

Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria

E. Bosch Romero, N. Sáenz Moya, M. Valls Esteve y S. Viñolas Valer

Objetivo. Valorar el impacto de un programa de educación sanitaria sobre la calidad de vida y frecuentación de personas con fibromialgia.

Diseño. Ensayo clínico comunitario con asignación aleatoria.

Emplazamiento. Área básica urbana de Sant Joan Despí (Barcelona), con una población de 13.282 habitantes.

Participantes y métodos. Sesenta y siete mujeres diagnosticadas de fibromialgia por el reumatólogo de zona según los criterios del American College of Rheumatology (1990), que consultaron en nuestro centro. Fueron distribuidas aleatoriamente en grupo control y grupo intervención.

Mediciones principales. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, estado civil, nivel de instrucción y situación laboral), sanitarias (práctica de ejercicio físico, tratamiento actual y tiempo de evolución de los síntomas) y frecuentación. Se administró el test Nottingham Health Profile (NHP) para medir la calidad de vida y se determinó la presencia de malestar psíquico mediante el Mini International Neuropsychiatric Interview. Después de la intervención, que constaba de 4 sesiones de educación sanitaria, se volvió a administrar el NHP y a medir la frecuentación.

Resultados. El ítem más afectado del NHP previo a la intervención era el dolor (78,6 puntos), que no se modificaba ni por la práctica de ejercicio físico ni por el tiempo de evolución de la enfermedad. La prevalencia de malestar psíquico fue del 64,6%. Tras la intervención se objetivó una mejoría significativa del ítem dolor ($p = 0,003$).

Conclusiones. La educación sanitaria en pacientes con fibromialgia modifica su percepción de la calidad de vida, mejorando el dolor. Por otro lado, este tipo de actividades aumentan su conocimiento de la enfermedad, disminuyendo la dependencia de los servicios sanitarios.

Palabras clave: Fibromialgia. Educación sanitaria. Calidad de vida.

STUDY OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH FIBROMYALGIA: IMPACT OF A HEALTH EDUCATION PROGRAMME

Objective. To assess the impact of a programme of health education on the quality of life and frequency of attendance of persons with fibromyalgia.

Design. Community clinical trial with randomised allocation.

Setting. Sant Joan Despí urban Health District (Barcelona), with a population of 13 282 inhabitants.

Participants and methods. 67 women who attended our centre for consultation and were diagnosed with fibromyalgia by the Area Rheumatologist using the criteria of the American College of Rheumatology (1990). They were distributed at random into control and intervention groups.

Main measurements. Social and demographic variables (age, marital status, educational background, job situation), health variables (physical exercise taken, current treatment, symptoms' evolution time) and frequency of attendance were gathered. The Nottingham Health Profile (NHP) for measuring quality of life was administered. The presence of psychological malaise was determined through the Mini International Neuropsychiatric Interview. After the intervention, which consisted of four health education sessions, the NHP was administered again and frequency of attendance was measured again.

Results. The most important dimension on the NHP prior to intervention was pain (78.6 points), which was not modified either by physical exercise or the disease's time of evolution. Prevalence of psychological malaise was 64.6%. After the intervention there was a significant improvement in the pain dimension ($P=0.003$).

Conclusions. Health education for people with fibromyalgia modifies their perception of quality of life and reduces their pain. In addition, this kind of activity increases understanding of illness and reduces dependence on the health services.

Key-words: Fibromyalgia. Health education. Quality of life.

ABS Les Planes. Sant Joan Despí.
DAP Baix Llobregat Centre.
Institut Català de la Salut (ICS).

Correspondencia:
N. Sáenz Moya.
C/ Cerdeña, 209 bis, entlo.
08013 Barcelona.
Correo electrónico:
31619nsm@comb.es

Manuscrito aceptado para su
publicación el 14-I-2002.

Introducción

La fibromialgia (FM) es una patología crónica que afecta al 2-4% de la población general, con predominio de mujeres en una proporción de 9 a 1^{1,2}. Se caracteriza por la existencia de dolor musculoesquelético generalizado junto a determinados puntos dolorosos a la presión (*tender points*)³. Frecuentemente se asocia a otros síntomas entre los que destacan sueño no reparador, fatiga, rigidez matutina, cefalea y ansiedad y/o depresión⁴⁻⁷.

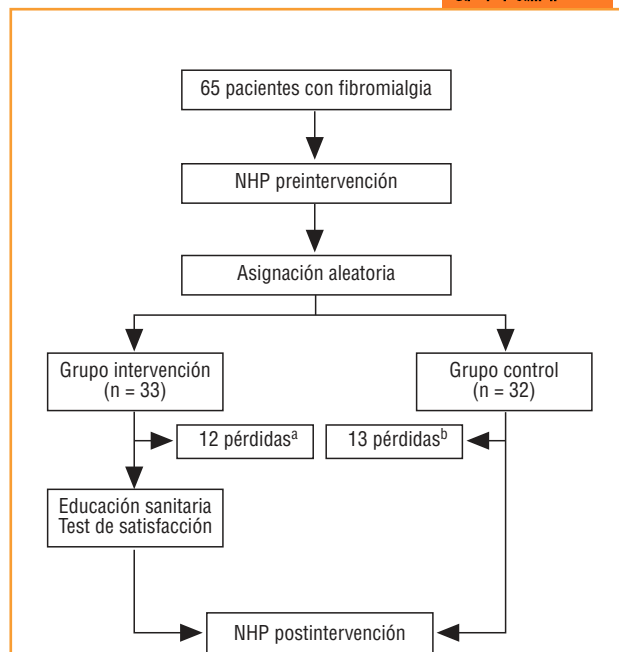
Existen distintas hipótesis respecto a la fisiopatogenia de la FM. Para unos autores los mecanismos disfuncionales serían periféricos (alteraciones musculares y del sistema nervioso periférico) y para otros estarían localizados a nivel central (alteración de los neurotransmisores del dolor, alteraciones neuroendocrinas, trastornos del ritmo del sueño y disfunción psíquica). La mayoría de los autores concluye que la fisiopatología es multifactorial^{1,2,4,5,8}.

En la práctica clínica existe la impresión extendida de que las alteraciones psicológicas influyen en la aparición y mantenimiento de la FM. Revisando la bibliografía existente se observa que, si bien un grupo de pacientes con FM presentan problemas de ansiedad y/o depresión, el porcentaje no varía con respecto a otros que sufren patología dolorosa crónica del tipo artritis reumatoide, artrosis o lumbalgia crónica². También se observa que la prevalencia de somatización en estas pacientes no supera el 10%, aunque es sensiblemente superior a la de la población general^{2,9}. Parece que trastornos del comportamiento, tales como la disfunción de los sistemas de adaptación al estrés, podrían también intervenir en la fisiopatogenia^{2,9}.

El abordaje de la FM se basa en terapias farmacológicas (ciclobenzaprina, amitriptilina, alprazolam entre otros) y no farmacológicas^{1,2,4,5,10-12}. La pieza clave de la terapia no farmacológica es la educación sanitaria del paciente^{13,14}, (especialmente la información sobre su enfermedad^{9,10}), así como las terapias cognitivo-conductuales¹², que incluirían técnicas de relajación¹⁵ y otras estrategias destinadas a potenciar conductas saludables que facilitarían una mejor comprensión y control de los síntomas. Un tercer pilar son las medidas físico-rehabilitadoras^{2,12,16,17} (ejercicio aeróbico regular, higiene postural, tratamientos locales) y otras como técnicas de relajación¹². No obstante, no hay ningún tratamiento que por sí solo sea realmente efectivo, por lo que el abordaje de estas pacientes ha de basarse en un programa multidisciplinario centrado en la educación sanitaria y en el ejercicio físico.

Dado el elevado coste sanitario que supone (alta frecuentación, consumo de fármacos, hospitalizaciones, pruebas complementarias e incapacidades laborales^{7,9,18,19}) y la insatisfacción que provoca la poca

M t r l y m t s
Cu r r s u m n



Esquema general del estudio

Ensayo clínico comunitario con asignación aleatoria para valorar el impacto de un programa de educación sanitaria sobre la calidad de vida en pacientes con fibromialgia.

efectividad del tratamiento farmacológico, tanto en el profesional sanitario como en el paciente, nos planteamos poner en marcha un programa de educación sanitaria que, abordando al paciente de forma integral, mejore la percepción subjetiva de calidad de vida^{20,21}.

El objetivo fundamental de nuestro trabajo fue valorar el impacto de un programa de educación sanitaria sobre la calidad de vida y sobre la frecuentación de un grupo de pacientes con fibromialgia.

Como objetivos secundarios, nos planteamos describir su perfil sociodemográfico y sanitario y valorar la posible influencia de la práctica habitual de ejercicio físico y del tiempo de evolución de la enfermedad en la percepción de la calidad de vida.

Material y métodos

El estudio se llevó a cabo por el equipo de atención primaria del ABS Les Planes de Sant Joan Despí. Se trata de un centro do-

cente jerarquizado que atiende a una población de 13.282 habitantes según el Padrón Municipal de 1996, de ámbito urbano y situado en el cinturón industrial de Barcelona.

Se realizó un ensayo clínico comunitario. La población de estudio la formaban mujeres diagnosticadas de FM por el reumatólogo de zona según los criterios del American College of Rheumatology de 1990³ que consultaron en nuestro centro, excluyéndose a las pacientes mayores de 70 años y las que presentaban enfermedades reumatológicas concomitantes graves²². Se obtuvo una muestra de 67 pacientes que fueron citadas mediante llamada telefónica y/o carta. Tras solicitar el consentimiento informado, dos declinaron participar en el estudio, con lo que quedó una muestra de 65 pacientes.

Durante la primera quincena de junio de 1998 se les realizó una entrevista en la que se recogieron variables sociodemográficas (edad, estado civil, nivel de instrucción y situación laboral) y sanitarias (práctica habitual de ejercicio físico durante al menos 30 min dos o más veces por semana, tratamiento actual con analgésicos, miorelajantes, antidepresivos y ansiolíticos, y tiempo de evolución de los síntomas).

Se les administró, mediante entrevista personal, el test Nottingham Health Profile (NHP)²³⁻²⁵, que es un instrumento genérico para la medida de la calidad de vida de las pacientes. Con este test se evalúan 6 dimensiones de salud: dolor, energía, reacciones emocionales, movilidad física, sueño y aislamiento social. El resultado final del NHP da una puntuación de 0 a 100, correspondiendo la puntuación más alta a una peor percepción de salud.

Además, se determinó la presencia de malestar psíquico (MP) mediante el test Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)^{26,27}. Se consideró presencia de MP cuando se puntuó positivo en alguna de las áreas psicopatológicas de las esferas de depresión (episodio depresivo mayor, distimia, episodio hipomaniaco, episodio maniaco trastorno bipolar) y/o ansiedad (trastorno por angustia, agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, fobia social, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo).

La frecuentación en los últimos 12 meses, excluyendo controles de enfermería y consultas burocráticas, se obtuvo de la historia clínica.

Posteriormente a la recogida de datos se distribuyó la muestra aleatoriamente en grupo intervención y control. Al grupo intervención se le realizaron, en noviembre y diciembre de 1998, cuatro sesiones de educación sanitaria de 1 h de duración cada una y en intervalos de una semana. Para ello se dividió a las participantes en tres grupos de 7.

Intentamos que las sesiones fueran bidireccionales, dando información de una manera práctica y participativa, y recogiendo las dudas y creencias de las pacientes respecto a la FM.

El contenido de las sesiones fue el siguiente: a) información general de la enfermedad; b) tratamientos farmacológicos y medidas físico-rehabilitadoras; c) ejercicio físico e higiene postural, y d) técnicas de relajación (se utilizó la técnica de Schultz²⁸ para relajación muscular) y posteriormente se realizó una técnica de visualización.

Al mes de la intervención se volvió a administrar el NHP a todas las participantes del estudio.

Recogimos la frecuentación tres meses antes y después de la intervención.

El análisis de las variables se realizó mediante el programa estadístico SPSS utilizando pruebas no paramétricas (prueba de los rangos de Wilcoxon para comparar puntuaciones de grupos apareados y U de Mann-Whitney para comparación de grupos independientes). Las variables cualitativas se expresaron en porcen-

taje, y las cuantitativas, como la media y desviación estándar (DE).

Resultados

De las 67 pacientes de la muestra inicial, dos declinaron participar en el estudio, iniciándose éste con una muestra de 65. Un total de 12 pacientes del grupo intervención no acudieron a dos o más sesiones de educación sanitaria, por lo que fueron excluidas del estudio, y 13 pacientes del grupo control no aceptaron continuar en el mismo. El perfil sociosanitario y el NHP de las pérdidas previo a la intervención no diferían del resto de pacientes en estudio.

La media de edad fue de 53,5 años (DE, ± 8) estando comprendidas éstas entre 26 y 67 años. El 81,5% eran casadas; sin estudios o con estudios primarios incompletos el 52,3%, o primarios completos el 43,1%. Un 38,5% declaraban ser activas (trabajo remunerado) y un 35,4% ser amas de casa.

De la muestra, un 92,3% de las pacientes tomaba algún tipo de tratamiento farmacológico en relación con la FM. De éstas, un 28,3% tomaba tres o más fármacos de forma simultánea.

El tiempo medio de evolución de los síntomas fue de 11,6 años (DE, $\pm 8,4$). El 47,7% de las pacientes presentaron un tiempo de evolución de los síntomas superior a los 10 años. La media de frecuentación fue de 8,2 visitas/año.

Respecto a la percepción de la calidad de vida registrada por el NHP, los resultados en cada una de las dimensiones fueron energía: 62,1; dolor: 78,6; emoción: 49,7; sueño: 64,0; aislamiento social: 18,4, y movilidad: 39,0.

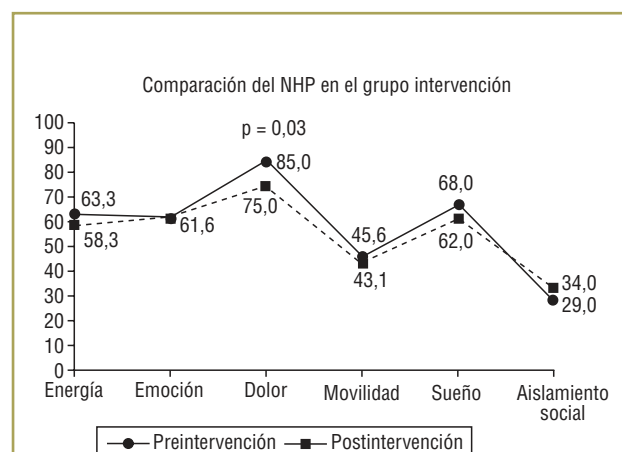


FIGURA 1

Comparación pre y postintervención del NHP en el grupo intervención.

TABLA 1
Características sociodemográficas, sanitarias y de calidad de vida (NPH-dimensiones) en los grupos control e intervención

	Grupo intervención		Grupo control	
	Media	DE	Media	DE
Edad	52,3	9,1	54,6	6,6
Frecuentación*	8,2	4,1	8,2	5,5
Tiempo de evolución**	12,0	8,5	11,5	8,4
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Estado civil				
Casadas o viven en pareja	25	78,1	28	84,8
No viven en pareja	7	21,9	5	15,2
Situación laboral				
Amas de casa	11	34,4	12	36,4
Activas	12	37,5	13	39,4
Desempleadas/IT/jubiladas	9	28,1	8	24,3
Nivel de estudios				
Sin estudios o primarios incompletos	20	62,5	14	42,4
Primarios completos, secundarios y superiores	12	37,5	19	57,6
Consumo de fármacos				
Analgésicos	29	90,6	28	84,8
Ansiofíticos	12	37,5	11	34,4
Antidepresivos	11	35,5	12	36,4
Miorrelajantes	5	16,1	7	21,2
	Media		Media	
NHP (dimensiones)				
Energía	65,6		58,5	
Dolor	80,8		76,5	
Emoción	54,1		45,4	
Sueño	66,2		63,0	
Social	23,7		13,3	
Movilidad	42,5		35,6	

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.

*Variable recogida en número de visitas por año. **Variable recogida en años.

IT: incapacidad temporal.

No se hallaron diferencias significativas respecto a estas variables entre los grupos control e intervención (tabla 1). Un 46,2% manifestaba realizar ejercicio físico de forma habitual. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el NHP con respecto a las variables tiempo de evolución de los síntomas y práctica de ejercicio físico. La prevalencia de MP fue del 64,6%.

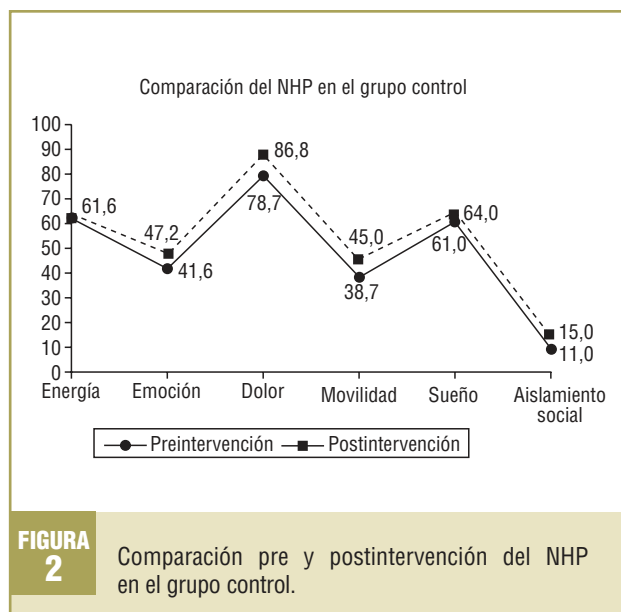
En la segunda fase comparamos los NHP antes y después de la intervención en cada uno de los grupos (figs. 1 y 2), observando en el grupo intervención una mejoría estadísticamente significativa en la dimensión dolor ($p = 0,003$), no siéndolo en el resto de las dimensiones.

Se observó una disminución de la frecuentación en el grupo intervención, así como un aumento en el grupo control, aunque ninguna de ellas fue significativa.

Discusión

Los autores tenemos la percepción de que la experiencia ha sido positiva para las pacientes en términos de conocimiento y/o aceptación de su enfermedad, y esperamos que también en su capacidad de autocuidado.

Somos conscientes de que nuestro trabajo presenta una serie de limitaciones que estamos seguros han influido en los resultados. En primer lugar, el pequeño tamaño inicial de la muestra, agravado por las pérdidas sufridas, hace que los resultados deban ser valorados con prudencia, tanto en los cambios producidos en el grupo intervención como en los que no se han podido detectar. Estamos convencidos de que una muestra mayor podría haber detectado diferencias en otras esferas aparte de la del dolor. No



obstante, aunque no se trata de una enfermedad infrecuente, es difícil conseguir una serie amplia de pacientes en un área básica de salud que permita disponer de un grupo control.

Otra limitación a destacar en nuestro estudio es el escaso tiempo transcurrido entre la intervención y la posterior valoración del NHP, que no permite detectar si los efectos de la educación sanitaria son pasajeros o realmente inciden de una forma duradera en la percepción de la salud y cambios de hábitos de estas pacientes. Hay que añadir un cierto grado de contaminación entre los grupos, ya que el hecho de ser todas las pacientes de una misma área básica de salud permitió el intercambio de información entre los grupos de estudio.

Las características sociodemográficas y sanitarias de nuestras pacientes con FM fueron similares a las descritas en estudios previos^{1,6,7}, coincidiendo el perfil de edad, nivel de estudios, estado civil y situación laboral.

En cuanto a la actividad física, en nuestro estudio manifestaron realizarla de forma regular el 46,2%, cifra superior a la obtenida por otros autores⁷. Creemos que esta cifra está sobredimensionada debido a un concepto poco definido de lo que entendían las pacientes por actividad física regular. El tiempo de evolución de la enfermedad fue relativamente largo, como es de esperar en una enfermedad crónica, pero similar al de otras series revisadas^{7,19,25,29}.

Respecto al uso de fármacos, nuestros resultados difieren ligeramente de las series de Álvarez Lario et al⁶, Alborno et al⁷ y Álvarez et al¹⁶, al demostrar un consumo mayoritario de analgésicos-antiinflamatorios no esteroideos (AINE) a expensas de otros fármacos cuya indicación sería más idónea (antidepresivos y miorrelajantes).

La impresión extendida entre los profesionales sanitarios sobre la elevada demanda asistencial que generan estas pa-

Lo conocido sobre el tema

- La fibromialgia es una patología crónica que afecta la autopercepción de la calidad de vida del paciente.
- Supone un elevado coste sanitario (alta frecuentación y consumo de fármacos, exploraciones complementarias, etc.).
- El abordaje de estas pacientes debe ser multidisciplinario (educación sanitaria, fármacos, ejercicio físico, etc.).

Qué aporta este estudio

- Describe un grupo de pacientes con fibromialgia comparable a estudios previos.
- Realiza un programa de educación sanitaria que mejora la autopercepción de la calidad de vida de las pacientes.

cientes se ve confirmada por los niveles de frecuentación recogidos en nuestro estudio, siendo claramente superiores a los de la población femenina consultante^{7,9,18,19,26}.

Las dimensiones más afectadas en el NHP (dolor, sueño y energía) coinciden plenamente con las obtenidas en el estudio previo de Ruiz Moral et al²⁵ y con el perfil clínico de la patología. El tiempo de evolución de los síntomas y la práctica de ejercicio físico no fueron factores moduladores de la autopercepción de la calidad de vida, a pesar de que el ejercicio físico es uno de los pilares básicos del abordaje de la FM. Creemos que estos resultados pueden estar sesgados por la información previa sobre la conveniencia de realizar ejercicio físico que poseen las pacientes, así como por el factor «memoria» que relaciona el teórico inicio de la FM con un evento importante en la vida de la persona.

La intervención llevada a cabo mediante educación sanitaria recibió una buena acogida por parte de las participantes, tal como reflejó la encuesta de satisfacción realizada al finalizar la intervención, y mejoró su percepción de la calidad de vida al disminuir el ítem dolor, que las pacientes perciben como más incapacitante.

Dado que la educación sanitaria mejoró el dolor, creímos ético que, una vez finalizado el estudio, se impartieran las mismas charlas al grupo control.

La educación sanitaria es, por tanto, el eje fundamental del abordaje de esta patología. Consideramos que las líneas de investigación futuras han de ir orientadas hacia la evaluación de estas actividades con series más amplias en estudios multicéntricos y con un seguimiento a más largo

plazo, a fin de determinar los posibles efectos de las intervenciones de refuerzo que permitan que la mejoría de la calidad de vida pueda consolidarse. Otra línea a investigar sería determinar qué actividades de la educación sanitaria pueden incidir más en la calidad de vida de estas pacientes.

En consecuencia, creemos que actividades orientadas hacia el autocuidado podrían disminuir su dependencia de los servicios sanitarios y aumentar su autonomía.

Agradecimientos

Al Dr. Prieto su colaboración, ayuda y aclaraciones en el manejo del test NHP. A todo el personal del ABS Las Planes su ayuda y disponibilidad, y en especial a los Dres. Juli Muñoz y Carles Valero por su estímulo constante.

Bibliografía

1. Ballina García FJ, Martín Lascuevas P, Iglesias García A, Hernández Mejía R, Cueto Espinar A. La fibromialgia. Revisión clínica. *Rev Clin Esp* 1995;195:326-31.
2. Mulero Mendoza J. Fibromialgia. *Medicine* 1997;7:2682-7.
3. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
4. Roig Escofet D. Fibromialgia. En: *Reumatología en la consulta diaria*. 2.ª ed. Barcelona: Editorial Espax, 1997; p. 197-204.
5. Reiffenberger DH, Amundson LH. Síndrome de fibromialgia: una revisión. *American Family Physician* (ed. esp.) 1997;4:195-203.
6. Álvarez Lario B, Alonso Valdivieso JL, Alegre López J, Viejo Bañuelos JL, Marañón Cabello A. Síndrome de fibromialgia: características clínicas de las pacientes españolas. *Rev Esp Reumatol* 1996;23:76-82.
7. Pérez-Vílchez D, et al. Características clínicas y sociolaborales de la fibromialgia en España: descripción de 193 pacientes. *Rev Esp Reumatol* 1997;24:38-44.
8. Bennett RM. Fibromyalgia and the facts. Sense or nonsense. *Rheum Dis Clin North Am* 1993;19:45-59.
9. Mulero Mendoza J. Fibromialgia, fibromitas y fibronautas. *Rev Esp Reumatol* 1998;25:43-5.
10. Bordas Julve JM. Abordaje del síndrome fibromiálgico. *FMC* 1996;3:604-7.
11. Nye D. A physicians guide to fibromyalgia syndrome. The Fibromyalgia Association UK, 1997. Disponible en: carers@community-care.org.uk.
12. Alarcón GS, Bradley LA. Advances in the treatment of fibromyalgia. Current status and future directions. *Am J Med Sci* 1998;351:397-404.
13. Nebot M. Educación sanitaria: ¿dónde estamos? *Aten Primaria* 1992;9:508-11.
14. Altiset Trota R. Efectividad de la educación sanitaria en un grupo en el marco de la atención primaria. Informe técnico del Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud (PAPPS). SemFYC, 1995.
15. Molina J. Tratamiento de la fibromialgia. *Salud Rural* 1997;11:77-87.
16. Álvarez V, Suárez JC, Díaz JF, Freije S, López I, Peláez JL, et al. Tratamiento rehabilitador de la fibromialgia. *Rheuma* 1997;1:27-30.
17. Alonso Álvarez B, Peña Arrebola A. Fibromialgia: clínica, tratamiento y rehabilitación. *Rheuma* 1997;1:35-42.
18. Wolfe F. The fibromyalgia problem. *J Rheumatol* 1997;24:1247-9.
19. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro X, Goldenberg DL, et al. A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and cost in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997;40:1560-70.
20. Bennett R. Fibromyalgia and the disability dilemma. *Arthritis Rheum* 1996;39:1627-34.
21. Neumann L, Buskila D. Quality of life and physical functioning of relatives of fibromyalgia patients. *Semin Arthritis Rheum* 1997;26:834-9.
22. Nicassio P, Schuman C, Kim J, Cordova A, Weisman MH. Psychosocial factors associated with complementary treatment use in fibromyalgia. *J Rheumatol* 1997;24:2008-13.
23. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res* 1994;3:385-93.
24. Grupo de Trabajo Calidad de vida y EPOC. Área de Insuficiencia Respiratoria y Trastornos del Sueño. SEPAR. Calidad de vida relacionada con la salud en la EPOC. Instrumentos de medida en España. Perfil de Salud Nottingham (PSN). Nottingham Health Profile (NHP). Barcelona: Editorial MCR S.A., 1996; p.48-62.
25. Ruiz Moral R, Muñoz Álamo M, Perula de Torres L, Aguayo Galeote M. Biopsychosocial features of patients with widespread chronic musculoskeletal pain in family medicine clinics. *Fam Pract* 1997;14:242-8.
26. Barreto P, Corral ME, Muñoz J, Boncompagni MP, Sebastián R, Solà M. Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud. *Aten Primaria* 1998;22:491-6.
27. Sheehan D V, Lecrubier Y, Hammett Sheehan K, Janau J. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry* 1997;12:232-41.
28. Fusté R. Técnicas de relajación. *FMC* 1997;4:221-9.
29. Ruiz Moral R, Muñoz Álamo M. Dolor crónico musculoesquelético generalizado. ¿Fibromialgia, además? *FMC* 1996;3:596-603.