

Nuevo modelo de atención a

la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica

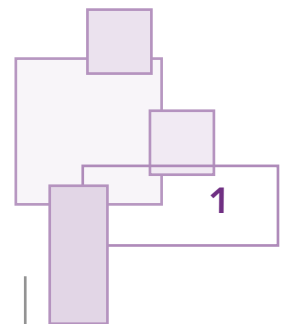
Cataluña, 2006

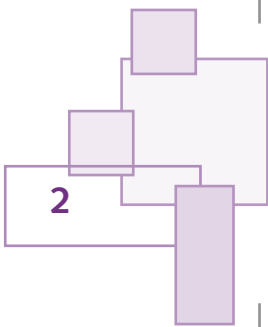


Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

**NUEVO MODELO DE ATENCIÓN
A LA FIBROMIALGIA
Y EL SÍNDROME
DE FATIGA CRÓNICA.**

CATALUÑA, 2006.





© Generalitat de Catalunya.
Departament de Salut.
Edita: Direcció General de Planificació
i Avaluació.
Primera edició: Barcelona, Abril de
2006.
Tiraje: 500 exemplares
ISBN: 84-393-7059-8
Depósito legal: 18465-2006
Coordinación editorial:
Institut d'Estudis de la Salut.
Asesoramiento lingüístico:
Jordi Curell.
Diseño gràfico: Estudi 6
Impresión: Estudi 6

Dirección:

Maria Luisa de la Puente.
Directora General de Planificación y Evaluación.
Departamento de Salud.

Presidente:

Miquel Vilardell.
Servicio de Medicina Interna del Hospital General de la Vall d'Hebron.

Coordinación técnica:

Mercè Mercader.
Dirección General de Planificación y Evaluación.

Lydia Padró.
Área de Compra de Servicios i Calidad.
CatSalut.

Apoyo técnico:

Imma Vallverdú.
Dirección General de Planificación y Evaluación
María Jesús Pueyo.
Dirección General de Planificación y Evaluación.

Miembros del grupo de trabajo:

Carme Albinyana.
Región Sanitaria Metropolitana de Barcelona.

Cayetano Alegre.
Servicio de Reumatología del Hospital General de la Vall d'Hebron.

José Alegre.
Unidad de SFC.
Servicio de Medicina Interna del Hospital General de la Vall d'Hebron.

Jordi Carbonell.
Servicio de Reumatología.
Hospital del Mar de Barcelona.

Miquel Casas.
Servicio de Psiquiatría del Hospital General de la Vall d'Hebron.

Antonio Collado.
Unidad de Fibromialgia del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Empar Cuixart.
Servicio de Rehabilitación del Hospital General de la Vall d'Hebron.

M. Dolors Estrada. Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas (AATRM).

M. Teresa Faixedas.
Región Sanitaria Girona.

Joaquim Fernández Solà.
Unidad de Síndrome de Fatiga Crónica.
Servicio de Medicina interna del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Marta Gabernet.
Región Sanitaria de Lleida i Alt Pirineu.

M^a Remei Girona.
Región Sanitaria de Girona.

Pilar Magrinyà.
Región Sanitaria de Camp de Tarragona.

Amando Martín Zurro.
Instituto de Estudios de la Salud.

Juli de Nadal.
Instituto de Estudios de la Salud (IES).

Diego J. Palao.
Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General de Vic.

Josep M. Peri.
Servicio de Psicología del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Josefina Pla.
Servicio de Reumatología del CAP Manso.

Analia Pumares.
Región Sanitaria de Terres de l'Ebre.

Anna M. Roig.
Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Cataluña.

Mercè Solà.
Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria.

Paulina Viñas.
Región Sanitaria de Catalunya Central.

Dirección de la estrategia de formación continuada

Amando Martín Zurro.
Instituto de Estudios de la Salud (IES).

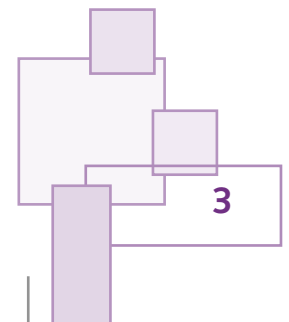
Dolors Muñoz.
Instituto de Estudios de la Salud (IES).

Juli de Nadal.
Instituto de Estudios de la Salud (IES).

Agradecimientos:

Agradecemos especialmente al Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Catalunya, a la Sociedad Catalano-Balear de Psicología, la Sociedad Catalana de Terapia Familiar, la Sociedad Catalana de Psiquiatría y Salud Mental, la Sociedad Catalana de Medicina Interna, la Sociedad Catalana de Reumatología, la Sociedad Catalana de Rehabilitación, la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, y a todas las asociaciones y entidades representativas de los afectados y afectadas de fibromialgia y síndrome de fatiga crónica que nos han hecho llegar sus aportaciones y sugerencias para la elaboración de este documento.

Agradecemos al Dr. Javier Rivera la autorización para reproducir la versión validada al castellano del "Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia" y a la Dra. Laura Ferrando por su autorización para reproducir la versión española de la "Mini International Neuropsychiatric Interview".



ÍNDICE

1	Presentación	Pág. 6
2	Breve descripción de las enfermedades y epidemiología	Pág. 9
3	Papel de la Atención Primaria de Salud (APS)	Pág. 11
3.1	Diagnóstico	Pág. 11
3.2	Plan de tratamiento y seguimiento de la fibromialgia (FM).....	Pág. 12
3.3	Plan de tratamiento y seguimiento del Síndrome de fatiga crónica (SFC)	Pág. 15
3.4	Papel de los profesionales	Pág. 17
4	Organización de la atención especializada y de los dispositivos comunitarios de apoyo.	Pág. 20
4.1	Interconsulta y coordinación con la red especializada de salud mental.....	Pág. 20
4.2	Interconsulta y/o derivación a los hospitales de referencia	Pág. 21
4.3	Interconsulta y coordinación con la red especializada de rehabilitación	Pág. 23
4.4	Enfermería de la red especializada.....	Pág. 23
4.5	Utilización de recursos comunitarios.....	Pág. 23
5	Unidades especializadas (UE) en FM y SFC	Pág. 24
6	Vínculos con las asociaciones de afectados de FM y SFC, grupos de ayuda mutua y fundaciones	Pág. 27
7	Circuitos asistenciales básicos	Pág. 29
Anexos		
Anexo 1.	Criterios diagnósticos de la FM	Pág. 30
Anexo 2.	Criterios diagnósticos del SFC.....	Pág. 32
Anexo 3.	Diagnóstico diferencial y comorbilidades de la FM y el SFC.....	Pág. 33
Anexo 4.	Cuestionario de impacto de la fibromialgia	Pág. 35
Anexo 5.	MINI International Neuropsychiatric Interview	Pág. 37
Anexo 6.	Valoración de la evidencia sobre el tratamiento de la fibromialgia.....	Pág. 54
Anexo 7.	Valoración de la evidencia sobre el tratamiento del SFC.....	Pág. 56
Anexo 8.	Fundaciones y asociaciones de FM y SFC más representativas en Cataluña	Pág. 58
Referencias bibliográficas		Pág. 63

1. Presentación

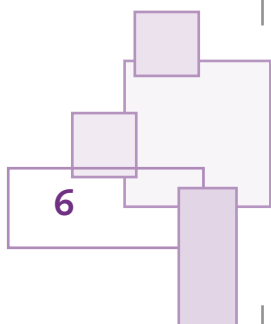
Es para mí una satisfacción presentar la publicación *El nuevo modelo de atención a la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica. Catalunya, 2006*. Una importante herramienta de trabajo, para profesionales de la salud implicados en el proceso de atención en cuanto al diagnóstico, tratamiento y seguimiento longitudinal de la población afectada, que ha sido elaborada a partir de la valiosa colaboración de un grupo de trabajo compuesto por profesionales expertos en diferentes disciplinas vinculadas con la atención a las personas que sufren estos problemas de salud.

Este documento define el modelo asistencial a la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica que queremos implantar en Catalunya durante los próximos años. Un nuevo modelo que implicará a los profesionales de la salud de todos los niveles asistenciales y que pretende dar información actualizada y basada en la evidencia científica, a la vez que refleja las líneas de avance en la colaboración con las asociaciones de enfermos y entidades representativas y un listado con direcciones de contacto que puede ser útil para el profesional de Atención Primaria de Salud.

Nuestro reto como Departamento de Salud es, a partir de ahora y durante los próximos años, mejorar el conocimiento de estas enfermedades entre los y las profesionales de la salud y la población. También llevar a cabo la implantación progresiva de este nuevo modelo a todo el territorio de Catalunya, incorporando las mejoras que se identifiquen a partir de los resultados de la evaluación en su aplicación.

Actualmente, y a pesar que la Organización Mundial de la Salud ya ha reconocido oficialmente la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica como enfermedades crónicas que afectan de forma significativa la salud y la calidad de vida de las personas que las sufren, aún hay un grado de desconocimiento elevado. Hay pocos estudios epidemiológicos que constaten su prevalencia y se conocen poco los factores de predisposición, de desencadenamiento y los mecanismos fisiopatológicos que intervienen.

El diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades debe dirigirse a



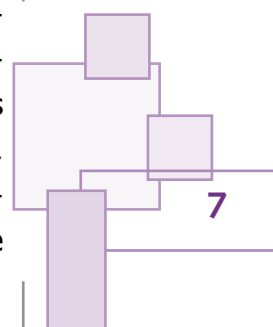
una atención precoz, a una paliación de los síntomas más predominantes y a una recuperación funcional que se mantenga el máximo tiempo que sea posible. De acuerdo con la evidencia científica disponible y las recomendaciones de los expertos, se considera oportuno que la atención a estas patologías crónicas en Catalunya sea pilotada desde la Atención Primaria de Salud, reforzándola con el apoyo y la coordinación de la red de atención especializada.

En los últimos años, el Departamento de Salud ha iniciado un proceso de consenso entre profesionales expertos sobre el diagnóstico y tratamiento de estas dos enfermedades y ha difundido material de divulgación entre los profesionales de la atención primaria. Ahora se considera necesario actualizar los criterios y definir las nuevas estrategias para implantar un nuevo modelo de atención a la población que sufre estos problemas.

Desde el Departamento de Salud se trabaja para mejorar el conocimiento sobre estas enfermedades entre los profesionales de la salud, proporcionar criterios consensuados referentes a las herramientas diagnósticas y pautas terapéuticas basadas en la evidencia científica, así como para establecer las responsabilidades de los diferentes niveles asistenciales, a la vez que se está cooperando con asociaciones de enfermos y enfermas.

Como consejera de Salud, me complace presentar este importante documento y hacerlo llegar a las instituciones, entidades asociativas y, especialmente, a los profesionales implicados en la atención a estos problemas de salud para que puedan utilizarla como una herramienta de trabajo.

Marina Geli
Consejera de Salud

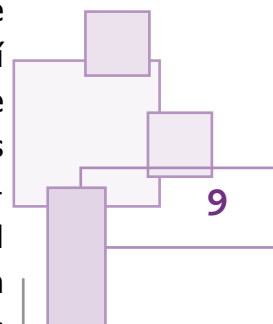


2. Breve descripción de las enfermedades y epidemiología

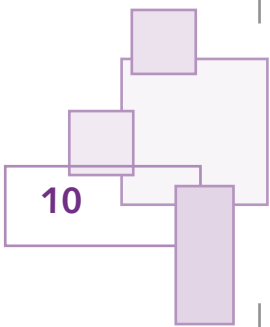
La fibromialgia (FM) es un síndrome clínico caracterizado por dolor crónico generalizado, no articular, que predomina en los músculos y el raquis, con presencia de una exagerada y extensa sensibilidad local a la presión en múltiples puntos predefinidos. El cansancio y los trastornos del sueño y del estado de ánimo son otros de los síntomas frecuentes. Según los datos del estudio epidemiológico de prevalencia de enfermedades reumatológicas en la población española mayor de 20 años (EPISER) efectuado en el año 2000,¹ la prevalencia en España es del 2,4% (IC95% 1,5 – 3,2), con mayor frecuencia en las mujeres (4,2% en mujeres y 0,2% en hombres), y afecta principalmente a personas de mediana edad (40-49 años). Eso implica que en Cataluña podría haber alrededor de 140.000 personas afectadas.

El síndrome de fatiga crónica (SFC) cursa con fatiga persistente e invalidante ante pequeños esfuerzos, dolor y debilidad muscular, así como alteraciones de las esferas neurocognitiva y neurovegetativa, que producen una acentuada discapacidad funcional en el paciente. Otros síntomas son trastornos del sueño, odinofagia y cefaleas. Una característica habitual es que los síntomas empeoran con una mínima actividad física y mental. Se inicia en adultos jóvenes de entre 20 y 40 años, con predominio del sexo femenino y, si bien no disponemos de estudios epidemiológicos en Cataluña ni en España, la prevalencia estimada en estudios epidemiológicos² elaborados en Estados Unidos se cifra entre el 0,07 y el 0,3% de la población general, y en Australia³ asciende a 37 casos por 100.000 habitantes. Estas cifras en Cataluña representarían como máximo unas 20.000 personas afectadas.

Uno de los síntomas característicos de esta enfermedad, el dolor, es un problema que afecta a una proporción elevada de la población. En Cataluña, de acuerdo con los datos de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) de 2002, un 28% de la población sufría dolor en el momento de la entrevista, siendo un 17,4% mujeres y un 10,7%, hombres resultado no muy diferente a las cifras de otros estudios.⁴ Algunos estudios⁵ y la opinión de los expertos indican que a menudo existe una inadecuación en el diagnóstico de la FM .



La presencia de síntomas comunes a otras enfermedades, la pluralidad de síntomas a veces poco específicos, la frecuente existencia de comorbilidades y la incertidumbre en el manejo clínico, tanto en lo referente a los aspectos terapéuticos como al seguimiento, hacen que estas enfermedades sean poco o mal diagnosticadas, y que a menudo los enfermos tengan que visitarse de manera reiterada antes de recibir un diagnóstico correcto.



3. Papel de la Atención Primaria de Salud (APS)

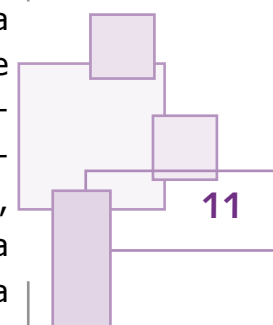
La atención primaria de salud (APS) desempeña un papel fundamental en la detección, tratamiento y seguimiento longitudinal de las personas que presentan estas enfermedades.

La afectación de todas las esferas de la vida del o de la paciente hace necesaria una intervención multidisciplinar, que atienda los aspectos médicos, educativos, rehabilitadores, sociales y laborales. La evaluación y el tratamiento los deben efectuar de manera conjunta los profesionales médicos, de enfermería y de trabajo social de atención primaria. Deben evaluarse las actuaciones inmediatas más pertinentes para cada caso y situación, determinar el plan terapéutico tanto farmacológico como no farmacológico, y efectuar las acciones complementarias que se deriven del caso (ayuda social, coordinación con los dispositivos comunitarios, interconsulta con la atención especializada). Resulta de especial importancia que el profesional de APS informe de manera directa, objetiva y consistente con el conocimiento científico de que se dispone, tanto al o a la paciente como a su familia, sobre la enfermedad, su evolución y las posibilidades terapéuticas. Una buena información y orientación inicial al o a la paciente permitirán evitar miedos, angustias, demandas y/o huidas, y facilitar, con posterioridad, la correcta planificación del seguimiento y el control más adecuado para la persona afectada.

3.1 Diagnóstico

En el caso de la FM, el diagnóstico lo puede y debe realizar el médico de familia en la APS. Para diagnosticarla, se recomienda utilizar los criterios diagnósticos^{6,7} del American College of Rheumatology de 1990 (anexo 1), que actualmente se encuentran en fase de revisión, ya que sólo se centran en el dolor, mientras que es necesario evaluar en cada paciente las manifestaciones neurocognitivas, psicológicas y la afectación funcional. La exploración física y las pruebas complementarias servirán para efectuar el diagnóstico diferencial con otras patologías y para diagnosticar comorbilidades, muy frecuentes en estas dos patologías (anexo 3).

Además de los criterios diagnósticos, debe valorarse la afectación funcional a partir de una escala de medida del dolor y/o de la capacidad



funcional. También es conveniente realizar una valoración psicopatológica y, especialmente, la valoración diagnóstica de la comorbilidad con trastornos depresivos y/o de ansiedad.

La calidad de vida puede llegar a verse muy afectada en las personas que sufren FM. La normalidad de las pruebas complementarias acentúa todavía más la necesidad de valorar la afectación de la calidad de vida para determinar el grado de severidad de la enfermedad, para poder monitorizar la evolución y para poder analizar cuáles son las intervenciones que ofrecen mejores resultados. En la FM se han empleado muchos cuestionarios de calidad de vida,⁸ pero uno de los más aceptados y validados en nuestro medio es el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (Fibromyalgia Impact Questionary (FIQ))^{9,10,11,12} (Anexo 4)

El SFC también debe diagnosticarse en la atención primaria. Para su diagnóstico se han utilizado los criterios diagnósticos de Fukuda¹³ (anexo 2). El SFC se debe diferenciar de otras patologías que cursan con cansancio (anexo 3) y es necesario realizar siempre una valoración psiquiátrica¹⁴ para descartar la presencia de una depresión mayor o de trastornos de ansiedad. Uno de los instrumentos validados más útiles en APS es la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (anexo 5), que también permitirá realizar diagnósticos psiquiátricos comórbidos a lo largo de la evolución de la enfermedad. Debe señalarse que aproximadamente el 70% de los casos de SFC presentan asimismo fibromialgia como comorbilidad asociada.

El papel de la APS es básico para el seguimiento y tratamiento de las enfermedades y síntomas asociados, que son frecuentes en estos pacientes. Para poder medir el impacto en la calidad de vida del SFC, resulta de gran utilidad emplear cuestionarios genéricos de calidad de vida tales como el SF-12 y SF-36¹⁵ o el EuroQol¹⁶. Actualmente, las escalas para medir la fatiga se encuentran en fase de validación.

3.2 Plan de tratamiento y seguimiento de la FM

Las pautas terapéuticas que se exponen a continuación tienen una sólida evidencia científica^{17,9,18} y, por tanto, son recomendables en la red de APS. Al final de este documento se exponen también otras intervenciones terapéuticas y su grado de evidencia (anexo 6).

El tratamiento de la FM en la APS consistirá en:

Identificación de los problemas y las opciones potenciales de tratamiento (listado de problemas, gravedad, urgencia de tratamiento) para discutir las con el o la paciente. Los objetivos de la entrevista son los siguientes:

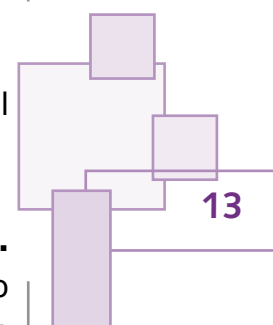
- a. Crear un clima de confianza médico/enfermera – paciente.
- b. Explicar conceptos sobre la enfermedad y explorar las opiniones del o de la paciente.
- c. Evaluar la comprensión del o de la paciente.
- d. Describir las opciones de tratamiento, sus riesgos y beneficios.
- e. Describir el pronóstico.
- f. Colaborar con el o la paciente para determinar sus preferencias:
 - Determinar los objetivos del o de la paciente.
 - Determinar el nivel de aceptación del o de la paciente para los posibles tratamientos.
 - Determinar la motivación y posibles barreras.
 - Obtener el consentimiento para un plan de tratamiento.
 - Identificar el grado de repercusión de la enfermedad sobre el entorno familiar y social.

Potenciar los autocuidados mediante programas educativos.

Existe una sólida evidencia de que un programa de educación intensivo destinado al o a la paciente es un tratamiento efectivo en la FM, cuyos efectos perduran entre 3 y 12 meses. Normalmente, este tipo de programas se aplican combinados con el ejercicio físico y las técnicas de relajación. La mejora después de este proceso afecta a uno o varios síntomas, como por ejemplo dolor, sueño, funcionalidad, malestar psicológico y calidad de vida¹⁹. En determinados casos es conveniente explicar a la familia las características de la enfermedad y la afectación que comporta sobre la vida cotidiana.

Tratamiento de los problemas del sueño. Mejorar la higiene del sueño a través de normas de educación sanitaria²⁰. En caso de afectación más severa se puede administrar medicación: zolpidem (10 mg/día).

Ejercicio físico gradual. Las recomendaciones sobre ejercicio físico se pueden realizar desde la APS. El programa de ejercicio físico para la mayoría de casos no debe ser demasiado específico y su indicación y



seguimiento se pueden desarrollar de forma protocolizada en los centros de atención primaria por parte del personal de enfermería con conocimientos específicos sobre estas patologías. Existen evidencias sólidas sobre su eficacia en la FM. Su tratamiento debe ser individualizado y adaptado al o a la paciente, dando prioridad al tratamiento del dolor, la disfunción muscular y la impotencia funcional secundaria al dolor. Es fundamental la participación activa del o de la paciente. El ejercicio aeróbico tiene una eficacia probada (véase el anexo 6) tanto como tratamiento aislado, como formando parte de una atención pluridisciplinar que implique también educación, promoción de estilos de vida saludables y terapia cognitivo-conductual. El ejercicio debe supervisarse en los casos de afectación moderada o grave.

Abordaje psicológico. Para la mayoría de pacientes puede resultar beneficiosa la terapia cognitiva-conductual que puede realizarse desde la APS con un **programa específico de apoyo facilitado desde el centro de salud mental (CSMA)**, ya que precisa una formación específica. La evidencia de su eficacia, que persiste durante meses, es sólida. El profesional del equipo de atención primaria puede proporcionar las pautas psicoterapéuticas genéricas y las técnicas de relajación muscular, ya que no requieren especialización aunque sí una formación básica adecuada.

Tratamiento farmacológico. El desconocimiento sobre la etiología de la FM imposibilita disponer actualmente de un tratamiento farmacológico para los síntomas (dolor, fatiga, alteración del sueño, etc.) totalmente efectivo. Se han probado múltiples fármacos, aunque solamente una minoría ha demostrado cierta efectividad:

Se dispone de evidencia sólida sobre la eficacia de:

- Amitriptilina (25-50 mg/d antes de dormir).
- Ciclobenzaprina (10-30 mg/d antes de dormir).

Existe una moderada evidencia sobre la eficacia de:

- Tramadol (200-300 mg/d)
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: fluoxetina en dosis de 20-80 mg/d (puede utilizarse con tricíclicos antes de dormir).

3.3 Plan de tratamiento y seguimiento del SFC

El tratamiento es sintomático, ya que no se conoce la etiología. Los objetivos básicos del tratamiento tienen como objetivo disminuir la fatiga y el dolor y mejorar los niveles de actividad, adaptación y calidad de vida de estos pacientes. A continuación se exponen las recomendaciones que presentan una fuerte evidencia.^{21,22} Al final del documento figuran otras recomendaciones y su evidencia (anexo 7).

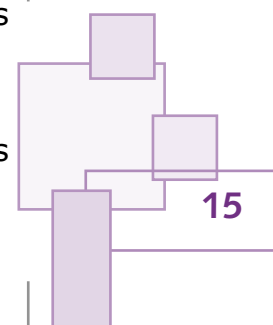
Las medidas generales de tratamiento así como la recomendación de ejercicio físico y el tratamiento farmacológico se pueden realizar desde la APS.^{23,24,25}

El tratamiento del SFC en la APS consistirá en:

Identificación de los problemas y las opciones potenciales de tratamiento (listado de problemas, gravedad, urgencia de tratamiento) para discutirlos con el o la paciente. Los objetivos de la entrevista son los siguientes:

- a. Crear un clima de confianza médico/enfermera – paciente.
- b. Explicar conceptos sobre la enfermedad y explorar las opiniones del o de la paciente.
- c. Evaluar la comprensión del o de la paciente.
- d. Describir las opciones de tratamiento, sus riesgos y beneficios.
- e. Describir el pronóstico.
- f. Colaborar con el paciente para determinar sus preferencias:
 - Determinar los objetivos del o de la paciente.
 - Determinar el nivel de aceptación del o de la paciente para los posibles tratamientos.
 - Determinar la motivación y posibles barreras.
 - Obtener el consentimiento para un plan de tratamiento.
 - Identificar el grado de repercusión de la enfermedad sobre el entorno familiar y social.

Ejercicio físico gradual. Existen sólidas evidencias acerca de su eficacia en el SFC²⁶. El programa de ejercicio físico en la mayoría de casos no tiene que ser muy específico, y su indicación y seguimiento pueden llevarse a cabo de manera protocolizada en los centros de atención primaria por parte de personal de enfermería con conocimientos específicos sobre estas patologías.²⁷ El tratamiento debe ser



individualizado y adaptado al o a la paciente y a la fase evolutiva de la enfermedad. No debe ser extenuante, ya que puede agravar la sintomatología. El ejercicio aeróbico tiene una eficacia probada (véase el anexo 7) tanto como tratamiento aislado como formando parte de una atención multidisciplinar que implique también educación, promoción de estilos de vida saludables y terapia cognitivo-conductual.

Terapia cognitivo-conductual (TCC). La mayoría de pacientes pueden beneficiarse de pautas psicoterapéuticas aplicadas inicialmente desde la APS, para las cuales no se requiere más que una formación básica específica. En el caso de la aplicación de estas pautas psicoterapéuticas cognitivo-conductuales, el abordaje es individualizado y pretende reducir los niveles de discapacidad y síntomas asociados al SFC, así como mejorar la adaptación y la calidad de vida. Este tratamiento es efectivo en diferentes grados para un 70% de los pacientes^{27,28}, principalmente para aquellos que presentan una afectación moderada. Sin embargo, la aplicación de un programa de **psicoterapia cognitivo-conductual** en la APS exigirá el apoyo especializado del CSMA²⁹. Sólo los casos resistentes al tratamiento o al abordaje inicial y los que presenten comorbilidades psiquiátricas graves necesitarán la interconsulta con la red especializada de salud mental.



16

Tratamiento de los trastornos del sueño. Mejorar la higiene del sueño mediante normas de educación sanitaria. En caso de afectación más severa se puede administrar medicación: zolpidem (10 mg/día).

Tratamiento farmacológico. Los fármacos sobre los que se dispone de evidencia son los antidepresivos, que no deben administrarse de forma sistemática. Los antidepresivos son útiles en los cuadros depresivos asociados al SFC, en el insomnio y en el tratamiento de las mialgias. No hay ningún grupo con mejor eficacia. Normalmente, se administra amitriptilina o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Los ansiolíticos se pueden administrar de forma transitoria para el insomnio y la ansiedad, pero en dosis bajas ya que las dosis elevadas pueden agravar la debilidad muscular asociada al SFC. Los AINE mejoran las mialgias y las cefaleas, pero no la fatiga.

En el proceso de atención a estos enfermos, cuando se den casos de elevada complejidad o gravedad, el médico de familia podrá requerir

ocasionalmente la colaboración y actuación de los especialistas pertinentes para que le asesoren con respecto a dudas diagnósticas y/o terapéuticas. En cualquier caso, el enfermo remitido a un especialista debe volver a la APS para garantizar la continuidad de la atención y el seguimiento longitudinal de la enfermedad.

3.4 Papel de los profesionales

Papel del médico de familia

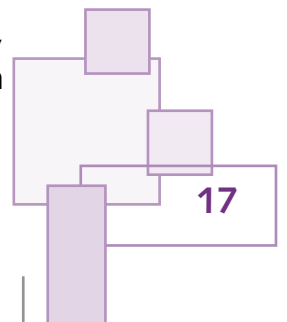
El médico de cabecera es el responsable de la gestión de todo el proceso de atención a la población que padece FM y SFC, que engloba desde el diagnóstico precoz hasta el seguimiento longitudinal del o de la paciente en las diferentes fases evolutivas de su enfermedad.

Su papel se centrará en:

- Valorar los problemas relacionados con los síntomas comunes, como el dolor, el cansancio, la movilidad y la alteración del patrón del sueño.
- Establecer el diagnóstico (de FM o SFC) y el grado de afectación.
- Valorar la presencia de psicopatología asociada, como depresión y/o ansiedad.
- Diagnosticar posibles comorbilidades existentes.
- Solicitar el apoyo de la red de atención especializada en caso de dudas diagnósticas y/o terapéuticas.
- Informar con claridad, objetividad y de acuerdo con el conocimiento científico disponible, tanto al o a la paciente como a su familia, sobre la enfermedad y su evolución.
- Planificar el tratamiento conforme al grado de afectación de paciente, y realizar el seguimiento tanto del tratamiento farmacológico como del no farmacológico.
- Trabajar de forma coordinada con los demás profesionales de la APS.

Papel del profesional de enfermería

El profesional de enfermería, por su proximidad, accesibilidad y atención integral a la población, tiene un papel muy importante en la detección precoz de la enfermedad, seguimiento del tratamiento y consejo educativo.³⁰



Su papel se centrará en:

- Valorar los problemas relacionados con el dolor, el cansancio, la movilidad, la alteración del patrón del sueño, la ansiedad y/o depresión, así como la vivencia personal del enfermo/a ante estas situaciones.
- Informar, con posterioridad a la valoración de los problemas, de las diferentes intervenciones no farmacológicas que se pueden realizar.
- Derivar al enfermo/a al médico de familia para su diagnóstico.
- Ofrecer educación sanitaria sobre la enfermedad (puede ser individual o bien en grupo).
- Promover conductas generadoras de salud y valorar los efectos nocivos de determinados hábitos y conductas con objeto de identificar elementos para su modificación.
- Fomentar mecanismos corporales para el uso de posturas correctas, instruyendo a la persona sobre la necesidad de evitar posturas causantes de tensión.
- Orientar sobre actividades y pautas de ejercicio físico adecuadas al estado del o de la paciente.
- Realizar el control y el seguimiento del enfermo/a crónico.

Papel del trabajador/a social

El abordaje de la fibromialgia y del síndrome de fatiga crónica requiere de una intervención interdisciplinaria de los profesionales para poder afrontar adecuadamente el abanico de situaciones que pueden surgir. El trabajador social debe ayudar a las personas a desarrollar sus capacidades de manera que puedan resolver los problemas de la vida cotidiana. Dentro del marco de una unidad, equipo o servicio, el trabajador/a social debe proporcionar apoyo al o a la paciente, a la familia y al equipo de atención primaria.

El papel del trabajador/a social con respecto a la atención individual debe ir dirigido a:

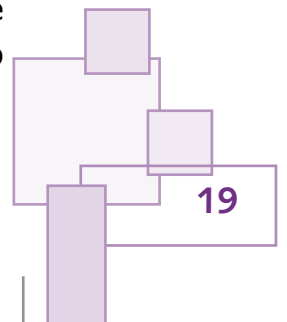
- Conocer de manera directa al o a la paciente.
- Identificar sus necesidades.
- Facilitar la expresión de sus sentimientos.
- Analizar y valorar su situación personal.
- Ofrecer apoyo emocional, refuerzo y potenciar la autoestima.
- Informar y orientar sobre diversos aspectos que ayuden a la

mejora de su calidad de vida (actividades culturales, de ocio, deportivas, etc.)

- Informar sobre la existencia de diferentes asociaciones de FM y SFC.
- Facilitar recursos y trámites (laborales, sociales, jurídicos, etc.).
- Apoyar aquellos aspectos de educación sanitaria que el médico de familia y el profesional de enfermería hayan establecido como pauta.

En cuanto a la atención a las familias, el papel del trabajador/a social debe dirigirse a:

- Ofrecer apoyo a sus necesidades.
- Facilitar el diálogo intrafamiliar.
- Proporcionar información y orientación sobre los diferentes aspectos que puedan facilitar la relación y convivencia con personas afectadas por estas enfermedades.
- Apoyar aquellos aspectos de educación sanitaria que el médico de familia y el profesional de enfermería hayan establecido como pauta.



4. Organización de la atención especializada y de los dispositivos comunitarios de apoyo

El equipo de APS podrá utilizar, en función de las necesidades de los pacientes, los recursos de atención especializada más cercanos así como los dispositivos disponibles en la comunidad.

4.1 Interconsulta y coordinación con la red especializada de salud mental

La implicación de la red especializada de salud mental se debe a la presencia de síntomas psiquiátricos como parte de la enfermedad, como comorbilidad o como trastorno de adaptación secundario a la limitación funcional impuesta por la enfermedad.

Criterios de interconsulta

1. Diagnóstico diferencial o comorbilidad con patología psiquiátrica. Se solicitará la interconsulta en lo referente a los casos de duda diagnóstica:
 - a. Depresión mayor
 - b. Trastornos de ansiedad
 - c. Trastornos de personalidad
 - d. Trastornos somatoformes
2. Tratamiento de depresión mayor resistente a un primer abordaje terapéutico en la APS, de acuerdo con los criterios del protocolo de depresión consensuado con el centro de salud mental de adultos (CSMA).
3. Tratamiento especializado de los casos con comorbilidad psiquiátrica grave (trastornos de personalidad).
4. Derivación de los casos graves al CSMA u hospital de referencia para efectuar un abordaje cognitivo-conductual, de acuerdo con los criterios consensuados.

Equipo responsable: El centro de salud mental de adultos (CSMA) del ámbito territorial de referencia del centro de atención primaria y/o la unidad funcional del hospital de referencia.

4.2 Interconsulta y/o derivación a los hospitales de referencia

Los hospitales de referencia deben brindar apoyo a la APS en el proceso diagnóstico y terapéutico puntualmente cuando así lo requiera el o la médico de familia, ya que la evaluación diagnóstica, el tratamiento y el seguimiento longitudinal de estas patologías recae fundamentalmente en los equipos de APS.

Criterios de interconsulta

- 1.- Dudas diagnósticas con respecto a:
 - presencia de comorbilidades que agraven el pronóstico,
 - pacientes diagnosticados de FM/SFC pero con dudas diagnósticas sobre otras patologías reumatológicas añadidas.
- 2.- Asesoramiento terapéutico en casos complejos.

Equipo responsable

El hospital deberá planificar cómo dar respuesta a estas demandas organizando un equipo multidisciplinario para atender a los pacientes afectados por estas patologías. Dependiendo de las características de cada centro, y bajo la dirección de quien la organización estime oportuno, (preferentemente el servicio de medicina interna o reumatología) se contará con una **figura gestora de casos**, preferentemente un profesional de enfermería.

Este profesional :

- Debe ser el primer punto de acceso al hospital de los enfermos derivados desde la APS y debe realizar una valoración inicial de las necesidades concretas del o de la paciente en cuestión. Además, debe orientar su itinerario por las diferentes especialidades integradas en la unidad funcional hospitalaria, garantizando así una atención coordinada y evitando una fragmentación de la atención y esperas innecesarias.
- Debe verificar que la interconsulta sobre un caso obtenga una respuesta coordinada de todos los profesionales implicados en el hospital.
- Debe ser el interlocutor con la APS para asegurar la continuidad asistencial y garantizar el retorno de los pacientes al profesional de atención primaria lo más pronto posible.

Las especialidades implicadas del hospital son:

- Reumatología
- Medicina interna
- Psiquiatría
- Psicología clínica con orientación cognitivo-conductual
- Enfermería
- Rehabilitación
- Trabajo social

También pueden colaborar, si existen en el hospital, las unidades del dolor. Si el hospital no dispone de alguno de los profesionales indicados, se organizará de forma coordinada con los recursos territoriales disponibles para facilitar el servicio o, en su caso, con el circuito de atención especializada de apoyo a la APS que facilite consultas descentralizadas en los centros de atención primaria, si el hospital ya dispone del mismo.

Objetivos

1. Organizar un programa específico de atención a estos enfermos, con un responsable clínico y una persona encargada de la gestión de casos, que incorpore profesionales de diferentes disciplinas.
2. Coordinarse con la atención primaria para disponer de circuitos específicos para estos pacientes en todos los supuestos citados.
3. Valorar al enfermo y emitir un informe clínico que aclare las dudas diagnósticas y/o terapéuticas que planteen los médicos de familia.
4. Facilitar datos de los programas de atención para poder identificar así las intervenciones con mejor relación costo-efectividad.
5. Coordinarse con las unidades especializadas (UE) en FM y SFC para mantener protocolos diagnósticos y de tratamiento basados en el conocimiento de que se dispone y para acordar los criterios de interconsulta con dichas unidades.
6. Colaborar en la formación continuada de los profesionales de su área de influencia.

4.3 Interconsulta y coordinación con la red especializada de rehabilitación

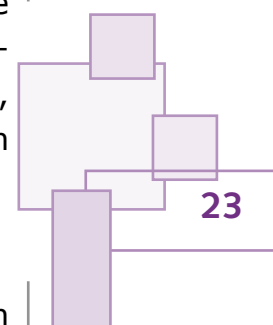
Sólo en los casos más graves y/o refractarios al tratamiento iniciado en la APS debería consultarse a los especialistas en rehabilitación de las unidades funcionales hospitalarias. El circuito debería ser: una vez diagnosticado el paciente por el médico de familia, solicitar interconsulta al servicio de rehabilitación de atención primaria (si lo hubiera) y, si no, al del hospital de referencia. El programa de ejercicio físico se diseñaría de manera individual, se iniciaría en el mismo centro de rehabilitación en donde hubiera sido prescrito y, después de comprobar su idoneidad para el paciente, éste lo proseguiría en su centro de atención primaria bajo la supervisión de la enfermera encargada del programa de seguimiento de estos pacientes.

4.4 Enfermería de la red especializada

Si en la zona de referencia del equipo de atención primaria (EAP) se dispone de personal de enfermería asignado a las actividades de atención ambulatoria especializada, éste puede desarrollar, en coordinación con la enfermera del EAP, actividades de educación sanitaria, monitorización de grupos de pacientes y promoción de los mismos con los grupos de autoayuda.

4.5 Utilización de recursos comunitarios

Desde la APS se pueden establecer mecanismos de colaboración con entidades asociativas y de autoayuda, con equipamientos deportivos así como con otros servicios municipales para promover pautas de actividad física gradual y de apoyo a los pacientes, dentro del marco de las actividades de promoción de la salud y preventivas potenciadas por la Agencia de Salud Pública en el territorio.



5. Unidades especializadas (UE) en FM y SFC

Las unidades especializadas (UE) en FM y SFC son servicios ubicados en algunos hospitales altamente especializados que asesoran a profesionales de los hospitales básicos o de referencia en lo que respecta a los pacientes con FM o SFC que, por su complejidad, gravedad o escasa respuesta a los tratamientos prescritos, requieren una supervisión en cuanto al tratamiento. También actúan como centros difusores de conocimiento en relación con la atención a estos problemas de salud, promoviendo actividades de investigación en este campo.

Objetivos de las UE

- Evaluación y asesoramiento multidisciplinar del tratamiento de los enfermos con FM con síndrome de dolor crónico discapacitante y falta de respuesta a los tratamientos.
- Evaluación y asesoramiento multidisciplinar del tratamiento de los enfermos con SFC con afectación grave y falta de respuesta a los tratamientos.
- Emisión de un informe que incluya un *Programa protocolizado de tratamiento multidisciplinar* con el objetivo de lograr la recuperación funcional para poder desarrollar las actividades habituales de la vida cotidiana.
- Apoyo científico y de formación médica continuada tanto en atención primaria como en los hospitales básicos y en las asociaciones o fundaciones de enfermos que lo requieran.
- Coordinación con los hospitales de referencia para agilizar las interconsultas y establecer las pautas diagnósticas y terapéuticas consensuadas.
- Desarrollo de proyectos de investigación relacionados con la FM y el SFC, y con los condicionantes físicos, psicológicos y sociales que influyen en la percepción de dolor y la fatiga, así como en su repercusión sobre la calidad de vida.

Criterios de interconsulta con las UE en FM y SFC

Podrá realizarse una interconsulta en aquellos casos en los que el hospital de referencia detecte una mala respuesta a los tratamientos y considere necesaria supervisión y asesoramiento en el tratamiento ante casos de difícil control.

Los criterios de interconsulta son:

1. Tener un diagnóstico de FM o SFC. El paciente debe llegar a la UE con una evaluación diagnóstica completa y habiendo iniciado un tratamiento.
2. Presencia de un grado de sufrimiento y discapacidad muy significativos con poca respuesta a los procedimientos terapéuticos indicados.
3. Consumo excesivo de fármacos, en especial combinaciones de antidepresivos o de ansiolíticos y de analgésicos opioides.

Organización de las UE en FM y SFC

Las UE en FM y SFC son unidades funcionales coordinadas por un **profesional clínico especialista en medicina interna o reumatología**. Teniendo en cuenta las diferentes necesidades asistenciales de los pacientes con comorbilidades, se creará la figura del profesional **gestor de casos**, preferentemente un profesional de enfermería experto en el manejo de estos problemas. Esta figura será el primer nivel de acceso de los enfermos derivados desde el hospital de referencia, efectuará una valoración inicial de las necesidades concretas de ese paciente y orientará su itinerario entre las diferentes especialidades para evitar fragmentaciones y demoras en la atención.

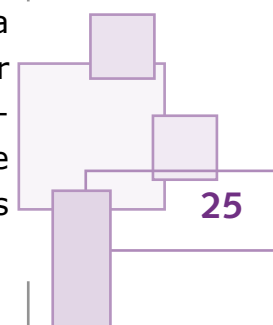
Estas unidades funcionales estarán integradas por un equipo multidisciplinar de profesionales de los ámbitos de la:

- Reumatología
- Medicina Interna
- Psiquiatría
- Rehabilitación
- Psicología clínica con orientación cognitivo-conductual
- Enfermería
- Trabajo social.

También podrán colaborar las unidades de dolor (si el hospital dispone de ellas), aunque no de forma obligatoria ya que no se trata de recursos presentes en todos los centros hospitalarios.

El profesional gestor de casos:

- se asegurará de que los pacientes sean atendidos en un plazo no



demasiado largo, fijando un tiempo máximo de respuesta para interconsultas urgentes;

- velará para facilitar las interconsultas desde los hospitales de referencia utilizando los medios necesarios (correo electrónico, fax, teléfono, página web) para evitar a los pacientes desplazamientos innecesarios;
- verificará que la interconsulta sobre un caso cuente con una respuesta coordinada de todos los profesionales implicados dentro del hospital ;
- garantizará el retorno de esos pacientes a la unidad hospitalaria de referencia que ha efectuado la interconsulta lo antes posible.

6. Vínculos con las asociaciones de afectados de FM y SFC, grupos de ayuda mútua y fundaciones

En nuestras sociedades, los ciudadanos se caracterizan cada vez más por estar bien informados sobre las posibilidades y límites de las intervenciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, y por tener mayor capacidad de participación en las decisiones individuales y colectivas relacionadas con el sistema de salud y sus actuaciones.

El sistema sanitario debe ofrecer a la población, con equidad y eficacia, unos servicios sanitarios de calidad para responder a las necesidades derivadas de los cambios demográficos y epidemiológicos, de las innovaciones científicas y tecnológicas y de las expectativas de los ciudadanos en un contexto de evaluación constante, con necesidades crecientes y limitaciones de recursos.

Las actitudes y opiniones de los ciudadanos con respecto a su propia salud y al sistema sanitario están evolucionando, y es muy importante que éstos, a través de asociaciones de afectados y afectadas, grupos de ayuda mutua y fundaciones, se conviertan en un recurso para la promoción en general de la salud y, en particular, del bienestar social de los ciudadanos y ciudadanas afectados.

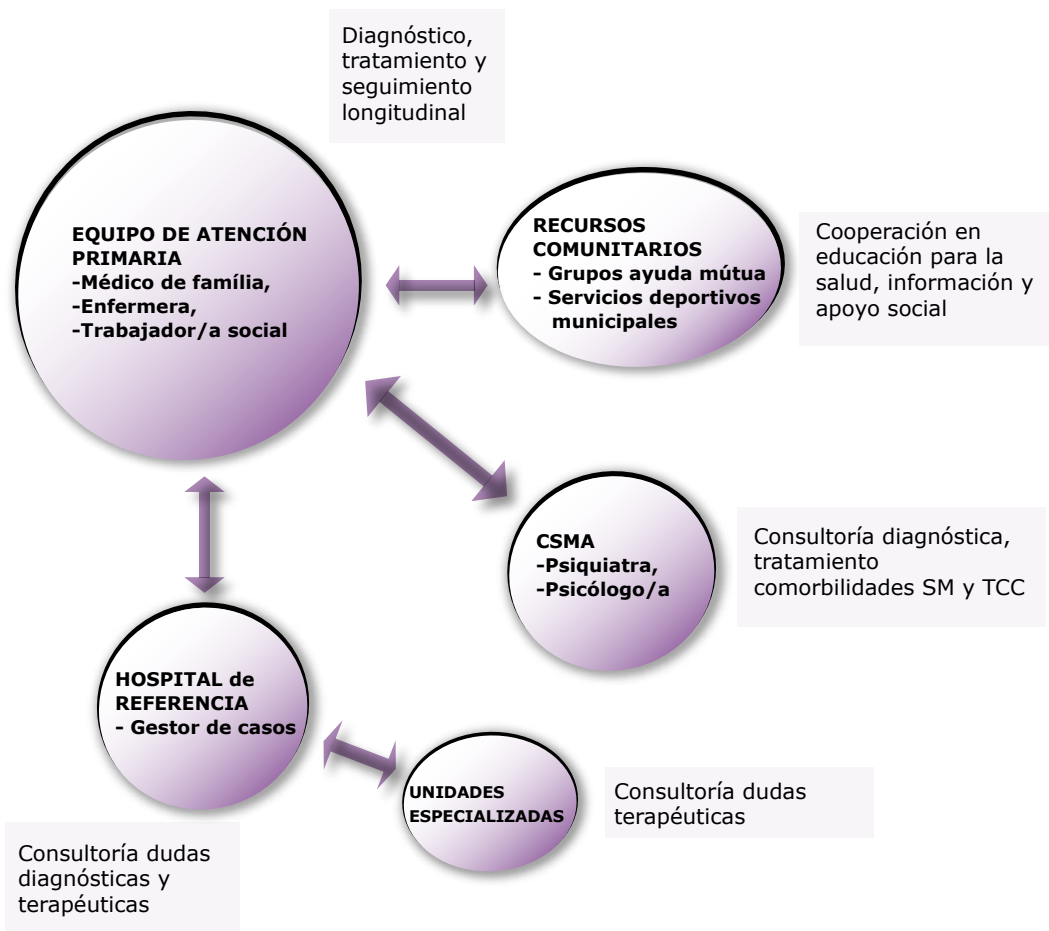
Así pues, podemos afirmar que las asociaciones, grupos de ayuda y fundaciones relacionados con la FM y el SFC (anexo 8) son un recurso social a través del cual los afectados y afectadas por estas patologías obtienen apoyo y servicios materiales y/o emocionales destinados a aliviar el impacto que estas enfermedades ejercen sobre la calidad de vida de los enfermos, de sus familiares o de sus cuidadores.

Estos grupos pueden contribuir a:

- Promover la educación sanitaria y favorecer la asunción de hábitos y estilos de vida saludables entre las personas afectadas de FM y SFC que les puedan resultar beneficiosos.
- Cooperar con el Departamento de Salud y con los medios de comunicación para que la información relacionada con estas enfermedades cumpla criterios de calidad y rigor científico.

- Mejorar la relación entre los profesionales y los pacientes en lo referente a comunicación, información y trato, y avanzar en lo referente a las decisiones del o de la paciente sobre su salud y su propio cuerpo, la protección de su intimidad así como el apoyo psicológico a los pacientes y familiares.
- Facilitar información a enfermos y familiares sobre el nuevo modelo de atención que se implantará en los próximos años, y asesorarlos en cuanto al uso apropiado de los circuitos asistenciales definidos para mejorar la accesibilidad a los servicios sanitarios.

7. Circuitos asistenciales básicos para la atención a las personas con FM y SFC y relaciones con los dispositivos comunitarios

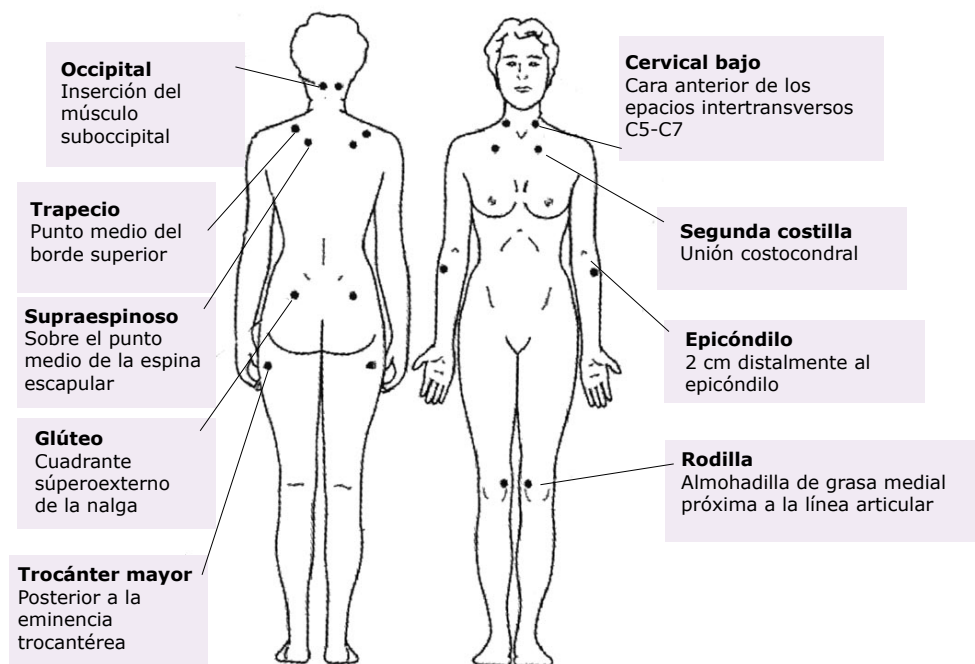


Anexo 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA FIBROMIALGIA (ACR 1990)

Presencia de los dos criterios siguientes:

1. Historia de dolor crónico generalizado de más de 3 meses de duración que afecte, como mínimo, a tres de los cuatro cuadrantes del cuerpo (hemicuerpos derecho e izquierdo y por encima y debajo de la cintura). Además, debe existir dolor en el esqueleto axial (columna cervical, dorsal, lumbar, y pared torácica anterior).
2. Dolor a la presión en 11 de los 18 puntos elegidos (9 puntos pares):
 - Inserciones occipitales de los músculos suboccipitales
 - Proyección cervical anterior de los espacios intertransversos C5-C7
 - Punto medio del borde superior del trapecio
 - Origen del supraespinoso
 - Segunda unión condroesternal
 - A 2 cm distalmente al epicóndilo
 - Cuadrante superior externo de la nalga
 - Cara posterior del trocánter mayor
 - Almohadilla adiposa de la cara interna de la rodilla

Para la palpación digital debe aplicarse una fuerza de 4 kg (la uña del dedo del explorador debe volverse blanca). Para que la exploración de un punto sensible sea considerada positiva, es necesario que el paciente indique que le resulta dolorosa la maniobra.



Estos criterios tienen una sensibilidad del 88,4% y una especificidad del 81,1%

FUENTE: (CAMPS L, FAIXEDAS M, FOGUET Q, GELADO MJ, GIRONA MR, RIERA G ET AL.. GUIA DIAGNÒSTICA I TERAPÈUTICA DE LA FIBROMIÀLGIA. GENERALITAT DE CATALUNYA, DEPARTAMENTO DE SALUD, REGIÓN SANITARIA DE GIRONA. GIRONA, 2002. ADAPTADO DE: WOLFE F, SMYTHE HA, YUNUS MB, BENNETT RM, BOMBARDIER C, GOLDENBERG DL ET AL. THE AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY 1990 CRITERIA FOR THE CLASSIFICATION OF FIBROMYALGIA. ARTHRITIS RHEUM. 1990; 33:160-72.).

Anexo 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (CRITERIOS DE FUKUDA O INTERNACIONALES)

1. Fatiga crónica persistente (6 meses como mínimo), o intermitente, no justificada, que se presenta de nuevo o con un inicio definido, y que no resulta de esfuerzos recientes; no mejora claramente con el descanso, y ocasiona una reducción considerable de los niveles previos de actividad cotidiana del o de la paciente.
2. Exclusión de otras enfermedades potencialmente causantes de fatiga crónica.

De forma concurrente, deben estar presentes 4 o más signos o síntomas de los relacionados a continuación, todos ellos con una duración de 6 meses o más y posteriores a la presentación de la fatiga:

1. Trastornos de concentración y/o memoria
2. Odinofagia
3. Adenopatías axilares o cervicales dolorosas
4. Mialgias
5. Poliartralgias sin signos inflamatorios
6. Cefalea de inicio reciente o de características diferentes a las habituales
7. Sueño no reparador
8. Malestar postesfuerzo de duración superior a 24 h.

FUENTE: FUKUDA K, STRAUSS SE, HICKIE I, SHARPRE MC, DOBBINS JG, KOMAROFF A. THE CHRONIC FATIGUE SYNDROME: A COMPREHENSIVE APPROACH TO ITS DEFINITION AND STUDY. INTERNATIONAL CHRONIC FATIGUE SYNDROME STUDY GROUP. ANN INTERN MED. 1994; 121(12):953-59)

Anexo 3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDADES DE LA FIBROMIALGIA Y EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

Comorbilidades de la FM y del SFC

Los pacientes con FM o SFC presentan a menudo signos y síntomas de otros síndromes clínicos:

- Síndrome del colon irritable
- Disfunción témporomandibular
- Cefalea de tensión / migraña
- Disfunción neurovegetativa
- Urgencia de micción
- Dolor miofascial localizado
- Dolor pelviano crónico
- Depresión y/o trastornos por ansiedad
- Trastornos de la personalidad
- Trastornos somatoformes
- Fibromialgia / SFC

Diagnóstico diferencial de la FM y del SFC

Conectivopatías:

- Artritis reumatoide
- Lupus eritematoso sistémico
- Síndrome de Sjögren
- Polimialgia reumática
- Esclerosis sistémica
- Vasculitis
- Polimiositis y otras miopatías inflamatorias
- Espondiloartropatías

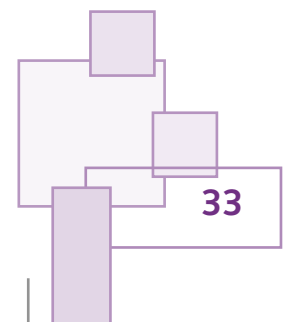
Enfermedades neuromusculares

- Esclerosis múltiple
- Miastenia
- Enfermedades mitocondriales
- Enfermedades degenerativas

Alteraciones estructurales del raquis

Neoplasias

- Mieloma



Trastornos mentales

- Trastorno somatoformes
- Depresión
- Ansiedad

Trastornos metabólicos

- Hipotiroidismo
- Hiperparatiroidismo
- Osteomalacia
- Enfermedad de Addison
- Osteodistrofia renal
- Anemia
- Enfermedad celíaca

Anexo 4. CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA Adaptación validada en castellano del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)

Rodee con un círculo el número que mejor describa cómo se encontró durante la ÚLTIMA SEMANA. Si no tiene costumbre de realizar alguna actividad tache la pregunta.

1. ¿Ha sido usted capaz de

		Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
a	Hacer la compra?	0	1	2	3
b	Hacer la colada, con lavadora?	0	1	2	3
c	Preparar la comida?	0	1	2	3
d	Lavar a mano los platos y los cacharros de cocina?	0	1	2	3
e	Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora?	0	1	2	3
f	Hacer las camas?	0	1	2	3
g	Caminar varias manzanas?	0	1	2	3
h	Visitar a amigos o parientes?	0	1	2	3
i	Subir escaleras?	0	1	2	3
j	Utilizar transporte público?	0	1	2	3

2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días de la última semana dejó de hacer su trabajo habitual, incluido el doméstico, por causa de la fibromialgia?

0 1 2 3 4 5 6 7

En las siguientes preguntas, ponga una cruz en el punto de la línea que mejor indique cómo se sintió en general DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA:

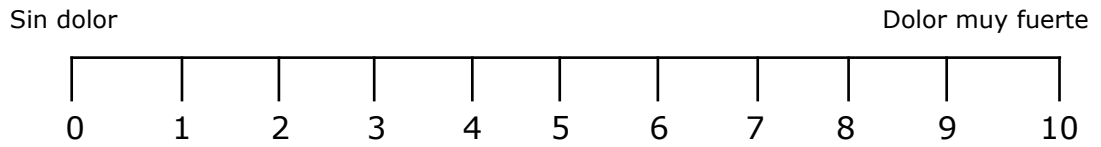
4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?

Sin dificultad

Mucha dificultad

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

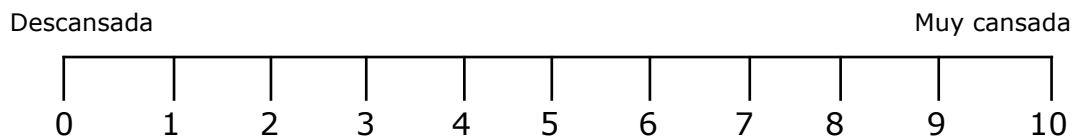
5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?



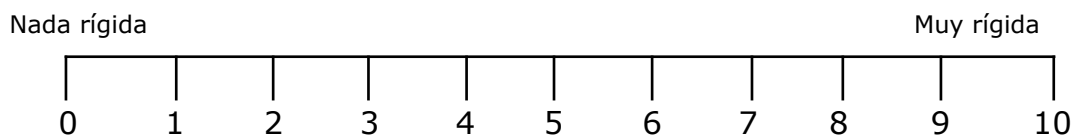
6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?



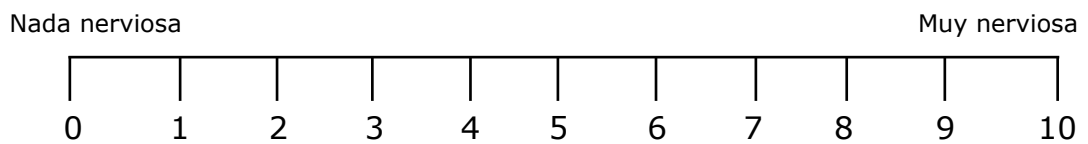
7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?



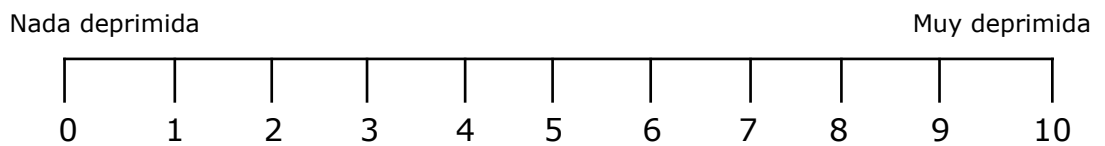
8. ¿Cómo se ha notado de rígida o agarrotada?



9. ¿Cómo se ha notado de nerviosa, tensa o angustiada?



10. ¿Cómo se ha sentido de deprimida o triste?



36

**Anexo 5. M.I.N.I. MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIA-
TRIC INTERVIEW (versión castellana).
MÓDULOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y
CONSUMO DE TÓXICOS.**

M.I.N.I.
Mini Internacional Neuropsychiatric Interview
Versión en español 5.0.0

DSM-IV

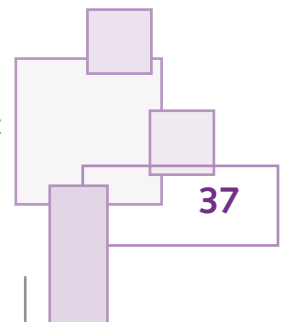
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa - USA.

ESPAÑOL: L.Ferrando, L.Franco-A, M.Soto, J.Bobes, O Soto, L. Franco, J.Gibert
Instituto IAP – Madrid - España

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Este documento no puede ser reproducido o transmitido, ni total, ni parcialmente, en forma alguna, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Los investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas (como universidades, hospitales, organismos gubernamentales) pueden hacer copias simples del M.I.N.I. con el fin de utilizarlo en el marco estricto de sus actividades clínicas y de investigación.



MÓDULOS	PERIODOS EXPLORADOS	
A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 últimas semanas) + vida entera	
B. DISTIMIA	Actual (2 últimos años)	
C. RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	
E. TRASTORNO POR ANGUSTIA	Actual (último mes) + vida entera	
F. AGORAFOBIA	Actual	
G. FOBIA SOCIAL	Actual (último mes)	
I. ESTADO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)	Opcional
J. ALCOHOL (DEPENDENCIA /ABUSO)	Actual (12 últimos meses)	
K. DROGAS (DEPENDENCIA /ABUSO)	Actual (12 últimos meses)	
O. ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (6 últimos meses)	

38

En este documento se incluyen los módulos correspondientes a las categorías diagnósticas más frecuentes y/o con mayor asociación a la fibromialgia y al síndrome de fatiga crónica.

INSTRUCCIONES GENERALES

La M.I.N.I. (DSM-IV) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración (promedio de 18,7 min. ± 11,6 min.; media de 15 minutos), que explora de manera estructurada los principales trastornos psiquiátricos del Eje y del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). La M.I.N.I. puede ser utilizada por clínicos después de una corta formación. Los entrevistadores no clínicos, deben recibir una formación más intensiva.

• **Entrevista:**

Con el fin de reducir lo más posible la duración de la entrevista, se informa al o a la paciente de que se va a realizar la entrevista clínica de una manera más estructurada de lo habitual, indicándole que se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y que se esperan de él/ ella respuestas de si o no.

• **Presentación :**

La M.I.N.I. esta dividida en módulos identificados por letras. Cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

· Al comienzo de cada módulo (con excepción del modulo « Trastornos psicóticos »), se presentan en un recuadro gris, una o varias pregunta(s) / filtro(s) correspondientes a los criterios principales del trastorno.

· Al final de cada modulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

• **Convenios :**

Las frases escritas en « letras minúsculas » deben leerse al o a la paciente "palabra por palabra" con el fin de estructurar la exploración de cada uno de los criterios diagnósticos.

Las frases escritas en « mayúsculas » no deben de leerse al o a la paciente. Son las instrucciones a las que el clínico debe referirse para integrar a lo largo de la entrevista todos los algoritmos diagnósticos.

Las frases escritas en « **negrita** » indican el periodo de tiempo que se explora. Se invita al clínico a que las lea tantas veces como sea necesario en el transcurso de la exploración sintomática y a no tener en cuenta más que los síntomas que hayan estado presentes en este periodo.

Las frases escritas entre (paréntesis) son ejemplos clínicos que describen los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

Cuando los términos están separados por una *barra (/)*, se invita al clínico a considerar el criterio que corresponda al síntoma presentado por el paciente y que ya ha sido explorado anteriormente (por ej. pregunta A3).

Las respuestas con una flecha (->) encima, indican, que no se reúne uno de los criterios necesarios para establecer el diagnostico explorado. En este caso el clínico debe pasar directamente al final del módulo, enmarcar « NO » en la casilla diagnóstica correspondiente y pasar al modulo siguiente.

• **Instrucciones de anotación :**

Todas las preguntas efectuadas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de cada una de las preguntas, enmarcando SI o NO en función de la respuesta del o de la paciente.

El clínico debe asegurarse de que cada uno de los términos formulados en la pregunta ha sido tenido en cuenta por el sujeto en su respuesta (en particular : los criterios de duración, frecuencia y las alternativas y / o).

Los síntomas imputables a una enfermedad física o al consumo de medicamentos, drogas o alcohol, no deben codificarse SI. La M.I.N.I. Plus que es una versión más detallada, explora estos diferentes aspectos.

Si usted tiene preguntas o sugerencias, si desea ser informado de la utilización de la M.I.N.I. o si quiere estar informado de las puestas al día, puede contactar con:

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel : +33 (0) 1 42 16 16 59
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

David SHEEHAN
Laura FERRANDO
University of South Florida
Institute for Research in
Psychiatry 3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
USA

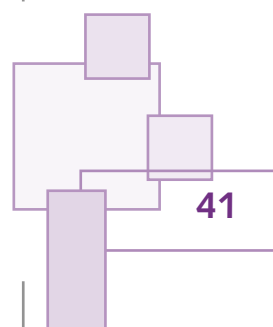
ph : +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

Laura FERRANDO
Instituto de Investigación
y Asistencia Psiquiátrica
IAP
Velázquez 156, 28002
Madrid
ESPAÑA

Tfn: +91 6544718
Fax: +91 4115432
e-mail: iap@lander.es

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A1	En el transcurso de las dos últimas semanas, se ha sentido particularmente triste, decaído(a), la mayor parte del tiempo, a lo largo del día y esto casi todos los días?	NO	SI	1
A2	En el transcurso de las dos últimas semanas, ha tenido, casi todo el tiempo, el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer en cosas que habitualmente le agradaban?	NO	SI	2
	¿ A1 O A2 SE HAN CODIFICADO SI ?	-> NO	SI	
A3	En el transcurso de las dos últimas semanas, cuando se sentía decaído y/o sin interés por la mayor parte de cosas:			
a	¿Se modificó su apetito notablemente, o ganó o perdió peso, sin tener esa intención (variaciones en el último mes de +/- 5 % del peso corporal ó +/- 3'5 Kgr ó +/- 8 libras para una persona de 65 Kgr/120 libras)?	NO	SI	3
	CODIFICAR SI , SI UNA U OTRA SON AFIRMATIVAS			
b	¿Casi todas las noches, tenía problemas de sueño (dificultades para quedarse dormido, despertares nocturnos o precoces, sueño excesivo) ?	NO	SI	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía más lentamente de lo habitual, o por el contrario, se sentía agitado(a) y tenía dificultades para permanecer quieto?	NO	SI	5
d	¿ Casi todos los días, se sentía fatigado(a), sin energía?	NO	SI	6
e	¿ Casi todos los días, se sentía sin valor o culpable?	NO	SI	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SI	8
g	¿Tuvo en varias ocasiones ideas negras como pensar que sería mejor estar muerto(a) o en hacerse daño?	NO	SI	9



A4 ¿HAY AL MENOS **3** RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN **A3** ? (o **4** si **A1** O **A2** SE HAN CODIFICADO NO)

Si el paciente presenta un episodio mayor actual:

NO SI

**EPISODIO
DEPRESIVO
MAYOR
ACTUAL**

A5a ¿En el transcurso de su vida, ha tenido otros periodos, de dos o más semanas en los que se haya sentido decaído(a) o sin interés por la mayor parte de cosas y en los que haya tenido los problemas de los que estamos hablando ?

->
NO SI

b ¿Entre el episodio actual y su último episodio depresivo, ha tenido un intervalo sin depresión de al menos dos meses?

NO SI

¿ **A5b** SE HA CODIFICADO **SI** ?

NO SI

**EPISODIO
DEPRESIVO
MAYOR
PASADO**

42

B. DISTIMIA

NO EXPLORAR ESTE MODULO SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL

B1 ¿Durante los dos últimos años, se ha sentido triste o decaído la mayor parte del tiempo? ->
NO SI 20

B2 ¿Durante este periodo, ha llegado a sentirse bien durante dos meses seguidos o más? ->
NO SI 21

B3 **Durante este periodo en el que se ha sentido deprimido la mayor parte del tiempo:**

a ¿Ha cambiado su apetito significativamente? NO SI 22

b ¿Ha tenido dificultades para dormir o excesivo sueño? NO SI 23

c ¿Se ha sentido fatigado o sin energía? NO SI 24

d ¿Ha perdido la confianza en usted mismo? NO SI 25

e ¿Ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones? NO SI 26

f ¿Se ha sentido desesperanzado? NO SI 27

¿HAY AL MENOS 2 RESPUESTAS CODIFICADAS **SI** EN **B3** ?

->
NO SI

B4 ¿Estos síntomas depresivos le causaron un malestar significativo o dificultaron su capacidad laboral, social, o de alguna otra forma importante?

->
NO SI 28

¿**B4** SE HA CODIFICADO **SI** ?

NO SI
DISTIMIA ACTUAL

C. RIESGO DE SUICIDIO

Durante este último mes:

C1 ¿Ha pensado que sería mejor morir o ha deseado estar muerto?

NO SI 1

C2 ¿Ha querido hacerse daño?

NO SI 2

C3 ¿Ha pensado en el suicidio?

NO SI 3

C4 ¿Ha planeado suicidarse?

NO SI 4

C5 ¿Ha intentado suicidarse?

NO SI 5

A lo largo de su vida :

C6 ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?

NO SI 6

¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA **SI**?

NO SI

Si **SI**, especificar el nivel de riesgo de suicidio como sigue:

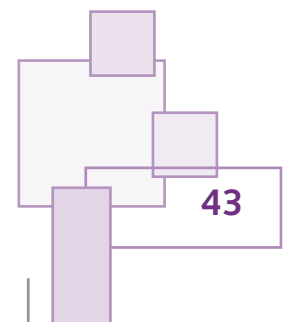
C1 o C2 o C6 = SI : LIGERO

C3 o (C2 + C6) = SI : MODERADO

C4 o C5 o (C3 + C6) = SI : ALTO

RIESGO DE SUICIDIO ACTUAL

Ligero
Moderado
Alto



E. TRASTORNO POR ANGUSTIA

E1 ¿Ha tenido en más de una ocasión crisis o ataques, en los que **súbitamente**, se haya sentido ansioso(a), asustado(a), incomodo(a) o inquieto(a) en situaciones en las que la mayor parte de gente no se sentiría así? ¿Alcanzó su máximo dentro de los primeros 10 minutos? NO SI 1

CODIFICAR SI SOLO SI LOS ATAQUES ALCANZARON SU PAROXISMO EN MENOS DE 10 MINUTOS

E2 Si **E1 = NO**, enmarcar **NO** en **E5**, y pasar directamente a **F1** NO SI 2

¿Alguna vez, estas crisis aparecieron inesperadamente o sucedieron de manera impredecible o espontánea o sin ser provocados?

Si **E2 = NO**, enmarcar **NO** en **E5**, y pasar directamente a **F1**

E3 ¿Ha tenido alguna vez, una de estas crisis seguida de un mes o más con miedo persistente a tener otra crisis, o preocupado(a) por las consecuencias de la crisis? NO SI 3

Si **E3 = NO**, enmarcar **NO** en **E5**, y pasar directamente a **F1**

E4 **Durante la peor crisis que puede recordar:**

- | | | | | |
|---|--|----|----|----|
| a | ¿Su corazón latía muy fuerte o más rápido? | NO | SI | 4 |
| b | ¿Tenía las manos sudorosas, o frías y húmedas? | NO | SI | 5 |
| c | ¿Tenía temblores o sacudidas musculares? | NO | SI | 6 |
| d | ¿Tenía dificultades para respirar o la impresión de asfixiarse? | NO | SI | 7 |
| e | ¿Tenía la impresión de ahogarse o de tener un nudo en la garganta? | NO | SI | 8 |
| f | ¿Notaba dolor, presión o una molestia en el pecho? | NO | SI | 9 |
| g | ¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarrea repentina? | NO | SI | 10 |
| h | ¿Se sentía aturdido(a), inestable, mareado(a) o a punto de desvanecerse? | NO | SI | 11 |
| i | ¿Sentía las cosas que le rodeaban extrañas, irreales, desconocidas o lejanas, o se sentía fuera o alejado, de parte o de todo su cuerpo? | NO | SI | 12 |
| j | ¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco? | NO | SI | 13 |
| k | ¿Tenía miedo de morir? | NO | SI | 14 |
| l | ¿Tenía estremecimientos o entumecimientos? | NO | SI | 15 |
| m | ¿Tenía sofocaciones o escalofríos? | NO | SI | 16 |

E5	¿HAY AL MENOS 4 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN E4 ? Si E5 = NO , pasar a E7	NO SI Trastorno por Angustia Vida entera
E6	¿En el transcurso de este mes ha tenido estas crisis en varias ocasiones (al menos 2 veces) seguidas de miedo persistente a tener otra ? Si E6 = SI , pasar à F1	NO SI 17 Trastorno por Angustia Actual
E7	¿HAY 1, 2 o 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN E4 ?	NO SI 18 Ataques Paucisintomáticos vida entera

F. AGORAFOBIA

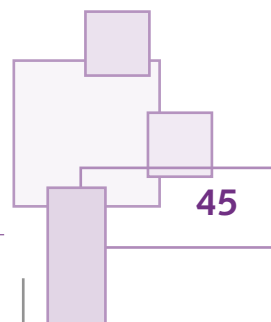
F1	¿Se siente ansioso o particularmente incómodo en lugares o en situaciones de las que es difícil escapar, o donde no sea posible obtener ayuda en caso de sentirse mal, como estar entre una multitud, o solo lejos de su casa o cuando esta solo en casa, o cuando cruza un puente, o viajando en autobús, tren o coche?	NO SI 19
----	--	----------

Si **F1** = **NO**, enmarcar no en **F2**

F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita compañía para afrontarlas?	NO SI 20
----	---	----------

¿**F2** (Agorafobia actual) HA CODIFICADO **NO**
y
E6 (Trastorno por Angustia actual) HA CODIFICADO **SI** ?

NO SI
TRASTORNO POR ANGSTIA sin Agorafobia ACTUAL



¿F2 (Agorafobia actual) HA CODIFICADO SI

y

E6 (Trastorno por Angustia actual) HA CODIFICADO SI ?

NO SI

**TRASTORNO
POR
ANGUSTIA
con Agorafobia
ACTUAL**

¿F2 (Agorafobia actual) HA CODIFICADO SI

y

E6 (Trastorno por Angustia actual) HA CODIFICADO NO ?

NO SI

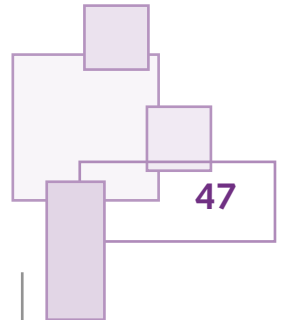
**AGORAFOBIA
sin anteceden-
tes de
Trastorno por
Angustia
ACTUAL**

G. FOBIA SOCIAL

G1	¿Durante el último mes, estuvo temeroso o incómodo por ser el foco de atención o temió ser humillado?. Esto incluye situaciones como hablar en público, comer con otros o en público, escribir mientras alguien mira o estar en situaciones sociales	-> NO	SI	1
G2	¿Es este miedo excesivo o irrazonable?	-> NO	SI	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones que las evita o sufre en ellas?	-> NO	SI	3
G4	¿Este miedo dificulta su trabajo normal, sus funciones sociales o le produce un malestar significativo?	NO	SI	4

¿G4 HA CODIFICADO SI ?

NO **SI**
FOBIA SOCIAL
ACTUAL



J. DEPENDENCIA Y ABUSO DEL ALCOHOL

J1	¿Durante los últimos 12 meses ha tomado 3 ó más bebidas alcohólicas en menos de 3 horas en 3 o más ocasiones?	-> NO	SI	1
----	---	----------	----	---

J2

Durante los últimos 12 meses:

a	¿Ha necesitado beber más cantidad de alcohol para lograr los mismos efectos que cuando comenzó a beber?	NO	SI	2
---	---	----	----	---

b	¿Cuando ha reducido la cantidad de alcohol, le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado? ¿Ha bebido para evitar estos síntomas o para evitar la resaca ej. temblores, sudor, agitación? CODIFICAR SI , SI ALGUNA ES AFIRMATIVA	NO	SI	3
---	---	----	----	---

c	¿Cuando ha bebido alcohol, ha acabado bebiendo más de lo que en un principio se había planteado?	NO	SI	4
---	--	----	----	---

d	¿Ha tratado de reducir o de dejar de beber alcohol pero ha fallado?	NO	SI	5
---	---	----	----	---

e	¿Los días en los que ha bebido, ha empleado mucho tiempo en obtener alcohol, bebiendo y recuperándose de sus efectos?	NO	SI	6
---	---	----	----	---

f	¿Debido a la bebida, ha empleado menos tiempo, trabajando, disfrutando de sus distracciones, en estar con los demás?	NO	SI	7
---	--	----	----	---

g	¿Ha continuado bebiendo a pesar de saber que la bebida le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SI	8
---	---	----	----	---

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS **SI** EN **J2** ?

NO	SI
DEPENDENCIA ALCOHOLICA ACTUAL	

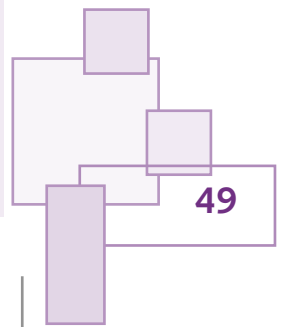
¿PRESENTA EL PACIENTE DEPENDENCIA ALCOHOLICA?	-> NO	SI
---	----------	----

J3 Durante los últimos 12 meses:

- | | |
|---|-----------------|
| <p>a ¿Ha estado intoxicado embriagado o con "resaca", en más de una ocasión cuando tenía otras responsabilidades, estudios, trabajo o en su casa? ¿Esto le ha ocasionado algún problema?</p> <p>CODIFICAR SI SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS</p> | <p>NO SI 9</p> |
| <p>b ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que tuviese un riesgo físico, ej: conduciendo un coche, navegando, utilizando maquinaria, etc.?</p> | <p>NO SI 10</p> |
| <p>c ¿Ha tenido algún problema legal por haber bebido ? (ej. arrestos o conductas delictivas)</p> | <p>NO SI 11</p> |
| <p>d ¿Ha continuado bebiendo aunque esto le haya ocasionado problemas con la familia o en su entorno ?</p> | <p>NO SI 12</p> |

¿HAY AL MENOS **1** RESPUESTA CODIFICADA **SI** EN **J3** ?

NO SI
ABUSO DE
ALCOHOL
ACTUAL



K. TRASTORNOS LIGADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (NO ALCOHÓLICAS)

- K1 Ahora voy a enseñarle/ leerle (enseñar la carta de sustancias/ leer la lista siguiente), una lista de drogas y de medicamentos y usted me indicara si en el transcurso de los 12 últimos meses, ha tomado en más de una ocasión alguno de estos productos con el propósito de sentirse mejor, cambiar de humor o de animarse
- >
NO SI

ENMARCAR CADA PRODUCTO CONSUMIDO:

Estimulantes : anfetaminas, «speed», Ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaine : cocaína, «coke», crack, «speedball».

Opiáceos : heroína, morfina, opio, metadona, codeína, meperidina, fentanilo.

Alucinógenos : L.S.D., «ácido», mescalina, PCP, «polvo de angel», « hongos », extasis.

Inhalantes : «pegamento», éter.

Cannabinoides : hachis, «hasch», THC, cannabis, «hierba», «shit».

Tranquilizantes : Valium, Tranquimazin, Halción, Lexatin, Orfidal, barbitúricos.

Varios: Anabolizantes, Esteroides. Toma otras sustancias?

ESPECIFICAR LA (O LAS) SUSTANCIA(S) MAS CONSUMIDA(S): _____

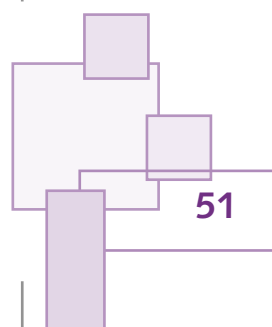
ESPECIFICAR LA QUE SE EXPLORA A CONTINUACIÓN:

- SI CONSUME VARIAS SUSTANCIAS (AL MISMO TIEMPO O SECUENCIALMENTE) :
 - CADA SUSTANCIA O CLASE DE SUSTANCIAS POR SEPARADO _____
 - ÚNICAMENTE LA SUSTANCIA (O CLASE DE SUSTANCIAS) MAS CONSUMIDA _____
- SI SOLO UNA SUSTANCIA (O CLASE DE SUSTANCIAS) CONSUMIDAS : _____
 - ÚNICAMENTE UNA SUSTANCIA (O CLASE DE SUSTANCIAS) _____

- K2 **Considerando su consumo de [nombre de la sustancia o la clase de sustancias seleccionadas], en el transcurso de los 12 últimos meses:**

- a ¿Ha constatado que necesitaba tomar más cantidad de (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a tomarla?
- NO SI 1

- b ¿Cuando reducía o dejaba de tomar drogas tenía síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, desfallecimiento, diarrea, náuseas, sudoración, palpitaciones, dificultades para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)?
¿Utilizaba otras cosas para evitar encontrarse mal (SINTOMAS DE ABSTINENCIA), o para sentirse mejor?
CODIFICAR **SI**, SI ALGUNA AFIRMATIVA NO SI 2
- c ¿Ha comprobado que cuando consumía, (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) terminaba tomando más de lo que era su intención? NO SI 3
- d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (nombre de la sustancia o la clase de sustancias seleccionadas) pero no lo ha conseguido? NO SI 4
- e ¿Los días que ha tomado (nombre de la sustancia o la clase de sustancias seleccionadas) empleaba mucho tiempo (> de 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en ella(s)? NO SI 5
- f ¿Ha empleado menos tiempo trabajando, disfrutando de sus distracciones, o estando con su familia o amigos por tomar droga? NO SI 6
- g ¿Ha continuado tomando (nombre de la sustancia o la clase de sustancias seleccionadas) a pesar de saber que esto le causa problemas de salud o mentales? NO SI 7



¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS **SI** EN **K2** ?

NO SI

ESPECIFICAR LA (S) SUBSTANCIA(S) :

DEPENDENCIA de sustancia(S) Actual

¿PRESENTA EL PACIENTE DEPENDENCIA DE SUBSTANCIA(S)? ->

NO SI

K3 En el transcurso de los 12 últimos meses:

- a ¿Ha estado intoxicado, « colgado » o con resaca, a causa de (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en el estudio, el trabajo o en su casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? NO SI 8
CODIFICAR **SI**, SI ALGUNA AFIRMATIVA

- b ¿Ha estado intoxicado por (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS), en alguna situación en la que tuviese un riesgo físico (ej: conduciendo un coche, navegando, utilizando maquinaria, etc.?) NO SI 9
- c ¿Ha tenido algún problema legal por usar (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) , ej. arrestos o conductas delictivas? NO SI 10
- d ¿Ha continuado utilizando (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) aunque esto le ocasionara problemas con su familia o con otras personas? NO SI 11

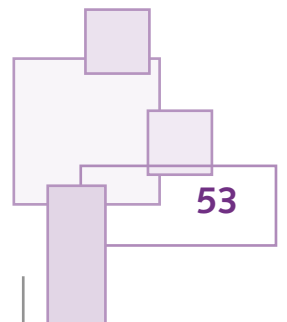
¿HAY AL MENOS 1 SI EN K3 ?

ESPECIFICAR LA (LAS) SUBSTANCIA(S) :

NO SI
ABUSO DE SUBSTANCIA(S)
ACTUAL

O. ANSIEDAD GENERALIZADA

		->	
O1	a ¿Durante los 6 últimos meses, ha estado excesivamente preocupado o ansioso por varias cosas del día a día, en el trabajo, en casa, en su círculo más próximo?	NO	SI 1
<p>No CODIFICAR SI SI LA ANSIEDAD SE DEBE A UN TIPO DE ANSIEDAD YA EXPLORADA ANTERIORMENTE, COMO MIEDO A TENER UNA CRISIS DE ANGUSTIA (TRASTORNO POR ANGUSTIA), DE PONERSE EN EVIDENCIA EN PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE CONTAMINARSE (TOC), DE AUMENTAR DE PESO (ANOREXIA NERVIOSA) ETC.</p>			
		->	
	b ¿Estas preocupaciones están presentes la mayoría de días?	NO	SI 2
O2	¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o le interfieren para concentrarse en lo que debe de hacer?	NO	SI 3
<p>DE O3A A O3F, CODIFICAR NO SI LOS SINTOMAS SOLO APARECEN EN EL MARCO DE TRASTORNOS EXPLORADOS PRECEDENTEMENTE</p>			
O3	Durante estos 6 últimos meses en los que ha estado ansioso casi cada día :		
	a ¿Se ha sentido inquieto, desasosegado o nervioso?	NO	SI 4
	b ¿Se ha sentido tenso?	NO	SI 5
	c ¿Se ha sentido cansado, débil o se ha agotado fácilmente?	NO	SI 6
	d ¿Ha tenido dificultades para concentrarse o su mente se ha quedado en blanco?	NO	SI 7
	e ¿Se ha sentido irritable?	NO	SI 8
	f ¿Ha tenido dificultades con el sueño (dificultad para dormirse, se despertaba a media noche o demasiado temprano, dormía en exceso)?	NO	SI 9
	¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN O3?	NO	SI
		ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	



REFERENCIAS

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. In press. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; 13 : 26-34.

Anexo 6. VALORACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA FM

L' Agència d' Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques (AATRM) ha realizado una revisión sistemática de la evidencia científica existente, hasta septiembre de 2005, sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico en la FM.^{8,18}

Tratamiento farmacológico

El desconocimiento sobre la etiología de la FM imposibilita en la actualidad disponer de un tratamiento farmacológico de los síntomas (dolor, fatiga, alteración del sueño, etc.) totalmente efectivo. Se han probado múltiples fármacos aunque sólo una minoría ha demostrado cierta eficacia.

Se dispone de evidencia sólida sobre su eficacia y, por tanto, son recomendables:

- Amitriptilina (25-50 mg/d antes de dormir).
- Ciclobenzaprina (10-30 mg/d antes de dormir).

Se dispone de evidencia moderada sobre la eficacia de:

- Tramadol (200-300 mg/d)
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: fluoxetina endosis de 20-80 mg/d (puede utilizarse con tricíclicos antes de dormir) y sertralina, sobre cuya eficacia sólo se dispone de un estudio no controlado.
- Inhibidores de la recaptación dual: venlafaxina, milnacipran y duloxetina.
- Pregabalin (anticonvulsivante de segunda generación)

La evidencia es débil y, por consiguiente, no se recomiendan:

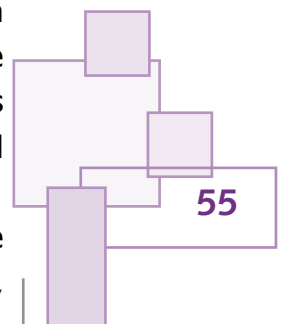
- Hormona del crecimiento,
- Serotonina,
- Tropicetrón y
- S-adenosil-metionina.

No existe evidencia sobre la eficacia de los siguientes fármacos: opioides, corticoesteroides, antiinflamatorios no esteroides, benzodiazepinas y los hipnóticos no benzodiazepínicos, melatonina, calcitonina, hormona tiroidea, guaifenesina, dehidroepiandrosterona, magnesio, toxina botulínica, gamma-hidroxi-butirato, litio, adenosilmetionina, selenio y complementos vitamínicos, clormezanona, 5-OH-triptófano, interferón alfa y carisoprodol.

Tratamiento no farmacológico

- Tratamiento rehabilitador y físico (ejercicio cardiovascular). Existe evidencia sólida sobre su eficacia en la FM. El tratamiento debe ser individualizado y adaptado al o a la paciente, y debe darse prioridad al tratamiento del dolor, la disfunción muscular y la impotencia funcional secundaria al dolor en la que es fundamental la participación activa del o de la paciente. Los pacientes sometidos a ejercicios de fortalecimiento y tonificación, realizados en condiciones aeróbicas, presentan una mejora del dolor y la fatiga superior a la de los pacientes control o a aquellos que realizan ejercicios de estiramiento. El ejercicio debe supervisarse en los casos de afección moderada o grave.
- Terapia cognitivo-conductual (TCC). Esta terapia psicológica provoca una mejora que perdura de manera importante durante meses. La evidencia de su eficacia es sólida.
- Educación al o a la paciente: existe evidencia sólida que demuestra que un programa de educación intensiva para el paciente es un tratamiento efectivo en la FM, cuyos efectos se mantienen entre 3-12 meses. La mejora después de este proceso (6 y 17 sesiones educativas) afecta a uno o más síntomas, como por ejemplo el dolor, el sueño, la fatiga o la calidad de vida.
- Programas educativos. Su objetivo es mejorar la manera de afrontar la enfermedad crónica, mejorar la autoeficacia y mejorar, por tanto, las conductas de salud y el estado de salud general. Estos programas se han empleado en varios países de forma variable, con una duración de entre 1 y 2 horas semanales de 6 a 12 semanas, y se han realizado de manera interactiva en pequeños grupos de pacientes en combinación con sesiones de ejercicio físico.
- Programas terapéuticos multidisciplinarios. El tratamiento de la FM es más efectivo cuando se asocian algunas de las modalidades terapéuticas anteriormente citadas. La combinación de ejercicio y TCC, o de educación y ejercicio cuenta con evidencia sólida sobre su eficacia en la FM.

Existen otros tratamientos no farmacológicos que ofrecen sólo evidencia moderada en cuanto a sus efectos en la FM: ejercicios de estiramiento, acupuntura, hipnoterapia, biofeedback y balneoterapia.



Anexo 7. VALORACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE EL TRATAMIENTO DEL SFC

L' Agència d' Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques (AATRM) ha realizado una revisión sistemática de la evidencia científica existente, hasta septiembre de 2005, sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico en el SFC.^{22,23}

No existe un tratamiento curativo o que genere una remisión durante un periodo largo, por lo que el tratamiento es sintomático. La presencia de comorbilidades es habitual y deben tratarse.

Tratamiento del dolor

De los numerosos tratamientos propuestos, pocos han sido evaluados formalmente. Los niveles de evidencia de los que se dispone sobre el tratamiento del dolor son de tipo IV (opinión de expertos). Todos los fármacos deben empezar a administrarse a dosis bajas e ir aumentando las mismas de forma gradual en función de la evolución:

- AINE y /o paracetamol
- Amitriptilina
- Gabapentina
- Tramadol

Los antidepresivos no deben recomendarse de manera sistemática. Éstos resultan útiles en los cuadros depresivos reactivos asociados al SFC, en el insomnio y en la mejora sintomática de las mialgias. No se ha demostrado que exista un grupo de antidepresivos con mayor efectividad que otros, si bien se suelen utilizar los antidepresivos tricíclicos. Tampoco se ha definido la duración del tratamiento.

Terapia cognitivo-conductual (TCC)

La terapia cognitivo-conductual y el régimen de ejercicio físico gradual son actualmente los tratamientos más prometedores para los afectados por este síndrome a juzgar por la eficacia demostrada en adultos con SFC en régimen ambulatorio.

La TCC se está utilizando en diferentes zonas del mundo en pacientes que padecen SFC desde hace más de 10 años. Inicialmente, el éxito fue moderado pero su efectividad ha aumentado progresivamente. Este tratamiento es efectivo en diferentes grados en aproximadamente el 70%²⁶ de los pacientes, especialmente en aquellos que presentan afectación moderada, y perdura en el tiempo. Es importante que durante la TCC el paciente no reciba ninguna valoración médica o tratamiento para el SFC, ya que éste necesita ser capaz de atribuir la mejora a su propia conducta o comportamiento. Se recomienda que el método cognitivo-conductual se ajuste individualmente a cada paciente, por lo que no es recomendable un protocolo de TCC rígido. Los resultados de

un ensayo de reciente publicación señalan que terapeutas poco expertos en este tratamiento conductual también pueden aplicarlo y, en consecuencia, sugieren la posibilidad de aumentar el acceso a la TCC a un número mayor de pacientes en comparación con los atendidos habitualmente en los centros especializados. En los casos que reciben TCC en régimen ambulatorio, el tiempo de tratamiento oscila entre 4 y 6 meses (13 o 16 sesiones semanales o bisemanales de aproximadamente 1 hora). Puede contemplarse la posibilidad de repetir un segundo grupo de sesiones o programa de TCC.

Ejercicio físico gradual

La terapia del ejercicio físico gradual tiene como objetivo aumentar la capacidad física, fuerza y resistencia del enfermo y que éste reanude progresivamente las actividades previas evitadas, así como incrementar de manera gradual pero progresiva las actividades aeróbicas, como pasear o nadar. Consiste en la realización de ejercicios aeróbicos con un aumento gradual de su duración hasta llegar a 5 días por semana durante 3 meses. El ejercicio físico progresivo controlado debe individualizarse según las características personales del o de la paciente y las diferentes fases evolutivas de la enfermedad. La actividad física debe realizarse de manera regular y en intervalos de entre 30 y 45 minutos. No debe ser extenuante, ya que podría agravar los síntomas. Una intervención educativa para el paciente más la realización de ejercicios físicos no presentó beneficios adicionales en comparación con la combinación de estos ejercicios físicos y la explicación habitual. Ello indica que para la viabilidad de la intervención con ejercicios no es necesaria una dedicación muy prolongada por parte del profesional para lograr su efectividad.

Otros tratamientos

Tras su evaluación NO se recomiendan:

- Toxoide estafilocócico
- Corticoides por vía tópica nasal
- Corticosteroides sistémicos (hidrocortisona, fludrocortisona)
- Dexanfetamina: se trata de un ensayo clínico controlado y aleatorizado piloto. Los resultados justificarían un estudio con más pacientes y con un seguimiento más prolongado. De momento, no es recomendable.
- Suplemento polinutriente con diferentes vitaminas, minerales y coenzimas. Aceite de onagra.
- Melatonina.
- Fototerapia
- Reposo prolongado
- Inmunoterapia

Anexo 8. FUNDACIONES Y ASOCIACIONES DE FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA MÁS REPRESENTATIVAS EN CATALUÑA

FF - Fundació d'afectats i afectades de fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica

Av. Diagonal, 365, 4º 1ª
08037 Barcelona
WEB: www.fibromialgia.org
Teléfono: 93-467.22.22

Fundació per a la Fibromiàlgia i la Síndrome de la fatiga crònica

C/ Joan Güell, 184
08028 Barcelona
WEB: www.fundacionfatiga.org
Teléfono: 93-419.08.33

ACSFCEM - Associació catalana de síndrome fatiga crònica i encefalomièlitis miàlgica

C/ Joan Güell, 184
08028 Barcelona
WEB: www.acsfcem.org
Teléfono: 93-419.08.33

LLIGA REUMATOLÒGICA CATALANA

C/ Llibertat, 48, bajos
08012 Barcelona
Teléfono: 93 207.77.78 / Tel. 973 352 913
Fax: 93/459.44.48
E-mail : lalliga@lligareumatologica.org

ACAF- Associació Catalana d'Afectats de Fibromiàlgia

DIRECCIONES EN INTERNET
OFICINA TÉCNICA JUNTA DIRECTIVA
Apartado de correos 154
08700 IGUALADA
Teléfonos: 639.007.013 / 696.946.158
E-mail: acaf_oficina@terra.es; acaf@fibromialgia-cat.org
WEB: www.fibromialgia-cat.org

ASSFAC - Asociación de Síndrome de Fatiga Crónica

Hotel d'Entitats "Can Guardiola"
C/ Cuba, 2
08030 Barcelona
Delegaciones en Manresa (609 726 119), Sabadell (629 547 934) y Solsona.
Teléfono: 696 58 25 26 (atención al público)
e-mail: assfac@assfac.org
WEB: www.assfac.org

AFIBROCAT - Associació per a la Fibromiàlgia de Catalunya

Espai Jove Boca Nord,
C/ Agudells, 37-45
08032 Barcelona
E-Mail: afibrocat@hotmail.com; afibrocat@fibromialgia.org
Teléfono: 620 90 94 33 (de 9:00 a 14:00 horas) / 93 429 29 41

AAFYSFC – Associació d'afectats de Fibromiàlgia i SFC de Sta. Coloma

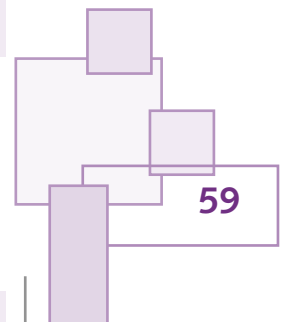
C/. Pompeu i Fabra, 22-24
08922 Sta. Coloma de Gramanet
Teléfono: 93 4662452
Fax 934661317
E-Mail: antoniamares@hotmail.com, vero_carmona@hotmail.com

FIBROBAIX – Associació de Fibromiàlgia del Baix Llobregat

C/ Mallorca, 30
08830 Sant Boi de Llobregat
E-Mail: info@fibrobaix.org
Teléfono: 936542712

FIBROFELS

C/ Frederic Mompou, 8 (Pl. Juan XXIII)
08860 Castelldefels
E-Mail: aroderotsr@yahoo.es
Teléfono: 617 24 00 99



AFFM Sant Valentí - Associació de Sant Valentí de FM i SFC de Martorell

Paseo Cataluña, s/n (Centro Cultural)
08760 Martorell
E-Mail:
Teléfono: 93/ 774. 21. 32 / 655. 611.626

AVAF - Associació Viladecans afectats Fibromiàlgia

Pasaje Sant Ramon, 2
Auditorio Pablo Picasso
08840 - Viladecans
E-Mail: avaf2003@hotmail.com; avaf@fibromialgia.org
Teléfono: 93 659 10 15-93 659 14 56/ 656843797

AFFCB - Associació de Fibromiàlgia i Fatiga Crònica del Berguedà

Pl. Dr Sala, s/n (Hospital Vell, 3r piso)
08600 Berga
E-Mail: fibroberg@terra.es
Teléfono: 93/822. 29.47

AFG - Associació Fibromiàlgia i SFC del Garraf

C/ Comas i Solà, 19, local 1
Apartado de Correos 29
08810 Sant Pere de Ribes
E-Mail: fibromialgiagarraf@hotmail.com
Teléfono: 938963154 - 650376885

AFFAR - Associació de Fibromiàlgia i Síndrome de Fatiga Crònica d' Argentona i Rodalies

C/ Àngel Guimerà, 14
08310 Argentona
E-mail: afar@cajamar.es

AFIMAT - Associació de Fibromiàlgia i Síndrome de Fatiga Crònica de Mataró

C/ Sant Pelegrí, 3, 1º
08301 Mataró
E-Mail: afimatcjimenez@tiscali.es
Teléfono: 637743494
Martes de 18 h a 20 h.

AFITOMAR (Tordera y Maresme)

Pl. Concòrdia (antiguas Galerías Comerciales), s/n
08490 Tordera
E-Mail: prisca1@telefonica.net / afitomar@fibromialgia.org
Teléfono: 93 764 37 17 Ext. 602
Horario de atención
Martes de 17:30 a 19:30
WEB : <http://www.tordera.org/entitats/afitomar>

AFFACC - Associació de Fibromiàlgia i Síndrome de Fatiga Crònica de Cerdanyola

C/ Les Vinyes, 11 A
08290 Cerdanyola del Vallès
Teléfono: 93 691 42 57
WEB: <http://www.affacc.org>
E-mail: info@affacc.org

AFIMIR - Associació de Fibromiàlgia de Montcada i Reixach

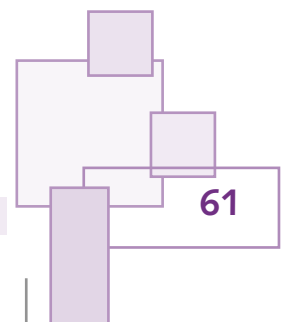
C/ Major, 32. Casa de la Vila
08110 Montcada i Reixac
E-Mail: afimirmontcada@hotmail.com
Teléfono: 93 565 11 22 / 659 41 20 07

AFIMOIC - Associació de Fibromiàlgia de Mollet i Comarca

Casal Joana Barcala
C/ Àngel Guimerà, 15
08150 Mollet del Vallès
E-Mail: afimoic@hotmail.com
Teléfono: 93.570.77.47 - 619061035
(Atención al público; martes, de 17 a 19 h)

AFIFAC.SP - Asociación de afectados/as de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica de Santa Perpètua

Centro Cívico Can Folguera
C/ Pau Picasso, 32
08130 Santa Perpètua de Mogoda
E-Mail: afifac_sp@hotmail.com
Teléfono: 93/ 574.06.81
Horario: lunes de 18 a 20 h



AOAF - Associació d'Osona per als afectats de Fibromiàlgia

C/ Enric Delaris, 52
08560 Manlleu
E-Mail: montseferran@hotmail.com
Teléfono: 93 851 08 48

AGSFC - Associació Gironina de Síndrome de Fatiga Crònica

Centre Cívic St. Narcís
Pl. Assumpció 27
17005 Girona
Horario: martes de 18 a 20 h / miércoles de 10 a 13 h
E-Mail: info@agsfc.org
Teléfono: 658 204 569 (lunes a viernes de 17 a 20 h)

AFIFALL - Associació de Fibromiàlgia i Fatiga Crònica de Lleida i província

Av. Segre, 1
25007 Lleida
E-Mail: afifalleida@terra.es
Teléfono: 619 922 227

ASPID - Asociación de parapléjicos y discapacitados físicos de Lleida

C/ Músic Vivaldi, 27
25003 Lleida
Teléfono: 973 22 89 80
Fax: 973/22.54.68
E-Mail: fibromialgia@aspidleida.com

Lliga d'Afectats Reumatològics i Discapacitats (Tarragona)

Via de l'Imperi Romà, 9-11 bis
Tarragona
E-Mail: lligardm@comt.es
Teléfono: 657 88 78 64

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

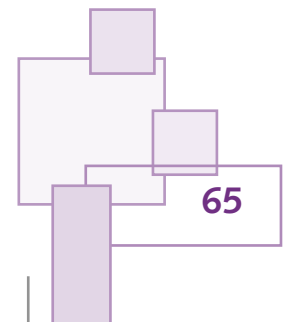
- ¹ Carmona L, Ballina FJ, Gabriel R, Laffon A, EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis.* 2001;60:1040-5.
- ² Buchwald D, Umali P, Umali J, Kith P, Pearlman T, Komaroff AL. Chronic fatigue and the chronic fatigue syndrome: prevalence in a Pacific Northwest health care system. *Ann Intern Med.* 1995; 123:81-88.
- ³ Lloyd AR, Hickie I, Boughton CR, Spencer O, Wakefield D. Prevalence of chronic fatigue syndrome in an Australian population. *Med J Aust* 1990;153:522-528.
- ⁴ Ranjith G. Epidemiology of chronic fatigue syndrome. *Occupational Medicine* 2005;55:13-19.
- ⁵ Fitzcharles MA, Boulos P. Inaccuracy in the diagnosis of fibromyalgia syndrome: analysis of referrals. *Rheumatology* 2003;42:263-267
- ⁶ Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1990;33:160-72.
- ⁷ Camps L, Faixedas M, Foguet Q, Gelado MJ, Girona MR, Riera G et al. Guia diagnòstica i terapèutica de la fibromiàlgia. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Regió sanitària de Girona. Girona, 2002.
- ⁸ Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre C, Romera M, Sañudo I, Martín R, Peri JM, Cots JM. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromiàlgia en Cataluña. *Med Clin.* 2002;118:745-9.
- ⁹ Buckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. *J Rheumatol.* 1991;18:728-33
- ¹⁰ García M de, Marcó M. Protocol d'avaluació psicològica de la fibromiàlgia (2001). Departamento de Psicología, Universidad de Girona. Adaptación de: Burckhardt CS et al. FIQ (1991).
- ¹¹ González- Álvarez B. Validació al castellà del FIQ. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Bellaterra. 1998.
- ¹² Rivera J, Gonzalez T. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol.* 2004 Sep-Oct;22(5):554-60.
- ¹³ Fukuda K, Strauss SE, Hickie I, Sharpre MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med.* 1994; 121(12):953-59.
- ¹⁴ Ferrando L, Franco-A L, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L, Gubert J. Instituto IAP. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0.DSM-IV. Adaptat de: Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP. (Hôpital de la Salpêtrière). Sheehan D, Janavs J, Baker R., Sheehan K.H, Knapp E., Sheehan M. (University of South Florida). Madrid, 1998.
- ¹⁵ Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the SF-36 Health Survey

(the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results Med Clin. 1995 May 27;104(20):771-6. Accesible en <http://iryss.imim.es/iryss/BiblioPRO.asp>. Consultada el 15 de Marzo de 2006.

- ¹⁶ The Euroqol Group. EuroQol. A new facility for the measurement of healthy-related quality of life. Health Policy 1990;16:199-208.
- ¹⁷ Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. JAMA. 2004;292:2388-2395.
- ¹⁸ Alegre de Miquel C, Alejandra-Pereda C, Betina-Nishishinya M, Rivera J. Revisión sistemática de las intervenciones farmacológicas en la fibromialgia. Med Clin. 2005;1125 (20):784-7.
- ¹⁹ Bosch Romero E, Sáenz Moya N, Valls Esteve M, Viñolas Valer S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. Atención Primaria. 2002;30 (1):16-21.
- ²⁰ Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Fibromialgia. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2003.
- ²¹ Servei Català de la Salut. Síndrome de fatiga crònica (SFC). Diagnòstic, avaluació i tractament en atenció primària i serveis de medicina interna hospitalària. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, abril de 2004.
- ²² M. Dolors Estrada. Síndrome de fatiga crònica. Barcelona: L'Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerques Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2001.
- ²³ Alijotas J, Alegre J, Fernández-Solà J, Cots JM, Panisell J, Peri JM, Pujol R. Grupo de Trabajo del síndrome de Fatiga Crónica de Cataluña. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome de Fatiga Crónica en Cataluña. Med Clin.2002;118:73-6
- ²⁴ South Australian Department of Human Services. ME/CFS Guidelines. Myalgic encefalopathy (ME)/ Chronic Fatigue Syndrome (CFS). Management Guidelines for General Practitioners. 2004.
- ²⁵ Reid S, Chalder T, Cleare A, Hotopf M, Wessely S. Chronic fatigue syndrome (Search date September 2004). En: Clinical Evidence [base de datos en Internet]. Londres (Reino Unido): BMJ Publishing Group Limited; 2005. [fecha de acceso: 1 de junio de 2005]. Disponible en: <http://www.clinicalevidence.com>
- ²⁶ Prins JB, van der Meer JWM, Bleijenberg G. Chronic Fatigue Syndrome. Lancet. 2006;367:346-55.
- ²⁷ Edmonds M, McGuire H, Price J. Tratamiento con ejercicios para el síndrome de fatiga crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Issue 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester, Reino Unido: John Wiley & Sons, Ltd.).
- ²⁸ Price JR, Couper J. Tratamiento cognoscitivo-comportamental para adultos con síndrome de fatiga crónica.(Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus 2005, nº4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://>

www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, LTd). Consultado el día 26 de Enero del 2006.

- ²⁹ Prins JB, Bleijenberg G, Bazelmans E, Elving LD, de Boo TM, Severens JL et al. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2001;357:841-47.
- ³⁰ Alegre de Miquel C, Grupo de Trabajo sobre la Fibromialgia. Problemática en el abordaje de la fibromialgia. *Aten Prim*.2004; 33(9): 124-125.



NOTES



www.gencat.net/salut

