

I Simposio de Dolor en Reumatología

Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención

Introducción

La fibromialgia (FM) es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por dolor crónico generalizado, que el paciente localiza en el aparato locomotor.

En los últimos años, la FM ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia hasta convertirse en la actualidad en un problema de salud pública de primer orden¹.

Se parte de la concepción biopsicosocial en el proceso de enfermar. No se puede pensar en la dualidad cuerpo-mente, sino en una interrelación continua entre ambos, aunque la concomitancia de aspectos psicológicos y físicos se hace más evidente en las enfermedades crónicas y en las que cursan con dolor, como es el caso de la FM.

Se quiere resaltar la importancia de lo fisiológico y lo social en la FM, y no sólo de lo psicológico, aunque sea éste el aspecto en el que se incide en esta exposición.

La evidencia de los aspectos psicológicos implicados en la FM es determinante para incluir tratamientos psicológicos dirigidos a los pacientes con este síndrome.

Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia

No hay lesión estructural en los pacientes con fibromialgia

Se puede considerar este hecho como una base importante que justifica la implicación de los aspectos psicológicos en la FM. En este campo se ha observado que no hay evidencia de alteración anatomopatológica del aparato locomotor. Se ha encontrado diversas alteraciones morfológicas y funcionales en la biopsia de músculo y tejidos blandos; sin embargo, los hallazgos hasta el momento son bastante inespecíficos¹. Se han encontrado alteraciones mitocondriales inespecíficas (miopatía mitocondrial).

No hay evidencia de lesiones en los sistemas nerviosos central (SNC) y periférico (SNP). La disfunción del sistema nervioso autónomo es un hallazgo consistente y reproducible. Los datos más recientes indican que en los pacientes con FM hay una alteración de los mecanismos de procesamiento del dolor, probablemente por un desequilibrio en los neuromoduladores del SNC¹.

Las pruebas objetivas complementarias para el diagnóstico (analíticas, radiológicas...) son normales.

Hay evidencia de cambios estructurales y funcionales en el cerebro producidos por el estrés psicológico

Hay evidencia de que el estrés produce cambios estructurales y funcionales en el cerebro por mecanismos no aclarados^{2,3}. Hay una relación entre el sistema dopaminérgico y la capacidad de afrontar el mundo exterior. El estrés influye directamente en varias conductas básicas que el sistema dopaminérgico media⁴.

El estrés precipita la depresión y altera su historia natural. La depresión mayor y la respuesta al estrés comparten mediadores y circuitos similares⁵.

Estresores vitales tempranos pueden modificar permanentemente el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal y la respuesta a los estímulos estresantes⁶.

Revisión de la literatura científica

El término psicológico engloba muchos aspectos; por un lado, emociones, afectos, conflictos, y por otro, cogniciones, modos de afrontamiento... Pero también incluye relaciones interpersonales, habilidades de comunicación y capacidades para resolver las dificultades y mecanismos de adaptación del sujeto.

Dependiendo de los aspectos estudiados, existen diferentes teorías para dar una explicación de la estructuración del psiquismo y de los tratamientos más adecuados para la resolución de las dificultades que aparecen en dicha estructuración.

De este modo, a la hora de hablar de la evidencia científica, es necesario diferenciar teorías que trabajan sobre los aspectos psicológicos implicados en este síndrome y que se podrían agrupar en las siguientes líneas de investigación.

Multifactorialidad y enfoque biopsicosocial en la fibromialgia

Se demuestra la inclusión de aspectos psicológicos de manera general en la FM⁷. Se considera que lo verdaderamente importante en la FM son los síntomas psicosociales centrales del paciente con alteraciones⁸.

Para entender la FM y los síntomas relacionados y aplicar un tratamiento adecuado es necesario partir de un punto de vista biopsicosocial y no biomédico⁹. La mayoría de las investigaciones señalan que los pacientes con FM tienen significativamente más problemas

psicológicos que los grupos de control sanos y los pacientes con trastornos de dolor crónico con enfermedades estructurales como la artritis reumatoide¹⁰ .

En general, los pacientes con FM han tenido más trastornos emocionales, un repertorio más escaso de estrategias para afrontar el dolor, una red de relaciones sociales mucho más escasa y vínculos sociales mucho más negativos que el resto de la gente¹¹ .

Los clínicos también reconocen una asociación entre el inicio de la FM y los estresores psicológicos crónicos¹² .

Psicopatología y fibromialgia

La opinión de que la FM es un trastorno psiquiátrico no tiene sustento en la evidencia científica¹³ . Pero varios estudios prospectivos y un diseño de investigación en materia de causalidad han mostrado que la presencia de trastornos psiquiátricos predice dolores regionales de varios tipos¹⁴ .

Algunos estudios indican que estos pacientes presentan problemas psicosociales y trastornos psiquiátricos, como depresión, ansiedad, somatizaciones, fobias y trastornos de pánico. A menudo tienen estados distímicos o depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos fóbicos, pueden presentar concomitantemente afecciones de dependencia de alcohol y medicamentos, e incluso tienen diversos trastornos de personalidad^{15,16} .

Algunos autores hablan de hasta un 47% de los pacientes con FM que padecen algún trastorno de ansiedad. La ansiedad crónica produce tensión muscular y aumento de la receptividad o disminución de la tolerancia al dolor, así como mantenimiento del "sentimiento doloroso", una vez cesado el estímulo nociceptivo.

Por otra parte, el dolor puede generar una respuesta de ansiedad patológica y, de hecho, la ansiedad es el factor psicológico que antes y mejor se identifica como respuesta a la experiencia dolorosa¹⁷ .

Hay muchos indicios de que la depresión se asocia con la FM: alrededor del 50% de los pacientes con dolor crónico sufren depresión, sea ésta previa o concomitante a la FM¹⁸ .

Se ha observado que la psicopatología se puede correlacionar con la duración de la enfermedad y la intensidad del dolor.

También se ha asociado la FM con el síndrome de estrés postraumático. La incidencia del trastorno por estrés postraumático entre los pacientes con FM parece ser alta, pero sólo existe

un estudio prospectivo que señale una asociación entre el trauma selectivo y la fibromialgia, y los autores señalan que "los datos actuales en la literatura son insuficientes para indicar si existe una relación causal entre FM y trauma"¹⁹ .

Aspectos cognitivos relacionados en la fibromialgia

Las distorsiones cognitivas, esto es, pensamientos erróneos sobre uno mismo o sobre la situación personal, aparecen relacionadas con el dolor y la discapacidad asociada a problemas crónicos. El significado de la situación, la forma como el paciente construye y atribuye significado a cuanto acontece, también influye en la percepción del dolor. Los esquemas cognitivos sobre la naturaleza y/o progresión de la enfermedad afectan a la conducta del paciente²⁰ . Pero es que, además, las interpretaciones del problema afectan a la forma en que se presentan los síntomas ante los demás.

Las cogniciones de estos pacientes han sido identificadas repetidamente como importantes factores de riesgo. Se ha encontrado una correlación significativa entre cogniciones negativas e intensidad percibida de dolor, malestar emocional e interferencia del dolor en la vida diaria²⁰ . El estilo de afrontamiento también parece predecir la cronicidad, así como las percepciones catastróficas sobre la naturaleza del problema o el temor a futuros problemas o lesiones.

Los esquemas cognitivos y afectivos pueden activar los estados de dolor crónico, aun cuando los factores físicos ya no estén presentes.

Teorías psicoanalíticas y sus aportaciones al estudio de la fibromialgia

Desde esta teoría se incide en las emociones, conflictos y experiencias adversas en la infancia. La palabra permite que la sensación interoceptiva se convierta en sentimiento y tenga una representación psíquica. Las representaciones que evocan el dolor dependen de las vivencias intersubjetivas en que se desarrollaron y, por lo tanto, es trascendente cómo se inscribió el dolor en la evolución del individuo y cómo se resignificó a partir de las experiencias emocionales vividas posteriormente en los momentos críticos. Hablamos así de una subjetividad del dolor, es decir, de la atribución de significados a los distintos hechos sensoriales desagradables²¹ .

Bion²² describe determinado tipo de personas que toleran poco el dolor y no pueden sufrirlo (soportarlo), y señala que estos pacientes que fracasan en contener el dolor también tienen dificultades en desarrollar el placer y otro tipo de afectos.

En algunos estudios se ha visto como antecedentes importantes de la FM el sexo femenino, las experiencias adversas durante la infancia (particularmente los abusos sexuales y el

aprendizaje de comportamientos maladaptativos), así como la victimización de adultos, con la consecuente incapacidad para manejar los avatares de la vida diaria⁹.

Se ha observado que los pacientes con un alto número de "puntos gatillo", relataban varias experiencias adversas en la niñez, particularmente abusos sexuales. Se ha examinado la relación entre los síntomas de dolor reciente y las historias de abusos físicos o sexuales en la infancia en estudiantes sanos de ambos sexos. Las chicas relataban 2 veces más abusos que los chicos (el 43,5 y el 23,8%, respectivamente). Los sujetos con estas historias experimentaban dolor en más sitios, mayor intensidad del dolor, más demanda de atención médica y más trastornos psicológicos (depresión, somatización, temperamento negativo) y más catastrofismo que aquellos sin historia de abuso¹⁴.

Diferentes autores relacionan la FM con trastornos por somatización, y desde una posición psicossomática de orientación psicoanalítica, se definen en estos pacientes ciertas características psicológicas como la dificultad de introspección y la alexitimia¹⁶. La alexitimia es la incapacidad o dificultad para descubrir o reconocer las emociones --y expresarlas-- o el propio estado de ánimo. El término alexitimia (*a*: no; *lexis*: palabras; *timos*: sentimientos) fue acuñado por Sifneos a partir de las observaciones realizadas en una población heterogénea de sujetos con quejas físicas incongruentes con la valoración orgánica remitidos a un servicio de psiquiatría. La alexitimia se caracteriza por una dificultad manifiesta del paciente para manejar adecuadamente su vida afectiva.

McBeth et al²³ proporcionan un sólido soporte a la noción de rasgos de somatización que se definen como la expresión de un distrés social y personal a través de los síntomas físicos que contribuyen al desarrollo de un dolor crónico irradiado. Utilizando un estudio prospectivo de población y unos instrumentos psicosociales bien validados, estos investigadores demuestran que varios indicadores de somatización basales, particularmente una conducta de enfermedad y un alto nivel de síntomas somáticos, predicen el desarrollo de dolor crónico irradiado un año después¹⁴.

Los descubrimientos de McBeth et al²³ son congruentes con los actuales esquemas de clasificación de grupos de pacientes con FM, como un "síndrome somático funcional", según los cuales la "amplificación del síntoma" se cree que se debe a una percepción patológica de los estímulos internos.

Implicación de lo psicológico en la incapacidad

Bennett²⁴ señala que la incapacidad en la fibromialgia está basada en la motivación del paciente, y el trabajo de Aarón et al²⁵ subrayan que la incapacidad y la enfermedad en la FM tienen menos relación con la intensidad de los síntomas que con la disponibilidad de la persona

a la compensación. El artículo de Goldenberg²⁶ nos recuerda que los pacientes más discapacitados son los más desvalidos, menos sanos, los que menor nivel de satisfacción obtienen en el trabajo, los que carecen o creen carecer de habilidades y, asimismo, aquellos que se han visto envueltos en conflictos. Todas estas afirmaciones necesitan el apoyo más efectivo de una práctica clínica que determine en cada paciente el grado de incapacidad¹⁹.

Descripción de factores psicológicos que aparecen en una muestra de pacientes en el Hospital General de Guadalajara

Los resultados obtenidos confirman lo reflejado en las investigaciones referidas. Es una muestra formada por 73 pacientes diagnosticados de FM en el servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Guadalajara, siguiendo los criterios de la ACR y derivados al servicio de Psiquiatría (interconsulta y enlace) del mismo hospital.

Se deriva a todos los pacientes con FM y no sólo a aquellos que presenten psicopatologías. Este dato es importante porque se evita los sesgos propios de la derivación, aunque hay que tener presente que los pacientes incluidos pertenecen a atención especializada, lo que les confiere, probablemente, algunas características específicas.

En la evaluación psicológica y psicopatológica, se utilizan diferentes instrumentos diagnósticos para evitar las limitaciones de cada instrumento por separado. Dicha evaluación se realiza mediante una entrevista clínica, cuestionarios autoaplicados y el test de Rorschach que, por ser una prueba proyectiva, evita los sesgos derivados de los beneficios secundarios (conscientes e inconscientes) que algunos pacientes pueden obtener con la enfermedad, puesto que el sujeto no sabe qué respuestas indican la presencia de una psicopatología.

Psicopatologías

Según los criterios diagnósticos DSM-IV (Manual de Diagnóstico Psiquiátrico), el 68,5% de los pacientes presenta un diagnóstico psicopatológico en el momento de la evaluación. Dicho diagnóstico se realiza por entrevista semiestructurada. Los trastornos que aparecen son: distimia, 19,2%; depresión mayor, 17,8%; trastorno ansioso-depresivo secundario a enfermedad orgánica, 12,3%; trastorno por ansiedad generalizada, 2,7%, y trastorno adaptativo, 1,4%.

En la Escala de Depresión de Beck, el 57,1% de los pacientes presentaba una depresión de grado moderado-severo.

En el STAI-E, el 58% y en el STAI-R el 64% presentaban niveles de ansiedad por encima del percentil 75, punto a partir del cual se considera que la ansiedad es patológica.

En el test de Rorschach se observó un índice de depresión del 44,3%; un índice de inhabilidad social del 65,5%; un riesgo de suicidio del 9%, e hipervigilancia en el 1,8%.

Problemas psicosociales y ambientales

Se ha seguido los criterios del eje IV del DSM-IV, que divide dichos acontecimientos en: *a)* relativos al grupo primario (enfermedad grave, fallecimiento, divorcio...); *b)* relativos al ambiente social; *c)* económicos; *d)* laborales; *e)* secundarios a enfermedad orgánica. Los resultados obtenidos son:

El 68,7% de los pacientes tenían problemas psicosociales y ambientales 2 o más años antes de la realización del diagnóstico de FM.

El 55,4% tenía problemas psicosociales y ambientales importantes el año previo al diagnóstico de FM.

El 61,64% los presentaba en el momento de la evaluación psiquiátrica y psicológica.

En todos los casos, los que más aparecen son los relativos al grupo primario, y les siguen los relativos al ámbito laboral y económico.

Impacto en la calidad de vida y estado de salud

Se valora a través del FIQ y el Perfil de Salud de Nottingham. La puntuación media en el FIQ total es de 63,26, que corresponde a un impacto moderado en la calidad de vida de los pacientes. El porcentaje de afección del estado de salud de Nottingham es del 55% (el 100% se corresponde con la mayor afección).

Situación laboral

Se puede considerar como otro indicador influido por variables psicológicas además de físicas, como se ha reflejado en los estudios realizados por diferentes investigadores. El 30% de los pacientes de la muestra son amas de casa y, del resto, sólo el 20,5% de los pacientes que trabajan fuera estaban en situación laboral activa en el momento de la intervención. Casi un 50% se encontraba en situación de incapacidad (el 26% con incapacidad laboral transitoria; el 12,3% con incapacidad laboral permanente, y el 11% con incapacidad laboral total).

Según los resultados, se observa que lo psicológico está claramente afectado en la muestra de pacientes. Aparece un elevado nivel de sufrimiento, con psicopatología grave, dificultades en el manejo de los acontecimientos diarios, lo que genera gran ansiedad. Por otra parte, el área interpersonal está afectada de manera importante, se encuentran aislados, con baja

autoestima, desconfiados respecto al entorno, convencidos de que no crean el dolor que padecen. Toda esta situación genera sentimientos de impotencia, frustración, tristeza y rabia que siguen interfiriendo en las relaciones con los demás, incluidos los profesionales sanitarios.

En nuestros resultados también se observa una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre las psicopatologías (DSM-IV) y el impacto en la calidad de vida (FIQ y Nottingham).

No todos los pacientes se encuentran en esta situación, pero sí un elevado porcentaje de ellos. No todos los pacientes son iguales y en lo psicológico se podría diferenciar subgrupos dentro de esta afección. Hay diferencias en cuanto a la estructura de la personalidad, los recursos psicológicos y la capacidad de manejar la enfermedad, pero hay algo común a todos ellos: un malestar psicológico intenso, así como una elevada tendencia al aislamiento.

Hay que seguir investigando para dilucidar si estos aspectos son la causa o la consecuencia de la FM, y en este sentido es interesante un dato que aparece en nuestro estudio y es que la mayor duración de la clínica de FM no se relaciona con mayor incidencia de psicopatologías. Es decir no hay más psicopatologías cuanto más tiempo lleva un paciente con FM.

Posibilidades de intervención

Con base en la revisión de la literatura científica como en los resultados de la muestra analizada, se observa una alta incidencia de trastornos psicopatológicos, así como síntomas ansiosodepresivos y alteraciones psicológicas, por lo que es importante la inclusión de tratamientos psicológico y psiquiátrico para los pacientes con FM.

El tratamiento psicológico va dirigido a controlar los aspectos emocionales (ansiedad y depresión, principalmente), 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). Todos estos factores tienen un papel desencadenante y/o agravante de los síntomas del síndrome fibromiálgico.

La literatura científica y nuestros resultados avalan la hipótesis de que existe una clara implicación psicológica y psiquiátrica en estos pacientes, por eso es importante incluir una intervención psicológica y psiquiátrica adecuadas en el abordaje multidisciplinario de este síndrome.

En esta línea, en el Hospital Universitario de Guadalajara, desde el dispositivo de Interconsulta y Enlace del servicio de Psiquiatría y en coordinación con el servicio de Reumatología, se está realizando un programa de evaluación e intervención psicológica y psiquiátrica en pacientes con FM.

En este programa se incluye a todos los pacientes diagnosticados de FM en el servicio de Reumatología, y las actividades que se realizan son:

Diagnóstico psicopatológico.

Prescripción psicofarmacológica.

Evaluación psicológica.

Psicoeducación.

Aprendizaje de técnicas cognitivas para el manejo del dolor.

Psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica (técnica de grupo operativo).

Psicoterapia individual en los casos que lo precisen.

La duración del programa es de aproximadamente 18 meses. Se ha seleccionado tanto los campos como las metodologías que se han mostrado eficaces en el tratamiento de estos pacientes.

Psicodiagnóstico porque un tratamiento comienza con un buen diagnóstico. *Prescripción psicofarmacológica*: hay evidencia de que los antidepresivos tricíclicos mejoran el dolor. *Evaluación psicológica* para detectar los conflictos y las dificultades psicológicas y así poder realizar tratamientos más eficaces; además del nivel físico, la evaluación de los pacientes con dolor crónico debe incluir los niveles cognitivo, afectivo y conductual²⁷. *Psicoeducación* porque los niveles de educación más altos se asocian con un mejor pronóstico en muchas enfermedades crónicas. *Técnicas cognitivo-conductuales* de afrontamiento del dolor (relajación, desfocalización, reestructuración cognitiva) para cambiar las cogniciones desadaptativas, controlar los síntomas y disminuir la tensión y, por lo tanto, el dolor. *Psicoterapia de orientación psicoanalítica*, que permite expresar las emociones implicadas; la represión de las emociones negativas aumenta la percepción del dolor²¹. *Psicoterapia de grupo*: es más eficiente y una técnica adecuada para resolver los problemas referidos a la relaciones interpersonales; la técnica que se utiliza es la técnica de grupo operativo (Rivière et al²⁸), con la que se trata de conseguir una adaptación activa a la realidad; que se asuma nuevos roles (dejando el de enfermo), se adquiera mayor responsabilidad sobre la salud y se

elabore las ansiedades despertadas en cada situación de cambio. Con este programa de intervención psicológica y psiquiátrica en pacientes con FM, se pretende integrar de manera coherente y sistematizada diferentes modalidades terapéuticas que han demostrado su efectividad en el tratamiento de esta enfermedad.

Resultados del tratamiento psicológico grupal

Mejoría, con significación estadística ($p < 0,05$) en las escalas de ansiedad (estado y rasgo), depresión (cognitiva y somática), FIQ 2 (deterioro) y subescalas de Nottingham (percepción del dolor, alteraciones del sueño, aislamiento social y relaciones emocionales). Tuvieron tendencia a la significación FIQ 1 (función-afección física) y Nottingham (nivel de energía). No se observa mejoría en la EVA, FIQ (actividad laboral) y Nottingham (movilidad física). Los problemas psicosociales influyen de manera significativa en el nivel de ansiedad y depresión.

Valoración subjetiva de los pacientes

Las técnicas de relajación les ayudan a disminuir la ansiedad y el dolor. Se considera beneficioso el entendimiento mutuo y que se den cuenta de que no son los únicos con este tipo de problema. Se aprende a pensar de manera más positiva. Se acepta mejor la enfermedad, se dan cuenta de que se puede vivir con la enfermedad. Se adquiere mayor autocontrol. Expresar los sentimientos en el grupo influye en la mejoría. Aumenta la asertividad, mejoran las habilidades de comunicación y se puede pedir ayuda. Se ha podido aceptar los límites propios, delegar responsabilidades y disminuir la autoexigencia.

Valoración del equipo terapéutico

Se transforma la percepción de lo psicológico, no lo sienten como algo peyorativo, sino como un aspecto más que hay que tratar. Se incluye el dolor desde su vertiente psicológica, enlazándose y explicándose a través de la historia de cada uno. Disminuye la desconfianza hacia el entorno, incluidos los profesionales sanitarios. Aumenta la realización de actividades, disminuyendo el aislamiento. Mejora el cumplimiento terapéutico.

Referencias Bibliográficas:

1. Documento de la SER sobre tratamiento de la Fibromialgia. Reumatismos. 2005;Septiembre-Octubre.
2. Sandi C. Stress, cognitive impairment and cell adhesion molecules. Nature Rev Neurosci. 2004;5:4-14.
3. Van der Hart MGC, Czéh B, De Biurrun G, Michaelis T. Substance P receptor antagonist and clomipramine prevent stress-induced alterations in cerebral metabolites, cytochrome in the

- dentate gyrus and hippocampal volume. *Mol Psychiatry*. 2002;7:933-41. [\[Medline\]](#)
- 4.** Pani L, Porcella A, Gessa GL. The role of stress in the pathophysiology of dopaminergic system. *Molecular Psychiatry*. 2000;5:14-21. [\[Medline\]](#)
 - 5.** Gold PW, Chrousos GP. Organization of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: high vs low CRH/NE states. *Mol Psychiatry*. 2002;7:254-75. [\[Medline\]](#)
 - 6.** Bronson KL, Avishai-Eliner S, Hatalaski CG, Baram TZ. Neurobiology of the stress response early in life: evolution of a concept and the role of corticotropin releasing hormone. *Molecular Psychiatry*. 2001;6:647-56. [\[Medline\]](#)
 - 7.** Okifuji A, Turk DC. Stress and psychophysiological dysregulation in patients with fibromyalgia syndrome. *App Psychophys Biofeedback*. 2002; 27:129-41.
 - 8.** Gordon DA. Fibromyalgia Real or Imagines? *J Rheumatol*. 2003;30:1665. [\[Medline\]](#)
 - 9.** Winfield JB. Psychological determinants of fibromyalgia and related syndromes. *Curr Rev Pain*. 2000;4:276-86. [\[Medline\]](#)
 - 10.** Yunus MB, Celiker R, Aldag JC. Fibromyalgia in men: comparison of psychological features with women. *J Rheumatol*. 2004;31:2464-7. [\[Medline\]](#)
 - 11.** Nicasio PM. Perspectives on stress in fibromyalgia. *Ann Behav Med*. 2001;24:61-7.
 - 12.** Bennett R. Fibromyalgia: present to future. *Curr Pain Headache Rep*. 2004;8:379-84. [\[Medline\]](#)
 - 13.** Nielson WR, Merskey H. Psychosocial aspects of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2001;5:330-7. [\[Medline\]](#)
 - 14.** Winfield JB. Does pain in fibromyalgia reflect somatization? *Arthritis Rheum*. 2001;4:751-3.
 - 15.** Ruiz Fabeiro S, Martínez Pardo F, Jerí Gutiérrez CG. Fibromialgia: ¿enfermedad, síndrome o conflicto? *Psiquiatría de enlace. Reumatología*. 2004;4:51-96.
 - 16.** Doleys DM, Doherty DC. Evaluación psicológica y conductual. En: *Tratamiento práctico del dolor* 3.a ed. Madrid: Harcourt; 2001. p. 429-49.
 - 17.** Alda M, García Campayo J, Pascual A, Olmedo M. Aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Monogr Psiquiatria*. 2003;4:32-40.
 - 18.** Martínez E, González O, Crespo JM. Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud Global*. 2003;4:1-8.
 - 19.** Gardner GC. Fibromyalgia following trauma: psychology or biology? *Curr Rev Pain*. 2000;4:295-300.
 - 20.** Mingote Adán JC, Ortiz Ruibal H, Rebolledo Carmona R. Aspectos psicológicos del dolor. *FMC*. 2002;5:16-29
 - 21.** D'Alvia R. *Psicoanálisis psicósomática. Ida y vuelta*. Buenos Aires: Dunken; 2002. p. 161-81.
 - 22.** Bion WR. *Atención e interpretación*. Buenos Aires: Paidós; 1994.

- 23.** McBeth J, McFarlane GI, Benjamin S, Silman AJ. Features of somatization predict the onset of chronic widespread pain: results of a large population-based study. *Arthritis Rheum.* 2001;44:940-6. [\[Medline\]](#)
- 24.** Bennett RM. Fibromyalgia and the disability dilemma. *Arthritis Rheum.* 1996;39:1627-34. [\[Medline\]](#)
- 25.** Aarón LA, Alancor GS. Perceived physical and emotional trauma and precipitating events in fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1997;40:453-60. [\[Medline\]](#)
- 26.** Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome a decade later: what have we learned? *Arch Intern Med.* 1999;159:777-85.
- 27.** Miró J. Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Biblioteca Nueva; 2003. p. 83-116.
- 28.** Rivière P, Bouleo A, Montserrat A, Suárez F. Psicoanálisis operativo. A propósito de la grupalidad. Buenos Aires: Atuel; 2005.