

Protocolo de
Atención
a pacientes con
Fibromialgia

Edita: Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad
Autónoma de la Región de Murcia. Servicio Murciano de Salud

Grafismo: VEA

ISBN: 978-84-96994-43-0

Depósito Legal: MU-1683-2010

Protocolo de Atención a Pacientes con Fibromialgia

COORDINACIÓN:

JOSEFA MARÍN LÓPEZ

Dirección General de Asistencia

Subdirección General de Asistencia Primaria y Urgencias y Emergencias Sanitarias

Servicio de Programas y Coordinación de Asistencia Primaria

Servicio Murciano de Salud

AUTORES:

AROCA TEJEDOR JOSÉ MARÍA

Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental de San Andrés.

CANO VALVERDE, M^a SOLEDAD

Especialista en Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía.

DÍEZ GARCÍA, JUAN ANTONIO

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Equipo de AP de Yecla - Mariano Yago.

MARÍN LÓPEZ, JOSEFA

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Programas y Coordinación de Asistencia Primaria.

MARTÍNEZ MAURANDI, JUANA MARÍA

Diplomada en Enfermería. Equipo de Atención Primaria de Totana.

MORENO RAMOS, MANUEL JOSÉ

Especialista en Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

ORTEGA FERNÁNDEZ, JOSÉ ANTONIO

Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental de Cartagena.

RODRIGO ALCORTA, VICTORIA AMAYA

Diplomada Universitaria en Fisioterapia. Unidad de Fisioterapia Centro de Salud El Ranero.

SÁNCHEZ ALONSO, ROSA MARÍA

Especialista en Psiquiatría. Centro de Salud Mental de San Andrés.

SÁNCHEZ LÓPEZ, MARÍA ISABEL

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Equipo de Atención Primaria San Andrés.

AGRADECIMIENTOS:

A JUAN ANTONIO SÁNCHEZ SÁNCHEZ: Por su colaboración en la búsqueda de Guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y sumarios /síntesis de evidencia.

A AFFIRMA, Asociación Murciana del Síndrome de Fatiga Crónica y Fibromialgia que en todo momento nos han prestado su apoyo y confianza.

A NURIA LAMAS URTURI, autora de los dibujos de los Puntos Dolorosos y a ANDONI PENACHO que nos los ha cedido para nuestra publicación (copyright es de Andoni Penacho).

Índice

Introducción	9
Atención a Pacientes con Fibromialgia	10
1 ■ Descripción	11
2 ■ Teorías sobre Etiopatogenia de la Fibromialgia	13
3 ■ Factores de Riesgo	17
4 ■ Diagnóstico	21
5 ■ Tratamiento	31
Anexos	52
■ Anexo 1: Modelo de entrevista clínica del paciente con FM	53
■ Anexo 2: Cuestionario de impacto de la fibromialgia	55
■ Anexo 3: Escala analógica rápida de grado de afectación	58
■ Anexo 4: Recursos para la valoración y seguimiento del dolor	59
■ Anexo 5: Relajación progresiva de Jacobson	61
■ Anexo 6: Respiración profunda	64
■ Anexo 7: Relajación muscular	65
■ Anexo 8: Ejercicios que se pueden prescribir, iniciados gradualmente	66
■ Anexo 9: Inventario de depresión de Beck. BDI	67
■ Anexo 10: Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD)	71
■ Anexo 11: STAI: Subescala Ansiedad - Rasgo.....	74
■ Anexo 12: STAI: Subescala Ansiedad - Estado	77
■ Anexo 13: CES-D	80
Anexos para el Paciente	82
■ Anexo 1: Consejos para los afectados de fibromialgia	83
■ Anexo 2: Líneas psicológicas de trabajo en la fibromialgia	84
■ Anexo 3: Las "D" terapéuticas de la fibromialgia	85
■ Anexo 4: Pautas para aceptar la fibromialgia	86
■ Anexo 5: Normas de higiene postural	88
■ Anexo 6: Asociaciones de la Región de Murcia	90
■ Anexo 7: Otros recursos a disposición de pacientes con fibromialgia	92
Bibliografía	94



Introducción

La Fibromialgia, como explica esta publicación, es una enfermedad de etiología desconocida y diagnóstico controvertido con una prevalencia estimada entre los ciudadanos de nuestro país que oscila entre el dos y el tres por ciento de la población mayor de 20 años.

La Fibromialgia es una de las causas más frecuente de dolor generalizado y configura un grupo importante y heterogéneo de pacientes, que requiere un enfoque individualizado. Prueba de ello, es que entre el 10 y el 20 por ciento de las consultas de Reumatología y entre un cinco y un seis por ciento de las de Atención Primaria son para prestar servicio a personas afectadas por esta dolencia.

Los enfermos que sufren Fibromialgia experimentan un proceso de dolor crónico, generalizado y de carácter osteomuscular que suele paralizar o alterar el ritmo vital del paciente. Aquellas personas que padecen fibromialgia, aunque en apariencia presentan un buen aspecto físico, a menudo experimentan intensos dolores, cansancio y una sensación de malestar que suele ir acompañada de un estado anímico bajo o muy bajo. Este cuadro, propio de la Fibromialgia, es una barrera para el enfermo ya que a diario es un obstáculo para desarrollar tareas habituales como realizar una jornada laboral completa, llevar a cabo determinadas labores domésticas o ir de compras.

La fibromialgia es un problema asistencial de primera magnitud por lo que debemos reflexionar sobre su contexto clínico y velar por prestar los últimos y mejores tratamientos a nuestros pacientes. Nosotros, en tanto que responsables de la Sanidad murciana, nos hemos marcado como reto actualizar conocimientos en esta materia así como intentar incorporar los más recientes avances al diagnóstico y tratamiento para contribuir a mejorar la calidad de vida de nuestros enfermos.

Desde el Ejecutivo autonómico, y en concreto desde la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, queremos mostrar nuestro más sincero apoyo a esta publicación, bajo el título 'Protocolo de Atención a pacientes con Fibromialgia', que hoy ve la luz. Estamos seguros de que el 'Protocolo de Atención a pacientes con Fibromialgia' será una herramienta de gran utilidad y un pilar fundamental para actualizar y reforzar los conocimientos de todos aquellos profesionales de la salud y entregados e implicados en el complicado proceso asistencial.

Este documento ha sido elaborado al más mínimo detalle y sin olvidar el Objetivo de la Continuidad Asistencial perseguido por esta Consejería así como desde el Servicio Murciano de Salud.

Quiero mostrar mi agradecimiento a todos aquellos profesionales de diferentes niveles asistenciales, que se han embarcado en la gran aventura que supone esta publicación y que hoy hemos conseguido que sea una realidad para ofrecer información actualizada y basada en la evidencia científica a todos aquellos que trabajan en esta área.

Como consejera quiero felicitar a todos y cada uno de los participantes y colaboradores así como a AFFIRMA, Asociación Murciana del Síndrome de Fatiga crónica y Fibromialgia, que ofrece su apoyo incondicional a **enfermos, familiares y profesionales, para lo que contarán siempre con nuestro apoyo.**

María Ángeles Palacios Sánchez
Consejera de Sanidad y Consumo



Atención al
paciente
con fibromialgia

1

Descripción

La fibromialgia (FM) es un proceso de dolor crónico, generalizado, de localización preferentemente osteomuscular y de etiología desconocida.

En 1990 el Colegio Americano de Reumatología (ACR) establece los criterios diagnósticos definiéndola como un cuadro de dolor generalizado de más de 3 meses de duración, de carácter continuo, que afecta a ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, así como al raquis o a la cara anterior del tórax, y por la existencia de múltiples puntos sensibles de localización característica, en ausencia de alteraciones degenerativas o inflamatorias.

En 1992 es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como enfermedad reumatológica y tipificada en la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) con el código M79.0. En 1994 es también reconocida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP).

Se trata de un problema frecuente en la práctica clínica. Su prevalencia en nuestro país se estima entre el 2-3% de la población mayor de 20 años, lo que referido a nuestra comunidad autónoma supondría entre 28.000 y 42.000 afectados. El 90% de ellos son mujeres.

Suele comenzar entre 20 y 40 años de edad, con una prevalencia máxima entre los 40 y 49 años. También ha sido descrita en niños y ancianos.

Los pacientes con FM suponen el 10-20% de las consultas de reumatología y un 5-6% de las de atención primaria. Generan altos índices de utilización de servicios sanitarios y consumo de recursos.

2

Teorías sobre la etiopatogenia de la fibromialgia

En la actualidad no se conocen los mecanismos patogénicos ni la etiología que actúan en este proceso. No obstante, existen ensayos en este sentido que están aportando información sobre los posibles mecanismos implicados.

A ■ Teoría Genética

En cuanto a la *teoría genética*, existen datos iniciales de que algunos fenotipos son más frecuentes en estos pacientes, como ocurre con los genes que regulan la catecol-o-metil-transferasa y la proteína transportadora de la serotonina.

Se ha comprobado la existencia de agregación familiar, pues el riesgo de padecer este trastorno es hasta 9 veces más frecuente en familiares de estos enfermos; además en estas familias, tanto el estado de salud global como los condicionantes psicológicos son similares en los sujetos con y sin FM, lo que podría indicar una base genética subyacente.

Por otro lado, existen situaciones que pueden actuar como desencadenantes (antecedentes traumáticos físicos y psíquicos en la infancia, trastornos del estado de ánimo, accidentes de

tráfico, infecciones, cirugía, y, en general, todas las situaciones de estrés postraumático, estrés laboral, etc.) en personas predispuestas y con una base genética.

Con respecto a los mecanismos patogénicos, existen investigaciones en marcha en varios campos.

B ■ Alteraciones Musculares

Con respecto a patología muscular, se han realizado biopsias, hallándose cambios morfológicos y funcionales que, actualmente son considerados no específicos de fibromialgia.

C ■ Alteraciones Endocrinas

Existen datos sobre la existencia de alteraciones del eje hipotálamohipofisoadrenal (HHA) que podrían contribuir a los trastornos endocrinos observados en estos pacientes, aunque en la actualidad son poco consistentes, y se piensa que puedan ser más una consecuencia del propio cuadro clínico que su causa subyacente.

D ■ Disfunción Neurohormonal

Al igual ocurre con la disfunción del Sistema Nervioso Autónomo, (explicaría síntomas como la taquicardia, sudoración, alteraciones digestivas, trastornos del ritmo intestinal, etc.) se piensa que es consecuencia de una alteración de los neuromoduladores del sistema nervioso central.

E ■ Alteración Autoinmune

Otra teoría es la Inflamatoria o Autoinmunitaria, pues se ha observado en algunos pacientes la presencia de grandes concentraciones de citocinas proinflamatorias y de reactantes de fase aguda.

F ■ Alteración Neuro Sensorial

Los datos más recientes indican que estos pacientes presentan una alteración en los mecanismos de procesamiento del dolor, probablemente secundaria a un desequilibrio en la concentración de neuromoduladores a nivel del sistema nervioso. En los ensayos de dolor inducido de manera experimental se ha observado que estos pacientes tienen un umbral del dolor más bajo, precisando estímulos de escasa intensidad para provocarlo.

En la actualidad se están desarrollando interesantes ensayos en Neuroimagen, mediante técnicas de Resonancia Magnética (RM) cerebral funcional, Tomografía de Emisión de Positrones (TEP) y Tomografía Computarizada con Emisión de Fotón Simple (SPECT).

En cuanto a las imágenes de SPECT y PET muestran una disminución del flujo sanguíneo en determinadas áreas cerebrales, mientras que en la RM funcional se observa aumento del flujo sanguíneo en zonas activadas por estímulos dolorosos, siendo la cantidad de estímulo necesaria para dicha activación menor que en sujetos sanos.

Uno de los hallazgos más consistentes en los ensayos de pacientes con FM ha sido la alteración en la concentración de Neurotransmisores: se ha observado un aumento de Sustancia P en el Líquido Cefalorraquídeo (LCR) de estos enfermos. Esta sustancia está involucrada en la transmisión del dolor facilitando la estimulación de las vías dolorosas por otros neurotransmisores.

También se han hallado alteraciones en la concentración de otras sustancias como Serotonina, Noradrenalina, Encefalina y Ácido Gammaaminobutírico, encontrándose en la actualidad varios ensayos en marcha en este sentido.

3

Factores de Riesgo

La etiología de la FM es desconocida, sin embargo se ha podido determinar una agregación familiar entre los pacientes con FM, siendo el riesgo de padecer la enfermedad hasta 9 veces mayor entre los familiares de estos pacientes que en la población general.

Existen también una serie de factores comunes, en pacientes con FM, que podrían actuar como **factores predisponentes**, tales como antecedentes de situaciones traumáticas en la infancia, trastornos del estado de ánimo, situaciones de ansiedad y de estrés laboral, etc.

En algunos pacientes la FM puede aparecer de forma brusca tras acontecimientos traumáticos que actúan como **factores desencadenantes**, accidentes de tráfico, infecciones, cirugía mayor y en general las situaciones de estrés postraumático tanto de índole física como psíquica.

A ■ Factores Predisponentes

- SEXO: Mujer: En USA. el 3,4% de mujeres frente al 0,5% de hombres. En Canadá 4,9% y el 1,6%. Noruega desde el 0,9% de hombres hasta el 10,5% de mujeres. España del 0,4% de hombres al 4,2% mujeres.
- EDAD: Hacia la edad media de la vida. Niños y jóvenes de 9 a 17 años sin una prevaencia clara aún. 30 a 65 años, siendo de un 4,2% entre los 40 y 52 años. Muy rara a partir de los 75 años.

- RAZA: Caucásicos.
- FACTORES EMOCIONALES: Trastornos Psicológicos previos se admiten como predisposición a sufrir Síndrome Fibromiálgico.
- ANTECEDENTES FAMILIARES: Se aprecia una acumulación de casos estadísticos.
CONDICIÓN FÍSICA: No suelen realizar ejercicio físico o muy escasamente.
- PERCEPCIÓN DOLOR: El Umbral de dolor en estos pacientes es más bajo que en el conjunto de la población.

B ■ Factores Desencadenantes

- STRESS EMOCIONAL AGUDO POSTRAUMÁTICO.
- UN TRAUMA FÍSICO DE LOCALIZACIÓN OSTEOMUSCULAR: accidentes de tráfico 2,9%, accidentes de otra causa no especificadas de hasta 23,5%.
- ENFERMEDAD GRAVE: (incluyéndose situaciones) partos problemáticos de riesgo, aborto hasta un 11,8% .
- PATOLOGÍA DE ORIGEN LABORAL.
- CIRUGÍA PREVIA en un 38%.
- ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN REACTIVAS a situaciones de estrés cotidiano.

4

Diagnóstico

A ■ Anamnesis

La anamnesis es fundamental para el diagnóstico de FM y deben tenerse muy en cuenta los modales del profesional frente al paciente y el modelo de entrevista aplicado (Anexo 1).

El síntoma clave es el dolor generalizado, que se puede agravar con situaciones diversas como el estrés, frío, o la actividad física mantenida.

Hemos de conocer con respecto al dolor su localización, irradiación, ritmo, intensidad, situaciones que lo desencadenan o alivian, así como la respuesta a los analgésicos.

Es importante preguntar al paciente por el inicio de la sintomatología, y los antecedentes o condicionantes asociados: traumatismos, sobreesfuerzos físicos, problemas laborales, problemas familiares, condicionantes sociales, así como antecedentes psicológicos relacionados con el inicio.

El dolor se suele acompañar de alteraciones del sueño, cansancio, rigidez matutina articular, parestesias en las manos y en los pies.

Otros síntomas que con frecuencia acompañan a la FM son cefaleas, acúfenos, inestabilidad, alteraciones de la memoria y de la concentración, disfunción temporomandibular, dolor miofascial y clínica compatible con Colon Irritable. En la tabla 1 aparece una relación de síntomas que pueden aparecer en la FM.

Tabla 1. Síntomas acompañantes

SÍNTOMAS	PORCENTAJE
Cansancio y dolor	81,4
Empeoramiento con el frío	79,3
Rigidez matutina > 15 minutos	77
Trastornos del sueño	74,6
Parestesias	62,8
Cefaleas fronto-occipitales	52,8
Ansiedad	47,8
Dismenorrea (antecedentes)	40,6
Síndrome Seco (síntomas)	35,8
Antecedentes de Depresión	31,5
Colon Irritable	29,6
Urgencia miccional	26,3
Fenómeno de Raynaud	16,7

Es conveniente realizar anamnesis sobre factores psicológicos y psiquiátricos: sintomatología psíquica actual, antecedentes personales y familiares de trastornos mentales; nivel de apoyo social, incluyendo las relaciones familiares; perfil de personalidad y patrón de conducta.

B ■ Exploración Física

La exploración física detallada y exhaustiva es fundamental tanto para confirmar el diagnóstico como para descartar otras enfermedades, en especial de aquellas que afectan al sistema músculo-esquelético y que ocasionan dolor.

En la FM la movilidad articular debe ser normal, a excepción de que coexista con otra enfermedad osteo-articular.

Según los criterios de clasificación de la ACR (1990), la FM se define por una historia de dolor generalizado de más de 3 meses de duración, de forma continua, en ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, y dolor en el esqueleto axial, raquis cervical o tórax anterior.

Además, debe producirse dolor a la palpación de al menos 11 de los 18 puntos simétricos (tabla 2, figura1).

Tabla 2: Puntos dolorosos

Occipital: En las inserciones de los músculos suboccipitales, entre apófisis mastoides y protuberancia occipital externa

Cervical bajo: En la cara anterior de los espacios intertransversos, a la altura de C5-C7

Trapezio: En el punto medio del borde posterior

Supraespinoso: En sus orígenes, por encima de la espina de la escápula, cerca de su borde medial

Segundo espacio intercostal: En la unión costochondral

Epicóndilo: Distal a 2 cm. y lateralmente al epicóndilo

Glúteo: En el cuadrante súpero-externo de la nalga

Trocánter mayor: En la parte posterior de la prominencia trocantérea

Rodilla: En la almohadilla grasa medial, próxima a la línea articular

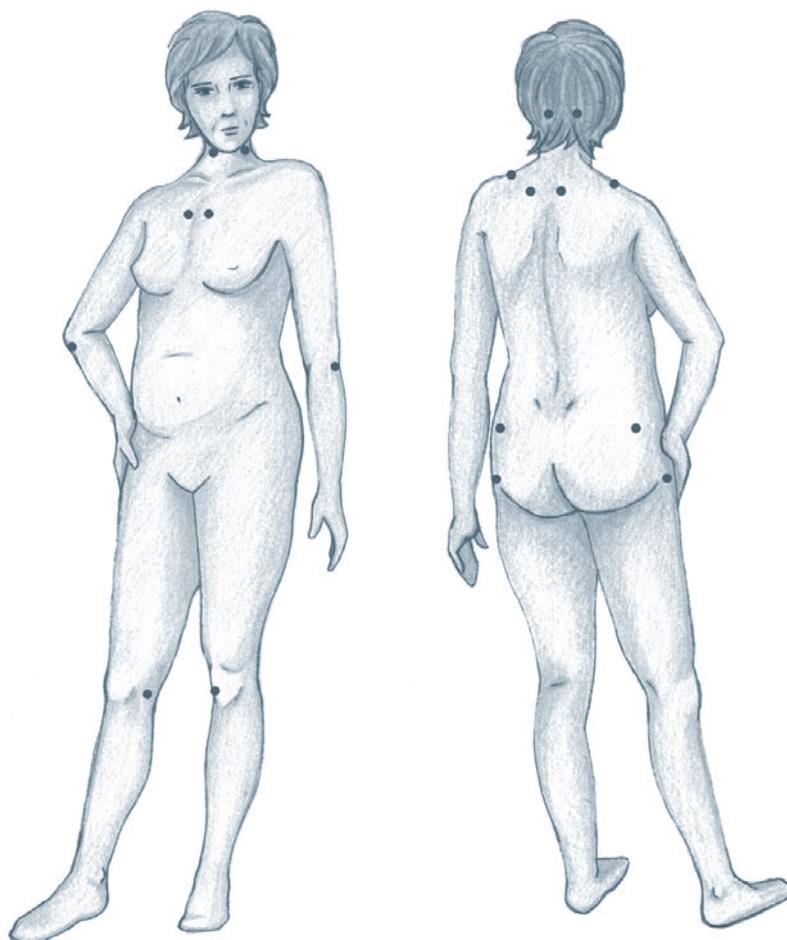


Figura 1. Puntos Dolorosos en la Fibromialgia (copyright Andoni Penacho)

Los puntos dolorosos no deben presentar signos inflamatorios.

Se recomienda comparar la sensibilidad de estas áreas con otras de control, como son la uña del pulgar, la frente o el antebrazo, que deberían ser indoloras, aunque los pacientes con FM pueden presentar dolor en otras zonas distintas a las exigidas para el diagnóstico.

La presión digital debe realizarse con una fuerza aproximada de 4 Kg., que de forma práctica equivale al momento en que cambia la coloración subungueal del dedo del explorador. Para que un punto se considere “positivo” el paciente tiene que afirmar que la palpación es dolorosa.

No se considera positiva la palpación “sensible”, ha de ser dolorosa.

La presión sobre los puntos dolorosos debe efectuarse con los dedos pulgar o índice, presionando de forma gradual durante varios segundos, ya que si la presión es excesivamente breve se puede obtener un resultado “falso negativo”.

C ■ Exploraciones Complementarias

En relación con los análisis de laboratorio y demás exploraciones complementarias, no existe en la actualidad ninguna prueba específica para el diagnóstico y, por tanto, las exploraciones complementarias de estos pacientes están destinadas a descartar la posible existencia de otros cuadros clínicos con síntomas similares o estudiar la aparición de situaciones comórbidas que influyan en los síntomas (tabla 3).

Tabla 3. Pruebas complementarias para descartar o confirmar patologías asociadas

LABORATORIO	Hemograma
	Velocidad de sedimentación globular
	Glucemia
	Enzimas hepáticos: transaminasas, gammaglutamiltranspeptidasa, fosfatasa alcalina
	Creatinina
	Proteína C reactiva
	Hormona Estimuladora del Tiroides
RADIOLOGÍA	Rx convencional de raquis
	Rx selectivas de zonas dolorosas

D ■ Clasificación Diagnóstica

Aunque la FM es un término relativamente nuevo, el proceso no lo es. Durante siglos y en la bibliografía médica, se han aplicado diferentes términos semánticos a las personas que sufren de dolores músculo-esqueléticos generalizados.

La Fibrositis, el término más reciente antes de llamarse FM, implicaba que era un proceso inflamatorio del tejido conjuntivo. Este término se abandonó cuando las investigaciones demostraron que el proceso no se debe a inflamación de los tejidos.

Posteriormente se le denominó Dolor Miofascial, Síndrome de dolor miofascial, Reumatismo Psicógeno, Fibromiositis, Miofascitis, etc. La etiqueta actualmente preferida, FM, es un término descriptivo; conlleva la connotación de que hay un dolor tisular y no intenta definir la patogénesis del mismo.

Por otro lado, dependiendo de diversas características de este proceso, se puede clasificar como Fibromialgia Primaria, Secundaria, Concomitante y Regional.

Fibromialgia primaria: Obedece a los criterios diagnósticos anteriormente expuestos y no está asociada a ninguna otra entidad nosológica.

Fibromialgia secundaria: Las personas con un trastorno autoinmune establecido (Artritis Reumatoide, Lupus Eritematoso Sistémico, Espondilitis Anquilosante) pueden presentar también síntomas sugerentes de FM.

Hay estudios que sugieren que aproximadamente un 25% de los individuos con estos trastornos inflamatorios sistémicos crónicos también cumplirán los criterios del ACR para la FM. En estos casos de FM secundaria, el tratamiento de la enfermedad de base mejorará también los síntomas de ésta.

Sin embargo, en la actualidad el término "Fibromialgia Secundaria" está cayendo en desuso pues muchos de estos pacientes pueden presentar artralgias, mialgias, cansancio y trastornos cognitivos que no se deben a su proceso inflamatorio de base, sino que están producidos por los mismos mecanismos que operan en la Fibromialgia Primaria, mejorando por tanto con el tratamiento clásico de esta última entidad. Por ello, en estos casos se denomina a este cuadro como fibromialgia concomitante.

Fibromialgia concomitante: Se refiere a la FM que se presenta en sujetos que además padecen otras patologías pero que no tienen ninguna relación con ella. Es útil pensar en la FM concomitante y la FM primaria como realmente la misma entidad clínica.

Fibromialgia regional: El dolor, a diferencia de la FM primaria, es regional y no difuso. Puede ocurrir al inicio de la enfermedad, antes de que ésta se generalice y reúna los suficientes criterios diagnósticos para su clasificación. Un ejemplo de ésta podría ser el Síndrome Miofascial que presenta unas características clínicas peculiares como más adelante revisaremos.

E ■ Diagnóstico Diferencial

Como en el resto de las patologías que tratamos habitualmente, para hacer un diagnóstico diferencial se precisa hacer un buen diagnóstico previo y para ello es muy importante hacer una buena anamnesis que va a requerir en este tipo de pacientes de “un tiempo y una buena escucha”.

Debemos incluir esta patología en nuestro repertorio de enfermedades reumatológicas para tomarla en consideración cada vez que nos encontremos con “dolor crónico y generalizado” y evitaremos una demora en el diagnóstico, pero cuidando al mismo tiempo el no hacer un sobre diagnóstico de FM como actualmente está ocurriendo.

Como el dolor es el síntoma común de la mayoría de las enfermedades reumatológicas y por otra parte no existen pruebas objetivas para el diagnóstico de FM en la práctica clínica, hay que recurrir a las *características del dolor y de los síntomas que comúnmente lo acompañan*.

Además este síndrome puede coexistir con otras patologías (tabla 4) y esto nos puede inducir a error si no lo tenemos en cuenta.

Tabla 4. Enfermedades que pueden coexistir con la FM o compartir manifestaciones clínicas

Artrosis	Alteraciones estructurales mecánicas o degenerativas del raquis
Lupus eritematoso sistémico (LES)	
Artritis Reumatoide (AR)	Miopatía (metabólica o inflamatoria)
Espondiloartropatías (EspA)	Polimialgia reumática
Síndrome miofascial	Trastornos somatomorfos
Esclerosis Múltiple	Trastorno depresivo mayor
Hipotiroidismo	Trastornos facticios
Neuropatías periféricas	Simulación

Síndrome miofascial y fibromialgia: similitudes y diferencias.

Debido a que la FM y el Síndrome Miofascial conllevan dolor crónico y acontecen en situaciones clínicas similares, es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial entre ambas entidades.

El Síndrome Miofascial constituye una de las causas más comunes de dolor y de consulta médica. Frecuentemente es una patología no bien reconocida en la práctica general.

Por definición el Síndrome Miofascial es un trastorno no inflamatorio que se manifiesta por dolor localizado y rigidez. Su característica primordial es la presencia de puntos "gatillo" o disparadores del dolor que se pueden identificar como induraciones del músculo o de la fascia y que al presionarlos desencadenan la sintomatología. Los síndromes Miofasciales, pueden incluir otros desórdenes dolorosos regionales comunes, tales como cefalea tensional, dolor lumbar, dolor cervical y síndrome de la articulación temporomandibular.

El dolor que se origina en el músculo o en la fascia muscular, comprende una serie de condiciones que causan dolor regional referido: Síndrome Miofascial del trapecio, Síndrome Miofascial subescapular, Síndrome de la articulación temporomandibular, etc. Por lo tanto, estos síndromes se convierten frecuentemente en un reto diagnóstico, ya que el dolor originado en el músculo se puede referir a distancia y simular otra patología o confundir el origen del dolor.

De igual manera los síndromes miofasciales pueden acompañar frecuentemente a las enfermedades articulares inflamatorias (Artritis Reumatoide), otras patologías reumáticas y enfermedades sistémicas autoinmunes.

El Síndrome Miofascial está definido por la presencia de puntos gatillo, mientras que en la FM existen puntos dolorosos o sensibles sin la característica zona de dolor referido al presionarlos. Los puntos gatillo son usualmente muy dolorosos.

La patogénesis del dolor en el Síndrome Miofascial no es conocida, aunque se han postulado mecanismos nociceptivos, alteraciones mecánicas y patología muscular primaria, similares a los propuestos para la FM. Al igual que en ésta, el síndrome miofascial se suele acompañar de alteraciones del estado de ánimo y del sueño. En la tabla 5 aparecen las principales diferencias entre ambas entidades clínicas.

Tabla 5: Diagnóstico diferencial de fibromialgia-síndrome miofascial

FIBROMIALGIA	SÍNDROME MIOFASCIAL
Dolor simétrico y difuso	Dolor asimétrico y local
95% en mujeres	Ambos sexos
Edad entre 40-60 años	Cualquier edad
18 tender points o puntos dolorosos	Trigger points o puntos gatillo
Algómetro 4 Kg de peso	Algómetro 2 Kg de peso

F ■ Evaluación del Grado de Afectación

Para valorar el grado de afectación clínica (tabla 6) se recomienda la aplicación del Cuestionario Español de Impacto de la Fibromialgia (Spanish FIQ, S-FIQ). (Anexo 2)

Tabla 6: Grado de afectación vital

AFECTACIÓN VITAL LEVE	Puntuaciones en las escalas de valoración menor del 50% y sin interferencia o mínima interferencia con las actividades de la vida diaria
AFECTACIÓN VITAL MODERADA	Puntuaciones entre 50 y 75% e interferencia moderada con las actividades de la vida diaria
AFECTACIÓN VITAL SEVERA	Puntuaciones superiores al 75% y marcada interferencia con las actividades de la vida diaria (imposibilidad para realizar un trabajo o función)

Siguiendo el esquema utilizado en el FIQ, se han propuesto unas escalas analógico-visuales rápidas (dolor, estado de ánimo, dificultad para las actividades de la vida diaria) que se podrían utilizar en la valoración de la fibromialgia, aunque por sí solas no sean un instrumento validado, y que pueden servir para analizar la afectación global del paciente de una forma sencilla. (Anexo 3 y 4).

5

Tratamiento

En el momento actual hay que aceptar que *no existe un tratamiento que produzca la curación definitiva* de este cuadro. Por ello, los tratamientos se enfocan hacia el manejo de los síntomas del Síndrome Fibromiálgico, controlando el dolor, mejorando los trastornos del sueño y los síntomas emocionales en el mayor grado posible y en evitar una evolución tórpida, en definitiva, orientados a mejorar la calidad de vida y la capacidad de afrontar los síntomas.

El tratamiento debe ser considerado siempre de forma individualizada, según las características del paciente y del desarrollo particular del cuadro. De la misma manera que las manifestaciones de la FM varían de paciente a paciente, así también varían las formas de tratamiento que tienen éxito.

De cualquier forma, la evidencia científica ha demostrado que el paciente con FM se beneficia de un tratamiento multidisciplinar, que implique una atención integral que aborde las diferentes áreas afectadas (física, psíquica, social, laboral,...) y orientando las estrategias a la mejora de su calidad de vida.

Los pasos a seguir para un tratamiento adecuado parten de:

Un diagnóstico firme, lo más precoz posible.

Una información amplia al paciente de la naturaleza de su enfermedad (haciendo hincapié en el carácter benigno de la misma) y de los factores patogénicos implicados.

Una explicación de las alternativas terapéuticas que se han demostrado eficaces.

La educación sanitaria es primordial para tener la colaboración del paciente y para que se implique activamente en su proceso, responsabilizándose de adoptar un estilo de vida saludable (evitando los factores perjudiciales) y participando de modo activo en los tratamientos pautados.

Las estrategias terapéuticas más empleadas se aglutinan en seis ejes:

- Tratamientos farmacológicos.
- Tratamientos físicos/rehabilitados.
- Terapia psicológica.
- Medidas educativas
- Grupos de apoyo (autoayuda).

Estos enfoques no son en absoluto excluyentes; de hecho deben emplearse de manera complementaria.

A ■ Tratamiento Farmacológico

El conocimiento que el paciente adquiera sobre su enfermedad, el tratamiento farmacológico, la realización diaria de ejercicio físico moderado y el tratamiento psicológico, son los principios básicos del tratamiento de estos pacientes.

La utilización de fármacos está dirigida a la mejoría de aspectos parciales de la FM, por el momento no tenemos tratamiento curativo.

1. ANALGÉSICOS Y ANTIINFLAMATORIOS

No existe ninguna evidencia de la eficacia de los antiinflamatorios en el tratamiento de la FM.

No existe ninguna evidencia de la eficacia de los opioides mayores.

Existe una evidencia débil sobre la eficacia de **Tramadol** para el control del dolor, solo o asociado a **paracetamol**.

2. MIORRELAJANTES

La **Ciclobenzaprina** es un derivado de la Amitriptilina, que ha demostrado ser eficaz en la mejora del sueño y del dolor en diversos estudios, sin que esta mejoría afecte a la fatiga o los puntos dolorosos, pero su efecto se atenúa con el paso del tiempo. Las dosis utilizadas oscilan entre 10-40 mg/día.

Este compuesto se halla clasificado en un nivel 1 (alto) de evidencia.

3. ANTIDEPRESIVOS

Diversos metaanálisis indican que los antidepresivos se muestran eficaces para mejorar el sueño, el dolor generalizado, la fatiga y la sensación de bienestar, pero no son capaces de disminuir el número de puntos dolorosos ni de mejorar el umbral de los mismos. Nivel 2 (medio de evidencia).

- Antidepresivos tricíclicos
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- Inhibidores duales

3.1. Antidepresivos tricíclicos

Los antidepresivos tricíclicos son usados con frecuencia en el tratamiento de los pacientes con fibromialgia.

Estudios randomizados indican que se produce una mejoría clínicamente significativa en el 25-45% de los pacientes. Sin embargo su uso puede ser limitado por la alta frecuencia de efectos secundarios (sequedad de boca, estreñimiento, aumento de peso, dificultades de concentración, somnolencia etc). Además, la eficacia de estos fármacos puede disminuir con el paso del tiempo en algunos pacientes.

Dada la potencial cardiotoxicidad de estos fármacos se recomienda limitar su uso en pacientes ancianos.

Amitriptilina: Ha demostrado ampliamente su eficacia en dosis de 25-50 mg/día, a ser posible en dosis única nocturna. Mejora el nivel de dolor. Nivel 1 (alto) de evidencia.

Si hay problemas de tolerancia inicial, puede empezar usándose a dosis de 5-10 mg/día, para ir aumentando la dosis a razón de 5 mg cada 2 semanas.

Las dosis recomendadas en la FM son inferiores a las dosis antidepresivas. Otros fármacos descritos como útiles son la **nortriptilina** y **desimipramina**, que pueden ser mejor tolerados.

3.2. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina:

Son fármacos de probada eficacia como antidepresivos y que parecen tener cierta eficacia en la FM.

Fluoxetina: Ha mostrado ser eficaz en algunos estudios. Nivel 2 (medio) de evidencia). Las dosis utilizadas oscilan entre 20-80 mg/día.

En general produce una mejoría del funcionamiento global y de los síntomas depresivos, pero su efecto sobre el dolor es independiente de los cambios del estado de ánimo.

La **asociación de Fluoxetina y Ciclobenzaprina** (relajante muscular) mejora múltiples escalas según algunos estudios.

Otra asociación que ha mostrado ser beneficiosa en diversos trabajos es la **Fluoxetina (20 mg/día) y Amitriptilina (25 mg/día)**, encontrándose una mejoría estadísticamente significativa en diversas

escalas de funcionamiento global, sueño y dolor, sugiriendo que estos dos fármacos usados en combinación, serían más eficaces que utilizados por separado.

3.3. Inhibidores duales:

Son un grupo de fármacos con elevada potencia antidepressiva, que actúan inhibiendo la recaptación de serotonina y de noradrenalina.

Venlafaxina: A dosis de 75 mg/día, se ha asociado a una mejoría del dolor y de la incapacidad física en algunos estudios. Nivel 2 (medio) de evidencia)

Duloxetina: Ha sido evaluada en dos estudios multicéntricos, indicando que podría ser útil en el tratamiento de la FM. Las dosis recomendadas son de 60 mg/día, produciéndose una mejoría global en las escalas de FM así como en la percepción del dolor.

Los principales efectos secundarios del fármaco incluyen insomnio, sequedad de boca y estreñimiento.

4. ANTICONVULSIVANTES

4.1. Gabapentina:

Según algunos estudios la Gabapentina podría reducir el dolor y sus repercusiones en la FM. En estos estudios se utilizan dosis altas del fármaco (600-800mg tres veces al día) lo que origina problemas de tolerancia. Además estos trabajos presentan limitaciones metodológicas, por lo que no hay suficiente evidencia para su uso generalizado.

4.2. Pregabalina:

Es un anticonvulsivante de segunda generación, ha demostrado su eficacia en FM en un ensayo randomizado y controlado con placebo. La Pregabalina a las dosis de 300 y 450 mg/día redujo el dolor, las alteraciones del sueño y el cansancio, comparada con placebo y siendo bien tolerada por la mayoría de pacientes. Nivel 2 (medio) de evidencia).

Recientemente se ha publicado un ensayo clínico aleatorizado con pregabalina, mostrando superioridad frente a placebo.

5. ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS

5.1. Benzodiazepinas:

No hay evidencia de que las Benzodiazepinas y otros sedantes no benzodiazepínicos sean eficaces en los pacientes con FM, salvo para el tratamiento de los trastornos del sueño y de ansiedad. Su uso no se recomienda durante largos periodos de tiempo.

5.2. Clonazepan:

En aquellos pacientes que presentan mioclonías nocturnas ó Síndrome de Piernas Inquietas, puede ser de utilidad el uso de Clonazepan (benzodiazepina de alta potencia) a dosis de 0,5 mg al acostarse.

6. OTROS FÁRMACOS

Existen otros fármacos como los antagonistas de los receptores 5-HT₃, Hormona de Crecimiento, Calcitonina, Oxibato Sódico, Melatonina, Ketamina, Interferón Alfa, Adenosilmetionina, 5-hidroxitriptófano, que no han demostrado una eficacia que avale su uso.

En la tabla 7 se detallan los principales fármacos para el tratamiento inicial de los pacientes con FM, según el Panel de Expertos de la Sociedad Española de Reumatología (SER), que elaboró el Primer Documento de Consenso sobre Fibromialgia.

Tabla 7. Fármacos recomendados para el tratamiento inicial de los pacientes con Fibromialgia

	FÁRMACO	DOSIS	HORARIO
ANALGÉSICOS	Paracetamol	1 gr	6-8 horas
	Tramadol	50 mg	8 horas
	Paracetamol+Tramadol	350 mg + 12,5 mg	6-8 horas
INDUCTORES DEL SUEÑO/ RELAJANTES	Amitriptilina	25-50 mg	Noche
	Ciclobenzaprina	10-30 mg	Noche (ttº cortos)
	Zolpidem	10 mg	Noche (ttº cortos)
	Zopiclona	7,5 mg	Noche (ttº cortos)
ANTIDEPRESIVOS	Fluoxetina	20-40 mg	Mañana
ANSIOLÍTICOS	Alprazolam	1 mg	12-24 horas
	Otras Benzodiacepinas	Variable	Variable

Es importante racionalizar al máximo el uso de fármacos, en especial si por su mecanismo de acción presentan efectos centrales, ya que éstos podrían sumarse a síntomas propios de la FM, como la fatiga, inestabilidad, mareos, dificultad en la concentración y trastornos de memoria.

Es conveniente conocer la posible aparición de un Síndrome Serotoninérgico que puede aparecer en pacientes tratados con Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y que además toman fármacos Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO): consiste en la aparición de un cuadro de letargia, falta de descanso, confusión, sofocos, sudoración, temblor y sacudidas mioclónicas. Cuando progresa el cuadro, aparece hipertermia, mioclonías e hipertonicidad que pueden conducir a la muerte del paciente.

Para el tratamiento se propone una secuencia escalonada o estrategia terapéutica (Tabla 8) basada en el grado de afectación vital.

Tabla 8. Estrategias terapéuticas según el grado de afectación

NIVEL	GRADO DE AFECTACIÓN	ESTRATEGIA TERAPÉUTICA
I	Afectación Vital Leve mínima interferencia con las actividades de la vida cotidiana	Programa Educación Ejercicio físico no supervisado Higiene del sueño Tratamiento farmacológico: Amitriptilina 10-50 mg/día o Ciclobenzaprina 10-30 mg/día En caso de dolor de origen osteoarticular: Paracetamol 1 g/8 h o Ibuprofeno 400 mg/8 h (por tiempo limitado)
II	Afectación Vital Moderada moderada interferencia con las actividades de la vida cotidiana	Programa Educativo Intervención familiar Ejercicio supervisado Higiene del sueño Tratamiento Farmacológico: Para control del dolor: Amitriptilina 10-75 mg/día. Si no responde, se asocia con Fluoxetina En caso de no haber control del dolor: Tramadol 50-400 mg/día En caso de agudización del dolor: Paracetamol 1 g/8 h y/o Ibuprofeno 400 mg/8 h (por tiempo limitado) Para Trastornos del sueño: Ciclobenzaprina 10-30 mg/día Hidroxicina 25 mg Zolpidem 10 mg/día Zopiclona 7,5 mg/día Para Trastornos depresivos o de ansiedad: Fluoxetina o Paroxetina 20 mg/día Si la ansiedad no se controla: Alprazolam 0,75-1,5 mg/día
III	Afectación Vital Severa marcada interferencia con las actividades de la vida cotidiana	Programa de tratamiento multidisciplinar: Farmacológico Rehabilitador Psicológico Educativo y social

B ■ Tratamiento Psiquiátrico

La coexistencia entre depresión y (FM) es alta, estimándose su incidencia desde un 48,6% hasta un 68% según diferentes estudios.

La interpretación de estos datos es muy dificultosa, pero a pesar de ello, la FM muestra alteraciones psiquiátricas depresivas de forma muy distinta a otras patologías dolorosas crónicas.

Los pacientes con FM muestran antecedentes de Depresión Mayor con una incidencia mucho mayor que cualquier otra patología dolorosa o reumática, por lo que al menos en todos los casos, sería incorrecto afirmar que en los pacientes con FM, la depresión se desarrolla como consecuencia de la persistencia del dolor.

Numerosos autores coinciden en que la severidad de los síntomas dolorosos de la FM es independiente de la presencia o no de ansiedad y/o depresión, sugiriendo que aunque los trastornos ansioso-depresivos tienen una alta prevalencia en la FM, e influyen en la mala adaptación social, tienen sin embargo poca relación, y se muestran independientes a los síntomas cardinales de la FM, es decir dolor espontáneo generalizado e hiperalgesia al tacto.

Algunos estudios señalan que aquellos pacientes donde coinciden FM y una historia familiar o personal de clínica depresiva, corresponderían a un grupo en el que el inicio de forma precoz de tratamiento psiquiátrico farmacológico dirigido por un especialista, sería más beneficioso, mientras que se recurriría a tratamientos multidisciplinarios en los pacientes en los que no se hallase esta asociación, ya que en estos casos la respuesta al tratamiento psiquiátrico es mucho menor.

El tratamiento psiquiátrico de la FM va dirigido al abordaje y seguimiento de la patología psiquiátrica comórbida, así como de los trastornos de personalidad que pudiesen subyacer.

En el apartado de tratamiento farmacológico ya hemos hablado de los fármacos que han demostrado ser útiles en el tratamiento.

C ■ Tratamiento no Farmacológico

Una vez verificada la frecuente correlación entre el síndrome fibromiálgico y diversos síntomas ansioso-depresivos, algunos investigadores han ido más allá, intentando relacionar esta enfermedad con ciertos rasgos de carácter, incluso buscando en su etiología factores ambientales traumáticos: especialmente otras enfermedades físicas, accidentes o traumas emocionales (sobre todo en la infancia y adolescencia). Hay evidencia de los siguientes correlatos psicológicos:

- El 90% de los pacientes fibromiálgicos padecen o han padecido algún trastorno psiquiátrico. Entre el 50% y el 70% sufre síndromes depresivos de distinta índole y el 44% ansiedad.
- Hay mayor alexitimia o dificultad en la detección e identificación de reacciones emocionales, que en la población general.
- Se ha encontrado, respecto a muestras de población general, mayor victimización infantil como abusos, negligencias y otros hechos traumáticos.

Instrumentos de evaluación

Los cuestionarios y tests psicométricos validados (además de la entrevista) son los siguientes:

- **Calidad de vida:** El Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) y el Short Form 36 (SF-36).
- **Cribado general psicopatológico:** General Health Questionnaire (GHQ28), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90 R) o Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI II).
- **Depresión:** Beck Depresión Inventory (BDI- Center for Epidemiological Studies Depresión Scale (anexo 9) y CES-D (anexo13).
- **Ansiedad:** Hospital Anxiety and Depresión Scale (HADS) (anexo 10) o el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (anexos 11-12).

1. TERAPIA PSICOLÓGICA

El tratamiento psicológico estará integrado en un enfoque multidisciplinar, pues considera al enfermo desde un punto de vista bio-psico-social. Por ello en el abordaje de la FM se incluiría información de la enfermedad, psicoeducación, ejercicio físico y medicación.

La terapia psicológica tiene como objetivo general que el paciente comprenda y asuma que tiene un papel activo en el buen manejo de su enfermedad. El tratamiento sólo funcionará si el sujeto se responsabiliza de sí mismo, percibiendo que el victimismo y la pasividad dificultan el proceso de mejoría.

Los objetivos del tratamiento serían:

- Conocer y aceptar la enfermedad como un proceso crónico que implica una adaptación a las limitaciones que conlleva (haciendo los cambios conductuales necesarios en esta línea).
- Incrementar la conciencia de sensaciones, emociones, pensamientos y necesidades reales.

- Aprender a controlar los factores externos e internos que empeoran la evolución, potenciando por el contrario conductas saludables que facilitarían un mejor manejo de los síntomas.
- Aprender a manejar el dolor y el estrés asociado.
- Tratar las alteraciones psicopatológicas asociadas.

Se ha encontrado evidencia de que los siguientes tratamientos mejoran los síntomas, pero en ningún caso se ha comprobado una remisión completa del trastorno atribuible a cualquiera de ellos o incluso a su combinación.

- Terapia cognitivo-conductual
- Psicoeducación
- Biofeedback
- Hipnoterapia
- Meditación

• TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Es eficaz en la disminución del dolor y del malestar corporal. También incrementa la capacidad de autocontrol. Otros estudios hablan de que mitiga la sensación de fatiga, mejorando la capacidad funcional y el estado de ánimo.

Entre las técnicas cognitivo-conductuales útiles en FM están:

- Reconocimiento de reforzadores del dolor (tras un análisis funcional del mismo).
- Técnicas de relajación y desactivación generales (principalmente relajación progresiva de Jacobson y respiración diafragmática). En sí mismas obtienen una eficacia moderada a corto plazo (anexo 5).
- Planificación de actividades placenteras.
- Programación gradual de actividad física.
- Redistribución de refuerzos.
- Redefinición de objetivos, priorizando necesidades.
- Disminución de la autoexigencia.
- Reestructuración Cognitiva, entendiendo los efectos de los pensamientos, creencias y expectativas en la enfermedad y en los síntomas físicos.
- Entrenamiento en detectar y expresar funcionalmente las emociones básicas (tristeza, enfado, dolor, miedo, alegría, afecto y sorpresa). Fomento de la independencia emocional.

• PSICOEDUCACIÓN

La información al paciente de las características de la enfermedad, las modalidades del tratamiento y el compromiso y papel activo en su mejoría es básica. Sin embargo obtiene beneficios modestos y estos se pierden con el tiempo, si no se combina con otros tratamientos.

• OTROS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

- **Biofeedback:** Realiza un entrenamiento en el control de -principalmente- la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la tensión muscular y la actividad electrodermal. Se obtiene beneficio en las alteraciones del sueño, en la capacidad funcional y el control del dolor, sobre todo si no hay alteraciones emocionales importantes. Pocos estudios para poder recomendarla.
- **Hipnoterapia:** En un estudio comparado con terapia física y con evaluaciones a las 12 y 24 semanas, los pacientes con FM de larga evolución que habían recibido hipnoterapia mejoraron significativamente en el dolor experimentado, fatiga y sueño. Pocos estudios para poder recomendarla.
- **Meditación:** De 77 pacientes tratados durante 10 semanas con técnicas de meditación, la mitad de ellos experimentaron mejorías significativas en todos los medidores diagnósticos del síndrome. Pocos estudios para poder recomendarla.

2. TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN LA FIBROMIALGIA

El tratamiento físico en la FM se justifica por los efectos positivos que puede tener sobre los diversos síntomas que presenta el proceso. El objetivo es intentar mejorar la calidad de vida de la persona, dado que se trata de un proceso crónico cuya solución definitiva se desconoce por el momento.

El tratamiento fisioterápico de la FM, formaría parte, por otro lado, de un tratamiento multidisciplinar en el que hay que considerar la valiosa aportación de otros profesionales que también se ocupan del problema, como especialistas en reumatología, médicos de familia, psiquiatras, psicólogos y personal de enfermería, entre otros.

Para poder abordar el tratamiento físico de dicha entidad nosológica, el fisioterapeuta tiene que tener en cuenta que es imprescindible un correcto diagnóstico que le permita orientar correctamente las actuaciones encaminadas a aliviar los síntomas presentes.

Un programa fisioterápico para el tratamiento del síndrome fibromiálgico podría consistir en unas diez o quince sesiones que se aplicarán en la sala de cinesiterapia.

• Primera sesión:

Será informativa sobre el proceso, ya que se trata de enfermos que han visitado a numerosos especialistas y suelen presentar ansiedad por desconocimiento sobre su patología.

Es importante, tranquilizarles, explicándoles que si bien se trata de un proceso crónico, no tiene por qué ser invalidante así como de la inutilidad de hacer repetidas pruebas complementarias una vez que ya tenemos un diagnóstico claro.

También podemos aprovechar esta primera sesión para la enseñanza de **normas de higiene postural**, que a lo largo del resto de las sesiones, el fisioterapeuta puede ir reforzando para intentar que se conviertan en hábitos.

• **Segunda sesión y siguientes:**

Pueden dedicarse a la realización de una tabla de **ejercicios aeróbicos** para músculos débiles y sesiones de relajación aplicando el principio de tensión/relajación de Jacobson, (anexo 4) o bien haciendo un entrenamiento en atención selectiva hacia el proceso de la respiración.

Las sesiones de ejercicio y relajación pueden hacerse a días alternos o bien pueden programarse sesiones en las que tras la realización del ejercicio se termine la sesión con un periodo corto de relajación. Además, hay que concienciar al paciente de la importancia de la realización de los ejercicios aprendidos en su domicilio una vez terminadas las sesiones.

Conviene aconsejar sobre la práctica regular de diversos ejercicios aeróbicos como la natación, caminar, etc. dados los resultados positivos obtenidos, según reflejan los estudios revisados.

Asimismo, el fisioterapeuta puede plantearse la aplicación de otros medios físicos como **termoterapia superficial y/o profunda, ultrasonidos sobre puntos gatillo, corrientes de media y baja frecuencia, magnetoterapia...** siempre en función de los recursos disponibles y de la valoración que habrá realizado previamente.

Además podemos añadir una serie de recomendaciones generales como:

- Elegir ejercicios aeróbicos de intensidad suave en un principio.
- La actividad física hay que realizarla de forma regular y constante, intercalando periodos de descanso y relajación durante la ejecución.
- Considerar el tipo de calzado durante la realización del ejercicio, que tiene que ser cómodo, con buena capacidad de adherencia y de amortiguación.
- No practicar actividades deportivas de competición y realizar la actividad en grupo preferiblemente.

Por ejemplo: caminar todos los días desde cinco minutos hasta una hora, en función de las posibilidades de cada uno. Si empezamos por cinco minutos iremos aumentando el tiempo a razón de cinco minutos más cada semana hasta llegar a una hora, siempre teniendo en cuenta el nivel de fatiga, que será lo que va a marcar la progresión.

- Otros tipos de ejercicio aeróbico que podemos aconsejar son: natación, gimnasia de mantenimiento de intensidad suave, taichi, yoga, pilates de nivel suave, baile... siempre en función de las posibilidades del paciente y considerando que la aparición de fatiga, malestar, cefalea... aconseja parar el ejercicio, para reintentarlo dos días después con una intensidad menor.

Además se pueden dar una serie de **normas de higiene postural** como para los periodos de descanso nocturno y para los periodos de trabajo.

DURANTE EL DESCANSO NOCTURNO:

- Evitar el decúbito prono para aliviar la tensión en la región lumbar.
- En decúbito lateral, el miembro inferior del lado hacia el que estamos acostados debe colocarse en flexión de cadera y rodilla.
- En decúbito supino mantener las rodillas ligeramente flexionadas, colocando un cojín debajo de las mismas, por ejemplo.
- Hay que prestar atención al colchón, teniendo en cuenta que la capacidad de amortiguación en uno de buena calidad se pierde a los diez años y en otro de peor calidad, antes. El colchón tiene que ser firme y adaptable, no duro.
- La almohada no tiene que ser ni muy alta ni muy baja, de manera que consiga mantener la columna cervical alineada con el resto de la columna vertebral.

DURANTE EL PERIODO DE TRABAJO:

- Si se ha de mantener una postura durante intervalos largos conviene hacer un descanso de dos o tres minutos cada media hora, adoptando una postura correcta, preferiblemente en sedestación con la espalda recta y los pies apoyados en el suelo.
- Si el trabajo se realiza en sedestación, observar una postura correcta: espalda recta y pies apoyados en el suelo. Los giros se hacen con todo el cuerpo, preferiblemente girando la silla.
- Si hay que realizar esfuerzo físico: Levantar la carga doblando las rodillas. Empujar con la espalda y en cualquier caso manteniendo la misma recta.
- Alcanzar las cosas que están en lugares altos con ayuda de un taburete.
- Repartir la carga en ambos miembros superiores de forma equilibrada.
- Para pasar de sedestación a bipedestación mantener la espalda recta.
- Si el trabajo requiere pasar horas de pie, encontrar un apoyo para ir trasladando el peso del cuerpo de un miembro inferior al otro cada quince minutos, por ejemplo, además de tomar descansos de dos o tres minutos en sedestación cada media hora.
- Cuando el desánimo y la fatiga hagan su aparición, tomar un descanso concentrándose en la respiración.
- Cuidar el calzado diario, que tiene que ser cómodo.

3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FM

La función de la enfermería en pacientes diagnosticados de FM es la de asesorar e informar sobre el plan de cuidados, aconsejar y valorar la evolución del proceso.

El plan de cuidados, irá dirigido a la mejora de la calidad de vida, a disminuir la sintomatología propia y asociada, ayudar al afrontamiento de los síntomas y mejorar el bienestar psicológico y ha de ajustarse al grado de afectación de los pacientes.

Una vez diagnosticada la FM se deriva a la consulta de enfermería, con el objetivo de establecer el plan de cuidados e iniciar el seguimiento.

Plan de cuidados en las consultas de enfermería

La atención de enfermería va dirigida a pacientes diagnosticados de FM, que se puedan beneficiar de la educación sanitaria individual y/o grupal, así como a los familiares allegados y motivados, según las necesidades.

El objetivo general es mejorar la calidad de vida, a través de objetivos específicos para aceptar la enfermedad, ampliar los conocimientos sobre la misma, modificar la percepción de la calidad de vida, mejorar el dolor y síntomas asociados y disminuir la dependencia de los servicios sanitarios a través del máximo autocontrol sobre la FM.

Se informará al paciente de las características del síndrome de FM, que es común en la población y de que existen técnicas, con las que conseguirá una mejoría importante.

AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS EN LA FM

SÍNTOMA	PLAN DE ACCIÓN
Tensión muscular	Relajación
Ansiedad	Relajación
Tristeza/depresión	Actividades gratificantes
Preocupaciones	Distracción
Pesimismo	Optimismo realista
Dificultades para las actividades diarias	Adecuación del nivel de actividad a la situación del paciente
	Priorizar objetivos
	Proponer metas alcanzables
Problemas de sueño	Mejorar condiciones ambientales
	Fomentar facilitadores del sueño
Relaciones sexuales	Comunicación, posturas, fantasías
Problemas de memoria	Ejercicios mentales, agendas, orden

CONSEJOS PARA LOS AFECTADOS DE FIBROMIALGIA DEL DECÁLOGO AMPLIADO DE LA SER:

- **Aceptar el dolor:** aprender a reconocerlo y saber qué lo empeora y qué lo mejora.
- **Controlar las emociones:** Aprender a manejar sentimientos de enfado, frustración, tristeza, ira, sensación de fracaso, culpa, vergüenza.
Evitar que los sentimientos se cronifiquen y conviertan en un problema mas de salud. Ser realistas, proponerse objetivos alcanzables.
- **Controlar el estrés:** Reconocer su causa y evitar que aparezca. Organizar y planificar actividades diarias. Dedicar tiempo a la relajación: Respiración profunda (anexo 6).
Relajación muscular (anexo 7).
- **Mitigar el cansancio:** Delegar y/o eliminar tareas innecesarias. Intercalar periodos de descanso y actividad.
- **Hacer ejercicio** (anexo 8): Fortalece los músculos. Mantiene el sistema cardiovascular. Disminuye el dolor. Facilita el sueño. Disminuye la ansiedad y la depresión. Son muy recomendables los ejercicios aeróbicos de baja intensidad iniciados de forma progresiva.
- **Relacionarse con los demás:** Evitar que la comunicación se centre en el dolor. Contar lo que nos pasa. Pedir ayuda si se necesita.
- **Proteger la salud:** Evitar tabaco, cafeína, exceso de alcohol, alimentación saludable, vigilar el peso.
- **Uso racional de los medicamentos:** Evitar la automedicación.
- **Terapias alternativas:** Pueden ser beneficiosas pero debemos desconfiar siempre de quienes prometan la curación milagrosa, recomienden abandono total de la medicación prescrita o propongan tratamientos “secretos”.
- **Constancia:** Mantener con regularidad los consejos anteriores es la mejor forma de conseguir controlar la enfermedad.

RECOMENDACIONES PARA LOS FAMILIARES

- Todos los miembros de la familia deben comprender en qué consiste la FM.
- Cada miembro familiar debe tener opciones de expresión.
- Redistribución de roles familiares.
- Evitar actitudes sobreprotectoras , prejuicios y críticas ineficaces.

- Exponer claramente dudas, temores y necesidades en la familia.
- Respetar y aceptar emociones y necesidades de todos los miembros de la unidad familiar.
- Importancia de la comunicación no verbal en la familia.
- Actitud positiva.
- Hablar abiertamente con la pareja de la vida sexual, limitaciones y alternativas.

SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es importante valorar el grado de comprensión alcanzado, las técnicas de relajación y respiración aprendidas, la adhesión al tratamiento farmacológico, conocimientos y habilidades sobre la FM, consecución de las metas pactadas, conocimientos previos y posteriores, asistencia, participación y grado de satisfacción del paciente y/o familiar allegado.

4. TERAPIAS ALTERNATIVAS

Según el Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia, algunos estudios sobre *acupuntura*, *homeopatía* y *masajes* han demostrado ciertos beneficios para los pacientes, pero tienen debilidades metodológicas significativas, por lo que no se pueden obtener conclusiones sobre la eficacia de estas modalidades terapéuticas en estos pacientes.

En cuanto a la *quiropaxia* y *utilización de campos magnéticos*, tampoco hay evidencias para recomendar su uso en el tratamiento de los pacientes que nos ocupan.

Según el Monográfico de la National Fibromyalgia Partnership, Inc. (NFP), se pueden utilizar diversas modalidades de terapias alternativas en el tratamiento de los pacientes con FM como son:

- Terapia de puntos desencadenantes
- Terapia craneosacral
- Sistemas neuroterapéuticos flexyx
- Quiropaxia
- Osteopatía
- Acupuntura, entre otros

En el documento publicado por la C.A. de Extremadura, se recomienda la **balneoterapia** y la **participación en actividades dirigidas a la comunidad** que oferten los diversos municipios como: grupos de gimnasia de mantenimiento, cursos de pintura, yoga o tai-chi, por nombrar algunas de dichas actividades.

5. EVIDENCIAS DEL TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

(Adaptado de Goldenberg DL, Buckhardt C, Crofford L).

Efectividad	Tratamientos Farmacológicos	Tratamientos no farmacológicos
Alto nivel de evidencia	Amitriptilina 25-50 mg al acostarse Ciclobenzaprina 10-30 mg al acostarse	Ejercicio cardiovascular Terapias del tipo cognitivo - conductual Educación de los pacientes Terapias multidisciplinarias
Nivel de evidencia moderado	Inhibidores duales: duloxetina, venlafaxina Fluoxetina 20-80 mg/día con o sin antidepresivos tricíclicos	Acupuntura Balnearioterapia Biofeedback Hipnoterapia
Nivel bajo de evidencia		Electroterapia Terapias manuales y masajes Ultrasonidos
No evidencias	Corticoides Melatonina Antiinflamatorios no esteroideos Opioides Hormonas tiroideas	Inyecciones en los puntos gatillo Ejercicios de flexibilización

6. ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN SANITARIA. CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Las primeras consultas de un paciente con FM suelen realizarse en el ámbito de la Medicina Primaria. Es en este primer escalón dónde debe realizarse el diagnóstico, darle una orientación al enfermo, iniciar el tratamiento y realizar el seguimiento evolutivo.

Sin embargo, las múltiples manifestaciones clínicas de este padecimiento requieren que en ocasiones sea necesaria la colaboración de otros especialistas para diagnosticar y controlar este cuadro de manera adecuada. El especialista debe hacer una valoración de las manifestaciones clínicas del paciente dentro del ámbito de su especialidad para asumir la parte del tratamiento que le corresponda y que, por su naturaleza o complejidad, sólo éste puede realizar.

Esto significa que es necesario que tanto el médico de Atención Primaria como el de medicina especializada conozcan la problemática de este padecimiento y cuáles son los aspectos que cada uno de ellos puede resolver. Debido a que la FM se manifiesta fundamentalmente como dolor generalizado en el aparato locomotor, con mucha frecuencia corresponde al Reumatólogo distinguir los síntomas de la FM de los de otras patologías reumáticas e indicar cuál es el planteamiento adecuado en cada uno de los pacientes.

Por todo esto, el Panel de Expertos de la SER que elaboraron el primer documento de Consenso sobre Fibromialgia, piensa que la intervención del reumatólogo en el manejo y en el seguimiento de los pacientes con FM debe adecuarse a los criterios establecidos en la tabla 9.

En una revisión sistemática realizada por la SER, se planteó si el pronóstico de la FM es mejor o peor si un reumatólogo realiza el seguimiento. No existen estudios definitivos que puedan responder a la pregunta de si el pronóstico de la FM a corto y largo plazo depende del médico consultor, y en concreto, si éste es un reumatólogo.

No obstante, los resultados prospectivos muestran la necesidad de que alguien con entrenamiento para el diagnóstico de enfermedades reumáticas crónicas confirme el diagnóstico, dado que la precisión diagnóstica del Médico de Atención Primaria puede ser baja.

El papel del médico de Atención Primaria se centrará en la valoración integral de los pacientes, orientada a:

- Valorar síntomas comunes, como el dolor, el cansancio, la afectación de la movilidad y las alteraciones del patrón del sueño.
- Solicitar las exploraciones básicas para el diagnóstico diferencial del proceso.
- Establecer el diagnóstico FM que ha de ser incluido en su historia clínica.
- Valorar el grado de afectación.
- Detectar psicopatología asociada, como depresión y/o ansiedad.
- Detectar posibles comorbilidades existentes.
- Informar a los enfermos y a la familia con claridad, objetividad y de acuerdo con el conocimiento científico disponible, sobre la enfermedad y su evolución.
- Planificar la orientación del proceso en función del grado de afectación del paciente.

- Realizar el seguimiento tanto del tratamiento farmacológico, con ajustes en función de la afectación en cada momento, como del no farmacológico.
- Solicitar el apoyo de la red de Atención Hospitalaria en función de las necesidades del paciente.
- Trabajar de forma coordinada con los demás profesionales que participan en la atención al paciente.
- Establecer junto con el paciente y los profesionales implicados en el proceso de esta enfermedad, el plan de cuidados individualizado, en función de la valoración clínica, psíquica, física, familiar, social y laboral.
- Participar activamente en estudios clínicos relacionados con esta patología.

En resumen, el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con afectación Vital Leve o Moderada, con buena respuesta al tratamiento, así como el seguimiento de todos los pacientes, pueden ser asumidos por el médico de Atención Primaria.

Los criterios de Derivación a Atención Especializada en función de la valoración del paciente se resumen en las tablas 8, 9, 10 y 11.

Tabla 8. Criterios de Derivación a Atención Especializada

1. Duda diagnóstica razonable (confirmación diagnóstica)
2. Afectación Vital Severa (inicial o durante la evolución)
3. Falta de respuesta al nivel terapéutico II
4. Intolerancia o hipersensibilidad a los fármacos empleados en los niveles terapéuticos I y II

Tabla 9. Criterios de derivación de enfermos con Fibromialgia a la consulta de Reumatología

1. Duda diagnóstica del Médico de Atención Primaria u otros Especialistas
2. Alteraciones analíticas indicativas de enfermedad inflamatoria articular
3. Falta de control por el médico de Atención Primaria después de un tratamiento básico recomendado, con progresión de los síntomas
4. Coordinación del tratamiento multidisciplinario

Tabla 10. Criterios de derivación a fisioterapia

1. Con un grado de afectación vital leve podría indicarse al paciente la realización de los diversas actividades físicas desde Atención Primaria
2. Con un grado de afectación vital moderada podría derivarse al paciente a las Unidades de Fisioterapia de los Centros de Atención Primaria
3. Con un grado de afectación vital severa, el paciente puede ser derivado al Servicio de Rehabilitación de su Hospital de Referencia

Tabla 11. Criterios de derivación a terapia psicológica

1. Cuando no se siga adecuadamente las directrices terapéuticas del resto de los profesionales
2. Si hay clínica asociada de síntomas depresivos, ansiedad somática, y/o psíquica
3. Cuando el paciente exprese la demanda de desahogo, clarificación o confrontación de aspectos presentes o pasados de su vida; siempre que se relacionen con el Síndrome Fibromiálgico
4. Cuando haya un intenso desajuste en la calidad de vida o adaptación laboral, social o familiar no justificable por patología orgánica
5. Cuando haya problemas de adaptación al Síndrome Fibromiálgico que interfieran en su funcionamiento general

7. RELACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE EN LA FM

La FM es uno de los procesos clínicos que genera controversia entre la clase médica. Algunos médicos sienten rechazo hacia esta entidad clínica e incluso otros dudan de su existencia.

Este rechazo probablemente se deba al insuficiente conocimiento de la enfermedad, tanto de sus causas como de los mecanismos que la producen, lo que conlleva a una falta de reconocimiento de la enfermedad como tal, así como a un retraso en el diagnóstico de la misma.

Por otra parte también influye la ausencia de tratamientos curativos, lo que incrementa el siempre complejo abordaje de estas enfermedades crónicas, que ocasionan una importante merma en la calidad de vida de las personas que las padecen, además de insatisfacción tanto de los pacientes como de los terapeutas al no disponer de alternativas de curación.

La relación médico paciente se ve frecuentemente afectada, porque estas enfermedades producen sensaciones negativas en los profesionales, las cuales debemos detectar y afrontar para evitar el

fracaso en la relación y en la terapia. Producen, en los profesionales sanitarios, frustración porque a pesar de los esfuerzos en realizar un diagnóstico y un tratamiento adecuados, los pacientes no suelen mejorar, se cronifican, y a veces responsabilizan de su sufrimiento a los profesionales que les atienden. Los médicos tienden a manejar la entrevista con petición de pruebas complementarias y tratamientos innecesarios, con el consiguiente desgaste profesional.

También, la falta de entrenamiento en el manejo del dolor crónico por parte de los profesionales, la falta de conocimientos sobre su etiopatogenia y el tiempo restringido para la atención en consulta médica contribuyen al deterioro de la relación médico paciente.

Por otra parte, los pacientes con FM sienten que presentan síntomas que son invisibles para quien les atiende, pero que para los afectados suponen una sintomatología importante y que además arrastran un estigma asociado a esta enfermedad, especialmente en círculos médicos, se sienten desacreditados por su enfermedad, aumentando su frustración por la poca efectividad del tratamiento que les ofrecen los profesionales sanitarios.

Para establecer una buena relación médico paciente es fundamental la confianza del paciente en su médico, conseguida con tiempo, paciencia y coparticipación del paciente en todas las decisiones, adoptando el modelo biopsicosocial de enfermedad centrado en el paciente.

Es fundamental para el abordaje de la FM un tratamiento multidisciplinar incluyendo información y terapias no medicamentosas en el que los propios afectados jueguen un papel en la toma de decisiones sobre su tratamiento.

8. ENTREVISTA CLÍNICA

Una adecuada comunicación entre el profesional de la salud y el paciente es un factor muy importante a la hora del manejo de pacientes con enfermedades crónicas.

Los errores más frecuentes son pasar por alto patologías graves y potencialmente tratables a causa del un rechazo hacia ciertos problemas de salud. Minimizar los síntomas. Ayudar a perpetuar la “conducta de enfermo” con el peregrinar de médico en médico y la realización de numerosas pruebas complementarias, provocadas en ocasiones por la inseguridad diagnóstica y por la demanda persistente de los afectados.

El primer paso en la entrevista clínica sería comunicar al paciente el diagnóstico de FM, explicando el cuadro de manera clara, basado en los datos y conocimientos actuales y sin aumentar la ansiedad en el paciente. **El paciente debe sentirse entendido y comprendido en su proceso de enfermedad.**

El modelo “centrado en el paciente” nos ayuda a explorar la enfermedad y las vivencias del paciente, conociendo la idea que él tiene sobre la naturaleza de su enfermedad, sus preocupaciones, miedos y repercusiones sobre su vida familiar, laboral y social.

El profesional sanitario debe aceptar la existencia de la enfermedad y comunicarse con empatía, cordialidad y calidez con el enfermo. Debe abordar todos los aspectos de vida del paciente (social, familiar, laboral, cultural, etc.) para conocer a la persona en su totalidad. Debe conocer las expectativas que éste tiene con respecto al profesional. Debe informar del papel que sobre la salud pueden tener ciertos acontecimientos vitales físicos, emocionales y sociales. El paciente debe conocer las limitaciones físicas y psicológicas y la importancia del cumplimiento del tratamiento.

Tanto los profesionales sanitarios como los pacientes deben marcarse expectativas realistas, más relacionados con conseguir desempeñar alguna actividad concreta que con hacer desaparecer el dolor. Y sobre todo, los profesionales sanitarios han de conseguir que el paciente participe en la toma de decisiones, implicándose en todo el proceso de salud enfermedad relacionado con él y responsabilizándose de las decisiones tomadas.

9. FIBROMIALGIA Y CAPACIDAD LABORAL

Nos enfrentamos a una problemática difícil. Por un lado un síndrome cuya clínica engloba síntomas tan diversos y de aparición tan aleatoria que hacen difícil su diagnóstico y tratamiento y por otro unos pacientes con discapacidad para realizar ciertas actividades: esto hace de estas personas candidatas a una incapacidad temporal para su trabajo habitual.

Es evidente que las personas afectas de esta enfermedad tienen serias dificultades para realizar aquellos trabajos en los se les exigen esfuerzos físicos intensos o continuos, movimientos repetitivos o mantenerse en algunas posturas de forma prolongada en el tiempo, labores que requieran de especial concentración o las que desencadenen situaciones de estrés. Pero se debe entender que será la evaluación personalizada del paciente la que nos determine si se encuentra inhabilitado para la realización de un núcleo de tareas que constituyen su profesión habitual.

Es importante tener en cuenta que en relación a la legislación actual no se considera a la enfermedad de la FM como invalidante, pero sí se valoran como incapacitantes cada una de las diferentes clínicas y localizaciones de dicha enfermedad.

Edad, sexo, actividad laboral, intensidad de la sintomatología en esos momentos, nivel educativo y social son algunas de las variables a tener en cuenta a la hora de valorar el grado de incapacidad. También podrían utilizarse como predictores del nivel de discapacidad el FIQ y el HAQ que podrían ser instrumentos validos junto al estudio del sueño no reparador.

La experiencia y la literatura estudiada hacen referencia a que la discapacidad no debe entenderse como incapacidad temporal total sino que al hilo de lo demostrado por los estudios, periodos cortos de baja laboral para atajar y ayudar a la resolución de clínicas concretas dan mejor resultado que un estado permanente de incapacidad.

Puede ser importante buscar alternativas de tipo laboral y terapéutico, que se acomoden al devenir de la enfermedad en cada momento.



Anexos

ANEXO ■ 1

MODELO DE ENTREVISTA CLÍNICA DEL PACIENTE CON FM

Como cualquier otro, el paciente diagnosticado de FM necesita, sobre todo, sentirse entendido y comprendido en su proceso de enfermedad, de ahí que deban tenerse muy en cuenta los modales del profesional frente al paciente y el modelo de entrevista aplicado.

Actitudes del profesional

- Cordialidad: calidez y respeto en la acogida, el paciente debe percibir que es bien recibido.
- Empatía: ponerse en el lugar de otro, y que el otro perciba que nos hemos puesto en su lugar, al contrario de la simpatía la empatía entraña profesionalidad.
- Baja reactividad: Dejar un espacio de tiempo entre 2-3 segundos desde que el paciente deja de hablar y empezamos nosotros, no interrumpir.
- Asertividad: capacidad del profesional para hacer en cada momento lo que debe hacer, de una manera activa sin avasallar.

Modelo “centrado en el paciente”

1. Explorar la enfermedad y las vivencias que ocasiona en el paciente

- La idea que el paciente tiene sobre la naturaleza de su enfermedad: “¿a qué lo atribuye?, ¿hay algo a lo que le esté dando vueltas en la cabeza sobre lo que puede estar ocasionando todos estos síntomas?”
- Los sentimientos que le produce (especialmente los miedos):
“Le veo preocupada/o”: ¿Hay algo que le preocupe de todo este problema?
- El impacto que toda su sintomatología tiene en su función:
¿Cómo afecta todo esto a su vida diaria? o ¿le impide realizar las tareas de su trabajo o de la casa?

- Las expectativas que tiene con respecto al profesional:
¿Hay alguna otra cosa que piense usted que podemos hacer para ayudarle? Esta pregunta debe hacerse al final de la entrevista ya que si se hace a destiempo el paciente puede pensar que el médico no sabe qué hacer, que no controla la situación.

2. Comprender a la persona completa

El abordaje del paciente con FM debe incorporar al paciente y su contexto familiar, social, laboral, cultural, etc. En este sentido el médico de atención primaria está en una posición de lujo por la perspectiva longitudinal de su acción.

3. Búsqueda de acuerdos

El paciente debe participar en la toma de decisiones en todos los aspectos, implicándose en todo el proceso de salud enfermedad relacionado con él.

El profesional debe buscar activamente la aceptación del propio paciente en los siguientes aspectos:

- Diagnóstico o pauta diagnóstica propuesta. Difícilmente un paciente se someterá a algunas pruebas si no es consciente de su necesidad.
- En el tratamiento o pauta terapéutica. La participación del paciente en la decisión sobre cual es la mejor manera de actuar con el asesoramiento cualificado del médico es la mejor manera de asegurar una actuación correcta.
- En los papeles que representa cada uno en la relación.

4. Incorporando prevención y promoción de la salud

Reducción de actividades nocivas para la salud, reducción de riesgos, detección temprana de la enfermedad y disminución de su efecto.

Entrevista motivacional.

5. Cuidar la relación médico-paciente

Esta debe ser una tarea del profesional en cada entrevista. El médico debe intentar como objetivo importante que la relación con el paciente sea mejor en cada encuentro clínico.

Para ello, incorporará los siguientes elementos: avance en la relación, creación del ámbito de intimidad adecuado, auto conocimiento, pacto **frente a contrato y uso del efecto placebo, que la relación tiene en sí.**

6. Siendo realista

Todo esto debe hacerse en el marco de los recursos reales que se tienen, con el tiempo de entrevista real del profesional y los medios que se encuentran a su alcance.

Para ello incorporará los siguientes elementos: aproximación del problema a largo plazo, planificación y organización adecuada de los recursos, aproximación en equipo, establecimiento de prioridades, objetivos razonables y uso de tiempo y de energía razonable.

ANEXO ■ 2

CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA

ADAPTACIÓN VALIDADA EN CASTELLANO DEL FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQ)

1. Haga un círculo alrededor del número que mejor describa su capacidad para realizar las siguientes tareas durante la **última semana**.

Si usted no ha realizado alguna actividad de las preguntas, déjela en blanco.

		siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	nunca
A	Hacer la compra	0	1	2	3
B	Hacer la colada con lavadora	0	1	2	3
C	Preparar la comida	0	1	2	3
D	Lavar a mano los platos y los cacharros de cocina	0	1	2	3
E	Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora	0	1	2	3
F	Hacer las camas	0	1	2	3
G	Caminar varias manzanas	0	1	2	3
H	Visitar a amigos o parientes	0	1	2	3
I	Subir escaleras	0	1	2	3
J	Utilizar transporte público	0	1	2	3

Instrucciones para obtener la puntuación total

El FIQ es actualmente el estándar para valorar los componentes del estado de salud en las personas con fibromialgia, especialmente en los trabajos de investigación.

Se estima que su tiempo de realización está en torno a los 5 minutos.

Este cuestionario, que se entrega a la paciente para que lo rellene, tiene un rango de puntuación del 0 al 100, siendo el 100 el peor estado.

Las preguntas se refieren a la semana anterior.

Son 10 preguntas, cada una de ellas con un valor máximo de 10 puntos.

Para los tres primeros ítems, cuya respuesta no se recoge en una escala del 0 al 10, se necesitan ajustes:

- La primera pregunta: “¿Usted pudo?...” tiene 10 apartados (“Ir a comprar”, etc.) que puntúan en un rango de 0-3. Para calcular su peso relativo:
 - Se suma la puntuación total de las contestadas (máximo 30).
 - Se divide por el número de contestadas (máximo 10).
 - El resultado se multiplica por 3,33.
- La segunda pregunta: “De los 7 días de la semana pasada, ¿cuántos se sintió bien?”

Para calcular su peso relativo se adecua el valor del resultado, para considerar los días que se sintió mal. (1 día bien, suponen 6 mal) Se multiplica el resultado corregido, por 1,43.
- Para la tercera pregunta, considerando el valor máximo 7, se aplica el factor multiplicador 1,43.

Si sólo se considerasen 5 días laborables, el resultado se obtendría multiplicando por 2.
- Para el resto de las preguntas se suma el resultado tal cual.

Para la puntuación final, por si alguna pregunta se ha dejado en blanco, se suman las puntuaciones obtenidas y se divide por el número de preguntas contestadas.

ANEXO ■ 3

ESCALA ANALÓGICA RÁPIDA DE GRADO DE AFECTACIÓN

Escala visual del dolor: ¿Cuál es la intensidad del dolor?

Marcar en la escala del 0 al 10 la intensidad del dolor, siendo:

0: Ausencia de dolor.

10: Dolor insoportable.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Escala visual del estado de ánimo: ¿Cómo se siente?

Marcar en la escala del 0 al 10, siendo:

0: No me siento triste.

10: Me siento tan triste que no puedo soportarlo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Escala visual de dificultad para las actividades de la vida diaria: ¿Qué dificultades tiene para la realización de su actividad habitual?

Marcar en la escala del 0 al 10, siendo:

0: Ninguna dificultad.

10: Gran dificultad.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ANEXO ■ 4

RECURSOS PARA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL DOLOR

Los recursos para evaluar el dolor ayudan a los pacientes a describir el dolor que sienten. La escala del dolor es un recurso que se usa comúnmente para describir la *intensidad* del dolor, o qué tanto dolor está sintiendo el paciente.

Las escalas del dolor incluyen la escala de clasificación numérica, la escala analógica visual, la escala de categorías y la escala de rostros de dolor.

En la escala de clasificación numérica, a la persona se le pide que seleccione un número entre 0 (nada de dolor) y 10 (el peor dolor imaginable) para identificar qué tanto dolor está sintiendo.

Escala numérica

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable			
Nada de dolor														

La escala analógica visual es una línea recta cuyo extremo izquierdo representa nada de dolor y el extremo derecho representa el peor dolor. Se pide a los pacientes que marquen la línea en el punto correspondiente al dolor que sienten.

Escala analógica visual

Nada de dolor		El peor dolor
	<p>Instrucciones: Pida al paciente que indique en la línea en dónde está el dolor en relación con los dos extremos.</p> <p>Esta calificación es sólo una aproximación; por ejemplo, una marca en el medio indicaría que el dolor es aproximadamente la mitad del peor dolor posible.</p>	

En la escala de categorías de dolor hay cuatro categorías: ninguno, leve, moderado y fuerte. Se le pide al paciente que seleccione la categoría que describe mejor el dolor que siente.

Escala de categorías

Ninguno (0)

Leve (1–3)

Moderado (4–6)

Fuerte (7–10)

La escala de rostros de dolor usa seis rostros con expresiones diferentes en cada uno. Cada rostro representa ya sea a una persona que está feliz porque no siente dolor o que está triste porque siente algo o mucho dolor. Se le pide a la persona que seleccione el rostro que describe mejor cómo se siente. Esta escala de clasificación puede usarse con pacientes de 3 años de edad y mayores.

Escala de rostros de dolor



0

Muy contento;
sin dolor



2

Siente sólo un
poquito de
dolor



4

Siente un poco
más de dolor



6

Siente aún más
dolor



8

Siente mucho
dolor



10

El dolor es el
peor que puede
imaginarse (no
tiene que estar
llorando para
sentir este dolor
tan fuerte)

ANEXO ■ 5

RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

Consiste en aprender a relajarse tensando y relajando secuencialmente diversos grupos musculares de todo el cuerpo y al mismo tiempo tomar conciencia (dirigir la atención) de las sensaciones asociadas a la tensión y relajación.

De esta forma se aprende a reconocer y discriminar estos dos estados (tensión y relajación) capacitando a la persona para tomar conciencia de las Tensiones de la vida diaria y poder así reducirlas. El paso de la tensión a la relajación debe ser brusco o inmediato.

Aunque las sesiones iniciales tienen una duración de 45 - 50 minutos, al finalizar el entrenamiento, la persona es capaz de relajarse en uno, dos minutos, y aunque al inicio se realizan ejercicios de tensión aflojamiento, al finalizar la relajación se obtiene directamente por aflojamiento.

Las etapas de entrenamiento son:

1. Tensión-Aflojamiento:

Se empieza trabajando 16 grupos musculares con ejercicios de tensión-aflojamiento e instrucciones de toma de conciencia de ambas sensaciones. Para cada grupo muscular hay que seguir una secuencia que consiste en:

- a) Focalizar la atención.
- b) Tensar durante 5-7 segundos, tomando conciencia de las sensaciones.
- c) Relajar el grupo muscular y mantener el estado durante 45-60 segundos.
- d) Centrar la atención sobre el grupo relajado tomando conciencia de las sensaciones.

Realizando dos prácticas diarias en casa y una sesión semanal con el terapeuta, esta etapa dura aproximadamente tres semanas.

2. Tensión-Aflojamiento:

A continuación se reagrupan diferentes músculos configurando 7 *grupos*. Dura dos semanas con prácticas diarias dobles.

3. Tensión-Aflojamiento:

Tras dominar la anterior se reduce a 4 grupos. Dura también dos semanas.

El paciente debe concentrarse en identificar cualquier tensión que pueda sentir en cualquier grupo muscular, y debe relajar esos músculos recordando las sensaciones que ha sentido cuando en otras ocasiones los ha relajado (relajación a través del recuerdo o evocación).

4. Aflojamiento directo y Evocación:

Una vez que se ha aprendido a relajar con cuatro grupos se pasa a la relajación sin tensión previa empleando los mismos 4 grupos.

5. Aflojamiento directo, evocación y conteo:

En esta etapa se añade al proceso de recuerdo un procedimiento de conteo para incrementar el grado de relajación. Se trata de contar de uno a diez mientras se dan instrucciones para profundizar en la relajación todavía más con cada número.

En esta etapa se prescinde ya de los grupos musculares y se trabaja haciendo que la relajación se vaya extendiendo por todo el cuerpo.

La duración del entrenamiento es de una semana.

6. Conteo y aflojamiento directo:

El paso final es la relajación solo por conteo. En este momento del entrenamiento se puede llegar al estado de relajación profunda en uno o dos minutos y solo contando del uno al diez.

A continuación veamos un esquema de los 8 grupos musculares:

ZONA	COMO SE TENSA	COMO SE RELAJA
Frente	Mirando al frente a un punto fijo y neutro se levantan las cejas y se arruga la frente, poniendo cara de sorpresa	Con los ojos entreabiertos, cejas caídas y frente pesada. Entrará pesadez y ganas de cerrar los ojos (no hacerlo)
Cara	Simultáneamente se aprietan ojos, se eleva la nariz, se cierra mandíbula y labios, se pone la lengua en el paladar y se sonríe	Cara seria o inexpresiva, ojos suavemente cerrados, mandíbula entreabierta
Cuello	a) Se echa el cuello hacia atrás a la vez que elevamos la barbilla (no forzar) b) Echamos el cuello hacia delante hasta tocar la barbilla con el pecho, a la vez que tensamos laterales del cuello (no apretar). No elevar los hombros, ni tensar la cara	Cuello centrado y suelto (sobre todo de atrás). Se nota una ligera inestabilidad (puede que también mareo, es normal) como si la cabeza estuviera sujeta con un muelle o elástico
Hombros	Sin apretar cuello ni brazos, elevar hombros hacia atrás y hacia arriba simultáneamente, en diagonal	Dejar hombros caídos y sueltos, notando pesadez y puede que hormigueo en manos o brazos
Brazos	Brazo elevado sin flexionar, puño cerrado y muñeca doblada hacia dentro (notando tensión en dedos, muñeca, brazo y antebrazo)	Brazos caídos y sueltos. Mano entreabierta. Se puede notar pesadez, calor, cansancio y hormigueo. Si hay dolor, se ha apretado demasiado
Estómago	Apretar estómago hacia dentro a la vez que soplamos vaciando los pulmones. Mantenemos el estómago apretado y los pulmones sin aire 4 segundos	Dejar el estómago libre, notando que se mueve al respirar (si está relajado se hinchará al coger el aire por la nariz, volverá a su posición al soltar el aire)
Zona lumbar y glúteos	Arquear la espalda intentando levantarnos de la silla apretando solo glúteos y zona lumbar sin elevar hombros ni tensar piernas	Dejar apoyada la zona lumbar (y toda la espalda) sobre el respaldo de la silla, notando calor y como un “almohadón”
Piernas	Elevar y estirar la pierna a la vez que intentamos acercar los dedos al empeine	Dejamos bruscamente la pierna caída, suelta, pesada (puede que con calor)

- Tensar durante 4 o 5 segundos y mantener la relajación como mínimo 20 segundos. Si al relajar el músculo, este duele, es porque hemos apretado demasiado en la fase de tensión.
- Hacer dos veces seguidas cada zona, en sentido descendente y siempre centrando la atención en la parte que estamos trabajando (incluso visualizando o mirando dicho músculo). El paso de tensión a relajación debe de ser brusco.
- Una vez terminada la secuencia, revisar mentalmente todos los músculos en sentido descendente y relajarlos directamente. Antes de abrir los ojos energizarnos con respiraciones profundas y empezar a movernos desde fuera a dentro.

La relajación hay que hacerla tres veces al día, sentado en una silla que recoja bien la espalda o acostado.

ANEXO ■ 6

RESPIRACIÓN PROFUNDA

Existe relación bidireccional entre las emociones y el estado de los músculos. Un músculo relajado informa de su estado a la mente (cerebro), que a su vez se beneficia de este estado y puede influir para que el músculo se relaje.

Es imposible relajarse mentalmente si no lo hacen también los músculos, así como también es imposible relajarse muscularmente si no logramos una relajación mental.

En un lugar tranquilo, sin mucha luz, libre de ruidos e interrupciones, con música suave que favorezca la relajación, se tumba el paciente boca arriba con los pies apoyados en el suelo y las piernas ligeramente dobladas o bien sentado cómodamente en un sillón.

Se coloca la mano izquierda en el abdomen, debajo del ombligo y la mano derecha en el pecho dirigiendo la atención a la forma de respirar.

Inspiraciones lentas y pausadas por la nariz dirigiendo el aire al abdomen lo que hará que la mano izquierda se mueva, seguidamente se envía el aire hacia el pecho haciendo que este se hinche con lo que la mano derecha se eleva y por último dirigir el aire hacia la parte mas alta del pecho o zona claviclar.

Expulsar el aire lentamente por la boca, primero descenderá el abdomen y posteriormente se vacían los pulmones.

Es importante no forzar la inspiración. En caso de mareo, descansar unos minutos y comenzar de nuevo cuando los síntomas hayan desaparecido, tomando menos aire.

Es importante tomar conciencia de los músculos que se contraen y relajan con los movimientos.

Una vez dominada la técnica podrá practicarse en cualquier postura.

Es recomendable practicarlo dos veces al día durante unos 15 minutos.

ANEXO ■ 7

RELAJACIÓN MUSCULAR

Además de las técnicas de respiración profunda/tranquilizadora, actividades que pueden ayudar a relajarse son:

- Baño caliente
- Manta eléctrica
- Escuchar música suave o de relajación con luz tenue
- Paseos
- Ver/imaginar paisajes maravillosos
- Masajes manuales
- Baños/chorros-masajes...

ANEXO ■ 8

EJERCICIOS QUE SE PUEDEN PRESCRIBIR, INICIADOS GRADUALMENTE:

Según tolerancia y forma física del paciente, se pueden combinar, por ejemplo: dos días de natación y tres días de caminar, o dos días de baile de salón y tres días de bicicleta estática.

TIPO	CARACTERÍSTICAS	VENTAJAS	DESVENTAJAS
CAMINAR A PASO LIGERO	Intensidad: Moderada Duración: de 30 a 60 minutos Frecuencia: 3 días por semana	Se puede realizar sin necesidad de instalaciones específicas Se puede realizar sólo o en compañía de otros No se necesita una vestimenta costosa No sobrecarga mucho las articulaciones	Dificultad para conseguir el ritmo adecuado Requiere una duración mayor que otros ejercicios para conseguir el mismo gasto energético
NATACIÓN	Intensidad: Moderada Duración: 30 minutos Frecuencia: 2-3 días por semana	No hay sobrecarga articular Es fácil mantener un ritmo adecuado No se necesita una vestimenta costosa	Falta de destreza para nadar Se necesita acudir a un centro deportivo que tenga piscina Irritaciones en los ojos, piel y oídos por el agua
GIMNASIA DE MANTENIMIENTO AEROBIC DE BAJO IMPACTO (suave)	Intensidad: Moderada Duración: 30-45 minutos Frecuencia: 2-3 días por semana	Realización de gran variedad de ejercicios No se necesita vestimenta costosa Gran interacción social, al ser una actividad que se desarrolla en grupo	Se necesita acudir a un Centro deportivo Produce sobrecarga articular Antes de iniciar esta actividad conviene desarrollar ciertas destrezas con otras actividades físicas y/o iniciar esta actividad a un nivel muy bajo
BICICLETA ESTÁTICA	Intensidad: Baja Duración: 30 minutos Frecuencia: 2-3 días por semana	No se necesita una vestimenta costosa Es fácil mantener un ritmo adecuado	Se necesita comprar la bicicleta o acudir a un Centro deportivo que la tenga Puede producir molestias en la rodilla Es aburrido al realizarlo en un espacio cerrado
BAILE	Intensidad: Baja-moderada Duración: 30-40 minutos Frecuencia: 2 días por semana	Es divertido Se realiza en compañía, lo que favorece la interacción social	No es fácil mantener un ritmo adecuado Normalmente se acude a un Centro específico, lo que supone el pago de una cuota o entrada

ANEXO ■ 9

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK. BDI

Nombre y Apellidos Fecha

En este cuestionario aparecen varios grupos de frases. Lea con atención cada grupo y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones describe mejor sus sentimientos durante la última semana, incluido el día de hoy. Haga una cruz en el número que aparece a la izquierda de la frase elegida. Asegúrese de haber leído todas las frases de cada grupo antes de hacer la elección.

- 1 [0] No me siento triste
 [1] Me siento algo triste
 [2] Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 [3] Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

- 2 [0] No me siento especialmente desanimado de cara la futuro
 [1] Me siento desanimado de cara al futuro
 [2] Siento que no hay nada por lo que luchar
 [3] El futuro es descorazonador y las cosas no mejorarán

- 3 [0] No me siento como un fracasado
 [1] He fracasado más que la mayoría de las personas
 [2] Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro
 [3] Soy un fracaso total como persona

- 4 [0] Las cosas no me satisfacen tanto como antes
 [1] No disfruto de las cosas tanto como antes
 [2] Ya no tengo ninguna satisfacción por las cosas
 [3] Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo

- 5 [0] No me siento especialmente culpable
 [1] Me siento culpable en bastantes ocasiones
 [2] Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
 [3] Me siento culpable constantemente

- 6 [0] No creo que esté siendo castigado
 [1] Siento que quizás esté siendo castigado
 [2] Espero ser castigado
 [3] Siento que estoy siendo castigado

- 7 [0] No estoy descontento conmigo mismo
[1] Estoy descontento conmigo mismo
[2] Estoy a disgusto conmigo mismo
[3] Me detesto

- 8 [0] No me considero peor que cualquier otro
[1] Me critico por mi debilidad o por mis errores
[2] Continuamente me culpo por mis faltas
[3] Me culpo por todo lo malo que sucede

- 9 [0] No tengo ningún pensamiento de suicidio
[1] A veces pienso en suicidarme pero no lo haré
[2] Desearía poner fin a mi vida
[3] Me suicidaría si tuviese la oportunidad

- 10 [0] No lloro más de lo normal
[1] Ahora lloro más que antes
[2] Lloro continuamente
[3] No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga

- 11 [0] No estoy especialmente irritado
[1] Me molesto o irrito con más facilidad que antes
[2] Me siento irritado continuamente
[3] Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban

- 12 [0] No he perdido el interés por los demás
[1] Estoy menos interesado que antes en los demás
[2] He perdido gran parte del interés por los demás
[3] He perdido todo el interés por los demás

- 13 [0] Tomo mis propias decisiones igual que antes
[1] Evito tomar decisiones más que antes
[2] Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
[3] Me es imposible decisiones

- 14 [0] No creo tener peor aspecto que antes
[1] Estoy preocupado porque parezco envejecido/a y poco atractivo/a
[2] Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo/a
[3] Creo que tengo un aspecto horrible

- 15 [0] Trabajo igual que antes
 [1] Me cuesta más trabajo de lo habitual comenzar a hacer algo
 [2] Tengo que obligarme a mi mismo para hacer algo
 [3] Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea
- 16 [0] Duermo tan bien como siempre
 [1] No duermo tan bien como antes
 [2] Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormirme
 [3] Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme
- 17 [0] No me siento más cansado de lo normal
 [1] Me canso más que antes
 [2] Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 [3] Estoy demasiado cansado para hacer nada
- 18 [0] Mi apetito no ha disminuido
 [1] No tengo tan buen apetito como antes
 [2] Ahora tengo mucho menos apetito
 [3] He perdido completamente el apetito
- 19 [0] No he perdido peso últimamente
 [1] He perdido más de dos kilos
 [2] He perdido más de cuatro kilos
 [3] He perdido más de siete kilos
- Estoy tratando intencionadamente
 de perder peso, comiendo menos:**
 [] SÍ [] NO
- 20 [0] No estoy preocupado por mi salud
 [1] Me preocupa los problemas físicos como dolores, malestar de estómago o catarros
 [2] Me preocupan las enfermedades
 [3] Estoy tan preocupado por las enfermedades que me resulta difícil pensar en otra cosa
- 21 [0] No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo
 [1] La relación sexual me atrae menos que antes
 [2] Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes
 [3] He perdido totalmente el interés sexual

CORRECCIÓN**Medición cualitativa:**

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1. Estado de ánimo | 12. Aislamiento social |
| 2. Pesimismo | 13. Indecisión |
| 3. Sentimientos de fracaso | 14. Imagen corporal |
| 4. Insatisfacción | 15. Capacidad laboral |
| 5. Sentimientos de culpa | 16. Trastornos del sueño |
| 6. Sentimientos de castigo | 17. Cansancio |
| 7. Odio a sí mismo | 18. Pérdida de apetito |
| 8. Autoacusación | 19. Pérdida de peso |
| 9. Impulsos suicidas | 20. Hipocondría |
| 10. Periodos de llanto | 21. Líbido |
| 11. Irritabilidad | |

Rangos cuantitativos de depresión**Puntuaciones totales**

Depresión ausente o mínima	0 - 4
Depresión leve	5 - 7
Depresión moderada	8 - 15

ANEXO ■ 10

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa como se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0. Igual que siempre
1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces
3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:

0. Nunca
1. Solo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

D.5. He perdido interés por mi aspecto personal:

3. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuide como debiera
0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

- Autores: A.S. Zigmong, R.P. Snaith.
- Referencia: The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361-370.
- Evalúa: Detección de trastornos depresivos y ansiosos en el contexto hospitalario no psiquiátrico.
- Nº de ítems: 14. Los ítems impares evalúan ansiedad y los pares depresión.
- Administración: Autoaplicada.
- Corrección e interpretación: Para cada subescala la puntuación se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que la conforman.

Criterios: 0-7 rango de normalidad

8-10: caso probable.

11-21: caso de ansiedad o depresión.

ANEXO ■ 11

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO - RASGO

(MANUAL FOR THE STATE - TRAIT ANXIETY INVENTORY - SELF EVALUATION QUESTIONNAIRE, STAI).

Subescala Ansiedad - Rasgo

NOMBRE:

APELLIDOS:

EDAD:

FECHA:

AUTOAPLICACIÓN: () SI () NO

TIEMPO:

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE usted EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
1) Me siento bien	0	1	2	3
2) Me canso rápidamente	0	1	2	3
3) Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4) Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5) Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6) Me siento descansado	0	1	2	3
7) Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
8) Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9) Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10) Soy feliz	0	1	2	3
11) Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
12) Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13) Me siento seguro	0	1	2	3
14) No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
15) Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
16) Estoy satisfecho	0	1	2	3
17) Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18) Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19) Soy estable	0	1	2	3
20) Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y nervioso	0	1	2	3

TABLA DE BAREMOS CUESTIONARIO STAI - RASGO

CENTILES	PUNTUACIONES DIRECTAS		PUNTUACIONES DIRECTAS		DECATIPOS
	ADOLESCENTES		ADULTOS		
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	
99	46-60	49-60	46-60	49-60	10
97	41	43	39-40	45	9
96	40	42	38	44	9
95	39	41	37	43	9
90	33	36	33	40	8
89	32	35	32	39	8
85	30	33	29	37	8
80	28	31	27	34	7
77	27	30	26	33	7
75	26	29	25	32	7
70	24	27	24	30	7
65	23	26	23	29	6
60	22	25	21	27	6
55	21	23	20	26	6
50	20	22	19	24	6
45	19	21	18	23	5
40	18	20	17	21	5
35	17	19	16	20	5
30	16	18	15	18	4
25	15	17	14	17	4
23	-	-	-	-	4
20	14	16	13	16	4
15	13	15	11	14	3
11	-	14	10	13	3
10	12	13	9	12	3
5	11	12	8	11	2
4	10	11	7	10	2
1	0-6	0-7	0-4	0-7	1

ANEXO ■ 12

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO - RASGO

(MANUAL FOR THE STATE - TRAIT ANXIETY INVENTORY - SELF EVALUATION QUESTIONNAIRE, STAI).

Subescala Ansiedad - Estado

NOMBRE: APELLIDOS:

EDAD: FECHA:

AUTOAPLICACIÓN: () SÍ () NO TIEMPO:

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE usted AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su **situación presente**.

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1) Me siento calmado	0	1	2	3
2) Me siento seguro	0	1	2	3
3) Estoy tenso	0	1	2	3
4) Estoy contrariado	0	1	2	3
5) Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6) Me siento alterado	0	1	2	3
7) Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8) Me siento descansado	0	1	2	3
9) Me siento angustiado	0	1	2	3
10) Me siento confortable	0	1	2	3
11) Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12) Me siento nervioso	0	1	2	3
13) Estoy desasosegado	0	1	2	3
14) Me siento muy atado (como oprimido)	0	1	2	3
15) Estoy relajado	0	1	2	3
16) Me siento satisfecho	0	1	2	3
17) Estoy preocupado	0	1	2	3
18) Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19) Me siento alegre	0	1	2	3
20) En este momento me siento bien	0	1	2	3

TABLA DE BAREMOS CUESTIONARIO STAI - ESTADO

CENTILES	PUNTUACIONES DIRECTAS		PUNTUACIONES DIRECTAS		DECATIPOS
	ADOLESCENTES		ADULTOS		
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	
99	47-60	53-60	47-60	54-60	10
97	45	44	43	49	9
96	44	42-43	42	48	9
95	43	41	40-41	47	9
90	38	39	37	41	8
89	37	38	36	40	8
85	36	36	33	37	8
80	34	34	30	34	7
77	32	33	29	32	7
75	31	31	28	31	7
70	28	28	25	29	7
65	26	26	23	26	6
60	24	25	21	24	6
55	22	23	20	23	6
50	20	22	19	21	6
45	19	20	18	19	5
40	17	19	16	18	5
35	16	18	15	17	5
30	14	17	-	16	4
25	13	16	14	15	4
23	-	15	13	14	4
20	12	14	12	13	4
15	11	13	10	12	3
11	-	12	9	11	3
10	10	11	8	10	3
5	9	8	6	7	2
4	8	7	5	6	2
1	0-2	0-4	0-2	0-2	1

ANEXO ■ 13

CES-D

Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión

Nombre: Fecha:

A continuación leerá una serie de frases. Conteste con qué frecuencia le sucede o si eso le ha estado pasando durante la última semana, haciendo una cruz en el círculo correspondiente (desde "Raramente o nunca" hasta "Mucho o siempre" o desde "Menos de un día" hasta "Entre 5-7 días").

	Raramente o nunca	Algo o poco	A veces o bastante	Mucho o siempre
	Menos de 1 día	Entre 1-2 días	Entre 3-4 días	Entre 5-7 días
1. Me he enfadado por cosas que habitualmente no me molestan	0	1	2	3
2. No he tenido ganas de comer, mi apetito era malo	0	1	2	3
3. He sentido que no me podía liberar de la tristeza ni con la ayuda de familiares o amigos	0	1	2	3
4. Sentía que era tan bueno como cualquier persona	3	2	1	0
5. Me ha costado trabajo concentrarme en lo que hacía	0	1	2	3
6. Me he sentido pesimista	0	1	2	3
7. Me ha costado un esfuerzo hacer cualquier cosa	0	1	2	3
8. Me he sentido ilusionado por mi destino	3	2	1	0
9. He pensado que mi vida había sido un fracaso	0	1	2	3
10. Me he sentido asustado	0	1	2	3
11. Mi sueño ha sido inquieto	0	1	2	3
12. Estuve contento	3	2	1	0
13. Hablaba menos de lo habitual	0	1	2	3
14. Me he sentido muy solo	0	1	2	3
15. La gente era poco amistosa	0	1	2	3

16. He disfrutado de la vida	3	2	1	0
17. He llorado a ratos	0	1	2	3
18. Me he sentido triste	0	1	2	3
19. He sentido que la gente me tenía antipatía	0	1	2	3
20. No me podía poner en marcha	3	2	1	0
TOTAL:				

Rango

* Entre 16 y 26 indica depresión moderada.

Punto de corte

* Entre 27 y 60 depresión severa.



Anexos para el paciente

ANEXO ■ 1

CONSEJOS PARA LOS AFECTADOS DE FIBROMIALGIA. DECÁLOGO AMPLIADO DE LA SER

- **Aceptar el dolor:** aprender a reconocerlo y saber qué lo empeora y qué lo mejora.
- **Controlar las emociones:** Aprender a manejar sentimientos de enfado, frustración, tristeza, ira, sensación de fracaso, culpa, vergüenza...
Evitar que los sentimientos se cronifiquen y conviertan en un problema mas de salud. Ser realistas, proponerse objetivos alcanzables.
- **Controlar el estrés:** Reconocer su causa y evitar que aparezca. Organizar y planificar actividades diarias. Dedicar tiempo a la relajación:
Respiración profunda (anexo 6).
Relajación muscular (anexo 7).
- **Mitigar el cansancio:** Delegar y/o eliminar tareas innecesarias. Intercalar periodos de descanso y actividad.
- **Hacer ejercicio:** Fortalece los músculos. Mantiene el sistema cardiovascular. Disminuye el dolor. Facilita el sueño. Disminuye la ansiedad y la depresión. Son muy recomendables los ejercicios aeróbicos de baja intensidad iniciados de forma progresiva.
- **Relacionarse con los demás:** Evitar que la comunicación se centre en el dolor. Contar lo que nos pasa. Pedir ayuda si se necesita.
- **Proteger la salud:** Evitar tabaco, cafeína, exceso de alcohol, alimentación saludable, vigilar el peso.
- **Uso racional de los medicamentos:** Evitar la automedicación.
- **Terapias alternativas:** Pueden ser beneficiosas pero debemos desconfiar siempre de quienes prometan la curación milagrosa, recomienden abandono total de la medicación prescrita o propongan tratamientos "secretos".
- **Constancia:** Mantener con regularidad los consejos anteriores es la mejor forma de conseguir controlar la enfermedad.

ANEXO ■ 2

LÍNEAS PSICOLÓGICAS DE TRABAJO EN LA FIBROMIALGIA

1. FACILITAR EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD, que permita a los pacientes una mejor comprensión y aceptación de la misma.
2. ABORDAR LA EXPRESIÓN DE EMOCIONES, que posibilite el alivio del dolor, la rigidez y las tensiones musculares que conlleva la FM.
3. FAVORECER LOS CAMBIOS NECESARIOS EN LOS HÁBITOS DIARIOS/EN EL ESTILO DE VIDA, que permita a los pacientes una mejor adaptación a la enfermedad y una evolución mas favorable.
4. POTENCIAR LA AUTOESTIMA como núcleo básico para el afrontamiento del dolor/ malestar crónico que implica.
5. AYUDAR A TOMA DE CONCIENCIA del origen de las tensiones, de los conflictos y de los aspectos de personalidad que predisponen a la Fibromialgia.

ANEXO ■ 3

Recomendaciones importantes para adaptarse a la Fibromialgia

LAS "D" TERAPÉUTICAS DE LA FIBROMIALGIA

- **NO ACAPARES, DELEGA.** NO pasa nada porque pidas ayuda; sigues siendo igual de valioso/a aunque no puedas responder a todas las demandas que tienes.
- **NO TE EXIJAS, DESCANSA.** Prioriza responsabilidades y tomate tiempo para hacer pausas. Tu mente y tu cuerpo te lo agradecerán.
- **NO REPRIMAS, DIALOGA.** Comenta abiertamente a los demás tus opiniones, deseos y necesidades, sin dramatizar que ellos no las compartan.
- **NO APACIGÜES, DESMARCATE.** No hagas tuyos los problemas ajenos. No tienes necesidad ni obligación de intermediar en los problemas de los otros.
- **NO AGUANTE, DESAHÓGATE.** Permítete expresar libremente tus emociones negativas (enfados, frustraciones, miedos,...), aunque puedan molestar a los demás.
- **NO TE CRITIQUES, DESCUBRE y DISFRUTA** el "regalo de ser tu mismo/a"; una persona valiosa y competente.

ANEXO ■ 4

PAUTAS PARA ACEPTAR LA FIBROMIALGIA

1. RECONOCE QUE a pesar de tu Fibromialgia, en ocasiones puedes encontrarte relativamente bien y QUE HAY EPOCAS EN LAS QUE ESTAS ALGO MEJOR.
2. No te centres solo en las limitaciones que te genera este problema. Es decir, procura ENFOCARTE SIEMPRE EN LAS ACTIVIDADES QUE PUEDES REALIZAR (aún con esfuerzo) y no tanto en las “cosas que ya no puedes hacer” tras el problema.
3. En la misma línea, NO TE COMPARES RESPECTO A COMO ESTÁN Y FUNCIONAN LOS DEMÁS. Tú tienes Fibromialgia y ellos no, por lo que no es justo esta comparación.
4. NO ANTICIPES sobre tu proceso, dramatizando posibles complicaciones y/o incapacidades en un futuro. Por el contrario, INTENTA VIVIR EL MOMENTO PRESENTE; en cada minuto, date permiso para darte permiso en lo que necesites o creas que te hace bien.
5. Busca algún aspecto en el que puedas aferrarte en los períodos de crisis. Para superar estos momentos de recaída “busca razones para seguir adelante”. LO MEJOR ES QUE HAGAS PIE EN TU AUTOESTIMA, conectando con tu sentimiento de valía personal (y procurando no culparte ni criticarte por encontrarte mal).
6. APRENDE A DETECTAR TUS EMOCIONES NEGATIVAS (especialmente la rabia y la frustración) y permítete expresarlas. Entiende que ciertos dolores/tensiones musculares tienen relación con sentimientos bloqueados que no te dejas expresar.
7. Date cuenta de que PUEDES HACER MUCHAS COSAS PARA ALIVIAR TU PROCESO. O sea, que tienes mas control sobre tu Fibromialgia de lo que crees (sino para resolver o curar tu dolencia, si al menos para manejarla y mejorarla).
8. BUSCA APOYOS EN TU FAMILIA Y AMIGOS, precisamente en esas temporadas de mayor malestar y permítete expresarles abiertamente como te sientes. Esto te aliviará.

A este nivel FAMILIAR, intenta seguir estas otras pautas importantes:

8. EXPLICA A LOS TUYOS QUE NECESITAS DE ELLOS para sentirte mejor; oriéntales sobre como pueden ayudarte. Te lo agradecerán.

9. NO OLVIDES COMUNICARLES TAMBIEN CUANDO TE ENCUENTRES MEJOR. Te lo agradecerán doblemente. Recuerda que ellos necesitan percibir igualmente que tu dolencia no es insalvable ni invalidante.

10. No niegues las limitaciones que la Fibromialgia te esta generando a este nivel. PRIORIZA TUS DIFICULTADES EN LA CONVIVENCIA EN CASA Y COMENTALAS CON ELLOS ABIERTAMENTE. Permite que los tuyos también expresen sus opiniones, dudas y/o frustraciones al respecto. Acéptalo como algo natural.

FINALMENTE, recuerda que NECESITARÁS UN TIEMPO PARA ASUMIR TU PROCESO y el cambio necesario de vida que supone en todas las áreas. Y asume igualmente que los demás de tu familia también requerirán un período para comprender y adaptarse a tu situación.

ANEXO ■ 5

NORMAS DE HIGIENE POSTURAL

DURANTE EL DESCANSO NOCTURNO:

- Evite el decúbito prono (boca abajo) para aliviar la tensión en la región lumbar.
- En decúbito lateral, el miembro inferior del lado hacia el que estamos acostados debe colocarse en flexión de cadera y rodilla.
- En decúbito supino (boca arriba) mantener las rodillas ligeramente flexionadas, colocando un cojín debajo de las mismas, por ejemplo.
- Hay que prestar atención al colchón, teniendo en cuenta que la capacidad de amortiguación en uno de buena calidad se pierde a los diez años y en otro de peor calidad, antes. El colchón tiene que ser firme y adaptable, no duro.
- La almohada no tiene que ser ni muy alta ni muy baja, de manera que consiga mantener la columna cervical alineada con el resto de la columna vertebral.

DURANTE EL PERIODO DE TRABAJO:

- Si se ha de mantener una postura durante intervalos largos conviene hacer un descanso de dos o tres minutos cada media hora, adoptando una postura correcta, preferiblemente sentado/a con la espalda recta y los pies apoyados en el suelo.
- Si el trabajo lo realiza sentado/a, mantenga una postura correcta: espalda recta y pies apoyados en el suelo. Los giros se hacen con todo el cuerpo, preferiblemente girando la silla.
- Si tiene que realizar esfuerzo físico: Levante la carga doblando las rodillas. Empujar con la espalda y en cualquier caso manteniendo la misma recta.
- Alcance las cosas que están en lugares altos con ayuda de un taburete.
- Reparta la carga en ambos miembros superiores de forma equilibrada. Para pasar de sentado/a a bipedestación mantenga la espalda recta.
- Si el trabajo requiere pasar horas de pie, encuentre un apoyo para ir trasladando el peso del cuerpo de un miembro inferior al otro cada quince minutos, por ejemplo, además de tomar descansos de dos o tres minutos en sentado/a cada media hora.

- Cuando el desánimo y la fatiga hagan su aparición, tome un descanso concentrándose en la respiración.
- Cuide el calzado diario, que tiene que ser cómodo.

ANEXO ■ 6

ASOCIACIONES DE LA REGIÓN DE MURCIA

ACIF - Asociación Cieza de Fibromialgia, Dolor y Fatiga Crónica - Nº 7334

C/ Saavedra Fajardo, 30 Codigo Postal - 30530

Apt. correos nº 237 - 30530 CIEZA

Mail: acifcieza@ono.com

Tlfs.: 968 453 165 (de 10-13,30 y 17,30-20,30)

AFIBROCAR - Asociación de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica de Cartagena - Nº 7190

Apt. correos 3 - 30080 CARTAGENA

Mail: afibrocar@hotmail.com

Tlfs.: 968 163 739 - 680 313 101

AFFIRMA - Asociación de Síndrome de Fatiga Crónica y Fibromialgia y Afines de la Región de Murcia - Nº 6500

Apt. correos 3029 - 30012 MURCIA

Mail: affirma-murcia@hotmail.com

Web: www.affirma.blogspot.com

Tlfs. móviles: 675 287 419 - 675 287 420 - 685 463 219

Tlfs. fijos: 968 212 121

AFIYE - Asociación de Fibromialgia de Yecla - Nº 7182

C/ Moreras, 20-bajo - 30510 YECLA

Mail: afiyeyecla@hotmail.com

Tlfs: 696 087 059 - 658 983 999

AJUFI - Asociación Jumillana de Fibromialgia - Nº 7451

Pza. San Juan nº 7 - 30520 JUMILLA

Mail: ajufi@hotmail.com

Tlfs: 968 757 243 - 669 354 750

ASTOFIBROM - Asociación de Totana de Fibromialgia y Fatiga Crónica - Nº 8226

C/ Rosa, 54 - 30850 TOTANA

Mail: astofibrom@hotmail.es

Tlfs.: 680 117 509

Federación Regional Murciana de Síndrome de Fatiga Crónica y FM

C/ Sociedad, 12 1º E 30004 Murcia

Mail: fferemur@hotmail.es

Tlfs.: 968 212 121

ANEXO ■ 7

OTROS RECURSOS A DISPOSICIÓN DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA

SOLICITUD PARA BALNEARIOS: Remitir solicitudes a FAMDIF, si se tiene reconocida Minusvalía > 45%.

FAMDIF - Federación de Asociaciones de Minusválidos Físicos
C/ Marino Montesinos, 14 Bajo - Murcia
Teléfono: 968 292 826

CONSULTAR CON MONITOR OCUPACIONAL: Si Presentan Minusvalía > 33% Es un profesional de los Equipos de Valoración de Minusvalías que informa de Cuestiones Laborales.

ORIADA (IMAS): Oficina de Información a Personas con Discapacidad y Dependencias
C/ Alonso Espejo nº 7 - Murcia
Teléfono: 968 232 307

IMAS: Instituto Murciano de Acción Social
Ronda de Levante, 16
Tlfno.: 968 366 262
Web: www.carm.es/@IMAS

CENTROS CULTURALES DE LOS AYUNTAMIENTOS: Que organizan actividades a las que pueden acceder si les resultan de utilidad.



Bibliografía

1. Alonso Valdivielso JL, Álvarez Lario B, Alegre López J. Fibromialgia. Sem Fundación Esp Reumatol 2000;4.
2. Anderberg UM, Marteinsdottir I, Theorell T, Von Knorring L. The impact of life events in female patients with Fibromyalgia and in female healthy controls. Eur Psychiatry.2000; 15:295-301.
3. Arnold LM et al. Family study of Fibromyalgia. Arthritis Rheum 2004; 50:944 - 52.
4. Ashbum MA, Staats PS. Management of chronic pain. Lancet 1999; 353.
5. Bandolera y col. Fibromialgia: diagnostico y tratamiento. Agosto 2001. Infodoctor.org/ bandolera/b90s-2.html.
6. Borrell I Carrió. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. SEMFYC. 2004.
7. Bosch Romero E, Sáenz Moya N, Valls Esteve M, Viñolas Valer S. Estudio de la calidad de vida con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. Rev Atención Primaria 2002; 30.
8. Carmona Franco A. Guía de aspectos psicológicos en fibromialgia.
9. Carmona L. et al. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a nation-wide study. Ann Rheum Dis 2001; 60:1040-5.
10. Casquero Ruiz R., Arbesu Prieto José Angel. Relaciones difíciles medico paciente en el ejercicio práctico del médico de A. Primaria. SEMERGEN. 2008.
11. Chakrabarty S, Zoorob R. Fibromyalgia. American Family Physician. 2007;76 (2): 247-254.

12. Clauw DJ. Fibromialgia. En: Kelley's Textbook of Rheumatology. 6ª Edición en Español. Editorial Marbán, Madrid 2003.
13. Cohen ML, Quintner JL. Fibromyalgia syndrome, a problem of tautology. *Lancet* 1993;342
14. Collado A, Alijotas JB, Benito P, Alegre C, Romera M, Sañudo I. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Med Clin* 2002.
15. Comeche MI, Vallejo MA. Dolor crónico. En: Vallejo MA, editor. Manual de terapia de conducta. Vol. 2. Madrid: Dykinson, 1998.
16. Crofford L J et al. Evidence that abnormalities of central neurohormonal systems are key to understanding fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22:267-84.
17. Crofford L J et al. Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome. Results of a randomized double blind placebo controlled trial. *Arthritis Rheum* 2005; 52:1264-.
18. Crofford L J. The relationship of fibromyalgia to neuropathic pain syndromes. *J. Rheumatol Suppl.* 2005; 75:41-5.
19. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. Protocolo para el Abordaje de la Fibromialgia en el ámbito de la Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón y Criterios para su derivación a la Atención Especializada. 2006.
20. Documento de Consenso de la SER sobre Fibromialgia (www.doyma.es). *Reumatología Clíica.* 2006; 2 Supl.1: S 55-66.
21. Documento para el manejo de la Fibromialgia. Gobierno Vasco. 2006.
22. Ebell MH, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewingman B et al. Strength of Recommendation Taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in medical literature. *Am. am. Physician* 2004; 69:549-57.
23. Ferraccioli G, Chirelly L, Scita F, Nollì M, Mozzani M, Fontana S, Scorsonelly M, Trident A, De Riso C: EMG-biofeedback training in fibromyalgia syndrome. *J. Rheumatol.* 1987; 14:820-825.
24. Fibromialgia. Boletín de información Farmacoterapeutica de Navarra. Vol.14 nº 3 05/2006 pg. 20.
25. Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. on line:
http://www.infodoctor.org/bandolera/b_90s-2.html. 2001
26. Friedberg F, Jason LA. Chronic fatigue síndrome and fibromyalgia: Clinical assessment and treatment. *J Clin Psychology.* 2001; 57:433-455.

27. Gelman SM. Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Rev Esp Reumat* 2002; 29 (7).
28. Goldberg RT, Pachas WN, Keith D. Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disabil Rehabil.* 1999;21: 23-30.
29. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of Fibromyalgia Syndrome. *JAMA* 2004; 292:2388-2395.
30. Gracely RH et al. Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2002; 46:1333.
31. Guías Clínicas. 2001. Fibromialgia. *Fisterra*. 2001. (www.fisterra.com).
32. Guitart J.; Jiménez-Grouselles, J. Prevalencia de puntos dolorosos tipo fibromialgia en una población reumatológica. Evaluación de diversas variables *Rev. Soc. Esp. Dolor* Vol. 6 (1999); 6; 412-419.
33. Haanen HC, Hoenderdos HT. Van Romunde LK, "Controlled Trial of Hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia". *J. Rheumatol.* 1991. 18:72-75.
34. Hadhazy VA, Ezzo J, Creamer P, Berman BM. Mind-body therapies for the treatment of fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2000;27:2911-2918.
35. Hazemeijer I, Rasker JJ. Fibromyalgia and the therapeutic domain. A philosophical study on the origins of fibromyalgia in a specific social setting. *Rheumatology* 3.
36. INE. Censo de Población de Murcia. 2001.
37. Kaplan KH, Goldenberg DL, Galvín Nader M. "The impact of meditation based stress reduction program on fibromyalgia". *Gen Hosp. Psychiatry.* 1993;15(5):284-9.
38. Keefe FJ, Lumley M, Anderson T, Lynch T, Carson Kl. Pain and emotion: New research directions. *J Clin Psychology* 2001; 57:587-607.
39. Lera Miguel S. Características y respuesta al tratamiento multidisciplinar de pacientes afectas de fibromialgia Memoria de la Tesis doctoral.
40. López Pascual, J. García Campayo, S. Lou, Ibáñez J.A. Evaluación psicométrica en fibromialgia. *Med. Psicosom*, nº71/72-2004.
41. Martínez Lavín. La relación médico-paciente en el contexto de la Fibromialgia. *Tribulaciones y propuestas. Reumatol. Clín.* 2007;3(2): 53-54.
42. Martínez Lavín M. Management of Disautonomia in Fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 2002; 28:05.
43. Martínez-Lavín M et al. Autonomic nervous system dysfunction may explain the multisystem features of fibromyalgia. *Semin Arthritis Rheum* 2000; 29:197-9.

44. Ministerio de Sanidad y Consumo Fibromialgia. Ordenación de Prestaciones. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid. 2003.
45. Ojeda Gil, José A. Consideraciones acerca de Síndrome Fibromiálgico y su repercusión sobre la incapacidad laboral. José.
46. Ojeda Gil, José A. Actualizaciones acerca de síndrome de Fibromialgia. Consideraciones etiológicas, diagnósticas, terapéuticas y médico legales como causa de invalidez.
47. OMS. Definición de Fibromialgia. Lancet.1992; 340: 663-664.
48. Payne TC, Leavitt F, Garron DC, Katz RS, Glickman PB, Vanderplate C. Fibrositis and psychologic disturbance. Arthritis Rheum. 1982; 25:213-217.
49. Protocolo para el abordaje de la Fibromialgia en el ámbito de la A.P. Aragón. Centro de Publicaciones del MSC: Madrid 2003.
50. Rivera J. Controversias en el diagnóstico de fibromialgia. Reesp Reumatol.2004;3:501-6.
51. Rivera J. et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. I Simposio de Dolor en Reumatología. Reumatol Clin 2006; 2 Supl 1: S55-66.
52. Rossy La, Buckelew SP, Dorr N, Hagglund KJ, Thayer JF et al. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. Ann Behav Med 1999; 21:180-91.
53. Rotés-Querol J. La fibromialgia en el año 2002. Rev. Esp. Reumatol. 2003; 30 (4).
54. Salido M. et al. Incapacidad Temporal en pacientes con fibromialgia. Reumatol Clin.2007;3(2): 67-72.
55. Schochat T, Raspe H. Elements of fibromyalgia in an open population. Rheumatology 2002.
56. Sedó Fortuna R, Ancochea Mollet J. Una reflexión sobre la fibromialgia. Aten Primaria 2002;29 (9).
57. Seisdedos Cubero N. Adaptación Española del Cuestionario STAI. TEA Ediciones, SA. Madrid, 1988.
58. SEMFYC. Guía de Actuación en A.P. 2002.
59. Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2001
60. Soriano Suarez E., Gerardo Ferrero MJ, Girona Bastar MR. Fibromialgia: un diagnóstico cenicienta. Aten. Primaria. 2000, 26: 415-418.
61. Spielberger CD et al. STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self - Evaluation Questionnaire). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1970.

62. Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationships to somatic and psychosocial variables. *Psychosom Med.* 2004;66:837-44.
63. Van Houdenhove B, Neerinckx E, Onghena P, Lysens R, Vertommen H. Premorbid "overactive" lifestyle in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. An etiological factor or proof of good citizenship? *J Psychosom Res.* 2001;51:571-576.
64. Viana Zulaica Cristina y col Fibromialgia.Fisterra.com (en línea)24/07/2001.Guías Clínicas 20001;1(37)obtenida el23/6/4en: fisterera.com/guias2/firomialgia.htm.
65. Wolfe F. et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Fibromialgia. *Arthritis Rheum* 1990; 33:160-72.
66. Wolfe F. Stop using the American College of Rheumatology criteria in the clinic. *J Rheumatol* 2003;30.
67. Xunta de Galicia. Grupo de trabajo de fibromialgia. SERGAS. Fibromialgia.2004.RL:
<http://www.sergas.es/gal/publicaciones/Docs/A Especializada/PDF1-177.pdf>.

