

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



ORIGINAL

Valoración de factores sociales y clínicos en el síndrome de fibromialgia

M. Salgueiro^a, I. Buesa^a, Z. Aira^a, P. Montoya^b, J. Bilbao^c y J.J. Azkue^{a,*}

^aDepartamento de Neurociencias, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad del País Vasco, Leioa, Bilbao, España

^bDepartamento de Psicología, Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud, Universidad de las Islas Baleares, Palma de Mallorca, España

^cDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad del País Vasco, Leioa, Bilbao, España

Recibido el 15 de enero de 2009; aceptado el 1 de junio de 2009

PALABRAS CLAVE

Fibromialgia;
Apoyo social;
Ansiedad;
Depresión

Resumen

Introducción: La depresión y la ansiedad son estados afectivos negativos que con frecuencia se asocian con el dolor crónico. Por el contrario, factores psicosociales como el apoyo social influyen en la percepción de dolor y contribuyen al bienestar del paciente con dolor crónico.

Objetivos: Valorar el tipo de terapia que recibe y el apoyo social que percibe de su entorno el paciente con síndrome de fibromialgia (SFM) y determinar su relación con sus índices de depresión y de ansiedad.

Material y métodos: Se han recabado datos de 229 pacientes de SFM mediante un cuestionario autoaplicado que ha incluido los aspectos más preocupantes de la enfermedad, el efecto de las terapias empleadas, la satisfacción con la atención sanitaria recibida, la percepción de apoyo social, así como índices de ansiedad y de depresión.

Resultados y conclusiones: Las personas que han valorado más positivamente el apoyo de su entorno social y familiar demuestran mayor protección frente al estrés psicológico en términos de ansiedad y depresión. La intervención sobre el apoyo del entorno inmediato del paciente con SFM podría contribuir a la reducción del dolor reduciendo los niveles de ansiedad y de depresión.

© 2009 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jonjatsu.azkue@ehu.es (J.J. Azkue).

KEYWORDS

Fibromyalgia;
Social support;
Anxiety;
Depression

Evaluation of clinical and social factors in fibromyalgia syndrome**Abstract**

Introduction: Depression and anxiety are negative affective states that are often associated with chronic pain. In contrast, psychosocial factors such as social support influence pain perception and may contribute to the well being of chronic pain patients.

Objectives: To evaluate the therapies received by patients with fibromyalgia syndrome (FMS) and perceived social support, as well their relationship with indexes of depression and anxiety in this population.

Material and methods: Data from 229 patients with FMS were collected by means of a self-applied questionnaire, which included items on the most distressing aspects of the syndrome, the effectiveness of attempted therapies, satisfaction with the healthcare received, and perceived social support. Anxiety and depression indices were also obtained.

Results and conclusions: Lower psychological distress and anxiety and depression indices were found in FMS patients who rated their perception of support from their close social network most positively. Interventions to improve perceived social support may contribute to pain relief in patients with FMS by lowering anxiety and depression.

© 2009 Sociedad Española del Dolor. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las enfermedades crónicas representan hoy día un reto para la sociedad, tanto por su elevado coste sociosanitario¹ como por su impacto en la calidad de vida y las relaciones sociales de la persona afectada²⁻⁴. El dolor crónico figura en particular entre los principales motivos de consulta médica^{5,6}.

El síndrome de fibromialgia (SFM) es una patología crónica que se caracteriza por dolor osteomuscular generalizado, sueño no reparador y fatiga⁷, junto a un abanico de trastornos físicos, cognitivos, afectivos y conductuales asociados^{8,9}. En España, la prevalencia del SFM es del 2,73% en la población general mayor de 20 años¹⁰, con claro predominio de mujeres frente a varones (relación de 21:1)^{3,11}. Los estudios prospectivos indican una evolución poco satisfactoria de la enfermedad a los 5-7 años de seguimiento¹². El inicio a edades tempranas y la ausencia de trastornos del sueño se han considerado predictores de una evolución favorable¹³.

Los pacientes con SFM perciben encontrarse enfermos de manera más manifiesta que otros pacientes con síndromes de dolor crónico¹⁴. En comparación con otros pacientes reumatológicos, las personas afectadas de SFM utilizan en mayor medida los servicios sanitarios^{15,16}, con un promedio de hasta 9-12 visitas médicas anuales¹⁷, hacen un mayor uso de terapias alternativas¹⁸, y acarrear costes económicos por paciente mayores en términos de absentismo laboral y litigios¹⁹. Asimismo, se someten a un mayor número de intervenciones quirúrgicas y se constata en ellas una mayor prevalencia de otras patologías reumáticas, como el lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide o artritis psoriásica²⁰, así como trastornos gastrointestinales e hipertensión arterial²¹, raquialgias, dolor neuropático, infecciones respiratorias, alteraciones del sueño, y trastornos afectivos y del estado de ánimo²². La prevalencia de desórdenes funcionales como el síndrome de fatiga crónica o el síndrome de intestino irritable puede ser hasta 3 veces más elevada en

pacientes con SFM con relación a la población general¹⁴. Sin excepción, la prevalencia de problemas médicos y psiquiátricos comórbidos al SFM es significativamente mayor que en sujetos sanos pareados por edad y sexo²².

El dolor crónico se ha relacionado con estados afectivos negativos, como la depresión y la ansiedad. Algunos estudios han constatado que, en pacientes con SFM, el efecto negativo se asocia al aumento en la percepción de dolor y a la disminución de los umbrales del dolor^{23,24}. Por contraste, se ha sugerido que algunos factores psicosociales, como el apoyo social percibido, influyen de manera favorable en la percepción del dolor²⁵, contribuyendo al bienestar subjetivo y al estado de salud funcional en pacientes con desórdenes reumáticos crónicos^{26,27}. Además, el apoyo social parece contribuir a la disminución del dolor y de los índices de depresión y de ansiedad, favoreciendo la puesta en marcha de conductas promotoras de salud y de autocuidado²⁸, y predice la autoeficacia percibida en el control de síntomas²⁹. Por el contrario, el desconocimiento de la etiopatogenia del SFM contribuye a generar incompreensión, tanto en el entorno familiar y social del afectado como incluso en el ámbito profesional sanitario^{30,31}.

El objetivo principal del presente trabajo ha sido evaluar el apoyo social percibido en el entorno del paciente con SFM y determinar su relación con los índices de depresión y ansiedad.

Material y métodos**Sujetos**

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal mediante cuestionarios autoaplicados en personas residentes en España y diagnosticadas de SFM (n = 310) según los criterios

del American College of Rheumatology⁷. Los cuestionarios respondidos incorrectamente ($n = 55$) o con ítems en blanco ($n = 26$) han constituido pérdidas en el estudio. Se han considerado válidos un total de 229 formularios.

Obtención de datos

Se ha elaborado un cuestionario autoaplicado, de duración breve, anónimo y administrado *on-line* o en soporte papel a través de distintas asociaciones de afectados.

El cuestionario recoge los datos relativos a sexo, edad, provincia de residencia, diagnóstico formal y año en que fue realizado, atención sanitaria recibida en el momento de cumplimentar el cuestionario, así como el nivel de satisfacción con ésta en una escala numérica de 0 a 10 puntos. Se ha clasificado el tipo de atención recibida en 5 categorías con arreglo a su naturaleza y especialidad:

1. *Sin tratamiento*. Ningún tratamiento específico para el SFM o automedicación sin control médico.
2. *Terapias alternativas*. Tratamientos ajenos a la medicina tradicional, como naturopatía, homeopatía, etc.
3. *Atención primaria*. Atendidos por el médico de cabecera.
4. *Medicina especializada*. Atención por parte de profesionales de una o varias especialidades médicas.
5. *Unidad de tratamiento*. Tratamiento en servicios específicos de tratamiento del dolor.

Para evaluar la frecuencia de uso de las diferentes estrategias terapéuticas y su efecto, se solicitó a los participantes que señalasen las terapias recibidas en el tratamiento de su SFM y que valorasen su efectividad por medio de una puntuación entre 0 y 10, donde 0 representa el efecto más negativo posible y 10 el más positivo.

Sintomatología asociada

Se solicitó a los participantes que clasificasen, en orden de importancia relativa, distintos aspectos de su enfermedad, a saber: el dolor; la fatiga; la incomprensión por parte de su entorno; los problemas del sueño; los trastornos sexuales; la aceptación de su enfermedad; los problemas de índole laboral; las dificultades de concentración y trastornos de memoria, y la alteración de su estado de ánimo.

Apoyo social

Se evaluó, mediante una escala numérica (0-10 puntos), el apoyo percibido de la figura de la pareja, de su núcleo familiar, de su entorno social cercano, de su médico de atención primaria y de su médico especialista. Se clasificaron las puntuaciones obtenidas en 3 intervalos de puntuación: a) valoración muy negativa o negativa (0-3 puntos); b) valoración moderada (4-6 puntos), y c) valoración positiva o muy positiva (7-10 puntos).

Depresión y ansiedad

Para evaluar el estado afectivo negativo se utilizaron los ítems del cuestionario de 90 síntomas SCL90-R³², que corresponden a los índices de depresión y ansiedad.

Para el tratamiento de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS³³. En lo sucesivo se presentan los datos como media \pm error estándar.

Resultados

Datos sociodemográficos

La muestra tiene un tamaño de 229 sujetos y una edad media de 42,49 años (valores extremos de 25 y 66). El 98% son mujeres. Se han recogido datos de todas las comunidades autónomas, siendo mayor el número de participantes residentes en Cataluña (18,8%), Comunidad Valenciana (13,1%), Castilla-La Mancha (14%), Andalucía (10,5%) y Madrid (9,2%). La mediana de los años de antigüedad del diagnóstico de SFM fue de 4,0 años, con una media \pm error estándar de $4,21 \pm 0,26$ (intervalo de confianza [IC] del 95%, 3,705-4,722).

El número de diagnósticos realizados anualmente fue en aumento desde que se establecieron los criterios diagnósticos del SFM en 1990, y tan sólo 30 sujetos (13,6%) fueron diagnosticados entre 1990 y 1999, mientras que 58 de los diagnósticos (26,4%) corresponden a los 2 últimos años (fig. 1).

Sintomatología asociada

El dolor ha sido el principal motivo de preocupación de las personas afectadas de SFM, seguido de la fatiga. Los problemas del sueño, el bajo estado de ánimo y los trastornos de memoria y de concentración también han ocupado posiciones prominentes. En las posiciones más bajas del *ranking* se han situado la sensación de incomprensión y de falta de apoyo, la aceptación de la situación, la situación en el ámbito laboral y los trastornos de la vida sexual (fig. 2).

Atención sanitaria y terapias utilizadas

El tipo de tratamiento recibido de forma mayoritaria, concretamente por un 57,2% de los consultados, fue el dispensado por un profesional de una especialidad médica, mientras que el número de pacientes atendidos por el profesional de atención primaria o de una unidad de especialidad de tratamiento del dolor fue considerablemente menor (15,3 y

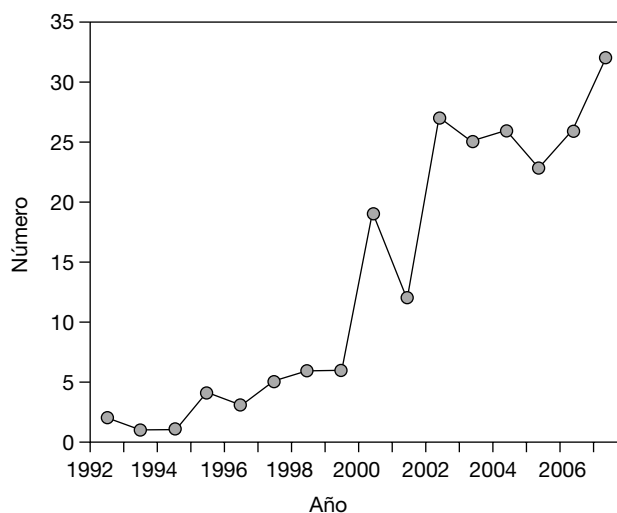


Figura 1 Número de diagnósticos de síndrome de fibromialgia nuevos por año.

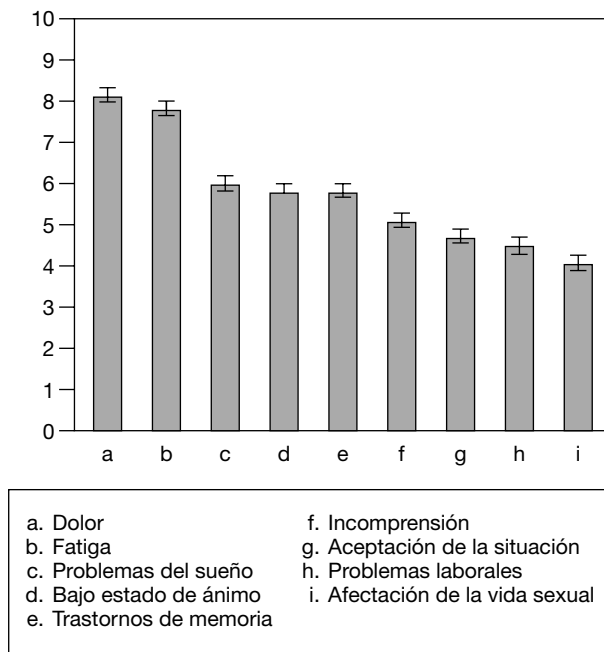


Figura 2 Preocupación relativa (escala 0-10) producida por distintos aspectos de la enfermedad.

13,5%, respectivamente) (fig. 3). Cabe destacar que casi 1 de cada 10 consultados (9,2%) declaró no recibir tratamiento alguno (fig. 3).

De las 131 personas que refirieron recibir o estar recibiendo tratamiento médico especializado, el 56,5% recurrió a una única especialidad médica y, de manera mayoritaria, a una consulta de reumatología.

Las personas consultadas valoraron el nivel de satisfacción global con la atención recibida con una puntuación media de $3,76 \pm 0,2$ (IC del 95%, 3,357-4,154). Del total de 229 sujetos, 212 (93,8%) manifestaron estar bastante de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación de que es el Sistema Nacional de Salud quien debe hacerse cargo del tratamiento del SFM en su totalidad. Sin embargo, el 25,4% (54) de las referidas 229 personas afirmaron no confiar en el tratamiento que reciben en la sanidad pública y recurrir a la medicina privada.

Con independencia del tipo de atención sanitaria recibida, las estrategias terapéuticas a las que las personas consultadas han declarado recurrir han sido múltiples (fig. 4), entre las cuales el empleo de medicación analgésica y las estrategias que comportan relajación (la aplicación local de calor, el masaje, el reposo, la respiración controlada o la práctica del yoga) han sido las que con mayor frecuencia se han valorado de forma positiva (≥ 6 puntos sobre 10) (fig. 4).

Apoyo social

La figura de la pareja, con una puntuación media de $5,86 \pm 0,22$ puntos (IC del 95%, 5,424-6,288), fue valorada de forma positiva por aproximadamente 1 de cada 2 sujetos encuestados (48,9%), aunque es considerable la proporción de personas (26,2%) que valoró esta misma fuente de apoyo de manera negativa. La valoración media del apoyo recibido

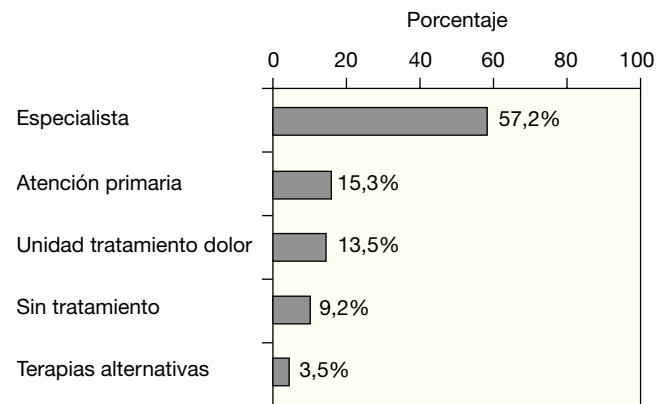


Figura 3 Tipo de tratamiento recibido y sus frecuencias de uso.

desde el núcleo familiar fue de $5,14 \pm 0,19$ puntos (IC del 95%, 4,762-5,517), con una distribución homogénea de las puntuaciones. Por el contrario, destaca el elevado porcentaje de personas (49,3%) que puntuó de manera negativa ($3,79 \pm 0,17$; IC del 95%, 3,457-4,124) el apoyo recibido desde su entorno social próximo. Las valoraciones fueron intermedias en lo referente al apoyo dispensado por el médico de atención primaria ($5,58 \pm 0,21$; IC del 95%, 5,165-5,988) y del médico especialista ($5,38 \pm 0,24$; IC del 95%, 4,908-5,843) (fig. 5).

Depresión y ansiedad

El SCL90-R valora distintos síntomas por medio de puntuaciones de entre 0 y 4 puntos, donde 0 representa la ausencia de un síntoma y 4 el exceso de éste. De las puntuaciones que se han recogido en el presente estudio se desprenden índices considerablemente elevados de depresión ($2,55 \pm 0,06$; IC del 95%, 2,441-2,664) y de ansiedad ($2,02 \pm 0,07$; IC del 95%, 1,874-2,157).

Empleando una prueba de correlación (Spearman) entre los niveles de depresión y de ansiedad y la valoración del apoyo social, se halló que los índices de depresión se correlacionan de manera negativa con el apoyo percibido en el entorno próximo, el cual incluye a la pareja, a la familia y al círculo de amistades (tabla 1). Por su parte, los índices de ansiedad muestran una correlación negativa débil con el apoyo percibido desde el entorno familiar y social, pero no con el apoyo percibido de la figura de la pareja (tabla 1). No se ha encontrado ninguna correlación significativa entre los índices de depresión y de ansiedad con el apoyo percibido desde los profesionales del ámbito sanitario.

Discusión

La información disponible relativa a la prevalencia del SFM en España data del año 2000³⁴. Atendiendo al incremento exponencial en el número de diagnósticos de SFM que se desprende de los cuestionarios que se han recogido (fig. 1), parece aconsejable una actualización de los datos epidemiológicos relativos al SFM y considerar las posibles causas de dicho incremento.

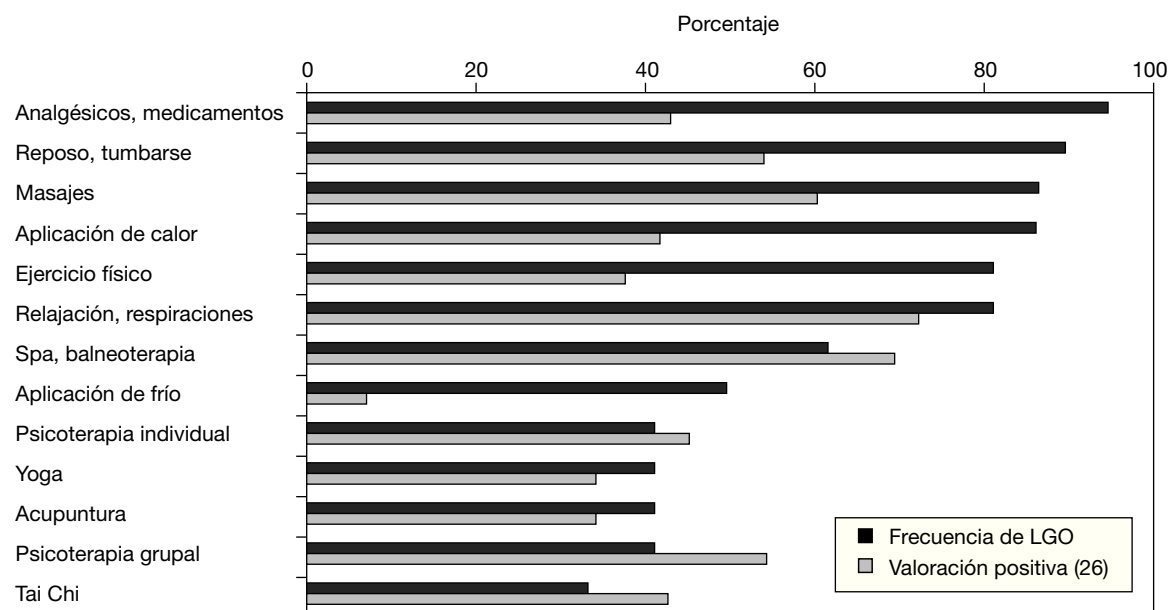


Figura 4 Técnicas terapéuticas utilizadas en el tratamiento del síndrome de fibromialgia: frecuencia de uso y porcentaje de pacientes que las valoran positivamente.

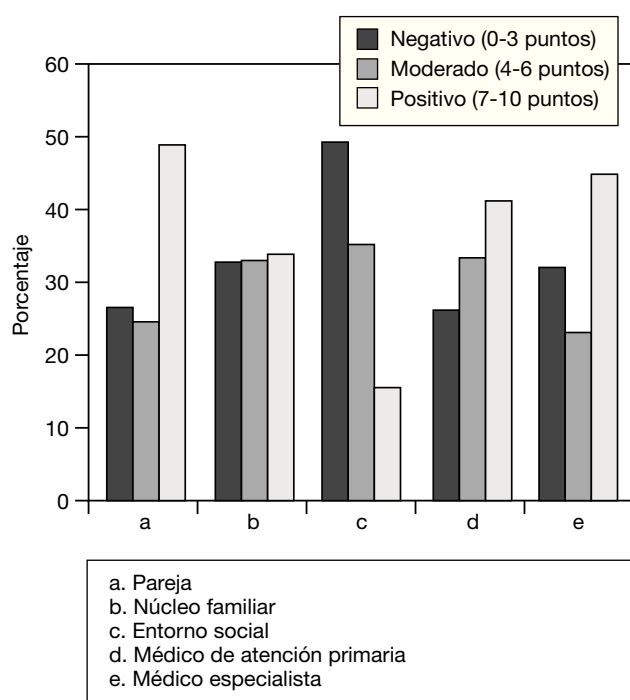


Figura 5 Valoración del apoyo percibido desde distintas fuentes.

En este trabajo se han recabado datos relativos a los tratamientos que reciben las personas afectadas de SFM y la valoración que hacen de éstos, así como otros relativos a la percepción del apoyo que reciben de su entorno social más inmediato y de los profesionales sanitarios que les brindan tratamiento, y se ha evaluado su relación con dimensiones psicopatológicas como la ansiedad y la depresión.

Tabla 1 Correlaciones entre los índices de depresión y ansiedad y la valoración del apoyo recibido por las diferentes fuentes (n = 229)

	Depresión	Ansiedad
Pareja	-0,246 ^a	-0,109
Familia	-0,250 ^a	-0,150 ^b
Entorno	-0,252 ^a	-0,170 ^a
Atención primaria	0,034	-0,031
Especialista	-0,050	-0,006

^ap < 0,01.

^bp < 0,05.

El dolor ha sido el mayor motivo de preocupación en los pacientes evaluados, precediendo en orden de prelación a la fatiga y a los trastornos del sueño (fig. 2), en coincidencia con otros autores que lo destacan como el síntoma con mayor repercusión sobre la calidad de vida³¹. Hay un creciente consenso en torno a la idoneidad del abordaje multidisciplinar como estrategia terapéutica en el SFM³⁵⁻³⁷. Sin embargo, en la muestra estudiada sólo el 1,5% de los pacientes declaró recibir tratamiento simultáneo de más de un especialista, frente al 13% aproximadamente que refirió no recibir atención alguna y recurrir para el control de sus síntomas a la automedicación o a terapias alternativas. Una de las posibles causas puede buscarse en la insatisfacción de los pacientes con la atención sanitaria recibida, a la que valoran con puntuaciones por debajo de 4 puntos sobre 10. En un sentido similar, aproximadamente una cuarta parte de los encuestados declaró su desconfianza en los servicios públicos y su preferencia por la atención sanitaria privada para tratar su dolencia.

Nuestra muestra refleja una clara preferencia por la medicación analgésica como medida terapéutica (fig. 4), en coincidencia con el uso de analgésicos como primera elección y la más habitual en las personas con dolor crónico¹⁸. El tratamiento del dolor se sitúa, de hecho, a la cabeza en términos de gasto farmacéutico en atención primaria¹⁸. Con frecuencia, los pacientes con SFM recurren, además de ello, a terapias complementarias³⁸ como la psicoterapia, la fisioterapia, el quiromasaje, la acupuntura o el ejercicio aeróbico³¹. Atendiendo al beneficio que las personas encuestadas han atribuido a las distintas medidas y terapias, destacan por su valoración positiva las que implican la consecución de relajación y distensión muscular, como la respiración y la relajación, el spa o la balneoterapia, los masajes o el reposo, o que fortalecen el apoyo social (psicoterapia individual y grupal), como ya se había comprobado en trabajos anteriores^{39,40}. En contraste, la aplicación de frío se ha percibido como técnica menos efectiva, e incluso adversa (fig. 4).

A pesar de que distintos estudios han subrayado la importancia del apoyo social en el desarrollo y la evolución del dolor crónico⁴¹, este aspecto no parece haber suscitado la debida atención⁴² y las valoraciones relativas a su influencia sobre el dolor no son unívocas. Así, algunos autores sugieren que la atención dispensada al paciente con dolor crónico por parte de sus allegados constituye un refuerzo de las conductas de dependencia y del rol de enfermo^{43,44}, con exageración de las quejas y un recurso al catastrofismo como mecanismos de reclamo de atención^{45,46}. En contraste con ello, otros autores indican que el apoyo social fomenta y predice una mejor adaptación a la situación de dolor crónico⁴⁷, así como una menor percepción de dolor y menor activación de las zonas cerebrales relacionadas con el procesamiento de la información dolorosa ante la estimulación experimental²⁵. Incluso podría predecir la intensidad del dolor, tanto en sujetos sanos⁴⁸ como en pacientes con SFM⁴⁹⁻⁵². Los resultados del presente trabajo parecen apoyar esta segunda perspectiva, dado que algunas formas de apoyo percibido, como más adelante se menciona, han probado guardar relación con índices de ansiedad y depresión más reducidos, con demostrada influencia negativa sobre la sintomatología del SFM^{53,54}. Los sujetos que presentan mayores puntuaciones en los índices de depresión y ansiedad empleando para su evaluación la misma herramienta utilizada en este trabajo (SCL90), refieren sentir dolor más a menudo y en un mayor número de puntos sensibles característicos del SFM⁵⁵. En la presente muestra, las puntuaciones más bajas en las escalas de depresión guardan una correlación con las valoraciones más positivas del apoyo social percibido en el entorno cercano (tabla 1). Aunque la relación detectada entre el índice de ansiedad y el apoyo social ha sido débil desde un punto de vista estadístico, es probable que su relevancia clínica sea manifiesta, dado que las personas mejor atendidas por sus allegados se encuentran mejor protegidas ante el estrés psicológico y demuestran menores niveles de ansiedad y depresión^{56,57}. Por tanto, resulta coherente que el efecto del apoyo social sobre la intensidad del dolor guarde relación con índices de ansiedad y depresión más reducidos en los pacientes que disfrutan de un mayor apoyo social. En este sentido, cabría esperar efectos positivos sobre la intensidad del dolor y sobre el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente de interven-

ciones dirigidas al entorno próximo de los pacientes de SFM.

Por último, no se ha hallado relación entre el apoyo recibido desde el entorno sanitario y los niveles de ansiedad y depresión (tabla 1), aunque es probable que un mayor apoyo percibido desde el entorno sanitario pueda contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento. A una conclusión similar llegan Von Korff et al⁵⁵, quienes puntualizan además la existencia de una relación entre el estrés psicológico y el mayor uso de los servicios sanitarios en el paciente con dolor crónico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Collado A, Torres X, Arias A, Ruiz-López R, Muñoz-Gómez J. Tratamiento multidisciplinar en pacientes con dolor crónico en situación de baja laboral. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11:203-9.
2. Lewis R, Dixon J. Rethinking management of chronic diseases. *BMJ*. 2004;328:220-2.
3. Carmona GR, Ballina J, Laffon A. EPISER. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis*. 2001;60:1040-5.
4. Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre C, Romera M, Sañudo I, et al. Consensus report on the diagnosis and treatment of Fibromyalgia in Catalonia. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:745-9.
5. Bosch F, Toranzo I, Baños JE. A survey of pain complaints and treatment by general practitioners in the Spanish public health organization. *Clin J Pain*. 1990;6:206-11.
6. Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamäki H, et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain*. 2001;89:175-80.
7. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum*. 1990;33:160-72.
8. Glass JM, Park DC. Cognitive dysfunction in fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep*. 2001;3:123-7.
9. Thieme K, Spies C, Sinha P, Turk DC, Flor H. Predictors of pain behaviours in fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum*. 2005;53:343-50.
10. Valverde M. Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER. *Rev Esp Reumatol*. 2000;27:157.
11. Carbonell J, Tornero J, Gabriel R. EPIDOR: estudio epidemiológico del dolor en reumatología. Madrid: Editorial Edipharma; 2003.
12. White KP, Nelson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M. Does the label "fibromyalgia" alter health status, function and health service utilization? A prospective, within-group comparison in a community cohort of adults with chronic widespread pain. *Arthritis Rheum*. 2002;47:260-5.
13. Fitzcharles MA, Costa DD, Poyhia R. A study of standard care in fibromyalgia syndrome: a favourable outcome. *J Rheumatol*. 2003;30:154-9.
14. Reisine S, Fifield J, Walsh S, Dauser D. Employment and quality of life outcomes among women with fibromyalgia compared to healthy controls. *Women Health*. 2004;39:1-19.
15. Bernatsky S, Dobkin PL, De Civita M, Penrod JR. Comorbidity and physician use in fibromyalgia. *Swiss Med Wkly*. 2005;135:76-81.

16. Hawley DJ, Wolfe F. Pain, disability and pain disability relationships in seven rheumatic disorders: a study of 1522 patients. *J Rheumatol*. 1991;18:1552-7.
17. Wolfe F. The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Ann Rheum Dis*. 1997;56:268-71.
18. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Scherstén B. Impact of chronic pain on health care seeking, self care and medication. Results from a population-based Swedish study. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53:503-9.
19. García-Martínez F, Herrera-Silva J, Aguilar-Luque J. Tratamiento del dolor crónico en atención primaria. *Rev Soc Esp Dolor*. 2000;7:453-9.
20. Chamizo-Carmona E. ¿Existe asociación entre la fibromialgia, el aumento de la comorbilidad por enfermedad neoplásica, cardiovascular e infecciones, y el de la mortalidad? *Reumatol Clin*. 2005;1:200-10.
21. Bombardier CH, Buchwald D. Chronic fatigue, chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. Disability and health care-use. *Med Care*. 1996;34:924-30.
22. Berger A, Dukes E, Martin S, Edelsberg J, Oster G. Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. *Int J Clin Pract*. 2007;61:1498-508.
23. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain*. 1997;13:116-37.
24. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*. 2003;106:127-33.
25. Montoya P, Larbig W, Braun C, Preissl H, Birbaumer N. Influence of social support and emotional context on pain processing and magnetic brain responses in fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 2004;50:4035-44.
26. Goodenow C, Reisine ST, Grady KE. Quality of social support and associated social and psychological functioning in women with rheumatoid arthritis. *Health Psychol*. 1990;9:266-84.
27. Savelkoul M, Post MWM, De Witte LP, et al. Social support, coping and subjective well-being in patients with rheumatic diseases. *Patient Educ Couns*. 2000;39:205-18.
28. Penninx BWJH, Kriegsman DMW, Van Eijk JTM, Deeg DJH. Differential effect of social support on the course of chronic disease: a criteria-based literature study. *Fam Syst Health*. 1996;14:223-44.
29. Franks HM, Cronan TA, Oliver K. Social support in women with fibromyalgia. *J Community Psychol*. 2004;32:425-38.
30. Dadabhoy D, Clauw DJ. Therapy insight: fibromyalgia — a different type of pain needing a different type of treatment. *Nat Clin Pract Rheumatol*. 2006;7:364-72.
31. Ubago MC, Ruiz I, Bermejo MJ, Olry de Labry A, Plazaola J. Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión de diagnóstico sobre sus actividades. *Rev Esp Salud Pública*. 2005; 79:683-95.
32. Derogatis LR. SCL-90-R, Symptom Checklist 90 Revised. En: Pearson NCS, editor. Minneapolis; 1994. [Adaptación española: Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R. En: González de Rivera JL, Cuevas C, Rodríguez M, Rodríguez F, editores. TEA Ediciones. Madrid; 2002]. 1994
33. SPSS para Windows. 2006. Versión 15.0.0. Chicago. SPSS Inc. [programa informático]. Disponible en: <http://www.spss.com/>
34. Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER: Prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española. Madrid: Merck, Sharp & Dohme; 2001.
35. Gelman SM, Lera S, Caballero F, López MJ. Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Rev Esp Reumatol*. 2002;29:323-9.
36. Rossy LA, Buckelew SP, Dorr N, Hagglund KJ, Thayer JF, McIntosh MJ, et al. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Rehab Med*. 1999;21:180-91.
37. Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Monsalve V, Bayona MJ, De Andrés J. Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11:430-3.
38. Cruz D, Leiva I, Ibero JL, Blanco B, Arencibia O. Fibromialgia: una revisión desde atención primaria. *SEMG*. 2005;80:780-9.
39. Bennett RM, Jones J, Turk DC, Russell IJ, Matallana L. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC*. 2007;8:27.
40. Moiola B, Merayo LA. Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;12:476-84.
41. Leonard MT, Cano A, Johansen AB. Chronic pain in a couples context: a review and integration of theoretical models and empirical evidence. *J Pain*. 2006;7:377-90.
42. Stroud MW, Turner JA, Jensen MP, Cardenas D. Partner responses to pain behaviours are associated with depression and activity interference among persons with chronic pain and spinal cord injury. *J Pain*. 2006;7:91-9.
43. Gil KM, Keefe FJ, Crisson JE, Van Dalfsen PJ. Social support and pain behaviour. *Pain*. 1987;29:209-17.
44. Pérez-Pareja J, Borrás R, Palmer A, Sesé A, Molina F, Gonzalvo J. Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*. 2004;16: 415-20.
45. Lackner JM, Gurtman MB. Pain catastrophizing and interpersonal problems: a circumplex analysis of the communal coping model. *Pain*. 2004;110:597-604.
46. Sullivan MJL, Tripp DA, Santor D. Gender differences in pain and pain behaviour: role of catastrophizing. *Cogn Ther Res*. 2000;24:121-34.
47. Klapow JC, Slater MA, Patterson TL, Atkinson JH, Weickgenant AL, Grant I, et al. Psychosocial factors discriminate multidimensional clinical groups of chronic low back pain patients. *Pain*. 1995;62:349-55.
48. Sullivan MJ, Thorn B, Rodgers W, Ward LC. Path model psychological antecedents to pain experience: experimental and clinical findings. *Clin J Pain*. 2004;20:164-73.
49. De Felipe V, Castel-Bernal B, Vidal-Fuentes J. Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. I Simposio de Dolor en Reumatología. *Reumatol Clin*. 2006;2:38-43.
50. Montoya P, Sitges C, García-Herrera M, Izquierdo R, Truysols M, Blay N. Abnormal affective modulation of somatosensory brain processing among patients with fibromyalgia. *Psychosom Med*. 2005;67:957-63.
51. Staud R, Robinson ME, Vierck J, Cannon RC, Mauderli AP, Price DD. Ratings of experimental pain and pain-related negative affect predict clinical pain in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain*. 2003;105:215-22.
52. White KP, Nelson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M. Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. *J Rheumatol*. 2002;29:588-93.
53. Kurtze N, Terje Gundersen K, Svebak S. The role of anxiety and depression in fatigue and patterns of pain among subgroups of fibromyalgia patients. *Br J Med Psychol*. 1998;71:185-94.
54. Martínez E, González O, Crespo JM. Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud mental. Aten Primaria*. 2003;4:2-7.
55. Von Korff M, Wagner EH, Dworkin SF, Saunders KW. Chronic pain and use of ambulatory health care. *Psychosom Med*. 1991;53: 61-79.
56. Canella DLT, Lobel M, Glass P, Lokshina I, Graham JE. Factors associated with depressed mood in chronic pain patients: the role of intrapersonal coping resources. *J Pain*. 2007;8:256-62.
57. Castel-Bernal B, De Felipe V, Tornero-Molina J. Evaluación psicológica en el dolor crónico. I Simposio de Dolor en Reumatología. *Reumatol Clin*. 2006;2:44-9.