

Nuevos recursos terapéuticos en Ansiedad, Depresión, Dolor Crónico y emociones negativas en Fibromialgia

Ismael Dorado Urbistondo

Director del Centro de Psicología y Fisioterapia Ismael Dorado

Psicólogo Colegiado N° M-20815

Profesor Colaborador de la Universidad Oberta de Cataluña

En el cuidado de la salud, los problemas crónicos son hoy en día uno de los principales retos teóricos y prácticos planteados en las sociedades desarrolladas. De todos ellos, el dolor crónico, bien como síntoma asociado a una enfermedad, o bien como problema en sí mismo, representa uno de los más importantes dadas sus repercusiones socio-económicas, en términos de bajas laborales y gastos médicos.

La Fibromialgia ha sido definida como un síndrome de origen reumático cuyo síntoma fundamental es el dolor musculoesquelético generalizado, junto con problemas de sueño, ansiedad y fatiga. Representa un cuadro clínico de dolor crónico en varias regiones articulares no explicable por la exploración articular y en ausencia de otra enfermedad sistémica. La fibromialgia, en el marco de las enfermedades reumáticas, aparece como una situación clínica compleja porque el enfermo no muestra evidencia alguna de patología orgánica.

Diversos investigadores, como Jon Russell, M.D., Ph.D., del Texas Health Science Center en la University of Texas en San Antonio, quienes siguen estudiando la Sustancia P, un neurotransmisor del cerebro (el agente que hace que el cerebro registre el dolor), cuyos niveles son marcadamente más altos en los que de hecho son pacientes de fibromialgia, tres veces más que en los controles, que constaban de sujetos normales.

También sigue siendo interesante la razón por la que el neurotransmisor serotonina (que modifica la intensidad de las señales de dolor que entran en el cerebro) parece ser deficiente en los pacientes de fibromialgia. De hecho, muchos de los medicamentos para la fibromialgia empleados hoy en día se dirigen a remediar esa carencia. Aunque es cada vez más evidente que hay un trastorno en el sistema de percepción del dolor en los pacientes de fibromialgia, todavía no se sabe si el problema está relacionado con la alodinia (un aumento en la percepción del dolor que ocurre aun cuando los

estímulos desde otras partes del cuerpo son, en efecto, normales) o con la hiperalgesia (una respuesta "hiper" a los verdaderos estímulos del dolor).

Recientemente, ha habido mucho interés en el sistema N y la neuroendocrino condición anormal respecto a tales neurotransmisores / neuroquímicos como péptido calcitonina relacionado con un gen, noradrenalina, endorfinas, dopamina, histamina y GABA, (ácido aminobutírico). Se cree que las hormonas producidas por las glándulas del hipotálamo, la pituitaria y la adrenal son disfuncionales también. La investigación llevada a cabo por Leslie Crofford, M.D., de la University of Michigan en Ann Arbor sugiere que el SFM es un "síndrome relacionado con el estrés" (ya que muchas veces se manifiesta después de un evento física o emocionalmente estresante y también empeora después de tales episodios), con trastornos en los principales centros de respuesta al estrés, el eje hipotalámico-pituitano-adrenal, el sistema nervioso simpático y, muy probablemente, el sistema nervioso autónomo. Apoya además la investigación muy original llevada a cabo por Robert Bennett, M.D., en la Oregon Health Sciences University en la que se encontró que el eje de la hormona de crecimiento es anormal en los pacientes del SFM. Los investigadores mexicanos Carlos Abud-Mendoza y colaboradores estudiaron un subgrupo de pacientes del SFM que no habían respondido satisfactoriamente a las terapias convencionales y descubrieron que en realidad sufrían de una forma de hipertiroidismo subclínico que no fue detectado en los análisis de laboratorio rutinarios. Se creía que dicho hipertiroidismo estaba arraigado en una disfunción del sistema nervioso central.

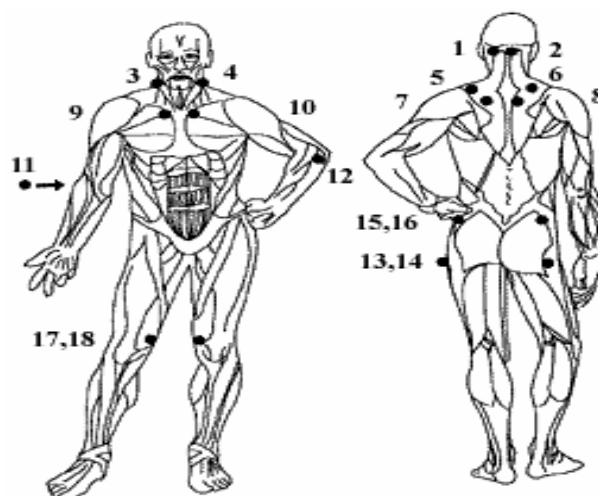
No hace mucho tiempo, los investigadores médicos consideraban que el síndrome de la fibromialgia era una entidad médica discreta. Sin embargo, el SFM se ve cada vez más como una condición que comparte mucho con ciertas enfermedades sistémicas junto con otras condiciones regionales que afectan a órganos específicos. Uno de los primeros en sostener este punto de vista fue el investigador de la University of Illinois, Muhammad Yunus, M.D., que desarrolló el concepto del Síndrome del Espectro de Desregulación ("Dysregulation Spectrum Syndrome", DSS, siglas en inglés). El DSS es un término genérico para una gama de condiciones relacionadas que tienen en común ciertas características clínicas y un mecanismo biofisiológico parecido. Además del SFM, el Dr. Yunus incluye nueve condiciones en la familia de los DSS además del SFM: el síndrome de la fatiga crónica ("chronic fatigue syndrome", CFS, siglas en inglés), el del colon irritable, las jaquecas ocasionadas por el estrés y las migrañas, la dismenorrea primaria, el trastorno del movimiento periódico de las extremidades, el síndrome de las piernas inquietas, el síndrome del dolor temporomaxilar y el síndrome del

dolor miofascial. Este investigador predice que futuras investigaciones agregarán otras condiciones a la familia de los DSS.

En España, se calcula que el 13% de los pacientes que acuden a las consultas de medicina general lo padecen, disminuyendo a un 10,4% en las consultas especializadas de los Servicios de Reumatología (Calabozo, Llamazares, Muñoz y Alonso-Ruiz; 1990). En un estudio de revisión, Lorenzen encontró que el índice de prevalencia del síndrome fibromiálgico se situaba entre el 0,7 y el 3,2 % de la población general (Lorenzen, 1994). En otro estudio de prevalencia del síndrome en Estados Unidos, se encontró que este índice se situaba en el 2% para ambos sexos, ascendiendo hasta un 3,4% en el caso de considerar únicamente a las mujeres (Wolfe, Ross, Anderson, Russell y Herbert, 1995).

Aunque las personas con fibromialgia tienen dolores similares a los de una enfermedad de las articulaciones, la fibromialgia no produce inflamación, y por lo tanto no es una forma de artritis (la cual se caracteriza por la inflamación de las articulaciones). Más bien, la fibromialgia es una forma de reumatismo de los tejidos blandos. La palabra fibromialgia significa dolor en los músculos y en los tejidos que conectan los huesos, ligamentos y tendones. La causa de la fibromialgia se desconoce.

En 1990, el Colegio Americano de Reumatología (American College of Rheumatology), una asociación de aproximadamente 5,000 reumatólogos (especialistas en enfermedades musculoesqueléticas y trastornos inmunológicos), desarrolló pautas para ayudar a los médicos a diagnosticar la fibromialgia. Según los criterios establecidos por el ACR, una persona tiene fibromialgia si presenta un historial de dolor generalizado durante un mínimo de tres meses, así como dolor en 11 o más de las 18 zonas específicas de puntos hipersensibles.



El dolor producido por la fibromialgia ha sido descrito de diversas formas, tales como: ardor, punzada, rigidez y sensibilidad. A menudo varía según la hora del día, el nivel de actividad física, el clima, los patrones de sueño y la fatiga nerviosa. La mayoría de las personas con fibromialgia dice que siempre siente algo de dolor. Estas personas sienten el dolor principalmente en los músculos. Para algunas personas, el dolor puede ser bastante severo.

Además de dolor y agotamiento, la fibromialgia también puede ocasionar uno o varios de los siguientes síntomas típicos: trastornos del sueño, anquilosamiento, incremento de dolores de cabeza o de la cara, malestar abdominal, problemas genitourinarios, parestesia, sensibilidad a la temperatura, problemas de la piel, vértigos, dificultades de concentración, síndrome de las piernas inquietas, sensibilidad ambiental y como especial atención en este trabajo Depresión y Ansiedad.

Aunque con frecuencia, los pacientes con SFM son diagnosticados incorrectamente con trastornos de depresión o ansiedad, ("estás imaginándolo todo"), la investigación ha mostrado repetidas veces que la fibromialgia no es una forma de depresión ni de hipocondría. Sin embargo, siempre que la depresión o la ansiedad ocurran con la fibromialgia, es importante su tratamiento ya que estas condiciones pueden exacerbar el SFM e interferir con el manejo exitoso de los síntomas.

Las personas con fibromialgia pueden experimentar un tipo de fatiga parecido al que ocasiona otra afección, conocida como síndrome de fatiga crónica (SFC). Los Centros de control y prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention) han desarrollado criterios para diagnosticar el SFC. Para diagnosticar a una persona con SFC, ésta debe presentar un historial de por lo menos seis meses de fatiga inexplicada, evaluada clínicamente, además de cuatro de los siguientes ocho síntomas: dificultad para pensar con claridad, irritación de garganta, hipersensibilidad de los ganglios linfáticos, dolores musculares, dolores en las articulaciones, dolores de cabeza, alteraciones en el sueño y malestar durante más de 24 horas después de un esfuerzo.

La mayoría de las personas con fibromialgia experimenta trastornos del sueño. Aunque pueden conciliar el sueño sin grandes dificultades, tienen un sueño muy ligero y se despiertan con frecuencia durante la noche. A menudo, estas personas se levantan sintiéndose cansadas, incluso después de haber dormido durante toda la noche. La fatiga resultante puede ir desde la apatía y la disminución de resistencia hasta el agotamiento. El nivel de fatiga experimentado puede variar de un día para otro.

Las investigaciones han demostrado que la perturbación del sueño profundo altera muchas funciones críticas del cuerpo, como la producción de las sustancias químicas necesarias para reparar el tejido muscular, así como la percepción del dolor por parte de la persona. Algunos investigadores creen que los trastornos del sueño pueden ser una de las causas de la fibromialgia. Esta teoría debe estudiarse más a fondo, pero es obvio que los trastornos del sueño pueden agravar los síntomas de la fibromialgia.

Como podemos por tanto comprobar, la incidencia de la ansiedad y el estrés, repercutiría en nuestras emociones, en nuestro grado de energía y en la calidad del sueño.

Es cierto que las personas con problemas de dolor crónico también sufren depresión, aproximadamente un 50% de estos pacientes muestran niveles significativos de depresión (Miró y Raich, 1990). A lo que parece, lo que realmente influye en la aparición del problema es la percepción de los pacientes sobre el impacto negativo del dolor en sus vidas, por la disminución de la actividad y de los refuerzos conseguidos, y por la disminución percibida de su capacidad de autocontrol, del sentimiento de autoestima y de la habilidad para influir en los problemas. Parece que, en efecto, las variables cognitivas ejercen un papel mediacional importante, en el desarrollo de los problemas depresivos en los pacientes con dolor crónico. Señalan, también, que el dolor impacta en la vida de los pacientes de forma diferente según la edad. Sus investigaciones indican que la relación entre dolor y depresión es mayor entre los pacientes de más edad. Muy a menudo coexisten el dolor crónico y la depresión, no debería sorprender, pues, que un grupo significativo de pacientes experimenten mejoras al ser tratados con antidepresivos, sin que por ello debamos concluir que el dolor crónico es una depresión enmascarada.

En el trabajo "Fibromialgia y Emociones Negativas" (Pérez-Pareja, Borrás, Palmer, Sesé, Molina y Gonzalvo, 2004), se señala que la depresión puede preceder o acompañar a la Fibromialgia aunque no constituye un factor implicado en la etiología del síndrome. Por el contrario, los datos sugieren que la existencia de relación entre Fibromialgia y depresión pudiera tratarse de una cuestión de comorbilidad, o bien el estado de ánimo deprimido pudiera ser una consecuencia del padecimiento de Fibromialgia.

Nuevamente podemos comprobar cómo "mejorar el estado de ánimo" sería la principal labor de la terapia psicológica en el tratamiento de pacientes con Fibromialgia.

La aportación de nuevos productos en el tratamiento de la Fibromialgia.

No podemos obviar la realidad de un mercado saturado de productos en teoría beneficiosos y que prometen mejorar dolor, depresión, ansiedad, etc. sin una base científica o en otros casos sin haber sido sometidos a ningún tipo de análisis científico riguroso sobre sus efectos.

El uso terapéutico como recomendación inocua y sin riesgos de productos como la Garcinia Mangostana y el Goji es una opción que se está abriendo paso en las baterías de recursos profesionales pero sin una clara relación en temas tan diversos como el dolor crónico, la depresión, la ansiedad, el estrés y la emocionabilidad negativa.

La Garcinia con su alta tasa de Xantonas tiene un efecto demostrado entre otros determinante en el tratamiento de inflamaciones, artritis y dolores musculares al ser un bloqueador COX-2 (presente en todos los antiinflamatorios de venta y uso común) pero sin sus efectos secundarios tan conocidos. Por otro lado su efecto anti-fatiga y como potenciador de la energía sería un recurso fundamental en el tratamiento del paciente con Fibromialgia.

Es su efecto en el Sistema Nervioso el que nos interesa medir y controlar para poder decidir su uso terapéutico. La Garcinia actúa como inhibidor de la enzima monoamino oxidasa bloqueando la misma y empleándose para aliviar ciertos tipos de depresión dado su aporte de un aminoácido esencial como es el Triptófano.

El Triptófano es un aminoácido esencial presente en la Garcinia con una función muy importante ya que ayuda a regular los niveles adecuados de Serotonina (transmisor cerebral) en el cerebro. La ansiedad, el insomnio, el estrés, etc. se benefician de un mejor equilibrio gracias al triptofano. Favorece el sueño ya que la Serotonina es precursora de hormona Melatonina vital para regular el ciclo diario de vigilia-sueño. Al actuar sobre el estrés nos puede ayudar "de rebote" a controlar los niveles de insulina ya que esta hormona acusa, en gran manera, el estado de nuestro sistema nervioso.

Estudios de la Universidad de Brandeis (Estados Unidos) y los Laboratorios Hoffman La Roche en Suiza (S. Lewis y S. Neelakantan, 1965), lograron demostrar que entre otros componentes de la Garcinia, el Ácido Hidroxicítrico, conseguía bloquear e inhibir la acción de determinadas enzimas. Por otro lado su composición con Antocianósidos la dota de una acción antiséptica y antiinflamatoria.

Si centramos ahora nuestra atención en otro de los productos implicados en la presente investigación, el Goji, veremos que sus efectos son igualmente altamente beneficiosos.

El Goji disminuye la fatiga y aumenta el nivel de energía. Es un producto recomendado en deportistas y personas convalecientes en enfermedades. Es un producto rico en Zeaxantinas que constituyen un principal antioxidante natural previniendo además enfermedades cardiovasculares por su riqueza en omegas. Sus polisacáridos Lycium Barbarum protegen el sistema inmunológico. Su composición en Beta-sitosteroles actúa como un antiinflamatorio natural. Por otro lado no debemos olvidar que uno de los componentes fundamentales en la Fibromialgia es la grave repercusión en la libido e incluso su completa extinción. El goji regula los niveles de testosterona provocando un efecto tonificante y aumentando la libido o deseo sexual. Dado igualmente que puede favorecer la pérdida de peso favorece la reducción de la ansiedad en pacientes sometidos a régimen control del mismo.

El Goji es rico en Botaina con unas funciones fisiológicas principales consistentes en proteger las células que están bajo estrés, a la vez que servir como una de las fuentes de los grupos metílicos necesarios para la formación de muchas de las rutas bioquímicas. Los suplementos de betaína pueden reducir los niveles circulantes de homocisteína, un factor de riesgo potencial para las enfermedades cardíacas, apoplejías, cáncer y enfermedad de Alzheimer.

“Nuevos recursos terapéuticos en Ansiedad, Depresión, Dolor Crónico y emociones negativas en Fibromialgia”

En el marco de la Celebración del V Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS) dependiente de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, celebrado en Benidorm (Alicante) los días 16 al 18 de Septiembre de 2004, se presentó un trabajo titulado: “Fibromialgia; nuevos avances en Terapia Combinada” firmado por D. Ismael Dorado Urbistondo como Director del Centro de Psicología y Fisioterapia Ismael Dorado S.L.

En dicho trabajo se presentaron los resultados de un programa llevado a cabo durante dos años con 63 pacientes del Centro diagnosticados de Fibromialgia. Este trabajo presentó como novedad proponer una terapia que pretende aunar diversos campos de la salud como la Fisioterapia, la Medicina y la Psicología buscando

un efecto integrador y no excluyente como los que se habían propuesto hasta entonces.

Los resultados logrados en el programa presentado, fueron nuevamente revisados en el marco de la Celebración del VII Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), celebrado en Benidorm (Alicante) los días 18 al 20 de Septiembre de 2008 en la presentación del trabajo titulado: "Fibromialgia: sugestión en el control del dolor".

En dicho trabajo se proseguía la línea de trabajo propuesta pero se añadía como recurso terapéutico la hipnosis clínica que mostraba beneficios en general en el control del dolor pero con una clara mejoría en el tiempo de tratamiento.

La hipnosis como medio para combatir el dolor se encuentra entre los recursos más antiguos. A principios del S. XIX se aplicaba con cierto éxito como analgesia durante intervenciones quirúrgicas. Barber por ejemplo la considera un estado alterado de la conciencia existiendo diferentes procedimientos para controlar el dolor mediante la hipnosis y que Barber (1986) ha resumido como sigue:

1.- Anestesia. Las sugestiones hipnóticas pueden evocar alucinaciones de anestesia y provocar insensibilidad en la zona corporal escogida.

2.- Disminución de las sensaciones.- Consiste en sugerir que la intensidad está cambiando o disminuyendo de forma gradual.

3.- Sustitución sensorial.- Se trata de sustituir la sensación de dolor por otra diferente más tolerable.

4.- Desplazamiento.- Implica el desplazar el dolor de una zona del cuerpo a otra menos molesta para el paciente. El objetivo de esta estrategia es pues, conseguir que el dolor se convierta en un acontecimiento menos invalidante y amenazador, más soportable.

5.- Disociación.- Con esta estrategia se pretende que si bien el paciente sigue percibiendo el dolor, éste ya no causa tanto sufrimiento. A través de estas sugestiones, el paciente es capaz de describir el dolor, incluso con gran precisión, aunque sin ningún sustrato afectivo, lo hace "desde la distancia", es decir, se sigue percibiendo el dolor pero no se sufre y tampoco preocupa.

La entrada de productos con base científica reconocida y avalados por laboratorios de prestigio con los correctos controles sanitarios, proporcionó en principio un nuevo arsenal terapéutico que podría contribuir en el tratamiento de los enfermos aquejados de Fibromialgia.

Los productos estudiados en este artículo, Garcinia y Goji, bajo su denominación comercial "Mamberry" del laboratorio

Quimifarma para BHU, Bioenergía Humana, podrían ser de uso cuando menos interesante pero faltaba una correcta comprobación de sus efectos.

Dentro de los dos estudios antes indicados presentados en sendos congresos internacionales de psicología, se propone ampliarlo a un tercero denominado: "Nuevos recursos terapéuticos en ansiedad, depresión, dolor crónico y emociones negativas en Fibromialgia" con el grupo de pacientes en tratamiento desde el año 2003. En este programa se propone a los pacientes en tratamiento y ampliamente controlados en sus resultados, la toma de Mamberry en un periodo de 3 meses midiendo sus resultados en varios campos: 1) Niveles de Ansiedad, 2) Niveles de Ira, 3) Cantidad de medicación necesaria para controlar su nivel de dolor, 4) Porcentaje de reducción de medicación.

De los 63 pacientes del estudio, se decidió proponer la toma de Mamberry a un grupo de 40 pacientes, dejando otro grupo de 21 como grupo de control y 2 pacientes que desistieron participar en el estudio. Los resultados quedan reflejados en las siguientes gráficas.

Se utilizaron para el estudio los siguientes instrumentos psicométricos:

ISRA.- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. 1986).

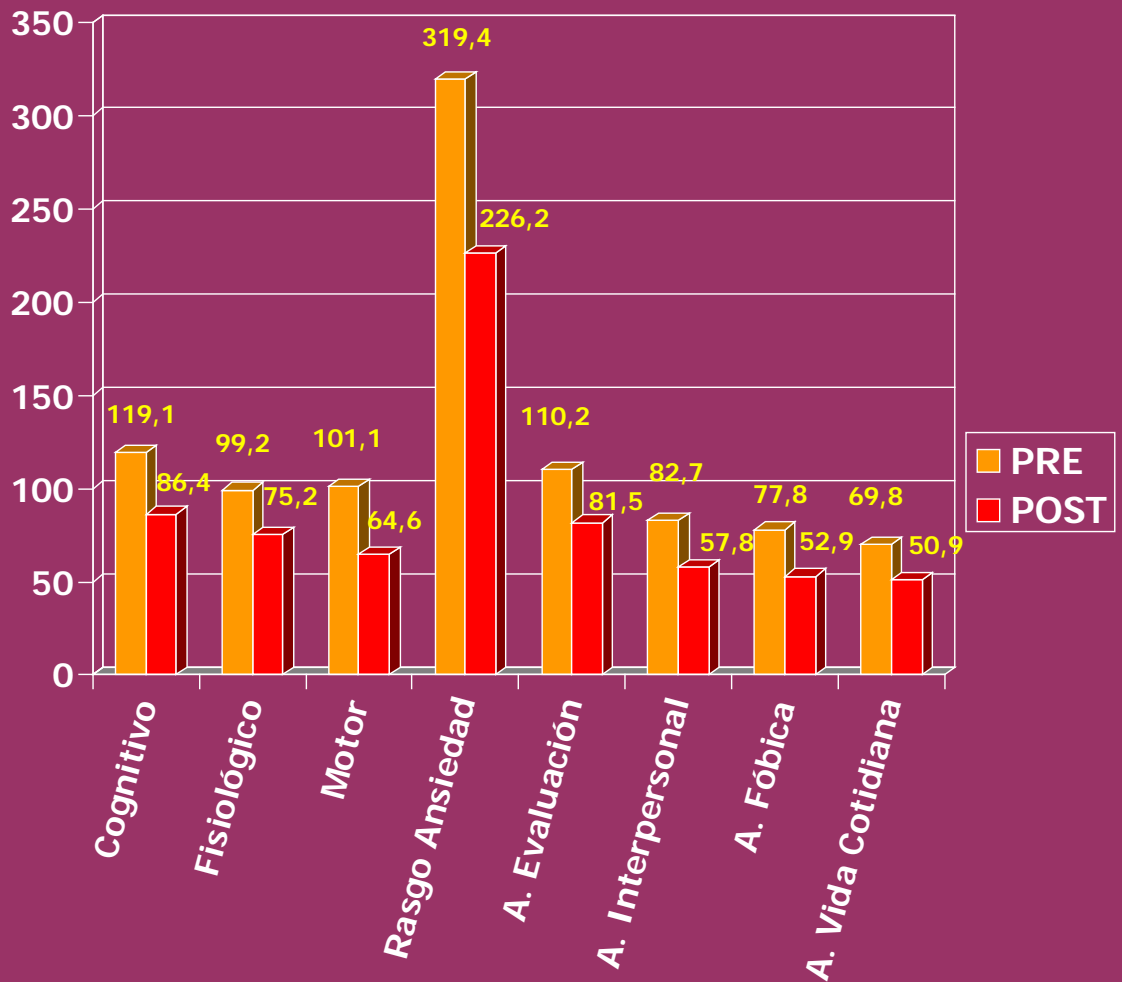
El ISRA evalúa el nivel general de ansiedad (rasgo general de personalidad ansiosa), los tres sistemas de respuesta por separado (lo que pensamos, regulado por el sistema cognitivo; lo que sentimos a nivel corporal, o sistema fisiológico; y lo que hacemos, o sistema conductual-motor), así como cuatro rasgos específicos de ansiedad o áreas situacionales (ansiedad ante situaciones de evaluación, ansiedad en situaciones sociales o interpersonales, ansiedad en situaciones fóbicas, y ansiedad en situaciones de la vida cotidiana).

STAXI-2.- Inventario Expresión de Ira Estado-Rasgo (Spielberger 1999). Versión Española (Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spielberger, 2001).

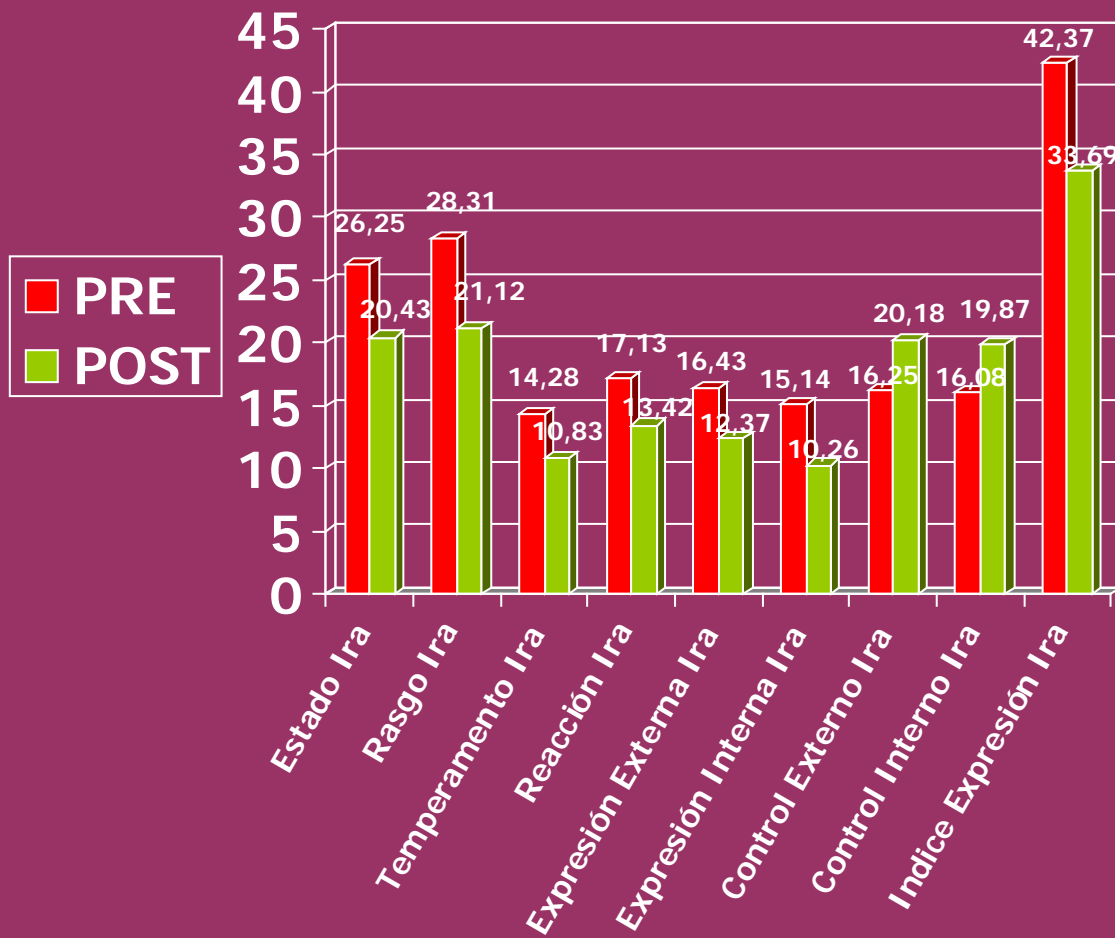
El STAXI-2 ha sido guiado en su desarrollo por los recientes estudios sobre las características de la ira y sus efectos en la salud mental y física. Ofrece una evaluación que distingue los diferentes componentes de la ira (Experiencia, Expresión y Control) y sus facetas como Estado y como Rasgo. Consta de 49 elementos organizados en 6 escalas y 5 subescalas y permite obtener un índice de cada escala y subescala y un índice general del test.

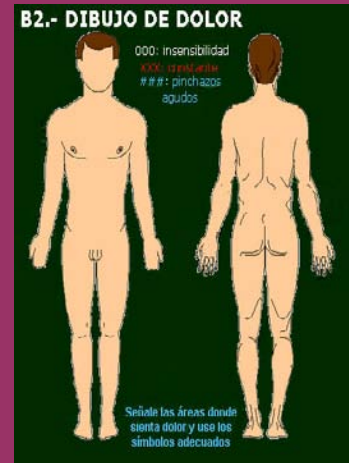
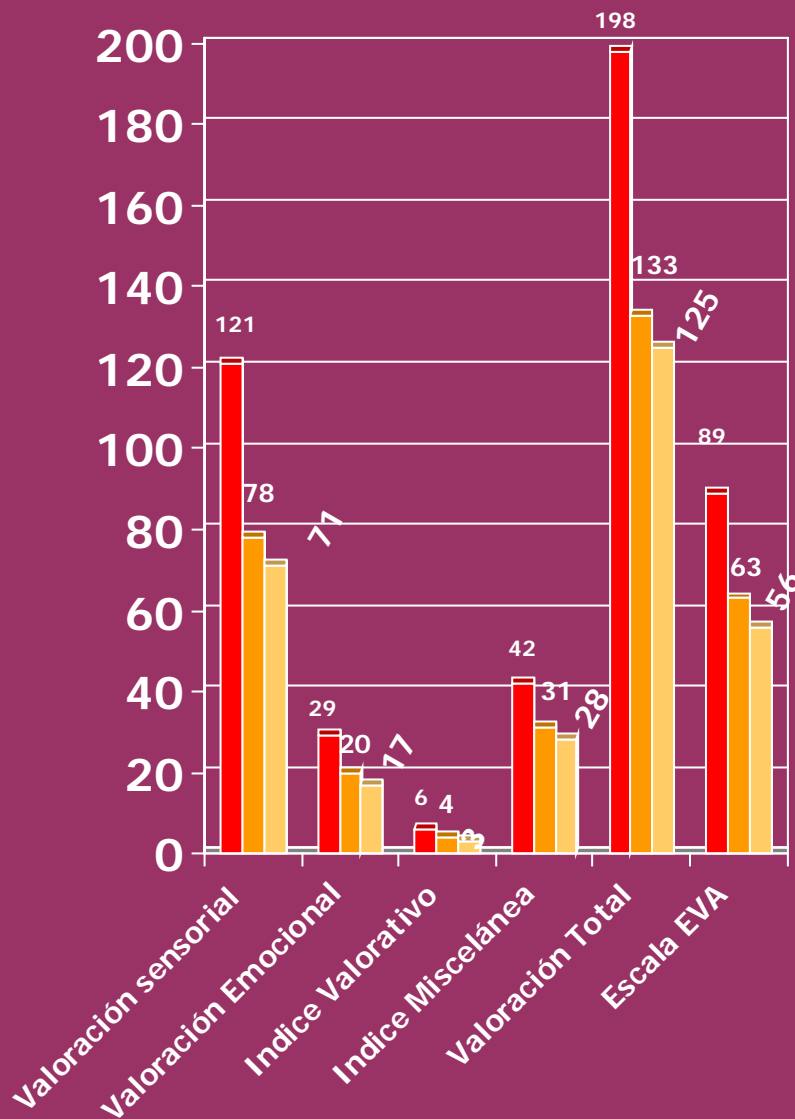
ESCALA EVA.- La escala visual analógica es un instrumento que permite cuantificar numéricamente la intensidad de dolor que sufre el paciente. Consiste en una línea de 10 centímetros, en la cual el extremo izquierdo significa nada de dolor y el extremo derecho el peor dolor imaginable; en esta escala el paciente debe indicar cuánto le duele. El médico o la enfermera medirá con una regla la distancia desde el extremo izquierdo hasta el punto señalado por el paciente.

INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD –/SRA- (Miguel Tobal y Cano Vindel 1986, 1988, 1994)

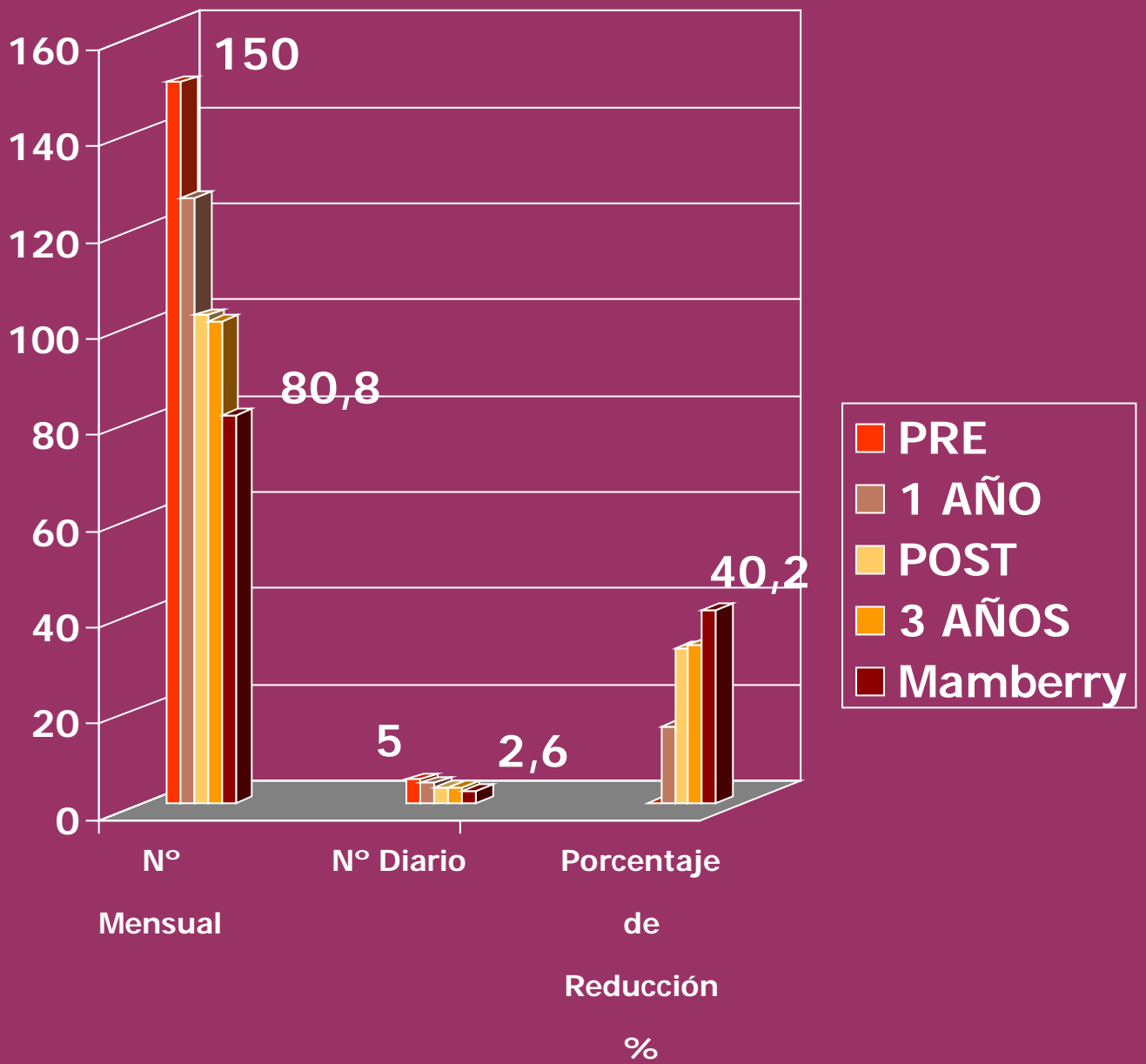


S.T.A.X.I. 2. *Inventario Expresión de Ira Estado-Rasgo* (Spielberger 1999). Versión Española (Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spielberger, 2001)





MEDICACIÓN EN UNIDADES MENSUALES –Media- (Analgésicos, Relajantes, Vitaminas, AINES, etc.)

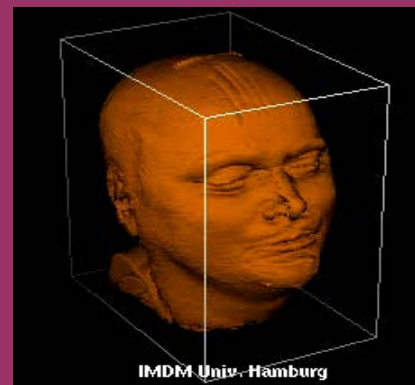


RESULTADOS I

- **ISRA:**
- Descenso en los tres sistemas de respuesta en especial el motor (36,2%) y descenso del Rasgo de Ansiedad en un 29 %.
- La Ansiedad Fóbica se rebajó en un 32,1 %.
- **STAXI 2:**
- Reducción de Índice de Expresión Ira en un 21%.
- Aumentos del Control Externo Ira (24%) y Control Interno Ira (23%).

RESULTADOS II

- Reducción de la cantidad de medicación mensual durante el primer año en un 16%, en el tercer año en un 32% y con la utilización del Mamberry en un 40,2 %.
- Reducción del dolor percibido en un 31,02 % y desde la introducción de Mamberry en casi un 35,03 % en solo 3 meses



RESULTADOS III

Otros efectos observados:

- Mejoría en las relaciones sociales, laborales familiares y afectivas
- Aparición, o en su caso incremento, de actividades lúdicas y deportivas
- Normalización de la actividad laboral (bajas).



CONCLUSIONES

- Todos los miembros del grupo sometidos a hipnosis mejoraron tanto en sus niveles de ansiedad como en su control de la ira.
- El resultado logrado es menor que el primero de terapia combinada pero permite "recuperar" a pacientes que habrían abandonado el tratamiento por falta de resultados.
- El uso de la sugestión hipnótica como instrumento de bloqueo del dolor se muestra mucho más rápido en cuanto a los resultados que el tratamiento combinado.
- La utilización de "Mamberry" se muestra como altamente eficaz colaborando en la reducción del grado de ansiedad, estrés y depresión, además del grado de dolor muscular referido.
- Queda recomendado su uso terapéutico en el tratamiento de la sintomatología asociada a la Fibromialgia.

BIBLIOGRAFÍA.-

Caballo, V.E. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología*, 13, 52-62.

Caballo, V.E. (1986). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández Ballesteros y J.A.I. Carroble (eds.): *Evaluación Conductual: metodología y aplicaciones (3a ed.)* Madrid: Pirámide.

Caballo, V.E. (1987). *Evaluación y entrenamiento de las Habilidades Sociales: una estrategia multimodal*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid.

American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-IV (4a Ed.)*. Barcelona: Masson.

Fernández Ballesteros, R. y Carroble, J.A.I. (1991). *Evaluación conductual*. (6a edición). Madrid: Pirámide.

Miguel Tobal, J.J. (1990). La ansiedad. En J. Mayor y L. Pinillos (eds.): *Tratado de Psicología General: Motivación y Emoción (Vol. 3)*, pp. 309-344. Madrid: Alhambra.

Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1994). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-*. (Tercera edición ampliada con nuevos estudios psicométricos y nuevos baremos) Madrid: TEA.

Pasnau, R.O. (1987). Los trastornos de ansiedad. En R.O. Pasnau (ed.): *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Laboratorios Upjohn.

Pérez Pareja, F.J. (1997). De las habilidades sociales a las estrategias de relación interpersonal. Una propuesta de modelo. *Ansiedad y estrés. Vol. 3 (2-3)*, 178-201.

Ballina, G.F.J., Martín, L.P., Iglesias, G.A., Hernández, M.R. y Cueto, E.A. (1995). La Fibromialgia. Revisión clínica. *Revista Clínica Española.*, 195, 326-334.

Calabozo, M., Llamazares, A.I., Muñoz, M.T. y Alonso-Ruiz, A. (1990). Síndrome de Fibromialgia (Fibrositis): Tan frecuente como desconocido. *Medicina Clínica*, 94(5), 173-175

Fiter, J. (1999). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. *JANO, Medicina y Humanidades*, 56 (1291), 48-55.

Mera, V.A., Insúa, V.S. (1996). *Fibromialgia. Otros reumatismos asociados a trastornos psicógenos*. En S.J.L. Andreu, G.P. Barceló, B.G. Herrero, M.E. Martín, M.A. Olivé, M.J. Tornero. (Eds). *Manual de Enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología*. (757-764). Barcelona: Doyma.

Roig, E.D. (1997). *Reumatología en la consulta diaria*. (2ª Edición.) Barcelona: Espaxs.