

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2013.

Dolor crónico y fibromialgia. Creencias, atribuciones y terapias.

Sarudiansky, Mercedes y Garcia-palacios,
Azucena.

Cita:

Sarudiansky, Mercedes y Garcia-palacios, Azucena (2013). *Dolor crónico y fibromialgia. Creencias, atribuciones y terapias. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-054/57>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edbf/1rA>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

DOLOR CRÓNICO Y FIBROMIALGIA. CREENCIAS, ATRIBUCIONES Y TERAPIAS

Sarudiansky, Mercedes; Garcia-palacios, Azucena
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina

Resumen

La fibromialgia es una patología inespecífica en la que a etiología y mecanismos biológicos se refiere, aunque existen consensos que la definen como un dolor crónico difuso y generalizado, de más de 3 meses de duración, asociado con fatiga intensa y sensibilidad a la palpación en distintos puntos corporales definidos. En la actualidad, esta enfermedad se ha convertido en un importante problema de salud pública a nivel mundial, dada su alta incidencia y el impacto en la calidad de vida de quienes la padecen. Es, a su vez, uno de los síndromes de dolor crónico en los que más se ha desarrollado el estudio de los aspectos psicológicos, cuestión que se explica por su etiología difusa y por su asociación con cuadros ansiosos y depresivos. Este trabajo se orienta a describir los aspectos principales de esta enfermedad, tomando en cuenta además la variedad de tratamientos propuestos para su abordaje. En segunda instancia se hará mención de la importancia de las creencias y atribuciones de enfermedad, cuestión que es clave en este tipo de patologías, en las cuales las causas son aún indefinidas, y las variables psicológicas y culturales se encuentran en un plano destacado.

Palabras clave

Fibromialgia, Diagnóstico, Tratamientos, Creencias

Abstract

CHRONIC PAIN AND FIBROMYALGIA. BELIEFS, ATTRIBUTIONS, AND THERAPIES

Fibromyalgia is a condition with nonspecific etiology and biological mechanisms, although there is consensus that define it as a diffuse and widespread chronic pain for more than 3 months, associated with severe fatigue and tenderness in different defined body points. At present, this disease has become a major public health problem worldwide, due to its high incidence and the impact on the quality of life of the sufferers. It is a chronic pain syndrome in which has been studied its psychological factors, due to its diffuse etiology and its association with mental disorders, such as anxiety and depression. This paper aims to describe the main aspects of this disease, taking into account also the variety of proposed treatments available to address them. Then, we shall state the importance of beliefs and attributions of illness, which is a key issue in this type of diseases, in which the causes are still undefined, and psychological and cultural variables are highlighted.

Key words

Fibromyalgia, Diagnosis, Treatments, Beliefs

El dolor ha sido objeto de estudio desde tiempos inmemoriales, lo cual es comprensible dada la importancia y el lugar que ocupa éste dentro de las experiencias humanas. De hecho, diversos autores sostienen que es una de las quejas más frecuentes de los pacientes hacia los profesionales de la salud (Gureje, Von Kornoff, Simon, & Gater, 1998; Otis, Reid, & Kerns, 2005).

En las primeras aproximaciones a su estudio, los modelos desarrollados tenían un carácter lineal sobre la experiencia de dolor, en los que persistía la idea de que la percepción de dolor debía ser proporcional al daño sufrido. En este sentido, teorías como la de Sweet (1959), proponían que el dolor contaba con mecanismos biológicos específicos, de manera análoga a los de otros sentidos como la vista o la audición, lo cual implicaba que, a mayor estímulo doloroso, mayor percepción de dolor. Sin embargo, a partir de la Teoría de control de entrada de Melzack & Wall (1965) -también denominada "Teoría de puerta"-, el dolor comenzó a pensarse como una sensación que no es transmitida en forma directa desde los receptores hacia la corteza cerebral, sino que se encuentra modulada en la médula espinal por distintas aferencias -nociceptivas, térmicas y táctiles-, incorporando de esta manera variables que dan cuenta de un proceso sumamente complejo y no reducible a una relación unicausal. Esta idea permitió, asimismo, la introducción de variables psicológicas en la explicación del dolor, tales como cogniciones (creencias, expectativas), comportamientos y emociones (p.e.: ansiedad, depresión, etcétera).

En la actualidad se define al dolor como una experiencia sensorial y emocional displacentera con daño tisular real o potencial, o bien descrito en tales términos, destacando el carácter subjetivo de éste (IACP, 2011). En la literatura especializada, existen diferentes maneras de clasificar al dolor. Una de las clasificaciones más comunes distingue entre dos categorías principales: dolor neuropático y dolor nociceptivo. El dolor neuropático se relaciona con un trastorno neurológico que resulta del daño de los nervios que transmiten el dolor, y que generalmente se describe como un dolor punzante, eléctrico, lancinante o ardiente. Este tipo de dolor puede tener diferentes causas, entre las cuales se incluyen heridas o lesiones, amputaciones, infecciones -HIV, Herpes Zoster-, diabetes o enfermedades neurodegenerativas -como por ejemplo, Esclerosis Múltiple-. Por el otro lado, el dolor nociceptivo se refiere a un dolor que es percibido por los receptores sensoriales específicos -llamados nociceptores-. Éste puede ser, a su vez, somático -causado por la activación de receptores del dolor en el tejido cutáneo o musculoesquelético- o visceral -ocasionado por la activación de receptores del dolor causados por infiltración, compresión, extensión o estiramiento de órganos internos-. Asimismo, el dolor también se clasifica en función de su duración: Aquellos dolores que se asocian con quemaduras, golpes, cortes, infecciones tóxicas, etcétera, de corta duración, se denominan "dolores agudos"; mientras que el dolor persistente que se extiende por un período de tiempo prolongado (por ejemplo, más de tres meses), que acompaña un proceso mórbido o que se asocia con lesiones que no son curadas en el

corto plazo, se lo denomina “dolor crónico”.

En el presente trabajo intentaremos describir las características principales de un cuadro específico de dolor crónico, la Fibromialgia, intentando enfocarnos en las variables psicológicas, emocionales y psicológicas que la comprenden. De esta manera, haremos mención de los principales tratamientos disponibles en la actualidad, tanto desde la medicina oficial como de las denominadas “medicinas no convencionales”. En segunda instancia daremos cuenta de las dimensiones propuestas por la antropología médica en torno a las perspectivas de enfermedad, de lo cual se desprende la centralidad de las creencias y las atribuciones en todo proceso mórbido, aunque en especial en aquellos relacionados con la salud mental y los factores emocionales y cognitivos. Destacaremos estos puntos para llamar a la necesidad de promover investigaciones que den cuenta de estos factores a la hora de estudiar padecimientos tales como la Fibromialgia.

La Fibromialgia como un cuadro de dolor crónico

La Fibromialgia (FM) es uno de los síndromes de dolor crónico en los que más se ha desarrollado el estudio de los aspectos psicológicos. En términos generales, se trata de una patología inespecífica en lo que a etiología y mecanismos biológicos se refiere. Sin embargo, existen consensos desde un punto de vista biomédico que permiten distinguir y circunscribir las características de este trastorno. En 1990, el Colegio Americano de Reumatología la definió como un dolor crónico difuso y generalizado, de más de 3 meses de duración, asociado con hiperalgesia en distintos puntos del cuerpo (Wolfe et al, 1990). Los criterios actuales -aunque en estos momentos se encuentran en revisión (p.e. Wilke, 2009)- denotan la sensibilidad a la palpación en al menos 11 de 18 puntos corporales definidos -*tender points* o *puntos gatillo*-, ubicados en las regiones occipital, cervical bajo, trapecio, supraespinoso, segundo espacio intercostal en la unión costocondral, epicóndilo, glúteo, trocánter mayor y rodilla. Una de las características más sobresalientes de la Fibromialgia es su inespecificidad respecto de los factores que generan el dolor primariamente. Sin embargo, sí se considera que distintos factores pueden empeorar el dolor, como las posiciones mantenidas, los esfuerzos físicos, las emociones intensas y los cambios ambientales. Además del dolor, la fatiga es otro de los síntomas centrales de los pacientes diagnosticados con fibromialgia, ya que se encuentra presente en más del 70% de los casos (Wolfe et al, 1996). Asimismo, también se asocia este trastorno con síntomas tales como pérdida de la movilidad, incremento de dolores de cabeza o de cara, trastornos del sueño, trastornos cognoscitivos, malestar abdominal, problemas genitourinarios, parestesias, puntos miofasciales hipersensibles, desequilibrio, sensaciones en las piernas, hipersensibilidad sensorial/síntomas alérgicos, problemas de la piel, depresión y ansiedad.

Fibromialgia como categoría diagnóstica y sus principales abordajes terapéuticos

La Organización Mundial de la Salud incluyó a la Fibromialgia en su décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades -CIE-10 (OMS, 1992)- en el grupo de los Trastornos de los tejidos blandos de las Enfermedades del sistema músculo-esquelético y tejido conectivo, bajo el código M79.0. Esta misma institución formula, además, recomendaciones para el tratamiento del dolor crónico en adultos -en el que incluye tanto a la Fibromialgia como al dolor lumbar, osteoartritis y artritis reumatoidea- proponiendo que éste debe establecerse desde una perspectiva integral e interdisciplinar (OMS, 2008).

En efecto, existen en la actualidad diferentes propuestas de trata-

miento para la Fibromialgia. Entre los tratamientos más difundidos e investigados, se encuentran los abordajes psicofarmacológicos, entre los que se destacan los antidepresivos -por ejemplo, duloxetina, milnacipram y venlafaxina (Dharmshaktu, Tayal, & Kalra, 2012)- y los anticonvulsivantes -principalmente, pregabalina (Choy et al, 2011)-, aunque también es frecuente la utilización de antiinflamatorios no esteróideos (AINEs), opioides u otros analgésicos. También se han promovido tratamientos físicos de entrenamiento o de rehabilitación física, entre los que se destacan programas orientados al fortalecimiento físico (p.e., King et al, 2002), entrenamiento aeróbico (p.e. Wigers et al, 1996) o de integración de ejercicios “de estilo de vida” a las actividades cotidianas (Fontaine, Conn, & Claw, 2010), así como también terapias manipulativas como los masajes, la terapia craneosacral, la osteopatía y la quiropraxia. Asimismo, se han desarrollado programas de tratamiento psicológico -en especial desde las corrientes cognitivo-conductuales-, los cuales se caracterizan, en general, por integrar estrategias psicoeducativas, reestructuración cognitiva, asignación gradual de actividades, técnicas de relajación, entre otras (p.e. ver Otis, 2007; Thorn, 2004), las cuales han permitido obtener resultados tanto en lo que respecta a la percepción y tolerancia al dolor como de los aspectos emocionales asociados a su causa y mantenimiento. A su vez, en los últimos años se han difundido cada vez más la utilización de medicinas alternativas/complementarias, tales como la acupuntura, tai-chi-chuán, qi-gong, reflexología, terapias naturales o meditación (Terhorst, 2011).

La literatura indica que la utilización de programas multidisciplinarios de tratamiento son más efectivos que los programas monocomponentes en la reducción de la intensidad del dolor (Fitzcharles et al, 2012, American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management, 2010), lo cual es coherente con las recomendaciones propuestas por la OMS. Así, los abordajes interdisciplinarios y multicomponentes para la fibromialgia incluyen: medicamentos para disminuir el dolor y mejorar el sueño; programas de ejercicio físico para estirar los músculos y mejorar la capacidad cardiovascular; técnicas de relajación para aliviar la tensión muscular y la ansiedad; programas educativos que le ayuden a comprender y a controlar la fibromialgia; terapia cognitiva para cambiar las creencias, expectativas y atribuciones asociadas a los síntomas de fibromialgia; técnicas de resolución de problemas; estrategias de afrontamiento comportamentales para hacer frente al dolor; medicinas no convencionales -MAC-, en especial quiropraxia y osteopatía (Fitzcharles et al, 2012; Munguía, Legaz & Alegre, 2007). Estas recomendaciones implican que las estrategias de complementariedad terapéutica parecieran ser la norma más que la excepción en este tipo de dolencias.

En la actualidad, esta enfermedad se ha convertido en un importante problema de salud pública a nivel mundial, dado el grado de sufrimiento e impacto en la calidad de vida de quienes la padecen. Su prevalencia en población general se estima entre el 0,7 y el 4% (Lorenzen, 1994; Wolfe et al, 1995; Claw, 2001) y es más común en mujeres adultas (80%). Sin embargo, no existen estudios epidemiológicos oficiales y locales que indaguen respecto de la prevalencia y las características de esta enfermedad en nuestro país, a la vez que también son escasos los trabajos publicados sobre el tema en revistas especializadas e indexadas por autores locales, salvo contadas excepciones (p.e.: Marchesoni et al, 2012, en el campo de la neurología). Mucho menos aún se han realizado estudios para evaluar los abordajes terapéuticos propuestos por organismos internacionales y extranjeros, cuestión que evidencia una vacancia importante tanto a nivel de los aportes de la psicología como de las

disciplinas de la salud en general sobre esta temática. Por este motivo, consideramos esencial realizar un trabajo exploratorio sobre las nociones locales de este malestar, tanto desde una perspectiva profesional como desde la de los usuarios del sistema de salud.

Variables culturales en salud y salud mental

Ahora bien, partimos de la idea de que la enfermedad o la dolencia no es sólo aquello que describe la biomedicina, sino que también involucra las intelecciones, prácticas y experiencias de los padecientes. Ello nos remite a la distinción que se realiza desde la antropología médica respecto de *illness* y *disease*, como dos elementos de *sickness*, "estar enfermo". *Disease* connota la visión profesional, el deterioro de los procesos biológicos y/o psicológicos, mientras que *illness* connota el contenido social de la enfermedad, incluyendo los significados de los enfermos y familiares (Kleinman, 1980; Kleinman, Eisenberg & Good, 1978).

Dada la importancia de las creencias y expectativas en el éxito de los tratamientos en salud mental (Kleinman, 1980; Karasz et al, 2009), tal distinción deberá ser considerada a la hora de planificar intervenciones que sean sensibles a las variables culturales y sociales de los padecientes. Teniendo en cuenta el peso que tienen las creencias y motivaciones en el caso del dolor, en especial de la Fibromialgia, la indagación de estos aspectos resulta central.

Dado el vasto espectro de sintomatología asociada con la Fibromialgia, a la vez que la amplitud de tratamientos propuestos, tanto por la OMS como por autores de distintas disciplinas -y teniendo en cuenta, también la mutua implicación entre creencias sobre la enfermedad y búsquedas de salud (Groleau & Kirmayer, 2004; Karasz & Dempsey, 2008)-, es importante indagar también respecto de las búsquedas de salud en la población afectada. En este sentido, las ciencias sociales y humanas han destacado que los motivos de elección para la utilización de diferentes medicinas para un mismo malestar pueden ser diversos, y que exceden las propuestas basadas en el paradigma biomédico (Leslie, 1980; Bodeker, 2001). En el plano de las búsquedas de salud y de la complementariedad terapéutica, distintos estudios internacionales han destacado la preferencia por parte de los usuarios de tratamientos alternativos o no convencionales en el caso de diferentes trastornos (p.e.: Jorm, 2000; Jorm, et al, 2000; Mamtani & Cimino, 2002). Por ejemplo, Kessler et al (2001) señalan que en los Estados Unidos la mayoría de la población que presenta trastornos de ansiedad o depresión concretamente utilizan medicinas alternativas -en forma excluyente o complementaria- y que, de hecho, en muchos casos las prefieren por sobre los abordajes convencionales. De la misma manera, este fenómeno también se presenta en el caso de la Fibromialgia (p.e., Lind et al, 2007). En nuestro país, resultados similares se han encontrado en el caso de la depresión (Korman e Idoyaga Molina, 2010), la ansiedad (Sarudiansky, 2010 y 2012) o el cáncer (Luxardo, 2005). Al mismo tiempo, la perspectiva abierta y flexible en cuanto a recursos técnicos de algunas tradiciones psicoterapéuticas actuales -como es el caso del eclecticismo técnico propuesto por las psicoterapias cognitivo-comportamentales- abre paso para la integración formal de técnicas y estrategias que podríamos ubicar en el plano alternativo o no convencional, dentro de los planes de tratamiento de base biomédica, en especial con respecto a trastornos o problemáticas de tipo crónico o recurrente. Se trata de innovaciones en la terapia cognitivo-comportamental que están recibiendo apoyo empírico contribuyendo a la evolución de esta perspectiva terapéutica. Ejemplos de ello son el *Mindfulness-Based Stress Reduction Program - MBSR-* propuesto por Jon Kabat-Zinn (1990), como así también diversas propuestas terapéuticas desde

la terapia cognitiva para la depresión crónica (Segal, Williams & Teasdale, 2002) el trastorno *borderline* de la personalidad (Linehan, 1993), trastornos alimentarios (Kristeller, Baer & Quillian-Wolever, 2006), e incluso el dolor crónico (Gardner-Nix & Kabat-Zinn, 2009).

Palabras finales

La Fibromialgia es uno de los síndromes de dolor crónico más difundidos en la actualidad, pero del que aún se desconoce su etiología específica. Sus criterios diagnósticos son producto del consenso entre profesionales y se encuentran en constante revisión.

Estas cualidades han derivado en el particular interés de investigar sobre la importancia de los aspectos psicológicos en su origen y desarrollo, cuestión que ha propiciado la integración de las disciplinas "psi" tanto en lo que hace a su conceptualización y como en su tratamiento. A su vez, ponen en el centro de la escena la importancia de los aspectos culturales y de las atribuciones sobre la salud, la enfermedad y la cura. Por este motivo, hemos destacado los aportes de algunos autores clave de la antropología médica y la psiquiatría transcultural, quienes plantean la mutua implicación entre la dimensión social y personal de la enfermedad -la vertiente *illness-* y las conductas de búsquedas de salud realizadas por los padecientes, entre las que se integran, además, distintos factores que podrían influir en la adherencia y aceptación de los tratamientos propuestos.

En nuestro país, la Fibromialgia es un síndrome que en los últimos años ha comenzado a llamar el interés de profesionales y especialistas de diferentes áreas, entre ellas la salud mental. Por estos motivos, destacamos la necesidad de indagar localmente sobre los diferentes aspectos de la enfermedad, tanto desde la perspectiva profesional como desde los usuarios. De esta manera, se podrá realizar una suerte de demarcación de las creencias y atribuciones asociadas al malestar, como así también de las estrategias disponibles y aceptadas por los padecientes, cubriendo así una carencia cognitiva sobre una enfermedad que, aunque aún poco estudiada a nivel regional, representa un importante tópico de salud pública a nivel mundial.

BIBLIOGRAFIA

- Bodeker G. (2001) Improving knowledge sharing and the contribution of complementary health systems. En: Bell K. (Ed.) Health in the Commonwealth: Priorities and perspectives 2001/2002. London: Kensington Press.
- Choy, E., Marshall, D., Gabriel, Z.L., Mitchell, S.A., Gylee, E. & Dakin, H.A. (2011) A systematic review and mixed treatment comparison of the efficacy of pharmacological treatments for fibromyalgia, *Semin Arthritis Rheum*, 41(3):335-45.
- Dharmshaktu, P., Tayal, V. & Kalra, B.S. (2012) Efficacy of antidepressants as analgesics: a review, *J Clin Pharmacol*, 52(1):6-17.
- Fitzcharles, M.A., Ste-Marie, P.A., Goldemberg, D.L., Pereira, J.X., Abbey, S., Choinière, M., Ko, G., et al (2012) 2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome, *Canadian Pain Society*. Disponible en: http://www.canadianpainsociety.ca/pdf/Fibromyalgia_Guidelines_2012.pdf [fecha de consulta 23/10/2012].
- Gardner-Nix, J. & Kabat-Zinn, J. (2009) *The mindfulness solution to pain*. Oakland (CA) New Harbinger Publications.
- Groleau, D. & Kirmayer, L.J. (2004) Sociosomatic theory in Vietnamese immigrants' narratives of distress, *Anthropology & Medicine*, 11 (92), 117-133.
- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G.E. & Gater, R. (1998) Persistent pain and well-being. A World Health Organization study in primary care, *Journal of the American Medical Association*, 280(2) 147-151
- International Association for the Study of Pain (IASP)(2011) IASP Taxo-

- nomy. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm> [fecha de consulta 08/06/2012]
- Jorm, A. (2000) Mental health literacy: Public's knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Jorm, A., Medway, J., Christensen, H., et al (2000) Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression: effects on actions taken when experiencing anxiety and depression symptoms, *Aust N Z J Psychiatry*, 34:619-626.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Delta.
- Karasz, A. & Dempsey, K. (2008) Health Seeking for Ambiguous Symptoms in Two Cultural Groups: A Comparative Study, *Transcultural Psychiatry*, 45(3) 415-438.
- Karasz, A., García, N. & Ferri, L. (2009) Conceptual Models of Depression in Primary Care Patients: A Comparative Study, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 40(6):1041-59.
- Kessler, R.C., Soukup, J., Davis, R., Foster, D., Wilkey, S., Van Rompay, M., et al. (2001) The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States, *American Journal of Psychiatry*, 158:289-294.
- Kleinman, A.M. (1980) *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978) Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research, *Annals of Internal Medicine*, 88:251-258.
- Korman, G. & Idoyaga Molina, A. (2010) *Cultura y depresión. Aportes antropológicos para la conceptualización de los trastornos mentales*. Buenos Aires: Akadia
- Kristeller, J.L., Baer, R.A., Quillian-Wolever, R. (2006) Mindfulness-based approaches to eating disorders. En: Baer RA (Ed.) *Mindfulness-Based Treatment Approaches: A Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. San Diego, CA: Academic Press.
- Leslie, C. (1980) Medical Pluralism in world perspective, *Social Science and Medicine*, 14(b).
- Linehan, M. (1993) *Cognitive behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Lorenzen, I. (1994) Fibromyalgia: a Clinical Challenge (review), *Journal of Internal Medicine*, 235, 199-203.
- Luxardo, N. (2005) *Cáncer: historia, representaciones y terapias*. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales y Salud, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Mamtani, R. & Cimino, A. (2002) A primer of complementary and alternative medicine and its relevance in the treatment of mental health problems, *Psychiatric Quarterly*, 73(4):367-81.
- Marchesoni, C.L., Buonanotte, F. & Rey, R. (2012) Fibromialgia para neurólogos. Controversias sobre una consulta frecuente, *Neurología Argentina*, 4(1)
- Melzack, R. & Wall, P.D. (1965) Pain mechanisms: a new theory, *Science*, 150:971-9.
- Munguía, D., Legaz, A. & Alegre, C. (2007) *Guía de práctica clínica sobre el síndrome de Fibromialgia para profesionales de la salud*. Madrid: Elsevier.
- Otis, J.D., Reid, M.C. & Kerns, R.D. (2005) The management of chronic pain in the primary care setting. En: LC. James & RA. Folen (Eds.), *Primary care chinal health psychology: A model for the next frontier*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Sarudiansky, M. (2010) La ansiedad como constructo complejo. Discursos teóricos y perspectivas idiosincráticas en Buenos Aires (Argentina), *Revista Investigaciones en Psicología*, 15(2):117-134
- Segal, Z.V., Williams, M.G. & Teasdale, J.D. (2002) *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Sweet, W.H. (1959) Pain. En: Field; Magoun & Hall (Eds.) *Handbook of Physiology*. Washington, D.C.: Am. Physiol. Soc.
- Wilke, W.S. (2009) New developments in the diagnosis of fibromyalgia in drome: Say goodbye to tender points?, *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76(6):345-352.
- Wolfe F., Hawley, D.J. & Wilson, K. (1996) The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease, *Journal of Rheumatology*, 23(8):1407-17.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, J. & Herbert, L. (1995) The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population, *Arthritis Reum.*, 38(1):19-28
- Wolfe, F., Smythe, M.B., Yunus, M.B., Bennet, R.M., Bombardier, C., et al. (1990) The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Fibromyalgia, Arthritis and Rheumatism, 33(2) 160-172
- World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2008) *Scoping document for WHO Treatment Guidelines on chronic non-malignant pain in adults*. Geneva: WHO.