

Tratamiento psicológico de la fibromialgia en una Unidad de Salud Mental

GRADO EN PSICOLOGÍA

ALUMNA: MARIA PÉREZ BORT 74015900Z

TURORA: AZUCENA GARCÍA PALACIOS

CONVOCATORIA: JUNIO 2016



UNIVERSITAT
JAUME•I

Índice

Resumen/Abstract.	p.1.
Introducción.	p.3.
Concepto de dolor.	p.4.
Dolor Crónico: Fibromialgia.	p.5.
• <i>Definición, características clínicas y datos epidemiológicos.</i>	p.5.
• <i>Tratamiento multidisciplinar de la fibromialgia.</i>	p.7.
○ <i>Información y educación.</i>	p.7.
○ <i>Tratamiento médico.</i>	p.8.
○ <i>Tratamiento fisioterapéutico.</i>	p.8.
○ <i>Tratamiento psicológico.</i>	p.9.
○ <i>Terapias naturales.</i>	p. 11.
Metodología.	p.11.
<i>Objetivos e hipótesis.</i>	p.11.
<i>Participantes.</i>	p.12.
<i>Instrumentos.</i>	p.12.
<i>Programa de tratamiento.</i>	p.13.
<i>Procedimiento.</i>	p.14.
Resultados.	p.15.
Discusión.	p.16.
Conclusiones.	p.18.
Extended summary.	p.19.
Bibliografía.	p.21.

Resumen

La fibromialgia, se caracteriza por la presencia de dolor crónico musculoesquelético generalizado durante al menos tres meses. Esta enfermedad reumática crónica, se asocia a elevados costes para el sistema sanitario y económico por su elevada prevalencia y los recursos que consume. Los tratamientos no son curativos ni específicos, van encaminados a reducir la sintomatología asociada a la enfermedad. Concretamente, las intervenciones psicológicas proporcionan estrategias de afrontamiento del dolor y se ha visto que dentro de un abordaje multidisciplinar son efectivas para el abordaje de esta enfermedad.

En esta investigación se aplica de forma preliminar un programa de tratamiento cognitivo-conductual para determinar su eficacia en variables asociadas a la mejora de la calidad de vida de 24 pacientes con fibromialgia y sintomatología depresiva comórbida, que fueron atendidas en la USM del Centro de Salud de Rafalafena de Castellón.

Los resultados mostraron una reducción significativa del impacto de la enfermedad en las pacientes y de la intensidad e interferencia del dolor y la fatiga, sintomatología característica de la enfermedad. Además, se observó una mejora en el estado de ánimo depresivo, consiguiendo que la muestra fuese no clínica, y con todo esto, se produjo un aumento de la calidad de vida general de las pacientes. Los resultados indican la posibilidad de administrar un tratamiento psicológico específico para dolor crónico en pacientes que acuden a una USM y producir mejoras en el afrontamiento del dolor y en el estado emocional de las pacientes.

Palabras clave: *dolor crónico, fibromialgia, intervención psicológica, tratamiento cognitivo-conductual.*

Abstract

Fibromyalgia is defined as widespread chronic musculoskeletal pain for a period exceeding three months. This chronic rheumatic illness is usually lumped together with high expenses for the health and economical systems, due to its prevalence and because of the amount of resources it takes up. Treatments for this condition are not healing nor specific, the main objective is to reduce the symptomatology of fibromyalgia. Psychological interventions offer strategies to face pain, and they have proven to be effective in the framework of a multidisciplinary approach.

Twenty four patients suffering from fibromyalgia and comorbid depressive symptomatology attending the mental health unit of Rafalafena's Health Center in Castellón participated in a preliminary investigation by undergoing a cognitive-behavioral treatment

Results showed a significant decrease of the main symptomatology of the illness. The impact of the condition affected the patient less and the intensity, the amount of pain and the fatigue decreased after undergoing the treatment. In addition, their depressing mood got better. All this made possible an improvement in the patient life quality. Results tell us that specific psychological treatments for chronic pain could be an effective and useful approach for fibromyalgia with comorbid depression in a mental health unit setting. These findings support that CBT could help to manage the pain and to improve the emotional status.

Key words: *chronic pain, fibromyalgia, psychological intervention, cognitive-behavioral therapy.*

Introducción

El dolor crónico se ha convertido en un problema de primer orden debido a los recursos sanitarios y económicos que consume, sobre todo en los países industrializados. Además, algunos estudios muestran la gran incapacidad laboral que supone esta patología, aproximadamente el 53% de todas las causas de incapacidad laboral total, el 18% de las incapacidades absolutas, y el 14-15% de las incapacidades laborales transitorias. (Cerdá & De Andrés, 2005)

En concreto, la fibromialgia, después de la artrosis, es la enfermedad reumatológica más frecuente. En España, su prevalencia se sitúa alrededor del 2,4 % de la población adulta mayor de 20 años. Con los criterios del 2010, la fibromialgia afecta en mayor medida a mujeres que a hombres, con una proporción de 2 mujeres por cada hombre. Acostumbra a presentarse entre los 35 y 55 años, pero puede hacerlo en cualquier etapa de la vida (Branco, Bannawarth. et al, 2010)

Según un informe europeo de 2012, entre las enfermedades que cursan con dolor crónico, la fibromialgia es la que se asocia con mayor tasa de desempleo, con mayores reclamaciones de subsidios por incapacidad y con mayor número de días de absentismo laboral al cabo del año. Por tanto, la fibromialgia produce elevados costes en el sistema sanitario y en la sociedad en su conjunto (ADFM, 2015).

El tratamiento psicológico desde el punto de vista de la sanidad pública que se ofrece a pacientes con esta patología no se lleva a cabo en Unidades de Salud Mental (USM), solo se imparte desde Unidades de Dolor donde acuden pacientes seleccionados por la gravedad de la patología. Esta investigación pretende valorar los efectos de un protocolo para dolor crónico impartido desde una USM a pacientes diagnosticadas de fibromialgia con patología psicológica comórbida, con

ello, pretendemos mostrar los beneficios de la atención psicológica a pacientes con fibromialgia de gravedad leve/moderada reduciendo así la cronificación de los casos. Asimismo, pretendemos probar de forma preliminar la posibilidad de administrar terapia psicológica específica para dolor crónico desde una unidad de salud mental.

Concepto de dolor

El concepto primario de dolor lo definía como una sensación física. No fue hasta el siglo XX, cuando pasó a ser un concepto multidimensional, gracias entre otras, a la teoría de la compuerta de Melzack y Wall (1965) que reconocía el dolor como una percepción subjetiva resultante de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Actualmente, la Asociación internacional de estudio del dolor (IASP) lo define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística, presente o potencial, o descrita en términos de la misma”.

Esta definición remarca un aspecto fundamental, para entender el dolor como un proceso global y complejo. Entendiéndolo tanto como un proceso sensorial, como emocional. Situando al mismo nivel las respuestas biológicas a los estímulos, como el significado de estos para el individuo. Estas características se ponen especialmente de manifiesto en el dolor crónico.

El dolor se clasifica en agudo y crónico. El dolor agudo es la consecuencia sensorial inmediata de la activación del sistema nociceptivo. Se debe generalmente al daño tisular somático o visceral y desaparece con la lesión que lo originó. Sólo entre el 10 y el 20% se cronifica.

El dolor crónico o recurrente, es aquel que persiste en el tiempo, más allá de los 3-6 meses, aunque las causas que lo desencadenaron hayan desaparecido e interfiere en el bienestar del individuo.

Dentro del dolor crónico, podemos distinguir tres variedades fundamentalmente:

Dolor agudo recurrente: Periodos de dolor agudo que se repiten periódicamente, como por ejemplo, las migrañas.

Dolor crónico agudo: Dolor continuo de duración limitada. Puede durar meses o años y acaba con la curación o la muerte del paciente. Es el caso del dolor en el paciente oncológico (dolor maligno)

Dolor crónico no maligno: Debido a causas que no amenazan la vida del paciente, aunque le provoque un importante deterioro físico y psíquico. Es el dolor de la artritis reumatoide o la fibromialgia

La diferencia más importante entre los dos tipos de dolor es la relación entre lesión y dolor, una relación casi siempre presente en los dolores agudos y que desaparece o es difícil de precisar en aquellos crónicos.

Muchos especialistas del dolor cambian el término "dolor crónico" por "dolor persistente", ya que este puede ser continuo o recurrente y con una duración e intensidad suficiente para afectar al bienestar de una persona, a su nivel funcional y a su calidad de vida.

Dolor Crónico: FIBROMIALGIA

Definición, características clínicas y datos epidemiológicos

En los años 90 la ACR (American College of Rheumatology) estableció unos criterios de clasificación para diagnosticar Fibromialgia basados en la existencia de dolor crónico generalizado, durante al menos tres meses y determinados "puntos dolorosos" en los que al aplicar una presión moderada en la exploración física se debe desencadenar dolor en más de 11 puntos, sobre 18 previamente definidos. (Wolfe, Smythe. et al. 1990)

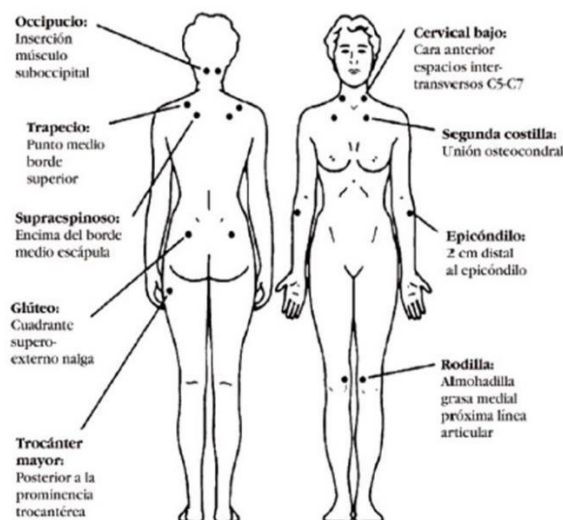


Ilustración 1. Puntos dolorosos

La fibromialgia (FM) se encuentra entre las enfermedades reumáticas (CIE-10, OMS, 1992) y se caracteriza por la presencia de dolor crónico musculoesquelético generalizado, con bajo umbral de dolor, hiperalgesia y alodinia, dolor producido por estímulos habitualmente no dolorosos. En

estos pacientes, la presencia del dolor crónico suele coexistir con otros síntomas, fundamentalmente fatiga y problemas de sueño, pero también pueden estar presentes parestesias, rigidez articular, cefaleas, sensación de tumefacción en manos, ansiedad y depresión, problemas de concentración y memoria y frecuentemente también presentan intolerancia a estímulos, olfativos y auditivos (Alegre de Miquel, García-Campayo. et al. 2010).

El curso natural de la fibromialgia es crónico, con fluctuaciones en la intensidad de los síntomas a lo largo del tiempo. El dolor generalizado se agrava con el estrés, la activación emocional, el frío o el tiempo húmedo, con problemas de sueño y con actividad física mantenida.

Su etiología es desconocida, pero existen numerosas líneas de investigación que intentan encontrar una posible causa. Algunos investigadores buscan el origen de la enfermedad en los trastornos de sueño mientras que otros lo ven en los trastornos mentales, su alta comorbilidad con la fibromialgia plantea dos posibilidades, que sean el origen de la fibromialgia o su consecuencia. (Rothenberg, 2010)

Otros estudios han encontrado factores genéticos relacionados con la fibromialgia y han demostrado que en el cerebro de estos pacientes hay un exceso de sustancia P en el LCR, un déficit de 5-HT, neurotransmisor que modifica la intensidad del dolor percibido y alteraciones en el eje HHA. (Rothenberg, 2010)

Algunos casos de fibromialgia se desencadenaron a partir de situaciones de estrés o traumáticas importantes, tales como accidentes de tráfico o maltrato. Estas hipótesis apoyan la idea de que estresores físicos y psicológicos podrían desencadenar la aparición de la enfermedad (Rivera, Alegre, et al.2006).

Actualmente, predomina la visión que relaciona la enfermedad con los llamados síndromes de sensibilización central, es decir, la amplificación de la transmisión y del procesamiento del dolor del SNC, lo cual causa hiperalgesia y alodinia (Yunus, 2008)

La falta de identificación en el momento actual de mecanismos fisiopatológicos específicos unido al hecho de que parte de los síntomas de la Fibromialgia son compartidos con otros procesos de dolor crónico, ha llevado a la controversia entre algunos profesionales sobre la aceptación de la fibromialgia como una enfermedad con una fisiopatología diferenciada. (Wolfe, 2010)

Tratamiento multidisciplinar de la Fibromialgia

Una sintomatología molesta y duradera, como es el dolor crónico, interfiere en todas las facetas de la vida del paciente, produciendo dificultades para realizar gran parte de las actividades cotidianas y aumentando la vulnerabilidad ante otras patologías.

De acuerdo con el modelo biopsicosocial (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007), el dolor es una respuesta formada por componentes neurofisiológicos, conductuales (motores) y subjetivos (verbales-afectivos), en la cual pueden subyacer o no componentes patológicos, pero que siempre tiene antecedentes y consecuentes fisiológicos (Flor y Hermann, 2004). Por tanto, lo más adecuado es que el paciente que sufre este problema sea atendido por un equipo interdisciplinar de profesionales y reciba tratamiento médico, fisioterapéutico y psicológico (Moix y Casado, 2011).

Los tratamientos van encaminados básicamente a disminuir el dolor y la fatiga, a mejorar el sueño, los niveles de actividad, la adaptación, el bienestar psicológico y la calidad de vida de los pacientes, así como a mantener la funcionalidad e incrementar la capacidad de afrontar la enfermedad

Información y educación

La información sobre el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas terapéuticas es especialmente relevante en las enfermedades crónicas (Hazemeijer y Rasker, 2003). Los pacientes bien informados estarán mejor preparados para afrontar su enfermedad, clínica y emocionalmente, y minimizar sus consecuencias (Burckhardt, 2005). Es aconsejable en muchos casos informar e incluir en este proceso, si el afectado así lo quiere, a la familia, especialmente a la pareja.

Burchkhard et al. (1994) observaron un incremento del nivel de actividad física y una mejoría significativa en la autoeficacia y calidad de vida tras implementar programas educativos. En la misma línea, otro ECCA (2007) muestra como combinando la educación con ejercicio físico aeróbico aumentan los beneficios en las pacientes.

Tratamiento médico

Farmacológico

Sólo unos pocos fármacos han demostrado eficacia de forma consistente en ECCA en algunos de los síntomas de la FM. Se preinscriben principalmente:

-Antidepresivos: Amitritilina, Duloxetina y Fluoxetina. La Amitriptilina y la Duloxetin reducen el dolor, la fatiga, mejoran el sueño y produce una sensación global de mejoría mejorando la calidad de vida y la capacidad funcional del paciente. Por otro lado, la Fluoxetina también parece beneficiar a los pacientes pero su uso es menos común.

-Ciclobenzaprina, relajante muscular y Pregabalina, análogo del ácido gamma-aminobutírico (GABA) reducen el dolor a corto plazo y mejoran el sueño y la calidad de vida de la paciente.

-Tramadol, agonista de los receptores opioides μ e inhibidor mixto de la recaptación de 5-HT y NE. Parece que sólo o combinado con paracetamol podría utilizarse para manejar el dolor eficazmente.

-Antinflamatorios: Glucocorticoides y AINE. No se recomiendan estos fármacos por no tener evidencias que avalen su eficacia, aunque son utilizados por pacientes con esta patología como adyuvantes analgésicos combinados con alguno de los fármacos anteriores.

Tratamiento fisioterapéutico

Dentro del tratamiento fisioterapéutico encontramos dos tipos de recomendaciones, por un lado, evitar el reposo y promover la actividad física y por otro, el uso de técnicas que llevan a cabo los fisioterapeutas, que se dividen en terapias manuales y técnicas físicas.

Mantener el mayor grado de actividad posible: Ejercicio físico

El reposo en cama aumenta la intensidad y la duración del dolor, el grado de incapacidad funcional, la duración de la baja laboral y el riesgo de cronificación del episodio. Por ello, en estos pacientes se promueve la actividad física moderada y regular, además de la actividad laboral, en la medida de lo posible.

Los programas multidisciplinarios que trabajan de forma combinada capacidad aeróbica, fuerza y flexibilidad han demostrado beneficios sobre el dolor, la capacidad funcional y variables psicológicas (MSPI, 2011). En general, se recomiendan ejercicios aeróbicos de intensidad moderada al menos 30 minutos diarios durante 3-5 días a la semana, actividades de

fortalecimiento muscular y equilibrio mínimo 2 días por semana y ejercicios de flexibilidad o estiramiento mediante estiramientos estáticos diariamente o al menos los días que se haya realizado otro tipo. (ADFM, 2015)

Medidas físicas

Diversos estudios sugieren un efecto positivo en la mayor parte de las medidas sólo a corto plazo, principalmente del láser (Gur et al, 2002) las nuevas formas de termoterapia superficial (Brockow et al, 2007) los campos magnéticos y la corriente directa transcraneal (Passard et al, 2007).

Terapias manuales

Basadas en el movimiento articular y el ejercicio cada vez se demuestra más su eficacia en las patologías del aparato locomotor. Destacan entre estas el tratamiento quiropráctico (Bronfort et al, 2010) y el masaje (Ekici et al, 2009). En pacientes con fibromialgia solo sugieren un efecto a corto plazo y no se ha demostrado su efecto beneficioso.

Tratamiento psicológico

La terapia psicológica en el dolor crónico se basa en la evidencia científica existente acerca del importante papel que los pensamientos y las emociones desempeñan en la instalación y permanencia de la experiencia crónica (Gatchel y Okifuji, 2006).

Tratamiento Cognitivo Comportamental (TCC)

El tratamiento de elección es el TCC. Este conjunto de técnicas proceden de un enfoque en el que se asume que la interpretación, evaluación y creencias sobre la condición de salud, así como los repertorios de enfrentamiento que el individuo posee para manejar tanto el dolor como la incapacidad, pueden afectar al grado de deterioro físico y emocional asociado a la condición dolorosa (Sullivan, Feuerstein, Gatchel, Linton y Pransky, 2005), así como al nivel de funcionamiento autónomo que presenta este tipo de pacientes (Gatchel y cols., 2007).

Los objetivos del TCC se dirigen principalmente a reemplazar los esquemas desadaptativos de pensamientos y emociones que el paciente tiene respecto a su condición por unos más positivos. Se ha demostrado su eficacia para mejorar el dolor, el estado funcional y el retorno al trabajo.

La TCC se centra en modificar dos aspectos: los factores cognitivos y los estados emocionales del paciente. De acuerdo con Gatchel y cols. (2007), los factores cognitivos asociados a la

incapacidad que genera el dolor, la percepción del mismo y la respuesta al tratamiento, que más influyen sobre el estado de dolor son las apreciaciones y creencias, los pensamientos catastrofistas y de temor-evitación, el control percibido y el sentido de la propia eficacia.

El segundo aspecto, el estado afectivo, casi siempre será negativo y estará asociado a un estado cognitivo igualmente desadaptativo en una espiral que se realimenta a sí misma, de tal manera que se perpetúa y mantiene como una parte importante de los síndromes crónicos (Gatchel y cols., 2007).

La ansiedad, la depresión y la ira son las emociones que comúnmente se relacionan con el dolor (Gatchel y Okifuji; 2006). Se ha llegado a documentar que entre el 45 y 60% de los pacientes crónicos reciben diagnósticos de ansiedad y depresión (Middleton y Pollard, 2005). Concretamente, en pacientes con fibromialgia se estima que un 35 % sufren síndromes depresivos y ansiosos.

Se ha establecido que los síntomas de dichos trastornos están implicados en las causas de nuevos episodios de dolor muscular (Middleton y Pollard, 2005; Symreng y Fishman, 2004). Además de asociarse con decrementos en los umbrales y niveles de tolerancia al dolor, por lo que su influencia agrava el cuadro clínico y complica el tratamiento (Innes, 2005).

El sufrimiento emocional puede llevar a las personas a experimentar dolor y a precipitar los síntomas, es decir, actúa como modulador del dolor amplificando o disminuyendo la severidad de la experiencia.

Por otro lado, el estado emocional puede alterar la función autonómica, concretamente la activación simpática provocando alteraciones en los patrones de sueño, incrementos en los niveles de cortisol y una mayor utilización de los sistemas de salud (Rainville, Viet y Chrétien, 2005)

Muchos estudios respaldan la idea de que la TCC tiene un efecto beneficioso a largo plazo sobre el dolor, la discapacidad y la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia de cualquier duración y en cualquier edad, ya que reducen significativamente la percepción de dolor, facilitan la adopción de estilos de vida más activos y de mejor calidad, y en general, mejoran las condiciones de salud de los pacientes. Además, hay una mejor relación costo-beneficio que la de otras intervenciones. (Richmond H, Hall AM, et al. 2015)

Gatchel y cols. (2007) recomiendan las siguientes técnicas para el tratamiento del dolor crónico:

- Instrucciones autodirigidas. Distracción, imaginación, hablarse a sí mismo de manera automotivante, etc.
- Relajación. Principalmente la respiración diafragmática.
- Retroalimentación biológica (RAB). Se basa en la temperatura periférica, la electromiografía de superficie y la variabilidad de la frecuencia cardíaca.
- Desarrollo de estrategias de afrontamiento, como el incremento de la asertividad y la minimización de los pensamientos negativos sobre uno mismo.
- Reestructuración cognitiva. Cambio de los pensamientos y creencias desadaptativas sobre el dolor.
- Logro de objetivos, metas.

La TCC es un abordaje terapéutico que incluye una amplia variedad de técnicas pudiendo dar lugar a diferentes combinaciones de tratamiento. El profesional debe buscar la mejor combinación en cada caso y siempre en función de los objetivos terapéuticos.

Terapias naturales: *Acupuntura, homeopatía, suplementos dietéticos y nutricionales, reiki...*

Este tipo de intervenciones no tienen suficiente evidencia para ser recomendadas, a pesar de que a algunos pacientes obtengan beneficio de su práctica.

Metodología

Objetivos e hipótesis

El objetivo de este trabajo es mostrar los beneficios del tratamiento cognitivo-conductual en pacientes con fibromialgia y patología mental comórbida para enfatizar la necesidad de servicios psicológicos en las Unidades de Salud Mental para enfermos con dolor crónico. Además, teniendo en cuenta que se trata de un servicio sanitario con un coste bajo y con gran beneficio, como se ha visto que es la terapia psicológica grupal.

La hipótesis de la que partimos es que a través de la intervención psicológica para el dolor crónico se producirá una reducción estadísticamente significativa en la variable de resultado primaria: el impacto de la fibromialgia. Además, esperamos que esta intervención produzca una mejora significativa en las variables de resultado secundarias. Por un lado, reducir la interferencia y la intensidad del dolor y de la fatiga asociada a esta enfermedad, y por otro lado, mejorar del estado de ánimo de las pacientes, mejorando con todo esto su calidad de vida. Con

ello, mostraremos la importancia de abordar esta enfermedad de forma multidisciplinar y en especial los beneficios que puede aportar el ámbito de la salud mental en las enfermedades que cursan con dolor crónico.

Participantes

Las participantes fueron derivadas desde la consulta del psiquiatra a la psicóloga de la USM del Centro de Salud de Rafalafena de Castellón para recibir tratamiento psicológico en grupo específico para el dolor crónico. Los criterios de admisión para incluir a las pacientes en los grupos fueron: 1) haber sido diagnosticadas de FM por un reumatólogo/a de acuerdo los criterios de la *American College of Rheumatology* (Wolfe et al., 1990); 2) tener entre 18 y 70 años de edad; 3) No sufrir ninguna enfermedad mental grave tal como esquizofrenia, trastorno bipolar, retraso mental o abuso/dependencia de sustancias; 4) No sufrir una enfermedad física que pueda interferir en el desarrollo del tratamiento psicológico.

La muestra estaba compuesta por 24 mujeres diagnosticadas de fibromialgia de edades comprendidas entre 39 y 69 años. La media de edad era de 51,08 años (DT=9,64). La mayoría estaban casadas representado el 66,7 % del total, el 12,5 % estaban divorciadas, el 8,3% solteras, coincidiendo con el porcentaje de separadas y por último, el 4,2% eran viudas. En cuanto al nivel de estudios, casi la mitad de las participantes tenía niveles primarios 45,8%, el 37,5% niveles secundarios y superiores el 16,7%.

Todas ellas recibían medicación, sobretodo, antidepresivos y ansiolíticos. Su diagnóstico de fibromialgia, con una media de 13,85 años de curso, iba acompañado de un trastorno mental comórbido, por el cual estas pacientes fueron derivadas al servicio de salud mental.

Instrumentos

Entrevista semiestructurada sobre el dolor crónico. Recogimos información sobre las pacientes respecto a los datos generales, la historia médica, patrón actual del dolor, dolor y sueño, dolor y hábitos alimenticios y trastornos psicósomáticos.

El protocolo de evaluación se diseñó de acuerdo a las recomendaciones de IMMFACT (Dworkin et al., 2008) e incluye las siguientes medidas de autoinforme relacionadas con el dolor y el estado de ánimo:

Variable de resultado principal:

Cuestionario de Impacto de la fibromialgia (FIQ, Burckhardt, Clark y Bennett, 1991; versión en español de Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia y Alegre, 2007). Se compone de 10 preguntas

que evalúan: capacidad para realizar ciertas tareas, número de días que se sintió bien y número de días que no pudo realizar el trabajo, interferencia del dolor, fatiga, cansancio por la mañana, rigidez, ansiedad y depresión. El FIQ es un instrumento específico para la FM, ampliamente validado (Bennet, 2005).

VARIABLES DE RESULTADO SECUNDARIAS:

Inventario Breve de Fatiga (BFI, Anderson et al., 2003). Evalúa el nivel de fatiga y la interferencia de la misma en las actividades diarias de los sujetos. Este instrumento muestra buenas propiedades psicométricas (Anderson et al., 2003).

Inventario Breve de Dolor (BPI, Badia et al., 2003). Está constituido por dos dimensiones básicas, la intensidad y la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria de los pacientes. La versión española del BPI cuenta con buenas propiedades psicométricas (Badia et al., 2003).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, Sanz, Navarro y Vázquez, 2003). Es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. La validación española ha mostrado tener buenas propiedades psicométricas (Sanz et al., 2003).

Índice de Calidad de Vida (QLI, Mezzich, Cohen y Ruiperez, 2000). Se trata de un autoinforme de 10 ítems. Evalúa el nivel de calidad de vida percibido por el paciente en la actualidad. Cuenta con buenas propiedades psicométricas (Mezzich et al., 2000).

Escala de satisfacción con el tratamiento. Al finalizar el tratamiento, las pacientes hicieron una valoración del grado de satisfacción con tratamiento recibido en una escala de 0 a 10, donde 0 es nada satisfecha y 10 es muy satisfecha.

Programa de tratamiento

El programa cognitivo-comportamental que se utilizó con las pacientes tenía como objetivo hacer frente a los pensamientos negativos y enfrentarse al dolor utilizando estrategias de afrontamiento. Con ello se quería reducir el dolor y la fatiga, aliviar el malestar emocional, mejorar el bienestar, elevar el estado de ánimo y mejorar el funcionamiento físico y social de las pacientes.

Este programa grupal constaba de 6 grandes bloques. En primer lugar, constaba de un componente educativo donde se explicaba la enfermedad y se informaba que podía aportarles el tratamiento. El primer bloque de intervención era para identificar las experiencias a través del mindfulness. El segundo bloque consistía en un programa de actividades para establecer prioridades vitales, encaminarse hacia un estilo de vida satisfactorio y aumentar la energía. En

tercer lugar, se enseñaba la relajación autógena de Schultz para reducir la tensión muscular, los problemas de sueño y el estrés emocional al que se ven expuestas estas pacientes. En cuarto lugar, se introduce el componente cognitivo para modificar la interpretación del dolor y reducir la frustración que este les provoca. En quinto lugar, se trabajan las habilidades sociales, concretamente la asertividad, la comunicación eficaz y se matiza la importancia de compartir con familiares y amistades nuestro tiempo y hacerles partícipes de la enfermedad que uno tiene, para que la entiendan y colaboren para reducir el malestar. Por último, se trabaja la prevención de recaídas con el fin de sintetizar la información y encontrar situaciones de riesgo futuras.

Procedimiento

Toda la población participante es usuaria de la USM del Centro de Salud de Rafalafena de Castellón y llegaron a los grupos de tratamiento psicológico derivadas por sus propios psiquiatras. Cada participante fue citada a consulta de psicología para realizar la entrevista previa al inicio del tratamiento. La entrevista tenía una duración aproximada de 40 o 50 minutos. Tras explicar el curso del tratamiento, se presentó el consentimiento informado para que la paciente dejara constancia de su acuerdo y conformidad en la recepción del tratamiento. Durante la entrevista se recogieron todos los datos de interés y se presentaron todos los autoinformes que la paciente debía cumplimentar previamente al inicio del programa de tratamiento. Cada paciente rellenó un conjunto de autoinformes del protocolo de pre-tratamiento en un periodo de tiempo de una semana aproximadamente hasta el inicio del tratamiento.

Al finalizar el tratamiento se llevó a cabo una nueva evaluación mediante el protocolo post-tratamiento que también incluía la evaluación respecto a la satisfacción con el tratamiento recibido.

Las pacientes formaron parte de cinco grupos de tratamiento distintos realizados en cinco años consecutivos, de 2011 a 2015. Todos los grupos recibieron el mismo programa de tratamiento que incluyó doce sesiones de dos horas de duración aproximadamente, realizadas semanalmente hasta la décima semana, las dos últimas sesiones se llevaron a cabo con un periodo de separación de dos semanas. La terapeuta era la misma durante todo el programa de intervención y con ella se pasaban las pruebas pre-tratamiento y post-tratamiento.

Resultados

Comparación del pre-tratamiento y post-tratamiento

En la Tabla 1 aparece la media y la desviación típica de las puntuaciones de las participantes en las variables clínicas en los dos periodos de evaluación: pre-tratamiento y post-tratamiento.

Tabla 1
Resultados obtenidos en la comparación pre-tratamiento y post-tratamiento

Variable		Momento	Media	Desviación típica
FIQ		PRE	61,72	16,06
		POST	43,32	20,02
BPI	Intensidad	PRE	21,67	6,12
		POST	19,50	5,56
	Interferencia	PRE	42,79	11,78
		POST	34,04	15,29
BFI	Intensidad	PRE	22	4,96
		POST	14,33	5,39
	Interferencia	PRE	41,42	12,05
		POST	23	11,25
BDI		PRE	24,05	11,92
		POST	18,43	11,51
CV		PRE	4,11	1,13
		POST	5,38	1,59

Nota. FIQ=Cuestionario de Impacto de la fibromialgia; BPI=Inventario Breve de Dolor; BFI=Inventario Breve de Fatiga; BDI=Inventario de Depresión de Beck; CV=Índice de Calidad de Vida.

En la tabla 2 podemos ver los resultados de la prueba t de Student con la significación y el tamaño del efecto a través del cálculo de la d de Cohen.

Tabla 2
Significación y tamaño del efecto

Variable		t (gl)	Sig. (bilateral)	d de Cohen
FIQ		4,785 (22)	0,000	1,014
BPI	Intensidad	1,992 (23)	0,058	0,371
	Interferencia	3,972 (23)	0,001	0,641
BFI	Intensidad	5,960 (23)	0,000	1,481
	Interferencia	5,996 (23)	0,000	1,580
BDI		2,789 (20)	0,011	0,479
CV		-4,587 (20)	0,000	-0,921

Nota. FIQ=Cuestionario de Impacto de la fibromialgia; BPI=Inventario Breve de Dolor; BFI=Inventario Breve de Fatiga; BDI=Inventario de Depresión de Beck; CV=Índice de Calidad de Vida

Los resultados muestran una disminución significativa del impacto de la fibromialgia en la vida de las pacientes en el post-tratamiento. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la principal variable de resultado, la discapacidad medida por el FIQ $t_{(22)} = 4,785$ $p < 0,001$, con un tamaño del efecto grande ($d = 1,013$). En esta variable se produjo una mejoría considerable.

Analizando las variables de resultado secundarias también hemos observado una reducción del dolor, la fatiga y la depresión. Además, de una mejora en el índice de la calidad de vida. En cuanto al dolor, medido a través del BPI podemos ver como la interferencia, BPI interferencia $t_{(23)} = 3,972$ $p < 0,005$ y la intensidad, BPI intensidad $t_{(23)} = 1,992$ $p > 0,05$ se ven reducidas con un tamaño del efecto moderado en ambas variables ($d = 0,371$ y $d = 0,641$ respectivamente) Aunque los cambios en intensidad no resultan estadísticamente significativos, podemos decir que mejora el afrontamiento del dolor, ya que interfiere menos en las vidas de las pacientes, a pesar de que la intensidad del mismo no varíe de forma significativa.

Tanto la intensidad como la interferencia de la fatiga medidas con el BFI se reducen significativamente, BFI intensidad $t_{(23)} = 5,960$ $p < 0,001$ y BFI interferencia $t_{(23)} = 5,996$ $p < 0,001$ con un tamaño del efecto grande en las dos variables, la d de Cohen es $d = 1,481$ y $d = 1,581$ respectivamente. En estas dos variables se produce una mejora tras el tratamiento.

Por lo que respecta a la depresión, podemos ver que la reducción de esta variable es tal que la muestra dejaría de ser clínica. A través del BDI se observa una mejora estadísticamente significativa BDI $t_{(20)} = 2,789$ $p < 0,05$ con un tamaño del efecto moderado ($d = 0,479$)

Por último, analizando la calidad de vida global de las pacientes a través del CV podemos ver una mejora significativa en esta variable CV $t_{(20)} = -4,587$ $p < 0,001$ con un tamaño del efecto grande ($d = -0,921$).

Discusión

La FM es una enfermedad de alta prevalencia e incapacitante que, unida a la elevada demanda en las consultas (20% de las consultas de Reumatología) y al gasto por paciente y año que supone para el sistema sanitario (10.000€ paciente/año), se les clasifica como unos pacientes de difícil abordaje, debido en gran parte a que actualmente no existe un tratamiento curativo (González, 2012). Por ello, es necesaria la realización de estudios que investiguen tratamientos paliativos eficaces para mejorar las condiciones de vida de las afectadas por esta enfermedad crónica.

Estudios anteriores han destacado la importancia del componente psicológico en el tratamiento de pacientes con dolor crónico (González et al, 2015) y los resultados de este estudio, van en la misma línea, indican que el programa produjo mejoras en algunas de las principales variables relacionadas con la fibromialgia. En primer lugar, en la variable principal de resultados, a través del FIQ se observa una reducción significativa del impacto de la enfermedad en la vida de las pacientes. Con ello, podemos decir que se cumple el objetivo principal del tratamiento, reducir la interferencia que produce la enfermedad en la vida de las pacientes.

En segundo lugar, las variables secundarias de resultado muestran una reducción significativa de la sintomatología asociada a la enfermedad. Al evaluar el dolor, observamos que interfiere menos en sus vidas tras el tratamiento, a pesar de que la intensidad de este no varíe. Esto último, se puede deber a que el tratamiento está centrado en proporcionar estrategias de afrontamiento que permitan convivir con la enfermedad crónica con la mayor calidad de vida posible y no a hacer desaparecer el dolor. Desde el primer momento se comunicó a las pacientes que nuestro objetivo no era cambiar la percepción del dolor, no iba a desaparecer, ya que actualmente el dolor crónico no tiene cura. Por tanto, podemos decir que nuestro objetivo de afrontar de forma adaptativa el dolor se cumple.

Por lo que respecta a las medidas de fatiga, a través del BFI vemos una reducción tanto de la intensidad como de la interferencia de esta variable. Esto se puede asociar al aumento de actividades físicas agradables, ya que la inactividad se relaciona con la pérdida de capacidad funcional, que a su vez aumenta la percepción de dolor y de fatiga (ADFM, 2015).

Por otro lado, como habíamos predicho, se consigue reducir de forma significativa la patología comórbida que sufren estas pacientes, la depresión. Observamos que tras el tratamiento su puntuación en el BDI-II se encuentra por debajo de la media que se considera clínica (puntuación 19 o superior), es decir, las pacientes pasan de obtener una media de niveles moderados-graves en depresión a obtener una media de niveles leves.

Todos estos cambios en el impacto de la enfermedad, la interferencia del dolor, la fatiga y la sintomatología depresiva se han asociado a los componentes de nuestro tratamiento cognitivo-conductual (Glombiewski et al, 2010). Con todo esto, podemos decir que aplicando un programa de terapia cognitivo conductual específico para dolor crónico se reduce la interferencia del dolor y la sintomatología depresiva comórbida. Además de aumentar el índice de calidad de vida de las pacientes, como muestra el CV. Todo esto, defiende la idea de que los tratamientos psicológicos para personas con dolor crónico son eficaces y como muestra la literatura, deberían formar parte del abordaje multidisciplinar de la fibromialgia (González et al, 2015). Este abordaje

a nivel público no se da en casi ningún servicio sanitario español, a pesar de los costes económicos y sanitarios que produce en nuestro país este tipo de enfermedades crónicas. En la misma línea, otro punto a favor de instaurar estos programas de tratamiento psicológico es el bajo coste que tiene, ya que se trata de una terapia grupal.

Conclusiones

La intervención psicológica demuestra cada vez más eficacia en pacientes con dolor crónico, concretamente en fibromialgia proporcionando estrategias de afrontamiento del dolor adaptativas y reemplazar los esquemas desadaptativos de pensamientos y emociones que el paciente tiene respecto a su condición por unos más positivos. Se ha demostrado su eficacia para mejorar el dolor, el estado funcional y el retorno al trabajo. A través de este estudio preliminar se consigue, como esperábamos, reducir la interferencia del dolor y de la fatiga y mejorar el estado de ánimo depresivo, aumentando con ello la calidad de vida de las pacientes.

Cómo limitaciones del estudio, debemos tener en cuenta que todas las pacientes recibían otros tratamientos en el mismo período de tiempo que se realizó el programa psicológico. Por tanto, la mejoría se debe a nuestro tratamiento psicológico combinado con otro tipo de tratamientos destinados a reducir la sintomatología asociada a la fibromialgia, como son los fármacos en la mayoría de casos.

También contemplamos la posibilidad de que se produjese un efecto de deseabilidad social hacia el experimentador o los compañeros, queriendo alcanzar los objetivos propuestos o que influyese el cambio de terapeuta en algún grupo, ya que al realizarse en cinco años consecutivos participaron dos terapeutas distintas en los 5 grupos.

Con este estudio pretendemos abrir futuras investigaciones encaminadas a implantar la figura del psicólogo en las enfermedades crónicas dentro del sistema sanitario público, remarcando la importancia del abordaje multidisciplinar en las patologías crónicas.

Extended summary

Fibromyalgia is defined as widespread chronic musculoskeletal pain for a period exceeding three months. Fibromyalgia is only after arthrosis the most common of the rheumatologic sickness. In Spain 2.4 % of the adult population over 20 suffer it. Data from 2010 show that fibromyalgia shows up more in women than in men with a 2:1 percentage. It usually appears in the ages between 35 and 55 but it can show up at any point of our lives (Branco, Bannawarth. et al, 2010).

The lack of specific physiopathological identification methods combined with the fact that fibromyalgia is among the non-curable diseases, make the treatment and the acceptance of the illness far more difficult for patients.

Following the biopsychosocial model (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs and Turk, 2007) pain is composed of neurophysiologic, behavioral and subjective responses among which may or may not also appear pathological response, however they always have precedents and consequent physiological effects (Flor y Hermann, 2004). Taking this into account, the best way to proceed is that patients who suffer from Fibromyalgia is to be treated by a interdisciplinary team of professionals receiving that way medical, physiotherapeutic and psychological attention.

These treatments aim to reduce pain and fatigue and to improve sleep as well as activity, adjustment, psychological well-being, and quality of life. These treatment also work towards maintaining functionality and increasing the patients' ability to face fibromyalgia.

The psychological treatment offered by the public healthcare is still very scarce. It is only offered in certain Pain Units and even then, only the patients with the worst cases of fibromyalgia are the ones receiving them. The purpose of the work is to show the benefits of a cognitive-behavioral treatment in patients with fibromyalgia and mental comorbid psychopathology, in order to stress the need for psychological treatments in Mental Health Units for patient with chronic pain. A quality of the treatment tested in this study is that it is not costly because it is delivered in group format.

Our hypothesis is that the psychological CBT program will achieve a statistically significant improvement in the main outcome variable: The impact of fibromyalgia. We expect that the intervention also will provoke a significant improvement in the secondary outcome variables. On the one hand we expect a reduction in the interference and the intensity of the pain and the fatigue. On the other hand we expect an improvement both in the mood and the life quality of the patients. If the hypothesis are met, we will have preliminary evidence of the efficacy and

feasibility of applying a CBT program for fibromyalgia with comorbid psychopathology in a special setting: a mental health unit of the public health system in Spain.

The sample was composed of 24 women between the ages of 36 and 69 diagnosed with fibromyalgia. The average age was 51.08 (SD=9.64). All of them were taking medication and they had been suffering the condition an average of 13.85 years. All of them had a mental disorder diagnosis, being this the reason of being treated a mental health unit.

The instrument included were:

-Main outcome variable: ***Fibromyalgia Impact Questionnaire*** (FIQ, Burckhardt, Clark y Bennett, 1991; Spanish version by Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia y Alegre, 2007).

-Secondary outcome variables:

- ***Semi structured interview on chronic pain.***
- ***Brief Fatigue Inventory*** (BFI, Anderson et al., 2003).
- ***Brief Pain Inventory*** (BPI, Badia et al., 2003).
- ***Inventory on Beck's depression*** (BDI-II, Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).
- ***Quality of Life Index*** (QLI, Mezzich, Cohen y Ruiperez, 2000).
- ***Treatment's Satisfaction Scale.***

The aim of the cognitive-behavioral program was to face negative thoughts as well as pain. The purpose of this was to lessen the pain and fatigue, to ease emotional distress, to boost their mood and to improve the patient's physical and emotional functioning.

This program was composed of 6 components. First of all it had an educational component in which the disease was explained and patients were informed of what the treatment could offer them. Then the first set of the intervention was to become more aware and acceptant of experiences through mindfulness practice. The second component was a behavioral component, focusing in setting activity priorities and guide patients into ad satisfactory activities, increasing also energy. In third place, they were trained in Schultz autogenic relaxation training to reduce muscle tension, sleeping problems and emotional stress. In fourth place, there was a cognitive component in order to modify the interpretation of the pain and the frustration that comes with it. The fifth set focused on promoting social skills especially assertiveness and effective communication skills, stressing the importance of sharing time with family and friends and to involve them in the knowledge and strategies to overcome the chronic pain symptoms, that way they are able to understand it and help to reduce the discomfort it causes. The last step

was to work on preventing a future relapse, by summarizing information and identifying any problems that may arise in the future.

The results obtained confirmed our hypothesis and showed that the program did help in improving some of the main variables related to fibromyalgia. First of all, the outcome variable, there was a significant decrease of the impact of the fibromyalgia in the patient's life.

In second place, the analysis of secondary outcome variables also showed a significant decrease of common symptomatology. When assessing pain we saw that it interfered less in their lives after the treatment, even though the intensity did not change significantly. The latter is probably due to the fact that the treatment aims to provide strategies to live with a chronic disease in the best possible way and not to make the pain go away.

As far as fatigue is concerned, we could see a decrease on both intensity and interference. Furthermore, as we predicted, depression was significantly reduced. After the treatment the score on the BDI-II was low enough not to be considered clinical in average. Finally, the patients reported a high degree of satisfaction with the treatment program.

The results demonstrate preliminary that by applying a specific cognitive-behavioral therapy program for chronic pain the interference of pain and comorbid depression decreased. On top of this the program increased the patient's quality of life. All of this support the idea that psychological treatments are effective for people with chronic pain and as it's shown in literature should be part of the multidisciplinary approach for fibromyalgia (González et al, 2015). The final conclusion is that a CBT program for chronic pain can be applied with success in a context where these treatments are not usually delivered, a mental health unit in a public setting.

Bibliografía

ADFM. (2015, March). Guía de debut en fibromialgia. Retrieved from <http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/debut.pdf>

Alnigenis, M. N. Y., Bradley, J. D., Wallick, J., & Emsley, C. L. (2010). Massage Therapy in the Management of Fibromyalgia: A Pilot Study. *Journal of Musculoskeletal Pain, 9*(2), 55–67. http://doi.org/10.1300/J094v09n02_05

Antonio, J. (2014). Sistematización de las investigaciones sobre calidad de vida relacionada con la salud en fibromialgia, *10*(1), 1–12. <http://doi.org/10.3823/1233>

Arnold, L. M., Hess, E. V, Hudson, J. I., Welge, J. A., Berno, S. E., & Keck, P. E. (2002). A randomized, placebo-controlled, double-blind, flexible-dose study of fluoxetine in the treatment of women with fibromyalgia. *The American Journal of Medicine*, *112*(3), 191–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11893345>

Baranowsky, J., Klose, P., Musial, F., Häuser, W., Haeuser, W., Dobos, G., & Langhorst, J. (2009). Qualitative systemic review of randomized controlled trials on complementary and alternative medicine treatments in fibromyalgia. *Rheumatology International*, *30*(1), 1–21. <http://doi.org/10.1007/s00296-009-0977-5>

Bennett, R., & Nelson, D. (2006). Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia, *2*(8), 416–424. <http://doi.org/10.1038/ncprheum0245>

Bernardy, K., Füber, N., Köllner, V., & Häuser, W. (2010). Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome - a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *The Journal of Rheumatology*, *37*(10), 1991–2005. <http://doi.org/10.3899/jrheum.100104>

Biasi, G., Manca, S., Manganelli, S., & Marcolongo, R. (1998). Tramadol in the fibromyalgia syndrome: a controlled clinical trial versus placebo. *International Journal of Clinical Pharmacology Research*, *18*(1), 13–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9604730>

Brockow, T., Wagner, A., Franke, A., Offenbächer, M., & Resch, K. L. (2007). A randomized controlled trial on the effectiveness of mild water-filtered near infrared whole-body hyperthermia as an adjunct to a standard multimodal rehabilitation in the treatment of fibromyalgia. *The Clinical Journal of Pain*, *23*(1), 67–75. <http://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31802b4f80>

Bronfort, G., Haas, M., Evans, R., Leininger, B., & Triano, J. (2010). Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. *Chiropractic & Osteopathy*, *18*, 3. <http://doi.org/10.1186/1746-1340-18-3>

Burckhardt, C. S. (2005). Educating patients: self-management approaches. *Disability and Rehabilitation*, *27*(12), 703–9. <http://doi.org/10.1080/09638280400009097>

Busch, A., Schachter, C. L., Peloso, P. M., & Bombardier, C. (2002). Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD003786. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD003786>

Feinberg, S. M. M., Christian, J. M. M., Darnall, B. P., Feinberg, R. D. P., Kalauokalani, D. M. M., Pasero, C. M. R.-B. F., & Pohl, M. M. F. (2015). ACPA Resource Guide to Chronic Pain Medication & Treatment, 135. Retrieved from <http://www.theacpa.org>

Fossaluzza, V., & De Vita, S. (1992). Combined therapy with cyclobenzaprine and ibuprofen in primary fibromyalgia syndrome. *International Journal of Clinical Pharmacology Research*, 12(2), 99–102. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1428304>

General, H., Valencia, U. De, General, H., & Valencia, U. De. (n.d.). Dolor crónico.

Generales, D. (2011). *Ministerio De Sanidad , Política Social E Igualdad. American Economic Review* (Vol. 74). Retrieved from <http://www.msps.es/novedades/sinHumo/home.htm>

Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., & 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>

Goldenberg, D. L., Felson, D. T., & Dinerman, H. (1986). A randomized, controlled trial of amitriptyline and naproxen in the treatment of patients with fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 29(11), 1371–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3535811>

Goldenberg, D., Mayskiy, M., Mossey, C., Ruthazer, R., & Schmid, C. (1996). A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 39(11), 1852–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8912507>

Gonzalez Gonzalez, J., del Teso Rubio, M. del M., Waliño Paniagua, C. N., Criado-Alvarez, J. J., & Sanchez Holgado, J. (2015). Symptomatic Pain and Fibromyalgia Treatment Through Multidisciplinary Approach for Primary Care. *Reumatología Clínica (English Edition)*, 11(1), 22–26. <http://doi.org/10.1016/j.reumae.2014.03.019>

Gur, A. (2006). Physical therapy modalities in management of fibromyalgia. *Current Pharmaceutical Design*, 12(1), 29–35. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16454722>

Häuser, W., Bernardy, K., Uçeyler, N., & Sommer, C. (2009). Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *JAMA*, 301(2), 198–209. <http://doi.org/10.1001/jama.2008.944>

Häuser, W., Klose, P., Langhorst, J., Moradi, B., Steinbach, M., Schiltenswolf, M., & Busch, A. (2010). Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Arthritis Research & Therapy*, 12(3), R79. <http://doi.org/10.1186/ar3002>

Hazemeijer, I. (2003). Fibromyalgia and the therapeutic domain. A philosophical study on the origins of fibromyalgia in a specific social setting. *Rheumatology*, 42(4), 507–515. <http://doi.org/10.1093/rheumatology/keg129>

Hazemeijer, I., & Rasker, J. J. (2003). Fibromyalgia and the therapeutic domain. A philosophical study on the origins of fibromyalgia in a specific social setting. *Rheumatology (Oxford, England)*, 42(4), 507–15. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12649396>

Hospitalario, C., Atenci, P., & Generales, D. (2004). Protocolo de diagnóstico, tratamiento y derivación de los pacientes con fibromialgia, 1–12.

Lopez A, Iturralde F, Clerencia M, G. J. (n.d.). Dolor. *Tratado de Geriatria Para Residentes*, capitulo 7, 721 – 731. Retrieved from http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1RaLMjN6xL4J:www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05_71_III.pdf+&cd=5&hl=es&ct=clnk&gl=co

Nishishinya, B., Urrútia, G., Walitt, B., Rodriguez, A., Bonfill, X., Alegre, C., & Darko, G. (2008). Amitriptyline in the treatment of fibromyalgia: a systematic review of its efficacy. *Rheumatology (Oxford, England)*, 47(12), 1741–6. <http://doi.org/10.1093/rheumatology/ken317>

Oliver, K., Cronan, T. A., Walen, H. R., & Tomita, M. (2001). Effects of social support and education on health care costs for patients with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 28(12), 2711–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11764222>

Passard, A., Attal, N., Benadhira, R., Brasseur, L., Saba, G., Sichere, P... Bouhassira, D. (2007). Effects of unilateral repetitive transcranial magnetic stimulation of the motor cortex on chronic widespread pain in fibromyalgia. *Brain : A Journal of Neurology*, 130(Pt 10), 2661–70. <http://doi.org/10.1093/brain/awm189>

Porro Novo, J., Estévez Pereira, A., Rodríguez García, A., Suárez Martín, R., & González Méndez, B. (n.d.). Guía para la rehabilitación de la fibromialgia. *Revista Cubana de Reumatología*, 17, 1. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Rao, S. G., & Bennett, R. M. (2003). Pharmacological therapies in fibromyalgia. *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology*, 17(4), 611–27. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12849715>

Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B... Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2, S55–S66. [http://doi.org/10.1016/S1699-258X\(06\)73084-4](http://doi.org/10.1016/S1699-258X(06)73084-4)

Russell Rothenger, M. (2010). Patología y tratamiento de la fibromialgia. Una guía para pacientes y médicos. *Fibromialgia Frontiers*, 18(1), 1–10.

Russell, I. J., Kamin, M., Bennett, R. M., Schnitzer, T. J., Green, J. A., & Katz, W. A. (2000). Efficacy of tramadol in treatment of pain in fibromyalgia. *Journal of Clinical Rheumatology : Practical Reports on Rheumatic & Musculoskeletal Diseases*, 6(5), 250–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19078481>

Sanidad, M. D. E. (2011). Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. *Informes, Estudios E investigación2011*, 161.

Schneider, M., Vernon, H., Ko, G., Lawson, G., & Perera, J. (2009). Chiropractic management of fibromyalgia syndrome: a systematic review of the literature. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 32(1), 25–40. <http://doi.org/10.1016/j.jmpt.2008.08.012>

Servicio de Asistencia Psicológica, Universitat Jaume I, Castellón. (1994), 1994.

Sturgeon, J. A. (2014). Psychological therapies for the management of chronic pain, 115–124.

Thieme, K., & Gracely, R. H. (2009). Are psychological treatments effective for fibromyalgia pain? *Current Rheumatology Reports*, *11*(6), 443–450. <http://doi.org/10.1007/s11926-009-0065-6>

Tofferi, J. K., Jackson, J. L., & O'Malley, P. G. (2004). Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: A meta-analysis. *Arthritis and Rheumatism*, *51*(1), 9–13. <http://doi.org/10.1002/art.20076>

Uçeyler, N., Häuser, W., & Sommer, C. (2008). A systematic review on the effectiveness of treatment with antidepressants in fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, *59*(9), 1279–98. <http://doi.org/10.1002/art.24000>

Wolfe, F., Cathey, M. A., & Hawley, D. J. (1994). A double-blind placebo controlled trial of fluoxetine in fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, *23*(5), 255–9. <http://doi.org/10.3109/03009749409103725>