

# **Fibromialgia: Desde una alteración multifactorial a su vivencia individual**

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**Trabajo Fin de Grado**

**Fibromialgia: Desde una alteración multifactorial a su vivencia individual**

**Autor**

Sandra Barcala Fernández

**Tutor**

Manuel Martín González



## ÍNDICE

	Página
Introducción _____	2
Objetivos _____	4
Metodología _____	4
Resultados y discusión _____	5
1. Revisión Bibliográfica _____	5
1.1 Definición y recuerdo histórico _____	5
1.2 Etiología _____	6
1.3 Clínica _____	7
1.4 Diagnóstico _____	8
1.5 Tratamiento _____	9
1.6 Valoración de enfermería _____	11
1.7 Diagnóstico de enfermería _____	12
2. Valoración individual sobre testimonios de pacientes con fibromialgia	13
3. Papel de la enfermería en cuidados y terapias de rehabilitación _____	19
3.1 Intervenciones de enfermería _____	19
Conclusiones _____	20
Bibliografía _____	21

## INTRODUCCIÓN

El término Fibromialgia (FM) es el último de diversos nombres utilizados desde el siglo XIX, entre los que destacan: Puntos Sensibles, Dolor Muscular, Myitis, Fibrositis, Fibromiositis Nodular, Reumatismo Psicógeno. Sin embargo, estas denominaciones cayeron en desuso.

En los años 90 la ACR (American College of Rheumatology) <sup>(1)</sup>, estableció unos criterios de clasificación basados en la existencia de dolor crónico generalizado y determinados “puntos dolorosos”, caracterizando el término FM, que pretende agrupar e identificar un número importante de personas con necesidad de atención y tratamiento que presentan síntomas similares y probablemente un proceso fisiopatológico común. Posteriormente, Fue reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud en el año 1992, tipificándose en el Manual de Clasificación de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.0<sup>2</sup>

La (FM) es un síndrome altamente complejo que cursa con dolor diseminado y/o dolor a la presión en determinadas zonas del cuerpo de forma crónica y generalizada, junto a una amplia variedad de síntomas y signos, como la fatiga extrema, la depresión, el colon irritable, dolor persistente, rigidez muscular, así como por otros síntomas como dificultad para dormir, rigidez matutina, dolor de cabeza, mareos, calambres o problemas de memoria que impiden el funcionamiento normal de las personas que lo sufren <sup>(3)</sup>. Aunque no se ha investigado a fondo la frecuencia de la FM en la población, algunas estimaciones sugieren que entre el 2 y el 4% de ella presenta FM, incluido nuestro medio <sup>(3)</sup>. La proporción entre hombres y mujeres es superior al 90% y esto se repite en todos los países. La causa parece ser debida a componentes genéticos ligados al cromosoma femenino. La edad más frecuente es alrededor de los 50 años <sup>(4)</sup>, de modo que la FM obviamente constituye un problema mayor de salud socioeconómico, ya que este síndrome se asocia a una importante disminución o merma de las actividades laborales y extralaborales.

A pesar de que tradicionalmente la FM se consideraba un trastorno musculoesquelético o neuropsiquiátrico, se sigue sin conocer el origen exacto de la enfermedad, estudios recientes sobre su fisiopatología apuntan a una causa íntimamente

relacionada con el sistema nervioso, con más probabilidad al desarrollo de un cuadro de sensibilización central, por estar primordialmente afectados centros superiores supraespinales, como pueden ser el tálamo o la corteza somatosensorial <sup>(5)</sup>.

Las causas por las que se desarrolla la FM tampoco están claras. Algunas investigaciones apuntan como desencadenantes al estrés, la ansiedad, depresión, traumatismos, poca calidad del sueño, infecciones, a cierta predisposición genética o a padecer una enfermedad reumática o neurológica previa. Aunque también puede aparecer sin ningún factor claramente identificable <sup>(5,6)</sup>.

Lo que sí está claro es que los pacientes con FM, tienen una peor función de sus capacidades físicas, pasan más días en la cama, pierden más días de trabajo. El dolor que experimentan, que por lo general empeora con el frío, el estrés o el ejercicio físico intenso, y la fatiga extrema que está presente en todas las actividades que realizan los pacientes, hace que sus tareas cotidianas se vean claramente dificultadas.

El desarrollo de la investigación sobre FM ha posibilitado el entendimiento de los factores genéticos y ambientales involucrados en la etiología y la aproximación a nuevas tendencias en cuanto al tratamiento farmacológico y no farmacológico <sup>(6)</sup>. A causa de la complejidad del cuadro clínico y las alteraciones en la calidad de vida de quienes la padecen, es indispensable que los miembros del equipo de enfermería tengan las competencias necesarias para proveer un cuidado integral; con el objeto de contribuir al fortalecimiento de los patrones de conocimiento empírico, estético, ético y personal, que promuevan la realización de un cuidado con perspectiva disciplinar, es decir, científico, técnico, humano y con pertinencia social.

Es por ello que nos proponemos los siguientes objetivos:

## **OBJETIVOS**

1º Realizar una extensa revisión bibliográfica para valorar el conocimiento de esta patología en este momento, tanto desde el punto de vista médico como desde enfermería.

2º Acercamiento a las personas que padecen fibromialgia, cuál es el perfil individual de éstas y cómo se ven afectados sus modos y estilos de vida.

3º Conocer el papel que juega el enfermero/a en sus cuidados y terapias de rehabilitación.

## **METODOLOGÍA**

Para el primer y el tercer objetivo: se ha realizado una extensa búsqueda bibliográfica a través de las principales fuentes de información: PubMed, Biblioteca Cochrane Plus, base de datos SCIELO, CINHALL, IME, FUNDACION INDEX. La fecha de búsqueda oscila entre el año 2005 y 2011. Las revistas y artículos seleccionados han sido aquellos que ofrecían mayor evidencia científica.

Las palabras clave utilizadas han sido: “fibromialgia”, “fibromyalgia syndrome”...

Para el segundo objetivo: Se ha contactado con la Asociación de Fibromialgia de Roquetas de Mar, con la cual se acordó diversas citas para poder ver el funcionamiento de las actividades que se llevan a cabo, además de realizar entrevistas individuales a siete de las asociadas, a través de las cuales se obtuvieron testimonios de primera mano en los que describían como era el día a día con esta patología y sus consecuencias en el entorno familiar y sociolaboral.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

#### 1.1 Definición y recuerdo histórico

Etimológicamente la palabra Fibromialgia significa dolor en los músculos y en el tejido fibroso (ligamentos y tendones). La FM se caracteriza por dolor músculo esquelético generalizado y sensación dolorosa a la presión en unos puntos específicos (puntos sensibles), denominados puntos gatillos o “tigger points”, de los que se conocen 18, siendo necesaria la presencia de dolor en 11 ó más de éstos, junto con una historia de dolor generalizado y una serie de signos y síntomas adicionales para determinar la enfermedad. Este dolor se parece al originado en las articulaciones pero no es una enfermedad articular <sup>(7)</sup>.

Algunos hechos relevantes en la historia de la FM son:

- En 1843, Frioriep, descubrió los puntos dolorosos de la FM.
- Gowers, en 1904, acuñó el término fibrositis.
- Ateindler, en 1931 los puntos gatillos ó tigger points.
- En 1976, Hench reivindicó para esta dolencia el nombre de FM.
- En 1990, el Colegio Americano de Reumatología determinó los criterios diagnósticos de dicha enfermedad; dolor difuso durante más de tres meses, once o más de los dieciocho puntos sensibles, no evidenciar ninguna otra enfermedad dolorosa, resultado de analíticas y radiografías normales.
- En 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS), incorporó a la FM dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una entidad clínica bajo el código M 79.0 <sup>(8)</sup>.

La FM se puede considerar un síndrome altamente complejo del que el síntoma más frecuente y de hecho el único criterio diagnóstico es el dolor, sin embargo, al ser un cuadro sindrómico engloba otros muchos signos y síntomas igual de importantes e incapacitantes que éste <sup>(9)</sup>, por lo que es frecuente que antes de llegar al diagnóstico definitivo se haya acudido a diferentes médicos de diversas especialidades.

## 1.2. Etiología

No hay ninguna causa que haya sido demostrada hasta la fecha. No parece existir una causa única de la FM, sino que se cree que quizá ciertos factores como el estrés, la mala calidad del sueño, los traumatismos físicos, los traumas emocionales o no estar en forma desencadenen la enfermedad en personas más sensibles al dolor<sup>(9)</sup>. Por ejemplo, se ha demostrado que un traumatismo en la región alta de la columna vertebral (cuello, nuca) es capaz de producir FM en algunas personas. La lesión puede estar en el sistema nervioso y hallarse asociada a alteraciones químicas u hormonales, infecciones o factores psicológicos / psiquiátricos.

Alguna de las teorías en las que se está investigando actualmente como causa de la FM son las que se explican a continuación.

*Cambios químicos en el cerebro:* Hay estudios que sugieren que algunos pacientes con FM tienen alteraciones en la regulación de determinados compuestos cerebrales denominados neurotransmisores. Esto parece ser especialmente cierto con la serotonina, un neurotransmisor relacionado con la depresión, las migrañas y las molestias gastrointestinales, así como con la sustancia P, un neurotransmisor cerebral asociado con el dolor, el estrés, la ansiedad y la depresión<sup>(5)</sup>.

*Alteraciones del sueño:* Algunos investigadores<sup>(9)</sup> creen que la alteración del patrón del sueño puede ser una causa más que un síntoma de la FM. Los estudios han demostrado unos niveles anormalmente bajos de una hormona denominada somatomedina C en la sangre de las personas con FM. Se cree que la somatomedina C es esencial para la reconstrucción propia del organismo y se segrega durante la fase 4 del sueño, que es precisamente la fase que suele faltar en el sueño de los que padecen FM.

*Infecciones:* Algunos investigadores creen que una infección vírica o bacteriana también puede desencadenar la FM<sup>(7)</sup>

*Traumatismos:* Se ha demostrado<sup>(7)</sup> que un traumatismo en la región alta de la columna vertebral (cuello, nuca) es capaz de desencadenar FM en algunas personas.

### 1.3 Clínica

La clínica más habitual es:

El síntoma más importante de la FM es el *dolor*. La persona que busca la ayuda del personal sanitario suele decir “me duele todo”. Además del dolor, la FM puede ocasionar *rigidez* generalizada sobre todo al levantarse por las mañanas y sensación de hinchazón mal delimitada en manos y pies. También pueden notarse hormigueos poco definidos que afectan de forma difusa sobre todo a las manos.

Otra alteración característica de la FM es el *cansancio* que se mantiene durante casi todo el día. Las personas que padecen FM tienen una mala tolerancia al esfuerzo físico. Se encuentran como si se les hubiera agotado la energía, “como si me hubieran dado una paliza”. El 70 - 80% de las pacientes con FM se quejan de tener un *sueño de mala calidad*, “me levanto más cansada de lo que me acuesto”, empeorando el dolor los días que duermen mal. Los investigadores encuentran que las pacientes con FM se duermen sin problema, pero su sueño al nivel profundo se altera.

Las personas con FM padecen con mayor frecuencia que las sanas *ansiedad* y *depresión*, así como jaquecas, dolores en la menstruación, colon irritable, sequedad en la boca y trastornos de la circulación en las manos y los pies <sup>(10)</sup>.

A continuación se exponen otro grupo de síntomas bastantes frecuentes de la FM:

ORGANOS	SINTOMAS Y SIGNOS
Central	Cefaleas crónicas, trastornos del sueño, mareos, trastornos cognitivos y de memoria, ansiedad y depresión
Ojos	Problemas de visión
Mandíbula	disfunción
Piel	Quejas varias
Pecho	Dolor
Estómago	Náuseas
Urinarios	Trastornos de micción
Muscular	Dolor, fatiga, fasciculación
Articulaciones	Rigidez matutina
Sistémicos	Dolor, aumento de peso, síntomas de catarro, sensibilidad química variada
Sistema reproductor femenino	Dismenorrea

Tabla disponible en: Sociedad Española de Reumatología. Guía sobre la fibromialgia (sede web). Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2010. Disponible en <http://www.ser.es> <sup>(7)</sup>.



#### 1.4. Diagnóstico

Por diversas razones el diagnóstico de FM tiene sus dificultades. Siempre se ha dicho que la FM no se puede objetivar, que el diagnóstico es exclusivamente clínico, que se realiza excluyendo la presencia de otras enfermedades, que no existe ninguna prueba que permita asegurar el diagnóstico y que para diagnosticarla es preciso que se cumplan unos criterios determinados.

Cualquier enfermedad se sospecha en base a unas manifestaciones clínicas que presenta el enfermo; la exploración, los análisis y las pruebas complementarias ayudan para confirmar las sospechas, pero en muchas enfermedades, o no existen datos objetivos, o resulta demasiado cruento para un paciente el tratar de conseguirlos, o tardan tanto tiempo en aparecer que resultan inútiles para hacer el diagnóstico.

Procesos frecuentes como la dispepsia (por reflujo, esofagitis, gastritis o duodenitis), cefaleas (tensionales, migrañas), enfermedades psiquiátricas (depresión, ansiedad, distimia), problemas ginecológicos como la dismenorrea, tendinitis ocupacionales o esguinces, entre otros, se diagnostican a base a lo que refiere el paciente, no existen datos objetivos en la exploración, no se hacen determinaciones analíticas u otras exploraciones complementarias y, sin embargo se diagnostican y se tratan a diario en la práctica clínica de muchos facultativos<sup>(11)</sup>.

Pues bien, la FM es una de estas enfermedades que se diagnostican sólo por las manifestaciones clínicas. Los síntomas que refieren los pacientes con FM son siempre idénticos, sólo varía el número, la intensidad o la importancia que tiene para ellos, pero la descripción que hacen todos de ellos es similar. Esto nos está indicando que el mecanismo de la enfermedad probablemente sea el mismo en todos los pacientes. Otra cosa es que sepamos cuál es el mecanismo responsable, pero su desconocimiento no nos limita la posibilidad de hacer el diagnóstico.

Los análisis y otras pruebas complementarias no son imprescindibles para realizar el diagnóstico, sirven para destacar la presencia de otras enfermedades que tienen síntomas parecidos. En este sentido, hay que saber que cuanto más experiencia tiene el facultativo en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, con FM menor será el número de exploraciones que se realizarán y menor también los partes de interconsulta que solicitará de otros especialistas. La presencia de otras enfermedades no excluye el diagnóstico de FM.

Entre las enfermedades reumáticas más frecuentes, la coexistencia de FM es muy frecuente, entre el 15-20% de los pacientes con artritis reumatoide, el 20-30% de

los pacientes con lupus eritematoso sistémico o hasta el 40% de las pacientes con espondilitis anquilosante, presentan además FM <sup>(12)</sup>. Diagnosticar la FM es muy importante ya que se pueden llegar a confundir los síntomas y tratar la FM con los fármacos que se usan para controlar la enfermedad inflamatoria, algunos de ellos con importantes efectos secundarios. Nuevamente, la experiencia del facultativo en el tratamiento de la FM puede ahorrar al paciente serios problemas.

En la actualidad existen algunos datos objetivos en pacientes con FM. Se han descrito alteraciones en los niveles sanguíneos y del líquido céfalo raquídeo de algunos neurotransmisores; se ha detectado la presencia de un mayor número de receptores para determinadas sustancias en las células nerviosas; se han descrito niveles elevados de algunas citocinas y de otras moléculas mediadoras de procesos inflamatorios, y se ha visto que determinados núcleos del sistema nervioso central presentan alteraciones en la irrigación sanguínea que ponen de manifiesto alteraciones en su funcionamiento <sup>(12)</sup>.

## **1.5 Tratamiento**

Hay unos aspectos básicos que se consideran de gran importancia: realizar el diagnóstico lo antes posible, evitar la solicitud de pruebas complementarias innecesarias y hacer una aproximación biopsicosocial <sup>(13)</sup>.

Para el tratamiento se usan fármacos y medidas no farmacológicas. Los objetivos del tratamiento farmacológico son aliviar el dolor, mejorar la calidad del sueño, eliminar la astenia y los problemas asociados, y mantener o restablecer el equilibrio emocional. Con el tratamiento no farmacológico se pretende mejorar la habilidad funcional y la calidad de vida. Incluye la educación del paciente, la realización de un programa de ejercicios y estiramientos adecuado, y la terapia cognitivo conductual <sup>(14)</sup>.

### **Tratamiento farmacológico**

La investigación sobre el tratamiento farmacológico de la FM no resulta fácil; la complejidad del problema con múltiples síntomas, el desconocimiento sobre la causa y la ausencia de una prueba diagnóstica objetiva suponen una dificultad para el avance en la investigación sobre el tratamiento.

*Analgésicos y antiinflamatorios:* Los analgésicos del grupo de los opioides mayores, como la morfina y oxiconona por vía oral, o la buprenorfina y el fentanilo en forma de parches transdérmicos, son cada vez más utilizados en el tratamiento del dolor crónico no oncológico con buenos resultados, pero a pesar de tener un buen perfil terapéutico y un buen grado de seguridad en su manejo, éstos son poco empleados en el tratamiento de FM <sup>(15)</sup>.

*Antidepresivos tricíclicos:* Amitriptilina: Es uno de los fármacos más estudiados en la FM. A través de 2 metaanálisis, se ha observado que mejora el sueño, la astenia, el dolor y la sensación de bienestar en el 25-45% de los pacientes tratados <sup>(16)</sup>. Se considera un fármaco de primera línea en el tratamiento de la FM <sup>(17)</sup>, sobre todo si los pacientes presentan dificultad para dormir o trastornos del estado de ánimo.

*Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina:* Son fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central (SNC) y tienen un papel en el tratamiento de la FM. Se han realizado 4 estudios con fluoxetina, 5 con paroxetina, 2 con citalopram y uno con sertralina. Comparados con placebo, estos fármacos mejoran los resultados en relación con la intensidad del dolor, la gravedad de la astenia y el sueño, excepto el citalopram. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se utilizan en dosis individualizada, que oscila entre 10 y 80 mg/día, en administración matutina <sup>(18)</sup>.

*Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina:* Los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN), como la duloxetina y la venlafaxina, han demostrado ser eficaces. La duloxetina es un fármaco indicado para la depresión mayor, el dolor de la neuropatía diabética y el síndrome de ansiedad generalizada. En ensayos clínicos de buena calidad se ha observado que la duloxetina mejora el dolor y la sensación subjetiva de bienestar en mujeres con FM, independientemente del estado de ánimo <sup>(19)</sup>.

*Antiinflamatorios no esteroideos:* En los pocos estudios disponibles no se ha demostrado su efectividad en el tratamiento de los síntomas de la FM, motivo por el que no se recomienda su utilización sistemática; sin embargo, pueden ser útiles asociados a otros fármacos que actúan sobre el SNC, como la ciclobenzaprina <sup>(20)</sup>.

## **Tratamiento no farmacológico**

Se insiste una vez más en la necesidad de proporcionar una información básica a los pacientes sobre esta afección y la mejor manera de manejar las opciones del tratamiento. En los casos en que se considere necesario, hay que motivar a los pacientes a que realicen programas de autoayuda. Las terapias no farmacológicas se han evaluado en estudios controlados que incluían capacidad cardiovascular, fortalecimiento muscular, terapia física, biofeedback con electromiografía, hipnoterapia y terapia cognitivo conductual <sup>(18)</sup>.

*Actividad física:* La realización de un programa de ejercicios supervisado puede tener efectos beneficiosos sobre la capacidad física y los síntomas de la FM a corto plazo. Debe ser personalizado, con una actividad física realizada 2-3 veces por semana, de inicio gradual y evitando los ejercicios que produzcan dolor por forzar una zona determinada, sobre todo en los individuos con hiperlaxitud. La actividad física más adecuada es la aeróbica, como la gimnasia, la danza, la natación y la hidrogimnasia. El ejercicio aeróbico ayuda a mejorar el rendimiento, y en ocasiones ayuda a disminuir el umbral de la presión de los puntos sensibles. Una caminata diaria de 30 min proporciona efectos terapéuticos <sup>(18,19,21)</sup>.

*Terapia cognitivo conductual:* Se basa en la idea de que las percepciones que tenemos sobre nosotros mismos y sobre lo que nos rodea afectan a las emociones y al comportamiento. El objetivo de la terapia es cambiar la idea de la persona sobre su dolor, lo que le permite tener una actitud más positiva frente a la enfermedad. Hay evidencias muy coherentes en los resultados de los tratamientos, tanto psicológicos como conductuales, sobre todo con la terapia cognitivo conductual en la FM. Disminuye la intensidad del dolor y el cansancio y mejora el ánimo y la capacidad funcional <sup>(22)</sup>.

### **1.6. Valoración de enfermería**

Es fundamental determinar la percepción que los pacientes tienen de su enfermedad y la forma cómo experimentan los síntomas <sup>(23,24)</sup>. Aunque no hay acuerdos sobre qué aspectos se deben evaluar, es necesario que se incluya en la evaluación la aplicación de una escala de dolor, un cuestionario de medida de la salud, cuantificación

de la hiperalgesia y en ocasiones la determinación de la capacidad funcional y las alteraciones psicológicas <sup>(25)</sup>.

La determinación del dolor como una constante vital supone un avance importante en el cuidado, en virtud de su naturaleza subjetiva como experiencia individual en las dimensiones fisiológica, psicológica, conductual, emocional y sociocultural. De manera reciente, se ha descubierto que un desbalance en los elementos traza en los tejidos podría ser causante de dolor; sin embargo, la consideración de otros factores que afectan la percepción y reacción ante el dolor, como son los asuntos étnicos y culturales, la etapa del desarrollo en la que se encuentran, su entorno, las personas que les sirven de apoyo, las experiencias previas y el significado otorgado son importantes durante la valoración <sup>(26,27)</sup>. Para evitar confusiones, dado el carácter subjetivo del síntoma, se recomienda el uso de la Escala Visual Análoga.

Otras escalas utilizadas que se encuentran traducidas al español son la *Multidimensional Pain Inventory* y la *Brief Pain Inventory*, que categorizan a los pacientes con FM de acuerdo con el dolor que presentan. Igualmente, se emplea la nemotecnia *cildear* porque considera aspectos como el carácter (descripción de la sensación), inicio, localización (ubicación), duración (intermitencia o constancia), exacerbación (factores agravantes), alivio (factores que disminuyen), radiación (extensión a otras zonas) <sup>(28)</sup>.

### **1.7. Diagnósticos de enfermería**

Como se ha mencionado hasta ahora, son diversos los problemas que enfrentan los pacientes con FM, sin embargo, en la presente revisión se toman como referencia las alteraciones reportadas con mayor frecuencia en la literatura. La *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), ofrece como etiquetas diagnósticas: el dolor, la fatiga, el insomnio, la intolerancia a la actividad física, el déficit de actividades recreativas, el afrontamiento inefectivo, la ansiedad, el aislamiento social, el déficit de autocuidado (alimentación, baño, higiene, vestido) y los conocimientos deficientes <sup>(29,30)</sup>.

## 2. VALORACIÓN INDIVIDUAL SOBRE TESTIMONIOS DE LAS PACIENTES CON FIBROMIALGIA.

**CASO 1, María 51 años.** He tenido muchos problemas, porque al igual que el resto de la gente, no se lo creen, que tengo mucho cuento, porque me ven que me pinto, que lucho por vivir, y creen que tengo cuento chino, que si no hago algo es porque soy una vaga, porque no quiero y es una forma de excusarme la FM, pero he aprendido a decir: "Pues mira,". El problema es el desconocimiento, que a veces me dan ganas de sacar algún artículo donde explique el tema de la FM, a pesar de que hay mucha gente que no quiere saber, pero he aprendido que lo que piense el compañero, jefe o el mismo servicio de prevención, me da igual. Yo ahora mismo sé mis funciones sanitarias, si quieren creer que tengo cuento, que lo crean, ya no lo explico, porque ¿Para qué? Si no lo van a entender, es perder el tiempo. Y cuando he estado trabajando en plena crisis, he aprovechado el rato del trabajo a mi casa para inflarme de llorar o me he metido en el cuarto de baño y me he hartado de llorar, o me he aislado del resto y he pensado: "Bueno, ya pasará". He tenido una actitud muy negativa, porque te ves mermadas totalmente tus capacidades y sin saber qué pasa, y pensando: "Y nadie me cree, y nadie me escucha", pero por suerte, eso ha cambiado, gracias al tratamiento y a todos los que nos ayudan aquí en la asociación.

**CASO 2, Rosario 47 años** Yo comencé con un trasiego de especialistas porque yo me sentía mal; las pruebas no daban ningún resultado que explicara *mi maleza*. Ha sido un trasiego de idas y venidas tanto de traumatólogos, cardiólogos, a nivel de neurocirujanos y ya era un mareo total, hasta que ya por descarte se me diagnosticó la FM. Yo desconocía totalmente la enfermedad hasta el momento que el Dr. Ruiz después de hacerme pruebas, me dijo: "Voy a hacerte esta prueba que es la que va a descartar que tengas artrosis degenerativa", o algo así, que yo al principio al desconocer el tema de la FM, le dije, "Pues casi mejor que la FM" y me dijo: "¡No sabes lo que estás diciendo!" y después me di cuenta de que así era realmente, porque era luchar contra algo que está costando muchísimo trabajo sacar adelante. Yo desconocía totalmente qué era esa enfermedad y empecé a mirar un poco qué significaba, cómo podía luchar con ella, o sea, no contra ella, sino que tenía que aprender a vivir con ella y buscar los medios que me paliasen un poco el tema del cansancio, de los dolores tan fuertes que me inutilizaban muchísimos días, de llegar a no poder ni vestirme. Para mí fue un palo

muy gordo, me ha costado muchísimas lágrimas, porque tengo 47 años y soy una persona muy activa, la FM te lleva a depresiones, ansiedades y tú dices: "Bueno, ¿el cansancio es depresión? ¿La depresión es con la FM?" y te encierras en un círculo que dices: "bueno, ¿por dónde corto?" y te lleva a una depresión bastante seria, te crea un sentimiento de inutilidad, de decir: no sirvo para nada, no puedo comprometerme con nadie a largo plazo, a corto plazo a lo mejor, porque no sabes qué día puede aparecer".

Yo antes al principio, como no sabía lo que era, pues era aplastamiento, malestar, no quería hablar, no quería salir a la calle... Ahora, al contrario, veo que la vida sigue y hay que ir poco apoco, pero yo pensé hasta en suicidarme. A Dios Gracias me he encontrado con un equipo en la Unidad del Dolor que me están ayudando muchísimo y ahora después de tres sesiones que llevo ya con tratamiento con ketamina, estoy en funcionamiento con una vida totalmente normal durante 4 o 5 meses, que el organismo se conoce que vuelve a pedir otra vez la sustancia que sea, pero para mí es el milagro que me ha salvado, me ha hecho recuperar la ilusión y las ganas de vivir, me ha hecho superarme a mí misma incluso antes de tener la enfermedad, puesto que estoy estudiando, trabajando, llevo mi casa para adelante, y para mí esto ha sido encontrarme con algo que yo, la verdad, al principio hubiera preferido morirme, sinceramente. Cuando me dijeron que era FM, que es la enfermedad fantasma, porque no sale en ningún diagnóstico, los signos y síntomas son desgarradores. Pero al no tener diagnóstico, la gente no se los cree, y es luchar contra un fantasma. Es muy gratificante darte cuenta de que no es ningún fantasma, que hay gente como los que están aquí en la asociación, que escuchan, creo que el 50% del tratamiento lo hace el profesional con la charla y que está dispuesta a ayudar, a quien se lo agradezco muchísimo, porque después de un año de tratamiento, me han devuelto las ganas de vivir, me siento mucho mejor y animo muchísimo al equipo a seguir con su labor tan importante, que no podría ni definir.

**CASO 3, Ana 52 años.** A mí este problema me ha afectado mucho con mi hijo. Tengo un hijo de 23 años y al principio fue un "palo muy gordo", porque no quería ni preguntarme cada día cómo estaba, porque para él era muy fuerte encontrarse a su madre que no podía vestirse, ni moverse. El nunca me ha preguntado, ni me ha dicho: "¿Estás bien?" ni "¿Qué te pasa?" Nunca. No ha querido saber nada. Y ahora sí me pregunta: "¿Qué estás haciendo?" y "¿Cuándo trabajas?". Para mí ha sido muy duro que

mi hijo, estando yo mal, con una manta eléctrica en el sillón y sintiéndome mal realmente, haya entrado y ni siquiera me haya preguntado: "¿Qué te pasa?" Pero no lo ha hecho nada más que por no querer saber qué me pasa; él como que huía de la situación y no quería enfrentarse a ella. Ahora él va progresando en los estudios [también sanitario], aunque no han influido porque la familia es la familia y el trabajo es el trabajo. Ahora él conoce más el tema y yo pienso que el dolor ajeno es exagerado y el tuyo es insoportable. Yo trato con ancianos, mi madre está dentro de la edad geriátrica y no es lo mismo para mí ver una anciana que tenga que hacerle algo, que tener que hacérselo a mi madre. La familia es totalmente diferente. Y a mi hijo, a pesar de que me consta que ha estudiado y ha hecho mucho hincapié en la FM, yo lo pienso y asumo que soy su madre y como tal me parece intocable, de pensar: "No, eso a mí no me puede estar pasando". Sí creo que le va a pasar como a mi marido, que va a estar más sensibilizado en su trabajo con la FM que cualquier otro sanitario que desconozca el tema y no lo haya sufrido de cerca, y haya vivido hasta qué punto afecta la enfermedad. Porque él ha vivido, pasar por la puerta de mi dormitorio, asomarse e irse y no preguntarme nada, o tener que llamarlo para decirle: "Ven, quiero levantarme, ¡Acércame las zapatillas!" Pero él nunca ha preguntado nada. Ahora ya por lo menos, hablamos, yo le digo: "Voy a hacer esto o lo otro" y parece que lo va asumiendo, pero bueno, también ha visto que tampoco es una gran cosa, que sí que es un problema pero que tiene solución y él me conoce, me mimaba y sabe las ganas de vivir que siempre he tenido. Todo esto que a lo mejor la gente piensa que es una tontería para mí ha sido lo peor, y desde que estoy viniendo aquí he sabido llevarlo mejor lo he hablado, me han escuchado y me han dado consejos para seguir adelante tanto física como psicológicamente.

**CASO 4, Carmen 51 años.** La enfermedad ha cambiado mi vida, he tenido que dejar mi trabajo, que me gustaba, la vida con mi familia y mis actividades de la vida diaria. Ahora sé lo que tengo, antes lo achacaba todo a la cefalea, incluso el último neurólogo me cambió el tratamiento, me quitó el tranquilizante y antidepresivo, pasé una racha que yo me quería morir, además del periodo de tiempo que he estado en cama, enfadada conmigo misma, porque no quería estar así, saltaba a la primera. He cambiado, cuando estoy mal no me gusta encontrarme con una persona porque te cuenta hasta hablar, y luego eso, no tienes que decir que te encuentras mal y si te preguntan es como si te estuvieras engañando.



Mi estado de ánimo me ha hecho que no tenga ganas de mantener relaciones sexuales, y mi marido lo ha visto como falta de cariño, que soy muy fría y yo le he manifestado mi cariño cuidándolo, la enfermedad me ha hecho meterme más en mi interior, he sido una persona alegre. Sigo viniendo aquí, porque me hace revivir los momentos buenos que he tenido y me ayuda, me siento comprendida, tengo gente fiel a mi alrededor que siempre me entiende y con quienes puedo planear y hacer actividades.

**CASO 5, María 59 años.** Me diagnosticaron FM en 1991 a los 37 años. Pero, aunque nadie lo sabía en esa época, yo sufrí mi primer ataque de FM a los 13 años, con síntomas claros como insomnio, dolores musculares, depresión, cansancio profundo, anquilosamiento, etc., etc. Tras los partos de mis dos hijas en 1979 y 1984 respectivamente, la enfermedad se agravó, pero ningún médico sabía qué era lo que tenía y optaron por tacharme de hipocondríaca, depresiva, perezosa, etc. Tuve que dejar el trabajo de profesora preescolar porque me resultaba insoportable el bullicio de los pequeños y estudié para profesora de español con alumnado de primaria y secundaria. Aunque estaba un poco menos estresada, el cansancio y el insomnio me obligaban a darme de baja varios días al mes, con el consiguiente problema laboral de mala trabajadora, irresponsable, etc. En el 91 leí por casualidad un artículo sobre la FM, identifiqué los síntomas y me presenté en la consulta del médico a quien le hacían la entrevista, el cual me la diagnosticó. Desde el 91 he estado tomando antidepresivos para combatir el insomnio, Lantanon 90 mg y analgésicos para los dolores, he probado todo tipo de terapias, calor, luz, meditación, gimnasia en agua, relajación, etc. He necesitado dormir alrededor de 10-11 horas diarias para no sentirme agotada todo el día, He tenido hipersensibilidad a los ruidos fuertes como bocinas de coche o gritos de niños que me producían estrés y taquicardia. Pero lo peor ha sido el cansancio crónico. Durante mis peores épocas, los dolores y el cansancio me metían en la cama durante al menos 5 días al mes. Ahora por el contrario estoy bastante mejor, tengo bastantes dolencias y épocas peores pero voy poco a poco intento no rendirme y superarme yo misma día tras día me obligo a venir aquí (aunque a veces no me apetezca) charlo, me entretengo, me desahogo y la verdad que voy evolucionando poco a poco a mejor.

**CASO 6, Flor 48 años.** Estoy en la Asociación desde hace dos años, me ayudan porque ponen diapositivas y hablan de la alimentación, de los movimientos que hay que hacer y ayudan bastante. Hace algún tiempo deje de ir y no tenía que haberlo dejado porque me

sentía mejor. Los testimonios de las compañeras, como tenían la misma enfermedad, eran iguales, decían lo mismo que yo siento y siempre aprendes a convivir mejor con la enfermedad. Verdaderamente me sirve de mucho, vienen médicos y dan charlas y todas esas cosas me vienen muy bien. Cuando hablo con mis compañeras que se sienten igual que yo, también están tristes anímicamente y con ansiedad, porque lo produce la enfermedad. Tan solamente otra persona que tiene la enfermedad es la que me puede entender. Aquí en la Asociación expreso todo lo que siento libremente y parece que no pero hay un refrán que dice "mal de muchos consuelo de tontos", pues cuando tú ya ves que otra persona lo sufre dices "ya no soy yo la única que tengo que soportar este dolor y esta cosa tan mala".

**CASO 7, Diana 48 años.** Hace dos años me diagnosticaron FM, dejé de trabajar por que los dolores en las plantas de los pies ya me impedían caminar, después el dolor se apoderó de mis piernas y así...Hasta que me impidió levantarme de la cama. Me operaron de la columna, con una severa lesión en las cervicales, llegué a pensar que después de la cirugía el dolor que sentía, por fin se iría de mi vida, pero lamentablemente siguió conmigo todo el tiempo. Ahora he regresado al trabajo, gracias a la medicación. Tomo antidepresivo, gabapentina y tramadol para el dolor. Hay días en los que el dolor es más severo, pero me levanto y me voy a la oficina. Nadie sabe que padezco FM, solo mi jefa directa. Mi marido me ha dejado, se fue después de que me operaron, creo que se cansó de verme tumbada en la cama y con dolores todo el tiempo. Dejé de ser esa mujer que lo hacía todo y que lo podía todo, mi familia afortunadamente se informó al mismo tiempo que yo, de lo que sería mi vida a partir del diagnóstico. Hoy las cosas han mejorado mucho, el mantenerme ocupada en actividades laborales me hacen olvidarme de que me duele todo...Mi día a día es de la oficina a la casa y de la casa a la oficina y vengo siempre que puedo a la asociación. Me he dado cuenta de que me hice solitaria, que muchas personas al verme en este estado decidieron alejarse de mí, aquellos que decían quererme y que en muchas ocasiones dijeron que contara con ellos, fueron los primeros que se apartaron, incluyendo a mi marido. Ahora solo están mis dos hijas y mi madre...Y claro la inseparable FM que es quien me acompaña todos los días con sus noches. Solo pido a Dios tener fuerzas para seguir adelante con esta experiencia de vida tan dura y dolorosa. Les digo aquí a mis compañeras que al igual que yo padecen dolor, desde el alma hasta la fibra más recóndita de nuestro cuerpo, que llega el momento en el que se aprende a compartir la vida con ello. Espero y tengo Fe,

en que algún día algún Médico descubra, sino la cura por lo menos algún medicamento que nos haga recuperar la calidad de vida y sobre todo la dignidad para vivirla.

En la muestra recogida de los testimonios de 7 pacientes, mujeres en el 100% de los casos, de edades comprendidas entre 47 y 59 años, se observa que la FM produce una serie de consecuencias que altera la vida de los pacientes, las personas de su entorno y el medio en el que viven.

Es una de las enfermedades reumáticas que tienen más impacto en la calidad de vida. Las pacientes como hemos podido comprobar refieren una gran repercusión en sus vidas en lo que se refiere a capacidad física, actividad intelectual, estado emocional, relaciones personales, carrera profesional y salud mental, de manera que requiere del paciente el desarrollo de múltiples estrategias de afrontamiento.

La FM perjudica la vida familiar, incluida la vida en pareja. Los padres, los hermanos y los cónyuges de los enfermos tienen peor calidad de vida, especialmente en los aspectos funcionales del trabajo y el hogar, la independencia y la salud.

Los factores que contribuyen a la importante repercusión sociolaboral de estos procesos incluyen: su alta prevalencia, la percepción de dolor y malestar generalizado y la pérdida de función corporal.

Es preciso reconocer que la evaluación de la discapacidad en los enfermos con FM es generalmente un proceso plagado de controversias, por razones tales como la incredulidad diagnóstica de algunos de los agentes evaluadores, la concurrencia de anomalías psicológicas, la dificultad en la objetivación de la incapacidad, las deficiencias en los instrumentos de evaluación y la escasa eficacia del tratamiento.

Ante esta problemática, la enfermería desempeña una actividad educativa para promover entre estos pacientes la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes para poder comprender y aceptar la enfermedad, favorecer la comunicación, enseñar a vivir de forma saludable y fomentar el asociacionismo. Hemos de actuar sobre ellos de forma individual, con una valoración personalizada, y de manera colectiva, con la realización de talleres de relajación, actividad física, autoestima, higiene postural e intervención psicológica, como se expone en el apartado siguiente.

### **3. PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS Y TERAPIAS DE REHABILITACIÓN**

#### **3.1 Intervenciones de enfermería**

El principio fundamental de las intervenciones de enfermería se fundamenta en la filosofía del cuidado que promueve la interacción y la realización de actividades educativas y sesiones de terapia de apoyo para que los pacientes mejoren su calidad de vida, controlen los síntomas y entiendan la naturaleza de la enfermedad <sup>(31)</sup>. En el entorno hospitalario la realización de medidas terapéuticas como la aplicación local de calor, masajes, ejercicios de estiramiento y mejoría del sueño son fundamentales para mejorar la comodidad y seguridad de los pacientes <sup>(32)</sup>. El alcance las acciones educativas debe extenderse fuera del hospital, para lo cual es preciso que se den instrucciones verbales y por escrito a los pacientes sobre el uso del calor, los ejercicios, las técnicas de reducción del estrés y la ingestión de medicamentos prescritos.

De acuerdo con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) de la Universidad de Iowa <sup>(29)</sup>, algunas de las etiquetas empleadas en el plan de cuidados podrían ser: presencia y acompañamiento, masajes simples, técnicas de relajación, manejo del dolor, administración de analgésicos, disminución de la ansiedad, manejo de la energía, manejo del ambiente, mejoramiento del sueño y del afrontamiento.

La intervención psicológica desde el enfoque sistémico puede resultar efectiva, en tal sentido es preciso que los pacientes y sus familias estén totalmente informados sobre la enfermedad; paralelamente, la consideración de los procesos y dinámicas del núcleo son esenciales para la realización exitosa de un plan terapéutico que potencie la participación individual y colectiva. Desde la perspectiva psicoanalítica, las intervenciones podrían estar encaminadas a revisar experiencias traumáticas y a la puesta en marcha de técnicas de liberación somato emocional, en las que las actuaciones de los profesionales de enfermería pueden contribuir mediante la escucha y la presencia para liberar información reprimida empleando fundamentos teóricos como el de la aceptación y el compromiso <sup>(33,34)</sup>.

## CONCLUSIONES

1. El número de personas que sufren fibromialgia es cada vez es más elevado. Se estima que entre el 2 y 4 % de la población la presenta con predominio en mujeres en la cuarta década de la vida.
2. La fibromialgia es un síndrome complejo en el que resulta difícil y con gran controversia su diagnóstico y tratamiento. Engloba un gran cuadro de signos y síntomas, aunque la clínica más habitual es: el dolor, el cansancio, la ansiedad y la depresión.
3. Como tratamiento al margen de las medidas farmacológicas encontramos instrumentos terapéuticos del tipo de: la actividad física, la hipnoterapia y la terapia cognitivo conductual.
4. Las pacientes con fibromialgia refieren una gran repercusión en sus vidas en lo que se refiere a capacidad física, actividad intelectual, estado emocional, relaciones personales, carrera profesional y salud mental, de manera que requiere del paciente el desarrollo de múltiples estrategias de afrontamiento.
5. Un papel de enfermería ante este síndrome podría ser el promover la realización de actividades educativas y sesiones de apoyo para que los pacientes mejoren su calidad de vida, controlen los síntomas y entiendan la naturaleza de la enfermedad.
6. Enfermedades como la fibromialgia suponen un gran reto no solo en su diagnóstico, sino también en su tratamiento. Teniendo el personal de enfermería una gran responsabilidad no solo en su cuidado sino también en el acercamiento a estos pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990 Feb; 33(2):160-72.
2. Belenguer R., Ramos-Casals M., Siso A., Rivera J. Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. *Reumatol Clin.* 2009; 5:55-62.
3. Geisser ME, Strader Donnell C, Petzke F, Gracely RH, Clauw DJ, Williams DA. Comorbid somatic symptoms and functional status in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: sensory amplification as a common mechanism. *Psychosomatics.* 2008; 49:235-42.
4. Collado A. FIBROMIALGIA: Una enfermedad más visible. *Rev Soc Esp Dolor* 2008; 15: 517-520.
5. Meeus M, Nijs J. Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Clin Rheumatol.* 2007; 26: 465-73.
6. Arnold L. The pathophysiology, diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Psychiatr Clin North Am.* 2010; 33(2):375-408.
7. Sociedad Española de Reumatología. Guía sobre la fibromialgia (sede web). Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2010. Disponible en <http://www.ser.es>
8. Historia de la Fibromialgia. 2009. Asociación Argentina de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga crónica y Sensibilidad Química múltiple Fibromérica. <http://groups.google.com.ar/group/fibroamerica/web/aspectos-legales-de-la-fibromialgia>
9. Gómez-Argüelles JM, Anciones B. Prevalencia de síntomas neurológicos asociados a la fibromialgia. *Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet].* 2009 Mayo [citado 2011 Ene 26]; 16(4):222-229. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113480462009000400004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113480462009000400004&lng=es)
10. Consejería de Salud. Fibromialgia: proceso asistencial integrado, Sevilla, Junta de Andalucía, 2005.

11. Rivera J, Alegre C, Ballina f, Carbonell J, Carmona L, Castel B, Collado, A, Esteve X, Martínez F, Tornero J, Vallejo MA, Vidal J. Documento consenso de Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin* 2006; 2 (Supl 1): 555-66.
12. Rivera J. Controversias en el diagnóstico de fibromialgia. *Rev Esp Reumatol* 2006; 31: 501-6.
13. Hannonen P. Fimbromyalgia 2007. ebm00395 (020.082). Duodecim Medical Publications Ltd. [citado 18 Jun 2008].
14. Provenza JR, Pollak DF, Martínez JE, Paiva ES, Helfenstein M, Heymann R, et al. Fibromialgia, Projeto diretrizes, Sociedade Brasileira de Reumatología 2008.
15. Baker K, Barkhuizen A. Pharmacologic treatment of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.* 2007; 9: 301-36.
16. Uçeyler N, Häuser W, Sommer C. A systematic review on the effectiveness of treatment with antidepressants in fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum.* 2008; 59:1279-98.
17. Brewerton E, Miller K, Nemec R, Youngwith M. Fibromyalgia treatment guideline. Austin (TX): University of Texas, School of Nursing Family Nurse Practitioner Program; 2008 May. National Guideline Clearing-house. Disponible en: <http://www.guideline.gov>
18. Buckhardt CS, Goldenberg D, Crofford L, Gerwin R, Gowens S, Jackson K, et al. Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and children. Glenview (IL): American Pain Society (APS). 2005; 109 (Clinical practice guideline n.o4) [citado 18 Jun 2008]. National Guideline Clearinghouse. Disponible en:<http://www.guideline.gov>
19. Hannonen P. Fimbromyalgia 2007. ebm00395 (020.082). Duodecim Medical Publications Ltd. Disponible en: <http://ebmg.wiley.com/ebmg/ltk.koti>
20. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Flotman F, Branco JC, Buskila D, et al. Euler evidence based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2008; 67:536-41.
21. Rooks DS, Gautam S, Romeling M, Cross ML, Stratigakis D, Evans B, et al. Group exercise, education, and combination self-management in women with fibromyalgia: a randomized trial. *Arch Intern Med.* 2007; 167:2192-200.
22. Chakrabarty S, Zoorob R. Fibromyalgia. *Am Fam Physician.* 2007;76: 247-54

23. Ballina F. Decálogo de la Sociedad Española de Reumatología contra la fibromialgia. *Los reumatismos*. 2005; 3 (12):19-21.
24. Alonso A, Pereda C, Usón J. Fundamentos y evidencias de los anticonvulsivos y antidepressivos en dolor reumático. *Reumatol Clin*. 2006; 2(Supl 1):S18-S22.
25. Ittersum M, Wilgen C, Hilberdink W, Groothoff J, Schans C. Illness perceptions in patients with fibromyalgia. *Patient Educ Couns*. 2009; 74:53-60.
26. Sim J, Madden S. Illness experience in fibromyalgia syndrome: a metasynthesis of qualitative studies. *Soc Sci Med*. 2008; 67:57-67.
27. Rosborg I, Hyllén E, Lidbeck J, Nihlgrd B, Gerhardsson L. Trace element pattern in patients with fibromyalgia. *Sci Total Environ*. 2007; 385 (1-3):20-7.
28. Restrepo J. Comparación de las sentencias de incapacidad permanente por fibromialgia en España: diferencias según la resolución sea favorable para el paciente o para el Instituto Nacional de la Seguridad Social. *Reumatol Clin*. 2009; 61:378-85.
29. Nanda I. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier; 2007.
30. Mone P, Burke K. Enfermería medicoquirúrgica: pensamiento crítico en la asistencia del paciente. 4 ed. Madrid: Pearson; 2009. p.1487.
31. Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G. Fundamentos de Enfermería: conceptos, proceso y prácticas. 8 ed. Madrid: Pearson; 2008. p. 1190-3.
32. Hassett A, Gevirtz R. Nonpharmacologic treatment for fibromyalgia: patient education, cognitive-behavioral therapy, relaxation techniques, and complementary and alternative medicine. *Rheum Dis Clin North Am*. 2009; 35(2):393-407.
33. Castro E. La fibromialgia, en el mejor momento de la vida. *Index Enferm*. 2007;16 (56):55-9.
34. Puttini P, Atzeni F, Cazzola M. Neuroendocrine therapy of fibromyalgia syndrome: an update. *Ann N Y Acad Sci*. 2010; 1193 (1):91-7.