

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL PARA EL MANEJO DE LA
FIBROMIALGIA

Ana M. Contreras-Moreno
Estudiante

Ximena Palacios Espinosa
Director

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Bogotá D.C., noviembre de 2011

Contenido

Introducción	4
Terapia cognitivo comportamental para el manejo de la fibromialgia.....	6
Aspectos históricos del concepto fibromialgia.....	6
Definición.....	7
Epidemiología	7
Fisiopatología	8
Manifestaciones clínicas	8
Tratamiento	11
<i>Terapia farmacológica</i>	12
<i>Manejo farmacológico del dolor</i>	12
<i>Terapia no farmacológica</i>	14
<i>Ejercicio físico</i>	14
<i>Educación</i>	15
<i>Relajación y Biofeedback</i>	15
<i>Terapia cognitivo comportamental</i>	17
Conclusiones	23
Referencias	24
Anexos.....	30
Anexo 1.	30
<i>Prevalencia de síntomas específicos entre 2784 pacientes con fibromialgia en el Banco de Datos Nacional para enfermedades reumáticas</i>	30
Anexo 2.	32
<i>Criterios diagnósticos de fibromialgia propuestos por el ACR 2010</i>	32

Resumen

La presente es una revisión teórica inicial acerca de la terapia cognitivo conductual para el manejo de la fibromialgia. Para llegar a su descripción y demostración de su evidencia, se realiza una breve definición y contextualización del síndrome denominado fibromialgia. Se trata de un síndrome doloroso, crónico, complejo y multideterminado, que afecta considerablemente la calidad de vida de las personas que lo desarrollan. Su manejo es igualmente complejo. En consideración a ello, se procede a hacer una descripción igualmente breve de la multiplicidad de terapias psicológicas que se realizan para tratarla y se hace un mayor énfasis en la terapia cognitivo conductual, demostrándose su evidencia en el manejo efectivo del dolor crónico y el comportamiento de este tipo de pacientes.

Palabras clave: fibromialgia, dolor crónico, terapia cognitivo conductual.

Abstract

This is an initial theoretical review about cognitive behavioral therapy for the management of fibromyalgia. In order to get a description and demonstration of its evidence, a brief definition and contextualization of the fibromyalgia syndrome has been made. It is a chronic, complex and multi-determined syndrome, which significantly affects the quality of life of the people who develops it. Its management it's equally complex. Considering this, it proceeds to make an equally brief description of the multiplicity of psychological therapies that are being used for its treatment making a greater emphasis on the cognitive behavioral therapy, demonstrating its evidence in the effective management of chronic pain and the behavior of this type of patients.

Keywords: fibromyalgia, chronic pain, cognitive behavioral therapy.

Introducción

La fibromialgia es un desorden complejo que no fue definido como tal sino hasta finales del siglo XX, a pesar de encontrarse descripciones de casos de esta condición en la literatura médica desde el siglo XVII. En el pasado, el pobre reconocimiento de esta condición, así como la falta de tratamientos adecuados podían ser explicados por la inexistencia de investigación sobre el tema; sin embargo, en la actualidad existe abundante evidencia para apoyar el diagnóstico de este desorden (Gilliland, 2009).

Esta patología está constituida por un conjunto de signos y síntomas específicos que en el pasado hacían parte de un diagnóstico de “descarte”; no obstante, en 1987, la Asociación Médica Americana (AMA) reconoce la fibromialgia como una verdadera enfermedad y una potencial causa de discapacidad. Desde entonces, muchas organizaciones médicas respetadas como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Nacional de Salud (NIH), han aceptado la fibromialgia como una entidad clínica legítima (Winfield, 2010).

Pero aún con este reconocimiento la labor de definir un tratamiento totalmente efectivo para la fibromialgia ha resultado bastante compleja, añadiendo el hecho de que esta enfermedad no solamente presenta síntomas físicos, sino también se acompaña de complicaciones psicológicas particulares que deben ser sujeto de intervención. Es por esta razón que actualmente han ido cobrando importancia los tratamientos denominados como no farmacológicos, que se preocupan por manejar las áreas de ajuste afectadas en los pacientes en relación con la patología y van más allá del manejo del dolor. Uno de estos tratamientos que ha demostrado gran efectividad es la terapia cognitivo comportamental, un enfoque que desde la psicología pretende enseñar estrategias de afrontamiento del dolor crónico y otras habilidades necesarias para lidiar con la enfermedad, así como tratar desórdenes psicológicos o características de personalidad comórbidas con la fibromialgia que estén contribuyendo al malestar de los pacientes.

La presente es una revisión que alimenta al proyecto titulado aspecto biopsicosociales de la persona con fibromialgia, cuyos investigadores principales son los profesores John Jairo Hernández y Ximena Palacios, del Grupo de Dolor y Medicina Paliativa Universidad del Rosario – Méderi. Esta revisión pretende realizar un recorrido por las características más importantes de la fibromialgia y revisar los tratamientos que se han propuesto para ella haciendo un especial

énfasis en la terapia cognitivo conductual, clarificando las razones por las cuales se considera una de las opciones más importantes que complementan el manejo de la fibromialgia.

Terapia cognitivo comportamental para el manejo de la fibromialgia

Aspectos históricos del concepto fibromialgia

Uceda, Fernández & González (2000) relatan como los patrones de dolor difuso en el sistema musculoesquelético han sido contemplados desde la antigüedad, pero hasta antes del siglo XVII no se había establecido la diferencia entre el reumatismo articular y el reumatismo muscular, siendo este último caracterizado por la presencia de áreas de dolor y rigidez localizadas en los músculos y tejidos blandos. Su origen también causaba debate entre los médicos alemanes, que postulaban que el origen de estas entidades se producía a expensas del tejido muscular, y los galenos ingleses, para quienes su origen se daba a partir del tejido conectivo. Igualmente y con posterioridad a este debate, Froriep describe la existencia de lugares endurecidos en los músculos de la mayoría de sus pacientes con reumatismo de partes blandas, los cuales eran dolorosos a la presión. A comienzos del siglo XX -concretamente en el año de 1904- , Sir William Gowers acuña por primera vez el término fibrositis para el proceso descrito por Froriep, sin embargo, a falta de una definición clara, este término fue utilizado para describir una gran cantidad de procesos dolorosos no diferenciados entre sí. Cabe resaltar que la terminación “itis” hace referencia a algún proceso inflamatorio en determinado tejido, pero en el caso de la fibrositis no se podía apreciar ningún signo de inflamación del tejido muscular; aun así, el término fue aceptado hasta 1975, cuando Hench utiliza por primera vez el término fibromialgia para definir fenómenos dolorosos en el tejido muscular en ausencia de signos inflamatorios.

El término fibrositis es abandonado finalmente 25 años después, en 1990, cuando el Comité Multicéntrico de Criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR) adopta el término fibromialgia en lugar de fibrositis. El establecimiento del Colegio Americano de Reumatología ha estimulado la investigación en fibromialgia, con lo que ha mejorado el entendimiento de las posibles causas y el tratamiento de este desorden de dolor crónico (Arnold, 2010).

Definición

La fibromialgia es un síndrome doloroso crónico, definido por dolor musculoesquelético diseminado, no articular, con puntos sensibles generalizados, y de carácter idiopático (Buskila & Sarzi-Puttini, 2006). Complementario a este concepto, una visión actualizada entiende la fibromialgia como el resultado de una disfunción en el sistema nervioso central que resulta en la amplificación de la transmisión y la interpretación del dolor. Aún así, algunas investigaciones han demostrado la importancia de polimorfismos de los genes de los sistemas dopaminérgicos, serotoninérgicos y catecolaminérgicos como causas probables de la fibromialgia (Buskila, 2009)

Epidemiología

Chakrabarty & Zoorob (2007) reconocen que la fibromialgia es un desorden reumatológico común que usualmente es subdiagnosticado y que se presenta con mayor frecuencia en pacientes cuyos familiares son diagnosticados con fibromialgia, lo que sugiere la contribución de factores genéticos y medioambientales en el desarrollo de esta patología. Por su lado, Arnold (2010) afirma que la fibromialgia es una entidad común en los Estados Unidos, con una prevalencia estimada del 2% en la población adulta general; mientras en otras regiones como Europa, Suráfrica y Canadá, la prevalencia varía entre el 0.7% y el 4.5%, con mayor aparición en la población femenina en comparación con la masculina. Aunque no hay claridad en la razón de las diferencias en los datos sobre la prevalencia de esta condición a nivel internacional, este hecho podría explicarse por las diferencias en las estrategias de detección en los diferentes países. En 1990 se establecen los criterios diagnósticos de la ACR, los cuales, a pesar de tener buena aceptación, presentan algunos inconvenientes a la hora de definir el diagnóstico, lo que lleva a tener dificultades en establecer con precisión la prevalencia así como la incidencia de esta enfermedad. De igual manera, la fibromialgia también puede ser concomitante con otras condiciones médicas y, por tanto, su prevalencia puede ser menor a la estimada cuando no se diferencia la fibromialgia primaria de la fibromialgia secundaria a otros desordenes médicos (Lawrence, Felson, Helmick, Arnold, Choi, Deyo, Gabriel, Hirsch, Hochberg, Hunder, Jordan, Katz, Kremers & Wolfe, 2008).

Fisiopatología

Se desconocen con precisión las causas de la fibromialgia, aunque se cree que existen factores genéticos y ambientales asociados con el desarrollo de esta entidad (Arnold, 2010).

Wilke, Abelson & Padmanabhan (2010) señalan que en los pacientes con fibromialgia está presente una mayor respuesta al dolor, lo cual es causado por una alteración en el procesamiento de los estímulos nociceptivos por parte del sistema nervioso central. Igualmente Goldenberg (1999) afirma que los niveles de sustancia P y péptidos antinociceptivos anormales se encuentran aumentados en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes con fibromialgia. Adicionalmente, señalan Wilke, Abelson & Padmanabhan (2010) que si bien existen explicaciones puramente fisiológicas, también se hallan teorías de patrón de herencia para explicar el origen de esta enfermedad, de tal forma que el paciente hereda un alelo corto del gen promotor del transporte en la serotonina, tomando al metabolismo de la serotonina como actor principal en el mecanismo de acción de la patología, mientras otros estudios sugieren una deficiencia en la serotonina como el mecanismo fisiopatológico de la fibromialgia. Así mismo, a pesar de que algunos reportes sugieren que el tejido muscular es normal en pacientes con fibromialgia, otros reportes encuentran alteraciones en la estructura del tejido muscular: en algunas fibras se encuentran un mayor desgaste, en otro tipo de fibras se observa atrofia a exploración de microscopio de luz y otros encuentran lisis de las miofibrillas o mitocondrias hinchadas en el microscopio electrónico. Sin embargo, aún no está claro si estos cambios son dados a causa de la fibromialgia o al desacondicionamiento muscular que la enfermedad produce.

Por otro lado, Arnold (2010) sugiere que los agentes estresores también parecen tener alguna relevancia en el desarrollo de la fibromialgia pues los pacientes con esta enfermedad a menudo reportan el inicio de su sintomatología después de un periodo de estar sometidos a estrés. Situaciones de maltrato infantil, incluyendo el abuso emocional, físico y sexual así como la negligencia emocional y física también están asociados con la fibromialgia, sin embargo formas particulares de maltrato como el abuso sexual por sí solo no tiene efectos en el riesgo de padecer la enfermedad.

Manifestaciones clínicas

La fibromialgia se caracteriza por altos niveles de dolor, alteraciones del sueño y fatiga, combinados con un conjunto de síntomas médicos, incluyendo alteraciones en la memoria, la

cognición y, en ocasiones, estrés psicológico. Se asocia también con trastornos de ansiedad y depresión, siendo estas las condiciones más frecuentemente encontradas en pacientes con esta enfermedad. También pueden presentarse desordenes del sueño, cefaleas y migraña, alteraciones en el tracto gastrointestinal -como el síndrome de colon irritable-; y otras, como síndrome premenstrual, dismenorreas y síndrome de las piernas inquietas (Chakrabarty & Zoorob 2007).

Más información sobre la frecuencia de los síntomas asociados entre los pacientes con fibromialgia se presenta en el anexo 1.

Criterios diagnósticos

Como se ha mencionado anteriormente, en 1990 el Colegio Americano de Reumatología estableció los criterios diagnósticos para el diagnóstico de la fibromialgia, definiéndola como un desorden crónico que se caracteriza por la presencia de dolor generalizado por un tiempo mayor a 3 meses y acompañado de sensibilidad a la palpación de por lo menos 11 de los 18 puntos dolorosos predefinidos a través del sistema musculoesquelético (Chakrabarty & Zoorob, 2007; Buskila, 2009). Sin embargo, estos criterios fueron desarrollados inicialmente para facilitar las investigaciones al identificar grupos homogéneos de pacientes con el fin de poder interpretar de una mejor manera los resultados de diferentes estudios analizados. Por tanto, el uso de estos criterios diagnósticos acarrea diferentes problemas en el establecimiento real de la enfermedad. Según Buskila (2009) los puntos dolorosos y el dolor generalizado por sí solos no capturan la esencia de la patología, y excluyen otros síntomas que estos pacientes padecen, como las alteraciones de sueño, la fatiga, y la disfunción cognitiva.

Sumado a esto Wolfe, Clauw, Fitzcharles, Goldenberg, Katz, Mease, Russell, Russell, Winfield, & Yunus (2010) señalan que en la mayoría de ocasiones, el diagnóstico de fibromialgia no se realiza con base en estos criterios, y en las pocas ocasiones que se realiza, se lleva a cabo de manera incorrecta, con un examen físico y exploración de los diferentes puntos dolorosos deficiente. Tomando esto en consideración, los autores realizaron un estudio multicéntrico con 829 pacientes previamente diagnosticados con fibromialgia enfrentados a controles, donde se establecieron nuevos criterios diagnósticos, encontrando que cerca del 25% de los pacientes con fibromialgia inicialmente no cumplían con los criterios del ACR de 1990, año en que inicio el estudio. Dos variables aplicadas de gran importancia fueron: el Índice de Dolor Generalizado (en

inglés Widespread Pain Index: WPI), y la Escala de Severidad de Síntomas (en inglés Symptoms Serevity: SS), una escala categórica para síntomas cognitivos como el sueño no reparador, fatiga y diferentes síntomas somáticos. Así pues, se combinaron ambas escalas -WPI + SS- para realizar una nueva definición de fibromialgia a partir de lo encontrado en el estudio: el paciente debe tener un WPI mayor a 7 y un SS mayor a 5, ó en su defecto, un WPI entre 3 y 6 con un SS mayor a 9 para ser diagnosticado con fibromialgia (anexo 2). La aplicación de esta nueva estrategia permitió un diagnostico correcto para el 88.1% de los casos clasificados previamente por los criterios de la ACR, y no fue necesario el examen físico ni la examinación de los puntos dolorosos. Los autores afirman que estos criterios serán especialmente útiles en la evaluación longitudinal de los pacientes con una marcada variabilidad de síntomas. Es importante resaltar que estos criterios han sido aprobados de forma provisional por parte del ACR, argumentando que han sido validados con datos propios, pero aun falta la validación de otros centros con datos externos a los que se manejan en el ACR.

Pronóstico

Según Wolfe & Rasker (2009) el pronóstico de la fibromialgia puede estudiarse en un contexto de cambio, grado de expresión de síntomas, cantidad de uso de servicios de salud y discapacidad laboral.

El seguimiento de los pacientes con fibromialgia luego de 14 años muestra que estos pueden tener cambios mínimos en su sintomatología, pero no desarrollan discapacidad progresiva desde la aparición de la enfermedad (Karjalainen, 1999). Aun así luego de varios años de presentarse la enfermedad la remisión es rara, aunque es más probable que ocurra dentro del primer o el segundo año desde el inicio de los síntomas. Un estudio realizado por Granges , Zilko & Littlejohn (citados por Nampiaparampil & Shmerling, 2004), demostró que hasta el 47% de los pacientes ambulatorios no completaba los criterios diagnósticos del ACR y la remisión fue identificada hasta en un 24.2% de los pacientes. Asimismo, el 35% de los pacientes que pueden ser manejados por médicos generales experimentan la resolución total de sus síntomas tras 2 años de manejo. De otro lado, se han logrado establecer como únicos predictores de resolución favorables, la edad corta de presentación de los síntomas y un bajo nivel de alteraciones del sueño. (Nampiaparampil & Shmerling, 2004).

Así mismo, la discapacidad secundaria al dolor crónico parece resultar de una combinación de factores como la experiencia pasada del paciente, la autoestima, motivación, estrés psicológico, fatiga, perfil etnocultural, educación e ingresos, sin embargo la discapacidad en los dolores crónicos parece no estar relacionada con la severidad del dolor (Nampiarampil & Shmerling, 2004). En relación con este tema, hasta un 30% de los pacientes que sufren de fibromialgia tienen alguna discapacidad, frente a tan solo 2% de la población general y aproximadamente 10% de pacientes que experimentan otras formas de dolor crónico (White, 1999). La interpretación de estos resultados es compleja puesto que a pesar que han habido algunos estudios que han mostrado algún grado de mejoría de estos pacientes en el tiempo, estos pueden solo representar alguna variación en la distribución de los síntomas y no un alivio o una remisión completa de los mismos (Wolfe, 2009).

Tratamiento

Según Arnold (2009) la forma en que se presenta la fibromialgia es heterogénea y el enfoque de su tratamiento debe ser individualizado para cada paciente, basado en la severidad de su dolor, la presencia de otros síntomas o comorbilidad y el grado de discapacidad funcional. Sin embargo, el manejo de la fibromialgia debe involucrar el tratamiento no solo del dolor, sino también de otros síntomas o desórdenes que comúnmente desarrollan los pacientes mencionados anteriormente, como fatiga, alteraciones del sueño, discapacidad cognitiva, rigidez y desórdenes del estado de ánimo o ansiedad. Sobre este particular, Sumpton & Moulin (2008) sugieren que en principio debe entenderse que lograr el control de los síntomas que caracterizan la fibromialgia es el objetivo terapéutico principal y adicionan a las metas terapéuticas la mejoría del sueño y el establecimiento de programas de ejercicio. Dada la variación y particularidad de cada cuadro clínico, el fracaso terapéutico puede ser alto, lo que sugiere que es fundamental pensar en multiplicidad de estrategias. Esta afirmación es soportada por Sarzi-Puttini, Buskila, Carrabba, Doria & Atzeni (2008) quienes señalan que dada la complejidad del cuadro clínico y la comorbilidad en los pacientes con fibromialgia, es necesario el manejo interdisciplinario por parte de expertos que desarrollen estrategias de manejo físico, cognoscitivo, comportamental y educativo. En este sentido, Scascighini, Toma, Dober-Spielmann & Sprott (2008) resaltan la necesidad de realizar tratamientos multidisciplinarios estableciendo protocolos internacionales

que garanticen el éxito terapéutico del dolor crónico. Adicionalmente, concluyen que este tipo de tratamiento ha demostrado ser superior a los no mutidisciplinarios; en consecuencia, los pacientes con dolor crónico, como los pacientes con fibromialgia, deberían ser atendidos en instituciones especializadas y no por múltiples especialistas secuencialmente.

Terapia farmacológica

Según Chakrabarty & Zoorob (2007) a pesar de que no existe ningún medicamento dirigido exclusivamente para el manejo de la fibromialgia, sí hay una fuerte evidencia relacionada con que el uso de antidepresivos mejora el dolor, las alteraciones del sueño y aumenta la sensación de bienestar de los pacientes. De igual manera se han utilizado opioides para el manejo del dolor y han sido efectivos contra el dolor leve a moderadamente severo; no obstante, su uso es controversial. Otras líneas de manejo farmacológico incluyen el uso de anticonvulsivantes (pregabalina) encontrándose también su utilidad en la reducción del dolor así como en el alivio de la fatiga y de las alteraciones del sueño. Por su parte, Brecher & Cymet (2001) señalan que como la fibromialgia no es una condición inflamatoria, es de esperar que sus síntomas no disminuyan con el uso de analgésicos comunes que tienen propiedades principalmente antiinflamatorias (AINES o corticoides).

Manejo farmacológico del dolor

Los antidepresivos tricíclicos son el grupo de fármacos de mayor uso en el manejo de la sintomatología dolorosa de los pacientes con fibromialgia; entre estos, la Amitriptilina y la Doxepina. En un meta-análisis realizado por Mease (2005, citado por Sumpton & Moulin, 2008) se encontró que en nueve estudios controlados con antidepresivos tricíclicos hubo mejoría significativa del dolor, la rigidez y la calidad del sueño de los pacientes comparado con la administración de placebo. Sin embargo, este tipo de medicamentos pueden causar múltiples efectos adversos por lo que se sugiere reconsiderar su uso y preferir otro tipo de fármacos, como pueden ser los ISRS (Inhibidores selectivos de la Recaptación de Serotonina) entre los cuales están la Fluoxetina o la Paroxetina que han demostrado superioridad frente al Citalopram. Con relación a esta sugerencia, Goldenberg (2004) menciona un estudio donde se utiliza la

combinación de un antidepresivo tricíclico (Amitriptilina) y un ISRS (Fluoxetina) en el que se muestra una mejor acción comparada con la administración de placebo y concluye que la combinación de estos medicamentos es más efectiva que el uso individual de cada uno.

En cuanto a los anticonvulsivantes, Sumpton & Moulin (2008) señalan que el uso de la Gabapentina en dosis entre 1200mg – 2400mg cada día en estudios doble ciego aleatorizados y con controles versus placebo en pacientes con fibromialgia mostraron una mejoría significativa en el dolor y el sueño. De la misma forma, basada en esta evidencia, la Food and Drug Administration (FDA) aprobó el uso de Pregabalina para el manejo de la fibromialgia en dosis de 150, 300 y 450 mg cada día con mejora significativa en la calidad del sueño comparado con el grupo placebo. Sin embargo los efectos adversos resultan bastante frecuentes y entre ellos se hallan la somnolencia, el mareo, la visión borrosa, el aumento de peso, la resequedad de la mucosa oral y el edema en pies y manos, los cuales pueden reducirse empezando el tratamiento con dosis pequeñas y aumentando las dosis según la tolerancia del paciente.

Con respecto al uso de opioides, Arnold (2006) afirma que, como fue mencionado anteriormente, existe controversia en relación a su uso en el manejo del dolor en pacientes con fibromialgia debido al potencial de abuso de estos agentes y a la falta de evidencia que apoye su eficacia en esta patología. Un estudio no aleatorizado de 4 años realizado por Chu, Clark & Angst (2006, citados por Arnold, 2006) encontró que los pacientes con fibromialgia tratados con opioides no mostraron mejoría significativa del dolor y además se reportó un incremento de la depresión durante los dos últimos años del estudio. Sin embargo, Sumpton & Moulin (2008) afirman que el Tramadol es utilizado ocasionalmente. Un estudio doble ciego controlado en 315 pacientes con fibromialgia realizado por Bennett, Kamin, Karim & Rosenthal (2003, Citados por Sumpton & Moulin, 2008) demostró que el uso de Tramadol 37.5mg y de acetaminofén 325mg en estos pacientes les permite adherirse con mayor facilidad que al tratamiento con placebo e igualmente demostró que mejoran significativamente el dolor y la función física, aunque algunos de los efectos adversos más comunes sean náusea, mareo, somnolencia y estreñimiento.

A pesar de que existe un fuerte debate en relación al papel de las alteraciones del sueño en la patogénesis de la fibromialgia, Arnold (2006) afirma que muchos pacientes experimentan sueño interrumpido o no reparador y pueden beneficiarse de un tratamiento adecuado. Con el objetivo de mejorar el insomnio y el sueño no reparador, se realiza manejo con sedantes no

benzodicepínicos del tipo Zolpidem o Zoplicona que además de mejorar el sueño, disminuyen la fatiga (Sumpton & Moulin, 2008).

Terapia no farmacológica

El manejo farmacológico del paciente con fibromialgia es insuficiente (McCain, 1996, citado por Adams & Sim, 1998) por lo que es necesario utilizar otras estrategias terapéuticas que se basan en una clara comprensión de los mecanismos neurofisiológicos y neuropsicológicos de los sistemas de transmisión del dolor y sus diferentes interacciones. De esta forma, la evidencia científica respalda especialmente algunas de ellas: entrenamiento en ejercicio cardiovascular, entrenamiento en biofeedback, electroacupuntura, hipnoterapia y terapia cognitivo-conductual; por su parte, Hassett & Gervirtz (2009) añaden a la lista la educación del paciente y la relajación. Sin embargo, Williams, Kuper, Segar, Niveditha, Manish & Clauwf (2010) afirman que si bien la evidencia que soporta la eficacia del tratamiento no farmacológico de la fibromialgia es fuerte, la integración de las intervenciones no farmacológicas en la rutina del cuidado clínico ha sido lenta. Es posible que esto se deba a la falta de conocimiento que tienen los médicos sobre este tipo de estrategias terapéuticas, el poco tiempo para implementar enfoques no farmacológicos, el acceso limitado a terapeutas cualificados, la falta de cubrimiento de los enfoques no farmacológicos por parte de los sistemas de salud y el desgaste que implica para el paciente la multiconsulta.

Ejercicio físico

El ejercicio es una parte integral del tratamiento no farmacológico de la fibromialgia, pues se ha encontrado que reduce la sensación de dolor al tiempo que incrementa la percepción de bienestar en los pacientes (Brecher & Cymet, 2001). En especial, el ejercicio aeróbico supervisado que se realiza durante mínimo 20 minutos tres días a la semana por 6 semanas consecutivas reduce los síntomas de la fibromialgia y es efectivo para su tratamiento. Además, Häuser, Thieme & Turk (2010) afirman que el ejercicio aeróbico reduce el dolor, la fatiga, el ánimo depresivo e incrementa la calidad de vida relacionada con la salud y el estado físico después del tratamiento. Aunque los pacientes puedan experimentar un leve pero tolerable incremento del dolor y de la fatiga al inicio de la rutina de ejercicio, si se ejercitan con una intensidad apropiada, la tolerancia aparecerá en las primeras semanas. Así como es importante

informar a los pacientes de esta situación, deben ser motivados a mantener la rutina de ejercicio pues se ha demostrado que este hábito disminuye el dolor, mejora las funciones físicas, el estado de ánimo y reduce la depresión.

Educación

En cuanto a la educación al paciente, la meta es que logre comprender las características propias de la fibromialgia como enfermedad crónica y que si bien esta no tiene cura, los síntomas pueden ser tratados. Así mismo, es necesario explicarle y definir adecuadamente su condición y ayudarle a entender que se han descartado otras condiciones médicas que pudieran explicar sus síntomas. Adicionalmente Crofford & Appleton (2000), citados por Imamura, Cassius & Fregnim (2009) recalcan que si se tiene en cuenta que la fibromialgia está relacionada con cambios significativos en áreas del cerebro asociadas con el procesamiento afectivo y emocional, es primordial evitar la amplificación de síntomas dada por la continua activación de estas áreas. Lo anterior pone en evidencia la necesidad de iniciar programas educativos como uno de los cimientos principales del tratamiento. Igualmente, estos autores añaden la necesidad de que el paciente con fibromialgia comprenda que existen periodos de recaída que usualmente son desencadenados por distrés físico o emocional por lo que una identificación temprana de la recurrencia de los síntomas y estrategias de auto manejo deben ser utilizadas tanto como sea posible. Así mismo es de vital importancia que el personal de salud reconozca la enfermedad como válida aunque las pruebas de laboratorio e imagenológicas no sean reveladoras. De hecho, la responsabilidad del tratamiento cae sobre el equipo tratante de igual manera que recae sobre el paciente, razón por la cual este último debe ser instruido para tomar una actitud participativa en el tratamiento de su patología.

Relajación y Biofeedback

La relajación muscular progresiva, el entrenamiento autógeno, la imaginería guiada y la meditación, son técnicas que se han demostrado que pueden ayudar a mejorar los síntomas de fibromialgia (Hassett & Gevirtz, 2009).

De acuerdo con Rocha & Benito (2006) las técnicas de relajación permiten alcanzar efectos psicofisiológicos mediante la disminución de la tensión, del estrés y de la ansiedad que presenta el individuo con fibromialgia y que le impiden o dificultan el desarrollo de sus

actividades cotidianas. Entre las finalidades de la relajación están el bienestar psíquico y emocional y el descanso mental para disminuir las tensiones. Hassett & Gevirtz (2009) exponen que la relajación muscular progresiva supone tensionar y relajar varios grupos musculares con el objetivo de disminuir la tensión muscular general y disminuir la ansiedad. En los pacientes con fibromialgia, este tipo de relajación permite que el paciente identifique los músculos que se encuentran tensos y aquellos que están relajados y comprendan que la tensión muscular, aunque involuntaria, contribuye al aumento del dolor.

En relación con el entrenamiento autógeno, los autores afirman que este implica utilizar relajación muscular e imaginación guiada a través de la cual se involucran todos los sentidos en la imaginación de lugares o momentos placenteros. Así mismo, puede actuar como estrategia de distracción en el afrontamiento del dolor.

Por otro lado, Sephton, Salmon, Weissbecker, Ulmer, Floyd, Hoover & Studts (2007) explican que la intervención basada en “mindfulness” para la reducción del estrés fue desarrollada para aliviar el sufrimiento de pacientes con dolor crónico. Utiliza las habilidades en reducción del estrés incluyendo la meditación en postura sentada, hatha yoga y una técnica centrada en el cuerpo llamada “body scan”. Los participantes son animados a mantener la atención en su experiencia inmediata con una actitud de apertura, aceptación, curiosidad y compasión. Basada en la tradición budista meditativa vipassana, “mindfulness” promueve la consciencia no juzgadora de la propia experiencia cognitiva y somática, momento a momento. Esta postura descentrada parece desconectar los eventos cognitivos y afectivos de una forma adaptativa y parece reducir el impacto de los pensamientos y sensaciones negativos asociados con el dolor crónico. Algunos estudios han examinado los efectos de esta meditación en los pacientes con fibromialgia, por ejemplo Segal, Williams & Teasdale (2002, citados por Sephton et al, 2007) realizaron un estudio prospectivo no aleatorizado encontrando que la técnica mejora los síntomas depresivos del 67% de los participantes en tratamiento activo, reduce los síntomas generales y se asocia con una recuperación más rápida. Igualmente, Sephton et al. (2007) realizaron un estudio en el que encontraron un mejoramiento de los síntomas depresivos versus los participantes del grupo control en tres mediciones, concluyendo que la intervención basada en la meditación alivia los síntomas depresivos en los pacientes con fibromialgia.

En cuanto al biofeedback, Abraham, Mathew, Debashish & Prakash (2007) resaltan su utilidad para aprender a controlar los procesos fisiológicos involuntarios. Según Hassett &

Gevirtz (2009) existe evidencia de que el sistema nervioso autónomo de algunos pacientes con fibromialgia podría contar con un tono simpático elevado, un tono parasimpático pobre y un ciclo autonómico de 24 horas anormal; por lo cual aunque se requiere mayor evidencia empírica, esta técnica puede ser prometedora pues involucra el componente fisiológico de la fibromialgia y además es aceptada por los pacientes.

Terapia cognitivo conductamental

Bradley, McKendree-Smith & Cianfrini (2003) indican que la terapia cognitivo conductamental para enfermedades crónicas dolorosas, como la fibromialgia, se derivó de su utilización al inicio de la década de los años setenta del siglo XX para el manejo de problemas psiquiátricos y del comportamiento. Estos autores resaltan que desde sus orígenes, la terapia cognitivo conductamental ha estado especialmente vinculada con el paradigma del condicionamiento operante por lo que las intervenciones se fundamentan en sus componentes y en consecuencia, se espera que el cambio conductamental esté influido por el reforzamiento y así mismo, por la dimensión cognitiva y afectiva para lograr el mantenimiento de los cambios. Así pues, Nielson & Jensen (2004) afirman que esta terapia resulta efectiva puesto que altera la percepción que los pacientes tienen de su dolor o enfermedad, modificando sus respuestas hacia ella. Más específicamente Heapy, Stroud, Higgins & Sellinger (2006) señalan que esta terapia se focaliza en la adquisición de habilidades para afrontar el dolor, con un énfasis particular en la identificación y la modificación de los pensamientos distorsionados que pueden influir en la conducta dolorosa. De hecho, las cogniciones distorsionadas y los comportamientos poco efectivos para afrontar el dolor crónico pueden interactuar con factores biológicos y tener consecuencias sociales o ambientales que producen resultados negativos, incluyendo incrementos en la intensidad del dolor, malestar afectivo, incapacidad relacionada con el dolor y utilización de los recursos de salud.

De acuerdo con Bradley et al. (2003) los cuatro componentes esenciales de las intervenciones con terapia cognitivo conductual son: (1) educación, (2) adquisición de habilidades, (3) ensayos cognitivo- conductamentales y (4) generalización y mantenimiento. Con respecto a la educación, Rooks, Gautam, Romeling, Cross, Stratigakis, Evans, Goldenberg, Iversen, & Katz (2007) afirman que la literatura que sugiere el ejercicio y las intervenciones educativas solas o combinadas como beneficiosas para pacientes con fibromialgia ha ido

creciendo. Varias técnicas utilizadas en el manejo de la fibromialgia están basadas en la educación del paciente y tienen la meta de reducir la ansiedad, incrementar la adherencia al tratamiento, mejorar el afrontamiento y la auto-eficacia así como desviar la atención de los síntomas y ofrecer una mejor funcionalidad y calidad de vida (Sarzi-Puttini, et al., 2008). Por esta razón Vallejo (2005) opina que la información (psico-educación) de los pacientes y el seguimiento del tratamiento es probablemente esencial para su mantenimiento a largo plazo, afirmación respaldada por Bosch Romero, Sáenz Moya, Valls Esteve & Viñolas Valer (2002) quienes realizaron un estudio en el que evaluaron el impacto de un programa de educación en pacientes con fibromialgia, concluyendo que la educación sanitaria en estos pacientes modifica su percepción de la calidad de vida, mejorando el dolor y además aumentan su conocimiento de la enfermedad, disminuyendo la dependencia de los servicios sanitarios.

En cuanto a la adquisición de habilidades y los ensayos cognitivo- conductuales el propósito es ayudar a los pacientes a comprometerse activamente en el proceso de aprender nuevas cogniciones y comportamientos que les ayudarán a: (a) manejar mejor el dolor y los síntomas relacionados con la enfermedad, (b) mejorar sus habilidades funcionales y (3) alcanzar otras metas que se han establecido para afrontar la enfermedad. Este componente requiere que los pacientes practiquen sus habilidades recientemente adquiridas en su casa y trabajo, así como es necesario que identifiquen factores personales y sociales que impidan la práctica o el uso de estas habilidades. En lo referente a la generalización y el mantenimiento, el propósito es ayudar a los pacientes a conservar las habilidades aprendidas y a evitar incremento del dolor u otras formas de recaída, realizando un seguimiento luego de la finalización del tratamiento. Igualmente, se debe tener en cuenta que las intervenciones se dirigen con frecuencia a los pacientes y a los miembros de la familia pues esto promueve resultados positivos en el tratamiento (Bradley et Al, 2003).

Así pues, van Koulil, van Effting, Kraaimaat, van Lankveld, van Helmond, Cats, van Riel, de Jong, Haverman & Evers (2008) señalan la terapia cognitivo conductual como uno de los tratamientos más utilizados en pacientes con fibromialgia. Sobre su efectividad en el tratamiento de diferentes tipos de dolor crónico, Keefe & Caldwell (1997) afirman que numerosos estudios han aplicado la terapia a condiciones reumatológicas como la osteoartritis y la artritis reumatoide con éxito en la reducción de los síntomas dolorosos. Igualmente, Morley, Eccleston & Williams (1999) realizaron una revisión y un meta-análisis de 25 estudios aleatorios y controlados sobre la

terapia cognitivo conductual y la terapia conductual para el dolor crónico en adultos, concluyendo que los estudios proveen suficiente evidencia para afirmar que tanto esta terapia como la conductamental son efectivas para este tipo de dolor. Para el tratamiento de la fibromialgia particularmente, Falcao, Sales, Leite, Feldman, Valim & Natour (2008) realizaron un estudio clínico aleatorizado y controlado de terapia cognitivo conductamental para pacientes con dicha patología concluyendo que es un recurso útil en el tratamiento, puesto que los pacientes a quienes se les aplicó obtuvieron resultados superiores al grupo control en relación con el mejoramiento de la depresión y de la salud mental. Así mismo, los pacientes pertenecientes al grupo de terapia cognitivo conductamental necesitaron un número significativamente menor de analgésicos comparados con el grupo control, lo que lleva a los autores a afirmar que este tipo de terapia puede ser vista como un tratamiento adyuvante capaz de reducir los costos de la medicación además de proveer otros beneficios. De hecho, en relación con el tratamiento farmacológico García, Simón, Durán, Cancellor & Aneiros (2006) llevaron a cabo un estudio en el que encontraron que la aplicación de la terapia cognitivo conductamental con una duración limitada parece ser más efectiva que una administración continua de medicamentos, resultados que respalda Burckhardt (2004), quien afirma que la terapia cognitivo -conductual como único tratamiento ha producido efectos significativos a corto plazo reduciendo la intensidad del dolor, mejorando su afrontamiento, la confianza de los pacientes en sí mismos y su estado funcional en comparación con grupos de control que han experimentado un tratamiento regular o ningún tratamiento.

Así mismo, de acuerdo con las características psicológicas de los pacientes con fibromialgia Gracia et. Al (2006) afirman que la terapia cognitivo conductamental parece muy apropiada para alcanzar reducciones importantes en niveles de depresión y ansiedad, por lo cual este tipo de intervenciones deberían ser incorporadas al tratamiento de esta enfermedad. Otros síntomas psicológicos que parecen mejorar con esta terapia son el catastrofismo y la rumiación (Rodero, García Campayo, Casanueva Fernández, & Sobradie, 2008; Edwards, Bingham III, Bathon & Haythornthwaite, 2006) al igual que el insomnio (Dolan, Taylor, Bramoweth & Rosenthal, 2010; Jungquist, O'Brien, Matteson-Rusby, Smith, Pigeon, Xia, Lu & Perlis, 2010).

Sin embargo existen varias perspectivas desde las cuales se puede observar la fibromialgia y a partir de ellas establecer su tratamiento. Williams (2003) expone que el modelo biomédico

impulsa a los profesionales de la salud mental a abordar los aspectos psiquiátricos de la fibromialgia, luego de que los intentos de curar los síntomas existentes han fallado. Pero es el modelo biopsicosocial el que ha resultado de mayor utilidad en la evaluación y el tratamiento de esta patología. Según Engel (1977) este modelo provee una base de entendimiento de la enfermedad que permite llegar a tratamientos más racionales, teniendo en cuenta al paciente y su contexto social, no exclusivamente las disfunciones biológicas que, en casos como el de la fibromialgia, no están claramente definidas. Así pues, Forseth & Gran (2002) señalan de acuerdo con esta perspectiva que la dimensión psicológica del dolor crónico está asociada con el afrontamiento del mismo y en consecuencia la terapia cognitivo conductamental debe centrarse en enseñarle a la persona a controlar el dolor y la incapacidad, además García-Bardón, Castel-Bernal & Vidal-Fuentes (2006) agregan que el tratamiento psicológico debe ir dirigido a controlar los aspectos emocionales (ansiedad y depresión), cognitivos (la percepción de la propia eficacia, la creencia sobre la capacidad personal para sobreponerse o manejar los síntomas de la FM), conductuales (actividades ordinarias que se ven reducidas o eliminadas como consecuencia de la FM) y sociales (impacto de la enfermedad en la esfera sociofamiliar del paciente) con el fin de abarcar todas las áreas en las que el paciente se desarrolla.

Adicionalmente, Clare (2010) agrega que entre las metas terapéuticas se encuentran: (a) mejorar la comprensión sobre el dolor crónico; (b) reducir el distrés relacionado con el dolor; (c) mejorar la comunicación con otros sobre los síntomas; (d) retornar a actividades placenteras; (e) mejorar el sueño y (f) desarrollar formas para manejar momentos de intenso dolor. Sin embargo es fundamental aclarar que la reducción del dolor es una meta terapéutica pero no la principal ni la única en la terapia cognitivo conductamental. Así mismo, este tipo de terapia tiene a su disposición innumerables técnicas para lograr la modificación de conducta entre las cuales se encuentran (Williams, 2003): (a) la educación, mencionada anteriormente; (b) la activación gradual o habilidades de estimulación basadas en el tiempo (limitar actividades basándose en un tiempo en lugar de en la experiencia subjetiva del paciente de dolor o fatiga); (c) programación de actividades agradables; (d) entrenamiento en habilidades de resolución de problemas; (e) entrenamiento en asertividad; (f) entrenamiento en relajación; (g) higiene del sueño; (h) cambio atribucional (exponer a los pacientes a oportunidades de la vida real donde pueden percibir éxito asociado a los cambios en su comportamiento) y (i) prevención de las recaídas, utilizando recordatorios y seguimiento. Igualmente, durante la terapia cognitivo conductual, los pacientes

con fibromialgia también aprenden cómo adaptarse a las actividades diarias para prevenir incrementos del dolor causados por demasiada actividad o por muy poca. Esto los puede ayudar a mantener sus rutinas, lo que ayuda a mejorar el estado de ánimo y a reducir el aislamiento (Universidad de Harvard, 2004).

En cuanto al número de sesiones necesario para obtener efectos positivos con la terapia cognitivo conductual, Vázquez Rivera, González Blanch, Rodríguez Moya, Morón, González Vives & Carrasco (2009) afirman que todavía permanece poco claro. En estudios previos con terapia cognitivo conductual, se obtuvieron resultados positivos con 24 sesiones, pero existen programas cortos de 6 sesiones que resultan satisfactorias, mientras algunos estudios dudan de la utilidad de una modalidad que utiliza una sesión única de tratamiento. Sin embargo, Moix & Casado (2011) diseñaron recientemente un protocolo de intervención cognitivo conductamental para pacientes con dolor crónico que consta 10 sesiones grupales (planteadas para aplicar en grupos de 8-10 personas) y dos sesiones individuales, con una duración de las sesiones que oscila entre una hora y media y dos. En todo caso, una terapia cognitivo conductamental a corto plazo que se focalice en las habilidades de afrontamiento puede interrumpir el círculo vicioso del distres físico que producen las habilidades de afrontamiento disruptivas y viceversa y estos temas deben ser tratados de tal forma que el paciente se sienta apoyado y no perciba que el profesional piensa que “todo está en su cabeza” (Podell, 2007).

En relación a la efectividad y éxito de la modalidad individual o grupal de la terapia cognitivo conductamental, lo importante es reconocer los beneficios de cada una de las modalidades. Las sesiones individuales, favorecen mayor oportunidad de aprendizaje (Williams, 2003), sin embargo las sesiones de grupo implican alcanzar metas terapéuticas relacionadas con la formación y consolidación de redes de apoyo social y en consecuencia, aumentar la percepción de apoyo social en los pacientes (Williams, 2003; Comeche Moreno, Martín Fernández, Rodríguez Muñoz, Ortega Pardo, Díaz García & Vallejo Pareja, 2010). Moiola & Merayo (2005) realizaron una investigación respecto al tratamiento grupal de los síntomas emocionales de los pacientes con fibromialgia, encontrando diferencias significativas después de la intervención con terapia cognitivo conductual en valores de ansiedad, depresión, dolor y un incremento de actividades en la vida diaria. Estos resultados se confirman con la investigación de Comeche Moreno et al (2010), quienes ponen de manifiesto que el programa de tratamiento grupal es eficaz para mejorar los problemas emocionales asociados a la fibromialgia, disminuir los

pensamientos rumiativos que frecuentemente presentan estos pacientes y mejorar su percepción de autoeficacia en el afrontamiento de la enfermedad. Aun así, los autores reportan que el dolor mejora ligeramente tras el tratamiento, pero sin embargo, no disminuye de forma estadísticamente significativa. En relación con la psicoeducación, García-Campayo, Arnal, Marqués, Meseguer, Martínez, Navarro, Mínguez, Romeo & Orozco (2005) realizaron un estudio sobre las diferencias de la aplicación de un tratamiento psicoeducativo individual y en grupo, concluyendo que dicho tratamiento es más efectivo en un formato grupal que en uno individual, en dos variables: limitación emocional y en una visión global de la calidad de vida evaluada con escala análoga visual. Los autores aseguran que son conocidos los efectos terapéuticos específicos de la terapia grupal, con especial beneficio en los aspectos relacionales y de expresión emocional, lo que podría explicar la mejoría específica en el ítem “limitación emocional” y en el incremento general de la calidad de vida. Aun así, se ha de tener en cuenta la importancia de la evaluación del paciente previa a la formulación de la terapia en grupo o individual, pues cada una será benéfica de acuerdo con las características y los síntomas de cada paciente en particular.

Otras terapias que han mostrado gran efectividad en el tratamiento de la fibromialgia son las terapias denominadas de tercera generación. Según Bastida de Miguel (2010) “Estas terapias proponen dejar de luchar contra los síntomas y, en su lugar, reorientar la vida en una dirección más valiosa y menos basada en ellos. La eficacia de este tipo de terapias no se mide por la cantidad de síntomas eliminados sino por los logros personales del paciente basados en la clarificación de valores dentro de un contexto. Por ello el principal objetivo no es reducir los síntomas que presenta el paciente sino reorientar la vida de la persona, sin importar si los síntomas se reducen o no. El objetivo fundamental será, por tanto, mejorar su calidad de vida y su percepción de control y autoeficacia”. De esta forma, Mañas (2007) señala que dentro de estas terapias se encuentran la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Psicoterapia Analítica Funcional, Terapia de Conducta Dialéctica, la Terapia Integral de Pareja y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, mencionada anteriormente. Bastida de Miguel (2010) realizó un caso clínico a partir de cual deduce que las terapias de tercera generación son un complemento muy eficaz al tratamiento farmacológico para pacientes con fibromialgia, mientras que McCracken & Velleman (2010) sostienen que la terapia de aceptación y compromiso funciona bastante bien con pacientes de dolor crónico, dado que esta consiste en aceptar el sufrimiento, dejando a un lado la

evitación como estrategia de afrontamiento y comprometiéndose con los valores u objetivos vitales (Wilson & Luciano, 2002).

Conclusiones

Tal y como se ha presentado en esta revisión inicial, la fibromialgia es un síndrome clínico de alta complejidad por la dificultad de su diagnóstico, pero en especial, por la dificultad para tratarlo. El tratamiento multimodal, interdisciplinario y continuo, son algunas de las condiciones fundamentales para promover la percepción de bienestar subjetivo y de calidad de vida en la persona que desarrolla fibromialgia.

La terapia cognitivo conductual ha demostrado ser efectiva y un importante complemento dentro del proceso terapéutico. Se vale no solo de una importante diversidad de técnicas para el manejo y el control del dolor, sino en los aspectos afectivos, emocionales, cognitivos y conductuales y la interacción entre ellos en la explicación y presentación de este síndrome.

Referencias

- Abraham, S.B., Mathew, E., Debashish, D., & Prakash H. (2007). Management of patients with fibromyalgia using biofeedback: A randomized control trial. *Indian journal of medical sciences*, 61 (8), 455-461.
- Adams, N. & Sim, J. (1998). An Overview of Fibromyalgia Syndrome Mechanisms, differential diagnosis and treatment approaches. *Physiotherapy*, 84 (7), 304-318. doi:10.1016/S0031-9406(05)63452-9.
- Arnold, L.M. (2006). Biology and Therapy of fibromyalgia. New therapies in fibromyalgia. *Arthritis Research & Therapy*, 8 (4), 212 – DOI: 10.1186/ar1971
- Arnold, L.M. (2010). The Pathophysiology, Diagnosis and Treatment of Fibromyalgia. *Psychiatric Clinics of North America*. (33), 375-408, doi:10.1016/j.psc.2010.01.001.
- Arnold, LM. (2009). Strategies for managing fibromyalgia. *The American journal of medicine*. 122 (12), . S31–S43. doi:10.1016/j.amjmed.2009.09.009
- Bastida de Miguel, AM. (2010). Importancia de aplicar terapias psicológicas de tercera generación en la resolución de un caso de fibromialgia comórbida con un cuadro de ansiedad y depresión. *Interpsiquis*.
- Bosch Romero, E., Sáenz Moya, N., Valls Esteve, M., & Viñolas Valer, S. (2002). Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Atención primaria*. 30 (1), 16-21.
- Bradley, L.A., Mckendree-Smith, N.L., & Cianfrini, L. (2003). Cognitive-Behavioral Therapy Interventions for Pain Associated With Chronic Illnesses. *Seminars in Pain Medicine*. 1 (2), 44-54, doi: 10.1016/S1537-5897(03)00026-0.
- Brecher, LS., & Cymet, TC. (2001). A practical approach to fibromyalgia. *Journal of the American osteopathic association*, 101 (4Suppl Pt 2), S12-7.
- Burckhardt, CS. (2004). Fibromyalgia: Novel Therapeutic Aspects. *Soft Tissue Pain Syndromes: Clinical Diagnosis and Pathogenesis*, 12 (4), 65-72, doi:10.1300/J094v12n03_10
- Buskila D. (2009). Developments in the scientific and clinical understanding of fibromyalgia. *Arthritis Research & Therapy* 2009, 5 (11), 242 250 doi:10.1186/ar2720.

- Buskila D., Sarzi-Puttini P. (2006). Genetic aspects of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Research & Therapy*. 5 (8), 218 – 222 doi:10.1186/ar2005.
- Chakrabarty, S., & Zoorob, R. (2007). Fibromyalgia. *American family physician*, 76 (2), 247-254.
- Clare, H. (2010). Pain management and cognitive behavioural therapy. En Hakim, A, Keer, R & Grahame, R (Eds.), *Hypermobility, Fibromyalgia and Chronic Pain* (pp. 125-141). Londres: Churchill Livingstone.
- Comeche Moreno, M.I., Martín Fernández, A., Rodríguez Muñoz, M.F., Ortega Pardo, J., Díaz García, M.I., & Vallejo Pareja, M.A. (2010). Tratamiento Cognitivo-Conductual, Protocolizado y en Grupo, de la Fibromialgia. *Clínica y salud*, 21 (2): 107-121. doi: 10.5093/cl2010v21n2a1
- Dolan, DC., Taylor, DJ., Bramoweth, AD., & Rosenthal, LD. (2010). Cognitive-behavioral therapy of insomnia: A clinical case series study of patients with co-morbid disorders and using hypnotic medications. *Behaviour Research and Therapy*. 48, 321–327, doi:10.1016/j.brat.2009.12.004
- Edwards, RR., Bingham III, CO., Bathon, J., & Haythornthwaite, JA. (2006). Catastrophizing and Pain in Arthritis, Fibromyalgia, and Other Rheumatic Diseases. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*,. 55 (2). 325-332, doi 10.1002/art.21865.
- Engel, GL. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 4286 (196), 129-136.
- Falcao, DM., Sales, L., Leite, J., Feldman, D., Valim,, V & Natour, J.(2008). Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Fibromyalgia Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Musculoskeletal Pain*,16 (3), 133-141, doi: 10.1080/10582450802161796
- Forseth, K.O., & Gran, J.T. (2002). Management of Fibromyalgia What are the Best Treatment Choices?. *Therapy in practice*, 6 (4), 577-592.
- García, J., Simon, MA., Durán, Canceller & Aneiros, F. (2006). Differential efficacy of a cognitive – behavioral intervention versus pharmacological treatment in the management of fibromyalgic síndrome. *Psychology, Health & Medicine*, 11 (4), 498-506. doi: 10.1080/13548500600745286.

- García-Bardón, VF., Castel-Bernal, B., & Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología clínica*. 2 (1), 38-43.
- García-Campayo, J., Arnal, P., Marqués, H., Meseguer, E., Martínez, A., Navarro, C., Mínguez, C., Romeo, A., & Orozco, F. (2005). Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: Efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 73, 32-42.
- Gilliland, R.P. (2011, Junio 8) Rehabilitation and Fibromyalgia. Medscape Reference, Artículo 312778. Recuperado el 18 de octubre de 2011 de <http://emedicine.medscape.com/article/312778-overview>
- Goldenberg,DL., Burckhardt, C., & Crofford, L. (2004). Management of Fibromyalgia Syndrome. *The journal of the American Medical Association*, 292 (19), 2388-2395. doi: 10.1001/jama.292.19.2388
- Hassett, A.L., & Gevirtz, R.N. (2009). Nonpharmacologic Treatment for Fibromyalgia: Patient Education, Cognitive-Behavioral Therapy, Relaxation Techniques, and Complementary and Alternative Medicine. *Rheumatic disease clinics of North America*, 35 (2), 396-407. doi: [10.1016/j.rdc.2009.05.003](https://doi.org/10.1016/j.rdc.2009.05.003)
- Häuser, W., Thieme, K., & Turk, D.C. (2010). Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome – A systematic review. *European journal of pain*, 14: 5-10. doi:10.1016/j.ejpain.2009.01.006
- Heapy, A.A., Stroud, M.W., Higgins, D.M., & Sellinger, J.J. (2006). Tailoring Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain: A Case Example. *Journal of clinical psychology*, 62(11), 1345–1354, doi: 10.1002/jclp.20314.
- Imamura, M., Cassius, D.A., & Fregni, F. (2009). Fibromyalgia: From treatment to rehabilitation. *European journal of pain*, (S3): 117-122. doi:10.1016/j.eujps.2009.08.011
- Jungquist, CR., O'Brien, C., Matteson-Rusby, S., Smith MT., Pigeon, WR., Xia, Y., Lu, N., & Perlis, ML. (2010). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in patients with chronic pain. *Sleep medicine*. 11, 302–309, doi:10.1016/j.sleep.2009.05.018.
- Karjalainen K.A., Malmivaara A., van Tulder M. W., Roine R., Jauhiainen M., Hurri H., Koes B W. (1999). Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in

- working age adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999. 3, doi 10.1002/14651858.CD001984.
- Keefe, F.J., & Caldwell, D.S. (1997). Cognitive behavioral control of arthritis pain. *Medical Clinics of North America*, 81(1), 277–290.
- Lawrence R.C., Felson D. T., Helmick C.G., Arnold L.M., Choi H., Deyo R.A., Gabriel S., Hirsch R., Hochberg M.C., Hunder G.G., Jordan J.M., Katz J.N., Kremers H.M., & Wolfe F. (2008). Estimates of the Prevalence of Arthritis and Other Rheumatic Conditions in the United States. *Arthritis & Rheumatism* 1 (58), 26–35, doi 10.1002/art.23176.
- Mañas, IM. (2007). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología.*, 40, 26-34.
- McCracken, L. M. y Velleman, S. C. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*, 148,141-147.
- Moioli, B., & Merayo, LA. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la sociedad española de dolor*. 12 (8), 476-484.
- Moix, J.,& Casado,I. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y salud.*, 22 (1), 41-50, doi: 10.5093/cl2011v22n1a3
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams A. (1999). Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behavioural therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80 (1-2), 1-13.
- Nampiarampil D.E., & Shmerling R.H. (2004). A Review of Fibromyalgia. *The American Journal of Managed Care*. 11 (10), 794-800.
- Nielson, W.R., & Jensen, M.P.(2004). Relationship between changes in coping and treatment outcome in patients with Fibromyalgia Syndrome. *Pain*, 109 (3): 233–241. doi:10.1016/j.pain.2004.01.002.
- Podell, R. (2007). Fibromyalgia Syndrome's New Paradigm: Neural Sensitization and Its Implications for Treatment. *Journal of Musculoskeletal Pain.*, 15 (2), 45-54, doi:10.1300/J094v15n02_08.
- Rocha, M., & Benito, E. (2006). La fibromialgia: fundamentos y tratamiento. *Biociencias*. 1-18.

- Rodero, B., García Campayo, J., Casanueva Fernández, B., & Sobradie, N. (2008). Exposición en imaginación como tratamiento del catastrofismo en fibromialgia: un estudio piloto. *Actas españolas de psiquiatría*. 36(4), 223-226.
- Rooks, DS, Gautam, S., Romeling, M., Cross, ML., Stratigakis, D., Evans, B., Goldenberg, DL., Iversen, M., & Katz, JN. (2007). Group Exercise, Education, and Combination Self-management in Women With Fibromyalgia. *Archives of internal medicine*. 167(20), 2192-2200.
- Sarzi-Puttini, P., Buskila, D, Carrabba, M., Doria, A., & Atzeni, F. (2008). Treatment Strategy in Fibromyalgia Syndrome: Where Are We Now?. *Semin Arthritis Rheum*, 37(6):353-365 doi:10.1016/j.semarthrit.2007.08.008
- Scascighini, L., Toma, Dober-Spielmann, V., & Sprott, H. (2008). Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Reumatology*, 47(5): 670-678. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18375406>
- Sephton, S.E., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K., & Studts, J. (2007). Mindfulness Meditation Alleviates Depressive Symptoms in Women With Fibromyalgia: Results of a Randomized Clinical Trial. *Arthritis & Rheumatism*, 57 (1), 77-85. DOI 10.1002/art.22478
- Sumpton, J.E., & Moulin, D.E. (2008). Fibromyalgia: Presentation and management with a focus on pharmacological treatment. *Pain research and management*, 13 (6), 477-486. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2799316/pdf/prm13477.pdf>
- Uceda J., González M.I., Fernández C., Hernández R., (2000). Fibromialgia. *Revista Española de Reumatología*. 10 (27), 414-416.
- Universidad de Harvard. (2004). The best way to treat fibromyalgia. *Harvard women's health watch*. 11 (5): 4-5.
- Vallejo, MA.(2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de psicología*,. 84, 41-58.
- van Koulil, S., van Lankveld, W., Kraaimaat, F.W, van Helmond T., Vedder, A., van Hoorn, Cats, H., van Riel, P.L.C.M., & Evers, A.W.M. (2008). Tailored cognitive-behavioral therapy for fibromyalgia: Two case studies. *Patient Education and Counseling*. 71: 308-314, doi:10.1016/j.pec.2007.11.025.

- Vázquez-Rivera, S., González-Blanch, C., Rodríguez-Moya, L., Morón, D., González-Vives, S., & Carrasco, J. L. (2009). Brief cognitive-behavioral therapy with fibromyalgia patients in routine care. *Comprehensive psychiatrics*, 50(6): 517–525, doi:10.1016/j.comppsy.2009.01.008.
- White K. P., Speechley M., Harth M., Ostbye T. (1999). Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: the London Fibromyalgia Epidemiology Study. *Arthritis Rheum.* 1 (42), 76-83.
- Wilke W., Abelson A., y Padmanabhan R. (2010). Fibromyalgia. En Carey W. D. *Cleveland Clinic: Current Clinical Medicine* (pp. 1124 – 1128). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Williams, D.A. (2003). Psychological and behavioural therapies in fibromyalgia and related syndromes. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 17 (4), 649-665. doi:10.1016/S1521-6942(03)00034-2.
- Williams, D.A., Kuper, D., Segar, M., Niveditha, M., Manish, S., & Clauwf, D.J. (2010). Internet-enhanced management of fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Pain*, 151(3)694-702. doi:10.1016/j.pain.2010.08.034
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Winfield J.B. (2011, Octubre 14) Fibromylagia. Medscape Reference, Artículo 329838
Recuperado el 15 de Noviembre de 2011,
de <http://emedicine.medscape.com/article/329838-overview>
- Wolfe F. & Rasker J.J. (2009). En Firestein G.S., Budd R.C., Harris Jr. E.D., McInnes I.B. & Ruddy S. (Eds.), *KELLEY'S Textbook of Rheumatology* (pp 555-569). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Wolfe F., Clauw D.J., Fitzcharles M. et al. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research.* 5 (62), 600-610, doi 10.1002/acr.20140

Anexos

Anexo 1.

Prevalencia de síntomas específicos entre 2784 pacientes con fibromialgia en el Banco de Datos Nacional para enfermedades reumáticas

SINTOMA	PORCENTAJE
	%
Alteraciones del Sueño	89.1
Fatiga o cansancio	88.6
Dolor muscular	85.2
Debilidad muscular	70.2
Parestesias	67.6
Problemas cognitivos	66.3
Cefalea	64.7
Boca seca	53.3
insomnio	51.8
Ojos Secos	47.5
Depresión	47.5
Visión borrosa	47
Síndrome de colon irritable	46.3
Gastralgia	44.4
Prurito	44.3
Vértigo	42.1
Constipación	41.9
Dolor abdominal tipo cólico	41.5
Tinnitus	41.4
Dolor en la parte superior del abdomen	40.3
Nerviosismo	39.7
Nausea	37.7
Diarrea	33.6
Pérdida del aliento	32.3

Alteraciones auditivas	29.8
Alopecia	23.6
Úlceras orales	22.4
Sibilancias	21.4
Pérdida del apetito	21.1
Fenómeno de Raynaud	20.1
Dolor torácico	19.2
Rash	17.1
Sensibilidad al sol	16.7
Pérdida o cambios en el sentido del gusto	14.4
Fiebre	13.4
Urticaria	9.3
Vómito	9.1
Convulsiones	1.7

Nota. Tomado de: Wolfe F., Clauw D.J., Fitzcharles M., Goldenberg D. L., Katz R.S., Mease P., Russell A.S., Russell I.J., Winfield J.B. & Yunus M.B. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*, 5 (62) 600-610.

Anexo 2.

Criterios diagnósticos de fibromialgia propuestos por el ACR 2010

Criterios Diagnósticos de Fibromialgia			
Criterio			
Un paciente cumple con los criterios diagnósticos para fibromialgia si las siguientes 3 condiciones están presentes:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Índice de Dolor Generalizado (WPI) ≥ 7 y la escala de severidad de síntomas (SS) ≥ 5, ó WPI 3-6 y SS ≥ 9 2. Los síntomas deben estar presentes a un nivel similar por lo menos durante 3 meses 3. El paciente no presenta un desorden que de otra forma pueda explicar el dolor 			
Verificación			
<ol style="list-style-type: none"> 1. WPI: Anote el numero de áreas en las cuales el paciente tenga o haya tenido dolor en la semana pasada. ¿En cuántas áreas el paciente ha tenido dolor? El puntaje será entre 0 y 19 			
Cintura escapular izquierda	Cadera (Glúteo, trocánter) izquierdo	Mandíbula izquierda	Espalda parte superior
Cintura escapular derecha	Cadera (Glúteo, trocánter) derecha	Mandíbula derecha	Espalda parte inferior
Brazo izquierdo	Muslo izquierdo	Pecho	Cuello
Brazo Derecho	Muslo derecho	Abdomen	
Antebrazo izquierdo	Pierna izquierda		
Antebrazo derecho	Pierna derecha		
<ol style="list-style-type: none"> 2. Puntaje de escala SS: 			

Fatiga

Despertar sin haber descansado

Síntomas cognitivos

Por cada uno de los 3 síntomas de arriba, indique el nivel de severidad por encima de la semana pasada utilizando la siguiente escala

0= Sin problemas

1= Problemas pequeños o leves, generalmente leves o intermitentes

2= Problemas moderados o considerables, a menudo presentes y/o a nivel moderado

3= Severos: Generalizados, continuos, problemas que perturban la vida

Considerar síntomas somáticos en general, indique si el paciente tiene:*

0= Ningún síntoma

1= Pocos síntomas

2= Un numero moderado de síntomas

3= un gran número de síntomas

El puntaje de la escala SS es la suma de la severidad de los 3 síntomas (fatiga, despertar sin haber descansado, síntomas cognitivos) mas la medida (severidad) de los síntomas somáticos en general. El puntaje final está entre 0 y 12.

* Síntomas somáticos que pueden ser considerados: dolor muscular, síndrome de colon irritable, fatiga/cansancio, problemas en el pensamiento o la memoria, debilidad muscular, cefalea, dolor calambres en el abdomen, entumecimiento/hormigueo, mareo, insomnio, depresión, constipación, dolor en la parte superior del abdomen, nausea, nerviosismo, dolor torácico, visión borrosa, fiebre, diarrea, boca seca, prurito, Sibilancias, fenómeno de Raynauld, urticaria, Tinitus, vómito, gastralgia, úlceras

orales, pérdida/cambios en el gusto, convulsiones, ojos secos, pérdida del aliento, pérdida del apetito, Rash, sensibilidad al sol, dificultades auditivas, fácil enrojecimiento, pérdida de cabello, polaquiuria, disuria y espasmos de la vejiga

Nota. Tomado y Adaptado de Wolfe F., Clauw D.J., Fitzcharles M., Goldenberg D. L., Katz R.S., Mease P., Russell A.S., Russell I.J., Winfield J.B. & Yunus M.B. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*,. 5 (62) 600-610.