



"Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con fibromialgia remitidos desde reumatología a salud mental: un estudio descriptivo transversal"

**Iniciación a la investigación en Medicina
Trabajo Fin de Master 12-07-2012
Alumno: María Cristina López Canales
Director: Javier García Campayo**

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una enfermedad crónica y prevalente que afecta al 2% de la población, en la cual la relación mujeres/hombres es de 9:1. Se define como un proceso reumático caracterizado por dolor músculo-esquelético generalizado y múltiples puntos sensibles¹. Las personas con fibromialgia presentan también con frecuencia rigidez muscular, fatiga, trastornos del sueño, parestesias, deterioro cognitivo y depresión^{2,3,4}.

No está claro si la depresión es el resultado de los síntomas crónicos y la posterior alteración del funcionamiento del rol social, por ejemplo, incapacidad para trabajar, o si la fibromialgia y la depresión potencialmente comparten una base genética similar a ambas^{5,6}.

En un reciente estudio al comparar el afecto negativo (AN) y afecto positivo (AP) en pacientes con fibromialgia con pacientes con osteoartritis, se observó que las personas con fibromialgia experimentaban niveles significativamente más altos de fatiga, dolor y afectos negativos^{7,8}. También se demostró que los aumentos de afectos negativos (por ejemplo, tensión, nerviosismo, irritabilidad) frecuentemente se relacionaban con episodios de dolor⁹, niveles más altos de dolor y fatiga en pacientes con fibromialgia y a la inversa, el aumento de afectos positivos (por ejemplo, sentirse fuerte, entusiasta, determinado) se relacionó con menores niveles de dolor y fatiga^{7,8}.

La fibromialgia si bien se define como un síndrome de dolor crónico debilitante que dura más de tres meses, persiste como una enfermedad de causa desconocida, aunque factores genéticos, virus, traumas físicos, alteraciones hormonales, enfermedades autoinmunes y el estrés han sido implicados¹⁰.

En otro estudio que se realizó para determinar qué características de los pacientes estaban estrechamente relacionados con una respuesta positiva a un breve programa interdisciplinario de tratamiento de la fibromialgia, se observó que la menor edad, la universidad o la educación superior, el menor número de puntos sensibles y más alta puntuación de la depresión predijeron significativamente la respuesta positiva¹¹.

En un análisis multivariado, todos estos factores se mantuvieron estadísticamente significativos. No encontrándose asociación significativa para el género, la duración de los síntomas, el estado civil, el empleo, el estatus de fumador, o las puntuaciones obtenidas con tres escalas de valoración del dolor.

Con respecto al tratamiento existe una gran controversia y variabilidad en el uso de distintas terapias tanto farmacológicas como psicológicas o de rehabilitación física.

En la terapia farmacológica, los antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina y los IRSN como la duloxetina y el milnacipram son las opciones de primera línea para el tratamiento de pacientes con fibromialgia. Un pequeño número de pacientes experimentan un alivio de los síntomas importantes o de menor importancia, sin efectos adversos. Sin embargo, hay un notable número de abandonos de la terapia de los pacientes, debido a efectos adversos intolerables y a un pequeño alivio de los síntomas que no superan los efectos adversos¹².

Otros fármacos como los antiepilépticos se han utilizado en el tratamiento del dolor desde la década de 1960, y algunos han demostrado su eficacia en el tratamiento de diferentes cuadros de dolor neuropático.

La fenitoína es un fármaco antiepiléptico establecido que se ha utilizado en ocasiones para tratar la neuralgia del trigémino intratable, sin embargo, no se ha encontrado ninguna evidencia de suficiente calidad para apoyar el uso de la fenitoína en el dolor crónico neuropático o fibromialgia¹³.

Sin embargo en otro estudio donde el 95% eran mujeres, con una media de edad de 54 años se observó que las estrategias de auto-distracción, el ejercicio de descanso, aeróbico, terapias físicas (terapias cálidas y piscina), las terapias psicológicas (la educación, la psicoterapia), y las terapias para pacientes hospitalizados se consideraron más eficaces y con menos efectos secundarios que otros tipos de terapias farmacológicas¹⁴.

OBJETIVO

El objetivo general del estudio es conocer el perfil de pacientes que actualmente son derivados desde las consultas de reumatología a las consultas de salud mental con el diagnóstico de fibromialgia. De forma secundaria, se analizó la presencia de variables que condicionan la percepción del dolor, la respuesta al tratamiento y su posterior evolución.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal con un total de 251 pacientes atendidos durante el año 2012 en las distintas Unidades de Salud Mental de Aragón bajo el diagnóstico de fibromialgia.

Criterios de inclusión en el estudio:

Edad comprendida entre 18 y 65 años, comprensión del castellano, cumplir criterios de fibromialgia (Criterios del Colegio Americano de Reumatología ACR) diagnosticados por un reumatólogo. No habiendo recibido tratamiento farmacológico ni psicológico previo. Y haber querido colaborar en nuestro estudio previa información sobre el mismo.

Criterios de exclusión:

Trastorno psiquiátrico grave en el Eje I y trastorno psiquiátrico grave en el Eje II (DSM-IV). Quedaron excluidas también las embarazadas y mujeres con lactancia, así como todas aquellas pacientes que rehusaron su participación.

Se describió el total de población incluida en cartera dado su bajo número (251), no habiendo sido necesario ningún tipo de muestreo. Todos los pacientes a los que se les solicitó colaboración aceptaron participar en el estudio.

Fuentes de información: A todos los pacientes que acudieron a las consultas se les pasó un cuestionario heteroadministrado con variables sociodemográficas, un cuestionario de enfermedad y co-morbilidad con patología crónica, y diferentes escalas de valoración psiquiátrica indicadas para fibromialgia: escala de catastrofización, cuestionario

de aceptación ante el dolor, escala de rendición ante el dolor, escala Mindfulness, el cuestionario de Injusticia Percibida, la escala HADS y la escala FIQ.

Así mismo en la primera consulta se realizó una consulta psiquiátrica estructurada EPEP (Usando para su codificación los códigos diagnósticos DSM-V) tras la que se pautó y registró el tratamiento farmacológico y psicológico indicado.

RESULTADOS

Perfil de pacientes

El 96% de los participantes son mujeres con un rango de edad que oscila entre los 31 y 70 años, una edad media de 52,4 años (DS=8,48). EL 82,9 % de los pacientes residían en Zaragoza y sólo un 5,2% pertenecían a la provincia. El 73,7% vivían con su pareja o estaban casados, un 47,4 % vivía en domicilio propio con pareja y/o hijos. El 46,2% había cursado el graduado escolar, y un 37,8% estudios secundarios.

El 25,1% de los pacientes estaban empleados por cuenta ajena y un 21,1% se encontraban incapacitados. De aquellos que se encontraban laboralmente activos, hasta un 29% son funcionarios o tenían un contrato indefinido. Y sólo un 0,4% tenían un contrato temporal de menos de 6 meses. Respecto al nivel de ingresos el 41% percibían entre 1 y 2 veces el salario mínimo interprofesional.

En cuanto a la comorbilidad con otras patologías crónicas, el dolor cervical crónico y la lumbalgia crónica son las patologías más frecuentes en estos pacientes. (Tabla 1)

Tabla 1- Comorbilidad con Patología Crónica

PATOLOGIAS CRONICAS	PORCENTAJE
Artrosis	61%
Dolor cervical crónico	94,80%
Lumbalgia crónica	91,60%
Cefaleas crónicas	76,90%
Insuficiencia venosa EEII	50,20%
Menopausia o climaterio	67,30%
Trastornos de ansiedad	81,70%
Trastornos depresivos	69,70%
Problemas de visión	88,80%

Otros datos recogidos en nuestro estudio, al realizar la consulta psiquiátrica estructurada EPEP al conjunto de pacientes atendidos en salud mental es el diagnóstico psiquiátrico principal, siendo el de mayor frecuencia la depresión en sus distintos tipos, con un 19 %, de los cuales, un 6% de los pacientes cumplían criterios de depresión mayor, un 1,2 % de ansiedad y un 1,2% de distimia.

En cuanto al tratamiento farmacológico, destacaba el uso de antidepresivos en un 16,8% de los pacientes, siendo la duloxetina y la amitriptilina los fármacos de primera elección y en un 16,4% de pacientes el tratamiento analgésico, teniendo en cuenta, el uso en algunos pacientes, de la asociación de ambos fármacos. (Tabla 2)

Tabla 2 - Tratamientos utilizados

ANTIDEPRESIVOS		ANALGESICOS		OTROS FARMACOS	
Cymbalta	7,20%	Ibuprofeno	6,40%	Omeprazol	2,40%
Tryztizol	2%	Zaldiar	4%	Valium	1,60%
Xeristar	5,20%	Lyrice	2,80%	Eutirox	1,20%
Elontril	1,20%	Paracetamol	2%	Condrosan	1,20%
Cipralext	1,20%	Diazepam	1,20%		

A todos los pacientes se les pasó la Escala de FIQ, que es un cuestionario multidimensional diseñado para que el paciente se lo pueda autoadministrar.

Mediante preguntas que hacen referencia a la semana anterior a la realización del test.

Valora los componentes del estado de salud que suelen estar más afectados en pacientes con fibromialgia. Consta de 10 ítems.

El primero es el único que contiene varios subítems (a-j), en número de 10, cada uno de ellos con un rango de 4 puntos (de 0, siempre, a 3, nunca) según una escala de Likert.

Este ítem valora la capacidad funcional del paciente mediante preguntas acerca de actividades relacionadas con la vida diaria: comprar, conducir, hacer la colada, etc.

El segundo y tercer ítems corresponden a escalas numéricas que hacen referencia a días de la semana: el segundo en una escala del 1 al 7, y el tercero del 1 a 5.

El resto de los ítems se valora mediante escalas visuales analógicas (EVA) del 0 al 10.

Si alguna persona no puede realizar algunas de las acciones planteadas por algunos ítems o subítems, éstos pueden dejarse en blanco. Tal sería el caso del subítem «conducir un coche», si el sujeto no dispone del permiso correspondiente, o del ítem «perder días de trabajo», si el paciente no trabaja fuera de casa.

Para los 3 primeros ítems, cuya respuesta no se recoge en una escala del 0 al 10, son necesarias las siguientes recodificaciones:

- Para obtener la puntuación del primer ítem se suma el valor obtenido en cada uno de los 10 subítems, se divide por el número de ítems contestados y el resultado se multiplica por 3,33.
- El segundo ítem (1-7) debe ser recodificado y adaptado. Se invierten sus valores para que tenga el mismo sentido que el resto de los ítems y se multiplica por 1,43.
- El valor obtenido en el tercer ítem (1-5) debe multiplicarse por 2.

Para obtener la puntuación total, se suman las puntuaciones individuales debidamente recodificadas y adaptadas.

Si alguna pregunta se ha dejado en blanco, se suma las puntuaciones obtenidas y se dividen por el número de preguntas contestadas. La puntuación del FIQ total se halla entre 0-100 ya que cada uno de los ítems tiene una puntuación de 0-10 una vez adaptado. De esta forma, 0 representa la capacidad funcional y la calidad de vida más altas y 100 el peor estado.

En nuestro estudio, en el primer ítem el 10% de los pacientes tenían el valor mínimo, el 2,4% el valor máximo y la mayor frecuencia con un 70% de los pacientes, tenían un valor medio.

En el segundo ítem, el 34,7% de los pacientes no se sintió bien ningún día de la semana y el 13,1% estuvo bien 4 días.

En el tercer ítem el 21,9% de los pacientes no perdió ningún día de trabajo por su fibromialgia y el 5,2%, perdió tres.

En el 21,5% de los pacientes el dolor u otros síntomas de la fibromialgia afectaban a su capacidad para desempeñar su trabajo, con un nivel en la escala analógica EVA de 7 sobre 10. Un 18,7% sintió dolor, de 8 sobre 10.

De todos los pacientes el 30,3% manifestó sentirse muy cansado con un nivel de 10 sobre 10. El 35,1% se sentía muy cansado al levantarse por la mañana y un 20,7% se sentía agarrotado con un nivel de 10 sobre 10, en los dos valores respectivamente.

El 15,5% se sintió tenso, nervioso o ansioso con el nivel máximo.

El 17,1% contestó no sentirse deprimido con un nivel de 0 sobre 10.

Otra de las escalas que se utilizó fue la Escala de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) que es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonía (pérdida de placer). La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0 - 3), con diferentes formulaciones de respuesta. El marco temporal, aun cuando las preguntas están planteadas en presente, debe referirse a la semana previa.

La puntuación para cada subescala se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas (0-3) en los ítems respectivos (ítems pares para la de depresión, impares para la de ansiedad).

El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global.

En la versión original de la escala se proponen los mismos puntos de corte para las dos subescalas:

- 0 - 7 Normal
- 8 – 10 Dudoso
- ≥ 11 Problema clínico

En los pacientes de nuestro estudio, al realizar la Escala HAD obtuvieron los siguientes resultados:

En la subescala de ansiedad sólo un 2,8% nunca se sentía nervioso, sin embargo el 97,2% de los pacientes experimentaba tensión con más o menos duración de tiempo en el día. Un 37,8% no sentía temor de que algo malo le fuera a suceder, contra un 62,1% que si lo percibía en mayor o menor escala. El 88,4% tenía la cabeza llena de preocupaciones con más o menos intensidad y un 44% sentía bastante inquietud.

El 38,8% de los pacientes raras veces era incapaz de permanecer tranquilo, y un 49,8% experimentaba de repente sensaciones de gran angustia o temor.

Los resultados obtenidos nos indican el alto grado de ansiedad que padecen nuestros pacientes, por lo que la puntuación obtenida nos sugeriría la existencia de un problema clínico.

Respecto a la subescala de depresión un 54,6% de los pacientes ya no disfrutaban de las cosas como antes, sin embargo un 94% se sentía alegre con más o menos frecuencia y un 43,8% era capaz de reírse igual que siempre.

En esta escala destaca que un 95,6% se sentía lento y torpe con mayor o menor variabilidad. Sin embargo el 45% no perdía el interés por su aspecto personal, y un porcentaje del 53,8% era capaz de disfrutar de un libro o programa de radio y televisión.

Con los datos analizados de la subescala de depresión, detectamos también un cierto grado de depresión en nuestros pacientes y la puntuación obtenida nos orientaría a la existencia de un problema clínico. (Tabla 3)

Tabla 3- Escala de HADS

ESCALA HADS	
Subescala de ansiedad	
(A1) Me siento tenso o nervioso	
3.Casi todo el día	29,50%
2.Gran parte del día	28,70%
1.De vez en cuando	39%
0.Nunca	2,80%
(A2) Siento una especie de temor como si algo malo me fuera a suceder	
3.Si, y muy intenso	17,90%
2.Si, pero no muy intenso	25,10%
1.Si pero no me preocupa	19,10%
0. No siento nada de eso	37,80%
(A3) Tengo la cabeza llena de preocupaciones	
3.Casi todo el día	29%
2.Gran parte del día	25,10%
1.De vez en cuando	34,30%
0.Nunca	12%
(A4) Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a	
0.Siempre	18,30%
1.A menudo	27,10%
2.Raras veces	39,80%
3.Nunca	14,70%
(A5) Experimento una desagradable sensación de nervios y hormigueos en el estómago	
0.Nunca	16,70%
1.Sólo en algunas ocasiones	40,20%
2.A menudo	29,10%
3.Muy a menudo	13,90%
(A6) Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme	
3.Realmente mucho	15,50%
2.Bastante	44,60%
1.No mucho	25,10%
0.En absoluto	14,70%

(A7) Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor	
3.Muy a menudo	14,70%
2.Con cierta frecuencia	35,10%
1.Raramente	30,30%
0.Nunca	19,90%
Subescala de depresión	
(D1) Sigo disfrutando de las cosas como siempre	
0.Ciertamente, igual que antes	17,50%
1.No tanto como antes	54,60%
2.Solamente un poco	19,90%
3.Ya no disfruto con nada	8%
(D2) Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas	
0.Igual que siempre	43,80%
1.Actualmente, algo menos	32,70%
2.Actualmente, mucho menos	20,30%
3. Actualmente, en absoluto	3,20%
(D3) Me siento alegre	
3.Nunca	6%
2.Muy pocas veces	19,90%
1.En algunas ocasiones	45,80%
0.Gran parte del día	28,30%
(D4) Me siento lento/a y torpe	
3.Gran parte del día	41%
2.A menudo	27,10%
1.A veces	27,5
0.Nunca	4,40%
(D5) He perdido el interés por mi aspecto personal	
3.Completamente	4,40%
2.No me cuido como debería hacerlo	23,90%
1.Es posible que no me cuide como debiera	26,70%
0.Me cuido como siempre lo he hecho	45%
(D6) Espero las cosas con ilusión	
0.Como siempre	34,70%
1.Algo menos que antes	39,80%
2.Mucho menos que antes	16,70%
3.En absoluto	8,80%
(D7) Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión	
0.A menudo	53,80%
1.Algunas veces	27,50%
2.Pocas veces	10%
3.Casi nunca	8,80%

DISCUSION

La fibromialgia es una enfermedad prevalente y crónica que, aunque no provoca lesiones en los huesos ni deforma las articulaciones, conlleva una alteración en la capacidad funcional del paciente lo suficientemente importante como para que presente considerables dificultades para el desarrollo de las actividades diarias habituales, incluso mayores que las que pueden tener las personas afectas de artritis reumatoide y artrosis degenerativa¹⁵.

Un alto porcentaje de los pacientes incluidos en nuestro estudio presentan otras patologías crónicas previas a la fibromialgia, de las cuales destacan el dolor cervical crónico y la lumbalgia crónica, lo que nos hace pensar la necesidad de tratamientos farmacológicos para ello y la demanda de estos pacientes a nivel de consultas de atención primaria y especializada.

Dada la cronicidad de la sintomatología de la fibromialgia y la incapacidad que a menudo produce el síndrome, éste se asocia a unos altos costes indirectos derivados del absentismo laboral^{16,17}, así como directos para los servicios sanitarios¹⁸.

La complejidad clínica de estos pacientes y el desconocimiento de su etiopatogenia, hace que la fibromialgia sea un reto para el profesional sanitario desde el punto de vista terapéutico¹⁹.

Los resultados de algunos estudios parecen sugerir que la opción más efectiva para paliar los síntomas asociados a este síndrome es la combinación de tratamientos farmacológicos con terapias alternativas²⁰.

Se ha demostrado que, del extenso arsenal terapéutico, los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptación de serotonina y de noradrenalina, son los más eficaces. Entre las terapias no farmacológicas más utilizadas se encuentran la psicoterapia, la fisioterapia, los quiromasajes, la acupuntura y el ejercicio aeróbico^{21,22}.

Una revisión sistemática recogida en la Cochrane Library concluye que la educación combinada con el entrenamiento físico produce efectos positivos en pacientes con fibromialgia²³.

En nuestro estudio, se observa que de los pacientes remitidos a consultas de salud mental el 16,8% están en tratamiento con fármacos antidepresivos y el 16,4% con analgésicos, teniendo en cuenta, que algunos pacientes pueden llevar un tratamiento combinado de ambos. La duloxetina es el fármaco de elección en un 12,4% de los pacientes y la amitriptilina en un 2%.

Si los antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina y los IRSN como la duloxetina y el milnacipram son las opciones de primera línea para el tratamiento de los pacientes con fibromialgia, los datos recogidos en nuestro estudio ponen de manifiesto el infratratamiento utilizado en nuestros pacientes antes de ser derivados a la consulta de salud mental.

Para concluir, merece la pena destacar que, a pesar de la incertidumbre que existe en torno a la fibromialgia, sí parece claro el hecho de que habría que intentar evitar la demora en el diagnóstico, tan angustiada para los pacientes y tan costosa para el sistema sanitario.

Así mismo, un aspecto muy importante en el planteamiento terapéutico de los y pacientes con fibromialgia sería informarles desde un principio de las diferentes posibilidades terapéuticas de la patología que padecen.

De este modo la persona podría adaptarse y tendría una expectativa adecuada de la patología crónica que padece.

Es necesario realizar un análisis individualizado de cada paciente, valorando todo el cuadro sintomatológico que presenta mediante un abordaje multidisciplinario²⁴.

CONCLUSIONES

La fibromialgia constituye un problema de salud pública que afecta fundamentalmente a mujeres en un periodo vital de máxima actividad social, familiar y laboral con altos costes directos e indirectos.

A pesar de la importancia de esta enfermedad y de los avances en su tratamiento, muchos de nuestros pacientes en el momento en que son derivados a las consultas de salud mental presentan un bajo grado de control de síntomas y alta prevalencia de incapacidad coincidente con un bajo uso de los tratamientos actualmente indicados y aprobados para esta patología.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160–72.
- ² Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38:19–28.
- ³ Arnold LM, Hudson JI, Keck PE, Auchenbach MB, Javaras KN, Hess EV. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:1219–25.
- ⁴ Hassett AL, Cone JD, Patella SJ, Sigal LH. The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 2000; 43:2493–500.
- ⁵ Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, Ware AE, Fritz DA, Auchenbach MB, et al. Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2004; 50:944–52.
- ⁶ Raphael KG, Janal MN, Nayak S, Schwartz JE, Gallagher RM. Familial aggregation of depression in fibromyalgia: a community- based test of alternate hypotheses. *Pain* 2004; 110:449– 60.
- ⁷ Zautra AJ, Johnson LM, Davis MC. Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73:212–20.
- ⁸ Zautra AJ, Fasman R, Parish BP, Davis MC. Daily fatigue in women with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. *Pain* 2007; 128:128–35.
- ⁹ Zautra A, Smith B, Affleck G, Tennen H. Examinations of chronic pain and affect relationships: applications of a dynamic model of affect. *J Consult Clin Psychol*. 2001; 69(5):786-95.
- ¹⁰ Dunne FJ, Dunne C. A.Fibromyalgia syndrome and depression: common pathways.Br J Hosp Med 2012; 73(4):211-7.
- ¹¹ Oh TH, Hoskin TL, Luedtke CA, Weingarten TN, Vincent A, Kim CH, Thompson JM. Predictors of clinical outcome in fibromyalgia after a brief interdisciplinary fibromyalgia treatment program: single center experience. *PM R*. 2012; 4(4):257-63.
- ¹² Häuser W, Wolfe F, Tölle T, Üçeyler N, Sommer C. The role of antidepressants in the management of fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis. *CNS Drugs*. 2012; 26(4):297-307.
- ¹³ Birse F, Derry S, Moore RA. Phenytoin for neuropathic pain and fibromyalgia in adults.Cochrane Database Syst Rev. 2012; 5:CD009485.
- ¹⁴ Häuser W, Jung E, Erbslöh-Möller B, Gesmann M, Kühn-Becker H, Petermann P et al. German fibromyalgia consumer reports: benefits and harms of fibromyalgia syndrome therapies. *Schmerz*. 2012; 26(2):150-9.
- ¹⁵ Boonen A, Van Den Heuvel R, Van Tubergen A, et al. Large differences in cost-of-illness and well being between patients with fibromyalgia, chronic low back pain or ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2005; 64:396-402.
- ¹⁶ Valverde M, Juan A, Rivas B, Carmona L. Fibromialgia. En: Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: Msd y Sociedad Española de Reumatología; 2001: p. 77-91.
- ¹⁷ Albornoz J, Povedano J, Quijada J, De la Iglesia JL, Fernández A, Pérez-Vilchez D et al. Características clínicas y sociolaborales de la fibromialgia en España: descripción de 193 pacientes. *Rev Esp Reumatol* 1997; 24:38-44.
- ¹⁸ Tornero J, Vidal J. Impacto social y económico de las enfermedades reumáticas: la discapacidad laboral. *Rev Esp Reumatol* 1999; 26:357-66.
- ¹⁹ Patkar AA, Biloll, Masand Ps. Management of Fibromyalgia. *Curr Psychiatry Rep* 2003; 5:218-24.
- ²⁰ Turk DC, Okifuji A, Starz TW, Sinclair JD. Differential responses by psychosocial subgroups of fibromyalgia syndrome patients to an interdisciplinary treatment. *Arthritis Care Res* 1998; 11:397-404.

-
- ²¹ Taggart HM, Arslanian CL, Bae S, Singh K. Effects of Tai Chi exercise on fibromyalgia symptoms and health-related quality of life. *Orthop Nurs* 2003; 22:353-60.
- ²² Ramsay C, Moreland J, Ho M, Joyce S, Walker S, Pullar T. An observer-blinded comparison of supervised and unsupervised aerobic exercise regimens in fibromyalgia. *Rheumatology* 2000; 39:501-5.
- ²³ Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B. La rehabilitación multidisciplinaria para la fibromialgia y el dolor musculoesquelético en adultos en edad activa. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software.
- ²⁴ Collado A, Torres X, Arias A, Cerdà D, Vilarrasa R, Valdés M et al. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 401-5.