

Aplicación de un tratamiento cognitivo-comportamental para la fibromialgia en una Unidad de Salud Mental. Un estudio piloto

LAURA ANDREU
al088063@uji.es

ADRIANA MIRA
miraa@uji.es

SARA NEBOT
nebot@uji.es

M. ÁNGELES IBÁÑEZ
mangelesib@gmail.com

AZUCENA GARCÍA-PALACIOS
azucena@uji.es

Resumen

Introducción: Una Unidad de Salud Mental (USM) es un dispositivo al que acuden con frecuencia pacientes diagnosticados de fibromialgia (FM) derivados por los servicios de atención primaria. Pese a la existencia de tratamientos cognitivo-comportamentales (TCC) específicos para la FM, en las USM no suelen instaurarse este tipo de protocolos. Los pacientes con FM suelen recibir tratamiento dirigido a las psicopatologías concomitantes pero no específicamente para la FM. Pensamos que la TCC está especialmente indicada para ser aplicada en las USM, ya que son programas de tratamiento grupales con un número limitado de sesiones, lo que resulta muy atractivo desde un punto de vista de coste-beneficio. **Metodología:** En el presente estudio, pretendemos comprobar, en forma de un estudio piloto, la posibilidad de implantar un programa de tratamiento psicológico (TCC) en grupo en una USM, con el fin de explorar si los pacientes con FM pueden lograr beneficios en variables psicológicas que impliquen una mejora en el manejo del dolor crónico y, por tanto, en la calidad de vida. En el estudio participaron 13 mujeres que recibieron la TCC en 12 sesiones. **Resultados:** Los resultados en el post-tratamiento indicaron que el impacto de la FM en la vida de las pacientes, la intensidad e interferencia de la fatiga, la interferencia del dolor y la calidad de vida mejoraron. Además aumentó la persistencia en la tarea y la búsqueda de apoyo social. **Conclusiones:** Nuestro trabajo aporta datos preliminares que apoyan la utilidad de los TCC en el tratamiento de la FM en el contexto de una USM.

Palabras clave: dolor crónico, fibromialgia, salud mental pública, terapia cognitivo-comportamental.

Abstract

Introduction: A Mental Health Unit (MHU) is a service that patients diagnosed with fibromyalgia (FM) frequently attend to. These patients are referred to the MHU from their Primary Care Centres (PCC). In spite of the existence of Cognitive Behavioural Therapies (CBT) which are specific to FM, it is not usual to establish this kind of protocols in MHU. Patients with FM generally receive treatment focused on the concurrent pathologies but not on the treatment of FM itself. We believe that CBT is particularly suitable for application in the MHU, as it is based on group treatment programs with a limited number of sessions. It seems to be very attractive from a cost-efficacy point of view. **Method:** In the present study we intend to prove, as a pilot study, the possibility of implementing a CBT in groups at USM, in order to explore whether patients with FM can achieve benefits in psychological variables as an improvement in the management of chronic pain and therefore the quality of life. 13 women participated in the study, and they all received CBT group program in 12 sessions. **Results:** The results at post-treatment indicated that the impact of FM in the lives of patients, intensity, and interference of fatigue, pain interference and quality of life improved. Task persistence and seeking social support also increased. **Conclusions:** Our study provides preliminary data supporting the utility of CBT treating FM in the context of MHU.

Keywords: chronic pain, fibromyalgia, public mental health, cognitive-behavioural therapy.

Introducción

El dolor crónico se caracteriza por ser duradero, persistente y no remitir con la aplicación de tratamiento médico habitual. Además, no tiene valor adaptativo y no existe patología orgánica de base que justifique su presencia. Según los autores Turner y Chapman (1982), el proceso de cronicidad del dolor altera al paciente tanto psicológica como fisiológicamente de manera que aparecen importantes cambios afectivos, de pensamiento y de conducta que contribuyen a perpetuar los síndromes del dolor crónico. Uno de los síndromes de dolor crónico más prevalentes es la fibromialgia (FM). Según la Sociedad Española de Reumatología (SER), la FM es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por dolor crónico generalizado en el aparato locomotor que en algunos casos puede llegar a ser invalidante (SER, 2001). Las personas afectadas de FM sufren dolor de manera fluctuante pero continua y persistente, de manera que implica la aparición de importantes limitaciones físicas y psicosociales que dificultan la adaptación a la enfermedad. La preocupación por la sintomatología puede convertirse en frustración, miedo y ansiedad, y en la utilización de estrategias de afrontamiento ineficaces para manejar las situaciones de dolor. La FM es una patología que afecta a las personas de todos los países y colectivos humanos. Según el estudio EPISER 2008, en España el 2,4 % de la población general mayor de 20 años presenta FM, siendo más prevalente en mujeres (4,2 %) que en hombres (0,2 %). La patogenia de la enfermedad es desconocida, sin embargo, se ha investigado sobre la hipótesis de una posible alteración en la percepción del dolor por desequilibrio en los neuromoduladores del sistema nervioso central (Giralt Celiméndiz, 2010). Estas personas muestran un umbral más bajo ante el dolor.

Por toda la problemática que implica el sufrimiento del dolor crónico de la FM y por la gran repercusión a nivel psicológico que supone este tipo de dolencia, es importante invertir recursos en la investigación para mejorar la comprensión de los factores asociados al dolor crónico y poder llegar al establecimiento de procedimientos de intervención eficaces que mejoren la atención a las personas que sufren este problema. En la actualidad no existe ningún tratamiento específico curativo para la FM, sino que más bien se aplica un tratamiento de carácter paliativo en algunos casos y preventivo en otros, por lo tanto el objetivo está encaminado a mejorar el control sintomático del dolor, la repercusión emocional y en definitiva a mejorar la calidad de vida. La intervención de elección para la FM son los tratamientos interdisciplinarios multicomponentes (Flor y Turk, 2011). La TCC a través de diversas técnicas terapéuticas, intenta modificar las creencias y pensamientos que dificultan la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento adecuadas para el control del dolor y que está en la base de la generación de emociones negativas y respuestas conductuales inadaptables frente al dolor (Friedberg y Jason 2001). Estudios de meta-análisis muestran los beneficios de la TCC para la FM (Glombiewski y cols., 2010). Puesto que se ha demostrado en las investigaciones científicas la utilidad de la TCC en los pacientes con FM, cabría esperar la inclusión en guías clínicas de protocolos de tratamiento psicológico que aúnen criterios y establezcan una práctica clínica multidisciplinar e integral basada en la evidencia. Sin embargo, en las USM no suelen instaurarse este tipo de protocolos. Las pacientes con FM suelen recibir tratamiento psicológico y psiquiátrico dirigido a las psicopatologías concomitantes pero no específicamente para el afrontamiento de la FM.

En el presente estudio, pretendemos comprobar, en forma de un estudio piloto, la posibilidad de implantar un programa de TCC en grupo en una USM, con el fin de explorar si los pacientes con FM pueden lograr beneficios en variables psicológicas que impliquen una mejora en el manejo del dolor crónico y por tanto en la calidad de vida.

Método

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 con los criterios de la *American College of Rheumatology* (Wolfe y cols., 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 de 13 mujeres con diagnóstico de FM. La media de edad de las componentes era de 50,23 años (rango = 36-66, desviación típica = 10,57). La mayoría de las participantes estaban casadas, representado el 69,2 % del total, el 14,14 % estaban separadas, el 7,7 % eran solteras y el 7,7 % eran viudas. En cuanto al nivel de estudios, el 38,5 % de las participantes tenía un nivel de estudios primarios; el 30,8 % presentaba nivel de estudios secundario y un 30,8 %, un nivel de estudios superiores.

La mayoría de las participantes presentaba un trastorno comórbido (ansiedad, estado de ánimo, somatización y personalidad dependiente) y tomaba medicación prescrita por su psiquiatra, mayoritariamente antidepresivos y ansiolíticos.

Instrumentos de evaluación

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 IMMPACT (Dworkin y cols., 2008) e incluye las siguientes medidas de autoinforme relacionadas con el dolor y el estado de ánimo:

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).

Inventario breve de fatiga (BFI, Anderson y cols., 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 y cols., 2003).

Inventario de afrontamiento del dolor crónico (CPCI, Jensen, Turner, Romano y Strom, 1995; validado en población española por García-Campayo, Pascual, Alda y González-Ramírez, 2007). Se trata de una medida de 64 ítems. Identifica las estrategias de afrontamiento que los pacientes utilizan para manejar el dolor crónico. La validación española muestra buenas propiedades psicométricas (García-Campayo y cols., 2007).

Inventario breve de dolor (BPI, Badia y cols., 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 y cols., 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 y cols., 2003).

Índice de calidad de vida (QLI, Mezzich, Cohen y Ruipérez, 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 y cols., 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.

Tratamiento

El programa TCC para las pacientes con FM, se aplicó en formato grupal. Se desarrolló en 12 sesiones semanales hasta la décima sesión, siendo las dos últimas cada dos semanas. Cada sesión tenía una duración aproximada de 2 horas. Las reuniones del grupo tenían lugar en un aula o sala del Centro de Salud de Rafalafena, adaptada a las necesidades que requería cada sesión. El tratamiento multicomponente se diseñó de acuerdo a las indicaciones de autores relevantes en el tratamiento psicológico del dolor crónico y la fibromialgia como son los dres. Dennis Turk y Mark Jensen (Flor y Turk, 2011). A lo largo de las 12 sesiones se trabajan los siguientes componentes terapéuticos: *Componente educativo:* se explica qué es el dolor crónico y justificación del importante problema de salud que supone la FM. *Mindfulness:* las

técnicas de mindfulness buscan que las experiencias sean aceptadas y vividas en su propia condición, sin ser evitadas o intentar controlarlas. *Relajación*: la relajación es una técnica fundamental que se utiliza con las pacientes para lograr reducir afecto negativo, el malestar emocional y la tensión muscular, mejorar el sueño, y lograr y mantener bienestar general. *Terapia de conducta*: El dolor reduce la resistencia a las emociones negativas y de este modo prevalecen emociones como la ansiedad, tristeza, irritabilidad, ira y culpa. Para contrarrestar estas vivencias emocionales, es fundamental construir experiencias positivas. Además se muestra como la inactividad lleva a la pérdida de masa muscular y de fuerza, y cómo ello aumenta la incapacidad física y el dolor. También se trabaja el aprender un patrón de equilibrio entre la actividad con el descanso. *Terapia cognitiva*: se incide en la relevancia de pensamientos, expectativas, actitudes, etc. en el mantenimiento del dolor y por otro lado, el papel de la atención en la percepción del dolor. *Entrenamiento en hábitos de vida saludables*: se enseñan estrategias para lograr un estilo de vida más satisfactorio (alimentación, sueño, relaciones sexuales, ejercicio físico y higiene postural). *Habilidades de comunicación*: mejorando las habilidades sociales en comunicación, podemos mejorar las relaciones sociales, la autoestima, conocer y practicar la asertividad y disminuir el estrés ante los conflictos interpersonales. *Resolución de problemas*: en el programa de tratamiento se enseña y se practica la técnica de resolución de problemas de D´Zurilla y Goldfried. *Prevención de recaídas*: la prevención de recaídas consiste en utilizar todo lo que las pacientes han aprendido a lo largo del tratamiento para poder identificar situaciones de riesgo en el futuro.

Procedimiento

El total de la población del estudio 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. Las pacientes se dividieron en 2 grupos de tratamiento, uno con 7 pacientes y otro con 6 pacientes. Ambos 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. Después de finalizado 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.

Resultados

Evolución de las variables clínicas: cambios pre-post tratamiento

La tabla 1 muestra 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.

En esta misma tabla se muestran también los tamaños del efecto obtenidos mediante la «d» de Cohen. Así mismo, se ofrecen los resultados de la prueba «t» de Student.

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

	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO		D DE COHEN	T	P	
	M	DT	M	DT				
FIQ	57,92	14,98	37,88	21,21	1,09	3,45	0,005	
BDI	19,64	8,32	17,38	9,08	0,26	0,71	0,491	
QLI	4,46	1,09	5,25	1,29	-0,66	-2,93	0,015	
BFI intens.	21,54	5,25	12,46	5,14	1,75	4,63	0,001	
BFI interf.	42,15	11,69	19,54	8,67	2,19	4,88	0,000	
BFI intens.	20,08	5,95	19,77	6,49	0,049	0,22	0,827	
BFI interf.	42,61	11,28	32,08	14,33	0,817	3,42	0,005	
CPCI	Vigilancia	3,49	1,22	2,67	0,75	0,80	2,50	0,028
	Descanso	3,68	1,56	3,31	1,19	0,26	0,61	0,553
	Pedir ayuda	2,83	1,20	2,59	1,32	0,18	0,82	0,425
	Relajación	2,92	1,53	3,38	1,74	-0,28	-1,52	0,155
	Persistencia en la tarea	3,31	1,38	4,49	1,81	-0,73	-3,36	0,006
	Ejercicio	3,14	2,11	3,29	1,78	-0,07	-0,38	0,713
	Autoafirmaciones de afrontamiento	2,79	1,98	3,24	1,97	-0,23	-1,53	0,152
	Búsqueda de apoyo social	1,60	1,17	2,17	1,28	-0,46	-2,49	0,028

Nota. M = media; d. t. = desviación típica; FIQ = Cuestionario de impacto de la fibromialgia; BDI = Inventario de Depresión de Beck; QLI = Índice de Calidad de Vida; BFI intens. = Inventario Breve de Fatiga (Intensidad); BFI interf. = Inventario Breve de Fatiga (Interferencia); BPI intens. = Inventario Breve de Dolor (Intensidad); BPI interf. = Inventario Breve de Dolor (Interferencia); CPCI = Inventario de Afrontamiento del dolor crónico.

Los resultados muestran una disminución significativa del impacto de la FM en la vida de las pacientes en el post-tratamiento, con un tamaño del efecto elevado. A esto se suma que tanto la intensidad como la interferencia de la fatiga en la realización de las actividades se ven disminuidas con un tamaño del efecto elevado. Además, se observa una disminución en la puntuación de la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria en el post-tratamiento con un tamaño del efecto moderado-elevado. En cuanto a la percepción de la calidad de vida, aparece una mejora significativa en las puntuaciones, con un tamaño del efecto moderado. Los resultados en relación al uso de estrategias de afrontamiento, van en la dirección de lo esperado y cabe destacar la obtención de algunas diferencias significativas: una disminución en la puntuación respecto al nivel de vigilancia en el post-tratamiento con un tamaño del efecto moderado-elevado, un aumento en la puntuación respecto a la persistencia en la tarea, con un tamaño del efecto moderado y un aumento en la puntuación de la estrategia de búsqueda de apoyo social, siendo el tamaño del efecto moderado.

Satisfacción con el tratamiento

Las participantes calificaron su nivel de satisfacción con el TCC recibido en una escala de 0 a 10, de 8,9 con un rango entre 7 y 10.

Discusión y conclusiones

Los resultados indican que el programa produjo mejoras en algunas de las principales variables relacionadas con la FM. Además el programa fue bien aceptado por todas las participantes, las cuales informaron de altos niveles de satisfacción.

Las pacientes mejoran sus puntuaciones en el instrumento FIQ en el post-tratamiento. Este puede considerarse uno de los resultados más importantes, puesto que indica que hay una mejora en el impacto de la FM en la vida de las pacientes. Esto indica un progreso en el tratamiento de la FM, ya que supone una mejoría de la interferencia del dolor, en la capacidad para realizar diversas actividades o tareas, pero también una mejoría de la fatiga, el cansancio matutino, la rigidez, la ansiedad y la depresión.

Las personas que padecen FM sienten fatiga y esta constituye uno de los síntomas más comunes y problemáticos. Se ha demostrado que está presente entre el 78 y el 94 % de los pacientes (Wolfe y cols., 1990). Nuestros resultados muestran una disminución significativa tanto en la interferencia como en la intensidad de la fatiga que sienten una vez finalizado el tratamiento. Sus puntuaciones en el pre-tratamiento son bastante elevadas, lo cual indica que este síntoma tenía un peso importante. Por tanto, este resultado evidencia una mejora notable en uno de los síntomas que provoca mayores dificultades en la FM.

El dolor generalizado es el síntoma cardinal de la FM y su presencia es esencial para el diagnóstico. En los resultados del presente estudio no se observan cambios significativos en la intensidad del dolor; sin embargo, aparece una mejora en cuanto a la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria. Este cambio podría atribuirse a una mejora en el aprendizaje del manejo del dolor. Aunque las pacientes sigan sintiendo el dolor con una intensidad similar, pueden haber aprendido habilidades que les ayuden a afrontar el dolor de modo que no interfiera tanto en el desarrollo habitual de sus vidas.

Uno de los objetivos primordiales de la TCC es aumentar el uso de las estrategias de afrontamiento para mejorar el afrontamiento del dolor y otros síntomas, y que estos tengan la menor repercusión posible en las vidas de las pacientes. Dichas estrategias fueron medidas

mediante el CPCI. Los resultados indicaron que los cambios iban en la dirección esperada. Se produjo un aumento significativo en la variable de *persistencia en la tarea*, lo cual puede indicar que las pacientes no abandonan las actividades que emprenden con tanta prontitud a pesar del dolor. Además, a pesar de no ser considerados cambios significativos, se observa en los resultados un aumento en la variable que mide la utilización de la *relajación* como estrategia de afrontamiento, un aumento en la realización de *ejercicio* y un aumento en la utilización de *autoafirmaciones*, después del programa de tratamiento. El CPCI también incluye la evaluación de estrategias consideradas como negativas o no saludables, estas son: *vigilancia*, *descanso*, *pedir ayuda*. En los resultados se observa, solamente una disminución significativa en la *vigilancia*. Esta variable evalúa en qué medida las pacientes están pendientes de sus propios síntomas, por tanto una disminución es importante, ya que favorece el avance en la adaptación a la enfermedad y refleja el aprendizaje de habilidades que cambien el foco de atención. Por otro lado, cabe destacar la mejora en los resultados de la estrategia de *búsqueda de apoyo social*, puesto que en muchas de las pacientes con FM se observa una falta de habilidades sociales y de asertividad para comunicarse con familiares y amigos, que puede interferir a la hora de solicitar ayuda si se encuentran en un momento de dolor. Además, es muy importante la mejora en la percepción de la calidad de vida, puesto que puede indicar que las pacientes valoran que su vida ha mejorado en aspectos como el bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado, funcionamiento interpersonal, apoyo social-emocional, etc. Estudios como el de Gormsen, Rosenberg, Bach y Jensen (2010), muestran que los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad se encuentran relacionados con la FM y ejercen un impacto negativo sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Por tanto, una mejora en esta variable puede influir de forma positiva en la evolución del trastorno psiquiátrico.

En cuanto a la evaluación de la sintomatología depresiva, los cambios en las puntuaciones del BDI entre el pre y post-tratamiento no son significativos. Sin embargo, debemos tener presente que partimos de un tipo de población específica que cuenta con un diagnóstico psicopatológico, mayoritariamente trastornos del estado de ánimo y que están recibiendo tratamiento psiquiátrico de forma paralela al desarrollo del programa de tratamiento psicológico. En el pre-tratamiento la media de la puntuación en el BDI fue 19,64 (d. t. = 8,32) y en el post-tratamiento la media fue 17,38 (d. t. = 9,08). Las bajas puntuaciones en el BDI en el pre-tratamiento pueden ser debidas al tratamiento psicofarmacológico que estas pacientes reciben en la misma USM.

El trabajo que presentamos no está exento de algunas limitaciones que cabe mencionar. A pesar de que los resultados del presente estudio muestran que el TCC para la FM aplicado en una USM ha sido muy útil en la mejora de algunas variables, se tiene que tener en cuenta que se trata de un estudio piloto con una muestra pequeña. Es necesario realizar estudios con muestras mayores y sobre todo con la existencia de un grupo control de comparación que no haya participado del TCC para extraer conclusiones definitivas. Otra limitación es la falta de una evaluación de seguimiento para comprobar si la mejoría se mantiene en el tiempo.

No obstante, a pesar de las limitaciones, consideramos que estudios como el nuestro son necesarios en la investigación clínica como previos a los ensayos clínicos comparativos controlados. Este tipo de estudios son muy importantes para abrir nuevas líneas de investigación y se acercan más a las condiciones clínicas habituales y, por lo tanto, priorizan la validez externa. En este caso puede ser francamente valioso, puesto que es necesario comprobar la utilidad de programas psicológicos para la FM de un modo que sea realmente factible y pueda llevarse al terreno de la práctica clínica diaria en la atención sanitaria de los pacientes con FM, como es en el contexto de los dispositivos de la salud mental pública.

Referencias bibliográficas

- Anderson, K. O., Getto, C. J. y Mendoza, T. R. (2003). Fatigue and Sleep Disturbance in Patients with Cancer, Patients with Clinical Depression, and Community-Dwelling Adults. *Journal of Pain and Symptom Management*, 104, 771-776.
- Badia, X., Muriel, C., Gracia, A., Núñez-Olarte, J. M., Perulero, N., Gálvez, R., Carulla, J. y Cleeland, C. S. (2003). Validation of the Spanish version of the Brief Pain Inventory in patients with oncological pain. *Medicina Clínica*, 120, 52-59.
- Bennet, R. (2005). The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23, S154-S162.
- Burckhardt, C. S., Clarck, S. R. y Bennett, R. M. (1993). Fibromyalgia and Quality of Life: a Comparisons Analysis. *Journal of Reumatology*, 20, 475-479.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Wyrwich, K. W., Beaton, D., Cleeland, C. S., Farrar, J. T., Haythornthwaite, ... Zavisic, S. (2008). Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Journal of Pain*, 9, 105-121.
- Esteve-Vives, J., Rivera, J., Salvat, I., de Gracia, M. y Alegre, C. (2007). Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatología Clínica*, 3, 21-24.
- Flor, H. y Turk, D. C. (2011). *Chronic pain. An integrated biobehavioral approach*. Seattle: IASP Press.
- Friedberg, F. y Jason, L. A. (2001). Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: clinical assessment and treatment. *Journal of clinical psychology*, 57, 433-55.
- García-Campayo J., Pascual A., Alda M., y González-Ramírez M. T. (2007). Coping with fibromyalgia: Usefulness of the Chronic Pain Coping Inventory-42. *Pain*, 132, 68-76.
- Giralt Celiméndiz, P. (2010). El dolor en la fibromialgia. Revista de fibromialgia y síndrome de fatiga crónica.
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W. y Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain*, 151, 280-295.
- Gormsen, L., Rosenberg, R., Bach, F., W. y Jensen, T. S. (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 14, 127- e1.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. y Strom, S. E. (1995). The Chronic Pain Coping Inventory: Development and preliminary validation. *Pain*, 60, 203-216.
- Mas, A. J.; Carmona, L., Valverde, M., Ribas, B. y EPISER Study Group (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clinical and experimental rheumatology*, 26, 519-526.
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *The Journal of Nervous And Mental Disease*, 188, 301-305.
- Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29, 239-288.
- Sociedad Española de Reumatología (2001). Estudio EPISER. *Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española*. Madrid: Sociedad Española de Reumatología.

- Turner, J. A. y Chapman, C. R. (1982). Psychological interventions for chronic pain: A critical review. I. Relaxation training and biofeedback. *Pain*, 12, 1-21.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Peter Tugwell, M. D. ... Sheon, M. D. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 33, 160-172.