

Evaluación de los aspectos psicológicos de la fibromialgia
Evaluation of the psychological aspects of the fibromyalgia

de Gracia Blanco M., Marcó Arbonès, M., Ruiz Martín, J;

Departamento de Psicología
Facultad de Ciencias de la Educación
Universitat de Girona (España)
Plaza Sant Domènech, 9
17017 Girona

e-mail: manuel.gracia@udg.es

RESUMEN:

Objetivos: Adaptar y validar en población española el Fibromialgia Impact Questionnaire (FIQ).

Método: La versión adaptada del FIQ se administró a 41 mujeres diagnosticadas de fibromialgia. El FIQ mide funcionamiento físico, la interferencia de la enfermedad en el trabajo, el dolor, la fatiga, el cansancio matutino, la rigidez, la ansiedad, y la depresión. Se recogió información de todas las pacientes acerca de la severidad (evaluados a partir de una escala analógico-visual) y de los síntomas más relevantes de la enfermedad (dolor, fatiga, ansiedad, etc)

Resultados: La consistencia interna de la escala, calculada a partir de alfa de Cronbach, es aceptable ($\alpha= 0.89$). EL análisis factorial de la escala muestra una estructura de dos factores, con un porcentaje de varianza total explicada de un 73%. Se obtuvieron correlaciones moderadas y altas entre la FIQ y el Índice de Severidad General, y las escalas de Depresión y la Ansiedad del SCL-90-R.

Conclusiones: El FIQ es un instrumento fiable y válido por medir la afectación funcional y estado de salud en mujeres españolas con FM.

Palabras clave: Fibromialgia, dolor, validación.

ABSTRACT:

Objective: To validate a translated version of the Fibromialgia Impact Questionnaire (FIQ) to be used by Spanish speaking populations

Method: We administered the FIQ to 41 women with fibromyalgia (FM). The FIQ measures physical functioning, work status, depression, anxiety, sleep, pain, stiffness, fatigue, and well being. All patients were asked about the presence and severity (assessed by visual analog scale) of relevant FM symptoms (pain, fatigue, anxiety, etc.).

Results: Internal consistency was evaluated with Cronbach's alpha coefficient of reliability ($\alpha=0.89$). The factorial analysis of the scale shows a structure of two factors with a percentage of explained total variance of a 73%. Significant moderate to high correlations were obtained between the FIQ and SCL-90-R General Severity Index, Depression, and Anxiety.

Conclusion: The FIQ is a reliable and valid instrument for measuring functional disability and health status in Spanish women with FM.

Key words: Fibromyalgia, pain, validation

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es un trastorno de la modulación del dolor de etiología y patogénesis poco claras. Aunque no hay acuerdo entre los autores, se han barajado diversas teorías sobre sus causas, se ha señalado una baja actividad MAO plaquetaria (Almay, 1987)(1), un déficit de serotonina (van Houdenhove y cols., 1994)(2), trastornos afectivos (Hudson y cols., 1989)(3) y alteraciones del sueño (Harding, 1998)(4).

Con la introducción la pasada década de criterios eficaces para el diagnóstico de fibromialgia (5), numerosos estudios han documentado las características principales del síndrome (6), que se puede definir como una forma de reumatismo no articular caracterizada por un dolor musculoesquelético difuso, de evolución crónica, con rigidez matinal generalizada, fatiga, sueño poco reparador y múltiples puntos sensibles al contacto en unas zonas anatómicas concretas (7). En la mayoría de los casos no parece haber una causa física para los síntomas; las articulaciones, los músculos, y los nervios del cuerpo son normales, no apareciendo infecciones o lesiones a las que atribuirle las causas.

Desde el punto de vista epidemiológico, es uno de los trastornos musculoesqueléticos crónicos más comunes, representando entre un 10% y un 20% de las atenciones de consulta reumatológica. A estos porcentajes hay que añadir que según Albornóz y cols. (8)1996) representa también un 2-5% de las consultas en atención primaria, y un 5-8% en las consultas de los servicios hospitalarios. La fibromialgia tiene una mayor incidencia en mujeres con un 80%-90% de los casos diagnosticados, y una edad de inicio comprendida entre los 25 y los 45 años. La prevalencia de este síndrome entre las enfermedades de tipo reumatológico es del 20%, situándose en la población general entorno al 2% (9). Además, las personas que la padecen tienen una tendencia mayor a repetir las visitas al médico que las que tienen otras enfermedades articularmente mucho más graves.

A diferencia de la artritis, en el cuadro fibromialgico no hay signos histológicos de inflamación y no se ven afectadas directamente las articulaciones del cuerpo (10). Este ha sido el principal motivo, por el que diferentes investigadores han hecho énfasis en el papel que juegan los aspectos psicopatológicos en el estudio de la fibromialgia (11).

En general, la severidad de la sintomatología fibromialgica puede variar de un día a otro, afectando diferentes partes del cuerpo. En algunos casos el dolor puede ser

muy severo e incluso incapacitante (12), mientras que en otros sólo ocasiona un leve malestar. Del mismo modo, la fatiga o cansancio generalizado que se presenta asociada a la fibromialgia, puede ir de un ligero cansancio hasta la fatiga total. También se asocia con frecuencia a cefaleas, colon irritable (13), fenómeno de Raynaud (sensibilidad al frío, sobretodo en los dedos de las manos) parestesias (entumecimiento u hormigueo que se manifiesta principalmente en las extremidades), poca tolerancia al ejercicio físico, sensación subjetiva de hinchazón, alteración de la circulación periférica en función de los factores ambientales, dermografismo o cambio del color de la piel al rascarse, síndrome premenstrual, síndrome uretral femenino y alteraciones de tipo emocional (14) y de tipo cognitivo. En consecuencia, el cuadro puede verse agravado por los esfuerzos físicos, la fatiga, el frío, la humedad, el estrés, los cambios climáticos, determinadas posturas mantenidas durante largo tiempo, tanto en el trabajo como en las tareas domésticas.

Los pacientes con fibromialgia suelen quejarse de dificultad para concentrarse, "lentitud mental", lapsos de memoria, confusión al hablar o escribir, torpeza o tendencia a dejar caer cosas, unos síntomas que tienden a cambiar de un día para otro (15). El tratamiento es sintomático y las respuestas varían mucho de un paciente a otro, por lo que es frecuente que se tengan que probar varios tipos de tratamiento antes de establecer el más satisfactorio. De ahí que se recomiende un tratamiento de enfoque multidisciplinar, que implique la colaboración de una variedad de profesionales como reumatólogos, fisioterapeutas y/o psicólogos (16,17). A pesar de ello, hasta el momento no se conoce un tratamiento eficaz, y solo una tercera parte de los pacientes presenta una buena respuesta a algún tratamiento ya sea farmacológico o no (18).

Como se ha mencionado más arriba, aunque la etiología orgánica de la fibromialgia no está aclarada, algunas investigaciones han apuntado que los factores psicológicos pueden tener un papel importante en su inicio y mantenimiento (19). Aunque, como ha señalado Pastor (1995)(20) no se trata de buscar causas psicológicas, sino de identificar los posibles factores psicológicos que pueden estar asociados y de qué forma, a la sintomatología del síndrome fibromialgico.

Agravado por la temprana aparición del cuadro fibromialgico y las incomodidades o incapacidades que provoca en las actividades de la vida diaria, los pacientes fibromialgicos presentan con mayor frecuencia estados emocionales displacenteros, en forma de sintomatología depresiva y trastornos de ansiedad (21), todo ello asociado también a trastornos de la personalidad (22, 23). En general, la

fibromialgia presenta una comorbilidad psiquiátrica más alta que otras enfermedades reumatológicas (24). Así, las manifestaciones dolorosas y el número de puntos sensibles correlacionan con medidas generales de malestar, tales como la fatiga, problemas de sueño y depresión. Diversos estudios han examinado dicha comorbilidad en estos pacientes utilizando entrevistas diagnósticas estructuradas y estableciendo comparaciones con la artritis reumatoide (25, 26). Estas investigaciones muestran un amplio y consistente porcentaje de trastornos psiquiátricos asociados al síndrome fibromiálgico, superior al resto de enfermedades reumatológicas. Hudson (1985) (25), por ejemplo, al comparar la incidencia de trastornos afectivos entre pacientes con fibromiálgia primaria (no asociada a otras enfermedades) y pacientes con artritis reumatoide, halló que el 71% de los pacientes fibromiálgicos mostraban algún tipo de sintomatología depresiva, frente a un 14% de incidencia en los pacientes con artritis reumatoide.

El hecho que la fibromiálgia implique una afectación tanto física como psicológica (27), hace que el tratamiento deba ir dirigido a ambos aspectos. La mayoría de los pacientes muestran algún tipo de incapacidad física (28), aunque también se ha indicado que algunos de los síntomas fibromiálgicos pueden verse agravados o, en ocasiones, pueden ser debidos a la falta de ejercicio físico (28, 29, 30). En este sentido, algunas investigaciones han constatado que la práctica de actividad física puede ser eficaz para aliviar los dolores musculares, ya que mantiene el tono muscular, aumentando la movilidad y la capacidad cardiovascular, siendo especialmente indicados los ejercicios aeróbicos de bajo impacto (p.e. ejercicios en piscina de agua caliente, caminar, etc.) (29, 30) y de flexibilidad (básicamente estiramientos realizados a través de ejercicios de yoga o tai-chi) (31). Como concluyen Martín y cols. (1996)(31) el ejercicio físico puede ser de ayuda a corto plazo mejorando la sintomatología fibromiálgica, aunque la eficacia del ejercicio a largo plazo no parece tan clara, por lo que el ejercicio debe ir dirigido a prevenir la inactividad física y mejorar la salud general de los pacientes (32).

Por otra parte, numerosos trabajos han constatado que el apoyo psicológico es esencial para ayudar a los pacientes a controlar toda la gama de síntomas que presenta el cuadro, y para hacer los cambios necesarios en su comportamiento y estilo de vida (33, 34). Dicho apoyo puede conseguirse mediante terapia de grupo o con una asistencia psicológica individualizada. En este último caso, se han utilizado con resultados positivos técnicas cognitivo-conductual, que van desde estrategias de afrontamiento

(34,35), control del estrés (p.e. desensibilización sistemática, relajación autógena) hasta el entrenamiento en técnicas de biofeedback electromiográfico (36).

Además, es importante poder identificar los factores específicos que mantienen el dolor, lo intensifican o reducen en vistas a mejorar cada tratamiento, sobre todo los de tipo psicológico. Así, los factores comportamentales, sociales y cognitivos son especialmente relevantes al modular la percepción del dolor crónico, por lo que se ha insistido en la importancia de determinar las asociaciones entre los factores psicológicos y la experiencia de dolor en estos pacientes (20, 37). Dependiendo de la relación entre ambos, se podrá hablar entonces de un mayor o menor grado de incapacidad funcional, caracterizada como un deterioro autopercebido, tanto físico, como emocional, familiar, social o profesional, que da como resultado unos determinados cambios psicosociales, unos comportamientos y unas respuestas emocionales negativas para la persona afectada. Es por eso que la evaluación de los componentes de afectación física, psicológica y social o laboral de los pacientes es especialmente importante, y no sólo en el diagnóstico inicial, sino en las evaluaciones sucesivas que se realizan de forma paralela a los tratamientos, en especial los centrados en aspectos cognitivo-conductuales.

Hay diversos instrumentos psicométricos que se utilizan para valorar la incapacidad funcional y estado de salud en pacientes con enfermedades reumáticas. El *Health Assessment Questionnaire* (HAQ; Pincus, 1983)(38) - del que existe una adaptación española (Esteve-Vives, 1993)(39) realizada con una muestra de pacientes afectados de artritis reumatoide -, y el *Arthritis Impact Measurement Scales* (AIMS; Meenam y cols. 1980)(40), adaptado al castellano por Pastor (1992) en un estudio de pacientes con fibromialgia, en el que se adecuaron las instrucciones y algunos ítems a las características propias del trastorno. Junto a estos instrumentos comúnmente empleados en la valoración de la severidad de la fibromialgia, cada investigador suele incluir como parte de su protocolo de evaluación otras preguntas más específicas dirigidas a valorar la severidad de los síntomas, generalmente a partir de escalas analógico-visuales (VAS).

Como sostienen Burckhardt y cols. (1991)(41), aunque ambos instrumentos son válidos y fiables para diferentes grupos de enfermedades reumáticas, los estudios de validez y fiabilidad de ambos se han realizado en grupos de pacientes con diversos grados de enfermedades reumáticas. Exceptuando el mencionado trabajo de adaptación del AIMS realizado por Pastor (1992), en la mayoría de estudios se emplean dichos

cuestionarios sin haber probado formalmente sus propiedades psicométricas, ni la adecuación de los ítems a una enfermedad con un cuadro diferenciado del resto de trastornos reumáticos (42).

En un intento de suplir estas carencias y de proporcionar un instrumento específico, breve y fácil de aplicar para la evaluación el estado de salud y la afectación funcional pacientes con fibromialgia, Burckhardt y cols., (1991)(41) desarrollaron el *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ). Como indican sus autores, el objetivo inicial era tener un instrumento que valorara de forma rápida los niveles de afectación física, psicológica, social y global de los pacientes. En su construcción se partió de interacciones clínicas con pacientes, de trabajos existentes sobre las características principales del trastorno, y de los instrumentos existentes en el campo de la reumatología, sobre todo el AIMS y el HAQ. Los resultados psicométricos obtenidos indican que el instrumento tiene una fiabilidad test-retest aceptable (con correlaciones que oscilan entre 0.56 para el dolor y 0.95 para el funcionamiento físico) y ha sido utilizado de forma eficaz en numerosas investigaciones, tanto de tipo farmacológico (43) como psico-social (44). El FIQ es específico para mujeres, dada la mayor prevalencia del síndrome fibromialgico en mujeres que en hombres (en una relación de 5:1).

El FIQ ha tenido un amplio eco entre los especialistas y ha sido traducido y adaptado a diferentes idiomas (45,46).

Teniendo en cuenta este marco de referencia, el objetivo principal de este artículo es adaptar al español el FIQ, y evaluar su fiabilidad y validez en una muestra de pacientes con fibromialgia.

MÉTODO

El FIQ está formado por un total de 10 ítems. El primero mide el funcionamiento físico y está compuesto por diez subítems que se valoran de 0 a 3 puntos, donde 0 indica “*siempre soy capaz de...*” y 3 “*nunca soy capaz de...*”, cada uno de los ítems hace referencia a diferentes actividades de la vida diaria como: “*ir de compras*”, “*pasear por el barrio*” “*conducir*”, etc. Los dos ítems siguientes hacen referencia a la situación laboral, recogiendo en el primero el número de ausencias laborales debidas a la fibromialgia durante la semana anterior a la evaluación, y en el segundo el número de días de dicha semana en los que se sintió bien. Finalmente, los últimos 7 ítems miden, respectivamente, la interferencia de la enfermedad en el trabajo, el dolor, la fatiga, el cansancio matutino, la rigidez, la ansiedad, y la depresión. Todos ellos se valoran en una escala Likert de 0 a 10, donde 10 representa el grado de deterioro máximo.

La traducción del FIQ fue realizada por los autores y posteriormente revisada por un traductor especializado que no tenía ningún conocimiento previo de la misma. Se realizaron las siguientes adaptaciones culturales: a) “*vacuum a rug*” se cambió por “*limpiar el suelo*”, “*walking several blocks*” se sustituyó por “*pasear por el barrio*”, y “*do yard work*” por “*hacer trabajos ligeros de casa*”.

Como medida de la sintomatología psicológica se utilizó el *Symptom Checklist-90-R* (SLC-90-R; Derogatis, 1994)(47), un inventario multidimensional de 90 ítems, autoadministrado, que valora el estrés psicológico a partir de nueve dimensiones primarias y tres índices globales. Su utilización en protocolos de evaluación de la sintomatología psicológica en pacientes con fibromialgia, ha sido avalada por diversos estudios (48, 49). Para este trabajo se utilizaron las subescalas que valoran las dimensiones Ansiedad, Somatización y Depresión, y el Índice de Severidad General (GSI).

Se utilizó una escala analógico-visual (VAS) para valorar la sintomatología fibromialgia. La escala VAS se construyó a partir de dos de los ítems que forman el Brief Pain Inventory (BPI; Cleeland, 1989)(50) y que valoran la interferencia del dolor en diferentes actividades de la vida diaria (p.e. actividad general, capacidad para caminar), y el ítem que valora el dolor actual. Completándose con dos ítems más que valoraban el bienestar general del paciente en la última semana y la valoración subjetiva de la severidad del trastorno. Todos los ítems se valoraban de 0 a 10 puntos, donde 10 representa el grado de deterioro máximo.

Se recogieron también datos sobre el número y el tipo de tratamientos recibidos que finalmente no se incluyeron en la investigación, dado que fue imposible determinar ninguno de ellos de forma precisa, sobre todo en aquellos pacientes con una evolución más larga. El 73% de las pacientes reconocían que habían seguido de forma intermitente tratamientos de medicinas alternativas (p.e. acupuntura, dietas) - un comportamiento que, como han señalado Fitzcharles y Esdaile (1997)(51) es frecuente en estos pacientes -, o bien se habían automedicado.

La muestra del estudio estuvo formada por 41 mujeres con una edad media de 47 años (desv.= 8.83), y con una evolución de la enfermedad de 8.68 años (desv.=1.44) provenientes de diversos centros de rehabilitación funcional y de gabinetes psicológicos con programas específicos de atención y apoyo a este tipo de pacientes.

Todas las pacientes tenían un diagnóstico médico previo de fibromialgia primaria, que seguía los criterios establecidos por el American College of Rheumatology (52)Wolfe et al. 1998): un dolor músculo-esquelético persistente de más de tres meses de duración, y la presencia de al menos, 5 puntos dolorosos concretos (“*tender points*”) identificados mediante presión digital (ejerciendo una presión digital moderada de alrededor de 4 Kgrs/cm²).

RESULTADOS

En la tabla siguiente (tabla 1) se muestran los datos descriptivos generales para cada uno de los ítems que forma la FIQ y los coeficientes de correlación ítem-total escala. La consistencia interna, calculada a partir del coeficiente alfa de Cronbach, es de $\alpha=0.89$.

Tabla 1. Descriptivos y correlaciones ítem-total para cada uno de los ítems de la FIQ

Ítems FIQ	Media	Desv.	Correlación ítem-total
Funcionamiento físico	4.56	1.83	0.74
Sentirse bien	6.24	2.59	-0.28
Interferencias laborales	.97	.79	0.80
Destreza laboral	4.60	2.39	0.80
Dolor	5.31	1.83	0.78
Fatiga	6.09	2.36	0.77
Cansancio matutino	7.14	2.17	0.82
Rigidez	6.02	2.32	0.79
Ansiedad	4.24	1.81	0.66
Depresión	3.78	1.79	0.68

nota: todos los ítems se han estandarizado en un rango de 0 a 10

En la tabla 2, se muestran los datos del análisis factorial con rotación Varimax de los ítems de la escala. Los ítems se agruparon en dos factores. El primer factor, que explica el 63 % de la varianza total agrupa aquellos ítems más directamente implicados

en la pérdida de capacidad funcional, cansancio y afectación de la vida laboral. El segundo factor explica el 10.3 % de la varianza y agrupa los ítems que refieren sensación de dolor, sintomatología depresiva, sentirse mal (el ítem en la escala es inverso, de ahí el signo negativo) y rigidez. El total de la varianza explicada por la escala adaptada es de un 73.8%.

Tabla 2. Pesos factoriales, valores propios y varianza explicada de la FIQ para cada factor

Ítems FIQ	Factor 1	Factor 2
Funcionamiento físico	0.876	
Ansiedad	0.858	
Fatiga	0.841	
Interferencias laborales	0.740	
Cansancio matutino	0.682	
Destreza laboral	0.656	
Depresión		0.751
Dolor		0.748
Rigidez		0.690
Sentirse bien		-0.646
valor propio	6.35	1.03
% varianza explicada por cada componente	63.57%	10.30%

El análisis de la validez concurrente de la FIQ se determinó mediante el índice de correlación entre las puntuaciones de los ítems de la FIQ y las puntuaciones de los ítems criterio de la escala analógico-visual (VAS). Las correlaciones obtenidas indican una aceptable fiabilidad externa de todos los ítems (tabla 3).

Tabla 3. Correlaciones ítems FIQ y escala analógica visual (VAS)

Ítems FIQ	Ítems VAS			
	Bienestar general	Dolor (actualmente)	Impacto en la vida	Severidad del trastorno
Funcionamiento físico	-0.618**	0.630**	0.761**	0.727**
Sentirse bien	0.334*	-0.101	-0.216	-0.192
Ausencias laborales	-0.797**	0.673**	0.790**	0.713**
Interferencia laboral	-0.521**	0.606**	0.709**	0.740**
Dolor	-0.818**	0.612**	0.703**	0.582**
Fatiga	-0.606**	0.585**	0.767**	0.733**
Cansancio matutino	-0.760**	0.632**	0.628**	0.629**
Rigidez	-0.823**	0.763**	0.722**	0.701**
Ansiedad	-0.512**	0.587**	0.456**	0.541**
Depresión	-0.680**	0.620**	0.762**	0.554**

** sig. para $p < 0.01$

* sig. para $p < 0.05$

En la tabla siguiente (tabla 4) se muestran las correlaciones entre los ítems de la FIQ y las subescalas del SCL-90 que valoran Ansiedad, Somatización, Depresión, y el Índice de Severidad General (GSI). Como se puede observar, una mayor afectación en el funcionamiento físico global correlaciona de forma moderada y positiva con una mayor severidad general, una mayor sintomatología depresiva, una mayor ansiedad y somatización. Del mismo modo, el dolor y la fatiga se muestran asociadas

positivamente con las puntuaciones obtenidas en las subescalas del SCL-90-R Somatización, y Severidad general.

Tabla 4 Correlaciones FIQ SCL-90R

Ítems FIQ	Sub-escalas SCL-90R			
	Som	Dep	Ans	GSI
Func. físico	0.582**	0.586**	0.479**	0.643**
Sentirse bien	-0.402*	-0.398*	-0.317	-0.408*
Ausencias laborales	0.152	0.11	-0.045	0.230
Destreza laboral	0.209	0.187	0.057	0.272
Dolor	0.345*	0.314	0.127	0.401*
Fatiga	0.404*	0.361*	0.147	0.466**
Cansancio matutino	0.072	0.064	-0.078	0.182
Rigidez	0.127	0.119	-0.047	0.207
Ansiedad	0.041	0.106	0.058	0.158
Depresión	0.394*	0.383*	0.170	0.449**

** sig. para $p < 0.01$

* sig. para $p < 0.05$

CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo era adaptar el FIQ con una muestra de pacientes fibromiálgicas. El FIQ es un instrumento que valora de forma rápida los niveles de afectación física, psicológica, social y global de dichos pacientes.

La consistencia interna del instrumento es elevada, indicando que los componentes de la escala valoran el mismo constructo. También los indicadores de fiabilidad externa de la escala son aceptables, las correlaciones moderadamente altas con los ítems de la escala VAS indican una validez de constructo de la escala adaptada similar a la del estudio original. Finalmente, las correlaciones entre la FIQ y la sintomatología psicológica (valorada con el SCL-90-R) señalan una asociación significativa entre el grado de afectación de la enfermedad y el estrés psicológico.

La adaptación española de la FIQ presentada en este trabajo muestra unas aceptables propiedades psicométricas, tanto de fiabilidad interna como de validez externa, por lo que puede considerarse un instrumento útil para valorar la afectación funcional y psicológica producida por el síndrome fibromiálgico. Se recomienda, no obstante, confirmar los resultados con muestras más amplias y realizar pruebas test-retest.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Almay BGL. Clinical characteristics of patients with idiopathic pain syndromes. Depressive symptomatology and patient pain drawing. *Pain* 1987; 29: 335-46.
- 2- van Houdenhove B, Vasquez G, Neerinckx E. Tender points or tender patients? The value of psychiatric in depth interview for assessing and understanding psychopathological aspects of fibromyalgia. *Clin Rheumatol* 1994; 13 (3): 470-4.
- 3- Hudson J, Pope HG. Fibromyalgia and psychopathology: Is fibromyalgia a form of affective spectrum disorder? *J. Rheumatology* 1989; 16(19): 15-22.
- 4- Harding SM.: Sleep in fibromyalgia patients: subjective and objective findings. *Am J Med Sci* 1998 Jun;315(6):367-76. Sleep/Wake Disorders Center, University of Alabama at Birmingham, 35294, USA
- 5- Smythe HA: Non-articular rheumatism and psychogenic musculoskeletal syndromes. In: McCarty DJ, ed. *Arthritis and Allied Conditions*. Philadelphia: Lea and Febiger, 1979:881-91.
- 6- Yunus MB, Ahles TA, Aldag JC, Masi AT: Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1991;34:15-21.
- 7- Yunus M, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, Feigenbaum SL : Primary fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum* 1981;11:151-71.
- 8- Albornóz, J., Povedano, J., Quijada, J., de la Iglesia, J. L., Fernández, A., Pérez-Vilchez, D., García-López, A. (1997) Características clínicas y sociolaborales de la fibromialgia en España: descripción de 193 pacientes. *Revista Española de Reumatología*; 24:38-44.
- 9- Cathebras P. Lauwers A, Rousset H. Fibromyalgia. A Critical Review. *Ann Med Interne* 1998; 149 (7): 406-414.
- 10- Álvarez B. Alonso J.L., Alegre J., Viejo J.L., Marañón A.; Síndrome de fibromialgia: características clínicas de las pacientes españolas. *Rev Esp Reumatología* 1996; 23: 76-82.
- 11- Dailey P.L., Bishop G. D; Russell J., Fletcher E. M.; Psychological stress and the Fibrositis/Fibromyalgia Syndrome. *Journal of Rheumatology* 1990; 17 (10): 1380-1385.
- 12- Goldenberg DL: Fibromyalgia syndrome. An emergin but controversial condition. *JAMA* 1987;257:2782-7.
- 13- Hudson J., Goldenberg D. L., Pope H. G., Keck P. E., Schlesinger L.; Comorbidity of Fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *Am J. Med.* 1992; 92:363-367.
- 14- Martín L. M., Doutón R., Rojo J. E.; Sistema osteomuscular. En Rojo J. E., Cirera E., (dir.) *Interconsulta psiquiátrica*. 311-322. Masson. Barcelona.
- 15- Landro N.I., Stiles T.C., Sletvold H.: Memory Functioning in Patients with Primary Fibromyalgia and Depression on Healthy Controls. *Journal of Psychosomatic Research* 42:297-306, 1997.
- 16- Masi. AT, Ynus. MB.: Fibromialgia - which is the best treatment ? A personalized, comprehensive, ambulatory, patient-involved management programme. *Baillieres Clin Rheumatol* 1990; 4: 333-70.
- 17- Bennet. RM. A multidisciplinary approach to treating fibromyalgia. In: Vaeroy H, Merskey H, eds. *Pain Research and Clinical Manegement*, Volume 6. progress in fibromialgia and myofascial pain. Amsterdam; Elsevier, 1993: 393-410.

- 18- Goldenberg DL: Treatment of fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin N Am* 1989;15:61-71.
- 19- Boissevain MD, McCain GA: Toward an integrated understanding of fibromyalgia syndrome. II. Psychological and phenomenological aspects. *Pain* 1991;45:239-248.
- 20- Pastor, M. A., López S., Rodríguez J., Juan V.; Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y fibromialgia. *Psicothema* 1995; 7(3): 627-639.
- 21- Valdés M. El dolor. En: Rojo J. E., Cirera E.; (dirs.). *Interconsulta psiquiátrica*. 461-468. Masson. Barcelona, 1997.
- 22- Pergiacomi G., Blasetti P., Berti C., Ercolani M., Cervini C.; Personality pattern in reumatoid arthritis and fibromyalgic syndrome. *Psychological investigatio. J. Reumatol* 1989; 48: 288-293.
- 23- Krag N. J., Norregard J., Larsen J. K., Danneskiold-Samsøe B.; A blinded, controlled evaluation of anxiety and depressive symptoms in patients with fibromyalgia, as measured by standardized psychometric interview scales. *Acta Psychiatrica Scand.* 1994; 89: 370-375.
- 24- Ruiz R., Muñoz M., Pérula de Torres L., Aguayo M. A.; Biopsychosocial features of patients with widespread chronic musculoskeletal pain in family medicine clinics. *Family Practice* 1997; 14 (3): 242-248.
- 25- Hudson JI, Hudson MS, Pliner LF, et al.: Fibromyalgia and major affective disorder: A controlled phenomenology and family history study. *Am J Psychiatry* 1985;142:441-446.
- 26- Ahles TA, Khan SA, Yunus MB, et al: Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis and subjects without pain: A blind comparison of DSM-III diagnoses. *Am J Psychiatry* 1991;148:1721-1726.
- 27- Yunus MB, Ahles TA, Aldag JC, Masi AT: Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1991;34:15-21.
- 28- Bennet RM, Clark SR, Goldberg L, Nelson D, Bonafede RP, Porter J, et al: Aerobic fitness in patients with fibrositis. A controlled study of respiratory gas exchange and xenon clearance from exercising muscle. *Arthritis Rheum* 1989;32:454-60.
- 29- McCain GA, Bell DA, Mai FM, Halliday PD: A controlled study of the effects of a supervised cardiovascular fitness training program on the manifestations of primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1988;31:1135-41.
- 30- Horven S., Stiles T. C., Vogel P. A.; Effects of Aerobic exercise versus stress management treatment in fibromyalgia. *Scan J. Rheumatol* 1996; 25: 77-86.
- 31- Martin L, Nutting A, MacIntosh BR, Edworthy SM, Butterwick D, Cook J: An exercise program in the treatment of fibromyalgia. *J Rheumatol* 23:1050-1053, 1996
- 32- Horven S., Fibromyalgia outcome: the predictive values of symptom duration, physical activity, disability pension, and critical life events. *Journal of Psychosomatic Research* 1996; 41(1): 235-243.
- 33- Nielson WR, Walker C, McCain GA: Cognitive behavioural treatment of fibromyalgia syndrome: Preliminary findings. *J Rheumatol* 1992;19:98-103.
- 34- Goldenberg DL, Kaplan KH, Nadeau Mg, Brodeur C, Smith S, Schmid CH: A controlled study of a stress-reduction, cognitive behavioral treatment program in fibromyalgia. *J Musculoskel Pain* 1994;2(2):53-66.
- 35- Rodríguez-Parra, M. J., Esteve R., López, A.E., Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y modificación de conducta* 2000; 107 (26): 391-418.

- 36- Ferraccioli G, Ghirelli L, et al: EMG-biofeedback training in fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1987;14:820-5.
- 37- Pastor M. A., Salas E., López S., Rodríguez J., Sánchez S., Pascual E., Patient beliefs about their lack of pain control in primary fibromyalgia syndrome. *B. J. Rheumatol* 1993; 32: 484-489.
- 38- Pincus T., Summey J. A., Soraci S. A., Wallston K. A., Hummon N. P., Assessment of patient satisfaction in activities of daily living using a modified Stanford health assessment questionnaire. *Arthritis Rheum* 1983; 26: 1346-1353.
- 39- Esteve-Vives J., Batlle-Gualda E., Reig A.; Spanish version of the Health Assessment Questionnaire: reliability, validity and transcultural equivalency. *J. Rheumatol* 1993; 20 (12): 2116-2122.
- 40- Meenan R. F., Gertman P. M., Mason J. H.; Measuring health status in arthritis: the Arthritis Impact Measurement Scales. *Arthritis Rheum* 1980; 23: 146-152.
- 41- Burckhardt C. S., Clark S. R., Bennett R. M., The fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and validation. *The Journal of Rheumatology* 1991; 18(5): 728-733.
- 42- Mannerkorpi K, Ekdahl C: Assessment of functional limitation and disability in patients with fibromyalgia. *Scand.J Rheumatol* 1997; 26:4-13.
- 43- Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C, Ruthazer R, Schmid C: A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1996; 39:1852-1859.
- 44- Goldenberg, D. L., Kaplan KH, Nadeau MG, Brodeur C, Smith S, et al., A controlled study of a stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain* 1994; 2, 53,1994 .
- 45-Buskila D, Neumann L: Assessing functional disability and health status of women with fibromyalgia: validation of a Hebrew version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *J. Rheumatol* 1996; 23 (5):903-906.
- 46- Hedin P. J., Hamne M., Burckhardt C. S., Engstrom-Laurent A.; The fibromyalgia Impact Questionnaire, a Swedish translation of a new tool for evaluation of the fibromyalgia patient. *Scand J. Rheumatol* 1995; 24 (2): 69-75.
- 47- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual* (3rd ed.) Minneapolis
- 48- Clark S., Campbell S. M., Forehand M. E., Tindall E. A., Bennett R. M.; Clinical characteristics of fibrositis. II. A 'blinded', controlled study using standard psychological test. *Arthritis Rheum* 1985; 28:132-137.
- 49- Goldenberg, D. L., Mossey C. J., Schmid C. H; A model to assess severity and impact of fibromyalgia. *Journal of Rheumatology* 1995; 22(12): 2313-2318.
- 51- Fitzcharles MA, Esdaile JM: Nonphysician practitioner treatments and fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1997; 24:937-940
- 52- Yunus, M., Masi, AT., Calabro, J.J., Miller, K. A., Gerigenbaum, S. L., Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum*, 1981.