

# Factores psicosociales y utilización de servicios sanitarios en la Fibromialgia: Una revisión

## Psychosocial factors and health services utilization in Fibromyalgia: a review

Ana Lledó Boyer  
M<sup>a</sup> Ángeles Pastor Mira  
Sofía López-Roig  
Maximiliano Nieto Ferrandéz  
Universidad Miguel Hernandez

### RESUMEN

Estudios sobre el impacto socioeconómico de la Fibromialgia (FM) han evidenciado el alto uso de los servicios sanitarios por parte de estos pacientes. Estos datos expresan el reto que supone el abordaje de estas personas, su tratamiento y rehabilitación, y la necesidad de cambios de actuación coste-efectivos. En este estudio revisamos la literatura existente sobre la conducta de uso de servicios médicos en la FM. Los datos muestran que el estado emocional y el catastrofismo son factores relevantes en el inicio de la búsqueda de asistencia sanitaria; dentro del sistema, mayor autoeficacia, la atribución de los síntomas a factores externos, la percepción de un buen estado de salud y la menor comorbilidad se asocia a un menor uso del mismo.

**Palabras clave:** Revisión, fibromialgia, uso de servicios sanitarios, factores psicosociales.

### ABSTRACT

Studies on the socioeconomic impact of fibromyalgia (FM) have shown the high health services use done by these patients. These data indicate the challenge of dealing with these people, their treatment and rehabilitation, as well as the need of changes in actions and implementation of cost-effective approaches. In this study we reviewed the literature on the health care use behavior in FM. The data shows that the emotional state and catastrophizing are relevant factors in the onset of seeking health care, and within the system, higher self-efficacy, attributions of symptoms to external factors, the perception of good health and lower comorbidity is associated with less use.

**Key words:** Review, fibromyalgia, health services use, psychosocial factors

---

Artículo recibido/Article received: Noviembre 17 2011/November 17 2011, Artículo aceptado/Article accepted: Noviembre 28 2011/November 28 2011

Dirección correspondencia/Mail Address:

Ana Lledó Boyer Dpto. Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Ctra. de Valencia s/n. 3550 Sant Joan d'Alacant Alicante (España). Email: ana.lledo@umh.es

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH esta incluida en PSERINFO, CENTRO DE INFORMACION PSICOLOGICA DE COLOMBIA, OPEN JOURNAL SYSTEM, BIBLIOTECA VIRTUAL DE PSICOLOGIA (ULAPSY-BIREME), DIALNET y GOOGLE SCHOLARS. Algunos de sus artículos aparecen en SOCIAL SCIENCE RESEARCH NETWORK y está en proceso de inclusión en diversas fuentes y bases de datos internacionales.

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH is included in PSERINFO, CENTRO DE INFORMACIÓN PSICOLÓGICA DE COLOMBIA, OPEN JOURNAL SYSTEM, BIBLIOTECA VIRTUAL DE PSICOLOGIA (ULAPSY-BIREME), DIALNET and GOOGLE SCHOLARS. Some of its articles are in SOCIAL SCIENCE RESEARCH NETWORK, and it is in the process of inclusion in a variety of sources and international databases.

## INTRODUCCIÓN

La Fibromialgia (FM) es un síndrome de etiología desconocida que se caracteriza por la presencia de dolor crónico musculoesquelético, junto con otros síntomas como fatiga, sueño no reparador, rigidez matutina, o problemas cognitivos, entre otros (Wolfe et al., 2010). En España, esta situación clínica es frecuente tanto en atención primaria (5-8% de prevalencia) como en los servicios de reumatología (10-20%) (EPISER, 2000; Gamero, Gabriel, Carbonell, Tomero, & Sanchez-Magro, 2005).

En las dos últimas décadas ha proliferado la investigación epidemiológica sobre la FM y su impacto socioeconómico, tanto en términos de costes directos (visitas médicas, derivaciones a los especialistas de referencia, pruebas complementarias y prescripción farmacéutica) como indirectos (bajas laborales, pensiones) (Annemans et al., 2008; Berger, Dukes, Martin, Edelsberg, & Oester, 2007; Girolamo, 1991; Lightfoot et al., 1993; Penrod, Bernatsky, Adam, Baron, Dayan, & Dobkin, 2004; Rivera, Rejas, Esteve-Vives, Vallejo & Grupo ICAF, 2009; Robinson et al., 2003). Diferentes trabajos han mostrado la mayor utilización de servicios médicos y consumo de fármacos de estos pacientes en comparación con otros enfermos reumáticos (Boonen et al., 2007; EPISER, 2000; White, Speechley, Harth, & Ostbye, 1999; Wolfe et al., 1999), y con otros problemas de salud como la ansiedad generalizada (Sicras, Blanca, Navarro, y Rejas, 2009) o con una muestra de pacientes heterogéneos de atención primaria (Sicras-Mainar et al., 2009). Los costes sanitarios directos son el doble que los producidos por los pacientes con otras enfermedades (e.g: Riviera, Rejas, Esteve-Vives, Vallejo y Grupo ICAF, 2009) y los indirectos son también el doble que en la población general de trabajadores (eg: Boonen et al., 2005). Todo ello, ha llevado a cuestionar el uso de los recursos socio-sanitarios que hacen los pacientes con FM, sugiriendo su desproporción en relación con el perfil de riesgo que presentan. Sin embargo, también es cierto que estos datos expresan el reto que supone el abordaje de estas personas, su tratamiento y rehabilitación, así como la necesidad de cambios de actuación y de la implantación de medidas coste-efectivas.

En relación con los costes directos asociados a la FM, el uso de servicios sanitarios tiene unas implicaciones en el contexto del dolor crónico benigno que hace que su estudio sea fundamental para comprender la adaptación a este proceso. En algunos modelos teóricos, la búsqueda de cuidados médicos es considerada una conducta de enfermedad en tanto que son respuestas que afectan al significado social y personal de los síntomas, la enfermedad, la discapacidad y sus consecuencias (Mechanic, 1972). La conducta de enfermedad comprende acciones tales como el reconocimiento de síntomas, la búsqueda de ayuda y el uso de servicios de cuidados de

salud, entre otras. En los procesos de dolor crónico, los acercamientos teóricos basados en la teoría del aprendizaje subrayan la importancia de estas conductas en el marco de las llamadas conductas de dolor (Fordyce, 1976). Desde esta perspectiva, las conductas de dolor se entienden como un conjunto de comportamientos socialmente significativos e interpretados como señal de dolor (Fordyce, 1976; Keefe & Gil, 1986; Penzo, 1989). Desde la aceptación del término, se han hecho diferentes esfuerzos por clasificar estas conductas y, en todos ellos, se considera el uso de servicios médicos como una de las formas más comunes (Penzo, 1989). Igualmente, Jensen y Karoly (1991) identificaron estas conductas como una dimensión específica de los problemas de dolor crónico, indicativa del nivel de adaptación del paciente. Esta aproximación se ha visto reflejada en la literatura al incluir el uso de servicios médicos como respuestas conductuales desadaptativas si exceden la prescripción terapéutica, y como parámetros para evaluar la efectividad de programas de intervención comportamentales y cognitivo-comportamentales, en términos de número de visitas médicas realizadas por el paciente antes y después de la aplicación del programa (Bernardy, Fuber, Kollner, & Hauser, 2010).

Desde el punto de vista terapéutico, buscar asistencia médica reiteradamente cuando se presenta o agrava el dolor, dificulta o impide la realización de otras conductas más adaptativas. De hecho, como hemos comentado, en el contexto clínico, uno de los principales objetivos de la intervención psicológica es reducir su frecuencia. Se considera que esta situación interfiere con los objetivos dirigidos a que el sujeto sea su propio agente de cambio, fomentando el autocontrol, así como con el de normalizar el ambiente para que éste deje de ser curativo y asistencial, y se convierta en potenciador y mantenedor de conductas adaptativas (Pastor et al., 2003). Por esta razón, también se ha señalado que la búsqueda continuada de cuidados médicos en la FM, está directamente implicada y relacionada con su desarrollo y cronificación, al interferir en los procesos de adaptación (Okifuji & Turk, 1999). Por último, las visitas médicas también han sido contempladas como conductas de afrontamiento “centradas en la enfermedad”, en cuanto que implican delegar la solución del problema en agentes externos (Jensen, Turner, Romano & Strom, 1995). De hecho en los instrumentos diseñados para evaluar las estrategias de afrontamiento en el dolor crónico, se incluyen dentro de la dimensión del afrontamiento que se relaciona con peores resultados (Jensen et al., 1995). Por tanto, resulta de suma importancia identificar posibles factores relacionados con la frecuentación del sistema sanitario ya que su consideración en la actuación clínica habitual repercutiría positivamente: 1) en la mejora del estado de salud del paciente; 2) en cubrir las exigencias que plantea la enfermedad en la propia consulta médica, desde el punto de vista del profesional; y

3) en la optimización de recursos y mejora de la calidad asistencial.

Por todo lo mencionado, en este estudio revisamos la literatura existente sobre la conducta de uso de servicios médicos en la FM y su relación con factores cognitivos-conductuales y/o del estado de salud percibido, con el objetivo de identificar las variables explicativas de esta conducta y su frecuencia. Es importante estudiar el papel de estos factores ya que suponen aspectos que son susceptibles de intervención, por tanto modificables desde el punto de vista clínico.

### MÉTODO

Realizamos una búsqueda bibliográfica en las bases MEDLINE y PsycINFO de los años comprendidos entre el 1990-2010 utilizando los descriptores "services utilization", "medical visits", "health care seek" y "health care use", combinándolos con "Fibromyalgia". Para ser incluidos en esta revisión, los estudios debían cumplir los siguientes criterios: 1) trabajos empíricos realizados con muestras con diagnóstico de FM según los criterios del ARA

(Wolfe et al., 1990) 2) que incluyan variables de uso de servicios y su relación con alguna variable psicosocial o de estado de salud y 3) realizados con población adulta. El proceso de selección nos permitió identificar un total de 13 artículos. Con el fin de organizar la exposición, primero comentamos los resultados referidos a factores cognitivos y conductuales, en segundo lugar los referidos a factores emocionales, y finalmente los referidos al estado de salud percibido y a la comorbilidad.

### RESULTADOS

#### Factores cognitivos, conductuales, y uso de servicios sanitarios.

En primer lugar, cabe destacar el escaso número de estudios que han analizado esta relación en la FM (n=4). Los factores que se han evaluado en estos trabajos han sido creencias de control (autoeficacia y locus de control), el estilo atributivo de los síntomas, el pensamiento catastrofista y las estrategias de afrontamiento (Tabla 1).

Tabla 1. Factores cognitivos, conductuales, y uso de servicios sanitarios.

Autores	Muestra FM	Medidas	Resultados VM	Análisis Estadísticos
Kersh et al., 2001.	AE= 79 PG= 39	SE: - Autoeficacia CSQ - Afrontamiento Activo -Catastrofismo	↑G2; - G1 n.s ↑G1	Prueba t. Regresión logística predictores grupo de uso. G1=VM (AE) G2= no VM (PG)
Cronan et al., 2002.	OMS=600	SE: Autoeficacia WCQ: Afrontamiento emoción Afrontamiento problema AHÍ: Indefensión	n.s CCS n.s VM	Longitudinal evaluación pre y 1 año (T1). Regresión por pasos.
Gulec et al., 2007.	Clínica Universidad= 37 PG=38	LOC Locus de control Externo SIQ Atribuciones somáticas Atribuciones normalizadas	↑G2 ↑G2; +G2	ANOVA y Post-hoc para comparar grupos. Regresión logística predictores grupo de uso. G1=VM (Clínica universitaria) G2= no VM (PG) Sólo se indican resultados significativos.
Pastor et al., 2010.	AE=214 AP=101	SE: Autoeficacia LOC Locus de control interno Locus de control externo CPCI Afrontamiento enfermedad Afrontamiento bienestar	+AP (11%); +AE (7%) +AP (6%)	Regresión por pasos por nivel asistencia.

↑ Diferencias significativas, puntuaciones más altas; +: explica proporciones significativas de varianza con signo positivo; -: explica proporciones significativas de varianza con signo negativo; n.s: No relación significativa; VM: Visitas médicas; CCS: Costos de los cuidados de salud; FM: Fibromialgia; AE: Atención especializada .AP: Atención primaria; PG: Población General; OMS: Organización de man tenimiento de la salud. SE: Arthritis Self-efficacy Scale; WCQ: Ways of Coping Questionnaire; AHÍ: Arthritis Helplessness Index; LOC: Locus of Control Scale; SIQ: Symptom Interpretation Scale; CPCI: Chronic Pain Copin Inventory.

La percepción de Autoeficacia junto con los niveles de estrés diario, fueron las variables que aportaron una mayor proporción de varianza explicada al modelo de predicción de la conducta de uso de servicios médicos (Kersh et al., 2001). Un resultado similar se obtuvo en el trabajo de Pastor et al., (2010) donde al comparar el papel de variables clínicas, de estado de salud percibido, cognitivas y conductuales (creencias de control y afrontamiento), la Autoeficacia para el manejo de Otros Síntomas y la puntuación total de Autoeficacia explicaron significativamente una mayor proporción de la varianza de la frecuencia de visitas médicas, tanto en pacientes tratados en el nivel de Atención Primaria (AP) como en el de Atención Especializada (AE). Por el contrario, en un estudio longitudinal, aunque la autoeficacia y el afrontamiento correlacionaron significativamente con el uso de servicios médicos y el coste asociado al mismo, a nivel predictivo no explicaron un porcentaje significativo de la varianza del uso de servicios (Cronan, Serve, & Wallen, 2002). Una posible explicación de este último resultado, contrario a los anteriores, puede ser el tipo de diseño del estudio. Esta investigación utiliza una muestra extraída de una organización comunitaria para el mantenimiento de la salud, por lo que puede no haber representación de hiperfrecuentadores de los servicios sanitarios, por otro lado, utiliza datos que provienen de sujetos que previamente han sido objeto de una intervención (programa de educación y apoyo social), lo cual también puede interferir en las relaciones entre las variables. Finalmente, los autores del trabajo plantean un análisis de predicción por pasos donde incluyen el estado de salud en el primer bloque, y en el segundo añaden factores psicosociales, incluyendo la autoeficacia junto con el afrontamiento, la depresión, y la desesperanza. Por tanto, el método de entrada de las variables predictoras podría ser una razón para que las del segundo bloque no explicaran proporciones significativas de la varianza del uso de servicios y, además, tampoco nos permite conocer el efecto aislado de la autoeficacia. En resumen, según los datos disponibles, se puede afirmar que en poblaciones clínicas con FM, las creencias de autoeficacia tienen un papel relevante en la explicación de la frecuencia de visitas médicas, en el sentido esperado desde la teoría. Las personas con mayor percepción de autoeficacia en el manejo de su problema de dolor visitarían con menor frecuencia los servicios médicos.

Locus de control y estilo atribucional de los síntomas han sido otras de las cogniciones estudiadas en este contexto. En un estudio donde comparan personas con FM atendidas en servicios médicos (muestra clínica) con personas que no han buscado asistencia médica por sus síntomas (casos de población general), se encontró que la atribución de síntomas a causas externas o ambientales (no atribución a enfermedad física ni psicológica grave) y el locus de control externo eran significativamente más prevalentes en el grupo de población general, pero sólo las

atribuciones de los síntomas a causas externas fue un predictor significativo, con signo negativo, de la conducta de uso de servicios, junto con la depresión y número de puntos dolorosos (Gulec, Sayar, & Yazici, 2007). En esta misma línea, el locus de control (interno y externo) tampoco fue un predictor significativo de la frecuencia de uso de servicios sanitarios en pacientes con FM tratados en AP y AE (Pastor et al., 2010). Por tanto, aunque sólo dos trabajos han evaluado el constructo de locus de control, coinciden en que estas creencias sobre la relación entre la propia conducta y sus resultados respecto del control del dolor, no predicen la conducta de uso de servicios sanitarios, mientras que las atribuciones de los síntomas de la FM a causas externas explican una menor frecuencia de búsqueda de cuidados médicos.

El pensamiento catastrofista se evaluó en un estudio cuyo objetivo planteaba identificar diferencias entre grupos de uso de servicios médicos (población general y clínica). Los autores encontraron que el grado de catastrofismo era significativamente mayor en el grupo que busca cuidados médicos frente al de la población general, mientras que no obtuvieron diferencias significativas entre esos grupos en el uso de estrategias de afrontamiento activas (Kersh et al., 2001). Este tipo de estrategias tampoco predijo la frecuencia de visitas médicas en el estudio de Pastor et al. (2010), mientras que las de tipo pasivo o centradas en la enfermedad explicaron su mayor frecuencia, pero sólo en el nivel de AP. Tal y como señalan los autores, es posible que dada la accesibilidad de las consultas de AP, su utilización sea una forma habitual de búsqueda de ayuda (Pastor et al., 2010). Otros autores, encontraron que ni las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción ni las centradas en el problema fueron predictores significativos de la frecuencia de uso de los recursos sanitarios (Cronan et al., 2007). Considerando los escasos estudios que evalúan el afrontamiento, el uso de diferentes categorías difícilmente comparables (centradas en la emoción/problema, centradas en el bienestar/enfermedad, activas/pasivas), y los resultados poco coincidentes, únicamente podemos concluir que las estrategias de tipo activo no se relacionan con la frecuencia de visitas médicas.

Por tanto, en líneas generales, aunque se requiere de más estudios para aportar evidencia respecto al papel de factores cognitivos y del afrontamiento en la conducta de utilización de servicios sanitarios, los datos muestran que las creencias específicas de competencia en el manejo del problema (autoeficacia), el estilo atribucional externo de los síntomas de la FM y el catastrofismo, tienen un papel relevante en la conducta de inicio de búsqueda de asistencia sanitaria y/o en la frecuencia de las visitas médicas.

### **Factores emocionales y uso de servicios.**

Los trabajos que han estudiado la relación de emociones negativas con la conducta de uso de servicios sanitarios, evalúan el papel de la ansiedad y la depresión. Además, la mayoría de ellos coinciden en el objetivo de comparar pacientes con diagnóstico de FM atendidos en servicios médicos (grupo clínico) con casos de la población general (que no han buscado asistencia médica por sus síntomas) respecto a la presencia de problemas emocionales, con el fin de identificar las características que distinguen a ambos grupos (Tabla 2). La mayoría de estos trabajos obtienen diferencias significativas en el caso de la depresión, siendo el grupo clínico el que presenta puntuaciones significativamente más altas en esta variable (Aaron et al., 1996; Gulec et al., 2007; Kersh et al., 2001). Además, esta variable predice significativamente el *status* de paciente frente al de caso de FM en población general (Gulec et al., 2007; Kersh et al., 2001). Los resultados mencionados indican que el grado de depresión tiene un papel relevante en la conducta de inicio de búsqueda de asistencia sanitaria. Sin embargo, los datos no son consistentes respecto a su papel predictivo en la frecuencia de visitas médicas. En unos trabajos se han obtenido correlaciones significativas entre la depresión y la frecuencia de uso de servicios sanitarios (Cronan et al., 2002; Walen, Oliver, Groessl, Cronan, & Rodríguez, 2001), e incluso esta variable ha sido un predictor significativo del coste asociado (Riviera et al., 2009). También, con una medida que incluía conjuntamente sintomatología de depresión y estrés se predijo el coste asociado al consumo de recursos sanitarios (Penrod et al., 2004). Sin embargo, en otros, esta predicción no es significativa (Cronan et al., 2002; Pastor et al., 2010). Las diferencias en las muestras utilizadas podrían explicar estas discrepancias.

En los estudios donde comparan los casos de la población general frente a los que han buscado asistencia sanitaria por sus síntomas, se obtienen resultados consistentes respecto a la mayor incidencia de depresión, y predice el *status* de paciente frente a caso de población. Por tanto, como se ha mencionado, se sugiere que la depresión induce a la búsqueda de asistencia sanitaria. Sin embargo, los resultados no son concluyentes en los estudios que tratan de explicar la frecuencia del uso de recursos sanitarios entre pacientes que ya se encuentran en el sistema sanitario (Cronan et al., 2002; Pastor et al., 2010; Riviera et al., 2009). Quizá las reiteradas visitas médicas una vez que el paciente entra en el sistema, dependan más de aspectos de tipo estructural, como el acceso y los protocolos de actuación del centro, entre otros; o aspectos relacionados con el médico como, por ejemplo, la satisfacción del paciente con el trato recibido.

Otra explicación de los resultados discrepantes puede ser la medida de la variable dependiente, que en el

caso del estudio de Pastor et al. (2010) es la frecuencia de visitas médicas, mientras que en el de Riviera et al. (2009) es el uso de recursos sanitarios e incluyen el consumo de medicación. Además si se tiene en cuenta que en este último trabajo los antidepresivos son los fármacos más consumidos en la muestra estudiada, se puede entender que en este caso que la depresión prediga el mencionado uso.

Los resultados respecto a la ansiedad no han sido consistentes. En unos estudios se obtienen diferencias significativas en ansiedad entre los grupos de uso de servicios (Aaron et al., 1996; Kersh et al., 2001; Riviera et al., 2009) e incluso la ansiedad junto con la depresión predice significativamente el *status* de paciente frente al caso de la población general (Kersh et al., 2001). Por el contrario, Gulec et al. (2007) no obtuvieron diferencias significativas entre los grupos en ansiedad, y en otros trabajos esta variable no fue un predictor significativo de la frecuencia de uso ni el coste asociado al uso de recursos sanitarios (Dobkin, De Civita, Bematsky, Kang, & Baron, 2003; Pastor et al., 2010; Riviera et al., 2009).

De nuevo nos encontramos con la misma situación, la ansiedad diferencia a pacientes frente a casos de la población general, mientras que no explica la frecuencia de visitas entre los pacientes. Únicamente en el estudio de Gulec et al. (2007) no se obtienen diferencias significativas en la ansiedad entre los grupos de uso. Las diferencias de este último estudio frente a los anteriores, podrían explicar este resultado discrepante, esto es, usan una medida de ansiedad diferente, los grupos están formados por un número de sujetos más bajo (30 sujetos por grupo), las características sociodemográficas de la muestra son diferentes (la edad media es significativamente inferior), y existen diferencias culturales (muestra Turca).

En resumen, los datos obtenidos son concluyentes respecto al papel de la depresión y la ansiedad en la conducta de búsqueda de recursos sanitarios, mientras que no lo son en relación con la predicción de la frecuentación de los servicios sanitarios, es decir, en la explicación de las reiteradas visitas médicas.

### **Estado de salud percibido, comorbilidad y uso de servicios.**

La mayoría de los estudios desarrollados con el objetivo de identificar los factores relacionados con el uso de servicios sanitarios en población con FM incluyen la evaluación de alguna dimensión del estado de salud percibido (síntomas, funcionamiento físico o funcionamiento psicológico) o del estado de salud global (Tabla 3).

Tabla 2. Factores emocionales y uso de servicios sanitarios

Autores	Muestra FM	Medidas	Resultados VM	Análisis Estadísticos
Aaron et al. 1996.	AE = 64 PG = 28	CES-D: - Depresión. TAI: - Ansiedad.	↑G1 ↑G1	Prueba t. G1=VM. G2= no VM.
Kersh et al., 2001.	AE= 79 PG= 39	CES-D: - Depresión. TAI: - Ansiedad.	↑G1; - G1 ↑G1; - G1	Prueba t para comparar grupos. Regresión logística predictores grupo. G1=VM (AE) G2= no VM (PG)
Wallen et al., 2001.	OMS=600	CES-D: - Depresión.	+	Correlación.
Cronan et al., 2002	OMS=600	CES-D: -Depresión	n.s CCS; n.s VM	Regresiones por pasos.
Dobkin et al., 2003	AE y PG =178	SCL-90-R -Distrés	n.s	Regresión jerárquica múltiple
Penrod et al., 2004.	AE y PG=180.	SCL-90-R -Distrés	+CCS	Regresión jerárquica múltiple
Gulec et al., 2007.	Clínica universitaria =37 PG=38	BDI: -Depresión BAI: -Ansiedad STAXI: -Ira	+	ANOVA (Post-hoc) para compara grupos. Regresión logística predictores grupo de uso. G1=VM (Clínica universitaria) G2= no VM (PG) Sólo se indican resultados significativos
Rivera et al., 2009.	AE=301	HAD: -Ansiedad -Depresión	↑G1; n.s ↑G1; +CCS	Prueba t. G1=alto CCS G2= bajo CCS Regresión múltiple predictores CCS
Pastor et al., 2010.	AE=214 AP=101	HAD: -Ansiedad -Depresión	n.s n.s	Regresión por pasos por nivel asistencial.

↑ Diferencias significativas, puntuaciones más altas; n.s: no significativo; +: explica proporciones significativas de varianza con signo positivo;

VM: Visitas Médicas; CCS: Costos de los cuidados de salud; FM: Fibromyalgia; AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada; PG: Población General; OMS: Organización para el mantenimiento de la salud; **CED-S/D**: The Center for Epidemiologic Studies **Depression** Scale; **SCL-90**: The Symptom Checklist-90. **HAD**: Hospital Anxiety and depression scale; **BDI**: Beck Depression Inventory; **BAI**: Beck Anxiety Inventory; **TAI**: The Trait Anxiety Inventory. **STAXI**: State-Trait Anxiety Inventory.

Tabla 3. Estado salud percibido, comorbilidad y uso de servicios sanitarios

Autores	Muestra FM	Medidas	Resultados VM	Análisis estadísticos
Aaron et al. 1996	AE = 64 PG=28	VAS: - Dolor - Tiempo dolor - Puntos dolorosos - Fatiga	↑ G1 ↑G1 ↑G1	Prueba t. G1=VM (AE) G2= no VM (PG) Sólo se señalan las diferencias significativas.
Wolfe et al., 1997.	AE= 162	Ad Hoc: Comorbilidad HAQ Discapacidad	+CCS +CCS	Regresión.
Aaron et al., 1997.	AE = 80 PG =33	Ad hoc: - Hª Trauma emocional	1) ↑G1; 2) + 1) ↑G1; 2)ns	1) Análisis diferencias entre G1 (VM) y G2 (no VM). 2) Regresión logística predictores

		- Hª Trauma físico	3) ↑G3, ↓G4	G1. 3) Diferencias VM en G3 (Hª trauma) y G4 (no trauma).
Alexander et al., 1998.	AE= 75	- VM por FM - VM por otros problemas	↑G1	Diferencias entre grupo G1 (Hª de abuso sexual) y G2 (no Hª de abuso). Se señalan datos significativos
Wallen et al., 2001	OMS=600	Ad hoc: -Duración síntomas - Comorbilidad Ad hoc: - Hª traumas	n.s + +	Regresión jerárquica.
Kersh et al., 2001.	AE= 79 PG= 39	SIP -Impacto Estado de salud MPQ -Dolor -Puntos dolorosos	↑G1 ↑G1 ↑G1	Prueba t. Regresión logística predictores grupo. G1=VM (AE) G2= no VM (PG)
Cronan et al., 2002	OMS=600	Ad Hoc: -Comorbilidad QWB: -Estado de salud	+ } 55.5%UCS - } 40.9%CCS	Regresiones por pasos.
Dobkin et al., 2003.	AE y PG=178	FIQ: -Discapacidad MPQ: -Intensidad del dolor Ad Hoc: -Comorbilidad	+ } + } + } + }	12% Regresión jerárquica múltiple
Penrod et al., 2004.	AE y PG=180	FIQ: -Discapacidad MPQ: -Intensidad del dolor Ad Hoc: -Comorbilidad	+ CCS + CCS + CCS	Regresión jerárquica múltiple
Bernatsky et al., 2005.	AE y PG=180	Ad Hoc: -Comorbilidad médica -Comorbilidad funcional -Comorbilidad psiquiátrica	+ + +	Regresión logística.
Gulec et al., 2007.	Clínica Universitaria = 37 PG=38	VAS: -Dolor -Puntos dolorosos FIQ: -Estado de salud	+ +	ANOVA y Post-hoc para compara grupos. Regresión logística predictores grupo. G1=VM (Clínica universitaria) G2= no VM (PG) Sólo se indican resultados significativos
Rivera et al., 2009	AE=301	BPI: -Dolor FIQ: Estado de salud FAS: -Fatiga HAQ: -Actividades vida diaria Ad Hoc: -Comorbilidad	+ +	Regresión múltiple. Sólo se indican resultados significativos.
Pastor et al., 2010.	AE=214 AP=101	SIP: -Impacto físico -Impacto psicosocial Ad Hoc: -Dolor -Fatiga - Problemas de sueño -Tiempo dolor	n.s n.s n.s n.s n.s +AE	Regresión por pasos por nivel asistencial

↑: Diferencias significativas, puntuaciones más altas; ↓: diferencias significativas, puntuaciones más bajas; +: explica proporciones significativas de varianza con signo positivo; -: explica proporciones significativas de varianza con signo negativo; n.s: no significativo; VM: Visitas médicas. UCS: Uso de los cuidados de salud; CCS: Costos de los cuidados de salud; FM: Fibromialgia; AP: Atención primaria; AE: Atención especializada.; PG: Población general; OMS: Organización del mantenimiento de la Salud; VAS: Visual Analog Scale; QWB: Quality of Well-being; MPQ: Multidimensional Pain Questionnaire; HAQ: Health Assessment Questionnaire; SIP: Sickness Impact Profile; FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire; BPI: Brief Pain Inventory.

En relación con la dimensión de *síntomas*, los resultados no son coincidentes. En algunos trabajos el grupo de usos de de servicios puntúa significativamente más alto en la intensidad de dolor, puntos dolorosos y fatiga que el grupo de población general (Aaron et al., 1996; Kersh et al. 2001), e incluso, la intensidad del dolor predice la utilización de servicios sanitarios y el coste asociado (Dobkin et al., 2003; Penrod et al., 2004). Sin embargo, en dos trabajos recientes, estas variables no fueron predictores significativos del mismo (Pastor et al., 2010; Riviera et al., 2009). De nuevo Gulec et al. (2007) no obtuvieron diferencias significativas entre los grupos de uso de servicios en el dolor, en el estado de salud y en los puntos dolorosos, aunque los puntos dolorosos predijeron la conducta de búsqueda de atención médica por los síntomas de la FM. Los propios autores señalan que al ser un estudio desarrollado en Turquía, las diferencias culturales podrían explicar los resultados obtenidos, contrarios a los previos. Por tanto, en general se puede afirmar que no está claro el papel de la percepción de síntomas en la búsqueda de ayuda sanitaria. En el caso del dolor, los estudios que utilizan el "Multidimensional Pain Questionnaire" (MPQ; Melzack, 1975) para evaluarlo, muestran resultados similares, esto es, mayor intensidad predice un mayor uso de los servicios médicos.

Los estudios que han evaluado el papel de la percepción de *impacto físico* en la utilización de recursos sanitarios muestran resultados opuestos. En un trabajo la percepción de un mayor grado de restricción en las actividades de la vida diaria (evaluada con la versión española del "Health Assessment Questionnaire"; Esteve-Vives, Batlle-Gualda y Reig, 1993) fue un predictor significativo de un mayor uso de recursos sanitarios (Riviera et al., 2009), mientras que en otro, el impacto físico (evaluado con la versión española del Sickness Impact Profile; Badia y Alonso, 1994) no predijo la frecuencia de visitas médicas en pacientes tratados en AP y AE (Pastor et al., 2010). Las diferentes medidas utilizadas podrían explicar estos resultados contradictorios. Como ya se ha comentado, en el estudio de Riviera et al. (2009) la variable dependiente es la utilización de recursos sanitarios e incluye el consumo de fármacos y otras terapias no médicas, y en el de Pastor et al (2010) se utiliza únicamente la frecuencia de visitas médicas.

Los trabajos donde se ha utilizado una puntuación total del *estado de salud* percibido, evaluado con instrumentos generales, han obtenido asociaciones

significativas en el sentido esperado; es decir, un peor estado de salud se ha relacionado y/o predice un mayor uso de servicios sanitarios (Cronan et al., 2002; Dobking et al., 2003; Penrod et al., 2004; Wolfe et al., 1997). Salvo en el estudio de Gulec et al., (2007) donde el impacto en el estado salud percibido no predijo el *status* de paciente frente a no-paciente (caso de población general), y en el de Riviera et al. (2009), donde esta misma variable no predijo el coste asociado al uso de servicios médicos. Las particularidades del diseño de estos dos trabajos, antes mencionadas, podrían explicar sus resultados contrarios a la literatura previa. Por tanto, en general podemos concluir que una mayor percepción de impacto en el estado de salud global explica un mayor uso de servicios sanitarios.

En un grupo de trabajos de esta revisión se evaluó la relación entre el tiempo de padecimiento del problema de dolor (grado de *cronicidad*) y el uso de servicios médicos. Los resultados obtenidos en estos trabajos van en la misma línea: la duración del problema de dolor no diferenció a los grupos de uso (Aaron et al., 1996; Wolfe et al, 1997) y no predijo la frecuencia de utilización de los servicios (Riviera et al., 2009; Walen et al., 2001); sin embargo, en el estudio de Pastor et al. (2010), aunque el grado de cronicidad tampoco predijo la frecuencia de visitas entre los pacientes tratados en AP, sí lo hizo en el caso de las visitas médicas de los pacientes tratados en reumatología. El nivel asistencial podría explicar la discrepancia de este último resultado. Los propios autores señalan que pudiera ser que en reumatología estas pacientes acudan al especialista con mayores expectativas de curación y al no percibir mejoría, con el tiempo se produzca una mayor persistencia en la búsqueda de soluciones médicas. Por tanto, la duración del problema parece no ser importante en la conducta de uso de servicios sanitarios, o, en su caso, su efecto puede estar asociado al nivel asistencial en donde se encuentre el paciente.

Finalmente el aspecto más estudiado en la investigación en relación con el uso de servicios médicos en la FM, ha sido el papel de distintos tipos de *comorbilidad*, esto es, la concurrencia de otros problemas médicos o psicológicos (como historia de traumas físicos o psicológicos). En relación con la presencia de otros problemas médicos, los resultados son coincidentes. En general, mayor comorbilidad predice significativamente una mayor frecuencia de uso de los servicios sanitarios por el problema de dolor (Bernatsky, Dobking, De Civita, & Penrod, 2005; Cronan et al., 2002; Dobkin et al., 2003;

Penrod et al., 2004; Riviera et al., 2009; Walen et al., 2001; Wolfe et al., 1997). Respecto a la relación entre la presencia de antecedentes traumáticos, psicológicos y físicos, o de problemas psicopatológicos y el uso de servicios, los estudios que comparan grupos con historia de traumas y grupos sin antecedentes, obtienen resultados similares: los pacientes con antecedentes de traumas hacen un uso de servicios médicos significativamente mayor que los pacientes sin antecedentes de trauma (Aaron et al., 1997; Alexander et al., 1998). Además, los análisis de regresión muestran que la presencia de antecedentes traumáticos físicos o psicológicos es un predictor significativo de un mayor uso continuado de servicios (Aaron et al., 1997; Walen et al., 2001). Los autores interpretan estas relaciones en el sentido de que son estresores de tipo agudo o crónico los que influyen en la conducta de búsqueda de asistencia sanitaria.

### CONCLUSIONES

Existen numerosos trabajos descriptivos sobre el impacto socioeconómico de la FM en donde se evidencia la alta frecuentación de los servicios sanitarios por parte de estos pacientes, así como el elevado gasto sanitario asociado a este uso continuado. Sin embargo, llama la atención los escasos estudios desarrollados con el objetivo de determinar la importancia de distintos factores relacionados con estas conductas y su frecuencia (n=13). En este sentido, cabe destacar la escasa investigación desarrollada sobre el papel de factores cognitivos y de afrontamiento (n=4); más abundante ha sido la investigación sobre la influencia del estado de salud percibido (n=6) y/o de sus distintas dimensiones (estado emocional n=9; síntomas =7; impacto físico=2; impacto psicosocial=1) y sobre los aspectos más clínicos como la presencia de comorbilidad médica y psicológica (n=9).

Los resultados de los trabajos revisados indican que las creencias más específicas al contexto de la enfermedad, como las creencias de autoeficacia, las atribuciones causales de los síntomas y el pensamiento catastrofista, tienen un papel relevante en la conducta de uso de servicios médicos. Asimismo, los datos muestran que la presencia de síntomas de depresión y ansiedad se relaciona o explica el inicio de la conducta de búsqueda de cuidados médicos por el problema, mientras que su importancia en el uso continuado no está clara; asimismo un peor estado de salud percibido se relaciona y/o predice un mayor uso de servicios. Sin embargo, si atendemos a los resultados obtenidos en las dimensiones específicas del estado de salud los resultados no son coincidentes respecto al papel de los síntomas de la FM y del impacto físico en la conducta de uso de recursos sanitarios.

Finalmente, los resultados son concluyentes respecto a la relevancia de la comorbilidad o presencia de

otros problemas médicos y psicológicos (antecedentes de traumas físicos y/o psicológicos). En todos ellos, su presencia ha supuesto una mayor demanda de consultas médicas. A este respecto es importante señalar que, precisamente, los pacientes con FM refieren una alta prevalencia de comorbilidad física y psicológica en comparación con otros problemas crónicos (Penrod et al., 2004; Boonen et al., 2004; Bernatsky et al., 2005). Además, esta consistente relación de la comorbilidad física y/o psicológica con la conducta y frecuencia de visitas médicas, coincide con los planteamientos que entienden que la percepción de síntomas y la búsqueda de asistencia sanitaria forman parte de la conducta de enfermedad, en este caso de dolor.

Cabe señalar algunos aspectos metodológicos de los trabajos analizados, que fundamentalmente se caracterizan por su disparidad en cuanto a procedencia de las muestras, objetivos, análisis estadísticos, variables estudiadas y medidas. A este respecto, como se ha comentado, bastantes estudios comparten el objetivo de identificar características que diferencien a los pacientes con FM que han utilizado los servicios sanitarios por sus síntomas frente a los casos de FM de la población general que no han buscado atención médica. Sin embargo, son pocos los estudios que han analizado los determinantes de la frecuencia del uso de servicios sanitarios. Esto es, cuando ya son pacientes y han entrado en el sistema sanitario. Desconocemos, entre otras cosas, de qué depende la hiperfrecuentación tan característica de estos pacientes, o cuál es el perfil psicológico y de estado de salud de las personas con FM hiperfrecuentadoras. Éste debe ser el enfoque de la futura investigación, ya que los datos de las diferencias entre los grupos de personas con FM que usan (población clínica) y no-usan (población general) podrían no ser generalizables a muestras de pacientes que ya están siendo atendidos en el sistema sanitario. Además, está descrita la heterogeneidad de los pacientes FM tanto en perfiles psicosociales como en resultados de salud (Turk, Okifuji, Sinclair, & Starz, 1996), por lo que es posible que esta misma cuestión sea un aspecto importante en relación con la frecuentación de los servicios sanitarios, y todavía no está investigado. No podemos, por tanto, asumir que los pacientes con FM sean homogéneos en relación con la frecuencia de uso de la conducta de búsqueda de asistencia sanitaria. Sería interesante responder qué porcentaje de los ya diagnosticados hacen este uso. Consideramos que se debería incluir, desde modelos más conductuales, este tipo de conductas objetivas (y otras como consumo medicación) en los resultados de salud de estos pacientes.

Asimismo, en los pocos trabajos que estudian los determinantes de la frecuentación, plantean el análisis del mayor predictor (modelos de los efectos principales); este tipo de perspectiva puede no ser fiable ya que puede ocultar otro tipo de relaciones que puedan existir, como es el caso

de las relaciones de interacción. De hecho, en otros problemas de dolor crónico, se ha comprobado la importancia de la interacción de la percepción de control con las características estresantes de la enfermedad (como la discapacidad asociada) en la explicación de la utilización de servicios sanitarios (Jensen & Karoly, 1992; Chipperfield, & Greensdale, 1999). Por tanto se recomienda que la investigación futura plantee y contraste modelos de interacción, con el fin de incrementar la explicación de la varianza de la frecuencia del uso de los servicios sanitarios.

Otro aspecto a destacar es el diseño transversal de la mayoría de los trabajos revisados, por lo que se recomienda la realización de estudios longitudinales en donde se examine el papel de distintos factores de tipo cognitivo (atribución de síntomas, expectativas de autoeficacia y resultado, creencias y actitudes en relación con el dolor) y afectivos, junto otros más de tipo estructural. En este sentido, una dificultad que plantea el estudio de los determinantes de la frecuencia del uso de servicios sanitarios es que, al intentar explicar una conducta individual vinculada al sistema sanitario, no se puede ignorar la influencia de aspectos estructurales de acceso, políticas de salud, modelo de gestión, protocolo de actuación o cobertura sanitaria entre otros. Esto supone adoptar una perspectiva más contextual. En cualquier caso, en la futura investigación, es fundamental contemplar factores psicosociales que no han sido objeto de estudio o profundizar en los ya estudiados, para así incrementar el conocimiento respecto a los determinantes del uso en esta población. De hecho, si los porcentajes de varianza explicada del uso por las diferentes variables independientes de estado de salud y cognitivas consideradas han sido casi de un 46%, incorporando otros factores del tipo arriba mencionado, daríamos buena cuenta de esta conducta. Cabe señalar que, además, la conducta objeto de estudio es relevante tanto para la persona con el problema de FM como para el sistema sanitario y la sociedad en general, si consideramos los datos expuestos en cuanto a costes y cuestiones de organización y distribución de los recursos.

Pese a las limitaciones mencionadas, la evidencia muestra la importancia del estado emocional (síntomas de ansiedad y depresión) y del pensamiento catastrofista en el inicio de la búsqueda de asistencia sanitaria por parte de las personas con FM. Sin embargo, una vez dentro del sistema sanitario, la explicación de una menor frecuencia de visitas médicas se asocia con las cogniciones de autoeficacia (creerse capaz de manejar el dolor y otros síntomas asociados), las atribuciones de los síntomas a factores externos o ambientales, la percepción de un buen estado de salud en general, y la menor presencia de comorbilidad física y psicológica.

Por tanto, si tenemos en cuenta que la FM es un problema sanitario importante por su prevalencia y por el impacto que genera en los pacientes, nos deberíamos plantear la intervención preventiva como un objetivo prioritario. Esto implica que el papel del médico y el psicólogo, principalmente en AP, es esencial para el manejo adecuado de los factores emocionales y cognitivos implicados en la atención a estos pacientes. Por este motivo, es muy importante que estos profesionales adquieran una formación específica en el abordaje biopsicosocial y evitar de este modo, las consecuencias del uso continuado de los servicios como el desgaste profesional, mala adaptación o mayor impacto en el estado de salud del paciente, así como la insatisfacción en el manejo y en la relación médico-paciente.

## REFERENCIAS

- Aaron, L. A., Bradley, L. A., Alarcón, G. S., Alexander, R. W., Triana-Alexander, M., Martin, M., & Alberts, K. R. (1996). Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behaviour rather than to illness. *Arthritis and Rheumatism*, 39(3), 436-445.
- Aaron, L. A., Bradley, L. A., Alarcón, G. S. Triana-Alexander, M., Alexander, R. W., Martin M. Y., & Alberts, K. R. (1997). Perceived Physical and Emotional Trauma as Precipitating Events in Fibromyalgia Associations with Health Care Seeking and Disability Status but Not Pain Severity. *Arthritis and Rheumatism*, 40(3), 453-60.
- Alexander, R. W., Bradley, L. A., Alarcon, G. S., Triana-Alexander, M., Aaron, L. A., Alberts, K. R., Martin, M. Y., & Stewart, K. E. (1998). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage. *Arthritis Care and Research*, 11(2), 102-15.
- Annemans, L., Wessely, S., Spaepen, E., Caekelbergh, K., Caubère, J. P., Lay, K. L., & Taieb, C. (2008). Health economic consequences related to the diagnosis of fibromyalgia syndrome. *Arthritis and rheumatism*, 58(3), 895-902.
- Badia, X. y Alonso, J. (1994). Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del sickness impact profile. *Medicina Clínica*, 48, 949-957.
- Berger, A., Dukes, E., Martin, S., Edelsberg, J., & Oster, G. (2007). Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. *International Journal of Clinical Practice*, 61, 1498-1508.
- Bernardy, K., Fuber, N., Kollner, V., & Hauser, W. (2010). Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapies in Fibromyalgia Syndrome - A systematic review. *The journal of Rheumatology*, 37(10), 1991-2005.

- Bernatsky, S., Dobking, P. L., De Civita, M., & Penrod, J. R. (2005). Comorbidity and physician use in fibromyalgia. *Swiss medical Weekly*, 135, 76-81.
- Boonen, A., Van der Heuvel, R., Van Tubergen, A., Goossens, M., Severens, J. L., Van der Heijde, D., & Van der Linden, S. (2005). Large differences in cost of illness and wellbeing between patients with fibromyalgia, chronic low back pain, or ankylosing spondylitis. *Annals of Rheumatic Disease*, 396-402.
- Chipperfield, J. G. & Greensdale, L. (1999). Perceived control as a buffer in the use of health care services. *Journal of Gerontology*, 54B, 146-154.
- Cronan, T. A., Serve, E. R., & Wallen, H. R. (2002). Psychosocial predictors of health status and health care cost among people with fibromyalgia. *Anxiety, Stress and Coping: an International Journal*, 15(3), 261-274.
- Dobkin, P. L., De Civita M., Bernatsky, S., Kang, H., & Baron, M. (2003). Does psychological vulnerability determine health-care utilization in fibromyalgia? *Rheumatology*, 42(11), 1324-1331.
- EPISER. (2000). Prevalencia de lumbalgia, osteoporosis, artritis, lupus eritematoso sistémico, artrosis de rodilla y manos y fibromialgia en población española. Recuperado de <http://www.ser.es/proyectos/episer-resultados.html>.
- Esteve-Vives, J., Batlle, E., y Reig, A. (1993). Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española, Spanish version of the Health Assessment Questionnaire: reliability, validity and transcultural equivalency. *Journal of Rheumatology*, 20, 2116-22.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis, MO: Mosby.
- Gamero, F., Gabriel, R., Carbonell, J., Tornero, J., & Sanchez-Magro, I. (2005). Pain in Spanish Rheumatology outpatient offices: EPIDOR epidemiological study. *Revista Clinica Espanola*, 205(4), 157-163.
- Girolamo, G. (1991). Epidemiology and social costs of low back pain and fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain*, 7, 1-7.
- Gulec, H., Sayar, K., & Yazici, G.M. (2007). The relationship between psychological factors and health care-seeking behaviour in Fibromyalgia patients. *Turkish journal of psychiatry*, 18(1) 22-30.
- Jensen, M. P. & Karoly, P. (1991). Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 431-438.
- Jensen, M. P. & Karoly, P. (1992). Pain-Specific beliefs, perceived symptom severity, and adjustment to chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 8, 123-130.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Strom, S. E. (1995). The Chronic Pain Coping Inventory: development and preliminary validation. *Pain*, 60(2), 203-16.
- Keefe, F. J. & Gil, K. M. (1986). Behavioral concepts in the analyses of chronic pain syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 776-783.
- Kersh, B., Bradley, L., Alarcón, G., Alberts, K., Sotolongo, A., Martin, S., Aaron, L., Dewaal, D., Domino, M., Chaplin, W., Palardy, N., Cianfrini, L., & Triana-Alexander, M. (2001). Psychosocial and health status variable independently predict health care seeking in fibromyalgia. *Arthritis Care and Research*, 45(4), 362-371.
- Lightfoot, R. W. Jr., Luft, B. J., Rahn, D. W., Steere, A. C., Sigal, L. H., Zoschke, D. C., ... Kaufman, R. L. (1993). Empiric parenteral antibiotic treatment of patients with fibromyalgia and fatigue and a positive serologic result for Lyme disease: a cost-effectiveness analysis. *Annals of Internal Medicine*, 119, 503-509.
- Mechanic, D. (1972). *Social Psychologic Factors Affecting the Presentation of Bodily Complaints*. *New England Journal of Medicine*, 286, 1132-140.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-99.
- Okifuji, A. & Turk, D. C. (1999). Fibromyalgia: Search for mechanisms and effective treatments. En R. J. Gatchel, & D. C. Turk, (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*, 227-246. New York: Guilford Press.
- Pastor, M. A., Pons, N., Lledó, A., Martín-Aragón, M., López-Roig, S., Terol, M. C. y Rodríguez-Marín, J. (2003). Evaluación de la eficacia de las intervenciones psicológicas en enfermedades reumáticas: el caso de la fibromialgia. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez, e I. Amigo Vázquez, (Ed.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (T.II): Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide.
- Pastor, M. A., Lledó, A., López-Roig, S., Pons, N., y Martín-Aragón, M. (2010). Predictores de la utilización de recursos sanitarios en la fibromialgia. *Psicothema*, 22, 4, 549-555.
- Penrod, J. R., Bernatsky, S., Adam, V., Baron, M., Dayan, N., & Dobkin, P. L. (2004). Health services costs and their determinants in women with fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 31(7), 1391-1398.
- Penzo, W. (1989). *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona: Martinez Roca.
- Riviera, J., Rejas, J., Esteve-Vives, J., Vallejo, M. A., & Grupo ICAF. (2009). Resource utilization and health care costs in patients diagnosed with

Fibromyalgia in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 27, 39-45.

- Robinson, R. L., Birnbaum, H. G., Morley, M. A., Sisitsky, T., Greenberg, P. E., & Claxton, A. J. (2003). Economic cost and epidemiological characteristics of patients with fibromyalgia claims. *Journal of Rheumatology*, 30, 1318-25.
- Sicras, A., Blanca, M., Navarro, R., y Rejas, J. (2009). Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 41, 77-84.
- Sicras-Mainar, A., Rejas, J., Navarro, R., Blanca, M., Morcillo, A., Larios, R., Velasco, S., & Villaroya, C. (2009). Treating patients with fibromyalgia in primary in primary care settings under routine medical practice: a claim database cost and burden of illness study. *Arthritis Research & Therapy*, 24(1), 11-7.
- Turk, D. C., Okifuji, A., Sinclair, J. D., & Starz, T. W. (1996). Pain, disability, and physical functioning in subgroups of patients with fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 23, 1255-62.
- Walen, H. L., Oliver, K., Groessl, E., Cronan, T. A., & Rodriguez, V. M. (2001). Traumatic events and health care use in patients with fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 9(2), 19-38.
- White, K. P., Speechley, M., Harth, M., & Ostbye, T. (1999). Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: the London fibromyalgia epidemiology study. *Arthritis and Rheumatism*, 42(1), 76-83.
- Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennet, R. M., Caro, X. J., Goldenberg, D. L., Russell, I. J., & Yunus, M. B. (1997). A prospective, longitudinal, multicenter study of services utilization and cost in fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 40(9), 1560-1570.
- Wolfe, F., Clauw, D., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., ... Yunus, M. B. (2010). The American college of rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care and Research*, 62, 5, 600-610.