catastrofismo*; *ascendente de identificación CSAI* $\rightarrow$ *catastrofismo*; *descendente de identificación CSDI* $\rightarrow$ *impacto de la Fibromialgia*; *descendente de contraste CSDC* $\rightarrow$ *impacto de la Fibromialgia*) b) La modificación de índices que señalaba una posible relación directa entre la *estrategia ascendente de contraste CSAC* $\rightarrow$ *distrés psicológico* fue incluida.

Un nuevo análisis de ajuste comparativo (CFA) se ejecutó usando el modelo re-especificado, obteniendo datos de ajuste considerados aceptables ($\chi^2 = 7.62, p = .178$, $\chi^2/\text{gl} = 1.52$; GFI = .98, CFI = .98, RMSEA = .064) (Browne y Cudeck, 1992; Jöreskog y Sörbom, 1993). (Ver tabla 30). La representación gráfica de este modelo se muestra en la Figura 4.

FIGURAS.

Figura 3. Modelo hipotético propuesto. Comparación social en fibromialgia.



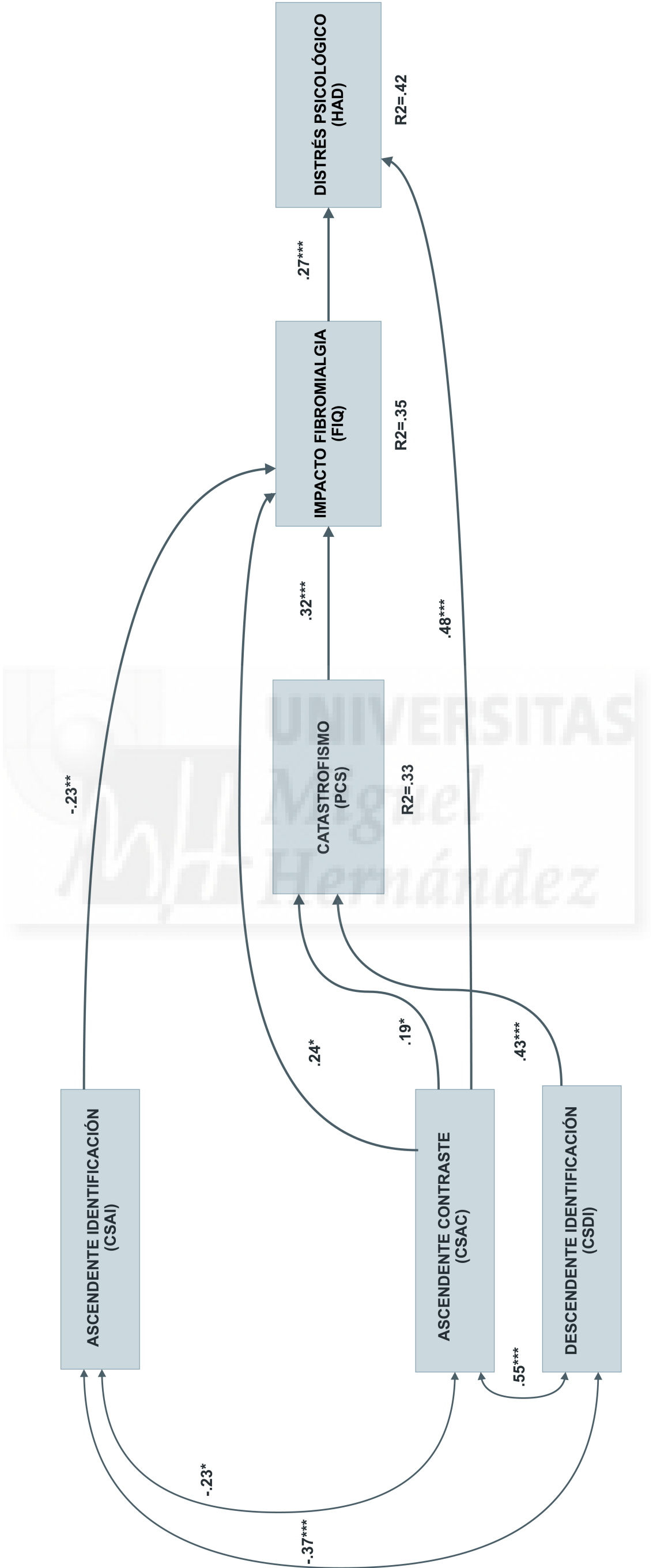


Figura 4. Path analysis. Comparación social en fibromialgia.

La estrategia *ascendente de contraste* (CSAC) mostró una relación positiva con el *impacto de la enfermedad*, *catastrofismo* y *distrés psicológico*. La *ascendente de identificación* (CSAI) mostró relación inversa con el *impacto de la Fibromialgia*. Por su parte, *descendente de identificación* (CSDI) se relacionó significativa y positivamente con el *catastrofismo*.

El 33% de la varianza del *catastrofismo* se explica por el efecto directo de un mayor uso de estrategias *ascendente de contraste* (CSAC) ($\beta = .19, p < .05$) y *descendente de identificación* (CSDI) ($\beta = .43, p < .001$). Respecto al *impacto de la Fibromialgia*, el modelo explica un 35% de su varianza por un menor uso de la *comparación ascendente de identificación* (CSAI) ($\beta = -.23, p < .01$), mayor uso *ascendente de contraste* (CSAC) ($\beta = .24, p < .05$) y mayor *catastrofismo* ($\beta = .32, p < .001$). El 42% de la varianza del *distrés psicológico* es explicado por el efecto directo de un mayor uso de *ascendente de contraste* (CSAC) ($\beta = .48, p < .001$) y un mayor *impacto de la Fibromialgia* ($\beta = .27, p < .001$).

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN



5. DISCUSIÓN.

En el presente trabajo nos hemos centrado en evaluar los procesos cognitivos de *comparación social* en una muestra de mujeres con Fibromialgia, identificando el tipo de relaciones que establecen con el *catastrofismo* y los resultados de salud: *impacto de la Fibromialgia* y *distrés psicológico (ansiedad y depresión)*. Así, llevamos a cabo un estudio con una muestra de mujeres con Fibromialgia en un centro especializado (Unidad de Atención Integral a la Fibromialgia, Hospital de San Vicente del Raspeig), considerando como marco de referencia la estructura teórica del “Modelo de Identificación-Contraste” (Buunk e Ybema, 1997), reconocido por su aplicación a las conductas de salud y enfermedad crónica y tratarse de un modelo que integra resultados previos de investigación en *comparación social*.

Uno de los objetivos principales de esta tesis es evaluar los procesos de *comparación social* (**dirección, referentes y contenidos**) en una muestra de mujeres con Fibromialgia y su relación en el ajuste a la enfermedad, teniendo en cuenta su síntoma principal (percepción de *dolor*) y el *distrés psicológico (ansiedad y depresión)*, al mismo tiempo que se establecen perfiles para éstas pacientes que puedan orientar los posibles diseños de intervención (Calandre et al., 2011; de Souza et al., 2009; Giesecke et al., 2003). El otro objetivo fundamental ha sido evaluar el rol de la *comparación social* en Fibromialgia en el contexto de otras variables psicosociales comprobando un modelo hipotético basado en las relaciones teóricas propuestas en la literatura (Arnold, Keck y Weige, 2000; Buenaver, Edwards y Haythornthwa, 2007; Buunk y Gibbons, 1997; Buunk y Ybema, 1997; García-Campayo et al., 2008; Keefe et al., 1989; Martin

et al., 1996; Terol et al., 2014; van der Zee, Buunk y Sanderman, 1995; Walker et al., 1997).

Organizaremos el contenido de este apartado en seis puntos: a) en el primero de ellos, consideraremos la **descripción** de la muestra en cuanto a los procesos de *comparación social*. Este punto se corresponde con los objetivos específicos 1 a 2 y sus hipótesis asociadas (H.1.1., H.1.2., H.1.3., H.1.4., H.2.1., H.2.2., H.2.3.) b) El segundo punto se centrará en las variables psicosociales estudiadas en este trabajo. Este punto se corresponde con los objetivos específicos 3 y 4 y sus hipótesis asociadas: (H.3.1., H.3.2., H.3.3., H.4.1., H.4.2., H.4.3), c) En el tercer punto, se comentarán los resultados del análisis cluster destinado a conocer los **perfiles de pacientes**. Este punto se corresponde con el objetivo específico 5 y las siguientes hipótesis: H.5.1. y H.5.2., d) El cuarto punto se centrará en los resultados del **modelo teórico** obtenido mediante path-analysis. Este punto se corresponde con el objetivo específico 6 y las hipótesis: H.6.1., H.6.2., H.6.3. y H.6.4., e) En el quinto punto se concretarán las **implicaciones prácticas** de los resultados de esta tesis. f) Finalmente, en el último punto se describen las **limitaciones** del estudio y las **futuras líneas** de investigación.

5.1. Comparación social en mujeres con Fibromialgia. Descriptiva.

En análisis previos, comprobamos que los instrumentos mostraban óptimas propiedades psicométricas, su adecuación y fiabilidad, las características de nuestra muestra de mujeres con Fibromialgia y la coherencia de las relaciones entre las variables estudiadas. Así, las variables de estudio se relacionaban entre sí según el sentido teórico esperado, la consistencia interna de las escalas era mayor de .80 para las

escalas y subescalas de *catastrofismo*, *impacto de la Fibromialgia* y *distrés psicológico* y entre .75 y .93 para las estrategias de *comparación social*, siendo nuestra muestra de estudio sociodemográfica y clínicamente similar a las de otros estudios realizados con pacientes de Fibromialgia. En este sentido, los niveles de *catastrofismo* e *impacto de la Fibromialgia* (García-Campayo et al., 2008; Keller, de Gracia y Cladellas, 2011; Rodero et al., 2010; Shuster, McCormack, Pillai-Riddell y Toplak, 2009; Tirado, Pastor y López-Roig, 2014; Vallejo, Rivera, Esteve-Vives y Rodríguez-Muñoz, 2012) y la prevalencia de *ansiedad* (79.4%-HADA) y *depresión* (46.6%-HADD) de nuestras pacientes son acordes a los de otros trabajos (Arnold, Crofford, Martin, Young y Sharma, 2007; Bennett, 2002; Epstein et al., 1999).

Las mujeres con Fibromialgia utilizan todas las estrategias de *comparación social*, lo que sugiere la necesidad de comparación que precisan estas mujeres. Además, las comparaciones *ascendente de contraste* (CSAC) y *descendente de identificación* (CSDI) son las estrategias más usadas por estas pacientes y se relacionan con respuestas emocionales negativas (mayor *ansiedad* y *depresión*). Este resultado coincide con un reciente estudio en Fibromialgia (Terol et al., 2014), pero difiere de aquellos realizados en muestras de dolor crónico, como artritis reumatoide o cáncer, que referían menor grado de comparación, menor uso de estas estrategias “desfavorables” o de **interpretación** negativa (CSAC y CSDI) y mayor uso de las consideradas “favorables” o de **interpretación** positiva: (CSAI y CSDC) (Affleck et al., 1988; Blalock et al., 1989; De Vellis et al., 1990; De Vellis et al., 1991; Dobb y Yardley, 2006; Gibbons y Buunk, 1999; Taylor, Buunk y Aspinwall, 1990; Terol et al., 2007; Van der Zee, Buunk, DeRuiter, Templaar, VanSonderen y Sanderman, 1996; Van der Zee et al. 1999). Un análisis de comparación entre muestras nos permitiría generar conclusiones más

precisas o inferir causas de estas diferencias entre otras poblaciones de dolor crónico y Fibromialgia. Así, una cuestión de interés sería plantear qué factores de las pacientes con Fibromialgia hacen que no sigan la preferencia habitual de las comparaciones propias de otras enfermedades de dolor crónico (Affleck et al., 1988; Blalock et al., 1989; De Vellis et al., 1990; De Vellis et al., 1991; entre otros).

Como se ha dicho previamente, el perfil presentado por nuestra muestra de pacientes con Fibromialgia es acorde con estudios previos en esta población, al igual que las relaciones encontradas entre variables clínicas y psicosociales. Así, respecto al *dolor percibido*, nuestras pacientes muestran niveles “moderados” de *dolor actual*, pero más intenso *dolor medio* y *máximo* en la última semana. Se añade que, a pesar de su moderado *impacto funcional*, nuestra muestra de pacientes de Fibromialgia también presenta en general un elevado *impacto de la Fibromialgia* global. Estos resultados reflejarían el deterioro que, más allá del *dolor* e *impacto funcional*, causa la cronicidad de esta enfermedad, cuyo *impacto* global acaba por minar las diferentes áreas básicas de la calidad de vida (laboral, social, emocional, entre otros) (Campos y Vázquez-Rodríguez, 2012; Gormsen, Rosenberg, Bach y Jensen, 2010; Peñacoba, 2009; Revuelta, Segura y Paulino, 2010; Wolfe et al., 1997). Así, nuestras pacientes con mayor *dolor percibido*, muestran asimismo un mayor uso de estrategias de comparación “desfavorables” (CSAC, CSDI), junto a mayor grado de pensamiento *catastrofista*, *impacto de la Fibromialgia* y *distrés psicológico*.

Lo expuesto hasta ahora, junto con otros trabajos previos en Fibromialgia y otras enfermedades crónicas iría en la línea de las propuestas del “Modelo de Identificación-Contraste” de Buunk e Ybema (1997) (Bennenbroek, 2003; Buunk y Gibbons, 2006; Terol et al., 2014). De tal modo que, un elevado uso de estrategias de comparación, consideradas “desfavorables” en estas pacientes, sugeriría un patrón desadaptativo con

elevadas respuestas de *ansiedad y depresión*. Éste patrón les llevaría a centrarse más aún en los aspectos negativos, funcionando entonces, las propias estrategias “desfavorables” casi como un “síntoma” acorde a su estado emocional (Affleck, Urrows, Tennen y Higgins, 1992; Affleck et al., 2000; Bennenbroek, 2003; Buunk, Zurriaga y González, 2006; Buunk y Gibbons, 2006; De Vellis et al., 1990; García-Campayo et al., 2008; Heidrich, 1996; Martin et al., 1996; Neugebauer, Katz y Pasch, 2003; Smith, 2000; Terol et al., 2007; Terol et al., 2014; Van der Zee et al., 1996). Este resultado configura un patrón desadaptativo en el que las pacientes de esta muestra se evalúan negativamente respecto a metas comportamentales utilizando *comparaciones ascendentes de contraste (CSAC)* que finalmente, frustrarán su **motivación de superación (self-improvement)** (Buunk e Ybema, 1997; Groothof, 2004). Por su parte, sus *comparaciones descendentes pero de identificación (CSDI)*, tampoco cumplirían su **motivación de auto-mejora (self-enhancement)** que, sin embargo, otras *comparaciones descendentes pero de contraste (CSDC)* pueden satisfacer (Buunk e Ybema, 1997; Wills, 1987, Wood, 1989). Así, parece que la **motivación de auto-mejora (self-enhancement)** no destaca en el proceso de comparación de las pacientes de nuestra muestra, contrariamente a lo que otros estudios de dolor crónico evidencian (Affleck et al., 2000; Blalock et al., 1989; Blalock et al., 1990). Entonces, sólo las pacientes en cuyos procesos de comparación son más frecuentes las *comparaciones ascendentes de identificación (CSAI)* y *descendentes de contraste (CSDC)*, conseguirán satisfacer las motivaciones mencionadas, tener modelos de afrontamiento válidos, y diferenciarse de quienes están en peor situación mejorando su bienestar (Buunk e Ybema, 1997; Collins, 1996, 2000, Smith, 2000; Wills, 1987; Wood, 1989).

En la línea teórica esperada, las mujeres con Fibromialgia de nuestra muestra se comparan con aquellas que se encuentran en una situación o condiciones similares, para

auto-evaluarse (self-assessment) conforme a un **contenido** específico (Buunk, 2006; Gibbons y Buunk, 1999; Wood, Taylor y Lichtman, 1985). Así, eligen en mayor medida como **referentes** de comparación a personas con *problemas de salud similares* y como **contenido** de comparación los *síntomas*, corroborando resultados anteriores en dolor crónico (Affleck et al., 1987) y enfermedad crónica (Buunk, Zurriaga, Rodríguez, Terol y López-Roig, 2006).

El análisis de relaciones, así como los de diferencias, apuntan en la dirección de este patrón “desadaptativo” al mostrar que un mayor grado de comparaciones en cuanto a **contenidos** referidos a *síntomas* o *estado de ánimo* o con **referentes** tanto *con problemas de salud similares* o *diferentes*, como *sin problemas de salud*, se relacionan con mayor uso de comparaciones “desfavorables” (CSAC y CSDI) pero no con las “favorables” (CSAI y CSDC), en contra de lo referido por otros estudios en artritis reumatoide y osteoartritis (Affleck et al., 1988; Heidrich, 1996). De los **contenidos**, el *estado o actividad física* no se relaciona ni diferencia en las comparaciones ascendentes y sólo muestra relación con la estrategia *descendente de contraste* (CSDC). Dado que las pacientes refieren compararse en alto grado respecto a la *actividad física*, una explicación podría apuntar a su incapacidad para realizar una selección estratégica de **referentes ascendentes** con los que *identificarse* para comparar este **contenido**, siéndoles más accesible otros **referentes** en peor situación con los que contrastarse.

Respecto a las variables sociodemográficas, como la edad o el nivel educativo, en nuestra muestra de mujeres no se han encontrado diferencias del uso de la *comparación social*. En cuanto a variables clínicas, *el tiempo desde diagnóstico* se relaciona inversamente con la estrategia *ascendente de identificación* (CSAI) y *el tiempo desde el inicio de los síntomas* inversamente con el resto de estrategias (CSAC, CSDI,

CSDC). Esto podría indicar que a mayor tiempo desde el *inicio de los síntomas y desde diagnóstico* disminuye el uso de la *comparación social*. Así, este dato reflejaría una mayor incertidumbre y necesidad de información social y búsqueda comparativa en las pacientes con reciente diagnóstico o menor tiempo de evolución de la enfermedad. Por su parte, el *dolor percibido*, como variable relevante y síntoma principal de la Fibromialgia, mostró relaciones y diferencias con las estrategias de *comparación social* y más consistentemente con las estrategias “desfavorables”(CSAC y CSDI), presentando unas pacientes que se comparan desfavorablemente y en mayor medida respecto a sus *síntomas* en función del *dolor* que perciben. Además, por ejemplo, en la estrategia *ascendente de identificación* (CSAI), un mayor *dolor actual y medio* se relacionaba con un menor uso de la misma.

Por lo expuesto, y respecto a la **hipótesis H.1.1.** por la que esperábamos encontrar que *las pacientes con Fibromialgia usarán con mayor frecuencia la estrategia de comparación social descendente de contraste (CSDC)* los resultados **no la confirman**, pues señalan que es la estrategia menos utilizada.

En el caso de la **hipótesis H.1.2.**, por la que esperábamos que *las pacientes con Fibromialgia se compararán con mayor frecuencia con personas (referentes de comparación) con problemas similares a los suyos*, los datos **confirman** la hipótesis.

En relación a la **hipótesis H.1.3.**, por la que se esperaba que *una mayor preferencia por contenidos de comparación de desempeño diario (estado o actividad física) se relacionara significativamente con mayor frecuencia de comparaciones ascendentes*, nuestros resultados **no la confirman**.

Respecto a la **hipótesis H.1.4.**, por la que esperábamos que *una mayor preferencia por contenidos de comparación de síntomas se relacionaría*

significativamente con mayor frecuencia de comparaciones descendentes, ésta se confirma para la estrategia descendente de identificación (CSDI) pero no para la descendente de contraste (CSDC).

Respecto a la **hipótesis H.2.1**, por la que esperábamos encontrar que *el uso de las estrategias de comparación social no mostrará relaciones y/o diferencias significativas en función de la edad de las pacientes*, nuestros datos **confirman** la hipótesis.

En cuanto a la **hipótesis H.2.2**, por la que se esperaba que *las pacientes con menor tiempo desde el inicio de los síntomas y/o menor tiempo desde diagnóstico mostrarán mayor frecuencia de uso de la estrategia de comparación descendente de contraste (CSDC)*, la hipótesis **se confirma** en el caso del *tiempo desde el inicio de los síntomas*, pero **no** para el *tiempo desde el diagnóstico*.

En cuanto a la hipótesis H.2.3., esperábamos encontrar que *las pacientes con menor dolor (actual, medio en la última semana y máximo en la última semana) utilizarán con mayor frecuencia la comparación social descendente de contraste (CSDC)*. Los datos **confirman** la relación para el *dolor medio en la última semana*.

5.2. Comparación social y variables psicosociales. Descriptiva.

En nuestra muestra, las relaciones y diferencias de la *comparación social* en función de variables psicosociales muestran, en general, que niveles más elevados de *catastrofismo, impacto de la Fibromialgia y ansiedad y depresión* dibujarían un patrón de pacientes que utilizan en mayor medida las estrategias *ascendente de contraste (CSAC) y descendente de identificación (CSDI)* y en menor medida las *ascendentes de identificación (CSAI) y descendentes de contraste (CSDC)*. Este

resultado se muestra acorde con las propuestas del “Modelo de Identificación-Contraste” (Buunk e Ybema, 1997), además de ser coherente con anteriores trabajos en dolor crónico y Fibromialgia (Blalock et al., 1990, De Vellis et al., 1990; Heidrich, 1996; Neugebauer, Katz y Pasch, 2003; Terol et al., 2004), donde estrategias “favorables” (CSDC) y “desfavorables” (CSAC) se relacionaban con menor o mayor severidad de la enfermedad y mayores síntomas ansioso-depresivos respectivamente. Estos resultados, en el marco de las relaciones y diferencias del *dolor percibido* con las variables psicosociales, apuntaría que cuanto mayor es el *dolor percibido* por estas pacientes mayor el uso de estrategias “desfavorables” o de **interpretación** negativa, junto a mayor *catastrofismo*, e *impacto de la Fibromialgia* y una mayor *ansiedad* y *depresión*.

Atendiendo al análisis de relaciones realizado, mayor uso de **referentes** con *problemas de salud similares* se relacionaría con un mayor *impacto de la Fibromialgia*, mientras que *otros con problemas de salud diferentes* y *otros sin problemas de salud* se relacionarían con un mayor *impacto funcional*. Este dato podría interpretarse como que en nuestra muestra los “otros” *similares* se utilizarían para comparaciones sobre el *impacto* en términos generales atendiendo a las diferentes dimensiones o áreas afectadas (social, estado de ánimo, entre otras). Por su parte, las *comparaciones* con aquellos con *problemas de salud diferentes* o *sin problemas de salud* serían utilizadas como **referentes** en una dimensión como la de funcionalidad, quizá por ser esta un área muy saliente o sintomática estrechamente vinculada al *dolor percibido*. Pero también es cierto que, en general, en estas pacientes un mayor uso de **referentes** se relaciona con mayor nivel de *ansiedad*, y un mayor uso de **contenidos** tanto con *ansiedad* como *depresión*. Este resultado podría explicar la dinámica que se instaura en una enfermedad como la Fibromialgia, en la que la incertidumbre y los niveles de *ansiedad*

concomitantes provocan una búsqueda casi indiscriminada a través de un mayor número de *comparaciones* con distintos **referentes** y sobre diferentes **contenidos** muchas veces infructuosa.

En relación al cumplimiento de las **hipótesis H.3.1, H.3.2. y H.3.3** planteadas respecto a las variables psicosociales, en las que esperábamos *puntuaciones medias de catastrofismo en torno a 21-32, puntuaciones medias de impacto de la Fibromialgia en torno a 55-77 y puntuaciones medias de ansiedad y depresión en torno 9-13 y 8-11 respectivamente*, las hipótesis se **confirman**.

En el caso de la **hipótesis H.4.1.** se esperaba que *las pacientes con Fibromialgia no presentarán relaciones y/o diferencias significativas en las variables psicosociales catastrofismo, impacto de la Fibromialgia y distrés psicológico en función de variables sociodemográficas*, la hipótesis **se confirma** en relación al *catastrofismo* y el *distrés psicológico* (i.e. *ansiedad y depresión*) pero **no** en el caso del *impacto de la Fibromialgia*, pues un menor nivel educativo diferencia mayor *impacto de la Fibromialgia*, y el nivel educativo medio mayor *impacto funcional*.

En cuanto a la **hipótesis H.4.2.,** en la que se esperaba que *las pacientes de Fibromialgia no presentaran relaciones y/o diferencias significativas en las variables psicosociales, catastrofismo, impacto de la Fibromialgia y distrés psicológico en función del tiempo desde el inicio de los síntomas y tiempo desde diagnóstico*, los resultados la **confirman**.

Respecto a la **hipótesis H.4.3.** dónde esperábamos encontrar que *las pacientes de Fibromialgia con niveles más elevados de dolor (actual, medio y/o máximo de la última semana) mostrarán también mayores niveles de catastrofismo, impacto de la*

Fibromialgia y distrés psicológico, los análisis realizados **confirman** la hipótesis. La subescala de *impacto funcional*, sólo correlacionó y se diferencia por el *dolor medio*.

5.3. Perfiles de pacientes.

Dada la importancia de atender a factores disposicionales que pudieran configurar perfiles o subgrupos de pacientes, para futuras intervenciones grupales e individuales eficaces en poblaciones homogéneas (Hasenbring, Hallner y Rusu, 2012; Rodero et al., 2008), analizamos subgrupos de pacientes conforme a dos variables básicas del tratamiento farmacológico e interventivo de la Fibromialgia: *dolor* y *ansiedad/depresión* (Arnold, Leon, Whalen y Barret, 2010; Giesecke et al., 2003; Glombiewski et al., 2010; Goldenberg, Bradley, Arnold, Glass y Clauw, 2008). Nuestros resultados apoyan la presencia de subgrupos de pacientes entre las mujeres con Fibromialgia, presentando dos perfiles: a) uno más “desadaptativo”, con mayor *percepción de dolor*, donde los niveles de *ansiedad* y *depresión* superan los puntos de corte hallados para Fibromialgia en la escala HAD ($\geq +12$) (Cabrera, Martín-Aragón, Terol, Núñez y Pastor, 2015), y donde se da una mayor frecuencia de procesos de *comparación social* “desfavorables” (CSAC y CSDI), y b) otro perfil más “adaptativo”, con moderada *percepción de dolor*, niveles de *ansiedad* y *depresión* por debajo de los puntos de corte para Fibromialgia en el HAD ($< +12$), y una mayor frecuencia de procesos de *comparación social* “favorables” (CSAI y CSDC).

Respecto a la *percepción de dolor*, *ansiedad* y *depresión*, éstos perfiles están en consonancia con los encontrados en otros trabajos que han determinado subgrupos de pacientes en Fibromialgia (Calandre et al., 2011; de Souza et al., 2009; Docampo et al., 2013; Giesecke et al., 2003; Keller, de Gracia y Cladellas, 2011; Thieme, Turk y Flor,

2004). Así, nuestros resultados, además de coincidir en el número de perfiles, también confirman que los niveles de *dolor percibido* y las puntuaciones de las subescalas HAD de *ansiedad* (HADA) y *depresión* (HADD) en ambos grupos de mujeres son semejantes a los de otros estudios (Calandre et al., 2011; de Souza et al, 2009; Keller, 2014). Autores como Giesecke et al. (2003) proponen tres subtipos de pacientes, de lo que, dos de ellos se asemejan a los nuestros: un subtipo con moderados niveles de *ansiedad/depresión* y *catastrofismo* y baja hiperalgesia, y otro con elevada *ansiedad y depresión*, alto *catastrofismo* y alta hiperalgesia. A su vez, otros trabajos que utilizan la escala FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire, FIQ; Burckhardt, Clark y Bennett, 1991) para la clasificación de subtipos, muestran que mientras que *dolor* y rigidez están presentes en todos los perfiles, el *distrés psicológico* (*ansiedad y depresión*) aparece como una característica de algunas pacientes que diferenciaría perfiles y su sintomatología asociada (Calandre et al., 2011; de Souza et al, 2009).

Nuestros resultados sugieren también que la escala HAD, utilizada con sus puntos de corte específicos para Fibromialgia, podría ser un instrumento de “screening” muy útil en este área de trabajo, ya que además de cribar sintomatología ansioso-depresiva, podría confirmar la detección de un perfil de pacientes menos ajustadas. Así, un 76.9% de los “casos” de *ansiedad* y un 85.2% de “casos” de *depresión* clasificados por la escala HAD encajan en el perfil “desadaptativo”. Este último perfil, siguiendo la hipótesis de independencia entre *percepción de dolor* y *ansiedad/depresión* planteada en otros estudios con Fibromialgia, podría explicarse desde la comorbilidad de la sintomatología ansioso-depresiva en estas pacientes (Bair, Robinson, Katon y Kroenke, 2003; Hall, 1982; Kurtze, Gunderson y Svebak, 1998; Thieme, Turk, y Flor, 2004; White, Nielson, Hart, Ostbye y Speechley, 2002).

Respecto a la *comparación social* en nuestros perfiles, la comparación *ascendente de contraste (CSAC)* y la *descendente de identificación (CSDI)* se hallan presentes en el perfil con mayores niveles de *ansiedad y depresión*. Por su parte, la comparación *ascendente de identificación (CSAI)* y *descendente de contraste (CSDC)* son más frecuentes en el perfil más “adaptativo”. Estos resultados están en línea con estudios previos en esta población que relacionan mayor uso de la estrategia *ascendente de contraste (CSAC)* y *descendente de identificación (CSDI)* con mayor *distrés psicológico*, peor calidad de vida y ajuste general a la enfermedad (Groothof y Scholtes, 2007; Terol et al., 2014). También los resultados de otros estudios en artritis (Blalock et al., 1989; Neugebauer et al., 2003) y osteoartritis (Heidrich, 1996), muestran relaciones de la *ascendente de contraste (CSAC)* y *descendente de contraste (CSDC)* con mayores y menores niveles de depresión respectivamente. Y en general, los estudios en enfermedad crónica refieren que mayores niveles de *distrés psicológico* se relacionan con mayor necesidad, frecuencia e influencia de la *comparación*, haciendo uso de comparaciones “desfavorables” y mostrando menor bienestar subjetivo (Ahrens y Alloy, 1997; Arigo, Suls y Smyth, 2012; Bennenbroek, Buunk, Van der Zee y Grol, 2002; Freeston et al, 1994; Heidrich y Ryff, 1993; Ladouceur, Gosselin y Dugas, 2000; Terol et al., 2012; Van der Zee, Buunk y Sanderman, 1996). En el caso contrario, las pacientes ubicadas en el perfil más “adaptativo”, a través de comparaciones de **interpretación** positiva (*CSAI* y *CSDC*) amortiguarían y reducirían las respuestas afectivas y emocionales. Así, usarían **referentes** en mejor situación considerados como “modelos” que les proveen de motivación y son un ejemplo válido de afrontamiento, o se fijarían en **referentes** en situación más desafortunada de los que se diferenciarían consiguiendo mejorar su bienestar subjetivo (Affleck et al., 1988; Blalock et al., 1990; Buunk y Ybema, 1997; Smith, 2000).

En esta nueva propuesta de ajuste a la enfermedad basada en perfiles, un *dolor* moderado pudiera propiciar el uso de estrategias de *comparación social* más “favorables” (*CSAI* y *CSDC*), que condujera a unos niveles de *ansiedad/depresión* por debajo de los puntos de corte HAD, mientras que un *dolor* más intenso o considerado severo resultaría en niveles de *ansiedad/depresión* superiores a los puntos de corte en el HAD con el uso más frecuente de estrategias de *comparación* menos “favorables” (*CSAC* y *CSDI*). En esta línea, en un trabajo con Fibromialgia se señala que sería un *dolor* más moderado el que se relaciona con *comparaciones descendentes* “favorables” (de contraste, *CSDC*) (Affleck et al., 2000).

Estos resultados, junto a los de los estudios mencionados con otras muestras de dolor crónico confirmarían de nuevo las propuestas del “Modelo de Identificación-Contraste” de Buunk e Ybema (1997). Así, en el ámbito de investigación de la *comparación social* en salud, el amplio uso de la *comparación* considerada “desfavorable” (*CSAC* y *CSDI*) en nuestra muestra sugeriría patrones “desadaptativos” que incluiría elevados niveles de *ansiedad* y *depresión*.

Por lo expuesto, y respecto a la **hipótesis H.5.1.** por la que se esperaba encontrar *perfiles diferentes en las pacientes de Fibromialgia según el grado de dolor percibido y los niveles de ansiedad y depresión: un perfil con menor grado de dolor percibido y menores niveles de ansiedad y depresión, frente a otro perfil con mayor grado de dolor percibido y mayores niveles de ansiedad y depresión*, se **confirma** la hipótesis.

En cuanto a la **hipótesis H.5.2.**, por la que se esperaba que *las estrategias de comparación social ascendente de contraste (CSAC) y descendente de identificación (CSDI), se presentarán en el perfil de pacientes con mayores niveles de ansiedad y depresión*, nuestros resultados la **confirman**.

5.4. Modelo path-analysis.

La inexistencia de estudios que analizaran una estructura causal de la *comparación social* con otras variables psicosociales y la asunción de que la comparación podría modular los procesos de adaptación al dolor crónico (Buunk y Gibbons, 2006; Diener y Fujita, 1997; Tennen y Affleck, 1997; Tennen, McKee y Affleck, 2000; Terol et al., 2007) nos condujo a la propuesta teórica del modelo que analizamos a través de un path-analysis. En nuestro modelo, tres de las estrategias de *comparación social* forman parte en la explicación del resto de variables del modelo. Un mayor *catastrofismo* es explicado por mayor uso de comparación *ascendente de contraste* (CSAC) y *descendente de identificación* (CSDI). Un mayor *impacto de la Fibromialgia* se explica por mayor uso de comparación *ascendente de contraste* (CSAC) y un menor uso de *ascendente de identificación* (CSAI) junto con el *catastrofismo*. Finalmente, el *distrés psicológico* es explicado por mayor uso de comparación *ascendente de contraste* (CSAC), junto a mayor *impacto de la Fibromialgia*.

Se confirma que, predominantemente, las estrategias “desfavorables” de comparación junto al *catastrofismo* marcan los resultados emocionales y de *impacto de la Fibromialgia*. Así, estas estrategias muestran relaciones más fuertes y con mayor incidencia en la explicación de las variables psicosociales. Aunque no existen modelos explicativos sobre *comparación social* en Fibromialgia, como ya hemos referido, estudios previos confirman que un mayor uso de CSAC y CSDI están relacionados con mayor percepción de estrés, *distrés psicológico* y peor calidad de vida y ajuste global a la enfermedad (Groothof y Scholtes, 2007; Terol et al., 2014). En contra de lo esperado, las estrategias “favorables” o de **interpretación** positiva (CSAI y CSDC) no amortiguaron el *catastrofismo* ni el *distrés psicológico* y sólo el uso de la *ascendente de identificación* (CSAI) tiene un efecto beneficioso minimizando el *impacto de la*

Fibromialgia. La estrategia *descendente de contraste* (CSDC) no mostró relación alguna con las variables del modelo estando en desacuerdo con la “Teoría de la Comparación Descendente” (Wills, 1981; 1997) y con otros estudios en muestras de dolor crónico donde el uso de la CSDC se ha relacionado consistentemente con menores niveles de *depresión* y mejor ajuste psicosocial (Affleck et al., 2000; Blalock et al., 1989; Heidrich, 1996; Terol et al., 2004; entre otros). Este resultado apuntaría a un patrón diferente en nuestra muestra, pues respecto a otras enfermedades crónicas (Ej. diabetes, cáncer) o pacientes de dolor crónico (Ej. artritis reumatoide), nuestras pacientes de Fibromialgia no se benefician de la comparación con otros en peor situación. Así, en nuestra muestra, las características de la propia enfermedad, como el dolor generalizado, de etiología desconocida y así admitida por los profesionales ante los pacientes, la ausencia de claros marcadores físicos del dolor y la vaga atribución a causas orgánicas, podría dificultar en nuestras pacientes encontrar **referentes** en los que comparar características “objetivas/observables” consideradas claramente peores que las propias, entre la variedad de síntomas concomitantes que caracterizan este proceso de enfermedad.

De acuerdo al modelo, las pacientes con mayor uso de estrategia *ascendente de contraste* (CSAC) se percibirían incapaces de afrontar o manejar su enfermedad, tal y como es capaz de hacerlo el “**referente**” con el que se comparan, quizás por considerarlo “inalcanzable” en su manejo de la enfermedad (Buunk e Ybema, 1997; van der Zee et al., 1999), lo que les generaría aún mayor *impacto de la Fibromialgia*. Además, el uso de comparaciones *descendentes de identificación* (CSDI) podría provocarles *desesperanza*, al percibir su propio pronóstico futuro en la situación de sus **referentes**, lo que podría generar pensamientos aún más *catastrofistas* sobre su

situación. Frente a éste perfil, el uso de la estrategia de comparación *ascendente de identificación* (CSAI) serviría para “reevaluar” la situación de enfermedad y obtener información útil de otros **referentes** que motiven hacia formas de afrontamiento que minimicen el impacto y faciliten los procesos de adaptación (Arigo, Suls y Smyth, 2012; Buunk y Ybema, 1997; Corcoran, Crusius y Mussweiler, 2011; Groothof y Scholtes 2007; Smith, 2000). En este sentido, un estudio reciente evidencia que una mayor comparación *ascendente de identificación* (CSAI), junto con menor *ascendente de contraste* (CSAC) y *descendente de identificación* (CSDI) están relacionadas con mayor aceptación del dolor (Orfgen y Dijkstra, 2015). Dado que una mayor aceptación del dolor se admite como un fuerte y consistente mediador de un menor *catastrofismo* (Alda et al., 2011; de Boer, Steinhagen, Versteegen, Struys y Sanderman, 2014; Rodero et al., 2010), la *comparación social* aparecería relacionada con los dos grandes constructos psicológicos que mejor explican los resultados del tratamiento aplicado en el dolor crónico.

En cualquier caso, en nuestra muestra, el uso de estrategias poco “favorables” podría explicarse como parte de un patrón “desadaptativo” marcado por la elevada prevalencia de *ansiedad* y *depresión* de estas pacientes (Bennett, 2002; Epstein et al, 1999; González, Elorza y Failde, 2010). Las pacientes usarían estrategias “desfavorables” de *comparación* (CSAC y CSDI) (Buunk, Zurriaga y Gonzalez, 2006) y *catastrofistas* “sintomáticamente” conforme a su estado emocional negativo, tal y como muestra el pensamiento *catastrofista* tan elevado en nuestra muestra y similar a los de otros estudios (García-Campayo et al, 2008; Rodero et al. 2010; Tirado Zafra-Polo, Pastor y López-Roig, 2014). Para algunos autores este patrón “desadaptativo”, responde a ciertos sesgos atencionales o distorsiones cognitivas que se encontrarían a la base del *catastrofismo* y que probablemente diferenciara las estrategias de *comparación social*

utilizada (Mathews, Ridgeway, Cook y Yiend, 2007; Standage, Harris y Fox, 2014). En nuestra muestra, las pacientes con Fibromialgia se centrarían en la **interpretación** o focalización negativa de su enfermedad, exacerbando aún más sus síntomas y el dolor. Conforme a este sesgo o distorsión negativa, confirmarían su “mal” estado buscando comparaciones con personas y situaciones que lo ratifiquen, a la vez que, evitarían a quiénes pudieran desconfirmarlo. De hecho, estos sesgos o distorsiones cognitivas aparecen relacionadas con la discapacidad y el dolor en pacientes crónicos, considerándose el *catastrofismo* un catalizador de la atención hacia ellos (Artzn, Dreessen y De Jong, 1994; Eccleston y Crombez, 1999; García-Bardon, Castel-Bernal y Vidal-Fuentes, 2006; Gracely et al., 2004; Seminowicz y Davis, 2006; Sullivan, 2009). En consecuencia, la combinación del uso de la comparación “desfavorable” con el *catastrofismo* tendría como resultado la percepción del mayor *impacto de la Fibromialgia* y de *distrés psicológico*. Frente a esto y de acuerdo al “Modelo de Identificación-Contraste” de Buunk e Ybema (1997) la comparación “favorable” -en este trabajo la *ascendente de identificación (CSAI)*- se relaciona con menor *catastrofismo* y amortiguaría el *impacto de la Fibromialgia*, relacionándose negativamente con ambas variables psicosociales y con el *distrés psicológico*.

Por todo lo expuesto y en base a nuestros resultados, **la hipótesis H.6.1.** por la que se esperaba que *comparación ascendente de contraste (CSAC)* y *comparación descendente de identificación (CSDI)* se relacionarán con mayores niveles de *catastrofismo*, *impacto de la Fibromialgia* y *distrés psicológico* se **confirma** respecto a la estrategia *CSAC* pero **no** en el caso de la estrategia *CSDI* que sólo tiene relación directa y positiva con el *catastrofismo*.

En cuanto a la **hipótesis H.6.2**, por la que se esperaba que la *comparación ascendente de identificación (CSAI)* y *comparación descendente de contraste (CSDC)* se relacionaran con menores niveles de catastrofismo, impacto de la Fibromialgia y distrés psicológico, sólo se **confirma** la relación directa e inversa de la estrategia *ascendente de identificación (CSAI)* con el *impacto de la Fibromialgia* pero **no** con el *catastrofismo* ni el *distrés psicológico*. La estrategia *descendente de contraste (CSDC)*, **no confirma** relación alguna siendo excluida en el modelo.

Respecto a la **hipótesis H.6.3.**, por la cual esperábamos que los *niveles elevados catastrofismo* se relacionaran con mayor nivel de *impacto de Fibromialgia* y mayor grado de *distrés psicológico*, ésta se **confirma**.

Por último, en relación a la **hipótesis H.6.4.** por la que se esperaba que *mayor impacto de Fibromialgia* se relacionara con mayor grado de *distrés psicológico*, la hipótesis se **confirma**.

A modo de resumen, nuestros resultados apoyan la presencia de distintos perfiles de mujeres con Fibromialgia. La *comparación social* ha sido capaz de diferenciar subgrupos de pacientes. Se hallan relaciones entre un mayor uso de estrategias *comparación social* “desfavorables”, el *dolor percibido* y los niveles de *ansiedad/depresión*. Estas diferencias sobre cómo la paciente con Fibromialgia responde a la experiencia de dolor son poco conocidas, pero podrían estar relacionadas con la respuesta a la dimensión cognitiva y afectiva del dolor. Estos perfiles de pacientes, junto a nuestro path-analysis, apuntan a los procesos de *comparación social* como posibles mediadores en la puesta en marcha de estrategias cognitivas y comportamentales que mejoren o empeoren las respuestas emocionales. Avanzar en la comprensión de los procesos cognitivos y variables psicosociales implicadas en el

proceso de la Fibromialgia podría ayudar en el diseño de mejores y más específicos tratamientos, así como, de terapias que beneficien a estas pacientes. Nuestro estudio aporta a través del modelo que una disminución del uso de las comparaciones *ascendente de contraste (CSAC)* y *descendente de identificación (CSDI)* y un aumento de la comparación *ascendente de identificación (CSAI)* ayudarían en este aspecto.

5.5. Implicaciones prácticas.

Hemos tratado de diferenciar perfiles de pacientes y proponer un modelo teórico que podrían ser de interés para la práctica clínica y la investigación futura. Este estudio aporta información útil al mostrar perfiles de mujeres con Fibromialgia que utilizan la *comparación social* en su proceso de enfermedad y las relaciones que ésta establece con variables psicosociales y resultados de salud. Lograr una mejor comprensión de estos procesos cognitivos y de las peculiaridades de la Fibromialgia respecto a otras enfermedades crónicas, podría ayudar a mejorar el diseño de intervenciones psicosociales en estas pacientes. En este sentido, sería razonable sugerir la valoración de los procesos de *comparación social* en pacientes con Fibromialgia, con el fin de sustituir aspectos como las estrategias de *comparación social* y **referentes** propias de perfiles “desadaptativos” y trastornos emocionales (*ansiedad y depresión*) por los que son útiles para mejorar la adaptación a la enfermedad de estas mujeres (Arigo, Suls y Smyth, 2012; Buunk e Ybema, 1997; Mussweiller y Strack, 2000; Suls, Martin y Wheeler, 2002). En este sentido, formar a estas mujeres acerca del proceso de *comparación social*, sus estrategias, la elección de **referentes** y las relaciones de la evaluación de *comparación* sobre las respuestas emocionales sería muy eficaz ante la evidente búsqueda de información durante su proceso de enfermedad. En unidades

asistenciales especializadas, donde se llevan a cabo intervenciones grupales con mujeres con Fibromialgia, tendría sentido establecer grupos terapéuticos que canalizaran el uso de la comparación “favorable” potenciando la elección de **referentes** útiles. Se podría dirigir así la **interpretación** positiva que surge de la comparación de la paciente en la interacción con otros, lo que permitiría su mejor **auto-evaluación (self-assessment)** (Arigo, Suls y Smyth, 2012; Buunk e Ybema, 1995; Mussweiler y Strack, 2000; Suls, Martin y Wheeler, 2002).

Por otra parte, la descripción de un subgrupo de pacientes donde el *distrés psicológico* puede diferenciar patrones de comportamiento, podría sugerir intervenciones específicas, orientadas a un tratamiento adaptado y personalizado (Thieme, Turk, y Flor, 2004). En este sentido, la aplicabilidad clínica y práctica de nuestra clasificación de pacientes se basa en las dos variables básicas del tratamiento farmacológico y psicológico de la Fibromialgia: el *dolor percibido* y el *distrés psicológico* (Arnold et al., 2007; Giesecke et al., 2003). Nuestros resultados subrayan la relevancia de tratar a las mujeres con Fibromialgia a través de sus diferencias entre subgrupos y no como un grupo homogéneo. En consecuencia, la práctica clínica debería incidir no sólo en el diagnóstico y tratamiento de la sintomatología ansioso-depresiva de las mujeres con Fibromialgia, sino también en el patrón “desadaptativo” concomitante que podría incluir, además de la *comparación social* “desfavorable” otras estrategias de afrontamiento cognitivo y conductual inadecuadas (Bergman, 2005; Boothby et al., 1999). Dentro de esta propuesta, la utilización de herramientas de *screening* para la evaluación del *distrés psicológico (ansiedad y depresión)* como el HAD, en conjunción con otros instrumentos específicos para Fibromialgia, puede ser fundamental para evaluar el *impacto* del proceso de enfermedad en estas mujeres, detectar perfiles menos “adaptativos” y dirigir intervenciones posteriores.

Los resultados de esta tesis plantean implicaciones prácticas de especial relevancia, pues nuestro modelo apoyaría las intervenciones dirigidas a: a) incrementar, por un lado, el uso de la *comparación social ascendente de identificación (CSAI)* y b) minimizar, por otro, el uso de las comparaciones *ascendente de contraste (CSAC)* y *descendente de identificación (CSDI)* dado su efecto directo con el menor *impacto de la fibromialgia* en el caso de la primera y el mayor *catastrofismo*, en el caso de las otras dos estrategias. Promover el uso de la *comparación ascendente de identificación (CSAI)* supondría recuperar una de las funciones clásicas de la *comparación social*: el **self-improvement** o **deseo de superación**, donde la persona utilizaría la información social para mejorar el propio rendimiento (Martin, Suls y Wheeler, 2002; Pemberton y Sedikides, 2001; Taylor y Lobel, 1989; entre otros), mientras que la disminución de comparaciones “desfavorables” o de **interpretación** negativa podrían amortiguar el *catastrofismo (CSAC y CSDI)*, el *impacto de la Fibromialgia (CSAC)* y las respuestas emocionales como el *distrés psicológico (CSAC)*.

5.6. Limitaciones de este estudio y futuras líneas de investigación.

Nuestros resultados deben ser interpretados en el contexto de las limitaciones que son inherentes a cualquier estudio y resultados de investigación, sobre todo, en el caso de muestras clínicas. Una de estas limitaciones es que se trata de un estudio transversal cuyos resultados sólo son interpretables desde esta perspectiva limitada por el momento concreto de la evaluación. En cuanto a los perfiles de pacientes, la principal limitación se encuentra en que el análisis cluster es un método exploratorio que, sin embargo, podría enriquecerse con la aportación de un mayor número de perfiles analizados en diferentes momentos y procesos de la enfermedad con muestras clínicas

diferentes. En este mismo sentido, en cuanto al path-analysis, sería interesante comprobar la bondad del modelo o modelos con datos longitudinales, analizando la variabilidad muestral clínica y psicosocial en relación a la *comparación social* (percepción del dolor, control percibido, otras formas de afrontamiento, entre otras). Nuestro estudio de corte transversal, permite sugerir relaciones, pero sería deseable establecer la secuencia temporal de las variables estudiadas y, en el caso de la *comparación social*, conocer la duración de sus resultados o su frecuencia de uso durante la evolución de la enfermedad. Aunque las respuestas afectivas de la *comparación social* podrían ser temporales, algunos estudios en enfermedad crónica (muestras de diabetes y artritis reumatoide) han informado del impacto de la comparación continuada de **interpretación** “desfavorable” sobre el estado de ánimo, los síntomas depresivos y la calidad de vida (Dibb y Yardley, 2006; Neugebauer, Katz y Pasch, 2003). Por todo ello, un aspecto de especial interés en la comprensión de los procesos de comparación sigue siendo el profundizar en la posición de la *comparación social* como antecedente o consecuente del estado emocional (*distrés psicológico*) en el desarrollo de la enfermedad crónica.

Otro aspecto interesante sería incluir, como ya hemos mencionado, estrategias de afrontamiento potencialmente relevantes en el modelo explicativo que pudieran moderar los efectos del *catastrofismo* y la propia *comparación ascendente de contraste* (CSAC) sobre el *impacto de la Fibromialgia* y el *distrés psicológico*. Sin embargo, como paso inicial, nuestro interés fue estudiar las relaciones de la *comparación* con una característica fundamental de la Fibromialgia como el *catastrofismo*, antes de abordar sus relaciones en el contexto de otras estrategias de afrontamiento. Pero, además, el principio de “parsimonia” del modelo, las limitaciones del tamaño muestral para incluir

otras estrategias de afrontamiento, y el efecto “saturación” o coste por exceso de instrumentos en la evaluación de éstas pacientes, nos llevó a adaptarnos a ciertos objetivos básicos de investigación conforme a las condiciones clínicas con las que trabajamos.

Por otra parte, en relación con la validez externa de los resultados, nuestro estudio se centra en una muestra de pacientes atendidos en el último nivel asistencial (Unidad especializada en Fibromialgia). Ello supone “a priori” mayor problemática y gravedad asociada a su enfermedad, por lo que, el *dolor percibido* y su inclusión o no como determinante de otros modelos explicativos debería considerarse en futuros estudios. Por ello, sería de interés replicar este tipo de estudios en diferentes contextos asistenciales, como la atención primaria o en el ámbito de asociaciones de mujeres con Fibromialgia, evaluando de esta manera cronicidad y severidad de los síntomas, niveles de estrés e incertidumbre y *ansiedad* y *depresión* que podrían variar en las distintas fases de la enfermedad (Bennet, 2002; Peñacoba, 2009). En esta línea, y en contextos propicios a la *comparación* tales como asociaciones, sería de especial relevancia profundizar en el estudio de los **referentes** y **contenidos** de *comparación*, en general, y en particular, en las relaciones específicas con la estrategia de *comparación social* utilizada (Arigo, Suls y Smyth, 2012; Mussweiler y Strack, 2000; Rüter, 2004; Wood y Taylor, 1991). Así, continuar investigando la combinación de **referentes** (u otros con los que compararse) en relación a los **contenidos** de comparación concretaría aún más la **interpretación** de éstos procesos confirmando si el **contenido**, y la relevancia que se le otorga a éste, determina los **referentes** y estrategias de *comparación social* (Arigo, Suls y Smyth, 2012; Goethals y Darley, 1977; Mussweiler y Strack, 2000; Mussweiler, Rüter y Epstude, 2006; Wood y Taylor, 1991). Sería importante comprobar si el **contenido** de la comparación (*síntomas*, *estado de ánimo*, formas de afrontar, entre

otros) pudiera marcar diferencias de uso de las estrategias de comparación o en la elección de **referentes** en la que se centran éstas pacientes. Esto aportaría información para conocer cuáles son las características que de ellos se perciben o evalúan y si longitudinalmente existen diferencias o no en cuanto a la elección de **referentes** y **contenidos** comparados en distintos momentos de evolución de la enfermedad. Saber si los **referentes** son otras pacientes, personas sanas, o incluso ellas mismas en otros momentos del proceso de enfermedad, dirigiría el campo de estudio a las comparaciones laterales y temporales escasamente investigadas (Arigo, Suls y Smith, 2012; Bennenbroek et al., 2002; Bogart y Helgeson, 2000; Buunk y Gibbons, 1997).

El presente estudio abre líneas futuras de trabajo en el área de estudio de la *comparación social* en Fibromialgia. Parece claro que la comparación tiene efectos a corto plazo en el afecto y se relaciona de forma transversal con estilos y estrategias de afrontamiento (Tennen y Affleck, 1997). En este sentido, sería deseable continuar confirmando los resultados de los escasos estudios longitudinales realizados que muestran que en enfermedad crónica y en procesos continuos de adaptación a la misma, la *comparación social* continuada, en el marco del “Modelo de Identificación-Contraste” (Buunk e Ybema, 1997) podría tener un importante impacto tanto positivo como negativo en los resultados de salud y adaptación a la enfermedad (i.e. calidad de vida percibida) (Dibb y Yardley, 2006; Neugebauer, Katz y Pasch, 2003). Determinar donde se sitúa y cómo actúa la *comparación* en relación a las estrategias de afrontamiento sería de gran interés para identificar similitudes o diferencias entre ambos procesos cognitivos y poder predecir aquellas situaciones en las cuales un afrontamiento orientado por la *comparación social* produciría un mejor ajuste (Wills, 1991). Por su parte, como ya se ha referido, conocer y comparar la influencia y relaciones de otras

variables psicosociales generales y específicas (percepción de control, autoeficacia percibida en el manejo de la enfermedad, diferentes estrategias de afrontamiento, entre otras) ayudaría a concretar aún más el proceso de la *comparación social*, en la elección de **referentes** y estrategias. Por otra parte, poder incluir otras muestras de dolor crónico permitiría profundizar en las posibles diferencias y peculiaridades que explicarían el patrón “desadaptativo” detectado en nuestra muestra con Fibromialgia.

Para terminar, todas estas propuestas abren un campo de aplicación y estudio de los procesos de *comparación social* a través de: a) estudios longitudinales, b) la inclusión de otras variables clínicas (percepción del dolor) y psicosociales (control percibido, autoeficacia, entre otras) en los modelos explicativos, c) el estudio de pacientes de Fibromialgia en diferentes estadios de enfermedad y contextos de salud (atención primaria, especializada, asociaciones, entre otras) y d) realizando estudios comparados de Fibromialgia con otros pacientes de dolor crónico.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES



6. CONCLUSIONES.

En cuanto al **objetivo 1 e hipótesis H.1.1., H.1.2., H.1.3, y H.1.4.**, respecto de la utilización de estrategias de *comparación*, **referentes** y **contenidos**:

1. Las pacientes de nuestra muestra de Fibromialgia utilizan todas las estrategias de comparación con elevada frecuencia mostrando un patrón de *comparación social* en el que se usan más las estrategias consideradas “desfavorables” o de **interpretación** negativa: comparación *ascendente de contraste (CSAC)* y *descendente de identificación (CSDI)*.
2. Éstas pacientes de Fibromialgia se comparan con más frecuencia con **referentes** tales como *personas con problemas similares a los suyos* y en mayor grado respecto a **contenidos** referidos a *síntomas*.
3. La comparación con **referentes** (*problemas de salud similares y sin problemas de salud*) y **contenidos** (*síntomas y estado de ánimo*) se relaciona y diferencia significativamente por un mayor uso de las estrategias *ascendente de contraste (CSAC)* y *descendente de identificación (CSDI)*.
4. La frecuencia de comparación del **contenido** de *actividad física* no se relacionó con las estrategias de comparación *ascendentes*, sino con la *descendente de contraste (CSDC)*.

En cuanto al **objetivo 2** e hipótesis **H.2.1., H.2.2. y H.2.3** sobre las relaciones y diferencias de los procesos de *comparación social* con variables **sociodemográficas, clínicas y variables de dolor**:

5. Las estrategias de *comparación social* no muestran diferencias significativas en función de variables sociodemográficas (*edad, nivel de estudios y estado civil*).
6. Respecto a las variables clínicas, un menor *tiempo desde el inicio de los síntomas* se relaciona con mayor uso de la estrategia de comparación *descendente de contraste* (CSDC), pero también con *ascendente de contraste* (CSAC) y *descendente de identificación* (CSDI)
7. La estrategia de *comparación ascendente de identificación* (CSAI) es utilizada con mayor frecuencia por las pacientes con *tiempo desde diagnóstico* menor de dos años.
8. Respecto al *dolor* percibido, sólo el menor *dolor medio* en la última semana se relacionó con mayor uso de la estrategia *descendente de contraste* (CSDC).
9. Las estrategias de *comparación social* muestran relaciones y diferencias significativas en función de la variable clínica *dolor percibido*. Un *dolor* más “severo” (*actual, medio y máximo*) se relaciona y diferencia significativamente por un mayor uso de *comparación ascendente de contraste* (CSAC) y *descendente de identificación* (CSDI) y mayor comparación respecto a *síntomas*.

En cuanto a los **objetivos 3 y 4** e **hipótesis H.3.1., H.3.2., H.3.3. y H.4.1., H.4.2. y H.4.3.** relacionadas con las **variables psicosociales**, y sus relaciones y diferencias con **variables sociodemográficas y clínicas**:

10. Las mujeres con Fibromialgia estudiadas presentan elevados niveles de *catastrofismo, impacto de la Fibromialgia y distrés psicológico (ansiedad y depresión)* semejantes a otros estudios en esta población.
11. Las variables psicosociales de *catastrofismo y distrés psicológico (ansiedad y depresión)* no muestran diferencias significativas en función de variables sociodemográficas. El nivel educativo mostró significativamente diferencias en el *impacto de la Fibromialgia e impacto funcional*.
12. Las variables psicosociales *catastrofismo, impacto de la Fibromialgia y distrés psicológico (ansiedad y depresión)* no mostraron diferencias en función del *tiempo desde el inicio de los síntomas ni tiempo desde el diagnóstico*.
13. Las variables psicosociales *catastrofismo, impacto de la Fibromialgia y distrés psicológico (ansiedad y depresión)* muestran diferencias significativas en función de la variable clínica *dolor percibido*. Un dolor más “severo” (*actual, medio y máximo*) diferencia significativamente mayor *catastrofismo, mayor impacto de la Fibromialgia, distrés psicológico y ansiedad*. El dolor *actual y medio* más “severo” diferencia mayor *depresión*.

En cuanto al **objetivo 5** e **hipótesis H.5.1. y H.5.2.** referidas al establecimiento de **perfiles de pacientes:**

14. Se identifican dos perfiles de pacientes caracterizados por el grado de *dolor percibido*, las estrategias de *comparación social* y los niveles de *ansiedad* y *depresión*. Un perfil más “desadaptativo” (66%) con niveles más elevados de *dolor percibido* (*actual, medio y máximo*), mayor uso de *ascendente de contraste* (CSAC) y *descendente de identificación* (CSDI) y elevados niveles de *ansiedad* y *depresión* (por encima puntos de corte específicos escala HAD en Fibromialgia). Otro perfil más “adaptativo” (34%) caracterizado por niveles menores de *dolor percibido*, mayor uso de *ascendente de identificación* (CSAI) y *descendente de contraste* (CSDC), y niveles más bajos de *ansiedad* y *depresión* (por debajo de los puntos de corte específicos escala HAD en Fibromialgia).
15. Las estrategias de *comparación social ascendente de contraste* (CSAC) y *descendente de identificación* (CSDI), se presentan en el perfil más “desadaptativo” de pacientes con mayores niveles de *ansiedad* y *depresión*.
16. Con los puntos de corte específicos para Fibromialgia de la escala HAD, es posible clasificar de forma correcta en el perfil “desadaptativo” a más del 76% y 85% de los “casos” de *ansiedad* y *depresión* respectivamente.

En cuanto al **objetivo 6** (e hipótesis **H.6.1., H.6.2., H.6.3. y H.6.4.**) centrado en la evaluación de la comparación social en un **modelo** explicativo:

17. La estrategia “desfavorable” o de **interpretación** negativa *ascendente de contraste* (CSAC) se relacionó con mayores niveles de *catastrofismo*, *impacto de la Fibromialgia* y *distres psicológico*, mientras que la estrategia “desfavorable” o de **interpretación** negativa *descendente de identificación* (CSDI) sólo estuvo relacionada con mayor *catastrofismo*.
18. De las estrategias “favorables” o de **interpretación** positiva *descendente de contraste* (CSDC) y *ascendente de identificación* (CSAI) sólo esta última se relacionó en sentido positivo con el *impacto de la Fibromialgia*. La estrategia *descendente de contraste* (CSDC) no tiene relación con el modelo diseñado.
19. El *catastrofismo* se relacionó en sentido positivo con el *impacto de la Fibromialgia*, y éste último con el *distrés psicológico*.
20. En el modelo, el 33% de la varianza del *catastrofismo* se explica por el efecto directo de un mayor uso de estrategias *ascendente de contraste* (CSAC) y *descendente de identificación* (CSDI). El 35% de la varianza del *impacto de la Fibromialgia* se explica por menor uso de *ascendente de identificación* (CSAI), mayor uso de *ascendente de contraste* (CSAC) y mayor *catastrofismo*. Finalmente, el 42% de la varianza del *distrés psicológico* se explica por el efecto directo de un mayor uso de *ascendente de contraste* (CSAC) y mayor *impacto de la Fibromialgia*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A

- Aaron, L.A., Bradley, L.A., Alarcón, G.S., Alexander, R.W., Triana-Alexander, M., Martin, M.Y, y Alberts, K.R., (1996). Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behavior rather than to illness. *Arthritis Rheumatoid*, 39, 436-445.
- Aaron, L.A. y Buchwald, D. (2003). Chronic diffuse musculoskeletal pain, fibromyalgia and co-morbid unexplained clinical conditions. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 17, 563-574.
- Achee, J., Tesser, A., y Pilkington, C. (1994). Social perception: A test of the role of arousal in self-evaluation maintenance processes. *European Journal of Social Psychology*, 24, 147-159
- Affleck, G., y Tennen, H. (1991). Social comparison and coping with major medical problems. In Suls y Wills (Eds). *Social comparison: Contemporary theory and research* (pp. 369-393). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., y Fifield, J. (1988). Social Comparison in rheumatoid arthritis: Accuracy and Adaptational Significance. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6(2), 219-234. doi:10.1521/jscp.1988.6.2.219
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifield, J., y Rowe, J. (1987). Downward comparison and coping with serious medical problems. *Journal of Orthopsychiatry*, 57(4), 570-578.
- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., Higgins, P., y Abeles, M. (2000). Downward comparisons in daily life with chronic pain: dynamic relations with pain intensity and mood. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(4), 499-518. DOI: <http://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.4.499>
- Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H., y Higgins, P. (1992). Daily coping with rheumatoid arthritis pain: patterns and correlates. *Pain*, 51, 221-279. DOI: [http://doi.org/10.1016/0304-3959\(92\)90263-B](http://doi.org/10.1016/0304-3959(92)90263-B)
- Ahrens, A.H., y Alloy, L.B. (1997). Social comparison processes in depression. In Buunk & Gibbons (Eds). *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory* (pp. 389-410). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Alegre de Miquel C., Alejandra-Pereda, C., Betina-Nishishinya, M., Rivera J. (2005). Revisión sistemática de las intervenciones farmacológicas en la fibromialgia. *Medicina Clinica*, 125(20), 784-787.
- Aliaga Font, L. (2009). *Tratamiento del Dolor: Teoría y práctica*. Permanyer.
- Alicke, M. (2000). Evaluating social comparison targets. In Suls y Wheeler (Eds.),

- Handbook of social comparison: Theory and research* (pp. 123–140). *Handbook of social comparison: Theory and research* (pp. 271–293). New York: Plenum
- Alicke, M.D., LoSchiavo, F.M., Zerbst, J., y Zhang, S. (1997). The person who outperforms me is a genius: Maintaining perceived competence in upward social comparison. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 781-789. doi:10.1037/0022-3514.73.4.781
- Álvarez, R. (2007). *Estadística aplicada en ciencias de la salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Antony, M. M., Rowa, K., Liss, A., Swallow, S. R., y Swinson, R. P. (2005). Social comparison processes in social phobia. *Behavior Therapy*, 36(1), 65-75. doi:10.1016/S0005-7894(05)80055-3
- Aparicio, V., Ortega, F., Carbonell-Baeza, A., Cuevas, A., Delgado-Fernández, M., y Jonatan, R. (2013). Anxiety, depression and fibromyalgia pain and severity. *Behavioral Psychology*, 21(2), 381-392
- Arigo, D. (2012). Social Comparison Theory in the Context of Chronic Illness: Predictors and Consequences of Target Selection among Individuals with Type 2 Diabetes. Tesis Doctoral no publicada. Siracuse: University of Siracuse.
- Arigo, D., Smyth, J.M. y Suls, J. (2015) Perceptions of similarity and response to selected comparison targets in type 2 diabetes. *Psychology & Health*, 30:10, 1206-1220, DOI: 10.1080/08870446.2015.1040018
- Arigo, D., Suls, J. y Smyth, J.M (2012). Social comparisons and chronic illness: research synthesis and clinical implications. *Health Psychology Review*, 1-61. DOI:10.1080/17437199.2011.634572
- Arnold, L.M. (2006). New therapies in fibromyalgia. *Arthritis Research & Therapy*, 8, 212–232. DOI:10.1186/ar1971
- Arnold, L.M., Crofford, L.J., Martin, S.A., Young, J.P. y 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
- Arnold, L.M., Crofford, L.J., Mease, P.J., Burgess, S.M., Palmer, S.C., Abetz, L. et al (2008) Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Education Counselling*, 73,114-120
- Arnold, L.M., Hudson, J.I., Keck P.E., Auchenbach, M.B., Javaras, K.N., Hess, E.V. (2006). Comorbidity of Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1219-1225.
- Arnold, L.M, Keck, P.E., y Weige, J.A. (2000). Antidepressant treatment of fibromyalgia. A metaanalysis and review. *Psychosomatics*, 41, 104-113.
- Arnold, L.M., Leon, T., Whalen, E., y Barrett, J. (2010). Relationships Among Pain and Depressive and Anxiety Symptoms in Clinical Trials of Pregabalin in Fibromyalgia. *Psychosomatics*, 51(6), 489-497. <http://doi.org/10.1176/appi.psy.51.6.489>

- Artanz, A., Dreessen, L., y De Jong, P. (1994). The influence of anxiety on pain: attentional and attributional mediators. *Pain*, 56, 307-314.
- Aspinwall, L.G. (1997). Future-oriented aspects of social comparisons: A framework for studying health-related comparison activity. En Buunk y Gibbons (Eds). *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory* (pp. 125-165). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Aspinwall, L.G., y Taylor, S.E. (1993). Effects of social comparison direction, threat, and self-esteem on affect, self-evaluation, and expected success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(5), 708-722. doi:10.1037/0022-3514.64.5.708

B

- Bailey, S.D., y Ricciardelli, L.A. (2010). Social comparisons, appearance related comments, contingent self-esteem and their relationships with body dissatisfaction and eating disturbance among women. *Eating Behaviors*, 11(2), 107-112. doi:10.1016/j.eatbeh.2009.12.001
- Bair, M.J., Robinson, R.L., Katon, W., Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2433-2445
- Bargh, J. A. (1997). The automaticity of everyday life. In R. S. Wyer (Ed.), *Advances in social cognition*, (1-61). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bäezner, E., Bröemer, P., Hammelstein, P. y Meyer, T. D. (2006). Current and former depression and their relationship to the effects of social comparison processes. Results of an internet based study. *Journal of Affective Disorders*, 93, 97-103
- Beach, S.R., y Tesser, A. (1993). Decision Making Power and Marital Satisfaction: A Self-Evaluation Maintenance Perspective. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 471-494..
- Beach, S.R., y Tesser, A. (2000). Self-evaluation maintenance and evolution: some speculative notes. In Suls y Wheeler (Eds.), *Handbook of social comparison: Theory and research* (pp. 123-140). *Handbook of social comparison: Theory and research* (pp. 173-200). New York: Plenum.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper Row
- Beck, A.T. (1978). *Depression inventory*. Filadelfia: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Harbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bennet, R.M. (1998). Fibromyalgia, chronic fatigue síndrome, and myofascial pain. *Current Opinions in Rheumatology*, 10(2), 95-103.
- Bennett, R.M. (2002). Rational management of fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 28, 13-25.

- Bennenbroek, F. (2003). *Social comparison and coping with radiation therapy: the significance of different dimensions of comparison*. Tesis Doctoral no publicada. Gronningen: University of Gronningen.
- Bennenbroek, F., Buunk, B.P., van der Zee, K., y Grol, B. (2002). Social comparison and patient information: what do cancer patients want? *Patient Education and Counseling*, 47(1), 5–12. DOI:10.1016/S0738-3991(02)00018-6
- Bennett, R., Bushmakina, A., Cappelleri, J. et al. (2009). Minimal clinically important difference in the fibromyalgia impact questionnaire. *Journal of Rheumatology*, 36, 1304-1311
- Bergman, S. (2005). Psychosocial aspects of chronic widespread pain and fibromyalgia. *Disability and Rehabilitation*, 27(12), 675-683.
- Bernard, A.L., Prince, A., Edsall, P. (2000). Quality of life issues for Fibromyalgia patients. *Arthritis Care and Research*, 13, 1, 42-50.
- Blalock, S. J., Afifi, R. A., DeVellis, B. M., Holt, K., y DeVellis, R. F. (1990). Adjustment to Rheumatoid Arthritis: The Role of Social Comparison Processes. *Health Education Research*, 5(3), 361-370. doi:10.1093/her/5.3.361
- Blalock, S.J., DeVellis, B.M., y DeVellis, R.F. (1989). Social comparison among individuals with rheumatoid arthritis. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 665-680. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-1816.1989.tb00346.x>
- Blanton, H. (2001). Evaluating the self in the context of another: The three-selves model of social comparison assimilation and contrast. In G. B. Moskowitz (Ed.), *Cognitive social psychology: The Princeton Symposium on the Legacy and Future of Social Cognition* (pp. 75-87). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Blanton, H., Buunk, B. P., Gibbons, F. X., y Kuyper, H. (1999). When better-than-others compare upward: Choice of comparison and comparative evaluation as independent predictors of academic performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(3), 420-430. doi:10.1037/0022-3514.76.3.420
- Bigatti, S.M., Hernandez, A.M., Cronan, T. A. y Rand, K. L. (2008). Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: relationship to pain and depression. *Arthritis Care and Research*, 59(7), 961–967.
- Billings, A. G., y Moos, R. H. (1981). The role of coping responses in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157
- Bogart, L.M., y Helgeson, V.S. (2000). Social comparisons among women with breast cancer: A longitudinal investigation. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 547-575.
- Boothby, J.L., Thorn, B.E., Stroud, M.W. y Jensen, M.P. (1999). Coping with pain. In Gatchel y Turk (Eds.). *Psychosocial factors in pain*. Nueva York: Guilford Press
- Brakel, T.M. (2014). *The effects of social comparison information on cancer survivors' quality of life*. Tesis Doctoral no publicada. University of Gronningen. The Netherlands.
- Brakel, T.M., Dijkstra, A., Buunk, A.P., y Siero, F.W. (2012). Impact of Social

- Comparison on Cancer Survivors' Quality of Life: An Experimental Field Study. *Health Psychology*. doi:10.1037/a0026572
- Brakel, T.M., Dijkstra, A., y Buunk, A. P. (2014). Targeting cancer patients' quality of life through social comparison: A randomised trial. *Psychology & Health*, 29, 950–966.
- Brennan, C., Worrall-Davies, A., McMillan, D., Gilbody, S. y House, A. (2010). The Hospital Anxiety and Depression Scale: A diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 371-378.
- Brenninkmeijer, V. (2002). A drug called comparison: The pains and gains of social comparison among individuals suffering from burnout. Tesis Doctoral no publicada. Almere: Casparie
- Brewer, M.B., y Weber, J.G. (1994). Self-evaluation effects of interpersonal versus intergroup social comparison. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(2), 268-275. doi:10.1037/0022-3514.66.2.268
- Brickman, P., y Bulman, R.J. (1977). Pleasure and pain in social comparison. In Suls y Miller (Eds.). *Social comparison processes: Theoretical and empirical perspectives* (pp. 149–186). Washington, DC: Hemisphere.
- Brown, J.D., y Gallagher, F. M. (1992). Coming to terms with failure: Private self-enhancement and public self-effacement. *Journal of Experimental Social Psychology*, 55, 445-453.
- Brown, G. K. y Nicassio, P. M. (1987). The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53-65.
- Brown, J.D., Novick, N.J., Lord, K.A., y Richards, J.M. (1992). When Gulliver travels: Social context, psychological closeness, and self-appraisals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 717–727.
- Browne, M.V., y Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods and Research*, 21, 230–258. doi:10.1177/0049124102005
- Bruchmann, K., y Evans, A. (2013). Abstract mindsets and social comparison: When global comparisons matter. *Social Psychological and Personality Science*, 4, 427-433.
- Buenaver, L.F., Edwards, R.R., y Haythornthwa, J.A. (2007). Pain-related catastrophizing and perceived social responses: Interrelationships in the context of chronic pain. *Pain*, 127, 234–42. DOI: 10.1186/1745-6215-10-24
- Buenaver, L.F., Edwards, R., Smith, M.T., Gramling, S.E., y Haythornthwaite, J.A. (2008). Catastrophizing and pain-coping in young adults: associations with depressive symptoms and headache pain. *The Journal of Pain*, 4, 311-319. DOI: 10.1016/j.jpain.2007.11.005
- Burckhardt, C.S., Clark, S.R., y Bennett, R.M. (1991). The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *Journal of Rheumatology*, 18(5), 728-733.

- Burckhardt, C.S., Clark, S.R., y Bennett, R.M. (1993). Fibromyalgia and quality of life: A comparative analysis. *Journal of Rheumatology*, 20, 475-79.
- Burckhardt, C.S., Clark, S.R., y Bennett, R.M. (2001). Pain Coping Strategies and Quality of Life in Women with Fibromyalgia: Does Age Make a Difference?. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 9(2), 5-18.
- Burckhardt, C.S., Clark, S.R., y Bennett, R.M. (2005). Long-term follow-up of fibromyalgia patients who completed a structured treatment program versus patients in routine treatment. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 13, 5-13.
- Burckhardt, C.S., Goldenberg, D., Crofford, L., Gerwin, R., Gowans, S., Jackson, K., ... Turk, D. (2005). *Guideline for the Management of Fibromyalgia Syndrome. Pain in Adults and Children APS Clinical Practice Guideline Series No. 4*. Glenview, IL: American Pain Society.
- Buskila, D., Atzeni, F. y Sarzi-Puttini, P. (2009). Etiology of fibromyalgia: the possible role of infection and vaccination. *Autoimmunity Reviews*, 8(1), 41-43. doi: 10.1016/j.autrev.2008.07.023.
- Buskila, D., Neumann, L., Vaisberg, G., Alkalay, D., y Wolfe, F. (1997). Increased rates of fibromyalgia following cervical spine injury. A controlled study of 161 cases of traumatic injury. *Arthritis and Rheumatism*, 40, 446-452.
- Butzer, B., y Kuiper, N. A. (2006). Relationships between the frequency of social comparisons and self-concept clarity, intolerance of uncertainty, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*, 41(1), 167-176. doi:10.1016/j.paid.2005.12.017
- Buunk, B.P. (1994). Social Comparison Processes under Stress: Towards an Integration of Classic and Recent Perspectives. *European Review of Social Psychology*, 5(1), 211-241. doi:10.1080/14792779543000066
- Buunk, B.P. (1995). Comparison Direction and Comparison Dimension Among Disabled Individuals: Toward a Refined Conceptualization of Social Comparison Under Stress. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(4), 316-330. doi:10.1177/0146167295214002
- Buunk, B.P. (2006). Procesos de la comparación social en pacientes que sufren de cáncer. *Psicodebate* 6, 29 - 44.
- Buunk, B.P., Belmonte, J., Peiro, J., Zurriaga, R., y Gibbons, F. (2005). Individual differences on social comparison: Properties of the Orientation Spanish Scale towards Social Comparison. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 561-579.
- Buunk, B.P., Bennenbroek, F. C., Stiegelis, H.E., van den Bergh, A.M., Sanderman, R., y Hagedoorn, M. (2012). Follow-up effects of social comparison information on the quality of life of cancer patients: The moderating role of social comparison orientation. *Psychology & Health*, 27(6), 641-654
- Buunk, B.P., Brakel, T. M., Bennenbroek, F. C., Stiegelis, H. E., Sanderman, R., Van Den Bergh, A. M., & Hagedoorn, M. (2009). Neuroticism and responses to

- social comparison among cancer patients. *European Journal of Personality*, 23(6), 475-487. doi:10.1002/per.720
- Buunk, B.P., y Brenninkmeijer, V. (2000). Social comparison processes among depressed individuals: evidence for the evolutionary perspective on involuntary subordinate strategies. In Sloman & Gilbert (Eds.) *Subordination, mood disorders and evolution* (pp. 147-164). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Buunk, B.P., Collins, R., Taylor, S., VanYperen, N., y Dakof, G. (1990). The affective consequences of social comparison: Either direction has its ups and downs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1238-1249. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.59.6.1238
- Buunk, B.P., Dijkstra, P., Bosch, Z.A., Dijkstra, A. y Barelds, D.P.H. (2012). Social comparison orientation as related to two types of closeness. *Journal of Research in personality*, 46, 279-285.
- Buunk, B.P. y Gibbons, F.X. (Eds.). (1997). *Health, Coping, and Well-Being: perspectives from Social Comparison Theory*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Buunk, B.P., y Gibbons, F.X. (2000). Toward an enlightenment in social comparison theory: Moving beyond classic and Renaissance approaches. En Suls y Wheeler (Eds.). *Handbook of social comparison: Theory and research* (pp. 487-499). Springer.
- Buunk, B.P., y Gibbons, F.X. (2006). Social comparison orientation: A new perspective on those who do and those who don't compare with others. In Guimond [Ed]. *Social Comparison and Social Psychology: Understanding Cognition, Intergroup Relations and Culture*. (pp. 15-32). Cambridge, UK: University Press.
- Buunk, B.P., y Gibbons, F.X. (2007). Social comparison: The end of a theory and the emergence of a field. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 102(1), 3-21. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.obhdp.2006.09.007
- Buunk, B.P., Gibbons, F.X. y Reis-Bergan, M. (1997). Social Comparison in health and illness. In Buunk y Gibbons (eds). *Health, Coping, and Well-Being: perspectives from Social Comparison Theory*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Buunk, B.P., Gibbons, F., y Visser, A. (2002). The relevance of social comparison processes for prevention and health care. *Patient Education y Counseling*, 47(1), 1-3. doi:10.1016/S0738-3991(02)00054-X
- Buunk, B.P., Kuyper, H., y van der Zee, Y.G. (2005). Affective Response to Social Comparison in the Classroom. *Basic and Applied Social Psychology*, 27(3), 229-237. doi:10.1207/s15324834baspp2703_4
- Buunk, B.P., y Mussweiler, T. (2001). New directions in social comparison research. *Journal of Social Psychology*, 31(5), 467-475. doi:http://dx.doi.org/10.1002/ejsp.77
- Buunk, B.P., Oldersma, F.L., y de Dreu, C.K.W. (2001). Enhancing Satisfaction

- through Downward Comparison: The Role of Relational Discontent and Individual Differences in Social Comparison Orientation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 37(6), 452-467. doi:10.1006/jesp.2000.1465
- Buunk, B.P., Terol, M.C. y Lledó, A. (2006). El papel de la comparación social en la adaptación a la enfermedad crónica: un estudio en cáncer. *Revista de Psicología de la Salud* 18(2), 27-48.
- Buunk, B.P. y Schaufeli, W.B. (1993). Professional Burnout: A perspective from social comparison theory. In Schaufeli, Maslach y Marek, (Eds). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 5369). Washington: Taylor & Francis.
- Buunk, B.P., Schaufeli, W., e Ybema, J. (1994). Burnout, uncertainty, and the desire for social comparison among nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(19), 1701-1718. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-1816.1994.tb01570.x
- Buunk, B.P., Van der Zee, K., y VanYperen, N. (2001). Neuroticism and social comparison orientation as moderators of affective responses to social comparison at work. *Journal of Personality*, 69(5), 745-763. doi:http://dx.doi.org/10.1111/1467-6494.695162
- Buunk, B.P., e Ybema, J.F. (1995). Selective evaluation and downward comparison in coping with stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1499-1517.
- Buunk, B.P., e Ybema, J.F. (1997). Social comparisons and occupational stress: the identification-contrast model. In Buunk y Gibbons (Eds.), *Health, coping and well-being: Perspectives from social comparison theory* (pp. 359-388). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Buunk, B.P., e Ybema, J.F. (2003). Feeling bad, but satisfied: the effects of upward and downward comparison with other couples upon mood and marital satisfaction. *British Journal of Social Psychology*, 42, 613-628.
- Buunk, B.P., Ybema, J.F., Gibbons, F.X., y Ipenburg, M. (2001). The affective consequences of social comparison as related to professional burnout and social comparison orientation. *Journal of Social Psychology*, 31(4), 337-351. doi:http://dx.doi.org/10.1002/ejsp.41
- Buunk, B.P., Zurriaga, R. y González, P. (2006). Social comparison, coping and depression in people with spinal cord injury. *Psychology & Health*, 21, 791-807. doi:10.1080/14768320500444117
- Buunk, B.P., Zurriaga, R., Gonzalez-Roma, V. y Subirats, M. (2003). Engaging in upward and downward comparisons as a determinant of relative deprivation at work: a longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*, 62, 370-388.
- Buunk, B.P., Zurriaga, R., Gonzalez, P., Terol, C., y López-Roig, S. L. (2006). Targets and dimensions of social comparison among people with spinal cord injury and other health problems. *Journal of Health Psychology November 2006*, 11(4), 677-693. doi:10.1348/135910705X81000

C

- Cabrera, V., Martín-Aragón, M., Terol, M.C., Núñez, R. y Pastor, M.A. (2015). Escala de ansiedad hospitalaria en fibromialgia: análisis de sensibilidad y especificidad. *Terapia psicológica*, 33(3), 181-193.
- Calandre, E.P., Garcia-Carrillo, J., Garcia-Leiva, J.M., Rico-Villademoros, F., Molina-Barea, R., y Rodriguez-Lopez, C.M. (2011). Subgrouping patients with fibromyalgia according to the results of the Fibromyalgia Impact Questionnaire: A replication study. *Rheumatology International*, 31(12), 1555–1559.
- Campbell, C. M., McCauley, L., Bounds, S. C., Mathur, V. A., Conn, L., Simango, M., ... Fontaine, K. R. (2012). Changes in pain catastrophizing predict later changes in fibromyalgia clinical and experimental pain report: cross-lagged panel analyses of dispositional and situational catastrophizing. *Arthritis Research & Therapy*, 14(5), DOI: <http://doi.org/10.1186/ar4073>
- Campos, R.P., Vázquez-Rodríguez, M.I. (2012). Health-related quality of life in women with fibromialgia: clinical and psychological factors associated. *Clinical Rheumatology*, 31(2), 347-355. DOI: 10.1007/s10067-011-1870-7
- Carmack Taylor, C.L., Kulik, J., Badr, H., Smith, M., Basen-Engquist, K., Penedo, F., y Gritz, E.R. (2007). A social comparison theory analysis of group composition and efficacy of cancer support group programs. *Social Science y Medicine*, 65(2), 262-273. doi:10.1016/j.socscimed.2007.03.024
- Carmines, E.G., y McIver, J. P. (1981). Analyzing models with unobserved variables: Analysis of covariance structures. In G. W. Bohmstedt & E. F. Borgatta (Eds.), *Social measurement* (pp. 65–115). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Carmona, C., Buunk, A., Peiro, J., Rodriguez, I., y Bravo, M. (2006). Do social comparison and coping styles play a role in the development of burnout? Cross-sectional and longitudinal findings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79(1), 85-99. doi:<http://dx.doi.org/10.1348/096317905X40808>
- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Celiker, R., Borman, P., Oktem, F., Gökce-Kutsal, Y., y Basgöze, O. (1997). Psychological disturbance in Fibromyalgia: relation to pain severity. *Clinical Rheumatology*, 16(2), 179-184.
- Cheng, S.-T., Fung, H., y Chan, A. (2007). Maintaining self-rated health through social comparison in old age. *Journals of Gerontology*, 77(1), 197-211. doi:10.1348/000709905X72795
- Clark, L. (1993). Social cognition and health psychology. In Wyer & Srull (Eds). *Handbook of social cognition: Vol. 2. Applications* (pp. 239-288). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Clauw, D. J. (2014). Fibromyalgia: a clinical review. *Journal of the American Medical*

- Association*, 311(15), 1547-55. doi: 10.1001/jama.2014.3266.
- Clover, K., Carter, G.L., Macinnon, A., y Adams, C. (2009). Is my patient suffering clinically significant emotional distress? Demonstration of a probabilities approach to evaluating algorithms for screening for distress. *Support Care Cancer*, 17, 1455–1462.
- Collins, R. (1996). For better or worse: The impact of upward social comparison on self-evaluations. *Psychological Bulletin*, 119(1), 51-69. doi:10.1037/0033-2909.119.1.51
- Collins, R. (2000). Among the better ones: Upward assimilation in social comparison. In Suls & Wheeler (Eds.). *Handbook of social comparison* (pp. 159–172). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Comeche Moreno, M. I., Martín Fernández, A., Rodríguez Muñoz, M. F., Ortega Pardo, J., Díaz García, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2010). Tratamiento cognitivo-conductual, protocolizado y en grupo, de la fibromialgia. *Clínica y Salud*, 21 (2), 107-121.
- Cooper-Evans, S., Alderman, N., Kinht, C., Oddy, M. (2008). Self-esteem as predictor of psychological distress after severe acquired injury: an exploratory study. *Neuropsychology Rehabilitation*, 18, 607-626.
- Corcoran, K., Crusius, J., y Mussweiler, T. (2011). *Social comparison: Motives, standards, and mechanisms*. In D. Chadee (Ed.), *Theories in social psychology* (pp. 119-139). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Cosco, T. D., Doyle, F., Watson, R., Ward, M., y McGee, H. (2012). Mokken scaling analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale in individuals with cardiovascular disease. *General Hospital Psychiatry*, 34(2), 167–172. DOI:10.1016/j.genhosppsych.2011.11.005
- Costa, G., Perez-Martin, X. Salamero-Baró, M. y Moncayo-Gil, F.L. (2009). Screening distress in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Ansiedad y Estrés*, 15(2-3), 217-229.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55, 299-316.
- Covic, T, Adamson, B y Hough, M. (2000). The impact of passive coping on rheumatoid arthritis pain. *Rheumatology*, 39, 1027-1030
- Crocker, J., Kayne, N.T., y Alloy, L.B. (1985). Comparing the self with others in depressed and nondepressed college students: Reply to McCauley. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1579-1583.
- Cronan, T. A., Serber, E. R., Walen, H. R., y Jaffe, M. (2002). The influence of age on fibromyalgia symptoms. *Journal of Aging & Health*, 14(3), 370–384.
- Cuevas, A.M. (2010). Personalidad, funciones neuropsicológicas e impacto del dolor en pacientes con fibromialgia. Tesis Doctoral no publicada. Granada: Universidad de Granada.
- Curtis, M.H. (2008). The role of framing in health social comparisons by multiple

sclerosis patients. Tesis Doctoral no publicada. California: University of Southern California.

D

- Dadabhoy, D., Crofford, L.J., Spaeth, M., Russell, J. Y Clauw, D.J. (2008). Biology and therapy of fibromyalgia. Evidence-based biomarkers for fibromyalgia síndrome. *Arthritis Research & Therapy*, 10, 211. DOI: 10.1186/ar2443
- Darley, J.M., y Aronson, E. (1966). Self-evaluation vs. direct anxiety reduction as determinants of the fear-affiliation relationship. *Journal of Experimental Social Psychology*, Suppl. 1, 66-79.
- De Good, D.E. (2000). Relationship of pain-coping strategies to adjustment and functioning. In Gatchel y Weisberg (Eds.). *Personality characteristics of patients with pain* (pp.129-164). Washignton: APA.
- de Souza, J.B., GoVaux, P., Julien, N., Potvin, S., Charest, J., Marchand, S. (2009) Fibromyalgia subgroups: profiling distinct subgroups using the Fibromyalgia Impact Questionnaire. A preliminary study. *Rheumatology International*, 29, 509–515
- Del Rio, E., García-Palacios, A. y Botella-Arbona, C. (2014). Calidad de vida en fibromialgia: influencia de factores físicos y psicológicos. *Behavioral Psychology*, 22(1), 19-35
- Denison, E., Asenlöf, P., Sandborgh, M., y Lindberg, P. (2007). Musculoskeletal pain in Primary Health Care: Subgroups based on pain intensity, disability, self-efficacy, and fear-avoidance variables. *The Journal of Pain*, 8, 67-74.
- Derlega, V., Greene, K., Henson, J., y Winstead, B. (2008). Social comparison activity in coping with HIV. *Journal of STD*, 19(3), 164-167. doi:http://dx.doi.org/10.1258/ijsa.2007.007166
- Derogatis, L.R. (1975). *Global adjustment to illness scale*. Clinical Biometrics Research Series. Baltimore.
- Derogatis, L. R. (1986). The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 77-91
- Dersh, J., Polatin, P. B., y Gatchel, R. J. (2002). Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64, 773–786
- DeVellis, R.F., Holt, K., Renner, B.R., y Blalock, S.J. et al. (1990). The relationship of social comparison to rheumatoid arthritis symptoms and affect. *Basic and Applied Social Psychology*, 11, 11-18. DOI: 10.1207/s15324834basp1101_1
- DeVellis, R.F., Blalock, S.J., Holt, K., Renner, B.R., Blanchard, L.W., y Klotz, M.L. (1991). Arthritis patients' reactions to unavoidable social comparison. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 392–399. DOI: doi: 10.1177/0146167291174006

- Dibb, B., y Yardley, L. (2006). Factors important for the measurement of social comparison in chronic illness: A mixed-methods study. *Chronic Illness*, 2, 219-230. DOI: 10.1177/17423953060020030301
- Diener, E., y Fujita, F. (1997). Social Comparison and Subjective Well-Being. In B.P. Buunk, y F.X. Gibbons, (Eds.), *Health, Coping, and Well-Being: Perspectives from Social Comparison Theory* (pp. 329-358). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Dobkin, P.L., DeCivita, M., Abrahamowicz, M., Baron, M. y Bernatsky, S. (2006). Predictors of health status in women with fibromyalgia: A prospective study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(2): 101-8.
- Docampo, E., Collado, A., Escaramís, G., Carbonell, J., Rivera, J., Vidal, J., Alegre, J., Rabionet, R. y Estivill, X. (2013). Cluster Analysis of Clinical Data Identifies Fibromyalgia Subgroups. *PLoS ONE*, 8 (9), e74873. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0074873>
- Dugas, M.J., Freeston, M.H., y Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 593-606.
- Dupuy, H.J. (1984). The Psychological general Well-Being (PGWB) Index. In N. Wenger (Eds.). *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies* (pp.170-183). New York: Le Jacq.

E

- Eccleston, C., y Crombez, G. (1999). Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin*, 125, 356-366. DOI: [10.1037/0033-2909.125.3.356](https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.3.356)
- Endler, N.S. y Parker, J.D. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues: Special issues II-1. *Stress Medicine*, 3, 243-248.
- Epstein, S. (2003). Cognitive-experiential self-theory of personality. In Millon, Lerner y Weiner (Eds.). *Handbook of Psychology: Personality and social psychology*, 5 (pp. 159-184). New Jersey, John Wiley & Sons, Inc.
- Epstein, S., Kay, G., Clauw, D., Heaton, R., Klein, D., Krupp, L., et al. (1999). Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *Psychosomatics*, 40, 57-63. DOI: 10.1016/S0033-3182(99)71272-7
- Epstein, S., y Pacini, R. (1999). Some basic issues regarding dual-process theories from the perspective of cognitive-experiential self-theory. In Chaiken & Trope (Eds.). *Dual-process theories in social psychology* (pp. 462-482). New York: The Guilford Press.
- Esteve, R., López, A.E. y Ramírez, C. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 77-102.
- Esteve, R., Ramírez, C. y López, A. E. (2007). Adjustment to chronic pain: The role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of*

Behavioral Medicine, 33, 179-188.

Esteve-Vives, J., Rivera-Redondo, J., Salvat, M. I., de Gracia-Blanco, M., y Alegre de Miquel, C. (2007). Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatología clínica*, 21-24. Doi: 10.1016/S1699-258X(07)73594-5

Eysenck, H. J. (1970) *The Structure of Human Personality*. London: Methuen.

F

Feinstein, B.A., Hershenberg, R., Bhatia, V., Latack, J. A., Meuwly, N., y Davila, J. (2013). Negative social comparison on Facebook and depressive symptoms: Rumination as a mechanism. *Psychology of Popular Media Culture*, 2(3), 161-170. <http://doi.org/10.1037/a0033111>

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140. DOI: 10.1177/001872675400700202

Fietta, P., y Manganelli, P. (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomedica*, 78(2), 88-95.

Fillenbaum, G. G., y Smyer, M. A. (1981). The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *Journal of Gerontology*, 36(4), 428-434.

Fishbain, D. (2000). Evidence-based data on pain relief with antidepressants. *Annals of Medicine*, 32, 305-16.

Fitzcharles, M. A. y Yunus, M. B. (2012). The clinical concept of fibromyalgia as a changing paradigm in the past 20 years. *Pain Research and Treatment*, 2012, 2012:184835. doi: 10.1155/2012/184835.

Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239

Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1988). Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.

Folkman, S. y Moskowitz, J. T. (2004) Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology* 55, 745-774 .

Förster, J., Liberman, N., y Kuschel, S. (2008). The effect of global versus local processing styles on assimilation versus contrast in social judgment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(4), 579-599. doi:10.1037/0022-3514.94.4.579

Freeston, M.H., Rheaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., y Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.

Fries, J.F., Spitz, P., Kraines, R.G. et al. (1980). Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheumatology*, 23, 137-45

Fry, P., y Debats, D. (2003). Domain-Specific Social Comparison Orientations as Predictors of Health-Related Quality of Life, Life Satisfaction, and General

Optimism in Late Life Functioning. *Journal of Mental Health and Aging*, 9(4), 243-269.

Frieswijk, N., Buunk, B., Steverink, N., y Slaets, J. (2004). The interpretation of social comparison and its relation to life satisfaction among elderly people: does frailty make a difference?. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences*, 59(5), 250-7. doi:10.1093/geronb/59.5.P250

G

García-Bardón, V., Castel-Bernal, B., y Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos de la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología clínica*, 38-43. DOI: 10.1016/S1699-258X(06)73081-9

García-Campayo J., Pascual A., Alda M., y González-Ramírez M.T. (2007). Coping with fibromyalgia: Usefulness of the Chronic Pain Coping Inventory-42. *Pain*, 132, 68-76.

García-Campayo, J. y Rodero, B. (2009). Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. *Reumatología clínica*, 5 (2), 9-11. DOI: 10.1016/j.reuma.2009.03.001

García-Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradie, N., Montero, J., y Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina clínica*, 131, 487-492.

Geisser, M.E., Robinson, M.E., Keefe, F.J. y Weiner, M.L. (1994). Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Pain*, 59, 79-83.

Geisser, M.E., Roth, R.S. y Robinson, M.E. (1997). Assessing depression among persons with chronic pain using the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale and the Beck Depression Inventory: a comparative analysis. *Clinical Journal of Pain*, 13, 163-170.

Gibbons, F.X. (1986). Social comparison and depression: Company's effect on misery. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(1), 140-148. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.51.1.140

Gibbons, F.X. (1999). Social comparison as a mediator of response shift. *Social Science y Medicine*, 48(11), 1517-1530. doi:10.1016/S0277-9536(99)00046-5

Gibbons, F.X., Blanton, H., Gerrard, M., Buunk, B., y Eggleston, T. (2000). Does Social Comparison Make a Difference? Optimism as a Moderator of the Relation Between Comparison Level and Academic Performance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(5), 637-648. doi:10.1177/0146167200267011

- Gibbons, F.X. y Buunk, B.P. (1999). Individual differences in social comparison: The development of a scale of social comparison orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 129-142. DOI: 10.1037/0022-3514.76.1.129
- Gibbons, F.X., y Gerrard, M. (1989). Effects of Upward and Downward Social Comparison on Mood States. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8(1), 14-31. doi:10.1521/jscp.1989.8.1.14
- Gibbons, F.X., y Gerrard, M. (1991). Downward comparison and coping with threat. In Suls y Wills (Eds.), *Social Comparison: Contemporary theory and research* (pp. 317-345). Hillsdale, MJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gibbons, F.X., y Gerrard, M. (1997). Health images and their effects on health behavior. En Buunk y Gibbons (Eds). *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory* (pp. 63-94). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Gibbons, F., Gerrard, M., Lando, H., y McGovern, P. (1991). Social comparison and smoking cessation: The role of the «typical smoker.» *Journal of Experimental Social Psychology*, 27(3), 239-258. doi:http://dx.doi.org/10.1016/0022-1031%2891%2990014-W
- Gibbons, F.X., Gerrard, M., y Lane, D.J. (2003). A social reaction model of adolescent health risk. In Suls & Wallston (Eds.). *Social psychological foundations of health and illness* (pp. 107–136). Oxford, UK: Blackwell.
- Gibbons, F.X, Lane, D., Gerrard, M., Reis-Bergan, M., Lautrup, C., Pexa, N., y Blanton, H. (2002). Comparison-level preferences after performance: Is downward comparison theory still useful? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4), 865-880. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.83.4.865
- Gibbons, F.X, y McCoy, S. (1991). Self-esteem, similarity, and reactions to active versus passive downward comparison. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 414-424. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.414
- Giesecke, T., Williams, D.A., Harris, R.E., Cupps, T.R., Tian, X., Tian, T.X., Glacely, R.H. y Clauw, D.J. (2003). Subgrouping of Fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis Rheumathoid*, 48, 2916–2922
- Gilbert, D.T., Giesler, R.B., y Morris, K.A. (1995). When comparisons arise. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(2), 227-236.
- Gilbert, P., y Allan, S. (1994). Assertiveness, submissive behaviour and social comparison. *Journal of Clinical Psychology*, 295-306.
- Gilbert, N., y Meyer, C. (2003). Social anxiety and social comparison: differential links with restrictive and bulimic attitudes among nonclinical women. *Eating Behaviors*, 4(3), 257-264. doi:10.1016/S1471-0153(03)00026-6
- Gilbert, P., Price, J., y Allan, S. (1995). Social comparison, social attractiveness and evolution: How might they be related? *New Ideas in Psychology*, 13(2), 149-165. doi:http://dx.doi.org/10.1016/0732-118X%2895%2900002-X

- Giordano, C. y Wood, J.V. (2002). *Effects of social comparison in everyday-life: moderators and validation of the diary method*. Tesis Doctoral no publicada. University of Waterloo.
- Giordano-Beech, M. (1996). Social comparison strategies following success and failure: Differences between people with low and high self-esteem. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Recuperado el 12/10/2012 en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JSyCSC=YyNEWS=NyPAGE=fulltextyD=psyc3yAN=1996-95007-037>
- Giorgino, K.B., Blalock, S., De Vellis, R., De Vellis, B., Keefe, F. y Jordan, M. (1994). Appraisal of and coping with arthritis-related problems in Household activities, leisure activities and pain management. *Arthritis & Rheumatism*, 7(1), 20-28
- Gleicher, F., y Weary, G. (1991). Effect of depression on quantity and quality of social inferences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 105-114.
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., y Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis: *Pain*, 151(2), 280-295. <http://doi.org/10.1016/j.pain.2010.06.011>
- Goethals, G.R., y Darley, J.M. (1977). Social comparison theory: An attributional approach. In Suls y Miller (Eds.). *Social comparison processes: Theoretical and empirical perspectives* (pp. 259-278). Washington, DC: Hemisphere Publication Services.
- Goethals, G.R., Messick, D.M., y Allison, S.T. (1991). The uniqueness bias: Studies of constructive social comparison. En Suls y Wills (Eds). *Social comparison: Contemporary theory and research* (pp. 149-176). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Goldenberg, D.L. (2003). *Fibromialgia. Una guía completa para comprender y aliviar el dolor*. Barcelona: Paidós
- Goldenberg, D.L., Bradley, L. A., Arnold, L. M., Glass, J. M., y Clauw, D. J. (2008). Understanding fibromyalgia and its related disorders. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 10(2), 133-144.
- Goldenberg, D.L., Mossey, C. J., Schmid, C.H. (1995). A model to assess severity and impact of fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 22(12), 2313-2318
- González, E., Elorza, J. y Failde, I. (2010). Comorbilidad psiquiátrica y fibromialgia. Su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes. *Actas de Psiquiatría Española*, 38(5), 295-300
- Goodman, P. (1977). Social comparison processes in organizations. In Staw y Salancik (Eds.). *New directions in organizational behavior* (pp. 97-132). Chicago: St. Clair Press.
- Gormsen, L., Rosenberg, R., Flemming, W. B. y Troels, S. J. (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 14, 1-8

- Gracely, R.H., Geisser, M.E., Giesecke, T., Grant, M.A., Petzke, F., Williams, D.A., & Clauw, D.J. (2004). Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain*, 127, 835-843. DOI: 10.1093/brain/awh098
- Greenberg, J., Ashton-James, C. E., y Ashkanasy, N. M. (2007). Social comparison processes in organizations. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 102(1), 22-41. doi:10.1016/j.obhdp.2006.09.006
- Groothof, H.A.K. (2004). *When others are doing better or worse: Responses from the heart and the head*. Tesis Doctoral no publicada. Gronningen: Open Universiteit Nederland.
- Groothof, H.A.K., y Scholtes, R. (2007). Are support groups beneficial for fibromyalgia patients? The negative effects of social comparison for those who want it most. European Health Psychology Society Conference 2007.
- Gruder, C. L. (1977). Choice of comparison persons in evaluating oneself. In Suls & Miller (Eds.). *Social comparison processes: Theoretical and empirical perspectives* (pp. 21-42). Washington: Hemisphere.
- Guimond, S., y Chatard, A. (2013). Basic principles of social comparison: Does gender matter? In Z. Krizan, y F.X. Gibbons (Eds.). *Communal functions of social comparison*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Guyart, G.H., Feeny, D., Patrick, D. (1993). Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, 118, 622-629.

H

- Haferkamp, N., y Kramer, N. (2011). Social comparison 2.0: Examining the effects of online profiles on social-networking sites. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(5), 309-314. Doi:10.1089/cyber.2010.0120
- Hagedoorn, M., Sneeuw, K.C.A., y Aaronson, N.K. (2002). Changes in physical functioning and quality of life in patients with cancer: Response shift and relative evaluation of one's condition. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 176-183
- Hagopian, G., Lowery, B., y Jacobsen, B. (1994). Adjustment to breast cancer using downward comparison. *Cancer Practice*, 2(5), 359-364.
- Hakmiller, K.L. (1966). Threat as a determinant of downward comparison. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1, Supplement 1(0), 32-39. doi:10.1016/0022-1031(66)90063-1
- Hall, W. (1982): Psychological approaches to the evaluation of chronic pain patients. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 16, 3-9.
- Hallberg, L.R., Carlsson, S.G. (1998). Anxiety and coping in patients with chronic work-related muscular pain and patients with fibromyalgia. *European Journal of Pain*, 2(4), 309-319.

- Hamilton M. y Shapiro C.M. (1990). *Depression*. En: Peck D.F. y Shapiro C.M. (coords.). *Measuring human problems: a practical guide*. New York: Wiley, 27, 35, 184.
- Hasenbring, M., Hallner, D. y Rusu, A. (2012). Endurance-Related Pain Responses in the Development of Chronic Pain. En: M.I. Hasenbring, A.C. Rusu y D.C. Turk (Eds.), *From acute to chronic pain* (pp.295-314). Nueva York: Oxford University Press
- Heidrich, S.M. (1996). Mechanisms related to psychological well-being in older women with chronic illnesses: Age and disease comparisons. *Research in Nursing y Health*, 19, 225-235. DOI: 10.1002/(SICI)1098-240X(199606)19:3<225::AID-NUR6>3.0.CO;2-M
- Hedin, P.J., Hamne, M., Burckhardt, C.S., Engström-Laurent, A. (1995). The Fibromyalgia Impact Questionnaire, a Swedish translation of a new tool for evaluation of the fibromyalgia patient. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 24, 69-75.
- Heidrich, S.M., y Ryff, C.D. (1993). The Role of Social Comparisons Processes in the Psychological Adaptation of Elderly Adults. *Journal of Gerontology*, 48(3), P127-P136. doi:10.1093/geronj/48.3.P127
- Helgeson, V.S., y Taylor, S.E. (1993). Social comparisons and adjustment among cardiac patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1171-1195.
- Hemphill, K.J. (1988). *Social comparison and coping with multiple sclerosis*. Tesis Doctoral no publicada. Vancouver: University of British Columbia.
- Hemphill, K.J., y Lehman, D.R. (1991). Social Comparisons and their Affective Consequences: The Importance of Comparison Dimension and Individual Difference Variables. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10(4), 372-394. doi:10.1521/jscp.1991.10.4.372
- Henningsen, P., Zipfel, S. y Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. *Lancet*, 369 (9565), 946-55.
- Herrero, M.J., Blanch, J., Peri, J.M., De Pablo, L., Pintor, A. y Bulbena, A. (2003). A validation study of the Hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25, 277-283.
- Herrmann, C. (1997). International Experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-A review of Validation data and Clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 1 (42), 17- 41.
- Higgins, E.T. (1996). Knowledge activation: Accessibility, applicability, and salience. In Higgins & Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 133–168). New York: Guilford Press.
- Hinz, A., y Brähler, E. (2011). Normative values for the hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(2), 74–78. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.01.005
- Huber, A., Suman, A. L., Biasi, G. y Carli, G. (2008). Predictors of psychological

distress and well-being in women with chronic musculoskeletal pain: Two sides of the same coin?. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 169-175.

J

- Jackson, T. y Phillips, H. (2011), Social comparison performance standards, threat, and tolerance for experimentally-induced pain. *European Journal of Pain*, 15, 1081–1086. doi:10.1016/j.ejpain.2011.04.008
- Jacobsen, P.B. y Butler, R.W. (1996). Relation of cognitive coping and catastrophizing to acute pain and analgesic use following breast cancer surgery. *Journal of Behavior Medicine*, 19, 17-29.
- Jasmin, L. y Thorson, K. (2000). Fibromyalgia syndrome: a CNS disease?. *Fibromyalgia Network Newsletter*, 48, 3-5.
- Jensen, M.P., y Karoly, P. (1992). Comparative self-evaluation and depressive affect among chronic pain patients: an examination of selective evaluation theory. *Cognitive Therapy and Research*, 16(3), 297–308.
- Jensen, M.P., Karoly, P. and Huger, R., (1987). The development and preliminary validation of an instrument to assess patients' attitudes toward pain, *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 393–400
- Jensen, M.P., Moore, M.R., Bockow, T.B., Ehde, D.M., y Engel, J. M. (2011). Psychosocial Factors and Adjustment to Chronic Pain in Persons With Physical Disabilities: A Systematic Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(1), 146–160. <http://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.09.021>
- Jensen, M., Turner, J., Romano, J., y Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.
- Jiao, J., Vincent, A., Cha, S., Luedtke, C. y Oh, T. (2014). Relation of Age With Symptom Severity and Quality of Life in Patients With Fibromyalgia. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(2), 199-206. DOI: 10.1016/j.mayocp.2013.09.021
- Jöreskog, K. y Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicago, IL: Scientific Software International.

K

- Katon W. (1996). The impact of major depression on chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 18, 215–219.
- Katz, P.P. y Alfieri, W.S. (1997), Satisfaction with abilities and well-being: Development and validation of a questionnaire for use among persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 10, 89–98. doi:10.1002/art.1790100204

- Keefe, F.J., Brown, G.K., Wallston, K.A., Caldwell, D.S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*, 37, 51–6. DOI: 10.1016/0304-3959(89)90152-8
- Keeley, P., Creed, F., Tomenson, B., Todd, C., Borglin, G., y Dickens, C. (2008). Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low back pain. *Pain*, 135(1-2), 142-150. doi:10.1016/j.pain.2007.05.015
- Keller, D. (2014). *Clasificación del subtipo de fibromyalgia de acuerdo con la sintomatología clínica y análisis de las diferencias de personalidad, psicopatología concomitante y calidad de vida percibida*. Tesis Doctoral no publicada. Girona: Universitat de Girona.
- Keller, D., de Gracias, M. y Cladellas, R. (2011). Subtipos de pacientes con fibromialgia, características psicopatológicas y calidad de vida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 273-279.
- Kemmelmeier, M., y Oyserman, D. (2001). Gendered influence of downward social comparisons on current and possible selves. *Journal of social issues*, 57, 129–148.
- King, K.B., Clark, P.C., y Friedman, M.M. (1999). Social comparisons and temporal comparisons after coronary artery surgery. *Heart y Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 28(5), 316-325. doi:10.1053/hl.1999.v28.a101148
- Klein, W. (1997). Objective standards are not enough: Affective, self-evaluative, and behavioral responses to social comparison information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 763-774. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.72.4.763
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York, NY: Guilford Press.
- Kruger, J. y Burrus, J. (2004). Egocentrism and focalism in unrealistic optimism (and pessimism). *Journal of Experimental Social Psychology*, 40, 332–340.
- Kruger, J., Windschitl, P. D., Burrus, J. F., Fessel, F. y Chambers, J. R. (2008). The rational side of egocentrism in social comparisons. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44, 220–232.
- Kulik, J.A., y Mahler, H. I. M. (1997). Social comparison, affiliation, and coping with acute medical threats. In En Buunk y Gibbons (Eds). *Health, Coping, and Well-being: Perspectives from social comparison theory* (pp. 227-261). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Kurtze, N., Gunderson, K.T., and Svebak, S. (1998). The role of anxiety and depression in fatigue and pattern of pain among subgroups of fibromyalgia patients. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 185 - 194.
- Kurtze, N., Svebak, S. (2005). A County Population of Males Given the Diagnosis of Fibromyalgia Syndrome: Comparison with Fibromyalgia Syndrome Females Regarding Pain, Fatigue, Anxiety, and Depression: The Nord Trondelag Health

Study [The HUNT Study]. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 13 (3), 11-18.

Kuyper, H. (2007). Saliency of social comparison dimensions. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 20(1), 145-163.

L

- Ladouceur, R., Gosselin, P., y Dugas, M.J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 933-941.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.A., Folkman, S., 1984. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lee, S.Y. (2014). How do people compare themselves with others on social network sites?: The case of Facebook. *Computers in Human Behavior*, 32, 253-260. <http://doi.org/10.1016/j.chb.2013.12.009>
- Leeuw, M., Goossens, M., Linton, S.J., Crombez, G., Boersma, K., y Vlaeyen, J. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 77-94.
- Leventhal, H., Hudson, S., y Robitaille, C. (1997). Social comparison and health: A process model. In Buunk y Gibbons (Eds.) *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory* (pp. 411-432). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lin, L.F., y Kulik, J.A. (2002). Social comparison and women's body satisfaction. *Basic and Applied Social Psychology*, 24, 115-123.
- Lindell, L., Bergman, S., Petersson, I. F., Jacobsson, L. T., Y Herrstrom, P. (2000). Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18, 149-153
- Lipkus, I.M., y Klein, W.M. (2006). Effects of communicating social comparison information on risk perceptions for colorectal cancer. *Journal of Health Communication*, 11, 391-407. <http://dx.doi.org/10.1080/10810730600671870>.
- Lockwood, P. (2003). Could it happen to you? Predicting the impact of downward comparisons on the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 343-358.
- Lockwood, P., y Kunda, Z. (1997). Superstars and me: Predicting the impact of role models on the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 91-103.
- López-Roig, S., Terol, M.C., Pastor, M.A., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., Neipp, M.C., Leyda, J.I., Martín-Aragón, M., Sánchez, S. y Sitges, E. (2000). Ansiedad y Depresión. Validación de la escala HAD en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud*, 2 (12), 127-157.
- López-Roig, S., Terol, M.C., Pastor, M.A., Rodríguez-Marín, J. y Sánchez, S. (1993). Apoyo social, apreciación de estrés y calidad de vida en cáncer. En León-Rubio, J.M. y Barriga Jiménez, S (Comp.). *Psicología de la Salud*. Sevilla: Eude

- Lorenz, J. (1998). Hyperalgesia o hypervigilance? An evoked potential approach to the study of fibromyalgia syndrome. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 57, 19-22.
- Lorr, M. y McNair, D. (1982). Profile of mood states -B. Educational and Industrial Testing Service. San Diego.
- Luciano, J.V., Martínez, N., Peñarrubia-María, M.T., Fernández-Vergel, R., García-Campayo, J., Verduras, C., ... FibroQoL Study Group. (2011). Effectiveness of a psychoeducational treatment program implemented in general practice for fibromyalgia patients: A randomized controlled trial. *Clinical Journal of Pain*, 27(5), 383–91. doi: 10.1097/AJP.0b013e31820b131c.
- Luciano, J.V., Barrada, J. R., Aguado, J., Osmá, J., y García-Campayo, J. (2013). Bifactor Analysis and Construct Validity of the HADS: A Cross-Sectional and Longitudinal Study in Fibromyalgia Patients. Psychological Assessment. Advance online publication. doi:10.1037/a0035284
- Luciano, J.V., Forero, C.G., Cerdà-Lafont, M., Peñarrubia, M.T., Fernández-Vergel, R., Cuesta-Vargas, A.L., ... Rubio-Valera, M. (2015). Functional Status, Quality of Life, and Costs Associated With Fibromyalgia Subgroups: A Latent Profile Analysis. *Clinical Journal of Pain*, 32(10), 829-840, DOI: 10.1097/AJP.0000000000000336
- Lledó-Boyer, A., Pastor-Mira, M.A., Pons-Calatayud, N., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J. y Bruehl, S. (2010). Control beliefs, coping and emotions: exploring relationships to explain fibromyalgia health outcomes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 459-476.

M

- McCracken, L. M., Vowles, K. E., y Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159–166. DOI: 10.1016/j.pain.2003.10.012
- Mahler, H.I.M., y Kulik, J. (1998). Effects of preparatory videotapes on self-efficacy beliefs and recovery from coronary bypass surgery. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 39-46.
- Mahler, H.I.M, Kulik, J., y Hill, M. (1995). Effects of videotape preparations on recovery of female coronary bypass surgery patients. *Mind /Body Medicine*, 1, 121-129.
- Major, B., Testa, M., y Bylsma, W.H. (1991) Responses to upward and downward social comparisons: The impact of esteem-relevance and perceived control. In Suls & Wills (Eds.). *Social comparison: Contemporary theory and research* (pp. 237-260). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1991.
- Markus, H., y Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224–252.
- Marsh, H.W. (1987). The big-fish-little-pond effect on academic self-concept. *Journal*

- of Educational Psychology, 79, 280–295. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0663.79.3.280>.
- Marsh, H.W., Seaton, M., Trautwein, U., Ludtke, O., Hau, K. T., O'Mara, A. J., et al. (2008). The big-fish-little-pond-effect stands up to critical scrutiny: Implications for theory, methodology, and future research. *Educational Psychology Review*, 20, 319–350. <http://dx.doi.org/10.1007/s10648-008-9075-6>.
- Martin, M.Y., Bradley, L.A., Alexander, R.W., Alarcón, G.S., Triana-Alexander, M., Aaron, L.A. y Alberts, K.R. (1996). Coping strategies predict disability in patients with primary fibromyalgia. *Pain*, 68, 45-53. DOI: 10.1016/S0304-3959(96)03179-X
- Martin, R., Suls, J., y Wheeler, L. (2002). Ability evaluation by proxy: Role of maximal performance and related attributes in social comparison. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(5), 781-791. doi:10.1037/0022-3514.82.5.781
- Mason, J. H., Anderson, J. J., Meenan, R. F., Haralson, K. M., Lewis-Stevens, D. y Kaine, J. L. (1986, 1992), The Rapid Assessment of Disease Activity in Rheumatology (Radar) Questionnaire. *Arthritis & Rheumatism*, 35: 156–162. doi:10.1002/art.1780350206
- Mathews, A., Ridgeway, V., Cook, E., y Yiend, J. (2007). Inducing a benign interpretational bias reduces trait anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 225–236. DOI: 10.1016/j.jbtep.2006.10.011
- Mayr, M., Hogler, S., Ghedina, W. y Berek, K. (2003). Low back pain and psychiatric disorders. *Lancet*, 361, 9356, 351-352. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)12479-8
- McLean, S.A., Williams, D.A., y Clauw, D.J. (2005). Fibromyalgia after motor vehicle collision: evidence and implications. *Traffic Injury Prevention*, 6, 97-104.
- McWilliams, L.A., Goodwin, R.D. y Cox, B.J. (2004). Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain*, 111, 77-83.
- Meenan, R. F., Gertman, P. M. y Mason, J. H. (1980), Measuring health status in arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 23, 146–152. doi:10.1002/art.1780230203
- Melzack, R. y Casey, K.L. (1968). *Sensory, motivational, and central control determinants of pain. A new conceptual model*. En D. Kenshalo (Ed.): The skin senses. Springfield: Charles C. Thomas.
- Mellegard, M, Grossi, G, Joaquim, J.F., y Soares, A. (2001). Comparative study of coping among women with fibromyalgia, neck/Shoulder and back pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8, 103-115. DOI: 10.1207/S15327558IJBM0802_02
- Menon, G., Kyung, E.J. y Agrawal, N. (2009). Biases in social comparisons: Optimism or pessimism? *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 108, 39-52.
- Mettee, D. R., y Smith, G. (1977). Social comparison and interpersonal attraction: the case for dissimilarity. In Suls & Miller (Eds.), *Social comparison processes:*

- Theoretical and empirical perspectives* (pp. 69–102). Washington: Hemisphere.
- Michinov, E., y Michinov, N. (2001). The similarity hypothesis: A test of the moderating role of social comparison orientation. *Journal of Social Psychology*, 31(5), 549-555. doi:http://dx.doi.org/10.1002/ejsp.78
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [MSPSI] (2011). *Guía sobre Fibromialgia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado 14, Octubre, 2013 de: <http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>
- Miró, J. (2003). *Dolor Crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de brouwer.
- Miró, E., Diener, F.N., Martínez, M.P., Sánchez, A.I., y Valenza, M.C. (2012). La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema*, 24, 10-15
- Moix, J. (2005). Análisis de los factores moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, 36(1), 37-60
- Miyake, K. (1994). Social comparison, and level and stability of self-esteem: Self-esteem management through social comparison. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Recuperado el 12/10/2012 a partir de <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JSyCSC=YyNEWS=NyPAGE=fulltextyD=psyc3yAN=1997-70443-001>
- Myers, T., y Crowther, J. (2009). Social comparison as a predictor of body dissatisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 683-698. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0016763
- Molleman, E., Pruyn, J., y Van Knippenberg, A. (1986). Social comparison processes among cancer patients. *Journal of Social Psychology*, 25(1), 1-13. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8309.1986.tb00695.x
- Monterde, S., Salvat, I., Montull, S. y Fernández-Ballart, J. (2004). Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Revista Española de Reumatología*, 31(9), 507-513
- Montoya, P., Sitges, C., García-Herrera, M., Izquierdo, R., Truyols, M. y Collado, D. (2006). Consideraciones acerca de las alteraciones de la actividad cerebral en pacientes con fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2, 251-260
- Morse, S., y Gergen, K. (1970). Social comparison, self-consistency, and the concept of self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16(1), 148-156. doi:http://dx.doi.org/10.1037/h0029862
- Mussweiler, T. (2001). Focus of Comparison as a Determinant of Assimilation Versus Contrast in Social Comparison. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(1), 38-47. doi:10.1177/0146167201271004
- Mussweiler, T. (2003). Comparison processes in social judgment: Mechanisms and

- consequences. *Psychological Review*, 110(3), 472-489. doi:10.1037/0033-295X.110.3.472
- Mussweiler, T., y Epstude, K. (2009). Relatively fast! Efficiency advantages of comparative thinking. *Journal of Experimental Psychology: General*, 138, 1-21. doi:10.1037/a0014374
- Mussweiler, T., Gabriel, S., y Bodenhausen, G.V. (2000). Shifting social identities as a strategy for detecting threatening social comparisons. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 398-409.
- Mussweiler, T., y Ruter, K. (2003). What Friends Are For! The Use of Routine Standards in Social Comparison. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(3), 467-481. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.85.3.467
- Mussweiler, T., Rüter, K., y Epstude, K. (2004a). The man who wasn't there: Subliminal social comparison standards influence self-evaluation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40(5), 689-696. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jesp.2004.01.004
- Mussweiler, T., Ruter, K., y Epstude, K. (2004b). The ups and downs of social comparison: mechanisms of assimilation and contrast. *Journal of Personality*, 87(6), 832-44. doi:10.1037/0022-3514.87.6.832
- Mussweiler, T., Rüter, K., y Epstude, K. (2006). The why, who, and how of social comparison: A social-cognition perspective. In Guimond [Ed]. *Social Comparison and Social Psychology: Understanding Cognition, Intergroup Relations and Culture*. (pp. 33-54). Cambridge, UK: University Press.
- Mussweiler, T. y Strack, F. (2000). Comparing is believing: a selective accessibility Model of judgement anchoring. *European Review of Social Psychology*, 10, 135-167.
- Mussweiler, T. y Strack, F. (2001). The 'relative self: informational and judgmental consequences of comparative self-evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 23-38.

N

- Nam, S., Tin, D., Bain, L., Thorne, J. C., y Ginsburg, L. (2013). Clinical utility of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for an Outpatient Fibromyalgia Education Program. *Clinical Rheumatology*. doi:10.1007/s10067-013-2377-1
- Neugebauer, A., Katz, P.P., y Pasch, L.A. (2003). Effect of valued activity disability, social comparisons, and satisfaction with ability on depressive symptoms in rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 22(3), 253.
- Nicassio, P.M., y Radojevic, V. (1993). Models of family functioning and their contribution to patient outcomes in chronic pain. *Motivation and Emotion*, 17, 295-316.

- Nicassio, P.M., Radojevic, V., Weisman, M.H., Schuman, C., Kim, J., Schoenfeld-Smith, K. y Krall, T. (1997). A comparison of behavioral and educational interventions for fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 24 (10), 2000-2006.
- Nicassio, P.M., Schuman, C. (2005). The prediction of fatigue in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 13, 15-25.
- Nielson, W.R., y Jensen, M.P. (2004). Relationship between changes in coping and treatment outcome in patients with Fibromialgia Syndrome. *Pain*, 109(3), 233-241.
- Normand, A., y Croizet, J.C. (2013). Upward Social Comparison Generates Attentional Focusing When the Dimension of Comparison is Self-Threatening. *Social Cognition*, 31 (3), 336-348.

O

- Oldersma, F.L. (1999). *Downward comparison in close relationships: a blessing in disguise?* University of Groningen.
- Oliver, K. y Cronan, T. A. (2005). Correlates of physical activity among women with Fibromyalgia Syndrome. *Annals of Behavioral Medicine*, 29, 44-53
- Olson, B.D., y Evans, D.L. (1999). The role of the Big Five personality dimensions in the direction and affective consequences of everyday social comparisons. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1498-1508.
- Orfgen, H., y Dijkstra, A. (2015). A Cross-Sectional Study of Psychological Comparison Processes That May Underlie the Acceptance of Chronic Pain: Comparison Processes in Acceptance of Chronic Pain. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, n/a-n/a. <http://doi.org/10.1002/cpp.1973>

P

- Palomino, R., Nicassio, P. M. Greengerg, M. A. y Medina, E.P. (2007). Helplessness and loss mediators between pain and depressive symptoms in fibromyalgia. *Pain*, 129, 185-194.
- Pallant, J.F., y Bailey, C.M. (2005). Assessment of the structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in musculoskeletal patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 82. doi:10.1186/1477-7525-3-82
- Pastor, M.A., Lledó, A., Martín-Aragón, M., López-Roig, S. y Rodríguez-Marín, J. (2001). Afrontamiento y estado de salud en Fibromialgia: Una revisión de estudios empíricos. *Revista de Psicología de la Salud*, 13(1), 63-80.
- Pelham, B., y Wachsmuth, J. (1995). The waxing and waning of the social self: Assimilation and contrast in social comparison. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 825-838. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-

- Pemberton, M., y Sedikides, C. (2001). When do individuals help close others improve? The role of information diagnosticity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 234–246.
- Peñacoba, C. (2009). Intervención psicológica en personas con Fibromialgia. *Infocop, Revista de Psicología*, 43, 14–20.
- Peñacoba, C., Velasco, L., Écija, C., Cigarán, M., y McKenney, K. (2013). Anxiety, Depression and Alexithymia in Fibromyalgia: Are There Any Differences According to Age? *Journal of Women & Aging*, 25, 4, 305-320. DOI: 10.1080/08952841.2013.816221
- Peñacoba, C., Velasco, L., Écija, C., Cigarán, M., Bedmar, D., y Fernández, C. (2015). Self-efficacy and affect as mediators between pain dimensions and emotional symptoms and functional limitation in women with fibromyalgia. *Pain Management Nursing*, 16(1), 60-68. DOI: [10.1016/j.pmn.2014.04.005](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.04.005)
- Peñarroya-Baulies, A., Ballús-Creus, C., Pérez, J. (2011). Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 2, 77-83
- Pérez-Pareja, J., Borrás, R., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F. y Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16(3), 415-420
- Perrot, S., Winkelmann, A., Dukes, E., Xu, X., Schaefer, C., Ryan, K., Chandran, A., Sadosky, A. y Zlateva, G. (2010). Characteristics of patients with fibromyalgia in France and Germany. *International Journal of Clinical Practice*, 64, 1100-1108.
- Petersen, S., Taube, K., Lehmann, K., Van den Bergh, O. y von Leupoldt, A. (2012). Social comparison and anxious mood in pulmonary rehabilitation: the role of cognitive focus. *British Journal of Health Psychology*, 17, 463-476.
- Petzke, F., Gracely, R. H., Park, K. M., Ambrose, K., & Clauw, D. J. (2003). What do tender points measure? Influence of distress on 4 measures of tenderness. *Journal of Rheumatology*, 30, 567–574.
- Pincus, T., Summey, J. A., Soraci, S. A., Jr, Wallston, K. A., y Hummon, N. P. (1983). Assessment of patient satisfaction in activities of daily living using a modified Stanford health assessment questionnaire. *Arthritis and Rheumatism*, 26(11), 1346-1353.
- Potter, P.T., Zautra, A.J., Reich, J.W. (2000). Stressful events and information processing dispositions moderate the relationship between positive and negative affect: Implications for pain patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 22 (3), 191-198.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., y LaPrelle, J. (1985). Social comparison after success and failure: Biased search for information consistent with a self-serving conclusion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 21, 195–211.

Q

- Quartana, P.J., Campbell, C.M., y Edwards, R.R. (2009). Pain catastrophizing: A critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9, 745–758. doi:10.1586/ERN.09.3
- Queiroz LP. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain Headache Reports*, 17, 356. DOI: 10.1007/s11916-013-0356-5

R

- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1, 385-401.
- Ramírez, C., Esteve, R., y López, A.E. (2008). Cognitive appraisal and coping in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 12, 749-756
- Ranzolin, A., Marques, C., Duarte, A., Neto, C., Trindade, J., Fragoso, T., ... Keiserman, M.W. (2013). Delay on fibromyalgia diagnosis and its impact on long term outcomes. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 7, 700. DOI: [10.1136/annrheumdis-2012-eular.1088](https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2012-eular.1088)
- Revuelta, E., Segura, E. y Paulino, J. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17 (7), 326-32.
- Riley, J.L., Robinson, M.E., y Geisser, M. E. (1999). Empirical subgroups of the coping strategies questionnaire - Revised: A multisample study. *Clinical Journal of Pain*, 15(2), 111-116. DOI: [10.1097/00002508-199906000-00007](https://doi.org/10.1097/00002508-199906000-00007)
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F.J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., ... y Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2(1), 55-66.
- Rivera, J., González, T. (2004). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 22, 554-60.
- Rodero, B., Casanueva, B., Garcia-Campayo, J., Roca, M., Magallon, R., y Lopez del Hoyo, Y. (2010). Stages of chronicity in fibromyalgia and pain catastrophizing: a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11, 251. DOI:10.1186/1471-2474-11-251
- Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva B. y Sobradie, N. (2008). Imagined exposure as treatment of catastrophizing in fibromyalgia: a pilot study. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(4), 223-226
- Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B. y Buriel, Y. (2009). Tratamientos no farmacológicos en Fibromialgia: Una revision actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 137-151. DOI: 10.5944/rppc.3.2009.4074

- Rodríguez-Blazquez, C., Frades-Payo, B., Forjaz, M.J., de Pedro-Cuesta, J., Martínez-Martin, P., y Longitudinal Parkinsons Dis Patien Group. (2009). Psychometric Attributes of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Parkinson's Disease. *Movement Disorders*, 24(4), 519-525.
- Rodríguez-Franco, L., Cano García, F.J., y Blanco Picabia, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(2), 82-91.
- Rodríguez-Marín, J., Terol, M.C., López-Roig, S., Pastor, M.A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: Propiedades psicométricas del cuestionario de forma de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 4 (2), 59-84.
- Rodríguez-Muñoz, M.F. Comeche, J. Ortega, M. Diaz, y Vallejo, M.A. (2012, Septiembre). Intervención grupal en enfermos de fibromialgia. IX Congreso Internacional para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Valencia. España.
- Roizenblatt, S., Moldofsky, H., Benedito-Silva, A.A. y Tufik, S. (2001). Alpha sleep characteristics in fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 44, 222- 230.
- Rosenberg, M. (1965) *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton Univer. Press
- Rothbaum, F., Weisz, J. R., y Snyder, S. S. (1982). Changing the world or changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Robinson-Whelen, S., y Kiecolt-Glaser, J. (1997). The importance of social versus temporal comparison appraisals among older adults. *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 959-966. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-1816.1997.tb00281.x>.
- Rodríguez, M.J., Esteve, R. y López, A.E. (2000). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 391-418
- Rüter, K. (2004). *The efficiency of routine standards in social comparison*. Tesis doctoral no publicada. Wuzburg: University of Wuzburg.

S

- Sanders, G. (1982). The effects of social comparison on ability evaluations. *Journal of Social Psychology*, 12(1), 63-74. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/ejsp.2420120105>
- Santor, D.A., y Yazbek, A.A. (2006). Soliciting unfavourable social comparison: Effects of self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 40(3), 545-556. doi:10.1016/j.paid.2005.06.029
- Santos, J., Muñoz, A., Juez, P. y Cortinas, P. (2003). *Diseño de encuestas de estudio de mercado. Técnicas de muestreo y análisis multivariante*. Madrid: Fundación Ramón Areces.
- Schachter, S. (1959). *The psychology of affiliation: Experimental studies of the sources of gregariousness*. Oxford: Stanford University Press.

- Schachter, S., y Singer, J. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Schaefer, C., Chandran, A., Hufstader, M., Baik, R., McNett, M., Goldenberg, D., ... Zlateva, G. (2011). The comparative burden of mild, moderate and severe Fibromyalgia: results from a cross-sectional survey in the United States. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 71. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-9-71>
- Schumacher, R.E., y Lomax, R.G. (1996). *A beginner's guide to structural equation modeling*. New Jersey, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schokker, M.C., Keers, J.C., Bouma, J., Links, T.P., Sanderman, R., Wolffenbuttel, B.H.R., y Hagedoorn, M. (2010). The impact of social comparison information in patients with diabetes as a function of regulatory focus and self-efficacy. *Health Psychology*, 29, 438-445.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.
- Scott J., y Huskisson E. C. (1976). Graphic representation of pain. *Pain*, 2(2), 175-184. doi: 10.1016/0304-3959(76)90113-5
- Seaton, M., Marsh, H. W., Dumas, F., Huguet, P., Monteil, J.M., Régner, I. et al. (2005). The positive effects of upward comparison: can they coexist with the big-fish-little-pond effect? *British Journal of Social Psychology*.
- Seminowicz, D.A., Davis, K.D. (2006). Cortical responses to pain in healthy individuals depends on pain catastrophizing. *Pain*, 120(3), 297-306. DOI: 10.1016/j.pain.2005.11.008
- Sheikh, J.I., y Yesavage, J.A. (1987). Geriatric Depression Scale (GDS) Recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, editor. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. New York: The Haworth Press, pp. 165-173.
- Shepperd, J., y Taylor, K. (1999). Ascribing advantages to social comparison targets. *Basic and Applied Social Psychology*, 21(2), 103-117. doi:<http://dx.doi.org/10.1207/15324839951036452>
- Shuster, J., McCormack, J., Pillai-Riddell, R., y Toplak, M.E. (2009). Understanding the psychosocial profile of women with fibromyalgia syndrome. *Pain Research and Management*, 14(3), 239-245.
- Sicras, A., Blanca, M., Navarro, R. y Rejas, J. (2009). Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 41, 77-84.
- Singer, S., Kuhnt, S., Gotze, H., Hauss, J., Hinz, A., Liebmann, A., Schwarz, R. (2009). Hospital anxiety and depression scale cutoff scores for cancer patients in acute care. *British Journal Cancer*, 100(6), 908-912.
- Silverman, S., Sadosky, A., Evans, C., Yeh, Y., Alvir, J. M. J., & Zlateva, G. (2010). Toward characterization and definition of fibromyalgia severity. *BMC*

Musculoskeletal Disorders, 11(1). <http://doi.org/10.1186/1471-2474-11-66>

- Skinner, E.A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin* 129, 216-269.
- Smith, E.R. (1994). Procedural knowledge and processing strategies in social cognition. In R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (2nd ed., Vol. 1, pp. 99–152). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Smith, R. (2000). Assimilative and contrastive emotional reactions to upward and downward social comparisons. In Suls y Wheeler (Eds.). *Handbook of social comparison: Theory and research* (pp. 173–200). New York: Plenum.
- Smith, R., e Insko, C. (1987). Social comparison choice during ability evaluation: The effects of comparison publicity, performance feedback, and self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13(1), 111-122. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0146167287131011>
- Smith, W., y Sachs, P. (1997). Social comparison and task prediction: Ability similarity and the use of a proxy. *Journal of Social Psychology*, 36(4), 587-602. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8309.1997.tb01151.x>
- Smith, W., Strachan, E. D. y Buchwald, D. (2009). Coping, self-efficacy and psychiatric history in patients with both chronic widespread pain and chronic fatigue. *General Hospital Psychiatry*, 31, 347–352.
- Smeets, R.J., Vlaeyen, J.W., Kester, A.D., Knottnerus, J.A. (2006). Reduction of pain catastrophizing mediates the outcome of both physical and cognitive-behavioural treatment in chronic low back pain. *Journal of Pain*, 7(4), 261-71.
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 91-107
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)* (3a edic.). Madrid: TEA
- Standage, H., Harris, J., y Fox, E. (2014). The Influence of Social Comparison on Cognitive Bias Modification and Emotional Vulnerability. *Emotion*, 14(1), 170-179. DOI: 10.1037/a0034226
- Stanton, A. (1992). Downward comparison in infertile couples. *Basic and Applied Social Psychology*, 13(4), 389-403. doi:10.1207/s15324834basp1304_1
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Cameron, C., Snider, P., y Kirk, S. (1999). Social comparison and adjustment to breast cancer: An experimental examination of upward affiliation and downward evaluation. [References]. *Health Psychology*, 18(2), 151-158. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.18.2.151>
- Steil, J., y Hay, J. (1997). Social comparison in the workplace: A study of 60 dual-career couples. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(4), 427-438. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0146167297234008>
- Strack, F., y Mussweiler, T. (1997). Explaining the enigmatic anchoring effect:

- Mechanisms of selective accessibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 437-446.
- Strack, F., Schwarz, N., y Gschneidinger, E. (1985). Happiness and reminiscing: The role of time perspective, affect, and mode of thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1460-1469.
- Stroebe, W. y Stroebe, M.S. (1995). *Social psychology and health*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Sullivan, M.J. (2009). *The pain catastrophizing scale: User manual*. McGill University, Departments of Psychology, Medicine, and Neurology School of Physical and Occupational Therapy. Montreal: McGill University.
- Sullivan, M.J., Bishop, S. R., y Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524-532. doi:10.1037/1040-3590.7.4.524
- Sullivan, M.J. y Neish, N. (1998) Catastrophizing, anxiety and pain during dental hygiene treatment: the moderating role of catastrophizing. *Pain*, 79 (2-3), p. 155-163.
- Sullivan, M.J., Thorn, B., Haythornthwaite, J.A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L.A., Lefebvre, J.C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 17, 52-64
- Suls, J.M., Martin, R., y Leventhal, H. (1997). Social comparison, lay referral, and the decision to seek medical care. In Buunk y Gibbons (Eds.). *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory* (pp. 195-226). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Suls, J.M., Martin, R., y Wheeler, L. (2002). Social Comparison: Why, With Whom, and With What Effect? *Current Directions in Psychological Science*, 11(5), 159-163. doi:10.1111/1467-8721.00191
- Suls, J.M., y Miller, R.L. (Eds.). (1977). *Social comparison processes: Theoretical and empirical perspectives*. Oxford, England: Hemisphere.
- Suls, J.M. y Mullen, B. (1982). From the cradle to the grave: Comparison and self-evaluation across the life-span. In Sulz (Ed.), *Psychological perspectives on the self* (pp. 97-125). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Suls, J.M. y Sanders, G.S. (1982). Self-evaluation through social comparison: a developmental analysis. In Wheeler (Ed.), *Review of personality and social psychology* (pp. 171-198). Beverly Hills, CA: Sage.
- Suls, J.M., y Wheeler, L. (2000). *Handbook of Social Comparison: Theory and Research*. Springer.
- Suls, J.M., y Wills, T.A. (Eds.). (1991). *Social comparison: Contemporary theory and research*. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Sundgren, P. C., Petrou, M., Harris, R. E. Fan, X., Foerster, B., Mehrotra, N., ... Welsh, R. C. (2007). Diffusion weighted and diffusion tensor imaging in fibromyalgia patients: a prospective study of whole brain diffusivity, apparent diffusion

- coefficient, and fraction anisotropy in different regions of the brain and correlation with symptom severity. *Academic Radiology*, 14(7), 839–846.
- Swallow, S., y Kuiper, N. (1988). Social comparison and negative self-evaluations: An application to depression. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 55-76. doi:10.1016/0272-7358(88)90049-9
- Swallow, S., y Kuiper, N. (1990). Mild depression, dysfunctional cognitions, and interest in social comparison information. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(3), 289-302.
- Swallow, S., y Kuiper, N. (1992). Mild depression and frequency of social comparison behavior. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11(2), 167-180.
- Swann, W.B., Wenzlaff, R.M., Krull, D.S., y Pelham, B. W. (1992). Allure of negative feedback: self-verification strivings among depressed persons. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 293–306.

T

- Tajfel, H., y Turner, J.C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In Worchel & Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (pp. 7–24). Chicago: Nelson-Hall.
- Taylor, S.E., Buunk, B.P. y Aspinwall, L. (1990). Social Comparison, Stress and Coping. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16(1), 74-89. DOI: 10.1177/0146167290161006
- Taylor, S.E., Aspinwall, L.G., Giuliano, T.A., Dakof, G.A., y Reardon, K.K. (1993). Storytelling and coping with stressful events. *Journal of Applied Social Psychology*, 23(9), 703-733. doi:10.1111/j.1559-1816.1993.tb01111.x
- Taylor, S.E., Buunk, B.P., Collins, R.L., y Reed, G.M. (1992). Social comparison and affiliation under threat. In Montada (Ed.). *Life Crisis and Experiences of Loss in Adulthood* (pp. 213-227). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Taylor, S.E., y Lobel, M. (1989). Social comparison activity under threat: Downward evaluation and upward contacts. *Psychological Review*, 96(4), 569-575. DOI: 10.1037/0033-295X.96.4.569
- Taylor, S.E., Wood, J.V., y Lichtman, R.R. (1983). It could be worse: selective evaluation as a response to victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 19–40.
- Tennen, H., y Affleck, G. (1997). Social comparison as a coping process: A critical review and application to chronic pain disorders. In Buunk y Gibbons (Eds). *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory* (pp. 263-298). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Tennen, H., McKee, T. E., y Affleck, G. (2000). Social comparison processes in health and illness. In J. Suls, y L. Wheeler (Eds.). *Handbook of social comparison: Theory and research*. (pp. 443–483). Dordrecht: Kluwer Academic

- Terol, M.C., López-Roig, S., Rodríguez, J., Pastor, M.A., Mora, M., Martín, M., Leyda, J.I., Neipp, M.C. y Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología*, 16, 111-122.
- Terol, M.C., Lledó, A., Quiles, Y., y Martín-Aragón, M. (2014). Adaptation and validation of the Spanish version of the social comparison scale in chronic illness patients. *Journal of Health Psychology*, 20, 1474-1482. doi:10.1177/1359105313514284
- Terol, M. C., Neipp, M. C., Sánchez, P., Pastor, M. A., y López-Roig, S. (2004). Social comparison in chronic pain and adaptation results. *Psychology and Health*, 19 (SUPPL. 1), 168-169
- Terol, M.C., Neipp, M.C., Lledó-Boyer, A., Pons, N., y Bernabé, M. (2012). Comparación Social y variables psicosociales relacionadas: una revisión de cáncer y dolor crónico. *Anales de Psicología*, 28(2), 327-337. DOI:10.6018/analesps.28.2.148931
- Terol, M.C., Pons, N., Neipp, M.C., Rodríguez-Marín, J., Buunk, A., Martín-Aragón, M. y Sánchez, P. (2007). Estrategias de comparación social y resultados en salud: Un estudio de adaptación y evaluación en muestra española de pacientes crónicos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 84, 19-32.
- Tesser, A. (1988). Toward a self-evaluation maintenance model of social behavior. In Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 181-227). San Diego, CA: Academic Press.
- Tesser, A. (1991). Emotion in social comparison and reflection processes. In Suls (Ed). *Social comparison: Contemporary theory and research* (pp. 115-145). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Tesser, A., Millar, M., y Moore, J. (1988). Some affective consequences of social comparison and reflection processes: the pain and pleasure of being close. *Journal of Personality*, 54(1), 49-61. doi:10.1037/0022-3514.54.1.49
- Tesser, A., Pilkington, C., y McIntosh, W. (1989). Self-evaluation maintenance and the mediational role of emotion: The perception of friends and strangers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 442-456.
- Testa, M., y Major, B. (1990). The impact of social comparisons after failure: The moderating effects of perceived control. *Basic and Applied Social Psychology*, 11, 205-218.
- Thieme, K., Turk, D. C. y Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, 66, 837-844.
- Thomas, E.N., Pers, Y.-M., Mercier, G., Cambiere, J.-P., Frasson, N., Ster, F., Blotman, F. (2010). The importance of fear, beliefs, catastrophizing and kinesiophobia in

- chronic low back pain rehabilitation. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(1), 3-14. doi:10.1016/j.rehab.2009.11.002
- Thornton, D.A., y Arrowood, A.J. (1966). Self-evaluation, selfenhancement, and the locus of social comparison. *Journal of Experimental Social Psychology*, 2(1), 40-48.
- Tirado Zafra-Polo, Pastor y López-Roig (2014). Autoeficacia, catastrofismo, miedo al movimiento y resultados de salud en Fibromialgia. *Anales de psicología*, 30(1), 104-113. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.151541>
- Toth, C., Brady, S., y Hatfield, M. (2014). The importance of catastrophizing for successful pharmacological treatment of peripheral neuropathic pain. *Journal of Pain Research*, 7, 327-338. <http://doi.org/10.2147/JPR.S56883>
- Turk, D.C., Okifuji, A., Sinclair, J.D., et al (1996). Pain, disability, and physical functioning insubgroups of patients with fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 23, 1255-1262.
- Turner, J.C., y Brown, R. (1978). Social status, cognitive alternatives and intergroup relations. En Tajfel (Ed.): *Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations*. Londres: Academic Press.
- Tyrer, P. y Methuen, C. (2007). *Rating Scales in Psychiatry*. London: RCPsych Publications.

U

- Urzua, A., Zúñiga, P. y Buunk, A.P. (2012). La edad y el sexo en la orientación a la comparación social. *Terapia Psicológica*, 30(3), 79-88.

V

- Vallejo, M.A., Rivera, J., Esteve-Vives, J., Rodríguez-Muñoz, M.F. (2012). Uso del cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar la ansiedad y la depresión en pacientes con fibromialgia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 107-114. DOI: 10.1016/j.rpsm.2012.01.003
- Valverde M. (2007). Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER. *Revista Española de Reumatología*, 27, 57.
- Valverde, M., Juan, A., Rivas, B. y Carmona, L. (2001). *Fibromialgia. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española*. Madrid: Msd y Sociedad Española de Reumatología.
- Van der Zee, K., Buunk, B.P., De Ruiter, J.H., Tempelaar, R., Van Sonderen, E., y Sanderman, R. (1996). Social comparison and the subjective well-being of cancer patients. *Basic and Applied Social Psychology*, 18, 453-468.

- Van der Zee, K., Buunk, B.P., y Sanderman, R. (1995). Social comparison as a mediator between health problems and subjective health evaluations. *British Journal of Social Psychology*, 34, 53–65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8309.1995.tb01048.x>
- Van der Zee, K., Buunk, B.P., y Sanderman, R. (1996). The relationship between social comparison processes and personality. *Personality and Individual Differences*, 20(5), 551-565. doi:10.1016/0191-8869(96)00007-4
- Van der Zee, K., Buunk, B.P., y Sanderman, R. (1998). Neuroticism and reactions to social comparison information among cancer patients. *Journal of Personality*, 66(2), 175-194. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/1467-6494.00008>
- Van der Zee, K., Buunk, B.P., Sanderman, R., Botke, G., y van den Bergh, F. (1999). The Big Five and identification-contrast processes in social comparison in adjustment to cancer treatment. *Journal of Personality*, 13(4), 307-326. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/%28SICI%291099->
- Van der Zee, K., Buunk, B.P., Sanderman, R., Botke, G., y van den Bergh, F. (2000). Social Comparison and coping with cancer treatment. *Personality and Individual Differences*, 28, 17-34. DOI: 10.1016/S0191-8869(99)00045-8
- Van der Zee, K., Oldersma, F., Buunk, B.P., y Bos, D. (1998). Social comparison preferences among cancer patients as related to neuroticism and social comparison orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 801-810. doi:10.1037/0022-3514.75.3.801
- Van Houdenhove, B., Kempke, S., Luyten, P. (2010). Psychiatric aspects of chronic fatigue síndrome and fibromyalgia. *Current Psychiatry Reports*, 12 (3), 208-214.
- van Wilgen, C.P., van Ittersum, M.W., Kaptein, A.A. y van Wijhe, M. (2008). Illness Perceptions in Patients With Fibromyalgia and Their Relationship to Quality of Life and Catastrophizing. *Arthritis y Rheumatism*, 58 (11), 3618-3626. DOI: 10.1002/art.23959
- VanYperen, N., y Buunk, B.P. (1991). Sex-role attitudes, social comparison, and satisfaction with relationships. *Social Psychology Quarterly*, 54(2), 169-180. doi:<http://dx.doi.org/10.2307/2786934>
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario Griffith para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Veit, C., y Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and wellbeing in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730-742.

W

- Walker, E.A., Keegan D, Gardner, G, Sullivan, M., Bernstein, D., Katon, W. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia and rheumatoid arthritis: II. Sexual,

- physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, 59(6), 572-577.
- Weary, G., Elbin, S., y Hill, M. (1987). Attributional and social comparison processes in depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 605-610. doi:10.1037/0022-3514.52.3.605
- Weary, G., Marsh, K., y McCormick, L. (1994). Depression and social comparison motives. *Journal of Social Psychology*, 24(1), 117-129. doi:http://dx.doi.org/10.1002/ejsp.2420240109
- Wheeler, L. (1966). Motivation as a determinant of upward comparison. *Journal of Experimental Social Psychology*, 2(Suppl. 1), 27-31.
- Wheeler, L. (2000). Individual differences in social comparison. In Suls & Wheeler. (Ed). *Handbook of Social Comparison: Theory and Research*. (pp. 141-158). Springer.
- Wheeler, L., Martin, R., y Suls, J. (1997). The proxy model of social comparison for self-assessment of ability. *Personality and Social Psychology Review*, 1(1), 54-61. doi:10.1207/s15327957pspr0101_4
- Wheeler, L., y Miyake, K. (1992). Social comparison in everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(5), 760-773. doi:10.1037/0022-3514.62.5.760
- Wheeler, L., y Suls, J. (2007). Assimilation in social comparison: Can we agree on what it is? *Revue internationale de psychologie sociale*, (1), 31–51.
- White, K., Nielson, W.R., Harth, M., Ostbye, T. y Speechley, M. (2002). Does the label “fibromialgia” alter health status, function, and health service utilization? A prospective within-group comparison in a community cohort of adults with chronic widespread pain. *Arthritis and Rheumatism*, 47(3), 260-265. DOI: 10.1002/art.10400
- White, K., Speechley, M., Harth, M. y Ostbye, T. (1999). The London Fibromyalgia Epidemiology Study: The prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *Journal of Rheumatology*, 26, 1570–1576.
- Wills, T.A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90, 245_271. DOI: 10.1037/0033-2909.90.2.245
- Wills, T.A. (1987). Downward comparison as a coping mechanism. In Snyder y Ford (Eds). *Coping with negative life events: clinical and social-psychological perspectives* (pp. 243-268). NY: Plenum Press.
- Wills, T.A. (1991). Similarity and self-esteem in downward comparison. In Suls, & Wills (Eds.). *Social comparison: contemporary theory and research* (pp. 51-78). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wills, T.A. (1997). Modes and families of coping: An analysis of downward comparison in the structures of other cognitive and behavioral mechanism. In B.P. Buunk y F.X. Gibbons (Eds.), *Health, Coping and Well-being: perspectives*

- from social comparison theory. (pp. 299-328). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wills, T.A. y Mendoza, D. (2004) Social Comparison and Subjective Well-Being, in Charles (ed.). *Encyclopedia of Applied Psychology*. (pp. 405-409). New York: Elsevier.
- Wilson, H., Robinson, J. y Turk, D.C. (2009). Toward the identification of symptom patterns in people with fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 61, 527-534
- Wolfe, F. et al. (1990). The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of Fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2), 161-172.
- Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennet, R.M., Caro, X.J., Goldenberg, D.L., Russell, I.J. y Yunus, M.B. (1997). A prospective, longitudinal, multicenter study of services utilization and cost in fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 40(9), 1560-1570.
- Wolfe, F., Brähler, E., Hinz, A., Häuser, W. (2013). Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. *Arthritis Care & Research*, 65, 777-785
- Wolfe, F., Clauw, D.J, Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D.L, Katz, R.S, et al. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62, 600-610.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J. y Russell, IJ. (1995). Aspects of fibromyalgia in the general population: sex, pain threshold, and fibromyalgia symptoms. *Journal of Rheumatology*, 22, 151-156.
- Wong, W. S., Kwok, H. Y., Luk, K. D. K., Chow, Y. F., Mak, K. H., Tam, B. K. H., ... Fielding, R. (2010). Fear of movement/(re)injury in Chinese patients with chronic pain: Factorial validity of the Chinese version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 620-629. doi:10.2340/16501977-0575.
- Wood, J.V. (1989). Downward comparison principals in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90, 245-271.
- Wood, J.V. (1996). What is social comparison and how should we study it? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(5), 520-537. doi:http://dx.doi.org/10.1177/0146167296225009
- Wood, J., Giordano-Beech, M., Taylor, K., Michela, J., y Gaus, V. (1994). Strategies of social comparison among people with low self-esteem: self-protection and self-enhancement. *Journal of Personality*, 67(4), 713-31. doi:10.1037/0022-3514.67.4.713
- Wood, J.V., y Lockwood, P. (1999). Social comparisons in dysphoric and low self-esteem people. In Kowalski & Leary (Eds.). *The social psychology of emotional and behavioural problems: Interfaces of social and clinical psychology* (pp. 97-135). Washington: American Psychological Association.

- Wood, J.V, Michela, J., y Giordano, C. (2000). Downward comparison in everyday life: Reconciling self-enhancement models with the mood-cognition priming model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(4), 563-579. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.79.4.563
- Wood, J.V., y Taylor, K.L. (1991). Serving self-relevant goals through social comparison. In Suls y Wills (Eds). *Social comparison: Contemporary theory and research* (pp. 23-49). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc
- Wood, J.V, Taylor, S.E., y Lichtman, R.R. (1985). Social comparison in adjustment to breast cancer. *Journal of Personality*, 49(5), 1169-83. doi:10.1037/0022-3514.49.5.1169
- Wood, J.V., y Van der Zee, K. (1997). Social comparisons among cancer patients: Under what conditions are comparisons upward and downward? In Buunk y Gibbons. (Eds). *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory* (pp. 299-328). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

X

- Xie, J., Bi, Q., Li, W., Shang, W., Yan, M., Yang, Y., Miao, D., y Zhang, H. (2012). Positive and negative relationship between anxiety and depression of patients in pain: A bifactor model analysis. *PLoS One*, 7, e47577. doi:10.1371/journal.pone.0047577

Y

- Ybema, J., y Buunk, B.P. (1993). Aiming at the top? Upward social comparison of abilities after failure. *Journal of Social Psychology*, 23(6), 627-645. doi:http://dx.doi.org/10.1002/ejsp.2420230607
- Ybema, J., y Buunk, B.P. (1995). Affective responses to social comparison: A study among disabled individuals. *Journal of Social Psychology*, 34(3), 279-292. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8309.1995.tb01064.x
- Ybema, J., Buunk, B.P., y Heesink, J.A.M. (1996). Affect and Identification in Social Comparison After Loss of Work. *Basic and Applied Social Psychology*, 18(2), 151-169. doi:10.1207/s15324834baspp1802_3
- Yunus, M.B. (2008). Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 37, 339-52.
- Yunus, M.B., Ahles, T.A., Aldag, J.C., Masi, A.T. (1991). Relationships of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia, *Arthritis & Rheumatism*, 34:15-21.

Z

- Zanna, M., Goethals, G., y Hill, J. (1975). Evaluating a sex-related ability: Social comparison with similar others and standard setters. *Journal of Experimental Social Psychology*, 11(1), 86-93. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0022-1031%2875%2980013-8
- Zautra, A.J., Fasman, R., Reich, J.W., Harakas, P., Johnson, L.M., Olmsted, M.E., Davis, M.C. (2005). Fibromyalgia: evidence for deficits in positive affective regulation. *Psychosomatic Medicine*, 67, 147-155.
- Zautra, A.J., Hamilton, N.A. y Burke, H.M. (1999). Comparison of stress responses in women with two types of chronic pain: fibromyalgia and osteoarthritis. *Cognitive therapy and research*, 23 (2), 209-230. DOI: 10.1023/A:1018735413411
- Zell, E., y Alicke, M. D. (2009). Self-evaluative effects of temporal and social comparison. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(1), 223-227. doi:10.1016/j.jesp.2008.09.007
- Zelman, D. C., Hoffman, D. L., Seifeldin, R., & Dukes, E. M. (2003). Development of a metric for a day of manageable pain control: derivation of pain severity cut-points for low back pain and osteoarthritis. *Pain*, 106(1-2), 35-42.
- Zigmond A., y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

ANEXOS



Anexo 1. Instrucciones de cuestionario, consentimiento informado y hoja de paciente.

Proyecto de Investigación:

PAPEL DE LA COMPARACIÓN SOCIAL COMO ESTRATEGIA COGNITIVA EN FIBROMIALGIA

DETERMINACIÓN DE PUNTOS DE CORTE EN ESCALA HAD (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA) EN POBLACIÓN DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA.



Instrucciones:

- A continuación encontrará una serie de preguntas sobre situaciones y pensamientos que pueden estar relacionados con su diagnóstico de enfermedad.
- **Lea detenidamente las instrucciones antes de comenzar**
- Por favor, emplee las escalas de evaluación que se le presentan para estimar con cuanta exactitud describe cada frase su situación. Cada frase debe describir como se siente o actúa en el periodo indicado y no como desearía que fuera en el futuro.
- Por favor, responda de forma honesta. Sus respuestas serán confidenciales y no las conocerá nadie ajeno a la investigación.
- No existen respuestas correctas o incorrectas, sólo las que más se ajustan a su situación actual.
- **Responda a todas las preguntas del cuestionario.**
- No dude en preguntar al investigador que estará en la sala mientras contesta a las preguntas.

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA:

Nº HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de Investigación:

PAPEL DE LA COMPARACIÓN SOCIAL COMO ESTRATEGIA COGNITIVA EN FIBROMIALGIA

DETERMINACIÓN DE PUNTOS DE CORTE EN ESCALA HAD (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA) EN POBLACIÓN DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA.

Investigadores Principales

Dra. M^aCarmen Terol Cantero
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
Departamento de Psicología de la Salud
Avda. de la Universidad, s/n
03202 ELCHE (Alicante)- SPAIN
macarmen@umh.es

Víctor M. Cabrera Perona
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
Departamento de Psicología de la Salud
Avda. de la Universidad, s/n
03202 ELCHE (Alicante)- SPAIN
vcabrera@umh.es

Descripción: Nos dirigimos a Ud. para informarle sobre una investigación en la que se le invita a participar. El Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández en colaboración con este Servicio (Unidad de Fibromialgia, Hospital de San Vicente) está realizando un estudio sobre cómo usted valora y afronta su enfermedad y las repercusiones que ésta tiene en su vida diaria. Para nosotros, es de especial interés recoger este tipo de información, pues permite conocer como y en qué medida pacientes como usted podrían mejorar la adaptación a su proceso de enfermedad. Por esta razón, le pedimos su colaboración para que responda a una serie de cuestiones que nos permitirán evaluar diferentes aspectos psicológicos. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital de San Vicente, de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la **Declaración del Helsinki (2008) y a las normas legales vigentes para estos estudios**. Nuestra intención es que Ud. reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

Participación voluntaria: Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con los profesionales ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

Descripción general del estudio: El estudio para el que solicitamos su colaboración tiene dos objetivos fundamentales. Por una parte conocer el papel de la Comparación Social en la adaptación del paciente de fibromialgia a su enfermedad. Por otra parte, se intenta conocer la afectación de los estados de ánimo (ansiedad y depresión) de los pacientes de fibromialgia y cómo estos pueden ser evaluados mediante la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Por ello, serán evaluados un grupo de pacientes, en total 200 pacientes, utilizando un procedimiento de evaluación a través de cuestionarios presentados en sesiones grupales.

Lo que le pedimos es su colaboración para participar asistiendo a la sesión grupal y cumplimentando una batería de cuestionarios y test que miden el uso y frecuencia de la comparación social, el grado de ansiedad y depresión y otras cuestiones de interés en su enfermedad. Los cuestionarios serán administrados en una única sesión: la cumplimentación de los cuestionarios necesitará aproximadamente 20 minutos. También le solicitamos su autorización para poder analizar y utilizar los resultados de esos cuestionarios y test.

La duración del estudio se prolongará durante un periodo de tiempo de al menos 12 meses. No se realizará ninguna prueba que no sea necesaria para conseguir los objetivos del estudio. Los beneficios consistirán en el conocimiento del uso y frecuencia de la Comparación Social, para la elaboración de programas de adaptación a la enfermedad, así como la eficacia del instrumento HADS como herramienta para la detección de ansiedad y depresión en pacientes con fibromialgia y el ajuste de la misma herramienta para una mejor detección de casos. Por la participación en el estudio no se contempla ningún riesgo en la salud del paciente. Su participación en el estudio no se le compensará económicamente.

Confidencialidad y Privacidad: El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y/o cancelación

de datos, para lo cual deberá dirigirse al profesional del estudio. Sus datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo los investigadores del estudio y colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a nadie. El acceso a su información personal quedará restringido a los investigadores del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital de San Vicente y personal autorizado, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Renuncia voluntaria: Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, si bien los responsables del estudio podrán seguir utilizando la información recogida sobre usted hasta ese momento, a no ser que usted se oponga expresamente. Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

Otras consideraciones: Si se producen cambios significativos en este estudio los investigadores me informarán sobre los mismos cuando me presenten este consentimiento.

Consentimiento voluntario del Participante: He leído el documento precedente del consentimiento, o me lo han leído, y entiendo completamente el contenido de este documento y consiento voluntariamente participar. Todas mis preguntas referentes a la investigación han sido contestadas. Acuerdo por este medio participar en este estudio de investigación. Si tengo cualesquier pregunta en el futuro sobre este estudio serán contestadas por cualquiera de los investigadores mencionados anteriormente. Recibiré una copia de este documento. Este consentimiento termina en la conclusión de este estudio.

Finalmente, quisiéramos agradecerle de antemano su valiosa colaboración y ponernos a su disposición para cualquier duda que pueda tener al respecto.



CONSENTIMIENTO INFORMADO. HOJA DE PACIENTE

Proyecto:

PAPEL DE LA COMPARACIÓN SOCIAL COMO ESTRATEGIA COGNITIVA EN FIBROMIALGIA

DETERMINACIÓN DE PUNTOS DE CORTE EN ESCALA HAD (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA) EN POBLACIÓN DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA.

Yo (nombre y apellidos Paciente) _____

Yo (nombre y apellidos Familiar) _____

- ☐ He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- ☐ He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- ☐ He recibido suficiente información sobre el estudio.
- ☐ He hablado con: _____
(nombre del investigador)

- ☐ Comprendo que mi participación es voluntaria.
- ☐ Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1) Cuando quiera.
 - 2) Sin tener que dar explicaciones.
 - 3) Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Anexo 2. Variables Sociodemográficas.

Edad.....: _____

Estado civil.....:

- ☐ Soltera
- ☐ Casada
- ☐ Separada
- ☐ Divorciada
- ☐ Viuda

Nivel educativo.....:

- ☐ No lee/No escribe
- ☐ Lee/Escribe
- ☐ Estudios primarios
- ☐ Estudios medios
- ☐ Estudios superiores

Situación laboral.....:

- ☐ Activo
- ☐ Ama de casa
- ☐ En desempleo
- ☐ Incapacidad laboral temporal
- ☐ Incapacidad laboral permanente/Jubilación



Anexo 3. Variables clínicas.

Edad de inicio del dolor generalizado.....: _____

Edad que tenía cuando fue diagnosticada.....: _____

Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas (en años).: _____

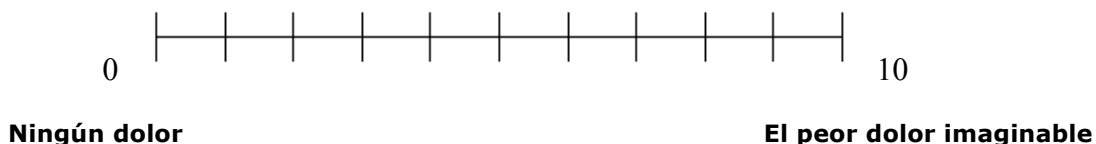
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico (en años).....: _____

En baja laboral.....: SI NO

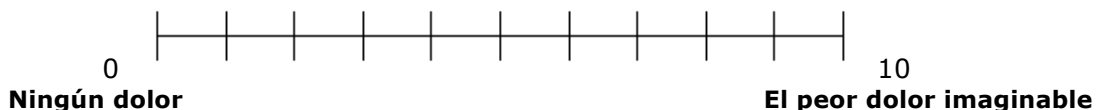


Anexo 4. Escalas visuales analógicas (E.V.A.) (Scotch y Huskison, 1976; Aliaga Font, 2009).

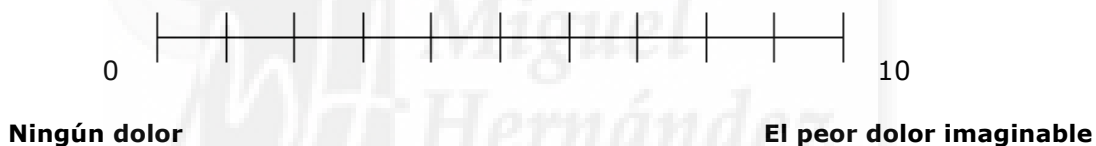
Por favor, indique su grado de **DOLOR QUE SIENTE EN ESTE MOMENTO**, siendo 0 no dolor y 10 el peor dolor imaginable:



Por favor, indique su **GRADO DE DOLOR MEDIO QUE HA SENTIDO EN LA ÚLTIMA SEMANA**, siendo 0 no dolor y 10 el peor dolor imaginable:



Por favor, indique su **GRADO DE DOLOR MÁXIMO QUE HA SENTIDO EN LA ÚLTIMA SEMANA**, siendo 0 no dolor y 10 el peor dolor imaginable:



Anexo 5. Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (Fibromyalgia Impact Questionnaire-FIQ; Burkhardt, Clark y Bennett, 1991; adaptación española de Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia y Alegre de Miquel, 2007).

A continuación encontrará una serie de afirmaciones y preguntas sobre la **ÚLTIMA SEMANA**. En la pregunta 1, en las afirmaciones que van de la a a la i, por favor marque con una x la opción que mejor describa cómo se encontró en general durante la **última semana**. Si no tiene costumbre de realizar alguna de las siguientes actividades, deje en blanco la pregunta.

1. EN LA ÚLTIMA SEMANA.... UD. FUE CAPAZ DE....

	Siempre	La mayoría de veces	En ocasiones	Nunca
a. Hacer la compra	☐	☐	☐	☐
b. Hacer la colada con la lavadora	☐	☐	☐	☐
c. Preparar la comida	☐	☐	☐	☐
d. Lavar los platos a mano y cacharros de cocina	☐	☐	☐	☐
e. Pasar la fregona, mopa o aspiradora	☐	☐	☐	☐
f. Hacer las camas	☐	☐	☐	☐
g. Caminar 1 kilómetro	☐	☐	☐	☐
h. Visitar amigos o parientes	☐	☐	☐	☐
i. Subir escaleras	☐	☐	☐	☐
j. Utilizar transporte público o conducir	☐	☐	☐	☐

2. ¿Cuántos días de la semana se sintió bien?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días de la semana no pudo hacer su trabajo habitual, incluido el doméstico, por causa de su fibromialgia?

0 1 2 3 4 5 6 7

Para las preguntas 4 a 10, por favor, haga una señal en el punto de la línea que mejor indique como se sintió ud. la última semana.

4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿hasta que punto el dolor y otros síntomas de su fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ninguna dificultad

Muchas dificultades

5. Durante la última semana, ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin dolor

Mucho dolor

6. Durante la última semana, ¿Cómo se ha encontrado de cansada?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada cansada

Muy cansada

7. Durante la última semana, ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Descansada

Muy cansada

8. Durante la última semana, ¿Cómo se ha sentido de rígida o agarrotada?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada rígida

Muy rígida

9. Durante la última semana, ¿Cómo se ha sentido de nerviosa, tensa o angustiada?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada nerviosa

Muy nerviosa

10. Durante la última semana, ¿Cómo se ha sentido de deprimida o triste?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada deprimida

Muy deprimida

Anexo 6. Escala de Catastrofismo en el dolor (Pain Catastrophizing Scale-PCS, Sullivan et al., 1995; adaptación española de García-Campayo *et al.*, 2008).

Todos tenemos experiencias de dolor en algún momento de nuestra vida. Estamos interesados en los pensamientos y sentimientos que ud. tiene cuando siente dolor. A continuación se listan 13 afirmaciones que describen pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados con el dolor.

Por favor, lea con atención y marque con una X el grado en el cual ud. puede tener estos pensamientos o sentimientos cuando siente dolor.

CUANDO TENGO DOLOR....,

	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Muchas veces	Continuamente
1. Estoy todo el tiempo pensando si el dolor se me pasará	☐	☐	☐	☐	☐
2. Siento que no puedo continuar más	☐	☐	☐	☐	☐
3. Pienso que es terrible y que nunca me pondré mejor	☐	☐	☐	☐	☐
4. Siento que es horrible y que puede conmigo	☐	☐	☐	☐	☐
5. Creo que no puedo soportarlo más	☐	☐	☐	☐	☐
6. Me temo que el dolor irá a peor	☐	☐	☐	☐	☐
7. Me quedo pensando en otras crisis o momentos con dolor	☐	☐	☐	☐	☐
8. Quiero desesperadamente que el dolor se vaya	☐	☐	☐	☐	☐
9. NO puedo quitarme el dolor de la cabeza	☐	☐	☐	☐	☐
10. Pienso continuamente cuánto me duele	☐	☐	☐	☐	☐
11. Pienso continuamente cuánto deseo que el dolor ceda	☐	☐	☐	☐	☐
12. NO hay nada que yo pueda hacer para disminuir su intensidad	☐	☐	☐	☐	☐
13. Me pregunto si algo grave me puede ocurrir	☐	☐	☐	☐	☐

Anexo 7. Inventario de ansiedad estado-rasgo (State Trait Anxiety Inventory-STAI: Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982; adaptación de TEA, 1982). Subescala estado.

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la opción que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

EN ESTE MOMENTO.....

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmada	☐	☐	☐	☐
2. Me siento segura	☐	☐	☐	☐
3. Estoy tensa	☐	☐	☐	☐
4. Estoy contrariada	☐	☐	☐	☐
5. Me siento cómoda, a gusto	☐	☐	☐	☐
6. Me siento alterada	☐	☐	☐	☐
7. Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras	☐	☐	☐	☐
8. Me siento descansada	☐	☐	☐	☐
9. Me siento angustiada	☐	☐	☐	☐
10. Me siento confortable	☐	☐	☐	☐
11. Tengo confianza en mí misma	☐	☐	☐	☐
12. Me siento nerviosa	☐	☐	☐	☐
13. Estoy desasosegada	☐	☐	☐	☐
14. Me siento muy "atada" (como oprimida)	☐	☐	☐	☐
15. Estoy relajada	☐	☐	☐	☐
16. Me siento satisfecha	☐	☐	☐	☐
17. Estoy preocupada	☐	☐	☐	☐
18. Me siento aturdida y sobreexcitada	☐	☐	☐	☐
19. Me siento alegre	☐	☐	☐	☐
20. En este momento estoy bien	☐	☐	☐	☐

Anexo 8. Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory-BDI: Beck, 1978; Beck, Steer y Harbin, 1988; adaptación española de Vázquez y Sanz, 1997).

Por favor, lea con atención las siguientes afirmaciones. Para cada número, rodee con un círculo la que más se aproxime a su estado actual

1.
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento siempre triste y no puedo dejar de estarlo.
 - d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
2.
 - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo nada que esperar.
 - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
 - a. No me siento fracasado.
 - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
 - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 - c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
 - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
 - a. No me siento especialmente culpable.
 - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - c. Me siento culpable casi siempre.
 - d. Me siento culpable constantemente, siempre.
6.
 - a. No creo que este siendo castigado.
 - b. Creo que puedo ser castigado.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Creo que estoy siendo castigado.
7.
 - a. No me siento decepcionado de mi mismo.
 - b. Me he decepcionado a mi mismo.
 - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
 - d. Me odio.
8.
 - a. No creo ser peor que los demás.
 - b. Me critico por mis debilidades o errores.
 - c. Me culpo siempre por mis errores.
 - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
9.
 - a. No pienso en matarme.
 - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - c. Me gustaría matarme.
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.
 - a. No lloro más de lo de costumbre.
 - b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
 - c. Ahora lloro todo el tiempo.
 - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

11.

- a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
- b. Las cosas me irritan más que de costumbre.
- c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
- d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.

12.

- a. No he perdido el interés por otras cosas.
- b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
- c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
- d. He perdido todo mi interés por otras personas.

13.

- a. Tomo decisiones casi siempre.
- b. Postergo tomar decisiones más que de costumbre.
- c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
- d. Ya no puedo tomar decisiones.

14.

- a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
- c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
- d. Creo que me veo feo.

15.

- a. Puedo trabajar tan bien como antes.
- b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
- c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
- d. No puedo trabajar en absoluto.

16.

- a. Puedo dormir tan bien como antes.
- b. No puedo dormir tan bien como solía.
- c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
- d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.

17.

- a. No me canso más que de costumbre.
- b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
- c. Me canso sin hacer nada.
- d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

18.

- a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
- b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
- c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
- d. Ya no tengo apetito.

19.

- a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
- b. He rebajado más de dos kilos y medio.
- c. He rebajado más de cinco kilos.
- d. He rebajado más de siete kilos y medio.

20.

- a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
- b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
- c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21.

- a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
- c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Anexo 9. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) (Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS: Zigmond y Snaith, 1983; adaptación de Terol *et al.*, 2007; Cabrera *et al.*, 2015).

A continuación leerá unas frases que pueden describir cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada frase y cada una de las respuestas atentamente e indique qué respuesta coincide mejor con **CÓMO SE HA SENTIDO USTED EN LA ÚLTIMA SEMANA**.

1. Me siento Tenso/a o Nervioso/a ☐ Casi todo el día ☐ Gran parte del día ☐ De vez en cuando ☐ Nunca	8. Me siento lento/a y torpe: ☐ Gran parte del día ☐ A menudo ☐ A veces ☐ Nunca
2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre ☐ Igual que antes ☐ No tanto como antes ☐ Solamente un poco ☐ Ya no disfruto con nada	9. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos en el estómago" ☐ Nunca ☐ Sólo en algunas ocasiones ☐ A menudo ☐ Muy a menudo
3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder ☐ Sí y muy intenso ☐ Sí, pero no muy intenso ☐ Sí, pero no me preocupa ☐ No siento nada de eso	10. He perdido el interés por mi aspecto personal ☐ Completamente ☐ No me cuido como debiera hacerlo ☐ Es posible que no me cuido como debiera ☐ Me cuido como siempre lo he hecho
4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas ☐ Igual que siempre ☐ Actualmente algo menos ☐ Actualmente mucho menos ☐ Actualmente en absoluto	11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme ☐ Realmente mucho ☐ Bastante ☐ No mucho ☐ En absoluto
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones ☐ Casi todo el día ☐ Gran parte del día ☐ De vez en cuando ☐ Nunca	12. Tengo ilusión por las cosas ☐ Como siempre ☐ Algo menos que antes ☐ Mucho menos que antes ☐ En absoluto
6. Me siento alegre ☐ Nunca ☐ Muy pocas veces ☐ En algunas ocasiones ☐ Gran parte del día	13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor ☐ Muy a menudo ☐ Con cierta frecuencia ☐ Raramente ☐ Nunca
7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente ☐ Siempre ☐ A menudo ☐ Raras veces ☐ Nunca	14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o de televisión: ☐ A menudo ☐ Algunas veces ☐ Pocas veces ☐ Casi nunca

Anexo 10. Escala de Comparación Social en los Procesos de Enfermedad (van der Zee et al., 1999; Adaptación española de Terol et al., 2014).

En nuestra vida diaria, solemos valorar lo que hacemos o nuestra situación fijándonos en los demás (amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc.). Si nos encontramos con una persona que hace tiempo que no veíamos y nos cuenta como le ha ido, a veces podemos valorar si a nosotros nos ha ido mejor, igual o peor que a ella. Estas valoraciones no son buenas ni malas, sino sólo una forma de actuar al relacionarnos con los demás. En el caso de su enfermedad puede que usted haga estas valoraciones cuando se relaciona con otras personas con problemas similares a los suyos, o cuando ve en algunos programas de televisión a gente que tiene molestias y enfermedades. Al tener esta información sobre otros pacientes, le puede parecer que ellos/as están mejor o peor que usted, y esto puede hacerle valorar de un modo u otro el estado actual de su enfermedad.

Le vamos a presentar una serie de pensamientos o sentimientos que se refieren a cómo reacciona usted al encontrarse con otras personas con problemas de salud parecidos a los suyos. **Marque con una cruz (X) la alternativa que mejor define las veces que usted piensa o siente cada una de las afirmaciones que le describimos.** No existen respuestas correctas o incorrectas sólo nos interesa saber cómo se siente o qué piensa usted.

Estas primeras seis afirmaciones son sobre lo que siente o piensa cuando está en una situación en la que un paciente se encuentra **mejor** que usted.

CUANDO pienso o veo a otros que están MEJOR que yo....

	Nunca	Rara Vez	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. Me imagino que yo también puedo mejorar.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Me alegra saber que yo también puedo mejorar.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tengo esperanzas de que yo también podré mejorar.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Me siento asustado al notar que yo no estoy tan bien.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Me siento disgustado por mi propia situación.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Me doy cuenta de que no estoy tan bien y eso me entristece.	☐	☐	☐	☐	☐

Ahora, las seis afirmaciones siguientes son sobre lo que usted siente o piensa cuando está en una situación en la que un paciente se encuentra **peor** que usted. Preste atención, todas las preguntas son sobre los problemas referentes a su enfermedad.

CUANDO pienso o veo a otros que están PEOR que yo....

	Nunca	Rara Vez	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. Tengo miedo de que yo vaya a empeorar.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Pienso que yo estaré así en el futuro.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tengo miedo de que yo también pueda estar así.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Me alegra que yo no esté tan mal.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ver que no estoy tan mal me alivia.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Me doy cuenta de que estoy bastante bien.	☐	☐	☐	☐	☐

Le vamos a presentar otras 3 preguntas respecto al tipo de personas en las que se suele fijar o pensar para valorar su situación actual.

Señale con cuánta frecuencia se fija usted en OTRAS PERSONAS.....

	Nunca	Rara Vez	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. Sin problemas de salud	☐	☐	☐	☐	☐
2. Con otros problemas de salud diferentes a los suyos	☐	☐	☐	☐	☐
3. Con problemas similares a los suyos	☐	☐	☐	☐	☐

Ahora, le presentamos otras 3 preguntas respecto a que aspectos de su situación actual suele hacer este tipo de valoraciones.

Con cuánta frecuencia se fija usted en COSAS como ...

	Nunca	Rara Vez	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. Su estado de Ánimo propio (nervios o ansiedad..)	☐	☐	☐	☐	☐
2. Síntomas propios (dolor, problemas físicos o de aspecto, problemas de sueño, fatiga...)	☐	☐	☐	☐	☐
3. Actividades Físicas que hace usted (pasear, subir escaleras, tareas domésticas, trabajo...)	☐	☐	☐	☐	☐

Para terminar, conteste a esta última pregunta:

En general, usted diría que suele valorar su situación actual fijándose en personas que están:

- ☐ PEOR que usted
- ☐ MÁS O MENOS IGUAL que usted
- ☐ MEJOR que usted

CURRICULUM VITAE





Currículum vitae Impreso normalizado

Número de hojas que contiene: 26

Nombre: VICTOR MANUEL CABRERA PERONA

Fecha: 20 MAYO 2017

Firma:



El arriba firmante declara que son ciertos los datos que figuran en este currículum, asumiendo en caso contrario las responsabilidades que pudieran derivarse de las inexactitudes que consten en el mismo.

No olvide que es necesario firmar al margen cada una de las hojas

Este currículum no excluye que en el proceso de evaluación se le requiera para ampliar la información aquí contenida.

DATOS PERSONALES

APELLIDOS: CABRERA PERONA
NOMBRE: VICTOR MANUEL *SEXO:* H
DNI: 33488786G

DIRECCIÓN: AV. UNIVERSIDAD S/N
CIUDAD: ELCHE (ALICANTE) *CODIGO POSTAL:* 03202
CORREO ELECTRÓNICO: vcabrera@umh.es

DATOS DEL CENTRO DE ADSCRIPCIÓN

ORGANISMO: UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ ELCHE
FACULTAD, ESCUELA o INSTITUTO DEL C.S.I.C.: FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIOSANITARIAS
DEPT./SECC./ UNIDAD ESTR.: DEPARTAMENTO PSICOLOGÍA DE LA SALUD
DIRECCIÓN POSTAL: 03203
TELÉFONO (indicar prefijo, número y extensión): 965919466

FORMACIÓN ACADÉMICA REGLADA

LICENCIATURA/INGENIERIA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
CENTRO: UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ ELCHE
FECHA: 23/09/2010

MASTER: MASTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD
CENTRO: UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ ELCHE
FECHA: 26/10/2011

DOCTORADO: DOCTORADO EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD.
CENTRO: UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ ELCHE . DEPARTAMENTO PSICOLOGÍA
DE LA SALUD.
FECHA: - CURSANDO
CALIFICACIÓN: - CURSANDO

FORMACIÓN ACADÉMICA NO REGLADA

CURSO: FIBRODOLOR 2015: ACTUALIZACIÓN EN DOLOR CRÓNICO Y FIBROMIALGIA
CENTRO: FUNDACIÓN AFECTADOS FIBROMIALGIA Y SÍNDROME FATIGA CRÓNICA
DURACIÓN: 32 HORAS (5,4 CREDITOS)
CERTIFICADO/DIPLOMA/TÍTULO: DIPLOMA
FECHA: 2 FEBRERO AL 31 AGOSTO 2015

CURSO: FIBRODOLOR ONLINE 2013-2014
CENTRO: FUNDACIÓN AFECTADOS FIBROMIALGIA Y SÍNDROME FATIGA CRÓNICA
DURACIÓN: 28 HORAS (3,8 CREDITOS)
CERTIFICADO/DIPLOMA/TÍTULO: DIPLOMA
FECHA: 21 ABRIL AL 3 NOVIEMBRE 2014

CURSO: PROGRAMA FORMACIÓN DOCENTE UMH. DIPLOMA INICIACIÓN A LA
DOCENCIA UNIVERSITARIA
CENTRO: UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ ELCHE
DURACIÓN: 100 HORAS
CERTIFICADO/DIPLOMA/TÍTULO: DIPLOMA
FECHA: SEPTIEMBRE 2011

CURSO: CURSO DE ACOGIDAS AL PACIENTE DE JUEGO PATOLÓGICO
CENTRO: FUNDAR-FUNDACIÓN SOLIDARIDAD Y VOLUNTARIADO COMUNITAT
VALENCIANA
DURACIÓN: 20 HORAS
CERTIFICADO/DIPLOMA/TÍTULO: DIPLOMA
FECHA: OCTUBRE 2009

CURSO: CURSO DE COTERAPIA EN EL ÁMBITO DEL JUEGO PATOLÓGICO
CENTRO: FUNDAR-FUNDACIÓN SOLIDARIDAD Y VOLUNTARIADO COMUNITAT
VALENCIANA
DURACIÓN: 20 HORAS
CERTIFICADO/DIPLOMA/TÍTULO: DIPLOMA
FECHA: OCTUBRE 2009

CURSO: JUEGO PATOLÓGICO Y ADICCIONES A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS
CENTRO: INID. INSTITUTO NACIONAL INVESTIGACIÓN DROGODEPENDENCIAS.
ALICANTE
DURACIÓN: 12 HORAS
CERTIFICADO/DIPLOMA/TÍTULO: DIPLOMA
FECHA: MAYO 2009

CURSO: MICROSOFT CERTIFIED. DESARROLLO DE SITIOS WEB.
CENTRO: NANFOR IBERICA. VALENCIA
DURACIÓN: 40 HORAS
CERTIFICADO/DIPLOMA/TÍTULO: DIPLOMA
FECHA: JUNIO 2004

CURSO: MICROSOFT CERTIFIED. DISEÑO Y ADMINISTRACIÓN DE BASES DE DATOS.
SISTEMAS GESTORES SQL.
CENTRO: NANFOR IBERICA. VALENCIA
DURACIÓN: 40 HORAS
CERTIFICADO/DIPLOMA/TÍTULO: DIPLOMA
FECHA: JUNIO 2004

OTRAS BECAS/AYUDAS DISFRUTADAS

INSTITUCIÓN: MINISTERIO DE EDUCACIÓN. AYUDA A FORMACIÓN DE PROFESORADO
(FPU). Convocatoria 2010. Referencia del proyecto: AP2010-1870
FECHA: 1/12/2011 a 31/11/2015

IDIOMAS (Indicar el nivel. Excelente, Bueno, Básico)

IDIOMA: INGLÉS
LECTURA: B1 – UPPER INTERMEDIATE - BUENO
ESCRITURA: B1 – UPPER INTERMEDIATE - BUENO
EXPRESIÓN ORAL: B1 –UPPER INTERMEDIATE - BUENO

PUBLICACIONES RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON TESIS DOCTORAL

AUTORES (p.o. de firma): **CABRERA PERONA, V.**, TEROL CANTERO, M.C., MARTÍN-ARAGÓN, M.

TÍTULO: SOCIAL COMPARISON PROCESSES IN WOMEN WITH FIBROMYALGIA: PATIENT SUBTYPES

NOMBRE DE LA REVISTA: (MANUSCRITO ENVIADO PARA SU REVISIÓN Y PUBLICACIÓN – ANXIETY, STRESS AND COPING)

Volumen: -

Páginas (inicial y final): -

País de publicación: -

Año de publicación: -

ISSN: -

AUTORES (p.o. de firma): **CABRERA PERONA, V.**, BUUNK, B.P., TEROL CANTERO, M.C., QUILES MARCOS, Y., MARTÍN-ARAGÓN, M.

TÍTULO: SOCIAL COMPARISON PROCESSES AND CATASTROPHIZING IN FIBROMYALGIA: A PATH ANALYSIS.

NOMBRE DE LA REVISTA: PSYCHOLOGY & HEALTH

Volumen: 32(6)

Páginas (inicial y final): 745-764

DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2017.1307370>

Editorial: -

País de publicación: UK

Año de publicación: 2017

ISSN: 1476-8321

AUTORES (p.o. de firma): **CABRERA PERONA, V.**, MARTÍN-ARAGÓN, M., TEROL CANTERO, M.C., NUÑEZ NUÑEZ, R., PASTOR MIRA, M.A.

TÍTULO: ESCALA DE ANSIEDAD HOSPITALARIA EN FIBROMIALGIA: ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD,

NOMBRE DE LA REVISTA: TERAPIA PSICOLÓGICA

Volumen: 3

Páginas (inicial y final): 181-193

Editorial: SOCIEDAD CHILENA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

País de publicación: CHILE

Año de publicación: 2015

ISSN: 0718-4808

AUTORES (p.o. de firma): TEROL CANTERO, M.C., **CABRERA PERONA, V.**, MARTÍN-ARAGÓN, M.

TÍTULO: REVISIÓN DE ESTUDIOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HAD) EN MUESTRAS ESPAÑOLAS.

NOMBRE DE LA REVISTA: ANALES DE PSICOLOGÍA

Volumen: 31(2)

Páginas (inicial y final): 494-503

DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>

Editorial: SERVICIO DE PUBLICACIONES – UNIVERSIDAD DE MURCIA.

País de publicación: ESPAÑA. *Año de publicación:* 2015

ISSN: 0212-9728

PUBLICACIONES NO RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON TESIS DOCTORAL

AUTORES (p.o. de firma): LLORET, D., **CABRERA PERONA, V.**, Y SANZ, Y.

TÍTULO: RELACIONES ENTRE HÁBITOS DE USO DE VIDEOJUEGOS, CONTROL PARENTAL Y RENDIMIENTO ESCOLAR.

NOMBRE DE LA REVISTA: EUROPEAN JOURNAL OF INVESTIGATION IN HEALTH, PSYCHOLOGY AND EDUCATION

Volumen: 3(3)

Páginas (inicial y final): 249-260

DOI: 10.1989/ejihpe.v3i3.46

Editorial: ASUNIVEP-ASOCIACIÓN UNIVERSITARIA DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA

País de publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2013

ISSN: 2174-8144

AUTORES (p.o. de firma): LLORET IRLES, D., ESPADA SÁNCHEZ, J.P., **CABRERA PERONA, V.**, BURKHART, G.

TÍTULO: PREVENCIÓN FAMILIAR DEL CONSUMO DE DROGAS EN EUROPA: UNA REVISIÓN CRÍTICA DE LOS PROGRAMAS CONTENIDOS EN EDDRA.

NOMBRE DE LA REVISTA: ADICCIONES

Volumen: 25(3)

Páginas (inicial y final): 226-234

DOI: -

Editorial: SOCIEDAD CIENTÍFICA SOCIDROGALCOHOL.

País de publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2013

ISSN: 0214-4840

AUTORES (p.o. de firma): BERNABÉ CASTAÑO, M., MARTÍN-ARAGÓN, M., TEROL CANTERO, M^ªC., QUILES SEBASTIÁN, M.J., **CABRERA PERONA, V.**

TÍTULO: ANÁLISIS DE ALGUNOS ELEMENTOS DE BIENESTAR LABORAL EN LOS MÉDICOS DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS. ENTRE LA ILUSIÓN Y EL AGOTAMIENTO.

NOMBRE DE LA REVISTA: ANSIEDAD Y ESTRÉS

Volumen: 17(2-3)

Páginas (inicial y final): 221-231

DOI: -

Editorial: SEAS- SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS

País de publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2011

ISSN: 1134-7937

LIBROS/CAPÍTULOS DE LIBROS

AUTORES (p.o. de firma): **CABRERA PERONA, V.**

TÍTULO DEL LIBRO: LOS MENORES Y LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, LA COMUNICACIÓN Y EL OCIO: UNA GUÍA PARA PADRES (DIPUTACIÓN DE ALICANTE).

TÍTULO CAPÍTULO/S: PREVENCIÓN SOBRE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, LA COMUNICACIÓN Y EL OCIO EN MENORES.

Volumen:

Editorial: DIPUTACIÓN DE ALICANTE

Páginas (inicial y final): 93-108

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2015

ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: A 407-2014

AUTORES (p.o. de firma): **CABRERA PERONA, V.**

TÍTULO DEL LIBRO: LOS MENORES Y LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, LA COMUNICACIÓN Y EL OCIO: UNA GUÍA PARA PADRES (DIPUTACIÓN DE ALICANTE).

TÍTULO CAPÍTULO/S: ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN PARENTAL.

Volumen:

Editorial: DIPUTACIÓN DE ALICANTE

Páginas (inicial y final): 113-132

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2015

ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: A 407-2014

AUTORES (p.o. de firma): **CABRERA PERONA, V., VÁZQUEZ BOTANA, A.**

TÍTULO DEL LIBRO: DETECCIÓN TEMPRANA DEL CONSUMO DE DROGAS EN EUROPA (LLORET, MORIANO Y VAZQUEZ (Eds)).

TÍTULO CAPÍTULO/S: EL PROYECTO E-NEEDD. EUROPEAN NETWORK ON EXCHANGE EARLY DETECTION DRUG-COMPSUMPTION: UNA EXPERIENCIA COMENIUS.

Volumen:

Editorial: UNED. CIENCIAS DE LA SALUD.

Páginas (inicial y final): 11-18

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2012

ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: 978-84-362-6380-0

PUBLICACIONES ELECTRÓNICAS/ON LINE

AUTORES (p.o. de firma):

TÍTULO:

NOMBRE DE LA REVISTA:

Volumen:

Páginas (inicial y final):

Editorial:

País de publicación:

Año de publicación:

DOI/ISSN:

PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN FINANCIADOS

TÍTULO DEL PROYECTO: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENCIA TEMPRANA DESDE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD. ANÁLISIS DEL SEXISMO HOSTIL Y BENÉVOLO Y DETECCIÓN PRECOZ DE CONDUCTAS DE ABUSO

ENTIDAD FINANCIADORA: FUNDACIÓN OBRA SOCIAL LA CAIXA / MUJERES VECINALES ELCHE

TIPO DE CONVOCATORIA (Nacional o Internacional): NACIONAL

DURACIÓN DESDE: 2016 **HASTA:** 2017

INVESTIGADOR PRINCIPAL: VICTOR CABRERA PERONA

NÚMERO DE INVESTIGADORES PARTICIPANTES: 2

GRADO DE RESPONSABILIDAD/PARTICIPACIÓN: INVESTIGADOR PRINCIPAL

TÍTULO DEL PROYECTO: FORTALECIMIENTO DE UN SERVICIO DE MEDIACIÓN COMUNITARIA Y FAMILIAR EN LA CIUDAD DE ELCHE. TRANSMISIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS VECINALES. ESTUDIO SOBRE LAS BARRERAS E INCONVENIENTES DE LA CIUDADANÍA PARA ACCEDER A LA MEDIACIÓN

ENTIDAD FINANCIADORA: FUNDACIÓN OBRA SOCIAL LA CAIXA / EDUCARE SOCIAL

TIPO DE CONVOCATORIA (Nacional o Internacional): NACIONAL

DURACIÓN DESDE: 2016 **HASTA:** 2017

INVESTIGADOR PRINCIPAL: VICTOR CABRERA PERONA

NÚMERO DE INVESTIGADORES PARTICIPANTES: 2

GRADO DE RESPONSABILIDAD/PARTICIPACIÓN: INVESTIGADOR PRINCIPAL

TÍTULO DEL PROYECTO: JUEGO DE APUESTAS EN ADOLESCENTES EN LA PROVINCIA DE ALICANTE. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS.

ENTIDAD FINANCIADORA: DIPUTACIÓN DE ALICANTE

TIPO DE CONVOCATORIA (Nacional o Internacional): NACIONAL

DURACIÓN DESDE: 2016 **HASTA:** 2016

INVESTIGADOR PRINCIPAL: DANIEL LLORET IRLES

NÚMERO DE INVESTIGADORES PARTICIPANTES: 4

GRADO DE RESPONSABILIDAD/PARTICIPACIÓN: INVESTIGADOR

TÍTULO DEL PROYECTO: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENCIA TEMPRANA DESDE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD. ANÁLISIS DEL SEXISMO HOSTIL Y BENÉVOLO Y DETECCIÓN PRECOZ DE CONDUCTAS DE ABUSO

ENTIDAD FINANCIADORA: FUNDACIÓN OBRA SOCIAL LA CAIXA / MUJERES VECINALES ELCHE

TIPO DE CONVOCATORIA (Nacional o Internacional): NACIONAL

DURACIÓN DESDE: 2016 **HASTA:** 2017

INVESTIGADOR PRINCIPAL: VICTOR CABRERA PERONA

NÚMERO DE INVESTIGADORES PARTICIPANTES: 2

GRADO DE RESPONSABILIDAD/PARTICIPACIÓN: INVESTIGADOR PRINCIPAL

TÍTULO DEL PROYECTO: CYBERBULLYING. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA. CONVIVENCIA A TRAVÉS DE LA MEDIACIÓN ESCOLAR ENTRE IGUALES EN LA PROVINCIA DE ALICANTE

ENTIDAD FINANCIADORA: FUNDACIÓN OBRA SOCIAL LA CAIXA / EDUCARE SOCIAL / ASOCIACIÓN VIDA LIBRE ALICANTE

TIPO DE CONVOCATORIA (Nacional o Internacional): NACIONAL

DURACIÓN DESDE: 2015 **HASTA:** 2015

INVESTIGADOR PRINCIPAL: VICTOR CABRERA PERONA

NÚMERO DE INVESTIGADORES PARTICIPANTES: 3

GRADO DE RESPONSABILIDAD/PARTICIPACIÓN: INVESTIGADOR PRINCIPAL

TÍTULO DEL PROYECTO: OFICINAS VECINALES DE ATENCIÓN AL CONFLICTO (OVAC). MEDIACIÓN COMUNITARIA EN BARRIOS. INFORME DEL CONFLICTO VECINAL EN LA CIUDAD DE ELCHE. FACTORES CONDICIONANTES DEL CONFLICTO.

ENTIDAD FINANCIADORA: FUNDACIÓN OBRA SOCIAL LA CAIXA / EDUCARE SOCIAL /

TIPO DE CONVOCATORIA (Nacional o Internacional): NACIONAL

DURACIÓN DESDE: 2014 **HASTA:** 2014

INVESTIGADOR PRINCIPAL: VICTOR CABRERA PERONA

NÚMERO DE INVESTIGADORES PARTICIPANTES: 3

GRADO DE RESPONSABILIDAD/PARTICIPACIÓN: INVESTIGADOR PRINCIPAL

TÍTULO DEL PROYECTO: ANÁLISIS DE LOS FACTORES FAVORECEDORES DE LAS ACTITUDES AGRESIVAS Y VIOLENTAS EN EL DEPORTE ESPECTÁCULO: PROPUESTA DE UN PLAN DE INTERVENCIÓN PARA DESARROLLAR VALORES PROSOCIALES Y NO-SEXISTAS EN EDAD ESCOLAR

ENTIDAD FINANCIADORA: CÁTEDRA REAL MADRID UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID

TIPO DE CONVOCATORIA (Nacional o Internacional): NACIONAL

DURACIÓN DESDE: 2011 **HASTA:** 2011

INVESTIGADOR PRINCIPAL: DRA. ANTONIA PELEGRIN MUÑOZ

NÚMERO DE INVESTIGADORES PARTICIPANTES: 4

GRADO DE RESPONSABILIDAD/PARTICIPACIÓN: AUXILIAR TÉCNICO-BECARIO

TÍTULO DEL PROYECTO: E---NEEDD---EUROPEAN NETWORK ON EXCHANGE EARLY DETECTION DRUG CONSUMPTION. PROYECTO MULTILATERAL EUROPEO COMENIUS N° 142375-LLP-1-2008-1-ES-COMENIUS-CM

ENTIDAD FINANCIADORA: EUROPEAN COMISSION

TIPO DE CONVOCATORIA (Nacional o Internacional): INTERNACIONAL

DURACIÓN DESDE: 2008 **HASTA:** 2010

INVESTIGADOR PRINCIPAL: DANIEL LLORET IRLLES

NÚMERO DE INVESTIGADORES PARTICIPANTES: 8

GRADO DE RESPONSABILIDAD/PARTICIPACIÓN: AUXILIAR TÉCNICO DE INVESTIGACIÓN

SOLICITANTES (p.o. de firma):

TÍTULO:

Nº DE SOLICITUD:

FECHA DE PRESENTACIÓN:

FECHA DE CONCESIÓN:

ENTIDAD TITULAR:

CONCEDIDA POR LA OFICINA ESPAÑOLA, CON EXAMEN PREVIO:

ÁMBITO DE LA PATENTE (Nacional, Europea, Internacional, PCT...):

CONTRATO DE LICENCIA O COMPRAVENTA:

EMPRESA/S QUE LA ESTA/N EXPLOTANDO:



**CONTRIBUCIONES A CONGRESOS RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON TESIS
DOCTORAL**

AUTOR/ES: CABRERA PERONA, V., TEROL CANTERO, M.C., MARTÍN-ARAGON,, M.,
BERBABÉ CASTAÑO, M.

TÍTULO: COMPARACIÓN SOCIAL EN MUJERES CON FIBROMIALGIA: PERFILES DE
PACIENTES

ENTIDAD ORGANIZADORA: SOCIEDAD CIENTIFICA ESPAÑOLA PSICOLOGÍA SOCIAL.

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO: : XIII CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA SOCIAL.

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL.

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: -

Editorial: -

Páginas (inicial y final): -

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2016

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene

LUGAR DE CELEBRACIÓN: ELCHE

AÑO: 2016 (20-22 OCTUBRE)

AUTOR/ES: CABRERA PERONA, V., TEROL CANTERO, M.C., MARTÍN-ARAGON,, M.

TÍTULO: EL HAD (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN) COMO HERRAMIENTA ÚTIL PARA
TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN FIBROMIALGIA.

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO: II CONGRESO INTERNACIONAL TERAPIA OCUPACIONAL

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL.

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: -

Editorial: -

Páginas (inicial y final): -

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2016

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene

LUGAR DE CELEBRACIÓN: SAN JUAN DE ALICANTE

AÑO: 2016 (19-20 MAYO)

AUTOR/ES: CABRERA PERONA, V., TEROL CANTERO, M.C., MARTÍN-ARAGON,, M.

TÍTULO: ¿TIENE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FIBROMIALGIA RELACIONES CON
EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD?

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO: II CONGRESO INTERNACIONAL TERAPIA OCUPACIONAL

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL.

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: -

Editorial: -
Páginas (inicial y final): -
País de Publicación: ESPAÑA
Año de publicación: 2016
ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene
LUGAR DE CELEBRACIÓN: SAN JUAN DE ALICANTE
AÑO: 2016 (19-20 MAYO)

AUTOR/ES: **CABRERA PERONA, V.,** TEROL CANTERO, M.C., MARTÍN-ARAGON,, M.
TÍTULO: PACIENTES CON FIBROMIALGIA: COMPARACION SOCIAL E INTERVENCION DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL.

ENTIDAD ORGANIZADORA:
TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER
CONGRESO: I CONGRESO INTERNACIONAL TERAPIA OCUPACIONAL
ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL.
DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: -
Editorial: -
Páginas (inicial y final): -
País de Publicación: ESPAÑA
Año de publicación: 2015
ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene
LUGAR DE CELEBRACIÓN: SAN JUAN DE ALICANTE
AÑO: 2015 (12-14 MAYO)

AUTOR/ES: **CABRERA PERONA, V.,** TEROL CANTERO, M.C., MARTÍN-ARAGON,, M.
TÍTULO: EL DOLOR EN FIBROMIALGIA Y SUS RELACIONES CON EL IMPACTO FUNCIONAL: ESTRATEGIAS DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

ENTIDAD ORGANIZADORA:
TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER
CONGRESO: I CONGRESO INTERNACIONAL TERAPIA OCUPACIONAL
ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL.
DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: -
Editorial: -
Páginas (inicial y final): -
País de Publicación: ESPAÑA
Año de publicación: 2015
ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene
LUGAR DE CELEBRACIÓN: SAN JUAN DE ALICANTE
AÑO: 2015 (12-14 MAYO)

AUTOR/ES: **CABRERA PERONA, V.,** TEROL CANTERO, M.C., MARTÍN-ARAGON,, M.
BERNABÉ CASTAÑO, M.

TÍTULO: PREDICCIÓN DE LA COMPARACIÓN SOCIAL SOBRE PENSAMIENTO CATASTROFISTA E IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA.

ENTIDAD ORGANIZADORA:
TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER
CONGRESO: XII CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA SOCIAL.
ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL.
DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: 1
Editorial: SCEPS. SOCIEDAD CIENTIFICA ESPAÑOLA PSICOLOGÍA SOCIAL.
Páginas (inicial y final): 253-254.

País de Publicación: ESPAÑA
Año de publicación: 2014
ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: 978-84-697-1464-5.
LUGAR DE CELEBRACIÓN: SEVILLA
AÑO: 2014 (20-22 NOVIEMBRE)

AUTOR/ES: CABRERA PERONA, V., TEROL CANTERO, M.C., MARTÍN-ARAGON,, M. BERNABÉ CASTAÑO, M.
TÍTULO: PREDICCIÓN DE LA COMPARACIÓN SOCIAL SOBRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y RESULTADOS DE SALUD EN FIBROMIALGIA.
ENTIDAD ORGANIZADORA:
TIPO DE PARTICIPACIÓN:POSTER
CONGRESO: XII CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA SOCIAL.
ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL.
DATOS DE LA PUBLICACIÓN:
Volumen: 1
Editorial: SCEPS. SOCIEDAD CIENTIFICA ESPAÑOLA PSICOLOGÍA SOCIAL.
Páginas (inicial y final): 253-254.
País de Publicación: ESPAÑA
Año de publicación: 2014
ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: 978-84-697-1464-5.
LUGAR DE CELEBRACIÓN: SEVILLA
AÑO: 2014 (20-22 NOVIEMBRE)

AUTOR/ES: CABRERA PERONA, V., TEROL CANTERO, M.C., MARTÍN-ARAGON, M.,
TÍTULO: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN Y VARIABLES CLÍNICAS DE DOLOR
ENTIDAD ORGANIZADORA:
TIPO DE PARTICIPACIÓN:POSTER
CONGRESO: X CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS
ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL.
DATOS DE LA PUBLICACIÓN:
Volumen: 1
Editorial: SEAS-SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS
Páginas (inicial y final): 31
País de Publicación: ESPAÑA
Año de publicación: 2014
ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: 978-84-617-1440-7
LUGAR DE CELEBRACIÓN: VALENCIA
AÑO: 2014 (11-13 SEPTIEMBRE)

AUTOR/ES: CABRERA PERONA, V., TEROL CANTERO, M.C., MARTÍN-ARAGON, M.,
TÍTULO: FUNCIONALIDAD/SATIFACCIÓN FAMILIAR Y VARIABLES CLÍNICAS DE DOLOR
ENTIDAD ORGANIZADORA:
TIPO DE PARTICIPACIÓN:POSTER
CONGRESO: X CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS
ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL.
DATOS DE LA PUBLICACIÓN:
Volumen: 1
Editorial: SEAS-SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS
Páginas (inicial y final): 30

País de Publicación: ESPAÑA
Año de publicación: 2014
ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: 978-84-617-1440-7
LUGAR DE CELEBRACIÓN: VALENCIA
AÑO: 2014 (11-13 SEPTIEMBRE)

AUTOR/ES: CABRERA PERONA, V., TEROL CANTERO, M.C., MARTÍN-ARAGON, M.,
TÍTULO: PENSAMIENTO CATASTROFISTA Y VARIABLES CLÍNICAS DE DOLOR
ENTIDAD ORGANIZADORA:
TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER
CONGRESO: X CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS
ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL.
DATOS DE LA PUBLICACIÓN:
Volumen: 1
Editorial: SEAS-SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS
Páginas (inicial y final): 29
País de Publicación: ESPAÑA
Año de publicación: 2014
ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: 978-84-617-1440-7
LUGAR DE CELEBRACIÓN: VALENCIA
AÑO: 2014 (11-13 SEPTIEMBRE)

AUTOR/ES: CABRERA PERONA, V., TEROL CANTERO, M.C., MARTÍN-ARAGON, M., BERNABE CASTAÑO, M.
TÍTULO: COMPARACIÓN SOCIAL Y VARIABLES PSICOSOCIALES RELACIONADAS: UNA REVISIÓN EN ENFERMEDAD CRÓNICA
ENTIDAD ORGANIZADORA:
TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER
CONGRESO: CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA DE LA SALUD.
ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL.
DATOS DE LA PUBLICACIÓN:
Volumen: -
Editorial:-
Páginas (inicial y final): -
País de Publicación: CHILE
Año de publicación: 2013
ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene
LUGAR DE CELEBRACIÓN: SANTIAGO DE CHILE (CHILE)
AÑO: 2013 (14-15 NOVIEMBRE)

AUTOR/ES: CABRERA PERONA, V., TEROL CANTERO, M.C., MARTÍN-ARAGON, M., BERNABE CASTAÑO, M.
TÍTULO: ¿CÓMO SE RELACIONAN COMPARACIÓN SOCIAL Y PENSAMIENTO CATASTROFISTA EN FIBROMIALGIA? DIFERENCIAS EN PERCEPCIÓN DE FUTURO LABORAL.
ENTIDAD ORGANIZADORA:
TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER
CONGRESO: CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA DE LA SALUD.
ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL
DATOS DE LA PUBLICACIÓN:
Volumen: -
Editorial:-

Páginas (inicial y final): -

País de Publicación: CHILE

Año de publicación: 2013

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene

LUGAR DE CELEBRACIÓN: SANTIAGO DE CHILE (CHILE)

AÑO: 2013 (14-15 NOVIEMBRE)

AUTOR/ES: CABRERA PERONA, V., TEROL CANTERO, M.C., MARTÍN-ARAGON, M.

TÍTULO: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CRÓNICOS

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO: IV JORNADAS EMOCIONES Y BIENESTAR. XX REUNIÓN ANUAL SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS.

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: -

Editorial: -

Páginas (inicial y final): -

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2013

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: -

LUGAR DE CELEBRACIÓN: MADRID

AÑO: 2013 (3-4 OCTUBRE)

AUTOR/ES: CABRERA PERONA, V., TEROL CANTERO, M.C., MARTÍN-ARAGON, M.

TÍTULO: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA. RELACIONES CON RESULTADO DE SALUD

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO: IV JORNADAS EMOCIONES Y BIENESTAR. XX REUNIÓN ANUAL SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS.

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: -

Editorial: SEAS

Páginas (inicial y final): -

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2013

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene

LUGAR DE CELEBRACIÓN: MADRID

AÑO: 2013 (3-4 OCTUBRE)

AUTOR/ES: CABRERA PERONA, V., TEROL CANTERO, M.C., PASTOR MIRA, M.A., SANZ BAÑOS, Y., ORTIN, F.

TÍTULO: ¿CÓMO SE RELACIONAN COMPARACIÓN SOCIAL Y PENSAMIENTO CATASTROFISTA EN FIBROMIALGIA? RELACIONES CON EL IMPACTO LABORAL EN PACIENTES AMBULATORIOS.

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO: IV INTERNATIONAL SYMPOSIUM FOR THE STUDY OF CHRONIC PAIN AND FIBROMYALGIA.

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL.

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: 1

Editorial: FFA. FUNDACIÓN DE AFECTADOS DE FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

Páginas (inicial y final): 25-26

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2013

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene

LUGAR DE CELEBRACIÓN: PALMA DE MALLORCA

AÑO: 2013

AUTOR/ES: TEROL CANTERO, M.C., **CABRERA PERONA, V.**, LÓPEZ-ROIG, S., SANZ BAÑOS, Y., ORTIN, F.

TÍTULO: FRECUENCIA, CONTENIDOS Y REFERENTES DE LA COMPARACIÓN SOCIAL EN FIBROMIALGIA. RELACIONES CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO: IV INTERNATIONAL SYMPOSIUM FOR THE STUDY OF CHRONIC PAIN AND FIBROMYALGIA.

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL.

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: 1

Editorial: FFA. FUNDACIÓN DE AFECTADOS DE FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

Páginas (inicial y final) 25-26:

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2013

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene

LUGAR DE CELEBRACIÓN: PALMA DE MALLORCA

AÑO: 2013

AUTOR/ES: ORTIN, F., **CABRERA PERONA, V.**, ABAD NAVARRO, E., MOYANO MORAN, A., LOPEZ-ROIG, S., PASTOR MIRA, M.A.

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, LABORALES Y PSICOSOCIALES DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE FIBROMIALGIA DEL HOSPITAL DE SAN VICENTE DEL RASPEIG (2004-2012)

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO: X CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR.

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL.

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: 1

Editorial: SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

Páginas (inicial y final):

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2013

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: 1134-8046

LUGAR DE CELEBRACIÓN: GRANADA

AÑO: 2013

AUTOR/ES: **CABRERA PERONA, V.**, TEROL CANTERO, M.C., ORTIN, F., SANZ BAÑOS, Y.

TÍTULO: FIBROMIALGIA: RELACIONES ENTRE COMPARACIÓN SOCIAL PENSAMIENTO CATASTROFISTA E IMPACTO LABORAL EN PACIENTES AMBULATORIOS

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO: X CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR.
ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL.
DATOS DE LA PUBLICACIÓN:
*Volumen:*1
Editorial: SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR
Páginas (inicial y final):
País de Publicación: ESPAÑA
Año de publicación: 2013
ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: 1134-8046
LUGAR DE CELEBRACIÓN: GRANADA
AÑO: 2013

AUTOR/ES: ORTIN, F., PASTOR MIRA, M.A., LÓPEZ-ROIG, S., **CABRERA PERONA, V.**,
ABAD NAVARRO, E., MOYANO MORAN, A.
TÍTULO: FIBROMIALGIA: VARIABLES IMPLICADAS EN LA DEMORA DE DIAGNÓSTICO.
CONSECUENCIAS EN EL IMPACTO FUNCIONAL
ENTIDAD ORGANIZADORA:
TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER
CONGRESO: X CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR.
ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL.
DATOS DE LA PUBLICACIÓN:
*Volumen:*1
Editorial: SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR
Páginas (inicial y final):
País de Publicación: ESPAÑA
Año de publicación: 2013
ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: 1134-8046
LUGAR DE CELEBRACIÓN: GRANADA
AÑO: 2013

AUTOR/ES: **CABRERA PERONA, V.**, TEROL CANTERO, M.C., NUÑEZ NUÑEZ, R., PASTOR
MIRA, M.A., ORTIN, F., SANZ BAÑOS, Y.
TÍTULO: USO DEL HAD EN POBLACIÓN CON FIBROMIALGIA
ENTIDAD ORGANIZADORA:
TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER
CONGRESO: X CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR.
ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL.
DATOS DE LA PUBLICACIÓN:
*Volumen:*1
Editorial: SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR
Páginas (inicial y final):
País de Publicación: ESPAÑA
Año de publicación: 2013
ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: 1134-8046
LUGAR DE CELEBRACIÓN: GRANADA
AÑO: 2013

AUTOR/ES: **CABRERA PERONA, V.**, TEROL CANTERO, M.C.,
TÍTULO: USO DE LA COMPARACIÓN SOCIAL Y VARIABLES PSICOSOCIALES EN
PACIENTES CRÓNICOS
ENTIDAD ORGANIZADORA:
TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER
CONGRESO: IX CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL
ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS.

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL.

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: 1

Editorial: SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS.

Páginas (inicial y final): 33

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2012

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: 978-84-695-4562-1

LUGAR DE CELEBRACIÓN: VALENCIA

AÑO: 2012

AUTOR/ES: **CABRERA PERONA, V.**, TEROL CANTERO, M.C., NUÑEZ NUÑEZ, R., PASTOR MIRA, M.A.

TÍTULO: ADECUACIÓN DEL HAD EN POBLACIÓN FIBROMIALGICA

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO: IX CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS.

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL.

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: 1

Editorial: SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS.

Páginas (inicial y final): 34

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2012

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: 978-84-695-4562-1

LUGAR DE CELEBRACIÓN: VALENCIA

AÑO: 2012

AUTOR/ES: TEROL CANTERO, M.C., SANZ BAÑOS, Y., **CABRERA PERONA, V.**

TÍTULO: ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL HAD: UNA REVISIÓN DE ESTUDIOS

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: COMUNICACIÓN CORTA

CONGRESO: VIII CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS.

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL.

LUGAR DE CELEBRACIÓN: VALENCIA

AÑO: 2010

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: 1

Editorial: SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS.

Páginas (inicial y final): 271

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2010

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal:

AUTOR/ES: TEROL CANTERO, M.C., **CABRERA PERONA, V.**, SANZ BAÑOS, Y.

TÍTULO: PREDICTORES DEL ESTADO EMOCIONAL DE MUJERES CON FIBROMIALGIA

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO: VIII CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS.

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL.

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: 1

Editorial: SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS.

Páginas (inicial y final): 272

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2010

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal

LUGAR DE CELEBRACIÓN: VALENCIA

AÑO: 2010

OTRAS CONTRIBUCIONES A CONGRESOS

AUTOR/ES: CANALES MARCO, N., BERNABÉ CASTAÑO, M., **CABRERA PERONA, V.**, MARTÍN ARAGÓN, M.

TÍTULO: EFECTOS PSICOSOCIALES DE LA EXPOSICIÓN A LA COBERTURA MEDIÁTICA DE CATÁSTROFES

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO. III CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA.

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Editorial: -

Páginas (inicial y final): -

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2017

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal

LUGAR DE CELEBRACIÓN: OVIEDO, 3-7 JULIO

AÑO: 2017

AUTOR/ES: MARTINEZ MIRA, M.E., **CABRERA PERONA, V.**, ANTÓN ESCLAPEZ, M.A.

TÍTULO: ¿DIFERENCIAN LAS CREENCIAS SEXISTAS INTERIORIZADAS LA PERCEPCIÓN DE CONDUCTAS DE ABUSO EN CHICAS ADOLESCENTES?

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO. XIV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ.

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: Congreso sin libro de resúmenes

Editorial: -

Páginas (inicial y final): -

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2017

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene

LUGAR DE CELEBRACIÓN: ELCHE, 5-7 ABRIL

AÑO: 2017

AUTOR/ES: MARTINEZ FERNÁNDEZ, V., LLORET IRLES, D., **CABRERA PERONA, V.**
TÍTULO: EL IMPACTO DE LA FAMILIA EN EL JUEGO DE APUESTAS EN ADOLESCENTES
ENTIDAD ORGANIZADORA:
TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER
CONGRESO. XIV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA.
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ.
ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL
DATOS DE LA PUBLICACIÓN:
Volumen: Congreso sin libro de resúmenes
Editorial: -
Páginas (inicial y final): -
País de Publicación: ESPAÑA
Año de publicación: 2017
ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene
LUGAR DE CELEBRACIÓN: ELCHE, 5-7 ABRIL
AÑO: 2017

AUTOR/ES: MARTINEZ FERNÁNDEZ, V., LLORET IRLES, D., **CABRERA PERONA, V.**
TÍTULO: PREVALENCIA DEL JUEGO DE APUESTAS EN ADOLESCENTES DE LA PROVINCIA DE ALICANTE
ENTIDAD ORGANIZADORA:
TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER
CONGRESO. XIV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA.
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ.
ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL
DATOS DE LA PUBLICACIÓN:
Volumen: Congreso sin libro de resúmenes
Editorial: -
Páginas (inicial y final): -
País de Publicación: ESPAÑA
Año de publicación: 2017
ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene
LUGAR DE CELEBRACIÓN: ELCHE, 5-7 ABRIL
AÑO: 2017

AUTOR/ES: **CABRERA PERONA, V.**, ANTÓN ESCLAPEZ, M.A., TEROL CANTERO, M.C., MARTÍN-ARAGON,, M.
TÍTULO: SENTIDO DE COMUNIDAD: DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DE LOS CONFLICTOS VECINALES
ENTIDAD ORGANIZADORA: SOCIEDAD CIENTIFICA ESPAÑOLA PSICOLOGÍA SOCIAL.
TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER
CONGRESO: : XIII CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA SOCIAL.
ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL.
DATOS DE LA PUBLICACIÓN:
Volumen: -
Editorial: -
Páginas (inicial y final): -
País de Publicación: ESPAÑA
Año de publicación: 2016
ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene
LUGAR DE CELEBRACIÓN: ELCHE
AÑO: 2016 (20-22 OCTUBRE)

AUTOR/ES: JIMENEZ-GOMEZ, C., **CABRERA PERONA, V.**, TEROL CANTERO, M.C., MARTÍN-ARAGON,, M.

TÍTULO: ARTETERAPIA Y TRAUMAS EMOCIONALES.

ENTIDAD ORGANIZADORA:

*TIPO DE PARTICIPACIÓN:*POSTER

CONGRESO: II CONGRESO INTERNACIONAL TERAPIA OCUPACIONAL

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL.

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: -

Editorial: -

Páginas (inicial y final): -

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2016

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene

LUGAR DE CELEBRACIÓN: SAN JUAN DE ALICANTE

AÑO: 2016 (19-20 MAYO)

AUTOR/ES: NORTES-BORRELL, M., **CABRERA PERONA, V.**, TEROL CANTERO, M.C., MARTÍN-ARAGON,, M.

TÍTULO: LA TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN LA INFANCIA

ENTIDAD ORGANIZADORA:

*TIPO DE PARTICIPACIÓN:*POSTER

CONGRESO: II CONGRESO INTERNACIONAL TERAPIA OCUPACIONAL

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL.

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: -

Editorial: -

Páginas (inicial y final): -

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2016

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene

LUGAR DE CELEBRACIÓN: SAN JUAN DE ALICANTE

AÑO: 2016 (19-20 MAYO)

AUTOR/ES: LLORET IRLLES, D. **CABRERA PERONA, V.**

TÍTULO: SCREENTIME RELATED PREVENTION RESEARCH: PREVENTION OF PROBLEMATIC AND ADDICTIVE USE OF SCREEN MEDIA – A CALL FOR ACTION

ENTIDAD ORGANIZADORA:

*TIPO DE PARTICIPACIÓN:*COMUNICACIÓN CORTA

CONGRESO: 4TH INTERNATIONAL CONFERENCE OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR PREVENTION RESEARCH (EUSPR).

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen:

Editorial:

Páginas (inicial y final):

País de Publicación: FRANCIA

Año de publicación: 2013

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene

LUGAR DE CELEBRACIÓN: PARIS

AÑO: 2013

AUTOR/ES: LLORET IRLES, D., **CABRERA PERONA, V.**, SANZ BAÑOS, Y.
TÍTULO: RELACIONES ENTRE HÁBITOS DE USO DE VIDEOJUEGOS, CONTROL PARENTAL Y RENDIMIENTO ESCOLAR.
ENTIDAD ORGANIZADORA:
TIPO DE PARTICIPACIÓN: COMUNICACIÓN CORTA
CONGRESO: III CONGRESO INTERNACIONAL DE CONVIVENCIA ESCOLAR.
ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL
DATOS DE LA PUBLICACIÓN:
Volumen: 1
Editorial: EDITORIAL GEU
Páginas (inicial y final): 259
País de Publicación: ESPAÑA
Año de publicación: 2013
ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: 978-84-9915-955-3
LUGAR DE CELEBRACIÓN: ALMERIA
AÑO: 2013

AUTOR/ES: QUILES, Y., SANZ, Y., MARTIN-ARAGON, M., PAMIES, L., QUILES, M.J., **CABRERA PERONA, V.**
TÍTULO: AUTOEFICACIA Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN CUIDADORES DE PACIENTES CON UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.
ENTIDAD ORGANIZADORA:
TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER
CONGRESO: IX CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS.
ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL
DATOS DE LA PUBLICACIÓN:
Volumen: 1
Editorial: SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS
Páginas (inicial y final): 250
País de Publicación: ESPAÑA
Año de publicación: 2012
ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: 978-84-695-4562-1
LUGAR DE CELEBRACIÓN: VALENCIA
AÑO: 2012

AUTOR/ES: **CABRERA PERONA, V.**, PELEGRIN MUÑOZ, A., HUESCAR, E.
TÍTULO: ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS JÓVENES AFICIONADOS: PRINCIPALES MOTIVOS PARA PARTICIPAR EN EL ESPECTÁCULO DEPORTIVO
ENTIDAD ORGANIZADORA:
TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER
CONGRESO: XIII CONGRESO NACIONAL Y I FORO MEDITERRÁNEO DE PSICOLOGÍA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEL DEPORTE.
ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL
DATOS DE LA PUBLICACIÓN:
Volumen: -
Editorial: -
Páginas (inicial y final): -
País de Publicación: ESPAÑA
Año de publicación: 2012
ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: -
LUGAR DE CELEBRACIÓN: MURCIA
AÑO: 2012

AUTOR/ES: LLORET IRLES, D., ESPADA SANCHEZ, J.P., **CABRERA PERONA, V.**
TÍTULO: FAMILY PREVENTION IN EUROPE. A CRITICAL REVIEW FROM EDDRA PERSPECTIVE.

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO: INTERNATIONAL CONFERENCE AND MEMBERS MEETING. EUROPEAN SOCIETY FOR PREVENTION RESEARCH.

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: Editorial:

Páginas (inicial y final):

País de Publicación: PORTUGAL

Año de publicación: 2011

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene

LUGAR DE CELEBRACIÓN: LISBOA. AÑO: 2011

AUTOR/ES: LLORET IRLES, D., BODNARIU, A., HAZINCOP, I., **CABRERA PERONA, V.**, GÁZQUEZ PERTUSA, M., MORIANO LEON, J.A., VAZQUEZ, A., DIAS, P.

TÍTULO: EUROPEAN NETWORK ON EXCHANGE EARLY DETECTION DRUG-COMPSUMPTION. REVISIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO: XXXVIII JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: 1

Editorial: SOCIDROGALCOHOL

Páginas (inicial y final): 230-231

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2011

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: 0214-4840

LUGAR DE CELEBRACIÓN: MADRID.

AÑO: 2011

AUTOR/ES: BERNABE CASTAÑO, M., NUÑEZ NUÑEZ, R., **CABRERA PERONA, V.**, MARTÍN-ARAGON, M.

TÍTULO: ¿PODEMOS PRONOSTICAR LOS PROBLEMAS DE SUEÑO EN MÉDICOS UTILIZANDO LAS ESCALAS DEL BURNOUT?

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO: VIII CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS.

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): INTERNACIONAL

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: 1

Editorial: SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS.

Páginas (inicial y final): 22

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2010

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: -

LUGAR DE CELEBRACIÓN: VALENCIA

AÑO: 2010

AUTOR/ES: SEGURA DIEZ, M.C., GARCIA DEL CASTILLO-LÓPEZ, A., SANZ BAÑOS, Y., **CABRERA PERONA, V.**

TÍTULO: VALORACIÓN DE LOS RECURSOS WEB SOBRE TRASTORNOS ADICTIVOS DESDE EL ENFOQUE DEL TRATAMIENTO

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO: XI CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA SOCIAL.

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: Vol 5

Editorial: SCEPS-Congreso Nacional Psicología Social

Páginas (inicial y final):

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2009

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: 978-84-692-5684-8.

LUGAR DE CELEBRACIÓN: TARRAGONA

AÑO: 2009

AUTOR/ES: SEGURA DIEZ, M.C., SANZ BAÑOS, Y., **CABRERA PERONA, V.**

TÍTULO: VALORACIÓN DE LOS RECURSOS WEB SOBRE DROGAS DESDE EL ENFOQUE PREVENTIVO

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO: XI CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA SOCIAL.

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: Vol 5

Editorial: SCEPS-Congreso Nacional Psicología Social

Páginas (inicial y final):

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2009

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: 978-84-692-5684-8.

LUGAR DE CELEBRACIÓN: TARRAGONA

AÑO: 2009

AUTOR/ES: SEGURA DIEZ, M.C., SANZ BAÑOS, Y., **CABRERA PERONA, V.**

TÍTULO: VALORACIÓN DE LOS RECURSOS WEB SOBRE DROGAS. ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN?

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: POSTER

CONGRESO: XI CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA SOCIAL.

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: Vol 5

Editorial: SCEPS-Congreso Nacional Psicología Social

Páginas (inicial y final):

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2009

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: 978-84-692-5684-8.

LUGAR DE CELEBRACIÓN: TARRAGONA

AÑO: 2009

AUTOR/ES: CABRERA PERONA, V., SANZ BAÑOS, Y.

TÍTULO: APROXIMACIÓN A UN ESTUDIO DE CASO EN UNA PACIENTE CON FIBROMIALGIA

ENTIDAD ORGANIZADORA:

TIPO DE PARTICIPACIÓN: COMUNICACIÓN CORTA

CONGRESO. VI CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ.

ÁMBITO (NACIONAL/INTERNACIONAL): NACIONAL

DATOS DE LA PUBLICACIÓN:

Volumen: Congreso sin libro de resúmenes

Editorial: -

Páginas (inicial y final): -

País de Publicación: ESPAÑA

Año de publicación: 2009

ISSN/ISBN (si lo tiene)/Depósito Legal: No tiene

LUGAR DE CELEBRACIÓN: ELCHE

AÑO: 2009

CONFERENCIAS, SEMINARIOS, OTROS TIPOS DE REUNIONES DE RELEVANCIA CIENTÍFICA

2012 PONENCIA: “EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON FIBROMIALGIA: COMPARACIÓN SOCIAL, AFRONTAMIENTO Y BIENESTAR” II JORNADAS SOBRE FIBROMIALGIA, HOSPITAL SAN VICENTE DEL RASPEIG (ALICANTE). 15 NOVIEMBRE, 2012.

2012. PONENCIA: “LA COMPARACIÓN SOCIAL EN LA EVALUACIÓN Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL PACIENTE CON FIBROMIALGIA” EN LA MESA REDONDA “LA EXPERIENCIA PROFESIONAL EN LA PSICOLOGÍA APLICADA A LA SALUD”, 20 ENERO, 2012, UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ ELCHE.

ESTANCIAS EN CENTROS EXTRANJEROS

TÍTULO DEL PROYECTO

CENTRO:

LOCALIDAD:

PAÍS:

DURACIÓN:

FECHA INICIO:

FECHA FIN:

OBJETIVO, RELEVANCIA Y NOVEDAD DEL PROYECTO:

SI HA RECIBIDO AYUDA O FINANCIACIÓN SEÑALAR EL ORGANISMO Y ENTIDAD

EXPERIENCIA DOCENTE

CURSO: 2013-2014

CENTRO: UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

ASIGNATURAS:

PSICOLOGÍA SOCIAL – GRADO EN PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN EN GRUPOS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN – GRADO EN PSICOLOGÍA

DURACIÓN: Desde 01/10/2013 Hasta 30/09/2014

CURSO: 2014-2015

CENTRO: UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

ASIGNATURAS:

PSICOLOGÍA SOCIAL – GRADO EN PSICOLOGÍA INTERVENCIÓN EN GRUPOS EN

RIESGO DE EXCLUSIÓN – GRADO EN PSICOLOGÍA

DURACIÓN: Desde 01/10/2014 Hasta 30/09/2015

PRÁCTICAS PROFESIONALES

DENOMINACIÓN PUESTO DE TRABAJO: PSICÓLOGO EN PRÁCTICAS

CENTRO: UNIDAD DE FIBROMIALGIA. HOSPITAL SAN VICENTE DEL RASPEIG

DURACIÓN: 900 HORAS Desde 15/07/2016 Hasta: 31/05/2017

DENOMINACIÓN PUESTO DE TRABAJO: PSICÓLOGO EN PRÁCTICAS

CENTRO: UNIDAD DE FIBROMIALGIA. HOSPITAL SAN VICENTE DEL RASPEIG

DURACIÓN: 600 HORAS Desde 15/07/2014 Hasta: 30/09/2015

DENOMINACIÓN PUESTO DE TRABAJO: PSICÓLOGO EN PRÁCTICAS

CENTRO: UNIDAD DE FIBROMIALGIA. HOSPITAL SAN VICENTE DEL RASPEIG

DURACIÓN: 392 HORAS Desde 15/07/2011 Hasta: 30/09/2011

DENOMINACIÓN PUESTO DE TRABAJO: PSICÓLOGO EN PRÁCTICAS

CENTRO: UNIDAD DE FIBROMIALGIA. HOSPITAL SAN VICENTE DEL RASPEIG

DURACIÓN: 360 HORAS Desde 24/01/2011 Hasta: 16/06/2011

DENOMINACIÓN PUESTO DE TRABAJO: PSICÓLOGO EN PRÁCTICAS

CENTRO: ASOCIACIÓN TECNOEDUCA-ALICANTE.

DURACIÓN: 480 HORAS Desde: 01/05/2011

Hasta: 30/11/2011

DENOMINACIÓN PUESTO DE TRABAJO: INVESTIGADOR EN PRÁCTICAS

CENTRO: UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ ELCHE. DEPARTAMENTO PSICOLOGÍA DE LA SALUD

DURACIÓN: 215 HORAS Desde: 30/11/2009

Hasta: 31/05/2010

DENOMINACIÓN PUESTO DE TRABAJO: ORIENTADOR EN PRÁCTICAS

CENTRO: INSTITUTO VICTORIA KENT ELCHE. DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN.

DURACIÓN: 125 HORAS Desde: 15/02/2010

Hasta: 23/04/2010

DENOMINACIÓN PUESTO DE TRABAJO: INVESTIGADOR EN PRÁCTICAS

CENTRO: INID. INSTITUTO INVESTIGACION EN DROGODEPENDENCIAS. UMH ELCHE.

DURACIÓN: 308 HORAS Desde: 01/03/2009

Hasta: 30/10/2009

GRANDES EQUIPOS QUE UTILIZA O HA UTILIZADO

CLAVE : R= responsable, UA = usuario asiduo, UO = usuario ocasional

EQUIPO:

FECHA:

CLAVE:

OTROS MÉRITOS O ACLARACIONES QUE SE DESEE HACER CONSTAR

- Miembro de la Sociedad Científica Española de Psicología Social
- 2016. Miembro comité organizador Local. XIII Congreso Nacional de Psicología Social. 20-22 Octubre, 2016.
- Miembro del grupo de investigación IAPAC-Investigación Acción Psicosocial en el Ámbito Comunitario. Universidad Miguel Hernández Elche.
- Socio fundador Asociación Educare Social, organización sin Ánimo de Lucro. Servicio de Mediación Comunitaria y Familiar Elche.
Participación en 6 proyectos de ámbito comunitario y preventivos Investigación-Acción.
- 2012. Miembro comité organizador II jornadas fibromialgia Hospital San Vicente del Raspeig, 15 noviembre, 2012.
- 2011. Miembro comité organizador I Jornadas Fibromialgia Hospital San Vicente del Raspeig. Mayo, 2011.
- 2010. Premio extraordinario fin de carrera UMH Licenciatura en Psicología.