



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Importancia de los factores psicosociales en la fibromialgia. Una revisión bibliográfica

Alumno: Valero Verdejo, Manuel

Tutora: López Luengo, Beatriz

Dpto: Ciencias de la Salud

Listado alfabético de abreviaturas

- FM = Fibromialgia
- SFM = Síndrome de fibromialgia
- ADV = Actividades vida diaria
- EERAP = Escala de Enfermedades Relacionadas con la Apreciación Personal
- EERAS = Escala de Enfermedades Relacionadas con el Apoyo Social
- CCME = Cuestionario de Creencias de Miedo-Evitación
- G1 = Grupo 1 o primer grupo
- G2 = Grupo 2 o segundo grupo
- G3 = Grupo 3 o tercer grupo
- GI = Grupo intervención
- GC = Grupo control
- IC = Intervalo de confianza
- M = Mujer
- N = Población
- EPISER = Prevalencia de Enfermedades Reumáticas en la Población Española
- ECND = Escala de Calificación Numérica del Dolor
- OMS = Organización Mundial de la Salud
- CFP = Cuestionario Funcional Psicosocial

Índice

1. RESUMEN.....	4
1.1 ABSTRACT.....	5
2. INTRODUCCION	
2.1 DEFINICION.....	6
2.2 CARACTERISTICAS CLINICAS.....	6
2.3 EPIDEMIOLOGIA.....	7
2.4 IMPACTO SANITARIO.....	8
2.5 ETIOLOGIA.....	8
2.6 FACTORES PSICOSOCIALES.....	9
2.7 OBJETIVOS.....	10
3. MATERIAL Y METODOS	
3.1 BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA.....	11
3.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS.....	11
3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSION.....	11
3.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	11
4. RESULTADOS.....	12
5. DISCUSION.....	18
6. CONCLUSION.....	21
7. IMÁGENES Y TABLAS.....	22
8. BIBLIOGRAFIA.....	24

1. Resumen

1.1 Introducción.

La fibromialgia es una afección cada vez más frecuente en nuestra sociedad debido a los diversos factores que propician su aparición, siendo esta según los últimos estudios una de las grandes enfermedades de siglo XXI y que supondrá una de las afecciones que mayor número de bajas laborales provocara en los países desarrollados, con la consiguiente repercusión laboral y social que dicha situación implica.

1.2 Material y Métodos.

Se realizó una revisión sistemática de estudios publicados entre 2005 y 2015. Las bases de datos analizadas fueron MEDLINE, SCOPUS, PUBMED Y PSYCINFO con las palabras clave: “fibromyalgia” y “psychosocial factors”, utilizando el conector booleado “AND”. Para ser incluidos en la revisión los trabajos tenían que cumplir los siguientes criterios de inclusión: (1) estar publicados entre 2005 y 2015; (2) estar realizados con seres humanos; (3) que al menos el resumen estuviera disponible y; (4) que estuviesen realizados en mujeres.

1.3 Resultados.

El resultado final del proceso de búsqueda permitió seleccionar un total de 12 artículos que cumplieron los criterios de inclusión. De esos 12 artículos: 10 encontraron una fuerte relación entre la fibromialgia y factores sociales, 2 no encontraron resultados relevantes entre los factores psicosociales y la fibromialgia. La mayoría de los estudios muestran una clara relación entre la fibromialgia y factores psicosociales como el estrés, la depresión, el miedo-catastrofismo o la falta de apoyo social y/o familiar.

1.4 Conclusiones.

La puesta en práctica de estrategias de afrontamiento adecuadas, sobre los diferentes factores psicosociales y socioeconómicos que pueden afectar a un enfermo de fibromialgia, estaría indicado para la resolución de dicha enfermedad. Es de especial interés llevar a cabo el abordaje de estos factores cuando se trate de individuos que presentan, a su vez, elevadas demandas físicas.

1.1 Abstract

1.1 Introduction.

Fibromyalgia is an increasingly prevalent in our society due to various factors favoring its appearance, this being based on the latest studies a major disease of XXI century and that will mean one of the conditions condition that more sick leave would cause in developed countries, resulting in labor and social impact that this situation implies.

1.2 Material and Methods.

A systematic review of studies published between 2005 and 2015 was performed. Databases analyzed were MEDLINE, SCOPUS, PubMed and PsycINFO with the keywords: "fibromyalgia" and "psychosocial factors", using the connector booleado "AND". To be included in the review work had to meet the following inclusion criteria: (1) be published between 2005 and 2015; (2) be conducted with human beings; (3) that at least the abstract was available and; (4) were conducted in women.

1.3 Results.

The final result of the search allowed to select a total of 12 articles that met the inclusion criteria. Of these 12 items: 10 found a strong relationship between fibromyalgia and social factors, 2 results found no significant between psychosocial factors and fibromyalgia. Most studies show a clear relationship between fibromyalgia and psychosocial factors such as stress, depression, fear-catastrophism or lack of social support and / or family.

1.4 Conclusions.

The implementation of appropriate coping strategies on the various psychosocial and socioeconomic factors that can affect a patient with fibromyalgia, would be indicated for the resolution of the disease. Of particular interest to carry out the management of these factors in the case of individuals having, in turn, high physical demands.

2. Introducción

2.1 Definición

El síndrome de fibromialgia es una dolencia crónica que se caracteriza por dolor musculoesquelético difuso, alteraciones del sueño y fatiga, acompañados de hipersensibilidad a la palpación en lugares anatómicos concretos (Imagen 1), conocidos como puntos sensibles (tender points) (Buskila, Neumann, 2005).

La fibromialgia es una afección conocida desde 1736, pero debido a sus características a nivel de sintomatología, ha recibido diversas denominaciones, desde Reumatismo (Chaitow, 1736), Fibrosis (Gowers, 1904), Toxemia alérgica (Rowe, 1930) o síndrome alérgico tensión-fatiga (Speer, 1954) (Chaitow, 2003).

En 1992, el síndrome de fibromialgia (SFM) fue reconocido por la organización mundial de la salud (OMS). (World Health Organization, 1992), término acuñado por Hensch en 1976.

Actualmente, la fibromialgia no es una entidad clínica bien definida. Existiendo cierta confusión con otras patologías como el síndrome del dolor miofascial, síndrome de fatiga crónica, dolor somatoforme o hipotiroidismo. A pesar de que en 1990, el American College of Rheumatology organizó una comisión de expertos que tras estudiar el proceso, publicaron las bases con las que hoy se “detectan” a los pacientes con SFM (Wolfe, Smythe, Yunus et al. 1990; Krsnich-Shriwise, 1997).

2.2 Características clínicas

Como ya hemos dicho, la fibromialgia es una afección difícil de clasificar debido a sus numerosas manifestaciones patológicas, muy variadas y no presentes en todos los afectados, pero hay una serie de características que están presentes en la gran mayoría de los afectados:

- Dolor muscular: esta es la característica clínica común a todos los pacientes, se trata de un dolor generalizado, difuso, que se percibe en el músculo. La existencia además de otros síntomas que parecen emerger del músculo, como cansancio y rigidez, hicieron pensar que la fibromialgia se trataba de un problema muscular (Le Golf, 2006; Bengtsson, 2002; Simms, 1996).
- Hiperalgia y Alodinia: los pacientes con fibromialgia presentan aumento de la sensibilidad frente a estímulos nociceptivos que corresponde a una disminución del umbral de percepción de estos estímulos (Hiperalgia) pero también presentan Alodinia, es decir, un aumento de la sensibilidad que les hace percibir como dolorosos,

estímulos que no lo son. Para evaluarlo se usa el algómetro de presión (Fisher, 1999; Simons, Travell, Simons, 2004).

- Fatiga: la fatiga descrita por los pacientes con SFM es intensa, general y, en algunos momentos, invalidante. Se trata tanto de la sensación de cansancio como de la imposibilidad de llevar a cabo tareas que impliquen contracción muscular, así como la necesidad de interrumpirlas prematuramente para descansar (Kasikcioglu, Dinler, Berker, 2006; Gerwin, 2005).
- Alteraciones del sueño: Desde los primeros momentos los pacientes con SFM sufren una disminución de la calidad del sueño de entre un 60-90% y se quejan de dificultades para conciliar el sueño y la mala calidad de este (Moldofsky, 1989; Goldenberg, 1999).
- Parestesias de manos y pies: un 62% de los pacientes con SFM describen parestesias y disestesias nocturnas en las manos, pies o en ambas (Helfenstein, Fedman, 2002).
- Depresión: el dolor crónico puede ser una experiencia devastadora. Es agotador, produciendo una sensación de desesperación e impotencia, y tiene un impacto profundo en cada nivel de la vida, desde la interacción con los familiares, hasta el trabajo y las actividades cotidianas (Starlanyl, Copeland, 2000).

2.3 Epidemiología

Existen numerosos estudios epidemiológicos sobre fibromialgia, estimándose su prevalencia entre el 1 y el 3%. Según un estudio sobre la población española, estima que la prevalencia es del 2,7% (4,2% en sexo femenino y un 0,2% en sexo masculino). En Noruega se presentan los valores más elevados con una prevalencia cercana al 10,5% (Makela, Heliovarra, 1991; White, 1999; Carmona, 2001; Simons, Travell, Simons, 2004).

Las razones por las que el SFM afecta mayoritariamente a las mujeres no están claras. No obstante, las diferencias sexuales frente al estrés han emergido recientemente como un factor de riesgo potencialmente importante para este tipo de trastornos y pueden influir tanto los patrones fisiológicos como los psicosociales (De Pablo, Herrero, 1998; Wolfe, 1989; Hawley, Wolfe, 1991; Simons, Travell, Simons, 2004).

Además de una mayor prevalencia en mujeres, el pico más elevado se presenta en una franja de edad potencialmente premenopáusica o de decadencia reproductiva (40-55 años). Estos datos pueden sugerir que algún factor biológico o psicosocial propio de estas mujeres incrementa el riesgo de sufrir SFM.

Aunque la mayoría de los estudios epidemiológicos están relacionados con adultos, todos los autores asumen que la fibromialgia puede darse a cualquier edad. Estudios recientes en niños

desvelan importantes datos como el aumento de prevalencia en niños (Kashikar-Zuck, Graham, Powers, 2000).

Es de destacar que hasta el momento el SFM ha sido descrito casi de forma exclusiva en grupos caucásicos y en Japón. En este sentido, diversos autores afirman una mayor prevalencia de esta afección en sujetos de etnia blanca o caucásica respecto a otras etnias, como la afroamericana, la india y la mexicana. Estos datos apuntan que la etnicidad puede desempeñar un papel importante en la manifestación del SFM, señalando la importancia de los factores físicos, culturales y psicológicos en su desarrollo. Pudiendo haber relación entre las variaciones raciales en la percepción del dolor y/o patrones de vida (fuerte sistema de apoyo familiar, diferente percepción del estrés, influencia social, ambiental, etc.) (Croft, Schollum, Silma, 1994).

2.4 Impacto sanitario

Debido a la alta prevalencia del SFM y a su sintomatología diversa, se estima un uso elevado de la atención sanitaria. Por este motivo, es de interés la relación de estudios que determinan el gasto sanitario de esta afección (Burckhardt, Clark, 1991).

Los profesionales más implicados en el tratamiento del SFM son el médico de atención primaria, el reumatólogo, el rehabilitador, el fisioterapeuta y el psicólogo.

En España, el estudio EPISER 2000 (Prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española), al compararlo con otras afecciones reumáticas, sitúa el SFM como uno de los procesos crónicos asociados a mayor consumo de tratamientos (Valverde, Juan, Rivas, 2001).

Por ejemplo, en EEUU, en el año 1997 se estimó un coste anual por paciente con SFM de 2,274 dólares (Wolfe, Goldenberg, 1997).

2.5. Etiología

A pesar del creciente conocimiento, siendo uno de los problemas de salud pública más importantes de la sociedad actual, sobre las características clínicas, epidemiológicas y evolutivas de SFM, su etiología dista mucho de clarificarse. De hecho, las propias pacientes refieren causas muy diversas sobre el origen de la afección y las más frecuentes son los episodios de estrés, ansiedad y depresión (Staud, 2004; Vierck, 2006).

Actualmente podemos decir que el SFM, se caracteriza por una amplificación central de la nocicepción, la cual ocasiona una sensibilidad dolorosa generalizada en los tejidos profundos entre los que se incluyen los músculos (Simons et al. 2004).

La mayoría de los científicos sugieren que una anomalía en los mecanismos fisiológicos de procesamiento del dolor, acompañada de múltiples factores psicológicos y sociales, interactúan en el desarrollo del SFM (Henriksson, 2003; Mannerkorpi, 2003).

Los principales factores de riesgo en el SFM, son el sexo femenino y la edad, pero hay ciertos factores que pueden ser desencadenantes de este, entre los más estudiados se encuentran (tabla 1):

- | | | |
|----------------|----------------------|------------------------|
| - Parto | - Herencia genética | - Estrés |
| - Accidente | - Operación reciente | - Exposición toxica |
| - Medicamentos | - Menopausia | - Mal rel. Matrimonial |
| - Depresión | - Infección vírica | - Desarreglo hormonal |

El SFM se ha clasificado tradicionalmente en 4 grupos en función de la relación con otras afecciones (Yunus, 1988; Simons et al. 2004):

- Fibromialgia primaria: los pacientes presentan dolor musculoesquelético generalizado y múltiples puntos sensibles en ausencia de otra afección que permita explicar sus síntomas.
- Fibromialgia concomitante: aparece asociada a otra afección que puede explicar parcialmente sus síntomas. Así, en un paciente con artrosis se puede explicar su dolor localizado, pero no el dolor difuso.
- Fibromialgia secundaria: ocurre junto con otra afección subyacente y que probablemente sea su causa, cuando esta desaparece, los síntomas SFM pueden reducirse e incluso desaparecer.
- Fibromialgia reactiva: cuando se puede identificar un episodio específico (traumatismo, cirugía, infecciones, etc.) anterior al inicio de la afección.

2.6. Factores psicosociales

El carácter crónico de determinadas enfermedades constituye en sí mismo un elemento susceptible de ser analizado de forma independiente. Esto supone que a los efectos negativos que sobre la salud y bienestar en general tiene cualquier enfermedad, se añade esta característica de permanencia, lo cual constituye de entrada un factor estresante. Si unido a esto examinamos otros factores como procesos dolorosos, deterioro, tratamientos difíciles, etc., la situación se complica aun mas. El carácter estresante de la enfermedad surge como consecuencia de las múltiples demandas de ajuste que esta plantea, y depende de factores como su duración, su intensidad y gravedad, así como de la interpretación y valoración que la persona hace de su situación (Hombrados, 1997; Rodríguez, Pastor & López, 1993).

Los enfermos crónicos se enfrentan a un proceso continuo en el que las demandas de adaptación cambian a lo largo de las diferentes fases de enfermedad, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social son las variaciones predictoras de la adaptación psicosocial a las enfermedades crónicas. En lo que respecta a la relación entre el ámbito psicológico y la afectación tenida en cuenta en este estudio; encontramos que diversas situaciones estresantes, entre las que cabría destacar también la actividad física, podían provocar un aumento de tensión y estrés, que a su vez podría desembocar en SFM (Rolland, 1987; White, Richter & Try, 1992, citado en Hombrados, 1997).

Los factores psicosociales son características de las condiciones de trabajo y, sobre todo, de su organización que afecta a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos a los que también se les denomina estrés. Además la relación directa entre tensión muscular y dolor no ha podido probarse. Lo que hace pensar que el esquema explicativo de la enfermedad establecería una relación general entre influencias ambientales psicosociales, tensión muscular y dolor (Risch, Norwell & Pollock, 1993; Hoogendoorn, Van Pollel, Bongers, Koes & Bouter, 2006, citado en Vallejo y Comeche 2010).

Finalmente la angustia psicológica y el entorno de trabajo (además de otros factores psicosociales y no psicosociales como: los factores demográficos, la discapacidad funcional, el informe de dolor y los episodios previos), se identifican como importantes factores de pronóstico de discapacidades o afecciones como el SFM (Crook et al, 2002, citado en Vallejo & Comeche 2010).

2.7. Objetivos

Los objetivos que se plantean en este trabajo son:

- Analizar la evidencia sobre la influencia de factores psicosociales en la fibromialgia.
- Realizar una revisión bibliográfica de los estudios más recientes sobre el tema.

3. Material y métodos

3.1. Búsqueda bibliográfica

Para cumplir el objetivo de esta revisión se realizó una búsqueda de estudios en las bases de datos electrónicas MEDLINE, SCOPUS, PUBMED Y PSYCINFO que analizaran el papel que juegan los factores psicosociales en el desarrollo de la fibromialgia con el propósito de encontrar la máxima información posible.

La búsqueda se realizó con las siguientes palabras clave: “fibromyalgia” y “psychosocial factors”, utilizando el conector booleado “AND”.

3.2. Criterios de selección de estudios

3.2.1. Criterios de inclusión

Para que los estudios encontrados fueran incluidos en la revisión de este estudio debían analizar el papel de los diferentes factores psicosociales en relación a la fibromialgia.

Además para ser incluidos en la revisión los trabajos tenían que cumplir los siguientes requisitos: (1) estar publicados entre 2005 y 2015; (2) estar realizados con seres humanos; (3) que al menos el resumen estuviera disponible y; (4) que estuviesen realizados con mujeres, estuvieran incluidos los hombres o no, ya que son el sector de la población más estudiado.

3.2.2. Criterios de exclusión

Se eliminaron todos los estudios que no analizaran el papel que juegan los factores psicosociales en el desarrollo de la fibromialgia, aquellos no publicados entre 2005 y 2015, los que no estuvieran realizados en humanos o incluyeran mujeres y aquellos sin resumen disponible.

4. Resultados

El resultado del proceso de búsqueda permitió seleccionar 12 artículos que cumplieron los criterios de inclusión (imagen 2).

- La primera base de datos analizada fue SCOPUS, donde se encontraron 160 artículos de los cuales 19 artículos cumplieron los requisitos para ser revisados. De estos 19 artículos 15 fueron descartados por no tratar el tema analizado o ser duplicados en este trabajo.
- En la base de datos PUBMED se localizaron 2223 artículos en la búsqueda inicial, de los cuales 26 cumplieron los criterios de inclusión. Solo 1 de estos 26 artículos fue añadido a la revisión pues los demás eran o duplicados de la base anterior o no trataban el tema analizado.
- En la base de datos PSYCINFO se encontraron 67 artículos, de lo que 21 cumplieron los criterios de inclusión y 7 fueron añadidos a la revisión, siendo el resto descartados por no tratar el tema o ser duplicados de las bases anteriores.
- En la base de datos MEDLINE se obtuvieron el número de 80 artículos en la búsqueda inicial, de los cuales 13 cumplieron los criterios de inclusión, ninguno fue añadido al estudio ya que todos eran duplicados ya encontrados en bases de datos anteriores.

En la siguiente tabla se muestran los datos más relevantes de los estudios revisados:

Nombre 1er autor/ año	Muestra	Variable analizada	Tratamiento/ evaluación	Resultados	Conclusión
Phillips, Lorraine 2008	N= 315 Sexo: Mujeres Edad: 50 años Enfermedad: fibromialgia (SFM) y esclerosis múltiple (EM)	Limitaciones funcionales Síntomas depresivos Adecuación económica Apoyo social	Estadística descriptiva, correlaciones bivariadas y SEM se realizaron con el paquete estadístico para los programas de software de Ciencias Sociales.	La influencia de las limitaciones funcionales en ambas fue mayor para las mujeres con SFM. El efecto de los síntomas depresivos fue equivalente entre los grupos. Apoyo Social afectaba síntomas depresivos por igual en ambos grupos.	Las puntuaciones medias de las principales variables del estudio indican una peor salud física y mental para la muestra de mujeres con FMS en comparación con la de EM.
Baetz, Marilyn 2008	N= 37000 Sexo: hombres y mujeres Edad: 15 en adelante Enfermedad: dolor y fatiga crónicos	Entendiendo como contribuyen psicológica y psicosocialmente la espiritualidad y/o la religión a los factores de afrontamiento de estas patologías.	The Canadian Community Health Survey. A partir de estos datos, el dolor crónico y la fatiga se analizaron junto a la fibromialgia, el dolor de espalda, la migraña y el síndrome de fatiga crónica.	Las personas religiosas eran menos propensas a tener dolor crónico y fatiga, mientras que los que estaban espiritualmente pero no tenían asistencia regular al culto de adoración eran más propensos a tener esas condiciones.	El examen de la espiritualidad y / o religión de una persona, y cómo se puede utilizar en el afrontamiento puede ser un componente adicional a la gestión global del dolor crónico y la fatiga. Más importante aun en las mujeres con FM.

Oliveira, Paula 2009	N=120 Sexo: Mujeres Edad: 50 Enfermedad: fibromialgia y artritis	El objetivo fue comparar la percepción del estado de salud y identificar los predictores psicosociales de la percepción del estado de salud física y mental en ambos grupos.	Los pacientes completaron una serie de cuestionarios que evalúan la percepción del estado físico y mental de la salud, angustia emocional, las estrategias de afrontamiento activo y pasivo con dolor crónico.	Los pacientes con FM reportaron un mayor deterioro a lo largo de las dimensiones físicas y mentales. Los análisis de regresión múltiple estándar reveló que un modelo que incluye la angustia emocional, afrontamiento pasivo y afecto negativo fue capaz de explicar el 23% de la variación en el estado físico de la salud de los pacientes con FM y 24% en los pacientes con AR .	Nuestros resultados apoyan la adopción de un modelo biopsicosocial para la comprensión de los determinantes de la percepción de estado de salud física y mental en ambos grupos de pacientes. Ya que el aumento de estas situaciones de angustia y estrés se reflejan como un empeoramiento del estado de las personas afectadas por FM.
Anema, Cheryl 2009	N=58 Sexo: Mujeres Edad: Enfermedad: fibromialgia	Relaciones entre la variabilidad de los síntomas patrón, la incertidumbre, el bienestar espiritual, y la adaptación psicosocial en personas con síndrome de fibromialgia (FMS).	Se utilizaron para recopilar datos: El patrón de la Fibromialgia (Cuestionario de Síntomas) La Mishel Uncertainty in Illness Scale, (Escala que mide los valores espirituales, de bienestar y la afectación psicosocial en la comunidad).	Se encontraron relaciones positivas entre la variabilidad del patrón de los síntomas y la incertidumbre y entre la incertidumbre y la mala adaptación psicosocial. El sentido positivo es que la adaptación psicosocial ayuda en los síntomas y en la incertidumbre a la FM. El bienestar espiritual tuvo un efecto mayor sobre la relación entre la variabilidad del patrón de síntomas y la incertidumbre de lo esperado.	Una buena adaptación psicosocial, es decir, una buena adaptación de los sujetos a las AVD y un buen apoyo espiritual, favorecen a la disminución de la sintomatología en el caso de padecer FM.
Shuster, Jill 2009	N= NA Sexo: Mujeres Edad: 18 en adelante Enfermedad: fibromialgia	Perfil psicosocial de las mujeres con FMS y ver cómo las atribuciones, el apoyo social percibido y sesgos cognitivos de las mujeres con FMS están relacionados con la internalización de las calificaciones de la depresión y la ansiedad.	El estudio incluyó una muestra de mujeres con SFM de un grupo de apoyo local y un grupo de control para examinar cómo las mujeres con FMS diferían de los controles con respecto a las variables psicosociales, y para determinar la relación entre estas variables.	Las mujeres con FMS reportaron niveles más bajos de sesgo cognitivo de adaptación, el apoyo familiar menos percibido y el estado de ánimo más bajo que el grupo control. Las correlaciones entre estas variables fueron examinadas dentro del grupo FMS, y se encontró que un locus de control externo se asoció significativamente con puntuaciones más altas de ansiedad y estado de ánimo depresivo.	Estos resultados sugieren que las creencias sobre el apoyo familiar percibido de las mujeres con fibromialgia pueden tener un impacto importante sobre sus resultados de salud, y que los tratamientos relacionados con el apoyo familiar y abogar por este pueden mejorar considerablemente la calidad de vida de los pacientes con FMS.

Van Koulik, Saskia 2010	N= 78 Sexo: Mujeres y Hombres Edad: 18 en adelante Enfermedad: fibromialgia	Factores pronósticos de trastornos psicológicos que podrían facilitar la identificación precoz de los pacientes en situación de riesgo para ayudar a prevenir la disfunción a largo plazo.	Malestar psicológico, funcionamiento físico, cogniciones enfermedad, factores de evitación del dolor y factores sociales se evaluaron en este grupo con FM durante 9 meses.	El estado de funcionamiento físico del usuario (el aspecto a simple vista) no puede predecir los cambios en los trastornos psicológicos, mientras que un mayor nivel de hipervigilancia, sobre el apoyo social y otros factores psicológicos y/psicosociales, son capaces de prever los posibles cambios a nivel psicológico que podrían producirse.	La claridad cognitiva, los factores de evitación del dolor y el apoyo social pueden ser considerados como factores pronósticos que predicen cambios en la angustia psicológica en FM. La evaluación oportuna de los factores de evitación del dolor, y el apoyo social pueden ayudar a identificar subgrupos de relativamente buen funcionamiento con los pacientes con FM en riesgo de agravación a largo plazo de la angustia psicológica.
Howard, Krista 2010	N=449 Sexo: Mujeres Edad: 18 en adelante Enfermedad: dolor crónico generalizado o fibromialgia	Identificar la prevalencia, factores de riesgo y los resultados del tratamiento de pacientes con trastornos musculoesqueléticos crónicos, concretamente la FM.	Se realizó un estudio prospectivo de pronóstico de los pacientes admitidos para el tratamiento. Los pacientes fueron evaluados para el dolor crónico generalizado y fibromialgia. Las medidas incluyen demográfica, lesión relacionada con el trabajo y la información, las medidas psicosociales, y la situación laboral de 1 año de seguimiento.	Los pacientes con fibromialgia informaron de angustia psicosocial de nivel superior. Las mujeres con fibromialgia tuvieron 9,6 veces menos probabilidades de volver a trabajar 1 año después del tratamiento y, de las que lo hicieron, tuvieron 4,3 veces menos probabilidades de conservar un trabajo.	De este estudio, el 23,2% de los pacientes cumplieron con los criterios para la fibromialgia. No se encontraron suficientes pacientes con fibromialgia, como para mostrar en mayor medida, como una mayor angustia psicosocial provoca que estas personas tengan tasas significativamente más pobres de regreso trabajo y de la retención de este, 1 año postrehabilitación. Aunque no hay que minusvalorar los resultados obtenidos.
Díaz-Marsa, Mariná 2011	N=102 Sexo: Mujeres y Hombres Edad: 18 en adelante Enfermedad: fibromialgia	Este estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia a largo plazo del tratamiento antidepresivo en la fibromialgia y el papel de los factores psicosociales en la respuesta al tratamiento.	Se estudiaron pacientes con fibromialgia de los centros de atención primaria de salud con entrevistas y cuestionarios de evaluación psicopatológica y psicológica. Venlafaxina de liberación	A los 6 meses, el 48% de los pacientes fueron considerados respondedores al tratamiento y el 23,5% tienen una respuesta suave. Es de destacar que el 57,8% tienen menos fatiga y el 31,4% tienen menos dolor. La proporción de respondedores fue mayor en el grupo con depresión mayor (65%) que en aquellos sin depresión (45%), pero la	El tratamiento antidepresivo en la fibromialgia fue eficaz en pacientes con y sin depresión mayor, pero la respuesta funcional fue mayor en los pacientes deprimidos. La respuesta al tratamiento con antidepresivos podría ser influenciada significativamente por factores actitudinales y

			sostenida se añadió a los tratamientos anteriores inflexibles dosis de 150 a 300 mg período de 6 meses foros diaria. Medidas de eficacia incluyeron la Impresión Clínica Global (CGI) y el Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (FIQ).	diferencia no alcanzó significación estadística. La reducción de la puntuación FM fue significativamente menor en los pacientes que toman opiáceos tratamiento concomitante ($P < 0,01$) y los pacientes que buscan la incapacitación ($P < 0,01$).	psicosociales de la enfermedad.
Crettaz, Benjamin 2013	N=23 Sexo: Mujeres Edad: 18 en adelante Enfermedad: fibromialgia	Alteración inducida por el estrés a la sensibilidad ante el dolor. Los cambios de la sensibilidad al dolor utilizando un factor de estrés experimental en los sujetos.	Se evaluaron aspectos sensoriales múltiples de dolor en todos los participantes con la ayuda del protocolo de pruebas sensoriales cuantitativas antes (60 min) y después (10 y 90 min) inducir el estrés psicológico con una prueba de estrés psicosocial normalizado.	Ambos sujetos sanos y pacientes con fibromialgia mostraron mejora inducida por el estrés de la sensibilidad al dolor en respuesta a estímulos térmicos. Sin embargo, sólo los pacientes con FM mostraron una mayor sensibilidad en la respuesta al dolor presión.	Nuestros resultados proporcionan evidencia de estrés inducido por la alodinia / hiperalgesia en humanos y sugieren mecanismos subyacentes que determinan la diferencia de respuesta a factores de estrés en sujetos sanos como en pacientes que sufren de dolor crónico. Se mencionan posibles mecanismos de la interacción de factores de estrés y mediadoras (por ejemplo, citoquinas, cortisol) en la sensibilidad al dolor.
Torres, Xavier 2013	N=874 Sexo: Mujeres y hombres Edad: 18 en adelante Enfermedad: fibromialgia	Comparar la personalidad de los pacientes con FM, con otros trastornos dolorosos y no dolorosos teniendo en cuenta la confusión debida a la psicopatología y para evaluar la agrupación de los pacientes con FM en función de su perfil de personalidad.	La agrupación de los pacientes con FM se evaluó mediante análisis de conglomerados en dos etapas. Las diferencias en la gravedad clínica y problemas psicosociales entre los subgrupos y sus resultados 6 meses después se evaluaron con un tratamiento multidisciplinario.	Una vez que se consideró el efecto de las variables de confusión, no se observaron diferencias clínicamente no significativos en la personalidad entre los grupos. Los pacientes con FM podrían, sin embargo, agruparse en dos grupos. Grupo 1 se caracterizó por una mayor neuroticismo y extraversión baja y mostró un estado clínico pretratamiento peor incluyendo problemas psicosociales más. A pesar de haber llegado a una mejora general más amplia a los 6 meses de seguimiento, los pacientes permanecieron más ansiosos y deprimidos.	La identificación de subgrupos basados en la personalidad de FM podría permitir la implementación de estrategias preventivas específicas. Tratamiento FM podría optimizarse mediante el aumento de cumplimiento de la medicación, la mejora de la alianza terapéutica y probar diferentes opciones terapéuticas y la secuencia de tratamiento para cada subgrupo personalidad.

Palstam A 2014	N=146 Sexo: Mujeres Edad: 50 en adelante Enfermedad: fibromialgia	Investigar el esfuerzo percibido en el trabajo en las mujeres con fibromialgia.	Se emparejan las sujetos por ocupación y carga de trabajo físico y se compararon en términos de esfuerzo percibido en el trabajo. Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (FIQ), situación laboral, miedo al dolor, la actividad física en el trabajo y la carga de trabajo físico. Se llevaron a cabo coeficiente de correlación y análisis de regresión lineal de Spearman.	El esfuerzo percibido en el trabajo fue significativamente mayor en el grupo de fibromialgia que en el grupo de referencia mientras que la actividad física en el trabajo no fue diferente entre los grupos. En la fibromialgia, el esfuerzo percibido en el trabajo mostró correlación moderada con la actividad física en el trabajo, la carga de trabajo físico y creencias de trabajo evasión miedo y una correlación razonable con ansiedad. Evitar el miedo explica el 50% del esfuerzo percibido en el trabajo.	Las mujeres con fibromialgia perciben un esfuerzo elevado en el trabajo, que se asocia con factores y los factores relacionados con el miedo y la ansiedad relacionados con el trabajo físico.
Fitzcharles MA 2014	N=246 Sexo: Mujeres Edad: 18 en adelante Enfermedad: fibromialgia	Factores psicosociales, en este caso, el nivel socioeconómico (SES)	Los datos para este análisis transversal se obtuvieron de una encuesta prospectiva de cohorte de 246 pacientes con FM categorizados de acuerdo al nivel de la educación: los graduados de secundaria o menos, los graduados preuniversitarios y los graduados universitarios. Se examinó la asociación entre el nivel de educación, una medida bien validada de SES y gravedad de la enfermedad, el estado funcional y calidad de vida.	Educación inferior se asoció significativamente con la edad ($p = 0,039$), el desempleo actual ($p < 0,001$), y la enfermedad más grave, pero no el nivel de dolor, la ansiedad o la depresión. Estas asociaciones se mantuvieron significativas incluso tras ajustar por las diferencias de edad y sexo.	Los pacientes con FM y menor SES, según la evaluación de nivel de educación, informaron una mayor gravedad de los síntomas y el deterioro funcional, pese a reportar niveles similares de dolor, la depresión y la ansiedad. Aunque FM se extiende por todos los grupos socioeconómicos, factores distintos de características de la enfermedad o el estado mental específico, parecen jugar un papel importante en la percepción de la enfermedad de los pacientes.

Tras el análisis de los artículos se pudo observar que aquellos que sí encontraron relación entre la fibromialgia y factores psicosociales que afectan a la persona eran la mayoría dentro del total de artículos revisados. En concreto 10 artículos, de los 12 totales, encontraron asociación entre la fibromialgia y factores psicosociales.

Los 2 artículos restantes, encontraron una débil asociación entre fibromialgia y factores psicosociales, por lo que catalogaron sus resultados como poco relevantes e incidieron en la necesidad de la realización de nuevas investigaciones que indaguen y esclarezcan el tema.

En los 10 artículos que encontraron asociación entre la fibromialgia y factores psicosociales, se encontraron conclusiones interesantes.

El abordaje de factores psicosociales como la depresión, la ansiedad, el estrés y la actitud de miedo-catastrofismo estaría indicado en aquellas personas que cursan fibromialgia (Phillips, Lorraine, 2008; Díaz-Marsa, Marina et al. 2011; Shuster, Jill et al. 2009). La falta de apoyo social y el estrés son los dos factores psicosociales que mayor número de veces han aparecido presentando asociación con la fibromialgia (Palstam, et al. 2014).

Se han encontrado trabajos en los que la alta demanda física, sobre todo en el trabajo se asocia, de manera significativa a la FM (Palstam A, et al. 2014; Crettaz, Benjamin et al. 2013). Por lo que, la fibromialgia parece presentar mayor asociación en aquellas circunstancias en las que se combinan situaciones que implican demanda física y psicológica.

Como antes hemos dicho no todos los artículos encontrados encontraron una asociación significativa entre la fibromialgia y los factores psicosociales. Entre los que encontraron una asociación más débil entre la fibromialgia y factores psicosociales, pudimos ver como se relacionan de forma independiente la actitud de miedo-catastrofismo y la falta de apoyo social con el estrés laboral.

Por otro lado, se ha encontrado que la espiritualidad y/o la religión son capaces de influir fuertemente en el desarrollo de la sintomatología y más tarde en la disminución de estos, siendo aun más acentuada en el caso de que se practiquen cultos y rezos (Baetz, Marilyn; Bowen, Rudy., 2008).

Se encontró una ligera relación entre la personalidad del individuo con respecto a la fibromialgia, pero especifican que es difícil extraer conclusiones claras sobre el papel que juegan estos factores psicosociales en el desarrollo de la fibromialgia (Torres, Xavier et al. 2013).

Finalmente (Fitzcharles, Rampakakis, Ste-Marie, Sampalis, Shir, 2014) encuentra una débil asociación entre el nivel socio económico del individuo y la aparición de fibromialgia, así como de su resolución. Por lo que recomienda tener en cuentas los factores socioeconómicos, así como los factores psicosociales que provocan los anteriores, a la hora de abordar la fibromialgia, aunque su contribución al desarrollo de la enfermedad es aun objeto de debate, e índice en la necesidad de nuevas investigaciones sobre el tema.

Howard, Krista (2010) afirma que son pocos los estudios que han investigado las intervenciones psicosociales dirigidas a solventar el problema de la fibromialgia, provocando una evidencia no consistente, ya que la mayoría de los tratamientos se basan en la toma de medicación.

5. Discusión

Como comentábamos anteriormente la fibromialgia es una de afecciones que, ahora y sobretodo en el futuro, provocan mayor número de bajas laborales en todo el mundo y en nuestro país con la siguiente repercusión socioeconómica y una de las enfermedades que mas limitan socialmente a las personas que las sufren, impidiéndoles finalmente llevar una vida normal.

El objetivo principal de esta revisión es analizar la evidencia que existe sobre la influencia que pueden tener los factores psicosociales sobre la fibromialgia y cuáles de ellos son fundamentales para el desarrollo de la enfermedad y para su posterior recuperación.

El principal descubrimiento de esta revisión fue el encontrar que la mayoría de los artículos revisados encontraban una gran relación entre los factores psicosociales y la aparición y empeoramiento de la fibromialgia.

Sin embargo, mientras que hemos visto que algunos factores están siempre presentes, también hemos visto que algunos de estos factores psicosociales están en duda entre unos artículos y otros.

En el estudio realizado por Oliveira, Paula (2009) sobre la percepción del estado de salud en mujeres con fibromialgia de edad media y como esta percepción afecta al estado de la patología, donde encontró baja relación entre los factores psicosociales y la fibromialgia. Concluía que los factores psicosociales son una variable secundaria que solo afecta en parte, siendo la variable principal para el desarrollo de la enfermedad y su mejora o empeoramiento la percepción de la propia paciente de su estado de salud.

Una conclusión similar alcanzo el estudio realizado por Torres, Xavier (2013). En este trabajo también se analiza una población trabajadora en sectores con gran esfuerzo físico. Los autores encontraron más relación entre los factores biomecánicos y la fibromialgia, que respecto a la relación encontrada en cuanto a los factores psicosociales, que mostraron menor impacto.

Por otro lado el trabajo realizado por Crettaz, Benjamin (2013) no especifica el modo en el que los factores psicosociales son evaluados, sino que el factor que se mide con seguridad, es inducido. Limitándose por tanto a admitir que hay relación entre los factores psicosociales y la fibromialgia pero sin especificar los factores analizados ni los resultados obtenidos, al menos en su mayor parte.

En el estudio de Howard, Krista (2010) realizado en mujeres con fibromialgia trabajadoras en puestos de medio-alto requerimiento físico, mostro una tasa de abandono muy elevada tras el primer año de tratamiento. Ya que una gran parte de ellas no conseguían reincorporarse, y de estas, muchas no eran capaces de conservar el trabajo durante mucho tiempo. Suponiendo una tasa de desempleo laboral alta, que como ya hemos comentado antes, tendría repercusión en el ambiente psicosocial y económico de las afectadas.

El estudio realizado por Fitzcharles MA (2014) intenta mostrar la relación en este caso de los factores socioeconómicos, con las situaciones psicosociales que estos provocan en los

pacientes con la fibromialgia. El estudio no encontró una evidencia consistente. Pero mostro su inquietud por la realización de futuros trabajos mejor documentados y realizados, ya que los realizados hasta el momento son escasos e inadecuadamente realizados. Por lo que abre la puerta a una posible estrategia de enfrentamiento de la fibromialgia mediante los factores psicosociales, descubriendo la repercusión que el estatus socioeconómico pueda tener sobre el afectado. A pesar de esto, su estudio levanta conclusiones muy interesantes y vínculos bastantes fuertes sobre estos factores.

Por lo tanto el estudio realizado por Fitzcharles MA (2014) abre la puerta a nuevos estudios de calidad que tengan los medios necesarios para obtener resultados concretos sobre una posible estrategia de intervención sobre como los factores psicosociales pueden afectar al enfermo.

Como vimos anteriormente, la mayoría de los artículos revisados en este trabajo si encontraron relación entre la fibromialgia y los factores psicosociales. Lo que representa el mayor hallazgo encontrado en este estudio.

Se demostró que el tratamiento de factores psicosociales como la ansiedad, el miedo-catastrofismo, los síntomas depresivos y el apoyo social se traduce en una mejoría en los pacientes afectados por fibromialgia. El trabajo realizado por Phillips, Lorraine (2008) abordo dichos temas, obteniendo resultados muy prometedores y fuerte relación entre estos factores y la fibromialgia, tanto en su desarrollo como en su posterior recuperación.

Como vimos anteriormente, en los estudios que encontraron ligera asociación, los puestos de trabajo físicamente exigentes y con alto nivel de estrés, eran potencialmente predictores de fibromialgia. El trabajo realizado por Palstam (2014) obtuvo relación entre factores como la alta demanda laboral y alto estrés en el trabajo con la fibromialgia, y a su vez lo hizo con los factores físicos. Por lo tanto también encontró los puestos de trabajo con estas características como predictores importantes de la fibromialgia.

Muchos de los estudios (Phillips, Lorraine (2008); Baetz, Marilyn (2008); Anema, Cheryl (2009); Van Koulil, Saskia (2010)) encontraron una clara relación entre la falta de apoyo social y el desarrollo de fibromialgia.

Van Koulil, Saskia (2010) inciden en que la falta de apoyo social puede llevar al paciente a un estado en el que se siente deshabilitado y angustiado. Esta situación dificulta la recuperación de la enfermedad, siendo necesario el abordaje de los factores psicosociales para la resolución de la misma.

En la revisión de estudios podemos encontrar como la falta de apoyo social en combinación con otros factores como una elevada exigencia laboral, estrés, presión, ansiedad o baja satisfacción, muestran resultados estadísticamente significativos en relación a sufrir fibromialgia (Phillips, Lorraine (2008); Baetz, Marilyn (2008)).

En los estudios realizados por Phillips, Lorraine (2008) y Anema, Cheryl (2009) vemos como los factores psicosociales juegan un papel importante en el proceso de cronificación y/o empeoramiento de la fibromialgia. Según estos estudios el comienzo de la enfermedad puede darse por la combinación entre los factores físicos y los psicosociales, principalmente el estrés,

pero son estos últimos, en mayor medida, los que provocan la cronificación de esta enfermedad.

Otros de los factores que demostraron una gran relación con la fibromialgia fueron la depresión y la ansiedad (Torres, Xavier (2013); Díaz-Marsa, Maríná (2011); Phillips, Lorraine (2008)).

El abordaje del estrés también se muestra como una de las principales, sino la principal, indicaciones en aquellos pacientes que sufren fibromialgia, ya que es uno de los factores psicosociales que mayor relación ha presentado en esta revisión sobre la fibromialgia, estando presente en todos o la gran mayoría de los estudios utilizados para documentarla.

Para finalizar, se ha demostrado que tomar medidas sobre los factores físicos, como puede ser, la aplicación de correcciones posturales en el trabajo o realizar ejercicio suave unos minutos al día, junto con el abordaje de todos estos factores psicosociales se encuentran indicados en aquellas personas con fibromialgia.

6. Conclusión

Podemos concluir que la puesta en práctica de estrategias de afrontamiento adecuadas, sobre los diferentes factores psicosociales y socio económicos que pueden afectar a un enfermo de fibromialgia, estaría indicado para la resolución de dicha enfermedad. Esto es así, debido a la estrecha relación que parecen mostrar con la fibromialgia diferentes factores psicosociales.

Además parece ser que los sujetos que realizan trabajos difíciles con grandes esfuerzos físicos o personas que requieren de grandes esfuerzos para sus actividades de la vida diaria en combinación con elevadas demandas psicosociales, son potencialmente propensos a padecer la enfermedad de fibromialgia. Por lo que es de especial interés llevar a cabo el abordaje de estos factores cuando se trate de individuos que presenten estas circunstancias.

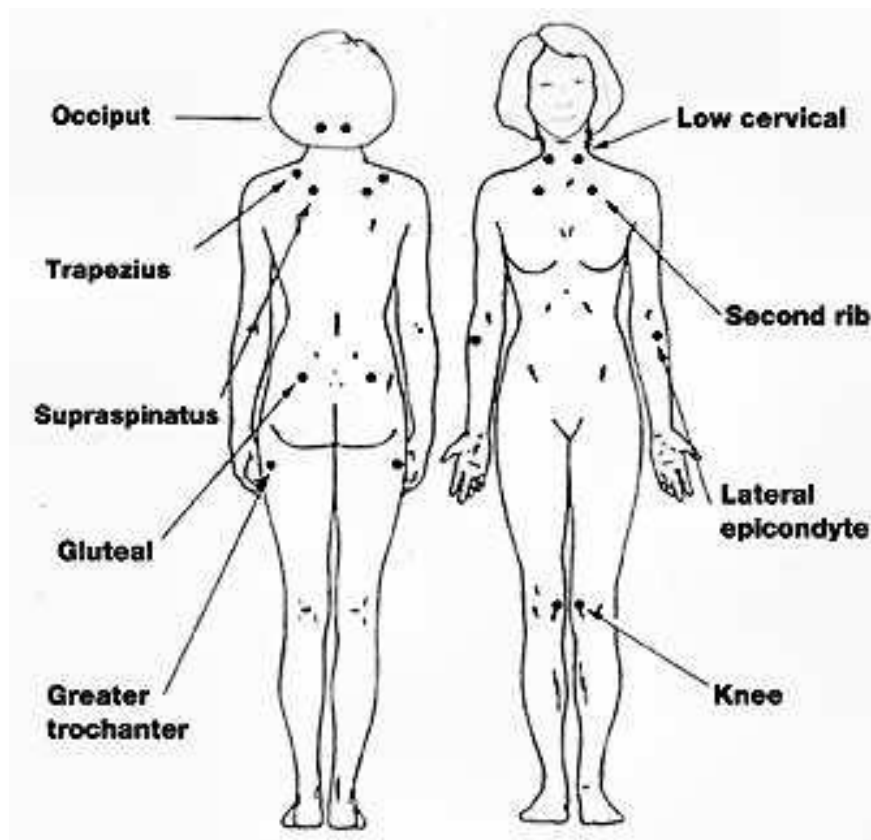
A pesar de todo, aun existen numerosas dudas sobre el papel concreto que juegan los factores psicosociales en el desarrollo y posterior recuperación de la fibromialgia. Nuevas investigaciones son necesarias para seguir abriendo caminos en este tema y llegar así a conclusiones más precisas y útiles.

7. Imágenes y tablas

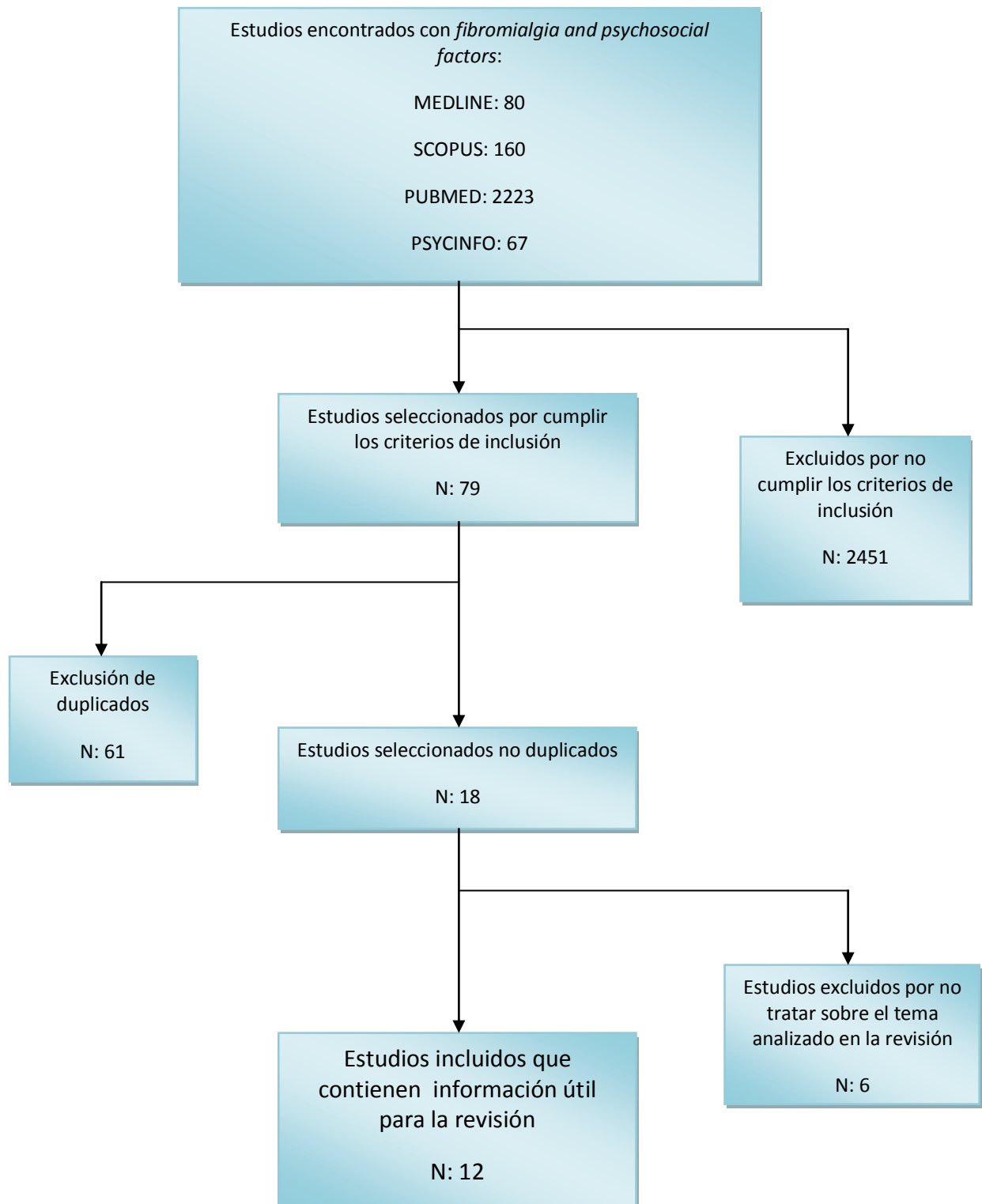
- Tabla 1

Tabla 2. Variables relacionadas con la fibromialgia	
Variables biológicas	– Sexo femenino – Falta de forma física – Alteraciones del sueño – Alteraciones de los mecanismos de regulación del dolor – Alteración del sistema de respuesta al estrés
Variables cognitivas	– Cultura del dolor – Hipervigilancia – Estrategias de afrontamiento – Autoeficacia percibida del control del dolor – Depresión y ansiedad – Rasgos alterados de la personalidad – Comportamiento frente al dolor
Variables ambientales y socioculturales	– Abuso en la infancia – Abuso continuado

- Imagen 1



- Imagen 2



8. Bibliografía

- Anema, Cheryl; Johnson, Mary; Fogg, Louis; Zetterlund, Joan (2009), "Spiritual well-being in individuals with fibromyalgia syndrome: Relationships with symptom pattern variability, uncertainty, and psychosocial adaptation", *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal* 23, 8-22.
- Baetz, Marilyn; Bowen, Rudy (2008), "Chronic pain and fatigue: Associations with religion and spirituality", *Pain Research & Management* 13, 383-388.
- Bengtsson, A. (2002), "The muscle in fibromyalgia", *Rheumatology* 41, 721-724.
- Burckhardt, C.S., Clark, S.R. (1991), "The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation", *J Rheumatol* 18, 728-733.
- Buskila, D., Neumann, L. (2005), "Genetics of fibromyalgia", *Curr Pain Headache Rep* 9, 313-315.
- Carmona, L., Ballina, J. (2001), "The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey, estudio EPISER", *Ann Rheum* 60, 1040-1045.
- Chaitow, L., (2003), *Fibromyalgia Syndrome: A practitioner's guide to treatment*, 2ª ed., London, Churchill Livingstone.
- Crettaz, Benjamin; Marziniak, Martin; Willeke, Peter; Young, Peter; Hellhammer, Dirk; Stumpf, Astrid; Burgmer, Markus (2013), "Stress-induced allodynia—Evidence of increased pain sensitivity in healthy humans and patients with chronic pain after experimentally induced psychosocial stress", *PLoS ONE* 8.
- Croft, P., Schollum, J., Silma, A. (1994), "Population study of tender points counts and pain as evidence of fibromyalgia", *BMJ* 309, 696-699.
- De Pablo, J., Herrero, M. (1998), "Trastorno del dolor", *Dolor* 13, 242-249.
- Díaz-Marsa, Marín; Palomares, Nerea; Morón, M. Dolores; Tajima, Kazuhiro; Fuentes, Manuel E.; López-Ibor, Juan José; Carrasco, José Luis (2011), "Psychological factors affecting response to antidepressant drugs in fibromyalgia", *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry* 52, 237-244.
- Fisher, A. (1999), "Algometry in diagnoses of musculoskeletal pain and evaluation of treatment outcome update", *J Musculoskeletal Pain* 6, 5-32.
- Fitzcharles MA, Rampakakis E, Ste-Marie PA, Sampalis JS, Shir Y. (2014), "The association of socioeconomic status and symptom severity in persons with fibromyalgia", *J Rheumatol.* 41, 1398-1404.
- Gerwin, R.D. (2005), "Factores que promueven la persistencia de mialgia en el síndrome de dolor miofascial y en la fibromialgia", *Fisioterapia* 27, 76-86.
- Goldenberg, D.L. (1999), "Fibromyalgia syndrome a decade later", *Arch Intern Med* 159, 353-365.
- Hawley, D.J., Wolfe, F. (1991), "Pain disability and pain/disability relationships in seven rheumatic disorders: a study of 1552 patients", *J Rheumatol* 18.
- Helfenstein, M., Fedman, D. (2002), "Síndrome da fibromialgia: características clínicas e associação com outras síndromes disfuncionais", *Rev Bras Reumatol* 42, 8-14.
- Henriksson, K.G. (2003), "Fibromyalgia- from syndrome disease. Overview of pathogenetic mechanism", *J Rehab Med. Suppl* 41, 89-94.

- Hombrados, M.I. (1997). Estrés y Salud. Valencia: Promolibro
- Howard, Krista J.; Mayer, Tom G.; Neblett, Randy; Perez, Yoheli; Cohen, Howard; Gatchel, Robert J. (2010), "Fibromyalgia syndrome in chronic disabling occupational musculoskeletal disorders", *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 52, 1186-1191.
- Kashikar-Zuck, S., Graham, T., Powers, S. (2000), "A review of biobehavioral research in juvenile primary fibromyalgia syndrome", *Arthritis Care & Research* 13, 388-397.
- Kasikcioglu, E., Dinler, M., Berker, E. (2006), "Reduced tolerance of exercise in fibromyalgia may be a consequence of impaired microcirculation initiated by deficient action of nitric oxide", *Medical Hypotheses* 66, 950-952.
- Krsnich-Shriwise, S. (1997), "Fibromyalgia syndrome: an overview", *Phys Ther* 77, 68-75.
- Le Golf, P. (2006), "Is fibromyalgia a muscle disorder?", *Joint Bone Spine* 73, 239-242.
- Makela, M., Heliovaara, M. (1991), "Prevalence of primary fibromyalgia in the finnish population", *Br Med J* 303, 216-219.
- Mannerkorpi, K. (2003), "Physical exercise in fibromyalgia and related syndromes", *Best Pract Res Clin Rheumatol* 17, 629-647.
- Moldofsky, H.(2002), "Sleep and fibrosis syndrome", *Rheum Dis Clin North Am* 15, 91-103.
- Oliveira, Paula; Costa, Maria Emilia (2009), "Psychosocial predictors of health status in fibromyalgia: A comparative study with rheumatoid arthritis", *Journal of Pain Management* 2, 135-144.
- Palstam A, Larsson A, Bjersing J, Löfgren M, Ernberg M, Bileviciute-Ljungar I, Ghafouri B, Sjörs A, Larsson B, Gerdle B, Kosek E, Mannerkorpi K. (2014), "Perceived exertion at work in women with fibromyalgia: explanatory factors and comparison with healthy women", *J Rehabil Med*.46, 773-780.
- Phillips, Lorraine (2008), "The influence of psychosocial factors on the disablement process in women with multiple sclerosis and women with fibromyalgia syndrome", *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 68, 5861.
- Simms, R.W. (1996), "Is there muscle pathology in fibromyalgia syndrome?", *Rheum Disc Lin North Am* 22, 245-266.
- Risch, S.V., Norwell, N.K., Pollock, M.L., et al. (1993), "Lumbar strengthening in fibromialgia pain patiens: physiologic and psychological benefits", *Spine* 18, 232-238.
- Shuster, Jill; McCormack, Jana; Riddell, Rebecca Pillai; Toplak, Maggie E. (2009), "Understanding the psychosocial profile of women with fibromyalgia syndrome", *Pain Research & Management* 14, 239-245.
- Simons, D., Travell, J., Simons, L. (2004), *Dolor y Disfunción miofascial. El manual de los puntos gatillo*, vol 1, 2ª ed., Madrid, Panamericana.
- Starlanyl, D., Copeland, M.E. (2000), *Fibromyalgia and Chronic Myofascial Pain*, 2ª ed., Oakland CA, New Harbinger Publications.
- Staud, R. (2004), "Fibromyalgia pain: do we know the source?" *Curr Opin Rheumatol* 16, 157-163.
- Torres, Xavier; Bailles, Eva; Valdes, Manuel; Gutierrez, Fernando; Peri, Josep-Maria; Arias, Anna; Gomez, Emili; Collado, Antonio (2013), "Personality does not distinguish

- people with fibromyalgia but identifies subgroups of patients”, General Hospital Psychiatry 35, 640-648.
- Valverde, M., Juan, A., Rivas, B. (2001), “Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: MSD y Sociedad Española de Reumaología, 77-91.
 - Vallejo Pareja, M.A., Comeche Moreno, M.I. (2010), “Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Terapia conductual y Salud.
 - Van Koulil, Saskia; van Lankveld, Wim; Kraaimaat, Floris W.; van Riel, Piet L. C. M.; Evers, Andrea W. (2010), “Risk factors for longer term psychological distress in well-functioning fibromyalgia patients: A prospective study into prognostic factors”, Patient Education and Counseling 80, 126-129.
 - Vierck, C.J., Jr. (2006), “Mechanism underlying development of spatially distributed chronic pain (fibromyalgia)”. Pain 16, 242-263.
 - White, K.P. (1999), “The London Fibrimyalgia Epidemiology Study: the prevalence os fibromyalgia syndrome in London”, Journal of Rheumatology 26, 1570-1576.
 - Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B. et al. (1990), “The American College of Rheumathology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Comité”, Arthritis Rheum 33, 160-172.
 - Wolfe, F. (1989), “Fibromyalgia: the clinical síndrome”, Rheum Dis Clin North Am 15, 1-18.
 - Wolfe, F., Goldenberg, D.L. (1997), “A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia”, Arthritis Rheum 4, 1560-1570.
 - World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. ICD-10. Ginebra: WHO; 1992.
 - Yunus, M.B. (1988), “Primary fibromyalgia syndrome and miofascial pain syndrome: clinical features and muscle pathology”, Arch Phys Med Rehabil 69, 451-454.