

SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN PERSONAS CON FIBROMIALGIA: UNA REFLEXIÓN*

PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS IN PEOPLE WITH FIBROMYALGIA: A REFLECTION

MAITE GARAIGORDOBIL** Y LEILA GOVILLARD***

*Estudio financiado por el Departamento de Educación, Política Lingüística y Educación del Gobierno Vasco (IT638-13) y por la Unidad de Formación e Investigación de la Universidad del País Vasco UPV/EHU (UFI PSIXXI 11/04).

**Doctora en Psicología, Especialista en Psicología Clínica. Catedrática de Evaluación y Diagnóstico Psicológicos en la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco. E-Mail: maite.garaigordobil@ehu.es
Avda. Tolosa 70. 20018 Donostia-San Sebastián. España.

***Doctora en Psicología. Profesora Contratada en la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Deusto. E-Mail: leila.govillard@deusto.es
c/ Mundaitz 50. 20012 Donostia-San Sebastián. España.

RESUMEN

El estudio realizado tuvo como objetivos comparar si existen diferencias en diversos síntomas psicopatológicos entre personas con y sin *Fibromialgia* (FM) de ambos sexos y analizar el inicio de los síntomas en la biografía de las personas con FM. Participaron 190 sujetos españoles: 140 con FM y 50 sin FM (10 varones, 180 mujeres). Con un diseño descriptivo y comparativo de corte transversal, se administró el Cuestionario de 90 Síntomas-Revisado (SCL-90-R). Los ANOVAS confirmaron que: (1) las personas con FM de ambos sexos comparadas con las que no tienen FM muestran puntuaciones medias significativamente más altas en todos los síntomas psicopatológicos (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, *depresión*, *ansiedad*, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo) y en los tres índices. Los síntomas más frecuentes fueron los de somatización, obsesión-compulsión, depresión y ansiedad, (2) las personas con FM comparadas con la muestra no-clínica del test tenían puntuaciones percentilares mayores o iguales a 95 en muchos síntomas (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad) y en todos los índices. En el Índice

dice Sintomático General (GSI) el 94.3% obtuvo percentiles mayores o iguales a 80. Sin embargo, comparadas con la muestra clínica del test (pacientes psiquiátricos), únicamente tuvieron percentiles altos (≥ 90) en somatización, y en el GSI solo el 30.7% tuvo percentiles mayores o iguales a 80 y (3) únicamente el 23.6% de las personas con FM presentó antecedentes psicopatológicos / psiquiátricos previos, lo que sugiere que la psicopatología en muchos pacientes se desarrolla después de la FM. El estudio realizado tiene importantes implicaciones para el tratamiento de la FM.

Palabras clave: Fibromialgia; Trastornos psicopatológicos; Depresión; Ansiedad; Género.

ABSTRACT

Fibromyalgia (FM) is a chronic syndrome of unknown etiology, complex and variable evolution, provoking generalized pain that can become incapacitating. It affects the biological, psychological, and social spheres, and is an important health problem due to its prevalence, morbidity, and high rates of use and consumption of health resources. FM is

described as the existence of generalized pain of more than three months' duration, absence of other causal pathology, and comorbidity with other syndromes and symptoms, such as chronic fatigue, nonremedial sleep, cognitive deficit, and numerous somatic and emotional symptoms, such as *anxiety* and *depression*. In 1992, FM was recognized by the World Health Organization and typified in the International Classification of Diseases (CIE-10) within rheumatological diseases. The prevalence of FM in developed countries is between 1 and 4%, and in Spanish population, it is 2.4%, with 4.2% in females and .2% in males. Although many studies agree about the presence of psychopathology in FM, its frequency and intensity are variable and there is little evidence about the premorbid situation of the affected people, and therefore, about role of psychopathology in its pathogenesis. It is known that many people with FM have psychopathological symptoms (anxiety, depression), but the studies differ about whether psychopathology is the origin of FM or whether all people with FM have *psychopathological disorders*.

The goals of the study were to determine possible differences in diverse psychopathological symptoms in people of both sexes with and without FM and to analyze the onset of the symptoms in the biography of people with FM. The study was performed with 190 Spanish participants, 140 with FM (73.7%) and 50 without FM (26.3%). The participants were aged between 28 and 75 years ($M = 52.16$; $SD = 9.18$), 10 were male (5.3%) and 180 female (94.7%). A descriptive, comparative, cross-sectional design was used and the 90-Symptoms Checklist Revised (SCL-90-R - Derogatis, 1983 /2002) was administered. The ANOVAs confirmed that: (1) compared with people who did not have FM, people with FM of both sexes obtained significantly higher mean scores in all the psychopathological symptoms (somatization, obsession-compulsion, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, psychoticism) and in all three indices. The most frequent symptoms were somatization, obsession-compulsion, depression, and anxiety; (2) compared with the nonclinical sample of the test, people with FM had percentile scores greater than or equal many symptoms (somatization, obsession-compulsion, interpersonal sensitivity, depression, anxiety) and in all the indices. In the Global

Severity Index (GSI), 94.3% of FM patients obtained percentiles of greater than or equal 80. However, compared with the clinical sample of the test (psychiatric patients), FM patients only obtained high percentiles (≥ 90) in somatization, and in the GSI, only 30.7% obtained percentiles greater than or equal 80; and (3) only 23.6% of the people with FM presented prior psychiatric / psychopathological antecedents, suggesting that, in many patients, psychopathology develops after FM.

To conclude, we confirm the emotional suffering undergone by most people with FM, and the psychologist's importance in the multidisciplinary treatment of this disease. Beyond the debate about whether psychopathological symptoms are the cause or the effect of FM, empirical evidence reveals a high level of psychopathological symptoms (especially somatization, obsession-compulsion, anxiety, and depression) in a large part of the people with FM, which allows us to emphasize the great support that mental health professionals can provide to these patients. The study has important implications for the treatment of FM.

Key words: Fibromyalgia; Psychopathological disorders; Depression; Anxiety; Gender.

INTRODUCCIÓN

La *fibromialgia* (FM) es un síndrome crónico, de etiología desconocida, su evolución es compleja y variable, provoca dolor musculoesquelético generalizado y está caracterizado por producir una importante discapacidad y por la eficacia limitada de los tratamientos (Alegre de Miguel, Alejandra-Pareda, Betina-Nishishinya & Rivera, 2005; Rivera, Rejas, Esteve-Vives & Vallejo, 2009). Afecta a las esferas biológica, psicológica y social, y es un problema importante de salud por su prevalencia, morbilidad y elevado consumo de recursos económico-sanitarios (Pastor, Lledó, López, Pons & Martín-Aragón, 2010; Sicras-Mainar, Blanca-Tamayo, Navarro-Artieda & Rejas-Gutierrez, 2009), constituyendo así en la actualidad un problema de salud pública de primer orden.

Los criterios diagnósticos de la FM establecidos en 1990 por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) y posteriormente revisados (Wolfe et al., 2010), son dolor generalizado de más de tres meses de duración, ausencia de otra patología causante y comorbilidad con otros síndromes y síntomas como fatiga crónica, sueño no reparador, déficit cognitivo, numerosos síntomas somáticos y emocionales, como la ansiedad y la depresión. En 1992 la FM fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud y tipificada en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.0 dentro de las enfermedades reumatológicas (OMS, 1992). La prevalencia en los países desarrollados se sitúa entre el 1 y el 4% (Wolfe et al., 1997) y en la población española el estudio EPISER informa un 2.4% (4.2% en mujeres y .2% en varones) (Carbonell-Avelló, 2005; Carmona et al., 2001). Estudios más recientes postulan que la FM es un Síndrome de Sensibilización Central, evidenciando la existencia de una disfunción neuroendocrina-inmune sobre un terreno predispuesto por factores genéticos y ambientales (Alvaro & Traver, 2010; Meeus, 2007; Woolf, 2011).

La falta de evidencias sobre su etiología y patología orgánica, junto a la ineficacia de los tratamientos médicos, han justificado el interés de la Psicología por el estudio de factores psicológicos de la FM, tales como la personalidad (Albiol, Gomá-i-Freixanet, Valero, Vega & Muro, 2014; Malin & Litlejohn, 2012), habilidades de afrontamiento (Dobkin et al., 2010; Tirado, Pastor-Mira & López-Roig, 2014) y psicopatología (Salgueiro, Aira, Buesa, Bilbao & Azkue, 2012). Algunos investigadores (de Felipe García-Bardón, Castel & Vidal, 2006) enfatizan los aspectos psicosociales y psicológicos en la FM: no hay lesión estructural en los pacientes con FM, hay cambios estructurales y funcionales en el cerebro producidos por el estrés psicológico, presencia de síntomas psicosociales centrales, distorsiones cognitivas. de Felipe y colaboradores (2006) sugieren una concepción biopsicosocial en el proceso de enfermar, considerando que no se puede pensar en la dualidad cuerpo-mente, sino en una interre-

lación 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. Ellos resaltan la importancia de lo fisiológico y lo social en la FM, y no sólo de lo psicológico, aunque la evidencia de los aspectos psicológicos implicados en la FM es determinante para incluir tratamientos psicológicos dirigidos a los pacientes con este síndrome.

A la FM, por sus características propias, se le asigna un tipo de tratamiento que no es curativo sino que pretende ser preventivo de unos síntomas y paliativo de otros. Dado que se trata de un trastorno con tan variada sintomatología y con una considerable comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y físicos se probaron tratamientos de muy diversa naturaleza. Entre ellos, los tratamientos más empleados en la actualidad son el farmacológico, el ejercicio físico y la terapia psicológica (en particular, desde el enfoque cognitivo-conductual). Existe suficiente evidencia de que el mero tratamiento farmacológico no obtiene los resultados esperados, por lo que cada vez con más frecuencia se ofertan formas alternativas de tratamiento, solas o en combinación, desde un enfoque bio-psico-social de la enfermedad (Peñacoba, 2009).

Aunque la opinión de que la FM es un trastorno psiquiátrico no tiene sustento en la evidencia científica (Nielsen & Merskey, 2001), algunos estudios indican que estos pacientes presentan problemas psicosociales y trastornos psiquiátricos (Winfield, 2001) tales como depresión, ansiedad, somatizaciones, fobias y trastornos de pánico. A menudo tienen estados depresivos, trastornos de ansiedad, obsesivo-compulsivos y fóbicos, además pueden presentar concomitantemente afecciones de dependencia de alcohol y medicamentos, diversos trastornos de personalidad (Ruiz Fabeiro, Martínez Prado & Jerí Gutiérrez, 2004).

La mayoría de los estudios postulan la existencia de una mayor prevalencia de psicopatología en comparación con otras afecciones reumáticas y con población no clínica, considerando en algunos casos la psicopato-

logía parte integrante de la FM (Ahles, Yunus, Riley, Bradley & Masi, 1984; Pérez-Pareja, Sesé, González-Ordi & Palmer, 2010). En esta línea Glazer y colaboradores (2009) y Landis, Lentz, Tsuji, Buchward y Shaver (2004), aplicando el cuestionario SCL-90-R evidenciaron una mayor frecuencia de trastornos clínicos en personas con FM comparando con grupos de control, resultando los trastornos psicopatológicos más frecuentes la somatización, la obsesión-compulsión, la depresión y la ansiedad.

Otros estudios descartan que la psicopatología sea parte integrante de la FM y que se manifieste en todas las personas afectadas y de la misma manera, señalando la existencia de subgrupos con y sin psicopatología (Calandre et al., 2010; De Souza et al., 2009; Giesecke et al., 2003; Salgueiro et al., 2012). En esta línea, diversas investigaciones (de Felipe García-Bardón et al., 2006; Thieme, Turk & Flor, 2004; Uguz et al., 2010) hallan gran variabilidad de síntomas en las personas con FM, estimando su presencia entre el 47.6 y el 74.8% de ellas, mientras que otros (Ahles et al., 1984; Yunus, Ahles, Aldag & Masi, 1991) concluyen que solo un tercio de las personas con FM presentan psicopatología (percentil ≥ 80). Por su parte, Salgueiro y colaboradores (2012) aplicando el cuestionario SCL-90-R a personas con FM determinan la existencia de dos tipos de pacientes, uno sin psicopatología, con puntuaciones similares a la población no clínica, y un segundo con puntuaciones altas en todas las escalas estudiadas: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, escala adicional, índice de severidad global (GSI), índice total de síntomas positivos (PST) e índice de síntomas positivos de distrés (PDSI), siendo predominante este último tipo de pacientes.

Complementariamente, algunos investigadores (Carruthers & Van de Sande, 2006; Jain et al., 2003) descartan la consideración del trastorno de somatización en la FM, afirmando que las personas que padecen este trastorno tienen un historial de quejas sintomáticas antes de los 30 años, mientras que en la FM empieza mayoritariamente entre los 35

y los 50 años. Y en similar dirección, Friedberg y Jason (2001) consideran que FM y depresión mayor no son manifestaciones del mismo trastorno, ya que después de realizar ejercicio físico las personas con FM no mejoran y las personas con depresión sí, y éstas últimas pierden el interés por las actividades habituales, y las personas con FM no. Tomando como base estos datos, Alegre de Miguel y colaboradores (2010) consideran que la FM como trastorno psiquiátrico no tiene sustento en la evidencia científica.

Como se puede observar, la mayoría de estudios coinciden en señalar la presencia de psicopatología en la FM, aunque se aprecia variabilidad en su frecuencia, intensidad y falta de evidencias sobre la situación premórbida de las personas afectadas (Malin & Littlejohn, 2012) y por tanto sobre el papel de la psicopatología en su etiopatogenia.

A partir de lo descrito anteriormente y con la finalidad de aportar datos en esta dirección, el estudio que se informa tuvo como objetivos: (1) comparar si existen diferencias en diversos síntomas psicopatológicos entre personas con y sin FM de ambos sexos y (2) analizar el inicio de los síntomas psicopatológicos en su biografía.

Con estos objetivos, y tomando como referencia los estudios previos, se plantearon tres hipótesis:

1.- En ambos sexos, las personas con FM en comparación con las personas sin FM tendrán puntuaciones medias significativamente más altas en síntomas psicopatológicos en todas las escalas (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo), en la intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático global (GSI) y en el número de síntomas presentes (PST).

2.- Las personas con FM comparadas con la muestra no-clínica de los baremos del cuestionario SCL-90-R tendrán puntuaciones muy elevadas (percentil ≥ 90) especialmente en síntomas de somatización, depresión y ansiedad, así como en el GSI y

3.- Aproximadamente un 75% de las personas con FM habrán desarrollado los sínto-

mas psicopatológicos después de la aparición de la enfermedad.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra estuvo configurada por 190 participantes, 140 afectados de FM (73.7%) y 50 no afectados (26.3%), con un rango de edad de 28 a 75 años ($M = 52.16$ años; $DT = 9.18$), 10 son varones (5.3%) y 180 mujeres (94.7%). Los participantes con diagnóstico de FM pertenecían a la Asociación Guipuzcoana de Fibromialgia y Astenia Crónica (Bizibide) de España y fueron invitados a integrar la muestra por correo y telefónicamente. Para ello debían haber sido diagnosticados con FM y presentar el justificativo médico. De los 160 miembros de la asociación, 140 pacientes (87.5%) participaron en el estudio. Para seleccionar el grupo de no afectados, se tomaron como referencia las características sociodemográficas básicas (sexo, edad, estudios) de las personas afectadas de FM y se seleccionó una muestra espejo de 50 personas no afectadas con características homogéneas. Las frecuencias y porcentajes de los participantes en función del sexo, de los cuatro rangos de edad, del estado civil y del nivel de estudios se presentan en la Tabla 1.

En la muestra de personas con FM las diferencias en función del sexo fueron significativas [$\chi^2(1) = 113.40, p < .001$], pero estas diferencias son habituales en los estudios llevados a cabo con personas con FM, en los que se constata un porcentaje muy superior de mujeres con respecto a los hombres con esta enfermedad. Entre los participantes con y sin FM, no se hallaron diferencias en función del sexo [$\chi^2(1) = 34.18, p > .05$] ni la edad [$\chi^2(1) = .074, p > .05$].

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para medir las variables objeto de estudio se administró la adaptación española de González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez-Abuín y Rodríguez-Pulido (2002) del SCL-

90-R Cuestionario de 90 Síntomas-revisado (Derogatis, 1983). La prueba contiene 90 ítems distribuidos en 10 escalas que informan las alteraciones psicopatológicas: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicotimismo y adicionales.

La prueba permite calcular el índice sintomático general o medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global (GSI), el total de síntomas positivos o número de síntomas presentes (PST) y el índice de distrés por síntomas positivos que relaciona el sufrimiento o *distrés* global con el número de síntomas (PSDI).

Estudios realizados con muestra española (González de Rivera et al., 2002) sugieren buena fiabilidad de la prueba (α entre .81 y .90). Los resultados con la muestra del presente estudio confirman la consistencia (GSI: $\alpha = .90$). Varios estudios evidencian la validez, confirmando puntuaciones significativamente mayores en las muestras psiquiátricas frente a las muestras no-clínicas, o hallando altas correlaciones de las dimensiones sintomáticas con el MMPI en pacientes psiquiátricos. Complementariamente se administró un Cuestionario de Datos Biográficos y Médico-Psicológicos para Afectados de Fibromialgia (Garaigordobil & Govillard, 2013) (ver Anexo 1), que contiene varios ítems que exploran datos histórico-biográficos de las personas afectadas de FM, entre otros antecedentes psicológicos o psiquiátricos. En este cuestionario se preguntó si habían tenido síntomas psicológicos o psiquiátricos anteriores a la FM (ansiedad, depresión, etc.) que les hubieran causado malestar psicológico y motivado una consulta con un psicólogo o psiquiatra.

DISEÑO Y PROCEDIMIENTO

Se administraron las pruebas a las 140 personas afectadas de FM. Estos participantes fueron distribuidos al azar en grupos de 10-15 personas y los miembros del equipo investigador entregaron los cuestionarios y es-

tuvieron a su disposición para resolver las dudas que pudieran surgir para completar los mismos. Posteriormente se realizó la administración a las 50 personas no afectadas de FM, con el mismo procedimiento de evaluación. La duración de evaluación fue de 30 minutos.

El estudio cumplió con los valores éticos requeridos en la investigación con seres humanos respetando los principios fundamentales incluidos en la Declaración de Helsinki, en sus actualizaciones y en las normativas vigentes (consentimiento informado y derecho a la información, protección de datos personales y garantías de confidencialidad, no discriminación, gratuidad y posibilidad de abandonar el estudio en cualquiera de sus fases).

El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 21.0.

RESULTADOS

SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN VARONES Y MUJERES CON Y SIN FM

En primer lugar, se exploraron las diferencias de género en síntomas psicopatológicos porque estos datos pueden condicionar los análisis subsiguientes. Se realizaron análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas) y análisis de variancia en todos los síntomas psicopatológicos comparando varones y mujeres, cuyos resultados evidencian la ausencia de diferencias entre varones y mujeres en todos los síntomas evaluados (ver Tabla 2).

SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN PERSONAS CON Y SIN FM

Teniendo en cuenta la ausencia de diferencias de género en síntomas psicopatológicos, se exploró si había diferencias entre los participantes con y sin FM con toda la muestra (sin desagregarla por sexos). Primero se realizó un análisis de variancia multivariado (MANOVA) con las puntuaciones obtenidas en todas las variables del SCL-

90-R. Los resultados del MANOVA indicaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones [$\Lambda = .327$; $F(12, 177) = 30.41$, $p < .001$], siendo el tamaño del efecto grande ($\eta^2 = .673$, $r = .82$). Posteriormente, se realizaron análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas) y univariantes de los diversos síntomas psicopatológicos, comparando a los participantes con y sin FM, cuyos resultados se presentan en la Tabla 3.

Estos resultados permiten observar puntuaciones medias significativamente superiores en los participantes con FM en todos los síntomas psicopatológicos evaluados, así como en el índice sintomático general (GSI), en el índice de síntomas positivos (PST) y en el índice de distrés (PSDI). Los síntomas psicopatológicos con puntuaciones medias más elevadas, es decir, más frecuentes, fueron: somatización, obsesión-compulsión, depresión y ansiedad.

Por otro lado, las personas con FM comparadas con la muestra no-clínica del manual del SCL-90-R, obtuvieron puntuaciones percentiles mayores o iguales a 95 en muchos de los síntomas (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad) y en los tres índices psicopatológicos. Además, en el GSI (índice sintomático general o medida general de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático global), 132 personas (94.3%) con FM obtuvieron puntuaciones percentiles mayores o iguales a 80, y 8 (5.7%) tuvieron puntuaciones percentiles entre 21 y 79, y nadie obtuvo percentiles menores o iguales a 20.

Sin embargo, las personas con FM comparadas con la muestra clínica del manual del cuestionario SCL-90-R (pacientes psiquiátricos), exceptuando en somatización donde las personas con FM obtuvieron puntuaciones percentiles de 90, en el resto de las variables los percentiles oscilaban entre 50 y 75. Además, comparadas con la muestra clínica, en el GSI, únicamente 43 personas (30.7%) con FM obtuvieron puntuaciones percentiles superiores a 80, 78 (55.7%) obtuvieron percentiles entre 21 y 79, y 19 (13.6%) obtuvieron percentiles menores o iguales a 20.

SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS: PORCENTAJE DE PERSONAS CON SÍNTOMAS ANTES DE LA FM

El análisis de los antecedentes psicopatológicos y psiquiátricos sufridos antes de manifestarse la FM, evidenció que únicamente 33 personas (23.6%) con FM presentaron antecedentes psicopatológicos o psiquiátricos anteriores a la enfermedad, mientras que 107 (76.4%) no presentaron antecedentes psicopatológicos o psiquiátricos antes de padecer la FM, nunca habían sentido malestar por síntomas psicopatológicos ni habían acudido al psicólogo o psiquiatra por este tipo de síntomas. El análisis de chi cuadrado de Pearson evidenció diferencias estadísticamente significativas [$\chi^2(1) = 39.11, p < .05$].

DISCUSIÓN

El estudio tuvo como objetivo comparar síntomas psicopatológicos en personas con y sin FM y explorar si la aparición de los síntomas es anterior o posterior a la FM.

En primer lugar, los resultados han confirmado que en ambos sexos las personas con FM en comparación con las personas sin FM tienen puntuaciones significativamente más altas en todos los síntomas psicopatológicos (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo) y en los tres índices psicopatológicos (GSI, PST, PSDI). Los síntomas psicopatológicos con puntuaciones más elevadas fueron: somatización, obsesión-compulsión, depresión, y ansiedad. Por consiguiente, los resultados confirman la hipótesis 1.

En segundo lugar, los resultados evidencian que las personas con FM comparados con la muestra no-clínica del SCL-90-R tienen puntuaciones percentiles mayores o iguales a 95 en muchos síntomas (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad) y en los tres índices psicopatológicos. Además, en la variable GSI el 94.3% de las personas con FM obtuvieron puntuaciones percentiles mayores o iguales a 80. Sin embargo, las personas con

FM comparadas con la muestra clínica del SCL-90-R (pacientes psiquiátricos), exceptuando somatización donde obtienen puntuaciones percentilares iguales a 90, en el resto de las variables presentaron percentiles medios, y en el GSI únicamente el 30.7% obtuvo percentiles mayores o iguales a 80. Estos datos confirman la hipótesis 2 y constatan el alto nivel de síntomas psicopatológicos que padece un porcentaje importante de personas con FM (especialmente cuando se las compara con la muestra no-clínica).

Estos resultados apuntan en la misma dirección que los obtenidos por Glazer y colaboradores (2009) y Landis y colaboradores (2004), evidenciando una alta frecuencia de síntomas psicopatológicos en personas con FM comparando con personas sin FM. Sin embargo, de acuerdo con Carruthers y Van de Sande (2006) y con Friedberg y Jason (2001), debemos ser prudentes a la hora de etiquetar como enfermas psiquiátricas a las personas con FM, lo que podría dar lugar a su estigmatización.

Los resultados obtenidos también apoyan los encontrados por otras investigaciones (Calandre et al., 2010; De Souza et al., 2009; Giesecke et al., 2003; Salgueiro et al., 2012), que han destacado la existencia de únicamente un subgrupo de personas con FM que padecen elevada psicopatología, y que ésta se manifiesta de distinta manera en ellas. A este respecto, únicamente se encuentran divergencias entre los diferentes estudios (Ahles et al., 1984; de Felipe García-Bardón et al., 2006; Uguz et al., 2010; Thieme et al., 2004; Yunus et al., 1991) en relación con el tamaño del subgrupo de personas con FM que padecen trastornos psicopatológicos, estimándose entre el 33 y el 74.8%. En este sentido se considera que estas diferencias pueden deberse a los diferentes instrumentos psicométricos utilizados (DIS, MMPI, SCL-90, etc.) y baremos de referencia (población normal, población psiquiátrica, población con otras enfermedades de organicidad conocida que cursan con dolor como la osteoartritis, cefalea tensional, artritis reumática, etc.).

Finalmente, los resultados confirman que únicamente el 23.6% de las personas con FM

presenta antecedentes psicopatológicos o psiquiátricos previos a la FM, o han sentido malestar por síntomas psicopatológicos por los que han consultado al psicólogo o psiquiatra. Por lo tanto, se confirma la hipótesis 3. Este resultado permite considerar que en la mayoría de los casos la psicopatología es posterior a la enfermedad y no necesariamente parte integrante de la misma.

Como conclusión del estudio se constata el sufrimiento emocional que experimenta la mayoría de las personas con FM y la importancia de la figura del psicólogo en el tratamiento multidisciplinar de esta enfermedad. Más allá del debate sobre si los síntomas psicopatológicos son causa o efecto de la FM, la evidencia empírica muestra un alto nivel de síntomas psicopatológicos (especialmente, somatización, obsesión-compulsión, ansiedad y depresión) en una gran parte de las personas con FM, lo que permite enfatizar la gran ayuda que profesionales de la salud mental pueden ofrecer a estos pacientes.

Como principales aportes del estudio cabe destacar: (1) la confirmación de la existencia de muchos síntomas psicopatológicos en un alto porcentaje de las personas con FM (94.3%) comparadas con personas sin FM, y por tanto la importancia de la figura del psicólogo en equipos multidisciplinarios de tratamiento; (2) la existencia de psicopatología

franca en un subgrupo (30.7%), siendo necesaria la prudencia a la hora de catalogar a las personas afectadas como enfermas psiquiátricas y evitar estigmas sociales y (3) que en la mayoría de los casos (76.4%) la aparición de la psicopatología es posterior al desarrollo de la FM.

Entre las limitaciones del estudio cabe destacar la escasez de varones en la muestra que impide controlar determinadas variables sociodemográficas, la diferencia entre el tamaño de la muestra con y sin FM, la naturaleza transversal del estudio que no permite conocer la evolución de las personas afectadas y el uso de autoinformes con el sesgo de deseabilidad que implican.

Como líneas futuras de investigación se pueden proponer la realización de estudios longitudinales para analizar la evolución de los síntomas psicopatológicos en las personas afectadas, la comparación de los resultados obtenidos con una muestra de personas afectadas por otros síndromes de dolor crónico, así como la creación y evaluación de tratamientos multicomponente en equipos multidisciplinarios. Además, sería interesante utilizar metodología experimental y ampliar la recolección de datos para clarificar si los síntomas psicopatológicos son causa o consecuencia de la enfermedad, es decir, aportar mayor evidencia empírica que dé luz a esta cuestión.

TABLA 1
 FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES
 CON Y SIN FIBROMIALGIA (FM)

	Con FM		Sin FM	
	F	%	F	%
Varón	7	5	3	6
Mujer	133	95	47	94
28-38 años	9	6.4	4	8
39-48 años	36	25.7	13	26
49-59 años	64	45.7	23	46
60-75 años	30	21.4	9	18
No contesta	1	.7	1	2
Soltero	9	6.4	12	24
Casado / Pareja de hecho	105	75	30	60
Divorciado	19	13.6	4	8
Viudo	4	2.9	2	4
2º matrimonio	2	1.4	2	4
No contesta	1	.7	0	0
Sin estudios	4	2.8	0	0
Estudios Primarios-Secundarios	60	42.9	11	22
Bachiller, Formación Profesional	57	40.7	21	42
Diplomatura, Licenciatura	13	9.3	17	34
No contesta	6	4.3	1	2

TABLA 2
 MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS Y ANÁLISIS DE VARIANCIA DE SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN VARONES Y MUJERES

Síntomas psicopatológicos	Varones		Mujeres		F (1, 188)	p	η^2
	M	DE	M	DE			
Somatización	1.65	.67	2.07	1.08	1.44	.231	.008
Obsesión - compulsión	2.06	.93	1.99	1.12	.03	.858	.000
Sensibilidad interpersonal	1.62	.73	.23	.88	1.86	.174	.010
Depresión	1.89	.83	1.73	1.01	.22	.637	.001
Ansiedad	1.71	.94	1.47	1.10	.44	.505	.002
Hostilidad	1.23	.65	.90	.93	1.21	.271	.006
Ansiedad fóbica	.57	.48	.74	.85	.41	.520	.002
Ideación paranoide	1.13	.71	.94	.80	.50	.480	.003
Psicoticismo	.90	.54	.58	.60	2.77	.097	.015
Adicional	1.80	.58	1.74	.90	.03	.852	.000
GSI	1.51	.54	1.41	.78	.16	.689	.001
PST	61.70	18.80	52.43	19.84	2.07	.152	.011
PSDI	2.19	.33	2.27	.71	.14	.708	.001

Notas:

GSI = Índice sintomático general (Intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global)

PST = Número de síntomas presentes

PSDI = Índice de distrés por síntomas positivos

TABLA 3
 MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS Y ANÁLISIS DE VARIANCIA DE LOS SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN PARTICIPANTES CON Y SIN FIBROMIALGIA (FM)

Síntomas psicopatológicos	Participantes con FM		Participantes sin FM		F (1, 188)	p	η^2
	M	DT	M	DT			
Somatización	2.53	.75	.69	.51	257.79	.000	.578
Obsesión - compulsión	2.44	.88	.76	.63	150.53	.000	.445
Sensibilidad interpersonal	1.41	.87	.79	.73	19.58	.000	.096
Depresión	2.08	.89	.80	.63	87.42	.000	.317
Ansiedad	1.81	1.04	.56	.61	63.94	.000	.254
Hostilidad	1.08	.98	.45	.53	18.38	.000	.089
Ansiedad fóbica	.88	.86	.32	.58	17.89	.000	.087
Ideación paranoide	1.06	.80	.67	.70	9.23	.003	.047
Psicoticismo	.73	.62	.23	.33	28.52	.000	.132
Adicional	2.08	.72	.80	.57	130.06	.000	.409
GSI	1.70	.64	.62	.47	118.99	.000	.388
PST	59.20	15.73	35.36	19.75	73.52	.000	.281
PSDI	2.55	.51	1.46	.47	170.89	.000	.476

Notas:

GSI = Índice sintomático general (Intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global)

PST = Número de síntomas presentes

PSDI = Índice de distrés por síntomas positivos

ANEXO 1
PROTOCOLO DEL CUESTIONARIO DE DATOS BIOGRÁFICOS Y MÉDICO-PSICOLÓGICOS PARA AFECTADOS DE
FIBROMIALGIA (GARAIGORDOBIL & GOVILLARD, 2013)

I. DATOS GENERALES

Nombre y apellidos:.....
Dirección:.....Población:..... C. Postal:.....
Teléfono:.....

Sexo:
1.- Varón
2.- Mujer

Edad:

Estado civil:
1. - Soltero
2.- Pareja de hecho
3.- Casado
4.- Divorciado
5.- Viudo
6.- 2º matrimonio
7.- Otros, especificar:

Estudios:

Ocupación laboral actual:

Nivel socio-económico:
1.- Bajo
2.- Medio-Bajo
3.- Medio
4.- Medio-Alto
5.- Alto

II. ANTECEDENTES

Indique los sucesos difíciles o angustiosos que haya experimentado a lo largo de su vida (enfermedades, accidentes, conflictos sociales, familiares, fallecimientos, rupturas, etc.) y a qué edad:

En este apartado se buscan características o sucesos anteriores a que la enfermedad se manifestase plenamente. Rodee las afirmaciones que sean ciertas en su caso:

Síntomas psicopatológicos

De la personalidad:

- 1.- Era una persona muy perfeccionista.
- 2.- Era una persona depresiva.
- 3.- Era una persona adictiva, tenía tendencia a sufrir adicción a sustancias o prácticas ilegales o prohibidas (cafeína, tabaco, alcohol, otras drogas, compras, juego, sexo).
- 4.- Tenía frecuentes, y hasta cierto punto exagerados, cambios de humor.
- 5.- Padeció algún problema psicológico o psiquiátrico.

De los desencadenantes:

- 1.- Ha sufrido un periodo de mucho estrés o preocupaciones.
- 2.- Ha sufrido algún shock emocional fuerte.
- 3.- Ha sufrido un accidente de tráfico en el que se produjera el efecto de "latigazo cervical".

De la infancia:

- 1.- Sufrió dolores de crecimiento.
- 2.- Era nervioso, inquieto, muy activo, muy travieso y con poca capacidad de concentración.
- 3.- Vivió una infancia incómoda (en hospicios, violencia o alcoholismo, dificultades económicas, adultización).
- 4.- Sufrió abusos sexuales por parte de adultos con los que convivía.

Antecedentes hereditarios:

- 1.- Ha tenido familiares consanguíneos con síntomas similares.
- 2.- Ha tenido familiares consanguíneos con diagnóstico establecido de fibromialgia.

Antecedentes psicológicos o psiquiátricos anteriores a la enfermedad. Presencia de síntomas psicológicos o psiquiátricos anteriores a la fibromialgia (por ejemplo, ansiedad, depresión) que le causaron malestar psicológico que lo condujo a consultar a un psicólogo o psiquiatra:

- 0.- No
- 1.- Sí

III. DESARROLLO TEMPORAL DE LOS SÍNTOMAS Y EDAD DE APARICIÓN

Señale con un círculo si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas:

1. Ha arrastrado durante largos años algunos síntomas de FM como dolores musculares u otros y éstos han ido incrementándose hasta hacerse preocupantes.	V	F
2. Un hecho fácilmente identificable (un shock o un accidente, por ejemplo) han hecho que dichos síntomas estallen.	V	F

Los pacientes de fibromialgia suelen poder identificar una fecha en la que la enfermedad se manifestó, en su caso ¿a qué edad le sucedió?

IV. SÍNTOMAS

Indique con una cruz en la lista todos los síntomas físicos que ha padecido:

	Actualmente	Años anteriores
Dolor muscular generalizado Dolor articular Dolores de cabeza Dolor vaginal en las relaciones sexuales Dolor de pecho, costillas, esternón o corazón Dolor de lengua, mandíbula Menstruación dolorosa Agotamiento Trastornos del sueño Rigidez Reacciones similares a alérgicas Sequedad de boca y/o nariz, otras mucosas Hormigueo, ardor, parestesias Movimiento incontrolable de piernas Lesiones: espalda, cuello, hombros, codos, otros Afecciones de piel, dermatitis Molestias estomacales, digestivas Hipersensibilidad al calor / frío Hipersensibilidad a la luz, sonidos		

Indique con una cruz en la lista todos los síntomas psicológicos y cognitivos que ha padecido:

	Actualmente	Años anteriores
Ansiedad Depresión Falta de memoria Desconcentración Dificultad lectura Confusión mental		

V. COMORBILIDAD

Señale si padece algún síndrome o enfermedad relacionado con la fibromialgia en la siguiente lista:

- Artritis reumática
- Síndrome de fatiga crónica

Síntomas psicopatológicos

- Colon irritable
- Tiroidismo
- Vejiga irritable
- Apnea nocturna
- Síndrome de Rinaud
- Diabetes
- Síndrome de las piernas inquietas
- Otras:.....

VI. TRATAMIENTOS Y ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE

¿En qué consiste su tratamiento farmacológico actual?:.....

Explique los tratamientos anteriores realizados:

¿Ha mejorado o remitido en algún momento su fibromialgia?

- 0 - No
- 1 - Sí

Si cree que ha sido debido a un tratamiento médico tradicional explique cuál (médico de cabecera, reumatólogo, psiquiatra, unidad del dolor, rehabilitador, internista, traumatólogo, digestivo, etc.):

Si cree que ha sido debido a un tratamiento médico alternativo explique cuál (homeopatía, acupuntura, naturopatía, quiropráctico, etc.):

¿La mejoría está relacionada con sucesos o circunstancias personales? Explique cuáles:

Rodee con un círculo las actividades terapéuticas de tiempo libre que usted realiza y especifique el nivel de satisfacción de 0 a 10:

Actividades	Nivel de satisfacción 0 - 10
Yoga	
Taichí	
Natación	
Gimnasia en piscina	
Baile	
Pasear	
Bicicleta	
Terapia ocupacional	
Higiene postural	
Otras	

VII. CONSECUENCIAS O SITUACIÓN ACTUAL

¿Qué consecuencias ha tenido en su vida la fibromialgia? Rodee con un círculo sus elecciones en cada bloque.

Relaciones sentimentales:

- 1.- Me permite comprobar lo incondicionalmente que me quiere mi pareja.
- 2.- Numerosas discusiones con mi pareja están causadas de una manera u otra por la fibromialgia.
- 3.- Me ha rechazado alguna persona por esa razón.
- 4.- Me he divorciado o roto definitivamente una relación estable, por esta razón.

Amistades:

- 1.- Me ha demostrado que algunos amigos lo son de verdad.
- 2.- Por su culpa veo poco a mis amigos.
- 3.- Me dificulta hacer nuevas amistades.
- 4.- A mis amigos les cuesta entenderme.
- 5.- Me ha hecho perder alguna amistad.

Relaciones familiares:

- 1.- La familia se ha unido más a raíz de mi enfermedad.
- 2.- Ha dificultado mi relación con mis hijos.

Vida laboral:

- 1.- He encontrado mucha ayuda en mis compañeros o jefes.
- 2.- He abandonado por iniciativa propia algún trabajo al sentirme incapaz de desempeñarlo.
- 3.- Me han echado de algún trabajo por razones directamente relacionadas con la fibromialgia.
- 4.- Actualmente tengo un trabajo peor del que pudiera desempeñar de no padecer la fibromialgia.

Economía:

- 1.- Mi nivel de vida ha empeorado por la fibromialgia.

VIII. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL DOLOR UTILIZADAS

¿Qué hace ante el dolor? Marque las afirmaciones que sean ciertas en su caso:

- 1.- Trata de distraerse, pensar en otras cosas.
- 2.- Realiza alguna actividad si puede.
- 3.- Se pone retos, pequeños objetivos o actividades.
- 4.- Piensa o visualiza cosas positivas.
- 5.- Pide ayuda o se lo cuenta a alguien.
- 6.- Le presta atención, vigila los cambios.
- 7.- Permanece quieto.
- 8.- Anticipa y piensa en problemas futuros.
- 9.- Se plantea grandes retos.

Síntomas psicopatológicos

10.- Recurre a la medicación.

11.- Otros, especifique:

12.- Con respecto al control de su enfermedad:

¿Qué grado de control siente sobre su dolor de 0 a10?:

¿Qué grado de control siente sobre su estado de ánimo de 0 a10?:

¿Qué grado de control siente sobre su agotamiento de 0 a10?:

¿Qué porcentaje de tiempo al día dedica a pensar en su enfermedad?

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

IX. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES

¿Ha solicitado minusvalía?

0.- No

1.- Sí

¿Se la han concedido?

0.- No

1.- Sí

Indique el grado

¿Ha solicitado la incapacidad laboral?

0.- No

1.- Sí

¿Se la han concedido?

0.- No

1.- Sí

¿Recibe algún tipo de ayuda por su enfermedad (económica, fiscal, aparcamiento, ayuda doméstica, etc.?)

0.- No

1.- Sí

X. CALIDAD DE VIDA GENERAL

Por último valore de 1 a 10 el grado de calidad de vida en general que cree que tiene actualmente:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahles, T.A., Yunus, M.B., Riley, S.D., Bradley, J.M. & Masi, A.T. (1984). Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*, 27, 1101-1106. <http://dx.doi.org/10.1002/art.1780271004>
- Albiol, S., Goma-i-Freixanet, M., Valero, S., Vega, D. & Muro, A. (2014). Rasgos de personalidad (ZKPQ) en pacientes con fibromialgia: Un estudio de casos y controles [Personality traits (ZKPQ) of patients with fibromyalgia: A case control study]. *Anales de Psicología*, 30, 937-943. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.153791>
- Alegre de Miguel, C., Alejandra-Pereda, C., Betina-Nishishinya, M. & Rivera, J. (2005). Revisión sistemática de las intervenciones farmacológicas en la fibromialgia [Systematic review of pharmacologic treatment in fibromyalgia]. *Medicina Clínica*, 125, 784-787. [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(05\)72190-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(05)72190-4)
- Alegre de Miguel, C., García-Campayo, J., Tomás, M., Gómez-Argüelles, J.M., Blanco, E., Gobbo, M., Pérez-Martín, A., Martínez-Salio, A., Vidal, J., Altarriba, E. & Gómez de la Cámara, A. (2010). Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia [Interdisciplinary consensus document for the treatment of fibromyalgia]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(2), 108-120.
- Álvaro, T. & Traver, F. (2010). Una visión psico-neuroinmunológica de la fibromialgia [A psychoneuroimmunological view of fibromyalgia]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), 149-163.
- Calandre, E.P., García-Carrillo, J., García-Leiva, J.M., Rico-Villademoros, F., Molina-Barea, R. & Rodríguez-López, C.M. (2010). Subgrouping patients with fibromyalgia according to the results of the fibromyalgia impact questionnaire: A replication study. *Rheumatology International*, 31(12), 1555-1559. <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-010-1521-3>
- Carbonell-Avelló, J. (2005). Fibromialgia [Fibromyalgia]. *Medicina Clínica*, 125, 778-779. [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(05\)72188-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(05)72188-6)
- Carmona, L., Ballina, F.J., Gabriel, R., Laffon, A. & EPISER Study Group. (2001). The Burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: Results from national survey. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 60, 1040-1045.
- Carruthers, B. & Van de Sande, M. (2006). *Fibromyalgia syndrome: A clinical case definition and guidelines for medical practitioners. An overview of the Canadian consensus document*. Canada: Authors. Recuperado de http://www.institutferran.org/documentos/FM_criterios_canadienses.pdf
- de Felipe García-Bardón, V., Castel-Bernal, B. & Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención [Scientific evidence of the psychological aspects in fibromyalgia. Possibilities of intervention]. *Reumatología Clínica*, 2(1), 38-43.
- De Souza, J.B., Goffaux, P., Julien, N., Potvin, S., Charest, J. & Marchand, S. (2009). Fibromyalgia subgroups: Profiling distinct subgroups using the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *A Preliminary Study. Rheumatology International*, 29(5), 509-515.
- Derogatis, L.R. (1983). *Administration, Scoring and Procedures Manual II for the revised Version of the SCL-90-R*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Dobkin, P.L., Liu, A., Abrahamowicz, M., Lonescu-Ittu, R., Sasha Bernatsky, S., Goldberger, A. & Baron, M. (2010). Predictors of disability and pain six months after the end of treatment for fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain*, 26, 23-29.
- Friedberg, F. & Jason, L.A. (2001). Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: Clinical assessment and treatment. *Journal of Clinical*

- Psychology*, 57, 433-455. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.1040>
- Garaigordobil, M. & Govillard, L. (2013). *Cuestionario de Datos Biográficos y Médico-psicológicos para Afectados de Fibromialgia* [Questionnaire of medical-psychological and biographical data for people with fibromyalgia]. Manuscrito no publicado.
- Giesecke, T., Williams, D.A., Harris, R.E., Cupps, T.R., Tian, X., Tian, T.X., Gracely, R.H. & Clauw, D.J. (2003). Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain threshold and psychological factors. *Arthritis & Rheumatology*, 48, 2916-2922. <http://dx.doi.org/10.1002/art.11272>
- Glazer, Y., Cohen, H., Buskila, D., Ebsstein, R.P., Glotser, L. & Neumann, L. (2009). Are psychological distress symptoms different in fibromyalgia patients compared to relatives with and without fibromyalgia? *Clinical and Experimental Rheumatology*, 27 (5 Suppl 56), S11-15.
- González de Rivera, J.L., De las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M. & Rodríguez-Pulido, F. (2002). *SCL-90-R, Symptom Checklist 90 Revised (Spanish adaptation)*. Madrid: TEA.
- Jain, A.K., Carruthers, B.M., van de Sande, M.I., Barron, S.R., Donaldson, C.S., Dunne, J.V., et al. (2003). Fibromyalgia syndrome: Canadian clinical working case definition, diagnostic and treatment protocols—a consensus document. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 11(4), 3-107. http://dx.doi.org/10.1300/J094v11n04_02
- Landis, C.A., Lentz, M.J., Tsuji, J., Buchwald, D. & Shaver, J.L.F. (2004). Pain, psychological variables, sleep quality, and natural killer cell activity in midlife women with and without fibromyalgia. *Brain, Behavior, and Immunity*, 18(4), 304-313. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2003.11.001>
- Malin, K. & Littlejohn, G. (2012). Personality and fibromyalgia syndrome. *The Open Rheumatology Journal*, 6, 273-285.
- Meeus, M. (2007). Central sensitization: A biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Clinical Rheumatology*, 26, 465-473. <http://dx.doi.org/10.1007/s10067-006-0433-9>
- Nielson, W.R. & Merskey, H. (2001). Psychosocial aspects of fibromyalgia. *Current Pain Headache Reports*, 5, 330-337.
- OMS. Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento* [ICD-10. International classification of diseases. Mental and behavioral disorder]. Madrid: Meditor.
- Pastor, M.A., Lledó, A., López, S., Pons, N. & Martín-Aragón, M. (2010). Predictores de la utilización de recursos sanitarios en la fibromialgia [Predictors of the healthcare resource use in fibromyalgia]. *Psicothema*, 22, 549-555.
- Peñacoba, C. (2009). Intervención psicológica en personas con fibromialgia [Psychological intervention in people with fibromyalgia]. *Infocop*, 43, 14-20.
- Pérez-Pareja, J., Sesé, A., González-Ordí, H. & Palmer, A. (2010). Fibromyalgia and chronic pain: Are there discriminating patterns by using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 41-56.
- Rivera, J., Rejas, J., Esteve-Vives, J. & Vallejo, M. (2009). Resource utilization and health care costs in patients diagnosed with fibromyalgia in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 27, 39-45.
- Ruiz Fabeiro, S., Martínez Pardo, F. & Jerí Gutiérrez, C.G. (2004). Fibromialgia: ¿Enfermedad, síndrome o conflicto? *Psiquiatría de enlace* [Fibromyalgia: Disease, syndrome or conflict? Liaison psychiatry]. *Reumatología*, 4, 51-96.
- Salgueiro, M., Aira, Z., Buesa, I., Bilbao, J. & Azkue, J.J. (2012). Is psychological distress intrinsic to fibromyalgia syndrome? Cross-sectional analysis in two clinical presentations. *Rheumatology International*, 32(11), 3463-

3469. <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-011-2199-X>
- Sicras-Mainar, A., Blanca-Tamayo, M., Navarro-Artieda, R. & Rejas-Gutiérrez, J. (2009). Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria [Patterns of health services use and costs in patients with mental disorders in primary care]. *Gaceta Sanitaria*, 21, 306-313.
- Thieme, K., Turk, D. & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: Relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 837-844.
- Tirado, M., Pastor-Mira, M.A. & López-Roig, S. (2014). Autoeficacia, catastrofismo, miedo al movimiento y resultados de salud en la fibromialgia [Self-efficacy, catastrophizing, fear of movement and health out-comes in fibromyalgia]. *Anales de Psicología*, 30(1), 104-113. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.151541>
- Uguz, F., Cicek, E., Salli, A., Karahan, A., Albayrak, I., Kaya, N. & Ugurlu, H. (2010). Axis I and axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 32(1), 105-107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.07.002>
- Winfield, J.B. (2001). Does pain in fibromyalgia reflect somatization? *Arthritis and Rheumatism*, 4, 751-753.
- Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennett, R., Caro, X., Goldenberg, D., Russell, J. & Yunus, M. (1997). A prospective longitudinal, multi-center study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 40, 1560-1570. <http://dx.doi.org/10.1002/art.1780400904>
- Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D.L., Katz, R.S., Mease, P., Russell, A.S., Russell, I.J., Winfield, J.B. & Yunus, M.B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62, 600-610. <http://dx.doi.org/10.1002/acr.20140>
- Woolf, C.J. (2011). Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152(3), S2-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2010.09.030>
- Yunus, M.B., Ahles, T.A., Aldag, J.C. & Masi, T.A. (1991). Relationship of clinical features with psychological status in primary. *Arthritis & Rheumatism*, 34, 15-21. <http://dx.doi.org/10.1002/art.1780340104>

*Facultad de Psicología
Universidad del País Vasco
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Universidad de Deusto
Donostia - San Sebastián
España*

Fecha de recepción: 29 de diciembre de 2015

Fecha de aceptación: 18 de mayo de 2016