



## TRABAJANDO JUNTOS

# Propuesta de implementación del proceso de fibromialgia. Distrito Sevilla. La fibromialgia desde Atención Primaria

M.R. Díaz Osto

Grupo del Dolor de SEMERGEN, C.S. EL Porvenir, Grupo de Aparato Locomotor de SEMERGEN, Sevilla, España

Recibido el 4 de mayo de 2010; aceptado el 6 de agosto de 2010

Disponible en Internet el 13 de octubre de 2010

### PALABRAS CLAVE

Proceso fibromialgia  
Andalucía;  
Abordaje  
multidisciplinar;  
Dolor;  
Fibromialgia;  
Consejo asistido

### KEYWORDS

Andalusian  
fibromyalgia process;  
Multidisciplinary  
approach;  
Pain;  
Fibromyalgia;  
Counselling

**Resumen** El objetivo de este artículo es concienciar a la Atención Primaria, Administraciones sanitarias, ayuntamientos y Asociaciones de Fibromialgia que, es posible desarrollar el Proceso Asistencial Integrado de Fibromialgia 2005 de la Consejería de Salud de Andalucía en el Distrito Sanitario Sevilla. Los recursos humanos y materiales, casi todos existen ya, solo habría que organizarlos. La Atención Primaria juega un importante papel como puerta de entrada.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

### Proposal for implementing the fibromyalgia process. Seville district. Fibromyalgia from primary care

**Abstract** This article aims to raise awareness among Primary Care, Health Authorities, Municipalities and Fibromyalgia Associations that it is possible to implement the Fibromyalgia 2005 Integrated Health Process of the Andalusian Health Department in the Seville Health District. The human and material resources, already exist, and only have to be organised. Primary Care plays an important role as gateway to this process.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

La Atención Primaria es la puerta de entrada del paciente a la asistencia sanitaria, la más accesible y el primer lugar al que acude el paciente cuando tiene dolor. Si ya tenemos el formato teórico de cómo realizar la asistencia integral del paciente, ¿qué nos impide el ponerlo en marcha? Simplemente dar el primer paso, empezar en Atención Primaria.

Está todo definido y desarrollado en el proceso. Pasemos a la acción.

Deberíamos plantearnos: ¿cuáles podrían ser las principales barreras<sup>2</sup> para poner en marcha un proceso de fibromialgia, considerado este como un subproceso del proceso de dolor no oncológico?:

- Infraevaluación del dolor por parte de los profesionales (déficit de conocimientos, habilidades, actitud pasiva por

Correo electrónico: [mrdo@telefonica.net](mailto:mrdo@telefonica.net)

dudas sobre la utilidad del uso de cuestionarios, escalas), falta de recursos (tiempo, escalas, cuestionarios), pensamientos erróneos sobre el dolor.

- Tratamiento insuficiente por parte de los profesionales.
- Déficit de información y comunicación, cultura pasiva en los pacientes y en la población general sobre el abordaje del dolor.
- Falta de coordinación de la atención prestada por distintos profesionales.
- Déficit de sistemas de información.

Quisiera compartir con ustedes mi experiencia profesional en este campo. La forma en como abordo a este tipo de pacientes es tal como lo hago en mi práctica clínica diaria.

El resto son propuestas basadas en la experiencia de otros distritos sanitarios y de la bibliografía científica.

No es objetivo de este artículo hablar de la enfermedad en cuanto a etiopatogenia, prevalencia, diagnóstico ni comentar que tratamiento farmacológico es mejor emplear, existen magníficos referentes en la bibliografía médica que pueden ilustrar al lector sobre el tema. Sin embargo, si se intenta crear la inquietud en el profesional del abordaje biopsicosocial integral del paciente-usuario, intentando esquematizar las posibles acciones que nos pudieran ayudar a conseguirlo.

Actualmente ya nadie concibe el abordaje del dolor crónico sin un abordaje multidisciplinar<sup>1-16</sup>.

He trabajado con las pacientes (mujeres sobre todo) de forma individual y grupal. Ha sido muy satisfactorio este contacto tan directo, me ha enriquecido como profesional y como persona. Desde mi punto de vista, es un paciente, que si se emplea la comunicación adecuada, se dedican varias sesiones en las que practicamos la escucha activa, asertividad, empatía, ofreciéndoles «herramientas» para mejorar su calidad de vida, empieza a afrontar su enfermedad y a convivir con ella, participando activamente en dicho proceso.

Solemos detectar en las primeras consultas que el locus control es externo, es decir, «toda la ayuda me viene de fuera». Nuestro objetivo educacional será la implicación de la paciente en su propio cuidado y en afrontar su dolor. A medida que «motivamos para el cambio» nos necesitan menos, ¿no es ese uno de nuestros principales objetivos, el autoapoyo?<sup>24,27</sup>.

Retomando de cómo darle forma práctica en Primaria al proceso del que venimos hablando debemos reconocer que no es tarea fácil pero, no imposible. Partiendo de la base de que la atención al dolor debe ser y es un valor ético en un sistema público de salud, está claro que debe de estar en la cartera de servicios de cualquier sistema público, reorganizar los recursos sanitarios, sacar adelante los procesos asistenciales, planes integrales de salud y estrategias de cuidados, fomentar la participación de la ciudadanía en el manejo del dolor, definiendo un plan de comunicación e información sobre el dolor<sup>2</sup>. Teóricamente lo expuesto suena muy bien pero, nos chocamos con la cruda realidad, ¿está preparada para este cambio la estructura sanitaria, los profesionales y los pacientes? Me atrevo a contestar que el paciente-usuario sí, muchos profesionales lo están deseando pero ¿no va la estructura sanitaria mucho más ralentizada para este cambio? En países anglosajones ya se trabaja con este concepto integral y multidisciplinar. Llama la atención

como existen comunidades autónomas donde tienen implantadas unidades de fibromialgia.

Todavía algunos compañeros no admiten la enfermedad fuera del contexto de salud mental (existen pacientes con fibromialgia que no padecen ninguna psicopatología), yo siempre respondo lo mismo: «respeto tu opinión pero, si la paciente sufre, le duele y te abruma con sus problemas emocionales que están detrás siempre de un dolor crónico, te agobia no tener tiempo para tratarlas en los cinco minutos de consulta, si ya no sabes que hacer con ellas, prueba con nuestra forma de abordar la comunicación, a ver si te va mejor, no tienes nada que perder» y añado: «la enfermedad está reconocida a nivel mundial por la OMS y la Sociedad Internacional del Dolor con sus códigos correspondientes».

Los pilares del tratamiento<sup>1-5,7,10,12-15,23-24</sup> son tratamiento farmacológico y no farmacológico: educación<sup>31</sup>, ejercicio físico<sup>21-23</sup> (el de mayor evidencia), terapia cognitivo-conductual<sup>3,4,29,30,32-34</sup>.

Pero si se quiere rentabilizar los recursos y estos son limitados, ¿por qué no integrar el proceso de fibromialgia con el de dolor crónico no oncológico? Ventajas: la fibromialgia es un dolor crónico, por lo que ambos procesos aprovecharían recursos humanos y materiales conjuntamente. Pero esto no es el objetivo de este artículo.

## Abordaje práctico de algunos aspectos del Proceso Asistencial de Fibromialgia de la Consejería de Salud 2005

### Formación del profesional

1. Objetivos<sup>1,2</sup>.  
Desarrollar habilidades de comunicación en el profesional.  
Conocer etiología, diagnóstico, definir grado de afectación del paciente, tratamiento multidisciplinar.
2. Contenidos.  
Talleres de habilidades en comunicación.  
Counselling<sup>42-45</sup>.  
Curso: aprendiendo a conocer la fibromialgia.
3. A quién va dirigido.  
Profesionales del Distrito Sevilla: médicos de familia, enfermeros de familia y de enlace, trabajadores sociales, reumatólogos, psicólogos, psiquiatras, acupuntadores, terapeutas ocupacionales.
4. Impartición.  
Profesionales implicados en el campo de la fibromialgia.
5. Lugar celebración.  
Aulas del Distrito Sevilla. Antiguo Hospital Militar Vigil de Quiñones. Avda. de Jerez s/n. Sevilla.

### Abordaje desde el centro de salud

#### Médico de familia (consulta de cinco minutos-siete minutos)

Podría ser un objetivo principal, el aplicar el Counselling, canalizando las emociones del paciente retenidas con respecto a su enfermedad.

Como objetivo secundario sería programar las visitas.

**Primera consulta.** El objetivo principal en esta primera consulta será favorecer la comunicación y expresión de emociones retenidas a través del Counselling.

En cuanto a los contenidos, será imprescindible conocer lo que el paciente sabe de la fibromialgia.

Averiguaremos las características del dolor y síntomas acompañantes, comorbilidades. Manejaremos la escala numérica de intensidad del dolor (ENID)<sup>7</sup> (en una regla horizontal de 10 cm que va acotada cada centímetro por medio de valores numéricos). Se entregan los siguientes cuestionarios, que el programa informático DIRAYA del Servicio Andaluz de Salud valora directamente: de ansiedad y de depresión de Goldberg (son muy sencillos de utilizar y rentables para utilizar en las consultas de Atención Primaria, tan escasas de tiempo, nos sirve para una pequeña evaluación psicológica); el MOS de apoyo social (hace una valoración global en ese aspecto)<sup>35</sup>, el FIQ<sup>17,18</sup> (cuestionario validado y traducido al español, Fibromyalgia Impact Questionnaire, nos definirá el grado de afectación); APGAR familiar<sup>35</sup> (valora la funcionalidad familiar), accidentes vitales estresantes en el último año (AVE)<sup>35</sup>. En el Congreso de SEMERGEN de Valencia de octubre 2008 presentamos un póster en el que, la conclusión principal era que el apoyo social disminuía conforme aumentaba la gravedad de la disfunción familiar, en las pacientes que acudían al taller de intervención de fibromialgia.

Se indica al paciente que los rellene lo antes posible, presentándolos en unos días en el mostrador del Servicio Atención al Usuario (SAU) del centro, en sobre cerrado con su nombre completo y a nombre de su médico.

Exploramos los puntos de fibromialgia. Solicitamos la analítica<sup>1,7,8,20</sup>: hemograma, VSG, PCR, glucemia, creatinina, calcio, fósforo, GOT, GPT, GGT, FA, CPK, TSH y finalizamos con una explicación breve en que consiste la enfermedad y los tratamientos actuales de los que disponemos (farmacológicos y no farmacológicos)<sup>16</sup>. Enfatizamos en el apoyo que le vamos a dar como su médico de familia y el posible acceso a diferentes recursos. Recalcamos el papel activo que debe de adoptar en la mejora de su calidad de vida, en afrontar la enfermedad, favoreciendo de esta forma el auto apoyo<sup>27</sup>. Se programa la siguiente visita a los 7–10 días.

**Consulta intermedia administrativa, sin el paciente presente.** El objetivo principal será evaluar los cuestionarios y valorar la analítica.

Los cuestionarios tipo AVE, el de ansiedad y depresión están en la hoja de motivo de consulta de DIRAYA de fácil acceso.

Propuesta: el FIQ debería de crearse en DIRAYA en acceso directo, con evaluación automática por parte del programa. El MOS de apoyo social y APGAR familiar debería de esta en la hoja de consulta en acceso directo, actualmente se busca en otro acceso.

**Segunda visita.** El objetivo principal será confirmar el diagnóstico, grado de afectación, plan terapéutico.

En cuanto al contenido, se comunicarán los resultados. Realizamos la exploración del aparato locomotor (buscando comorbilidades). Confirmamos o no diagnóstico<sup>1,4,5,7–9,11,19</sup>. Es importante que codificar la enfermedad, hasta ahora el código más parecido que tenemos en el sistema informático DIRAYA es el 729.1 (mialgia y miositis no especificada).

Definimos el grado de afectación<sup>5</sup>: grave (>75%), moderado (50–75%), leve (<50%) con el FIQ. Si no se tuviera

todavía el FIQ, podríamos hacer la clasificación con la escala ENID: hasta 5 leve, > de 5 a 7 moderado y > de 7 a 10 grave.

Se valora la comprensión y la actitud inicial frente al problema. Así llegamos al planteamiento de la intervención.

Plan de intervención:

Promovemos la implicación del paciente en el plan terapéutico. Programamos el ejercicio físico<sup>1</sup>, según nivel sintomático: alto (programa suave), medio (programa moderado) y bajo (programa fuerte), definidos en el Proceso de Fibromialgia de la Consejería de Salud. Es interesante tener siempre fotocopias de estos ejercicios. Se hace propuesta de intervención grupal (más adelante se especifican los contenidos). Pasamos a plantear la intervención farmacológica. Informamos de los recursos de la comunidad que le podrían ayudar a mejorar su calidad de vida actual. Fomentamos el asociacionismo y se deriva a la consulta de enfermería.

La ventaja de este abordaje, es que favorece la aproximación diagnóstica más integral del paciente, hecho que hará que nuestra intervención sea desde la perspectiva biopsicosocial<sup>24,28-31</sup>. Este abordaje satisface más al paciente que empieza a entender que «no solo hay que afrontar el dolor en la fibromialgia».

**Siguientes visitas.** El objetivo principal será el seguimiento del plan terapéutico y necesidades detectadas.

En cuanto al contenido reforzaremos las medidas positivas de mejora del dolor e intentaremos modificar las negativas. Reforzamos la práctica del ejercicio físico. Valoramos la duración de los períodos intercrisis (Diario del dolor). Programamos las siguientes visitas: a los 7, 15 días, al mes. Siempre es aconsejable programar la visita en el tiempo. En Andalucía tenemos la receta electrónica (receta XXI) que nos permite citar al paciente para cuando precisa revisión de la medicación.

### Enfermería<sup>20</sup>

El papel del enfermero de familia es aquí muy importante. El paciente necesita un espacio, como el que dispone enfermería, para poder hablar de sus dudas, sus logros, sus miedos, etc. Al ser una enfermedad crónica, debería de haber un seguimiento por parte de este profesional.

La siguiente propuesta podría ser: valorar el conocimiento y aceptación que la paciente tiene de la fibromialgia. Desdramatizar la enfermedad. Practicar la escucha activa, así el paciente podrá hablar con total libertad de su enfermedad. Revisar el diario del dolor. Evaluar el nivel sintomático del dolor por la escala ENID. Detectar dificultades para realizar tareas propuestas. Comprobar la cumplimentación farmacológica. Detectar reacciones adversas a medicamentos. Comprobar la adherencia al ejercicio físico, comprobar el nivel en el que se encuentra (suave, moderado, alto), tolerancia al mismo (nivel sintomático actual), propuesta de variación de nivel en función de tolerancia. Reforzar el mantenimiento de la terapia grupal, si la paciente ya está yendo o, si las circunstancias cambian, aconsejarle que acuda a la misma si antes no iba. Informar sobre recursos de la comunidad en relación con su proceso.

Detectar situaciones de riesgo social.

### Trabajador/a social, enfermero/a de enlace:

Manejar las situaciones sociales detectadas, plan individualizado<sup>1,20</sup>.

**Calendario de ciclo de conferencias:**

Gestionado por asociaciones, distrito sanitario y Ayuntamiento.

Será una plataforma de encuentro en cada Distrito del Ayuntamiento, con intervención muy directa de los profesionales de los centros de salud.

Contenido: informar sobre la enfermedad, dar a conocer el Proceso de Fibromialgia, adaptado a cada zona básica de salud, motivar para actuar, dar a conocer recursos que tiene la comunidad.

**Propuesta plan terapéutico según grado de afectación<sup>1,5</sup>**

1. Afectación vital leve: mínima interferencia con la función, <50%.
  - Educación apoyada por material divulgativo de la enfermedad.
  - Ejercicio físico no supervisado<sup>1,5</sup>: empezar por el programa moderado y subir tras tolerancia.
  - Higiene del sueño.
  - No precisa interconsultas.
  - Ofertar servicios de la comunidad: centros deportivos con natación, talleres del distrito del ayuntamiento de habilidades sociales y emocionales, Yoga, Taichí, Pilates, talleres específicos de ejercicio físico para el dolor crónico no oncológico, etc.
  - Fármacos: no es objeto de este trabajo hablar de la farmacología, tal como se referenció al principio del artículo.
2. Afectación vital moderada<sup>1,5</sup>: interferencia moderada con la función o el trabajo, 50–75% con pérdidas parciales de actividad.
  - Educación, higiene del sueño, igual que en la leve.
  - Taller de autoayuda en el centro de salud<sup>16,20</sup> (impartidos por médico/a de familia, enfermero/a de familia, trabajador/ra social con experiencia en estos talleres y colaboración con las asociaciones).  
Contenido del taller: manejo de habilidades emocionales y sociales, técnicas de relajación y de higiene del sueño, auto-apoyo, técnicas de afrontamiento, medidas cardio saludables.
  - Atención familiar<sup>35–40</sup>.
  - Servicios de salud mental.  
Derivación: paciente con afectación moderada con depresión y/o ansiedad moderada-grave que no puede ser tratada en el centro de salud.  
Intervención individual si depresión y/o ansiedad moderada-grave.  
Terapia grupal: talleres de relajación, de habilidades emocionales y auto apoyo. Terapia familiar si precisa (en la disfunción familiar moderada-grave).
  - Ejercicio físico supervisado<sup>1,5</sup>: talleres de colaboración con Universidad-Distrito del Ayuntamiento (impartidos por profesores de educación física con experiencia en fibromialgia).  
Formar a profesores y monitores de Educación Física en la adaptación del paciente al ejercicio, por profesores de Educación Física con experiencia en el tema. Se debe recomendar al paciente ejercicio de grado moderado y, aumentar según tolerancia.

Se debería de derivar a los servicios de reumatología: si existe duda diagnóstica o comorbilidad que precise ser tratada en dicho servicio.

Importante: una paciente con una red de apoyo social media, una disfunción familiar leve-moderada, con depresión y/o ansiedad leve-moderada con acceso a los servicios de la comunidad, no interesada en las sesiones grupales, puede ser tratada en Primaria.

Derivar al/la trabajador/a social si se detectan problemas sociales que precise dicha intervención.

Se propone: la existencia de un rehabilitador y un fisioterapeuta en el centro de salud (algunos centros ya han empezado a hacerlo. Lo mínimo sería dos días en semana. Ideal, más días (todo dependerá de la disponibilidad de recursos). Para 4 centros de salud. Colaboración de las asociaciones en este tema. Se propone como criterios de derivación: cuando la paciente esté con una fase muy álgica (ENID>7).

Un acupuntor, sería interesante, aunque solo podemos decir que tiene una evidencia moderada: un día a la semana en el centro de salud. Para 4 centros de salud. ¿Cuándo derivar?, en fases muy álgicas ENID>7, acompañada o no de ansiedad/depresión y/o trastornos del sueño. Técnica: acupuntura<sup>1,15,25,26</sup>. auriculopuntura. Muy importante: la acupuntura no es solo una técnica, es todo un arte, influye bastante la personalidad del que lo aplica (igual que en nuestra práctica clínica diaria).

Tratamiento farmacológico.

3. Afectación vital grave<sup>1,5</sup>: marcada interferencia con la función o el trabajo, imposibilidad para realizar el trabajo o situación de baja laboral por la enfermedad, >75%.

Educación, taller de autoayuda, higiene del sueño, atención familiar, se debe de recomendar ejercicio leve (aumentando progresivamente según tolerancia), tratamiento farmacológico

**Unidades de fibromialgia<sup>41</sup>**

Tratamiento multidisciplinar en una misma ubicación. Según recursos.

Aprovechando el recurso que tenemos actualmente con las Unidades del Dolor del S.A.S, sería un buen recurso, modificando algunos aspectos. Vuelvo a recordar que en otras comunidades existen las Unidades de Fibromialgia. El papel de Primaria sería en estos casos, de seguimiento y apoyo a dicha unidad.

Es una propuesta, solo se necesita la intención y la acción de que nuestros gerentes del Área de Primaria, del Área Hospitalaria, distrito del Ayuntamiento, Universidad, asociaciones de fibromialgia se sentaran a negociar. Es un problema de gestión.

Pero si han leído atentamente el artículo, podrán observar que podría valer para muchos de nuestros pacientes con dolor crónico no oncológico.

Por último les dejo la siguiente pregunta en el aire: ¿podrían reestructurarse las unidades del dolor actual y, que funcionaran con esa atención integral que tanto hemos hablado en este artículo y así beneficiarse también las pacientes con fibromialgia?

Lo que si sé es lo que podríamos hacer en un centro de salud, el resto depende de nuestros gestores.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## NOTA DEL AUTOR:

Ante la reciente publicación del «Documento de Consenso Interdisciplinar del Tratamiento de la Fibromialgia» en la revista *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38(2):108–20 (el presente artículo se empezó a redactar en mayo 2010), una de las principales aportaciones es la clasificación de Giesecke del paciente y la simplicidad del tratamiento que nos ayudará a la hora de la toma de decisiones.

## Bibliografía

- Proceso Asistencial Integrado Fibromialgia. Consejería de Salud de Andalucía 2005.
- Plan Andaluz de Atención a las personas con dolor 2010-2013. Consejería de Salud. Depósito legal: SE-1492-2010.
- Rosy LA, Buckelew SP, Dorr N, Hagglund KJ, Thayer JF, McIntosh MJ, et al. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Behav Med.* 1999;21:180–91.
- Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. I Simposio de Dolor en Reumatología. *Reumatol Clin.* 2006;2(Supl 1):555–66.
- Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre C, Romera M, Sañudo I. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Med Clin.* 2002;118:745–9.
- Bosch Romero E, Saenz Moya N, Valls Esteve M, Viñolas Valer S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: Impacto de un programa de educación sanitaria. *Aten Prim.* 2002;30:16–21.
- Evaluación y Diagnóstico del dolor, Reunión de expertos. Cátedra extraordinaria del dolor "Fundación Grüenthal" de la Universidad de Salamanca 22–23 Octubre de 2007.
- Fibromialgia, Reunión de expertos. Cátedra extraordinaria del dolor "Fundación Gruenthal" de la Universidad de Salamanca 18–19 Junio 2001.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Fibromialgia. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. ISBN:84-7670-647-2.
- Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. I Simposio de Dolor en Reumatología. *Reumatol Clin.* 2006;2(Supl 1):555–66.
- 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;11:430–43.
- Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2008;67:536–41.
- Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology (Oxford).* 2008;47:670–8.
- Häuser W, Bernardy K, Arnold B, Offenbächer M, Schiltenswolf M. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis Rheum.* 2009;61:216–24.
- Chakrabarty S, Zoorob R. Fibromyalgia. *Am Fam Physician.* 2007;76:247–54.
- Díaz Osto MR, Herrero García G, Gamero Luna Enrique J, Gago Freytas C, Ríos Garrido R, Carranza Espinal MJ, et al. Manual para Talleres de Intervención en Fibromialgia (libro en CD-ROM). ISBN: 978-84-690-8397-0. Depósito legal: SE-S026-07.
- Burckhardt CS, Clark SR, Bennet RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and Validation. *J Rheum.* 1991;18:728–33.
- Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernandez-Ballart J. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol.* 2004;31:507–13.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennet RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. Criteria for the classification of fibromyalgia. The American College of Rheumatology 1990. Report of the Multi-center Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33:160–72.
- Plan Integral de Intervención en el Proceso de Fibromialgia en el Distrito Sanitario Guadalquivir. Mayo 2008.
- Selwyn CM, Richards J. Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomized controlled trial. *BMJ.* 2002;325:185.
- Busch AJ, Barber KAR, Overend TJ, Peloso PMJ, Schachter CL. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009 Issue 2.
- Mannerkopi K, Ahlmén M, Ekdahl C. Six and 24 month follow-up of pool exercise therapy and education for patients with fibromyalgia. *Scand J Rheumatol.* 2002;31:306–10.
- Mannerkopi K, Garg G. Physiotherapy group treatment for patients with fibromyalgia: an embodied learning process. *Disabil Rehabil.* 2003;25:1372–80.
- Assefi N, Sherman K, Jacobsen C, Goldberg J, Smith W, Buchwald D, et al. A Randomized Clinical Trial of Acupuncture Compared with Sham Acupuncture in Fibromyalgia. *Ann Intern Med.* 2005;143:10–9.
- Mayhew E, Ernst E. Acupuncture for fibromyalgia: a systematic review of randomized clinical trials. *Rheumatology.* 2007;46:801–4.
- Peñarrubia F. *Terapia Gestalt: La vía del vacío fértil.* Madrid: Alianza Editorial; 1998.
- García Campayo J, Pascual López A. Aprender a vivir con Fibromialgia. Edika-Med S.L.; 2006. ISBN 9788478773954.
- Dethlefsen T, Dahlke R. *La enfermedad como camino.* 5.ª ed Barcelona: Plaza & Janes; 1998.
- Martínez E, González O, Crespo JM. Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Revista Salud Global Año III. N.4.* 2003. *Salud Mental en Atención Primaria.*
- Kelly J. Entrenamiento de las habilidades sociales. Guía práctica para las intervenciones. S.A. Editorial Desclée de Brouwer. ISBN 9788433007025.
- Labrador FJ, Cruzado Rodríguez JA, Lopez Muñoz M. *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta.* Madrid: Pirámide; 1993. ISBN 978843681.
- Bandura A, Van de Hofstadt CM, Quiles MJ. Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. *Revista de la Sociedad española del Dolor.* 2001;8:503–10.
- Van Koulil S, Effting M, Kraaiaam FW, van Lankveld W, van Helmond T, Cats H, et al. Cognitive-behavioural therapies and exercise programmes for patients with fibromyalgia: state of the art and future directions. *Ann Rheum Dis.* 2007;66(5), 571–81. Disponible en: <http://www.ard.bmj.com/cgi/content/full/66/5/571>.
- Revilla L. *Conceptos e instrumentos de la Atención Familiar.* Barcelona: Ediciones Doyma, SA; 1994.
- Mc Daniel S, Campbell TL, Seaburn DB. *Orientación familiar en Atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud.* Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1998.

37. Fuertes MC, Maya MU. Atención a la familia: la atención en situaciones concretas. *Anales Sis San Navarra*. 2001. 24(supl. 2): 93–105.
38. Yurss I. «Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en Atención Primaria. Instrumentos de abordaje familiar». *Anales Sis San Navarra*. 2001. 24(supl. 2): 73–82.
39. Molins J, Extremera MJ, Carballido S, Lutterbeck V. «La fibromialgia desde la perspectiva relacional» Trabajo de investigación del Máster de Terapia Familiar de L'Escola de Terapia Familiar de Sant Pau. Barcelona 2005.
40. Gómez Casanovas E. ¿Como ayuda la familia al enfermo de fibromialgia y síndrome de fatiga crónica? 2006. Disponible en: <http://www.fibromialgia.com/documentos>.
41. Collado Cruz A, Muñoz Gomez J, Perez Martinez J, Pinar de Santos M, Gomez Casanovas E. Protocolos de evaluación y tratamiento de los pacientes con fibromialgia. Universidad de Barcelona. Unidad de fibromialgia. Instituto de especialidades médico-quirúrgicas. Instituto de Neurociencias. Anestesiología-clínica del dolor. 2009.
42. Bimbela J.L. El Counselling: Una tecnología para el bienestar del profesional. *Counselling: a technology for the wellbeing of the professional*. Escuela Andaluza de Salud Pública. *Anales Sis San Navarra*. 2001;24(Supl 2).
43. Bimbela JL. Gimnasia social, la práctica. Editorial: Escuela Andaluza de Salud Pública. ISBN:978-84-87385-84-1.
44. Bower P, Rowland N. The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2003;33:203–15. Traducido por Isabel Fernández Fernández. Medico de familia. Sevilla. urloriginal: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band111/b111-2.html>.
45. Bayés R. El Counselling como instrumento terapéutico. En: María Isabel Hombrados, Ed. *Estrés y salud*. Valencia, Promolibro 1997. p. 343–50.