

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR PARA LA FIBROMIALGIA Y EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Ana I. Sánchez, M. Goya Nakakaneku, Elena Miró y M. Pilar Martínez
Universidad de Granada (España)

Resumen

Los objetivos de esta revisión sistemática fueron examinar la eficacia del tratamiento multidisciplinar (TM) aplicado a pacientes con fibromialgia y síndrome de fatiga crónica (SFC), junto con la exploración de predictores, mediadores y moderadores de resultados. Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las bases de datos *Medline*, *PsycInfo*, *Scopus* y *Cochrane Library* en el período 1990-2018. En total, 31 artículos de fibromialgia y seis de SFC fueron identificados. Los resultados reflejaron que en fibromialgia el TM fue más eficaz que la lista de espera (LDE) y el tratamiento médico habitual, produciendo las mejoras más consistentes en funcionalidad, dolor, calidad de vida y aptitud física. En el SFC los beneficios fueron menores que en fibromialgia, y el TM fue solo más eficaz que la LDE y disminuyó principalmente la discapacidad. Sin embargo, las evidencias no fueron suficientes para constatar la superioridad del TM frente a otros tratamientos activos, ni para consolidar el valor pronóstico de los predictores, mediadores y moderadores de resultados informados.

PALABRAS CLAVE: *fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, tratamiento multidisciplinar, eficacia terapéutica.*

Abstract

The aims of this systematic review were to analyze and to compare the efficacy of the multidisciplinary treatment (MT) applied to patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome (CFS). Also, predictors, mediators and moderators of results were examined. An exhaustive literature search was carried out in the databases *Medline*, *PsycInfo*, *Scopus* and *Cochrane Library* in the period 1990-2018. In total, 31 articles on fibromyalgia and six on CFS were identified. The results showed that in fibromyalgia, MT was more effective than waiting list controls (WLC) and the usual treatment, producing the most consistent improvements in functionality, pain, quality of life and physical fitness. As to CFS, there were fewer benefits than in fibromyalgia, and the MT was only more effective than the WLC, and it mainly decreased the disability. However, the evidence was not enough to confirm the superiority of MT over other active treatments, nor to consolidate the prognostic value of the predictors, mediators and moderators of the reported results.

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación financiado por la Agencia Estatal de Investigación (AEI) de España (PID2019-109612GB-I00/AEI/10.13039/501100011033).

Correspondencia: Ana I. Sánchez, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Granada, Campus Universitario de Cartuja, s/n, 18071 Granada (España). E-mail: aisabel@ugr.es

KEY WORDS: *fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, multidisciplinary treatment, therapeutic efficacy.*

Introducción

La fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica (SFC) son condiciones complejas y heterogéneas, que se caracterizan respectivamente por dolor músculo- esquelético generalizado y fatiga persistente e incapacitante. Sin embargo, ni el dolor ni la fatiga son específicos de ambos síndromes, y estos y otros síntomas como las alteraciones del sueño, los problemas del estado de ánimo, las cefaleas y las dificultades cognitivas, pueden existir en ambos casos (Fernández *et al.*, 2009; Miró, Martínez, Sánchez, Prados y Diener, 2012; Sifuentes-Giraldo y Morell-Hita, 2017). En cuanto a su prevalencia, la fibromialgia se diagnóstica con una media del 4% de la población mundial, y solo un 0,3% en el SFC (Natelson, 2019). Los síndromes afectan principalmente a mujeres de entre 20 y 55 años en fibromialgia y de entre 20 y 40 años en SFC, y tienden a la cronicidad, provocando un alto grado de discapacidad y deterioro de la calidad de vida (Del Río, García y Botella; 2014; Fernández *et al.*, 2009; Sifuentes-Giraldo y Morell-Hita, 2017). La etiología exacta de los síndromes es desconocida y se han propuesto como agentes que contribuyen a su patogénesis la desregulación del sistema nervioso central y las alteraciones inmunológicas, neuroendocrinas y psicológicas (Bassi, Amital, Amital, Doria y Shoefeld, 2008; Bellato *et al.*, 2012).

Debido a la diversidad de perfiles sintomatológicos asociados y a su naturaleza multifactorial, el manejo de la fibromialgia y el SFC supone un gran desafío terapéutico. En este contexto, las intervenciones que aúnan actuaciones procedentes de diversas disciplinas están demostrando ser la vía más eficaz en ambos casos. Así, por ejemplo, un metaanálisis de fibromialgia (Häuser, Bernardy, Arnold, Offenbächer y Schiltewolf, 2009) obtuvo una fuerte evidencia a favor de los beneficios a corto plazo del tratamiento multidisciplinar (TM) constituido por al menos un componente educativo o terapia psicológica y al menos una terapia de ejercicio físico (EF). El TM conducía a la reducción del dolor, la fatiga, los síntomas depresivos y las limitaciones en la calidad de vida y, por otra parte, al aumento de la autoeficacia del dolor y la aptitud física de los pacientes. Sin embargo, los efectos a largo plazo no fueron significativos excepto en aptitud física.

A su vez, varias revisiones de guías basadas en la evidencia para la fibromialgia (García, Martínez y Saturno, 2016; Häuser, Thieme y Turk, 2010) también informaron que el TM produce mejores resultados que la aplicación de cualquier otro tratamiento de forma aislada, aunque también critican la gran disparidad tanto en presencia como en fuerza de recomendación de muchos tratamientos. Häuser *et al.* (2010) encontraron que de las tres guías basadas en la evidencia que incluyeron en su revisión, dos de ellas recomendaron como tratamientos de primera elección el EF aeróbico, la terapia cognitivo conductual (TCC), la amitriptilina y el TM, mientras que la guía restante asignó el máximo nivel de recomendación a la farmacoterapia. Posteriormente, García *et al.* (2016) revisaron seis guías y señalaron que las terapias no farmacológicas eran los tratamientos de primera elección, siendo el EF y la TCC los procedimientos con mayor evidencia y beneficio neto. En cambio, el uso de

fármacos se recomendó solo para episodios de dolor intenso y síntomas no controlados, siendo la amitriptilina el único fármaco con evidencia sólida.

Por lo tanto, aunque hay un acuerdo sobre la necesidad de un abordaje interdisciplinar de la fibromialgia, existe una controversia en torno a los tratamientos a priorizar. Además, en esta área, recientes metaanálisis (Nüesch, Häuser, Bernardy, Barth y Jüni, 2012; Papadopoulou, Fassoulaki, Tsoulas, Siafaka y Vadalouca, 2016) constataban que la utilidad de la farmacoterapia era de una relevancia clínica cuestionable, y que los beneficios de los tratamientos no farmacológicos eran limitados. Por último y más recientemente, Giusti, Castelnuovo y Molinari (2017) en una revisión sistemática de las características de los TM, encontraron que estos eran muy heterogéneos en términos de número, tipo e integración de los componentes y profesionales, así como en términos de duración e intensidad.

De igual manera que con la fibromialgia, el tratamiento del SFC arroja las mismas dificultades con una considerable menor evidencia científica, acorde con la menor prevalencia del síndrome. Recientemente, Theoharides (2019) señala que probablemente ningún enfoque terapéutico aborde todos los síntomas en la mayoría de los pacientes y, por lo tanto, la mejor estrategia podría ser trabajar con subgrupos en función de biomarcadores y/o sintomatología común. Conforme a esta conclusión encontramos que las únicas terapias respaldadas por suficiente evidencia científica son la terapia de EF gradual y la TCC (p. ej., Chambers, Bagnall, Hempel y Fobes, 2006; Fernández *et al.*, 2009; Larun, Brurberg, Odgaard-Jensen y Price, 2017; Malouff, Thorsteinsson, Rooke, Bhullar y Schutte, 2008; Whiting *et al.*, 2001). Según una revisión reciente de Cochrane (Larun *et al.*, 2017), el EF y la TCC tienen una eficacia similar en la reducción de síntomas de fatiga a corto y largo plazo, no obstante, no obtuvieron resultados concluyentes sobre otros síntomas como el dolor, la calidad de vida, la ansiedad, la depresión, la tasa de abandono y los recursos de los servicios de salud.

Así pues, recopilar información de ambas condiciones beneficiaría principalmente al tratamiento del SFC, dado que no existen revisiones que recojan la eficacia terapéutica del TM en SFC en solitario o junto con la fibromialgia. Teniendo en cuenta las limitaciones de los estudios, el objetivo principal de la presente revisión sistemática es evaluar la eficacia del TM aplicado en pacientes con fibromialgia y SFC a corto y largo plazo, a través de la descripción y síntesis de los tratamientos y resultados obtenidos. Como objetivos secundarios, se pretende comparar el efecto del TM en ambos síndromes y recopilar información acerca de predictores, mediadores y moderadores de resultados con el fin de mejorar la eficacia de los tratamientos al adaptarlos a las características individuales de los pacientes.

Método

Para la realización de esta revisión sistemática se han seguido las recomendaciones de la guía PRISMA (Liberati *et al.*, 2009).

Fuentes de información y ecuación de búsqueda

Se realizó una rigurosa búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos *Medline*, *PsycInfo*, *Scopus* y *Cochrane Library* en el período comprendido entre 1990 (año de publicación de los criterios diagnósticos de fibromialgia de la *American College of Rheumatology*, ACR; Wolfe *et al.*, 1990) y 2018. Los términos de búsqueda utilizados para el título y el resumen fueron: (*fibromyalgia OR chronic fatigue syndrome*) AND (*multidisciplinar OR interdisciplinar*). También se incorporaron estudios identificados a partir de búsquedas manuales.

Criterios de inclusión y exclusión

Se seleccionaron los artículos que reunieron los siguientes criterios: 1) ser un estudio empírico publicado en una revista científica a texto completo; 2) escrito en inglés o español; 3) centrado en analizar la eficacia de un TM o interdisciplinar; 4) que incluyese como mínimo tres componentes terapéuticos de diferentes disciplinas (farmacológicas o no farmacológicas); 5) pacientes adultos mayores de 18 años; 6) con diagnóstico principal de fibromialgia según los criterios ACR (Wolfe *et al.*, 1990) o de SFC según los criterios internacionales o Center for Disease Control, CDC-94 (Fukuda *et al.*, 1994); y 7) que no presentasen otra condición comórbida grave, médica (p. ej., cáncer, esclerosis múltiple, etc.) y/o psicológica (p. ej., depresión con ideación suicida, esquizofrenia, etc.).

Se excluyeron los artículos que no cumplieron los requisitos anteriores, así como aquellos: 1) cuya muestra incluía pacientes con otros diagnósticos además de fibromialgia y/o SFC y no se presentaban los resultados distinguiendo entre los correspondientes diagnósticos; 2) que no especificaron los componentes del programa multidisciplinar; o 3) eran estudios de caso, de revisión sistemática, metaanálisis, guías clínicas y protocolos de intervención.

Proceso de búsqueda y selección de artículos

En la figura 1 se presenta de forma gráfica el proceso de selección de los estudios. La búsqueda bibliográfica identificó inicialmente 1222 referencias, de las cuales 1214 fueron obtenidas a través de bases de datos electrónicas y ocho a partir de la búsqueda manual. Tras eliminar duplicados, 634 referencias fueron seleccionadas para un análisis más detallado con base en los criterios de inclusión y exclusión. Luego, los artículos fueron revisados en función del título y el resumen y 109 fueron seleccionados para ser examinados a texto completo. Finalmente, 37 artículos fueron incluidos para la revisión sistemática, 31 de fibromialgia y 6 de SFC.

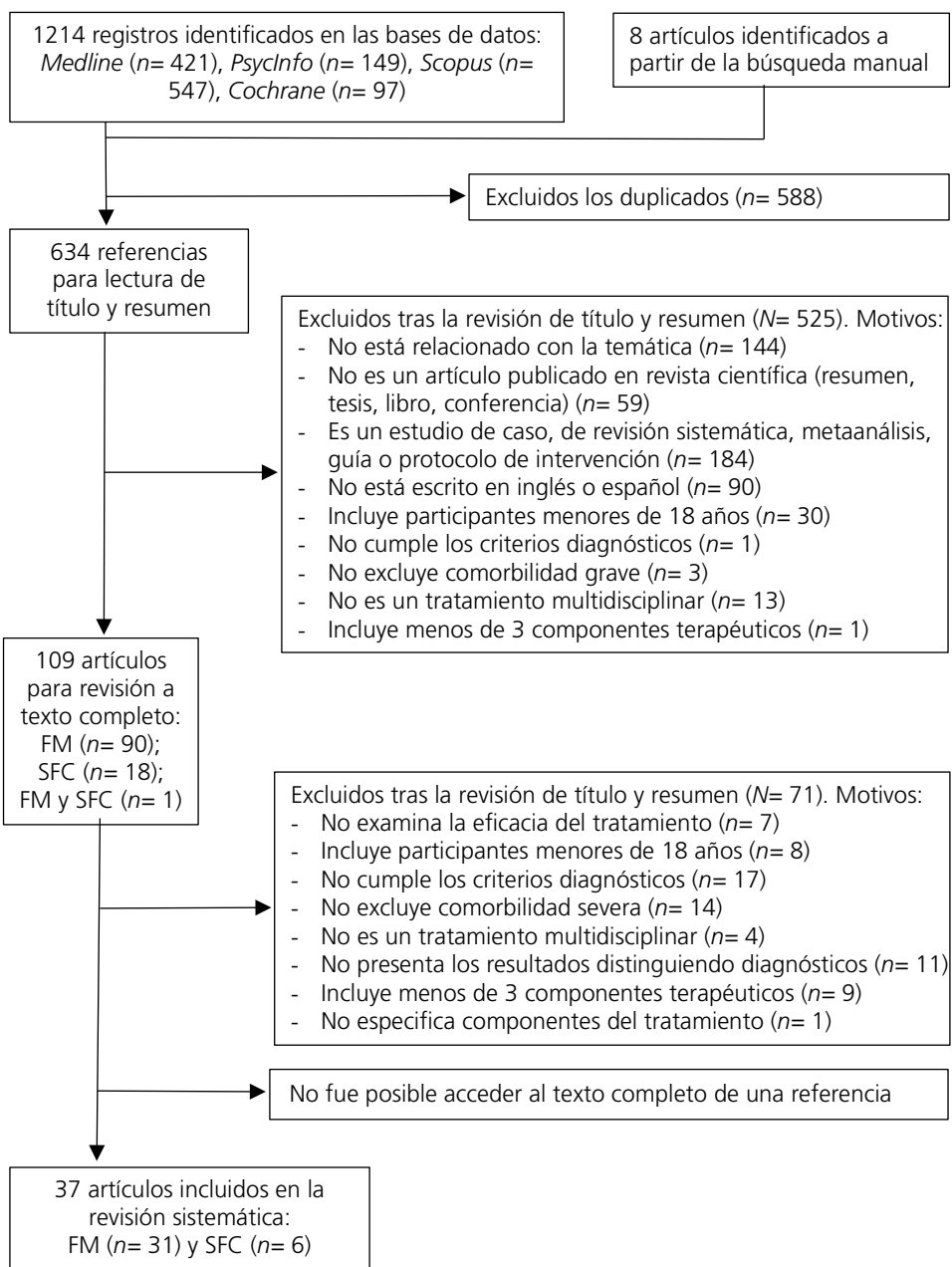
Codificación de los resultados

Para el análisis de la información recabada en los artículos seleccionados, se recopilaron los siguientes datos: autores, año de publicación, objetivo principal del estudio, diseño de la investigación, características de la muestra (número de participantes, sexo, edad, diagnóstico), áreas de evaluación e instrumentos,

condición experimental (número de participantes, contenido del programa terapéutico, frecuencia, duración y formato de las sesiones), condiciones de control (número de participantes, contenido y formato de la actuación) y principales resultados.

Figura 1

Diagrama de flujo de estudios excluidos e incluidos en la revisión sistemática



Resultados

En el anexo se incluyen los 37 artículos analizados en la presente revisión. Los estudios están listados en orden alfabético bajo el nombre del primer autor con las principales características de cada uno de ellos.

Descripción general de los estudios

Con respecto al origen de los artículos incluidos en esta revisión, 13 se llevaron a cabo en España (fibromialgia: Castel *et al.*, 2013, 2015; Gelman, Lera, Caballero y López, 2002; Lera *et al.*, 2009; Luciano *et al.*, 2013; Martín *et al.*, 2012, 2014, 2014a, 2014b, 2017; Salvat *et al.*, 2017; Torres *et al.*, 2009; y SFC: Núñez *et al.*, 2011), cinco en Holanda (fibromialgia: van Eijk-Hustings *et al.*, 2013; y SFC: Schreurs, Veehof, Passade y Vollenbroek-Hutten, 2011; Vos-Vromans, Huijnen *et al.*, 2016; Vos-Vromans, Smeets *et al.*, 2016; Vos-Vromans *et al.*, 2017), tres en Canadá (fibromialgia: Lemstra y Olszynski, 2005; Nielson, Harth y Bell, 1997; Nielson y Jensen, 2004), tres en Dinamarca (fibromialgia: Amris *et al.*, 2014, 2016; Rasmussen *et al.*, 2017), tres en Suiza (fibromialgia: Angst, Brioschi, Main, Lehmann y Aeschlimann, 2006; Cedraschi *et al.*, 2004; Verra *et al.*, 2009), dos en Italia (fibromialgia: Bonifazi *et al.*, 2006; Suman *et al.*, 2009), dos en EEUU (fibromialgia: Burckhardt, Clark, O'reilly y Bennett, 1997; Walitt *et al.*, 2007), dos en Brasil (fibromialgia: Martins *et al.*, 2014; Riberto *et al.*, 2011) y uno en Noruega (fibromialgia: Hamnes, Mowinckel, Kjekken y Hagen, 2012), uno en Turquía (fibromialgia: Saral, Sindel, Esmaeilzadeh y Sertel-Berk, 2016), uno en Japón (SFC: Masuda, Nakayama, Yamanaka, Koga y Tei, 2002) y uno en Alemania (fibromialgia: Wang, Buchner, Moser, Daniel y Schiltenswolf, 2009).

Descripción general de los estudios de fibromialgia

Con relación a la muestra, el número de pacientes con fibromialgia incluido en cada estudio estuvo entre 9 y 216 ($M= 102$) y en total se recogieron 2449 pacientes. Un estudio incluyó controles sanos (Wang *et al.*, 2009) y otro estudio añadió como grupo control pacientes sin fibromialgia, pero con quejas a nivel musculoesquelético o neural (Martins *et al.*, 2014). Otro artículo incorporó pacientes con dolor de espalda junto a los de fibromialgia (Angst *et al.*, 2006). La edad media de los pacientes con fibromialgia fue de 47,5 años. En cuanto al sexo de los participantes, fue más prevalente el número de mujeres que de hombres. Catorce estudios emplearon solo muestras de mujeres (Amris *et al.*, 2014, 2016; Bonifazi *et al.*, 2006; Burckhardt *et al.*, 1997; Castel *et al.*, 2013, 2015; Gelman *et al.*, 2002; Lera *et al.*, 2009; Rasmussen *et al.*, 2017; Riberto *et al.*, 2011; Salvat *et al.*, 2017; Saral *et al.*, 2016; Suman *et al.*, 2009; Walitt *et al.*, 2007). El resto de los estudios ($n= 17$) reclutaron tanto hombres como mujeres y, a excepción de un estudio (Martins *et al.*, 2014), todos ($n= 16$) tuvieron un porcentaje de mujeres superior al 85%.

En cuanto a los TM implementados en fibromialgia, su duración comprendió entre 1 y 16 semanas, y un estudio incluyó sesiones de seguimiento durante 9 meses (van Eijk-Hustings *et al.*, 2013). La duración total en horas osciló entre 12 y 120h

por tratamiento ($M= 48,76h$), mientras que cinco artículos no especificaron dicha información (Burckhardt *et al.*, 1997; Nielson *et al.*, 1997; Nielson y Jensen, 2004; Saral *et al.*, 2016; Walitt *et al.*, 2007). La mayoría de los programas se aplicaron en un contexto extrahospitalario o no residencial ($n= 27$), mientras que solo cuatro programas se desarrollaron en un entorno hospitalario o residencial (Bonifazi *et al.*, 2006; Hamnes *et al.*, 2012; Suman *et al.*, 2009; Wang *et al.*, 2009). Concretamente, en cuanto a frecuencia de las sesiones, 10 estudios fueron intensivos, con sesiones diarias que intercalaban días de descanso (Amris *et al.*, 2014, 2016; Angst *et al.*, 2006; Bonifazi *et al.*, 2006; Hamnes *et al.*, 2012; Nielson *et al.*, 1997; Rasmussen *et al.*, 2017; Suman *et al.*, 2009; Verra *et al.*, 2009; Wang *et al.*, 2009). El resto de los estudios ($n= 21$), excepto 2 estudios que no informaron del formato de las sesiones (Burckhardt *et al.*, 1997; Nielson y Jensen, 2004), impartieron las sesiones semanalmente. Con respecto a la modalidad de las sesiones, solo dos estudios utilizaron un formato individual (Suman *et al.*, 2009; Walitt *et al.*, 2007) y seis un formato mixto, con sesiones individuales y en grupo (Angst *et al.*, 2006; Nielson y Jensen, 2004; Torres *et al.*, 2009; van Eijk-Hustings *et al.*, 2013; Verra *et al.*, 2009; Wang *et al.*, 2009). Los restantes 23 estudios utilizaron un formato grupal. Los grupos estuvieron formados por un mínimo de 6 pacientes hasta un máximo de 16, y en 10 estudios no se aportó este dato (Angst *et al.*, 2006; Bonifazi *et al.*, 2006; Gelman *et al.*, 2002; Martins *et al.*, 2014; Nielson y Jensen, 2004; Riberto *et al.*, 2011; Saral *et al.*, 2016; Torres *et al.*, 2009; Verra *et al.*, 2009; Wang *et al.*, 2009).

El número y la integración de los diferentes componentes y disciplinas fue heterogéneo, siendo el EF el único componente terapéutico común a todas las intervenciones. El segundo componente más aplicado fue el tratamiento psicológico, que se incorporó en 25 estudios, de los cuales 22 fueron TCC (Angst *et al.*, 2006; Bonifazi *et al.*, 2006; Burckhardt *et al.*, 1997; Castel *et al.*, 2013, 2015; Gelman *et al.*, 2002; Lera *et al.*, 2009; Martín *et al.*, 2012, 2014, 2014a, 2014b, 2017; Martins *et al.*, 2014; Nielson *et al.*, 1997; Nielson y Jensen, 2004; Riberto *et al.*, 2011; Salvat *et al.*, 2017; Saral *et al.*, 2016; Suman *et al.*, 2009; Torres *et al.*, 2009; Verra *et al.*, 2009; Walitt *et al.*, 2007). Otras técnicas psicológicas empleadas fueron la terapia transaccional y la terapia racional emotiva (van Eijk-Hustings *et al.*, 2013), el tratamiento conductual y una psicoterapia de enfoque no especificado (Wang *et al.*, 2009), y técnicas de modificación de conducta para el manejo del dolor y el estrés (Lemstra y Olszynski, 2005). El tercer componente que más apareció fue el educativo, en un total de 23 estudios (Amris *et al.*, 2014, 2016; Angst *et al.*, 2006; Bonifazi *et al.*, 2006; Burckhardt *et al.*, 1997; Cedraschi *et al.*, 2004; Hamnes *et al.*, 2012; Lemstra y Olszynski, 2005; Lera *et al.*, 2009; Luciano *et al.*, 2013; Martín *et al.*, 2012, 2014, 2014a, 2014b, 2017; Martins *et al.*, 2014; Rasmussen *et al.*, 2017; Riberto *et al.*, 2011; Saral *et al.*, 2016; Suman *et al.*, 2009; Torres *et al.*, 2009; Verra *et al.*, 2009; Wang *et al.*, 2009). La farmacoterapia fue el cuarto componente más aplicado ($n= 19$) (Angst *et al.*, 2006; Bonifazi *et al.*, 2006; Burckhardt *et al.*, 1997; Castel *et al.*, 2013, 2015; Gelman *et al.*, 2002; Lera *et al.*, 2009; Luciano *et al.*, 2013; Martín *et al.*, 2012, 2014, 2014a, 2014b, 2017; Nielson *et al.*, 1997; Nielson y Jensen, 2004; Salvat *et al.*, 2017; Torres *et al.*, 2009; Verra *et al.*, 2009; Walitt *et al.*, 2007), y el quinto la terapia ocupacional (TO), que se administró en 12 estudios (Amris *et al.*, 2014, 2016; Angst *et al.*, 2006; Cedraschi *et al.*, 2004; Hamnes *et al.*, 2012;

Martins *et al.*, 2014; Nielson *et al.*, 1997; Nielson y Jensen, 2004; Rasmussen *et al.*, 2017; Riberto *et al.*, 2011; Torres *et al.*, 2009; Verra *et al.*, 2009). Ya en menor medida, otros componentes terapéuticos incorporados fueron las discusiones grupales en seis estudios (Amris *et al.*, 2014, 2016; Cedraschi *et al.*, 2004; Hamnes *et al.*, 2012; Lera *et al.*, 2009; Rasmussen *et al.*, 2017) y la atención médica en otros cinco estudios (Angst *et al.*, 2006; Gelman *et al.*, 2002; Lera *et al.*, 2009; Verra *et al.*, 2009; Walitt *et al.*, 2007). Los componentes menos comunes fueron la fisioterapia, que apareció en tres estudios (Angst *et al.*, 2006; van Eijk-Hustings *et al.*, 2013; Verra *et al.*, 2009), la medicina tradicional china -Quigong y otros-, y las actividades creativas (p. ej., terapia del humor) en dos estudios (Angst *et al.*, 2006; Verra *et al.*, 2009), y en un solo estudio se contemplaron el masaje terapéutico y la nutrición (Lemstra y Olszynski, 2005), la relajación autógena (Luciano *et al.*, 2013), la estimulación transcraneal con corriente continua (tDCS) (Riberto *et al.*, 2011), la socioterapia y la terapia de artes creativas (van Eijk-Hustings *et al.*, 2013) y el entrenamiento ergonómico e intervención en el lugar de trabajo (Wang *et al.*, 2009).

Por último, en cuanto a variables de resultado, la más utilizada fue el impacto de la fibromialgia -consecuencias funcionales y sintomáticas-, medido a través del "Cuestionario de impacto de la fibromialgia" (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*, FIQ; Burckhardt, Clark y Bennet, 1991). Otras variables de resultado frecuentes y sus principales instrumentos de medida fueron la afectación psicológica con la "Escala de ansiedad y depresión hospitalaria" (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS; Zigmond y Snaith, 1983), el dolor con la "Escala analógica visual" (*Visual Analog Scale*, VAS; Bodian, Freedman, Hossain, Eisenkraft y Beilin, 2009), las estrategias de afrontamiento a través del "Cuestionario de afrontamiento al dolor crónico revisado" (*Coping with Chronic Pain Questionnaire*, CAD-R; Soriano y Monsalve, 2004) o el "Cuestionario de afrontamiento al dolor" (*Coping Scale Questionnaire* CSQ; Rosenstiel y Keefe, 1983), y la calidad de vida relacionada con la salud con el "Cuestionario de salud, versión breve-36" (*Short Form-36 Health Survey*, SF-36; Ware, Snow, Kosinski y Gandek, 1993).

Descripción general de los estudios de SFC

Con respecto a la muestra, el número de pacientes con SFC osciló entre 18 y 120 por estudio ($M= 105$). Se reclutaron en total 420 pacientes, computándose una sola vez la muestra del programa FatiGo utilizada en 3 estudios (Vos-Vromans, Huijnen *et al.*, 2016; Vos-Vromans, Smeets *et al.*, 2016; Vos-Vromans *et al.*, 2017). Un estudio incluyó como grupo control participantes sanos (Masuda *et al.*, 2002). La edad media de los pacientes fue de 38,36 años. Todos los estudios incorporaron muestras mixtas, de hombres y mujeres, donde las mujeres eran prevalentes en número (82%). Solo Masuda *et al.* (2002) reclutaron una muestra más equitativa con un 66,67% de mujeres.

En cuanto a los TM, su duración comprendió entre 9 y 12 semanas, excepto en Schreurs *et al.* (2011), quienes lo prolongaron a las 25 semanas con sesiones de seguimiento. Las horas totales de los programas oscilaron entre 33 y 49,5h ($M= 37,12h$), y dos artículos no aportaron este dato (Masuda *et al.*, 2002; Schreurs *et al.*, 2011). En cuanto al contexto en el que se aplicaron, solo un estudio fue en entorno

hospitalario (Schreurs *et al.*, 2011) con sesiones diarias, los restantes cinco estudios fueron tratamientos ambulatorios, de los cuales, 4 impartieron sesiones semanales (Núñez *et al.*, 2011; Vos-Vromans, Huijnen *et al.*, 2016; Vos-Vromans, Smeets *et al.*, 2016; Vos-Vromans *et al.*, 2017), excepto Masuda *et al.* (2002), que no informó de la frecuencia, formato ni modalidad de las sesiones. Los estudios de FatiGo (Vos-Vromans, Huijnen *et al.*, 2016; Vos-Vromans, Smeets *et al.*, 2016; Vos-Vromans *et al.*, 2017) utilizaron un formato de sesiones individual y los otros dos estudios sesiones en grupo (Núñez *et al.*, 2011; Schreurs *et al.*, 2011) de 16 y 6 pacientes respectivamente.

Con respecto a los componentes terapéuticos, tanto el EF como la TCC fueron comunes a todos los TM. La TO fue aplicada en Schreurs *et al.* (2011) y en el programa FatiGo (Vos-Vromans, Huijnen *et al.*, 2016; Vos-Vromans, Smeets *et al.*, 2016; Vos-Vromans *et al.*, 2017). La farmacoterapia se incluyó en dos estudios (Masuda *et al.*, 2002; Núñez *et al.*, 2011). Otros componentes aplicados fueron el masaje, la termoterapia, la medicina china y la terapia familiar en Masuda *et al.* (2002); y la terapia de conciencia corporal, la normalización del ritmo del sueño y el trabajo de reintegración social en los estudios de FatiGo (Vos-Vromans, Huijnen *et al.*, 2016; Vos-Vromans, Smeets *et al.*, 2016; Vos-Vromans *et al.*, 2017).

Por último, las variables de resultado más frecuentes fueron la fatiga medida a través de la "Lista de verificación de fuerza individual" (*Checklist Individual Strength*, CIS; Vercoulen *et al.*, 1994), la calidad de vida relacionada con la salud con el "SF-36" y la depresión con la "Escala autoaplicación de Zung para la depresión (SDS)" (*Zung Self-Rating Depression Scale*, Zung, 1965) y la "Lista de verificación de síntomas" (*Symptom Checklist, Revised*, SCL 90-R; Derogatis, 1975).

Tratamiento multidisciplinar (TM) vs. lista de espera (LDE)

Se identificaron cinco estudios de fibromialgia, todos ensayos controlados aleatorizados, que comparaban un TM frente a un grupo de LDE. No se encontraron estudios de SFC con estas características. Tres de los cinco estudios aportaron evidencias de la superioridad del TM sobre la LDE, con mejoras que se mantenían a medio-corto plazo (Amris *et al.*, 2014; Cedraschi *et al.*, 2004; Hamnes *et al.*, 2012) y los estudios (Amris *et al.*, 2014; 2016; Rasmussen *et al.*, 2017) incorporaron, además, información sobre predictores, moderadores y/o mediadores de resultados.

Cedraschi *et al.* (2004) compararon la eficacia de un TM de automanejo ($n=84$) compuesto por educación, EF y TO, frente a un grupo de LDE ($n=80$). Obtuvieron mejoras significativas del TM frente al grupo control en bienestar psicológico, satisfacción del paciente e impacto de la fibromialgia, que persistieron a los 6 meses de seguimiento. Además, el grupo control empeoró, aumentando significativamente el dolor, mientras que en el grupo de tratamiento no hubo cambios en esta medida.

Hamnes *et al.* (2012) estudiaron la eficacia de un TM de automanejo ($n=75$) integrado por educación, EF, discusiones grupales y TO, frente a un grupo de LDE ($n=72$). El TM logró frente al grupo control un aumento significativo de la eficacia percibida para la gestión de la atención médica, que se mantuvo a las 3 semanas de

seguimiento. No hubo cambios significativos en autoeficacia percibida ni en impacto de la fibromialgia.

Amris *et al.* (2014) examinaron la eficacia del programa IMPROVe ($n=96$), un TM que aplica educación, discusiones grupales, EF y TO, frente a una condición control de LDE ($n=95$). En el postratamiento el TM logró mejoras significativas frente al grupo control en funcionalidad, que persistieron a los 6 meses de seguimiento. Dichas mejoras solo se manifestaron a través de medidas observacionales, pero no en las pruebas autoaplicadas. Tampoco hubo cambios significativos en salud mental. Además, se observó una gran variabilidad interpersonal en los resultados, aunque cabe señalar que los pacientes que habían solicitado ayudas sociales y aún no las habían recibido tenían una peor respuesta al tratamiento (posible evento estresante). En un estudio posterior, Amris *et al.* (2016) señalaron como predictores de mejora de la funcionalidad el bajo consumo de analgésicos suaves (mejor predictor) y fuertes, y el dolor intenso. Sugirieron con respecto al dolor, que pacientes con signos más pronunciados de sensibilización central, se beneficiaron más del TM a nivel funcional. Con la misma muestra y condiciones experimentales, Rasmussen *et al.* (2017) exploraron el papel de la autoeficacia del dolor en la mejora terapéutica. Observaron que no había diferencias significativas entre ambos grupos (TM y LDE) en autoeficacia del dolor y que los cambios individuales no se asociaban con mejoras en la funcionalidad. Solo un subgrupo (participantes más jóvenes y de más reciente diagnóstico) en la condición experimental obtuvo mejoras significativas en autoeficacia frente al grupo control. Por otra parte, encontraron una asociación débil o moderada de la autoeficacia con los cambios en salud física y mental y catastrofización.

TM vs. tratamiento médico habitual (TMH)

Fueron seleccionados 14 estudios, todos ensayos controlados aleatorizados, que comparaban el TM frente al TMH, generalmente compuesto por atención médica y farmacoterapia. Trece de los estudios eran de fibromialgia (Castel *et al.*, 2013, 2015; Gelman *et al.*, 2002; Lemstra y Olszynski, 2005; Luciano *et al.*, 2013; Martín *et al.*, 2012, 2014, 2014a, 2014b, 2017; Salvat *et al.*, 2017; Saral *et al.*, 2016; van Eijk-Hustings *et al.*, 2013) y solo un estudio de SFC (Núñez *et al.*, 2011). Los estudios de Martín *et al.* (2014a, 2014b, 2017) aportaron información acerca de predictores, y Castel *et al.* (2015) sobre un moderador de los resultados. Se evidenciaron resultados positivos del TM frente al TMH con pacientes con fibromialgia, pero no con SFC.

Empezando por los estudios de fibromialgia, el primero documentado es el de Gelman *et al.*, (2002) quienes compararon un TM ($n=15$) compuesto por atención médica/reumatológica, farmacoterapia, TCC y EF, frente a un TMH ($n=14$). Se observó en el postratamiento que el TM frente al TMH, logró mejoras significativas en impacto de la fibromialgia, ansiedad-estado y depresión. A los 6 meses de seguimiento persistieron estas mejoras y se sumó una disminución del consumo de ansiolíticos.

Lemstra y Olszynski, (2005) examinaron la eficacia de un TM ($n=43$) compuesto por EF, educación, manejo del dolor y el estrés, y masaje, frente a un TMH ($n=36$).

El TM obtuvo mejoras significativas frente al TMH, que persistieron a los 6 meses de seguimiento, en salud autopercebida y dolor. En el grupo experimental también se produjo una disminución del consumo de medicación a los 6 meses de seguimiento.

Martín *et al.* (2012, 2014, 2014a, 2014b, 2017) evaluaron la eficacia del programa multidisciplinar PSYMEPHY ($n=54$) frente a un grupo control de TMH ($n=56$) y analizaron predictores de mejora. El TM integrado por educación, farmacoterapia, TCC, EF, obtuvo diferencias significativas frente al TMH en el postratamiento, que se mantuvieron a los 6 meses de seguimiento en impacto de la fibromialgia, concretamente en calidad de vida, dolor (Martín *et al.*, 2012, 2014, 2014a, 2014b) y funcionamiento físico (Martín *et al.*, 2012, 2014b), aumento de la satisfacción del paciente con el tratamiento (Martín *et al.*, 2012) y apoyo social percibido, y disminución de la estrategia activa de afrontamiento de autoafirmación (basado en la actitud de "no darse por vencido") (Martín *et al.*, 2014a). Es posible que estas diferencias a los 6 meses en el impacto de la fibromialgia obedezcan a que el grupo control empeoró de forma significativa en funcionamiento físico y dolor, mientras que en el grupo experimental no se produjeron cambios significativos en estas medidas. Solo en el grupo experimental, persistió a los 12 meses la mejora en la calidad de vida, y se sumaron cambios favorables en funcionamiento físico y dolor, ansiedad y depresión, y aumento del uso de estrategias pasivas de afrontamiento (Martín *et al.*, 2012). En cuanto a los predictores de mejora, Martín *et al.* (2014a) no encontraron ninguno entre las estrategias de afrontamiento y apoyo social percibido. En estudios posteriores (Martín *et al.*, 2014b, 2017) señalaron como predictores de mejora a corto plazo, variables de línea base como no presentar otra enfermedad física. Además, se identificaron diversos predictores a largo plazo: tener pareja, inicio del dolor inferior a 5 años y baja ansiedad.

Castel *et al.* (2013) compararon la eficacia de un TM adaptado para un grado educativo básico ($n=81$) compuesto por farmacoterapia, TCC y EF, frente al TMH ($n=74$). Se observó que solo el TM logró mejoras significativas en el postratamiento en intensidad del dolor, ansiedad y depresión, catastrofización, impacto de la fibromialgia, sueño y calidad de vida relacionada con la salud. A los 6 y 12 meses de seguimiento persistieron las mejoras en catastrofización, ansiedad, depresión y sueño, y las mejoras en impacto de la fibromialgia solo hasta los 6 meses. Posteriormente, Castel *et al.* (2015) aplicaron el mismo TM con otra muestra ($n=69$) frente a un TMH ($n=61$) y también encontraron que el grupo experimental era más eficaz que el grupo control para reducir el dolor, la catastrofización, la ansiedad, la depresión y el impacto de la fibromialgia, y para aumentar la calidad de vida. Por otra parte, exploraron el índice de masa corporal (IMC) como moderador de los resultados y no encontraron ningún efecto.

Luciano *et al.* (2013) analizaron la eficacia de un TM ($n=108$) constituido por educación, relajación autógena, farmacoterapia y asesoramiento en EF, en comparación con un TMH ($n=108$). El TM frente al TMH logró mejoras significativas en el postratamiento que se mantuvieron en el seguimiento a los 12 meses en discapacidad física, días sintiéndose mal, dolor, fatiga matinal, rigidez y depresión. Concluyeron que los componentes psicoeducativos añadieron coste-eficacia al TMH.

Van Eijk-Hustings *et al.* (2013) compararon la eficacia de un TM con sesiones de cuidado postratamiento ($n=67$) que incluía socioterapia, fisioterapia, EF,

psicoterapia (terapia transaccional y racional-emotiva) y terapia de artes creativas, frente a un grupo control de EF ($n= 19$) y otro grupo control de TMH ($n= 48$). No se identificaron diferencias significativas entre las condiciones en las medidas de resultado. Por otra parte, solo el TM logró mejoras significativas que persistieron a los 9 meses en: años de vida ajustados a la calidad, disminución del uso de atención sanitaria e impacto de la fibromialgia (descendió aún más a los 9 meses de seguimiento).

Saral *et al.* (2016) examinaron la eficacia de un TM largo ($n= 21$) y breve ($n= 19$) compuesto por EF, educación y TCC, y un grupo control de TMH ($n= 19$). Los autores encontraron que el TM independientemente de la duración, obtenía mejoras significativas frente al TMH en disminución del dolor, la fatiga, número de puntos sensibles, umbral de presión del dolor y funcionalidad física. Sin embargo, el TM largo fue significativamente mejor que el TM corto en reducir el dolor y la fatiga, y aumentar la funcionalidad física.

Salvat *et al.* (2017) exploraron la eficacia de un TM ($n= 81$) que aplicaba farmacoterapia, TCC y EF, frente a un TMH ($n= 74$). El TM consiguió mejoras significativas frente al grupo control en el postratamiento solo en tolerancia al EF. En el seguimiento de 3 y 12 meses, no persistió la mejora, pero disminuyó el impacto de la fibromialgia. Por otra parte, solo en el grupo experimental se observó una mejora significativa de la aptitud física que persistió a los 12 meses de seguimiento.

Por último, el único estudio con muestra de SFC identificado fue el de Núñez *et al.* (2011), quienes compararon la eficacia de un TM ($n= 58$) compuesto por TCC, EF y farmacoterapia frente a un TMH ($n= 57$) que además de atención médica/farmacológica incluía asesoramiento en EF. Ninguno de los grupos obtuvo beneficios clínicos, puesto que en ambos aumentó la comorbilidad, y a los 12 meses de seguimiento sólo se diferenciaron significativamente en dolor. En el grupo control no se detectaron cambios significativos tras el TMH excepto en el número de condiciones comórbidas, por su parte, el grupo experimental empeoró significativamente en dolor, función física y discapacidad funcional. En este grupo hubo leves mejoras en aspectos emocionales, pero las diferencias no fueron significativas. No fue posible distinguir el efecto de cada uno de los componentes, aunque se sugirió la influencia del cansancio pos-EF.

TM vs. otros tratamientos

Fueron identificados tres estudios de fibromialgia (Lera *et al.*, 2009; Martins *et al.*, 2014; Riberto *et al.*, 2011) y 3 estudios de SFC (Vos-Vromans, Huijnen *et al.*, 2016; Vos-Vromans, Smeets *et al.*, 2016; Vos-Vromans *et al.*, 2017) que comparaban la eficacia de un TM frente otros tratamientos, además de explorar el efecto diferencial de ciertos componentes terapéuticos. Vos-Vromans, Huijnen *et al.* (2016) además exploraron mediadores de resultados. Todos los estudios fueron ensayos controlados aleatorizados. Las evidencias no fueron suficientes para constatar la superioridad del TM sobre otras terapias activas, ni la mejora significativa de los resultados por la adición de algún componente al TM.

Empezando con los estudios de fibromialgia, Lera *et al.* (2009) analizaron el efecto diferencial de la TCC cuando se le añade a un TM. Compararon un TM ($n=$

31) integrado por terapia médica/farmacológica, educación, discusiones grupales y EF, frente al mismo TM con TCC ($n= 35$). Ambos grupos obtuvieron mejoras significativas que persistieron a los 6 meses de seguimiento en impacto de la fibromialgia. Por tanto, la TCC no aumentó significativamente el efecto terapéutico de la TM en general. Por otra parte, los pacientes con fatiga solo mejoraron significativamente cuando recibieron TM, y no TCC aislada.

Riberto *et al.* (2011) estudiaron si la inclusión del tDCS al TM aumentaba su eficacia. Compararon un TM compuesto por educación, EF, TCC y TO con tDCS activo ($n= 11$) frente al mismo TM con tDCS placebo ($n= 12$). Ambos grupos consiguieron una disminución significativa del dolor. Sin embargo, la falta de cambios favorables en otros dominios como Calidad de Vida Relacionada con la Salud, impacto de la fibromialgia, discapacidad funcional y depresión no apoyó la inclusión del tDCS al TM.

Martins *et al.* (2014) compararon la eficacia de un TM constituido por un componente educativo, EF, TCC y TO frente a un programa educativo ($n= 15$) sobre prevención del dolor, relajación, estiramientos y conciencia corporal. El TM se aplicó en 12 pacientes con fibromialgia, y el programa educativo en 15 pacientes sin fibromialgia, pero con otras quejas musculoesqueléticas o neurálgicas. En el postratamiento se observaron mejoras significativas en el TM frente al programa educativo, en impacto de la fibromialgia, concretamente en capacidad funcional, habilidad para trabajar, dolor, fatiga, rigidez por la mañana, ansiedad y depresión, además de una mejora en la calidad del sueño y la calidad de vida.

Finalmente, con pacientes con SFC solo se identificaron 3 estudios y todos pertenecientes al programa FatiGO (Vos-Vromans, Huijnen *et al.*, 2016; Vos-Vromans, Smeets *et al.*, 2016; Vos-Vromans *et al.*, 2017). Analizaron el efecto diferencial de la TCC frente al TM para el SFC, comparando un TM ($n= 62$) que incluía TCC, EF, terapia de conciencia corporal, normalización del ritmo del sueño, TO y trabajo de reintegración social, frente a otra condición de TCC aislada ($n= 60$). Vos-Vromans, Smeets *et al.* (2016) observaron que tanto el TM como la TCC lograban una mejora significativa de la salud que se mantenía a las 52 semanas de seguimiento. Sin embargo, el TM se mostró más eficaz que la TCC en la disminución a largo plazo de la fatiga: en la TCC las mejoras persistieron hasta las 26 semanas, y en el TM hasta las 52 semanas. Posteriormente, Vos-Vromans *et al.* (2017) informaron que no había diferencias significativas entre ambas condiciones en años de vida ajustados a la calidad, y al evaluar ambos tratamientos a nivel económico, observaron que el TM producía mayores costes sociales, pero presentaba mejor relación coste-eficaz que la TCC y, por su parte, la TCC mostraba mejor relación coste-utilidad. En otro estudio, Vos-Vromans, Huijnen *et al.* (2016), exploraron mediadores de resultados, encontrando en el grupo de TM efectos significativos de las expectativas de los resultados sobre la reducción de la fatiga y mejora de la salud física, y de la credibilidad del tratamiento sobre la mejora de la salud mental.

Estudios cuasiexperimentales

Con diseños cuasiexperimentales pre-postratamiento sin grupo control se identificaron 10 estudios de fibromialgia (Angst *et al.*, 2006; Bonifazi *et al.*, 2006;

Burckhardt *et al.*, 1997; Nielson *et al.*, 1997; Nielson y Jensen, 2004; Suman *et al.*, 2009; Torres *et al.*, 2009; Verra *et al.*, 2009; Walitt *et al.*, 2007; Wang *et al.*, 2009) y dos artículos de SFC (Masuda *et al.*, 2002; Schreurs *et al.*, 2011). Todos los artículos evaluaron la eficacia del TM y seis de ellos además estudiaron variables mediadoras, moderadoras y/o predictoras de los resultados (Burckhardt *et al.*, 1997; Nielson y Jensen, 2004; Masuda *et al.*, 2002; Schreurs *et al.*, 2011; Torres *et al.*, 2009; Verra *et al.*, 2009). Aunque con parámetros muy dispares, se informaron efectos positivos del TM en todos los estudios.

Comenzando con los estudios de fibromialgia, Nielson *et al.* (1997) evaluaron la eficacia de un TM ($n= 101$) compuesto por TCC, EF y TO. Tras la intervención se logró una disminución significativa del dolor (gravedad, interferencia, control, malestar emocional y nivel de actividad) y del impacto de la fibromialgia (bienestar, dolor, fatiga, descanso, rigidez, ansiedad y depresión). Después de 12 meses, persistieron todas las mejoras en dolor excepto en el nivel de actividad y en impacto de la fibromialgia solo se mantuvieron los cambios favorables en ansiedad y bienestar, y se sumó discapacidad física.

Burckhardt *et al.* (1997) examinaron el papel de las estrategias de afrontamiento en el abordaje de la fibromialgia ($n= 120$) con un TM compuesto por educación, EF, farmacoterapia y TCC. Observaron que las estrategias más utilizadas antes del TM eran: autoempoderamiento, ignorar el dolor y aumentar la actividad. El 90% de la muestra usaba al menos una estrategia de afrontamiento catastrofista. Tras finalizar el TM, los pacientes mejoraron significativamente su habilidad para controlar y disminuir el dolor. La evaluación negativa de la propia habilidad de controlar el dolor era predictora de la dificultad para dormir (pretest) y el dolor (postest), y la depresión era el mejor predictor del empeoramiento en calidad de vida e impacto de la fibromialgia.

Nielson y Jensen (2004) evaluaron la eficacia de un TM (EF, TO, TCC y farmacoterapia) en 198 pacientes con fibromialgia. Tras el postratamiento y el seguimiento de 6 meses se mantuvieron las mejoras significativas en creencias, afrontamiento y dolor (interferencia, ánimo negativo y gravedad del dolor). De estas medidas, el afrontamiento mejoró a partir de los 3 meses hasta los 6 de seguimiento, pero no desde el postratamiento. Así mismo, se observó que el mejor manejo del dolor se relacionaba con las creencias de que "necesariamente la fibromialgia no te discapacita" y "el dolor no significa daño", así como con un estilo de afrontamiento de mayor sensación de control sobre el dolor, bajar la guardia, aumentar el ejercicio, el ritmo de actividad, el apoyo en otros y la auto-afirmación.

Angst *et al.* (2006) estudiaron la eficacia de un TM en pacientes con fibromialgia ($n= 65$) y con dolor de espalda ($n= 60$). El TM disponía de un componente educativo, fisioterapia, EF, TCC, TO, medicina tradicional china (p. ej., Quigong y otros), actividades creativas (p. ej., terapia del humor) y atención médica/farmacológica. Después del postratamiento y el seguimiento de 6 meses, los pacientes con fibromialgia mantenían las mejoras significativas en estrategias de afrontamiento, salud general y dolor, aunque con significación más moderada. Verra *et al.* (2009) aplicaron el mismo TM que Angst *et al.* (2006) en una muestra más amplia de pacientes con fibromialgia ($n= 118$) y observaron que en función de los resultados del Inventario de Dolor Multidimensional (MPI), los pacientes podían

clasificarse en 3 grupos: 1) disfuncional; 2) con dificultades interpersonales; y 3) adaptados. Tras el TM, se constataron diferencias significativas entre los 3 grupos en gravedad del dolor. Así, por ejemplo, al comparar los tres subgrupos de MPI, el grupo disfuncional mostró los efectos más altos en gravedad e interferencia del dolor del MPI, así como en la variable funcionamiento físico del SF-36, aunque en esta última variable, las diferencias solo fueron significativas entre el grupo de dificultades interpersonales y el grupo de adaptados. Por otra parte, al comparar el grupo disfuncional y el grupo con dificultades interpersonales se observaron diferencias significativas en otras 4 escalas (además de gravedad e interferencia del dolor). El grupo disfuncional obtuvo menores efectos sobre la habilidad para controlar y disminuir el dolor, y empeoró en el nivel de actividad. El grupo con dificultades personales terminó el TM con menor apoyo.

Bonifazi *et al.* (2006) aplicaron un TM (educación, EF y TCC) a 12 pacientes para investigar su impacto sobre los síntomas de la fibromialgia y la función del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HPA). En el postratamiento, se identificaron mejoras en los ritmos diurnos del cortisol, un aumento de la expresión del receptor de glucocorticoides (GR) α mRNA en las células mononucleares periféricas de la sangre (PBMC), un aumento de la capacidad aeróbica y disminución de la depresión y del dolor. Los hallazgos sugirieron un aumento de la resiliencia y sensibilidad del eje HPA, que se traduce en mayor protección ante los efectos del estrés.

Walitt *et al.* (2007) analizaron si el TM (farmacoterapia, TCC, EF y llamadas del médico semanales) altera el metabolismo cerebral en 9 pacientes con fibromialgia. En el postratamiento observaron una disminución de la gravedad de los síntomas funcionales y de los puntos sensibles de dolor, así como un incremento del metabolismo cerebral en varias regiones del sistema límbico. Se encontró que, a mayor mejora del paciente a nivel clínico, había un mayor incremento de la actividad del sistema límbico.

Suman *et al.* (2009) aplicaron un TM (educación, EF y TCC) a 25 pacientes con fibromialgia y lograron mejoras significativas que persistieron a los 12 meses de seguimiento en intensidad y área del dolor y en estrategias de afrontamiento (solo en EF).

Wang *et al.* (2009) estudiaron el papel de la citoquina proinflamatoria IL-8 y su relevancia clínica en 20 pacientes con fibromialgia y lo compararon con una muestra de 80 participantes sanos. Para ello aplicaron un TM compuesto por EF, entrenamiento ergonómico, educación, psicoterapia, tratamiento conductual e intervenciones en el lugar de trabajo. Los pacientes con fibromialgia lograron mejoras significativas en el postratamiento que persistieron a los 6 meses de seguimiento en dolor y funcionamiento o movilidad de la espalda, y los niveles de IL-8 disminuyeron significativamente, observándose una correlación negativa con la intensidad del dolor. Los niveles de IL-8 del grupo experimental siguieron siendo significativamente mayores que los del grupo control tras el TM, sin embargo, sugirieron que no es necesaria la terapia anti-IL-8 junto al TM.

Torres *et al.* (2009) analizaron la influencia del locus de control del dolor sobre la reintegración laboral de 98 pacientes con fibromialgia que recibieron un TM (educación, farmacoterapia, TCC, EF y TO). Tras la intervención el 59,2% de la muestra pudo regresar al trabajo, aunque a los 12 meses de seguimiento este

porcentaje se había reducido ligeramente (53,2%). Entre las principales variables que predecían el fracaso del tratamiento figuraban las expectativas negativas sobre el curso del dolor (locus de control) y la alta discapacidad percibida.

Por último, y centrándonos en las investigaciones realizadas con pacientes de SFC, cabe mencionar en primer lugar el estudio de Masuda *et al.* (2002) quienes aplicaron un TM constituido por farmacoterapia (junto con medicina china y suplementos de vitamina C), rehabilitación (masaje y termoterapia), TCC, terapia familiar y EF en 18 pacientes con SFC y lo compararon con un grupo control de participantes sanos ($n=20$) que no recibió tratamiento. Con el objetivo de explorar si la etiología del síndrome influía sobre el pronóstico, dividieron el grupo experimental en dos subgrupos, de origen infeccioso ($n=9$) y no infeccioso ($n=9$). Se observó que el grupo de origen infeccioso tenía un mejor pronóstico que el no infeccioso. Este primer grupo logró mejoras significativas en el postratamiento en el sistema inmune (aumento de las células *natural killer*) y reducción del malestar físico y la depresión. Además, se redujeron los niveles de fatiga, mal ajuste psicosocial, ansiedad y tensión hasta los niveles del grupo control sano y 8 de los 9 pacientes regresaron al trabajo. El grupo de pacientes con SFC de origen no infeccioso no logró cambios significativos en el sistema inmune, ni mejoró los síntomas físicos o psicológicos. Además, solo 3 de los 9 pacientes volvieron a trabajar.

Schreurs *et al.* (2011) evaluaron la eficacia de un TM (TCC, EF y TO) en 160 pacientes con SFC. Tras finalizar el tratamiento consiguieron mejoras significativas en fatiga (disminución de la fatiga subjetiva y fortaleza individual) y discapacidad física. Respecto a los predictores de resultados observaron que la mejora en fatiga subjetiva era predicha por no tener seguro de invalidez, menor duración de la fatiga y mayor sensación de control sobre los síntomas, y que una mayor actividad física antes del tratamiento predecía la conservación de la mejora a los 6 meses.

Discusión

La presente revisión sistemática ha aportado una actualización de la evidencia científica existente sobre la eficacia del TM en fibromialgia y SFC desde 1990 hasta la actualidad. Se han analizado 31 estudios de fibromialgia y 6 de SFC, y con respecto a nuestro principal objetivo de estudio, cabe concluir que, a pesar de la heterogeneidad de los TM, a nivel de componentes, duración y formato, el TM ha demostrado ser el abordaje más eficaz, en comparación con el tratamiento médico habitual, para mejorar los síntomas de fibromialgia y SFC.

Aunque los resultados no son siempre coincidentes, los hallazgos en fibromialgia se sustentan principalmente en ensayos controlados aleatorizados (21 de los 31 estudios incluidos), donde se producen en general con más frecuencia mejoras tras el TM en funcionalidad, dolor y estrategias de afrontamiento. Estas mejoras persisten a largo plazo al menos en la mitad de las ocasiones. Otras variables que han logrado mejoras tras el TM en más de un estudio han sido: ansiedad, depresión, fatiga, calidad de vida, reinserción laboral, sueño, apoyo social percibido, aptitud física, autoeficacia percibida, consumo de medicación y costes directos e indirectos durante el tratamiento. Por último, se suman en algunos estudios cuasiexperimentales indicios de un efecto beneficioso del TM sobre el sistema

inmunológico (Wang *et al.*, 2009) y endocrino (Bonifazi *et al.*, 2006), e incrementos metabólicos en regiones del sistema límbico (Walitt *et al.*, 2007). En SFC, teniendo en cuenta el menor número de estudios, donde cuatro de los seis artículos incluidos son ensayos controlados aleatorizados, tras el TM se han visto mejoras en funcionalidad, fatiga, depresión y calidad de vida relacionada con la salud, además de una disminución de los costos directos e indirectos de los pacientes. Hay evidencias de que las mejoras en fatiga, depresión y calidad de vida se mantienen a largo plazo. Y en un estudio cuasiexperimental (Masuda *et al.*, 2002), se observan efectos positivos del TM sobre el sistema inmune de pacientes con SFC de etiología infecciosa.

No obstante, el TM tampoco consigue la remisión de los síntomas en todos los pacientes. Así, por ejemplo, en fibromialgia, si tenemos en cuenta el número de artículos que miden un parámetro en particular y la proporción que informa mejoras significativas, solo se observan mejoras en la mitad de las mediciones de: impacto de la fibromialgia, dolor, calidad de vida y aptitud física. Del mismo modo, en SFC, solo se observan mejoras en discapacidad en la mitad de los casos; no se señalan efectos en estrategias de afrontamiento, reinserción laboral, creencias y comorbilidad; y en algunos casos se informan incluso efectos negativos. En resumen, sin olvidar las inconsistencias e incluso contradicciones de los resultados, encontramos que los efectos del TM son tanto limitados como prometedores, ya que en algunos estudios se empieza a entrever mejoras a nivel sintomatológico junto con cambios en parámetros biológicos que pueden mejorar la comprensión de los síndromes y afianzan la necesidad de un acercamiento multidisciplinar. Estos hallazgos están en consonancia con anteriores revisiones sistemáticas de fibromialgia (Häuser *et al.*, 2009; Nüesch *et al.*, 2012; Papadopoulou *et al.*, 2016) y SFC (Fernández *et al.*, 2009). Una parte de esta disparidad puede deberse al instrumento de medida, como se ha observado en el estudio de Amris *et al.* (2014), donde las mejoras en funcionalidad se manifestaron en las pruebas observacionales, pero no en las autoaplicadas.

En cuanto a nuestro segundo objetivo, encontramos que, al revisar diferentes estudios con distintos TM adaptados para fibromialgia o SFC, los beneficios vistos del TM en SFC son menores que en fibromialgia. Sólo en uno de los artículos recopilados de SFC, el TM produjo un empeoramiento de los síntomas, concretamente del dolor y la funcionalidad física en SFC (Núñez *et al.*, 2011). Aunque debido al diseño del estudio no se pudo atribuir el efecto adverso a ningún componente en particular, es probable que se debiera al cansancio post-EF característico del síndrome. Así, por ejemplo, se han presentado evidencias de que en subconjuntos de pacientes con SFC, se producen reacciones metabólicas e inmunológicas anormales al ejercicio (White *et al.*, 2004). También cabe resaltar que el EF fue el único componente común de los TM a todos los artículos recopilados en la presente revisión. Estos hallazgos nos llevan a sugerir que los efectos adversos no se deben al componente físico en sí mismo, sino a otros factores que no fueron controlados. Por lo tanto, a pesar de las numerosas similitudes entre la fibromialgia y el SFC, la adaptación a determinadas características de los síndromes parece la clave para el éxito del tratamiento. En el caso del SFC, es probable que el TM deba ser particularmente sensible al cansancio pos EF.

Esto nos lleva a nuestro tercer objetivo de estudio, recopilar información acerca de predictores, mediadores y moderadores de resultado, puesto que el valor de pronóstico de estas variables es necesario para mejorar la eficacia terapéutica. En fibromialgia, solo 11 estudios aportaban dicha información (siete de ellos ensayos controlados aleatorizados). En fibromialgia, se señalaron como predictores de mejora, las variables de línea base como: bajo consumo de analgésicos, dolor intenso (signo de mayor sensibilización central) y recibir ayudas sociales (una solicitud social pendiente actúa como un evento estresante). Otras variables pretest que predijeron mejoras a largo plazo fueron: tener pareja, no tener comorbilidades físicas, inicio del dolor inferior a 5 años y baja ansiedad. Por otra parte, otras medidas pretest que se relacionaban con un peor pronóstico fueron: depresión, expectativas negativas del curso del dolor y alta discapacidad percibida. Así mismo se encontró que las estrategias de afrontamiento al dolor podrían mediar los resultados.

La TCC es una herramienta importante del TM para cambiar las distorsiones cognitivas como la catastrofización (Malouff *et al.*, 2008; Price *et al.*, 2008). Sin embargo, no se encontró que los cambios individuales de autoeficacia del dolor tuvieran un efecto mediador, ni que el IMC moderara los resultados. Por otro lado, se observó que según los resultados del MPI (instrumento para medir el dolor), se podía dividir a los pacientes en tres grupos (disfuncional, con dificultades interpersonales y adaptados), que obtendrían resultados diferentes en gravedad del dolor. De modo que sería interesante estudiar esta clasificación para compensar y afrontar las dificultades a las que se podría enfrentar cada grupo. Por su parte, en SFC, solo hay tres estudios sobre predictores o mediadores de resultados. Se observaron cómo variables predictoras de buen pronóstico: no tener seguro de invalidez, menor duración de la fatiga, mayor sensación de control y mayor actividad física pretest (Schreurs *et al.*, 2011). Se señalaron como mediadores de resultados las expectativas del paciente y la credibilidad del tratamiento (Vos-Vromans, Huijnen *et al.*, 2016) y como moderador la etiología infecciosa (Masuda *et al.*, 2002).

Los estudios examinados presentan ciertas diferencias a nivel metodológico que pueden limitar la magnitud de su valoración conjunta. La muestra era mayoritariamente femenina, pero de mayor edad media en fibromialgia ($M= 47,4$ años) que en SFC ($M= 38,4$ años). Por otra parte, el tamaño muestral ha sido muy variado, oscilando entre 9 y 102 pacientes en fibromialgia, y 18 y 120 en SFC. Los parámetros y los instrumentos de medida no fueron los mismos en los diferentes estudios y, además, pocos de ellos utilizaron medidas objetivas. La mayoría de los TM se aplicaron en un contexto ambulatorio, con sesiones semanales, en formato grupal, y constituidos por mínimo un componente de EF junto con TCC y/o educación y/o farmacoterapia. No hemos encontrado suficiente evidencia para constatar un efecto superior de un régimen de tratamiento en especial. Aunque sí podríamos señalar que, entre los artículos analizados, en fibromialgia, la adición de la TCC al TM parece relevante para la mejora de los pacientes con fatiga (Lera *et al.*, 2009), la adición de la psicoeducación al TMH parece mejorar su coste-eficacia (Luciano *et al.*, 2013), pero la adición del tDCS no parece aumentar la eficacia del TM (Riberto *et al.*, 2011) y se sugiere que la terapia anti-IL-8 no es necesaria, puesto que el TM por sí mismo ya provoca efectos sobre el sistema inmunológico (Wang *et al.*, 2009). Por su parte en SFC, volvemos a destacar el especial cuidado

con el componente de EF, puesto que puede provocar una exacerbación de los síntomas (Núñez *et al.*, 2011). En cuanto a la duración de los programas, parece que el TM largo proporciona mayores beneficios que el TM corto (SaraI *et al.*, 2016), y que a pesar de que en revisiones sistemáticas anteriores se critica la inconsistencia de los efectos a largo plazo de la TM (Häuser *et al.*, 2009), solo dos estudios de los examinados (Schreurs *et al.*, 2011; van Eijk-Hustings *et al.*, 2013) han tomado medidas para asegurarse del mantenimiento de las mejoras. Así mismo, la evaluación de los cambios ha sido también variable, contemplada en diferentes periodos temporales o sin seguimiento, y con criterios diferentes para el establecimiento de las mejoras clínicas.

A la heterogeneidad de los programas y diseños de estudio, se le suman otras limitaciones como no haber evaluado la calidad metodológica de los artículos incluidos, aunque se cuenta con referentes que apuntan a una calidad media-baja (Davenport *et al.*, 2018; Giusti *et al.*, 2017), y no haber medido los tamaños de efecto. El número de estudios examinados de SFC sigue siendo demasiado bajo para sacar conclusiones, al igual que para hablar de predictores, moderadores y mediadores de resultados consolidados. Además, cabe también resaltar como limitación el sesgo de publicación dado que los estudios con resultados estadísticamente significativos tienen más probabilidad de ser publicados. Por último, consideramos que se han podido excluir ensayos relevantes debido a algunos de los criterios aplicados (p. ej., el mínimo de tres componentes por TM).

Atendiendo a los resultados y limitaciones descritos, consideramos que actualmente sigue existiendo una necesidad sustancial de investigación clínica de una mejor calidad metodológica que nos permitan definir el formato óptimo de aplicación del TM y atribuir las causas de los resultados a determinados componentes terapéuticos. También resulta necesaria más investigación que permita consolidar el valor de pronóstico de las variables predictoras, moderadoras y mediadoras, puesto que es de gran valor clínico definir las características de los pacientes que se beneficiarían de intervenciones específicas.

En definitiva, aunque la evidencia recopilada hasta el momento señala al TM como el más prometedor para el abordaje de la fibromialgia y el SFC, aún se necesita mucha investigación para descubrir cómo aplicarlo, con qué pacientes y por qué funciona.

Referencias

- Amris, K., Luta, G., Christensen, R., Danneskiold-Samsøe, B., Bliddal, H. y Wæhrens, E. E. (2016). Predictors of improvement in observed functional ability in patients with fibromyalgia as an outcome of rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 48(1), 65-71. doi: 10.2340/16501977-2036.
- Amris, K., Wæhrens, E. E., Christensen, R., Bliddal, H. y Danneskiold-Samsøe, B. (2014). Interdisciplinary rehabilitation of patients with chronic widespread pain: primary endpoint of the randomized, nonblinded, parallel-group IMPROVE trial. *Pain*, 155(7), 1356-1364. doi: 10.1016/j.pain.2014.04.012
- Angst, F., Brioschi, R., Main, C. J., Lehmann, S. y Aeschlimann, A. (2006). Interdisciplinary rehabilitation in fibromyalgia and chronic back pain: a prospective outcome study. *Journal of Pain*, 7(11), 807-815. doi: 10.1016/j.jpain.2006.03.009.

- Bassi, N., Amital, D., Amital, H., Doria, A. y Shoenfeld, Y. (2008). Chronic fatigue syndrome: characteristics and possible causes for its pathogenesis. *The Israel Medical Association Journal*, 10(1), 79.
- Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D. E. y Blonna, D. (2012). Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain Research and Treatment*, 4, 1-17. doi: 10.1155/2012/426130
- Bodian, C. A., Freedman, G., Hossain, S., Eisenkraft, J. B y Beilin, Y. (2009). The visual analog scale for pain. *Anesthesiology*, 95(6), 1356-1361. doi: 10.1097/00000542-200112000-00013
- Bonifazi, M., Suman, A. L., Cambiaggi, C., Felici, A., Grasso, G., Lodi, L., Mencareli, M. M. y Carli, G. (2006). Changes in salivary cortisol and corticosteroid receptor- α mRNA expression following a 3-week multidisciplinary treatment program in patients with fibromyalgia. *Psychoneuroendocrinology*, 31(9), 1076-1086. doi: 10.1016/j.psyneuen.2006.06.008
- Burckhardt, C. S., Clark, S. R. y Bennett, R. M. (1991). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and validation. *Journal of Rheumatology*, 18(5), 728-733.
- Burckhardt, C. S., Clark, S. R., O'Reilly, C. A. y Bennett, R. M. (1997). Pain-coping strategies of women with fibromyalgia: relationship to pain, fatigue, and quality of life. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 5(3), 5-21. doi: 10.1300/J094v05n03_02
- Castel, A., Castro, S., Fontova, R., Poveda, M. J., Cascón-Pereira, R., Montull, S., Padrol, A., Qanneta, R. y Rull, M. (2015). Body mass index and response to a multidisciplinary treatment of fibromyalgia. *Rheumatology International*, 35(2), 303-314. doi: 10.1007/s00296-014-3096-x
- Castel, A., Fontova, R., Montull, S., Perrián, R., Poveda, M. J., Miralles, I., Cascón-Pereira, R., Hernández, P., Aragonés, N., Salvat, I., Castro, S., Monterde, S., Padrol, A., Sala, J., Añez, C. y Rull, M. (2013). Efficacy of a multidisciplinary fibromyalgia treatment adapted for women with low educational levels: a randomized controlled trial. *Arthritis Care & Research*, 65(3), 421-431. doi: 10.1002/acr.21818
- Cedraschi, C., Desmeules, J., Rapiti, E., Baumgartner, E., Cohen, P., Finckh, A., Allaz, A. y Vischer, T. L. (2004). Fibromyalgia: a randomised, controlled trial of a treatment programme based on self-management. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 63(3), 290-296. doi: 10.1136/ard.2002.004945
- Chambers, D., Bagnall, A. M., Hempel, S. y Forbes, C. (2006). Interventions for the treatment, management and rehabilitation of patients with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: an updated systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99(10), 506-520. doi:10.1258/jrsm.99.10.506
- Davenport, T. E., Stevens, S. R., van Ness, J. M., Stevens, J. y Snell, C. R. (2018). Checking our blind spots: Current status of research evidence summaries in ME/CFS. *British Journal of Sports Medicine*. doi: 10.1136/bjsports-2018-099553
- Del Río, E., García, A. y Botella, C. (2014). Calidad de vida en fibromialgia: influencia de factores físicos y psicológicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(1), 19-35
- Derogatis, L. R. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research
- Fernández, A. A., Martín, Á. P., Martínez, M. I., Bustillo, M. A., Hernández, F. J. B., de la Cruz Labrado, J., Díaz-Delgado, R., Gutierrez, E., Palacín, C., Rivera, J. y Giménez, J. R. R. (2009). Chronic fatigue syndrome: etiology, diagnosis and treatment. *BMC Psychiatry*, 9(1), S1. doi:10.1186/1471-244X-9-S1-S1
- Fukuda, K., Straus, S. E., Hickie, I., Sharpe, M. C., Dobbins, J. G. y Komaroff, A. (1994). The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Annals of Internal Medicine*, 121(12), 953-959. doi: 10.7326/0003-4819-121-12-199412150-00009

- García, D. A., Martínez, I. y Saturno, P. J. (2016). Clinical approach to fibromyalgia: synthesis of evidence-based recommendations, a systematic review. *Reumatología Clínica*, 12(2), 65-71. doi: 10.1016/j.reuma.2015.06.001
- Gelman, S. M., Lera, S., Caballero, F. y López, M. J. (2002). Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia: estudio piloto prospectivo controlado. *Revista Española de Reumatología*, 29(7), 323-329.
- Giusti, E. M., Castelnuovo, G. y Molinari, E. (2017). Differences in multidisciplinary and interdisciplinary treatment programs for fibromyalgia: a mapping review. *Pain Research and Management*, 2017, 1-19. doi: 10.1155/2017/7261468
- Hamnes, B., Mowinckel, P., Kjekken, I. y Hagen, K. B. (2012). Effects of a one week multidisciplinary inpatient self-management programme for patients with fibromyalgia: a randomised controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13(1), 189. doi: 10.1186/1471-2474-13-189.
- Häuser, W., Bernardy, K., Arnold, B., Offenbächer, M. y Schiltenswolf, M. (2009). Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis & Rheumatism*, 61(2), 216-224. doi: 10.1002/art.24276
- Häuser, W., Thieme, K. y Turk, D. C. (2010). Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome: a systematic review. *European Journal of Pain*, 14(1), 5-10. doi: 10.1016/j.ejpain.2009.01.006
- Larun, L., Brurberg, K. G., Odgaard-Jensen, J. y Price, J. R. (2017). Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. doi: 10.1002/14651858.CD003200.pub7.
- Lemstra, M. y Olszynski, W. P. (2005). The effectiveness of multidisciplinary rehabilitation in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Clinical Journal of Pain*, 21(2), 166-174. doi: 10.1097/00002508-200503000-00008
- Lera, S., Gelman, S. M., López, M. J., Abenoza, M., Zorrilla, J. G., Castro-Fornieles, J. y Salamero, M. (2009). Multidisciplinary treatment of fibromyalgia: does cognitive behavior therapy increase the response to treatment? *Journal of Psychosomatic Research*, 67(5), 433-441. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.01.012
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Clarke, M., Devereaux, P.J., Kleijner, J. y Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000100. doi: 10.1371/journal.pmed.1000100
- Luciano, J. V., Sabes-Figuera, R., Cardeñosa, E., Peñarrubia-María, M. T., Fernández-Vergel, R., García-Campayo, J., Knapp, M. y Serrano-Blanco, A. (2013). Cost-utility of a psychoeducational intervention in fibromyalgia patients compared with usual care: an economic evaluation alongside a 12-month randomized controlled trial. *Clinical Journal of Pain*, 29(8), 702-711. doi: 10.1097/AJP.0b013e318270f99a
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Rooke, S. E., Bhullar, N. y Schutte, N. S. (2008). Efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 736-745. doi: 10.1016/j.cpr.2007.10.004
- Martín, J., Torre, F., Aguirre, U., González, N., Padierna, A., Matellanes, B. y Quintana, J. M. (2014). Evaluation of the interdisciplinary PSYMEPHY treatment on patients with fibromyalgia: a randomized control trial. *Pain Medicine*, 15(4), 682-691. doi: 10.1111/pme.12375
- Martín, J., Torre, F., Aguirre, U., Padierna, A., Matellanes, B. y Quintana, J. M. (2017). Assessment of predictors of the impact of fibromyalgia on health-related quality of life 12 months after the end of an interdisciplinary treatment. *Journal of Affective Disorders*, 208, 76-81. doi: 10.1016/j.jad.2016.08.073

- Martín, J., Torre, F., Padierna, A., Aguirre, U., González, N., García, S., Matellanes, B. y Quintana, J. M. (2012). Six-and 12-month follow-up of an interdisciplinary fibromyalgia treatment programme: results of a randomised trial. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 30(supl. 74), S103-S111.
- Martín, J., Torre, F., Padierna, A., Aguirre, U., González, N., Matellanes, B. y Quintana, J. M. (2014a). Impact of interdisciplinary treatment on physical and psychosocial parameters in patients with fibromyalgia: results of a randomised trial. *International Journal of Clinical Practice*, 68(5), 618-627. doi: 10.1111/ijcp.12365
- Martín, J., Torre, F., Padierna, A., Aguirre, U., González, N., Matellanes, B. y Quintana, J. M. (2014b). Interdisciplinary treatment of patients with fibromyalgia: improvement of their health-related quality of life. *Pain Practice*, 14(8), 721-731. doi:10.1111/papr.12134
- Martins, M. R. I., Gritti, C. C., Santos Junior, R. D., Araújo, M. C. L. D., Dias, L. C., Foss, M. H., deAndrade, L. B. y Rocha, C. E. (2014). Randomized controlled trial of a therapeutic intervention group in patients with fibromyalgia syndrome. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 54(3), 179-184. doi: 10.1016/j.rbre.2013.10.002
- Masuda, A., Nakayama, T., Yamanaka, T., Koga, Y. y Tei, C. (2002). The prognosis after multidisciplinary treatment for patients with postinfectious chronic fatigue syndrome and noninfectious chronic fatigue syndrome. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(5), 487-497. doi: 10.1023/a:1020475108745
- Miró, E., Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Prados, G. y Diener, F. (2012). Papel de las cogniciones disfuncionales sobre el sueño en la baja calidad del sueño informada por los pacientes con fibromialgia. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(3), 699-718.
- Natelson, B. H. (2019). Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: definitions, similarities, and differences. *Clinical Therapeutics*, 41(4), 612-618. doi: 10.1016/j.clinthera.2018.12.016
- Nielson, W. R., Harth, M. y Bell, D. A. (1997). Out-patient cognitive-behavioural treatment of fibromyalgia: impact on pain response and health status. *Pain Research and Management*, 2(3), 145-150. doi: 10.1155/1997/980417
- Nielson, W.R. y Jensen, M. P. (2004). Relationship between changes in coping and treatment outcome in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain*, 109(3), 233-241. doi: 10.1016/j.pain.2004.01.002.
- Nüesch, E., Häuser, W., Bernardy, K., Barth, J. y Jüni, P. (2012). Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions in fibromyalgia syndrome: network meta-analysis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 72(6), 955-962. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-201249
- Núñez, M., Fernández-Solà, J., Nuñez, E., Fernández-Huerta, J.-M., Godás-Sieso, T. y Gomez-Gil, E. (2011). Health-related quality of life in patients with chronic fatigue syndrome: group cognitive behavioural therapy and graded exercise versus usual treatment. A randomised controlled trial with 1 year of follow-up. *Clinical Rheumatology*, 30(3), 381-389. doi: 10.1007/s10067-010-1677-y
- Papadopoulou, D., Fassoulaki, A., Tsoulas, C., Siafaka, I. y Vadalouca, A. (2016). A meta-analysis to determine the effect of pharmacological and non-pharmacological treatments on fibromyalgia symptoms comprising OMERACT-10 response criteria. *Clinical Rheumatology*, 35(3), 573-586. doi: 10.1007/s10067-015-3144-2
- Rasmussen, M., Amris, K., Rydahl-Hansen, S., Danneskiold-Samsoe, B., Mortensen, E., Christensen, R. y H Sjolund B. (2017). Are the changes in observed functioning after multi-disciplinary rehabilitation of patients with fibromyalgia associated with changes in pain self-efficacy? *Disability and Rehabilitation*, 39(17), 1744-1752. doi: 10.1080/09638288.2016.1211179
- Riberto, M., Alfieri, F. M., de Benedetto Pacheco, K. M., Leite, V. D., Kaihami, H. N., Fregni,

- F. y Battistella, L. R. (2011). Efficacy of transcranial direct current stimulation coupled with a multidisciplinary rehabilitation program for the treatment of fibromyalgia. *Open Rheumatology Journal*, 5(1), 45-50. doi: 10.2174/1874312901105010045
- Rosenstiel, A y Keefe, F. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), 33-44. doi: 10.1016/0304-3959(83)90125-2.
- Salvat, I., Zaldivar, P., Monterde, S., Montull, S., Miralles, I. y Castel, A. (2017). Functional status, physical activity level, and exercise regularity in patients with fibromyalgia after Multidisciplinary treatment: retrospective analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology International*, 37(3), 377-387. doi: 10.1007/s00296-016-3597-x
- Saral, I., Sindel, D., Esmailzadeh, S., Sertel-Berk, H. O. y Oral, A. (2016). The effects of long- and short-term interdisciplinary treatment approaches in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Rheumatology International*, 36(10), 1379-1389. doi: 10.1007/s00296-016-3473-8
- Schreurs, K. M. G., Veehof, M. M., Passade, L. y Vollenbroek-Hutten, M. M. R. (2011). Cognitive behavioural treatment for chronic fatigue syndrome in a rehabilitation setting: effectiveness and predictors of outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 49(12), 908-913. doi: 10.1016/j.brat.2011.09.004
- Sifuentes-Giraldo, W. A. y Morell-Hita, J. L. (2017). Fibromialgia. *Medicine*, 12(27), 1586-1595. doi: 10.1016/j.med.2017.02.004
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2004). Validación del Cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(7), 407-414.
- Suman, A. L., Biagli, B., Biasi, G., Carli, G., Gradi, M., Prati, E. y Bonifazi, M. (2009). One-year efficacy of a 3-week intensive multidisciplinary non-pharmacological treatment program fibromyalgia patients. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 27(1), 7-14.
- Theoharides, T. C. (2019). In search of effective treatments for myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Clinical Therapeutics*, 41(5), 796-797. doi: 10.1016/j.clinthera.2019.04.011
- Torres, X., Collado, A., Arias, A., Peri, J. M., Bailles, E., Salamero, M. y Valdés, M. (2009). Pain locus of control predicts return to work among Spanish fibromyalgia patients after completion of a multidisciplinary pain program. *General Hospital Psychiatry*, 31(2), 137-145. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2008.12.001
- van Eijk-Hustings, Y., Kroese, M., Tan, F., Boonen, A., Bessems-Beks, M. y Landewé, R. (2013). Challenges in demonstrating the effectiveness of multidisciplinary treatment on quality of life, participation and health care utilisation in patients with fibromyalgia: a randomised controlled trial. *Clinical Rheumatology*, 32(2), 199-209. doi: 10.1007/s10067-012-2100-7
- Vercoulen, J. H., Swanink, C. M., Fennis, J. F., Galama, J. M., van der Meer, J. W y Bleijenberg, G. (1994). Dimensional assessment of chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(5), 383-392. doi: 10.1016/0022-3999(94)90099-x
- Verra, M. L., Angst, F., Brioschi, R., Lehmann, S., Keefe, F. J., Staal, J. B., de Bie, R. B. y Aeschlimann, A. (2009). Does classification of persons with fibromyalgia into multidimensional pain inventory subgroups detect differences in outcome after a standard chronic pain management program? *Pain Research and Management*, 14(6), 445-453. doi: 10.1155/2009/137901
- Vos-Vromans, D. C. W. M., Huijnen, I. P. J., Rijnders, L. J. M., Winkens, B., Knottnerus, J. A. y Smeets, R. J. E. M. (2016). Treatment expectations influence the outcome of multidisciplinary rehabilitation treatment in patients with CFS. *Journal of Psychosomatic Research*, 83, 40-45. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.02.004.
- Vos-Vromans, D. C. W. M., Smeets, R. J. E. M., Huijnen, I. P. J., Köke, A. J. A., Hitters, W. M. G. C., Rijnders, L. J. M., Point, M., Winkens, B. y Knottnerus, J. A. (2016).

- Multidisciplinary rehabilitation treatment versus cognitive behavioural therapy for patients with chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. *Journal of Internal Medicine*, 279(3), 268-282. doi: 10.1111/joim.12402
- Vos-Vromans, D., Evers, S., Huijnen, I., Köke, A., Hitters, M., Rijnders, N., Pont, M., Knottnerus, A. y Smeets, R. (2017). Economic evaluation of multidisciplinary rehabilitation treatment versus cognitive behavioural therapy for patients with chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 12(6), e0177260. doi: 10.1371/journal.pone.0177260
- Walitt, B., Roebuck-Spencer, T., Esposito, G., Atkins, F., Bleiberg, J., Foster, G. y Weinstein, A. (2007). The effects of multidisciplinary therapy on positron emission tomography of the brain in fibromyalgia: a pilot study. *Rheumatology International*, 27(11), 1019-1024. doi: 10.1007/s00296-007-0405-7
- Wang, H., Buchner, M., Moser, M. T., Daniel, V. y Schiltenswolf, M. (2009). The role of IL-8 in patients with fibromyalgia: a prospective longitudinal study of 6 months. *Clinical Journal of Pain*, 25(1), 1-4. doi: 10.1097/AJP.0b013e31817e13a3
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. y Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.
- White, P. D., Nye, K. E., Pinching, A. J., Yap, T. M., Power, N., Vleck, V., Bentley, D. J., Thomas, J. M., Buckland, M. y Parkin, J. M. (2004). Immunological changes after both exercise and activity in chronic fatigue syndrome. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 12(2), 51-66. doi: 10.1300/J092v12n02_06
- Whiting, P., Bagnall, A.M., Sowden, A. J., Cornell, J. E., Mulrow, C. D. y Ramírez, G. (2001). Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome. *JAMA*, 286(11), 1360. doi: 10.1001/jama.286.11.1360
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., Clark, P., Fam, A. G., Farber, S., Fiechtne, J. J., Franklin, C. M., Gatter, R. A., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A. S., Masi, A. T., McCain, G. A., Reynolds, W. J., Romano, T. J., Russell, I. J. y Sheon, R. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 33(2), 160-172. doi: 10.1002/art.1780330203
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- Zung, W.W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70. doi: 10.1001/archpsyc.1965.01720310065008.

RECIBIDO: 9 de abril de 2020

ACEPTADO: 15 de noviembre de 2020

Anexo

Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática (N= 37)

Autores	Objetivo	Muestra	Medidas de resultado (instrumentos)	Condiciones de tratamiento	Principales resultados
Amris <i>et al.</i> (2014)	Comparar la eficacia de un TM vs. Control LDE.	FM, N= 191 (100% mujeres). TM, n= 96, M= 44,4 años (DT= 10,9) y LDE n= 95, M= 44,2 años (DT= 10,8)	Primarias: funcionalidad (AMPS: AVDs, habilidad motora y procedimental), salud mental (SF-36-MCS). Secundarias: funcionamiento físico (SF-36-PCS), impacto de la FM (FIQ), ansiedad (GAD-10), depresión (MDI), catastrofización (CSQ), autoeficacia del dolor (PSEQ).	1) GE: TM (Programa IMPROVÉ): educación, discusiones grupales, EF y TO. 2 semanas (35h), sesiones diarias (3-5 h/sesión), grupo (8 pacientes) no residenciales. 2) GC: LDE	Mejoras significativas postratamiento del GE vs. GC que se mantuvieron a los 6 meses de seguimiento en: funcionalidad (habilidad motora y procedimental) a través de pruebas observacionales, pero no autoaplicadas. No se obtuvieron diferencias en salud mental.
Amris <i>et al.</i> (2016)	Explorar predictores de mejora de la funcionalidad tras un TM.	Misma muestra que Amris <i>et al.</i> (2014)	Primaria: funcionalidad (AMPS). Secundarias: impacto de la FM (FIQ), salud general (SF-36), depresión (MDI), ansiedad (GAD-10), catastrofización (CSQ), dolor (PDO), autoeficacia del dolor (PSEQ), consumo de analgésicos.	Mismas que en Amris <i>et al.</i> (2014)	Mejor predictor: bajo consumo de analgésicos suaves. Otros predictores: bajo consumo de analgésicos fuertes y mucho dolor (alta puntuación de dolor actual y puntuación total del PDQ).
Angst <i>et al.</i> (2006)	Evaluar la eficacia de un TM comparando pacientes con FM y dolor de espalda.	N= 125. FM (52% total), n= 65 (95% mujeres), M= 45,6 años (DT= 10,5) Dolor de espalda n= 60 (77% mujeres) M= 47,5 años (DT= 12,4)	Salud general (SF-36), ansiedad y depresión (HADS), dolor (MPI), estrategias de afrontamiento (CSQ).	1) GE: TM: educación, fisioterapia, EF, TC.C, TO, medicina tradicional china, actividades creativas, atención médica/farmacológica. 4 semanas (aprox. 100h), 5-6 sesiones diarias (23-25h/semana) grupales (NE) e individuales, no residenciales.	En FM, hubo mejoras significativas postratamiento que persistieron a los 6 meses de seguimiento (más moderados) en afrontamiento y salud general, y disminución del dolor. También se observaron a los 6 meses mejoras significativas en la escala de afectividad negativa del MPI.
Bonifazi <i>et al.</i> (2006)	Investigar los efectos de un TM sobre el sistema psico-endocrino.	FM, N= 12 (100% mujeres), M= 45,4 años (DT= 9,5)	GR- α mRNA en PBMC (sangre), ritmo diurno del cortisol (saliva), intensidad del dolor, (VAS), área (dibujo), y umbral del dolor (algotómetro), depresión (CES-D) y capacidad aeróbica (cicloergómetro).	1) GE: TM: educación, EF y TC.C. 3 semanas (aprox. 105h), sesiones diarias (7h/día entresemana) en grupo (NE) residenciales.	Mejoras postratamiento en: ritmos diurnos de cortisol, aumento de la expresión de GR- α mRNA en PBMC, aumento de la capacidad aeróbica y disminución de la depresión y el dolor (reducción puntos sensibles y áreas del dolor, aumento del umbral del dolor).

Burckhardt et al. (1997)	Evaluar estrategias de afrontamiento en FM y explorarlas como predictores de resultado de un TM.	FM: N= 120 (100% mujeres). M= 42,8 años (DT= 10,2)	Estrategias de afrontamiento (CSQ), impacto de la FM (FIQ), depresión (BDI-A), ansiedad (BAI), calidad de vida (QOLS).	1) GE: TM: educación, EF, farmacoterapia y TCC. 12 semanas. Formato: NE	Estrategias más utilizadas antes del TM: autoempoderamiento, ignorar el dolor y aumentar la actividad. Tras el TM, mejoras significativas en habilidad para controlar y disminuir el dolor. La depresión mejor predictor del empeoramiento de todos los síntomas. Mejorías significativas solo con el TM. En el posttratamiento mejoraron todas las variables. A los 12 meses se mantuvieron las mejoras en catastrofización, ansiedad, depresión y sueño, mientras que la disminución del dolor solo en el posttratamiento y del impacto de la FM hasta los 6 meses.
Castel et al. (2013)	Comparar la eficacia de un TM adaptado al bajo nivel cultural vs. Control TMH.	FM: N= 155 (100% mujeres). TM, n= 81, M= 49 años (DT= 6,8) y en TMH n= 74, M= 48,8 años (DT= 7,2)	Intensidad del dolor (ECN), ansiedad y depresión (HADS), catastrofización (CSQ), impacto de la FM (FIQ), sueño (MOS), calidad de vida relacionada con la salud (COOP/WONCA).	1) GE: TM: farmacoterapia, TCC y EF. 12 semanas (48h), 24 sesiones (1h/sesión), 2 días/semana, en grupo (8 pacientes). No residencial. 2) GC: TMH: médico/farmacológico	Mejorías significativas solo con el TM. En el posttratamiento mejoraron todas las variables. A los 12 meses se mantuvieron las mejoras en catastrofización, ansiedad, depresión y sueño, mientras que la disminución del dolor solo en el posttratamiento y del impacto de la FM hasta los 6 meses.
Castel et al. (2015)	Explorar si el IMC modera los efectos de un TM.	FM: N= 130 (100% mujeres), 69 con TM y 61 control. M= 49,2 años (DT= 6,8). IMC: 31,5% normal, 37,7% sobrepeso y 30,8% obesidad	Intensidad del dolor (NPRS), ansiedad y depresión (HADS), catastrofización (CSQ), impacto de la FM (FIQ), sueño (MOS), calidad de vida relacionada con la salud (COOP/WONCA).	Mismas condiciones que Castel et al. (2013)	No hubo efecto del IMC sobre los resultados de tratamiento. En el posttratamiento, el TM fue más eficaz que el TMH en: disminución del dolor, catastrofización, ansiedad, depresión, impacto de la FM, y la calidad de vida relacionada con la salud.
Cedraschi et al. (2004)	Comparar la eficacia de un TM basado en el auto-manejo vs. Control LDE.	FM: N= 164 (93% mujeres). TM, n= 84, M= 48,9 años (DT= 9,7) y LDE, n= 80, M= 49,8 años (DT= 9,8).	Bienestar psicológico (PGWB), calidad de vida relacionada con la salud (SF-36), impacto de la FM (FIQ), satisfacción (items de Potts y Silverman, 1990), dolor (RPS).	1) GE: TM: educación/discusiones grupales, EF, TO. 6 semanas (18h). 12 sesiones (90 min/sesión), 2 sesiones/semana en grupo (8-10 pacientes), no residenciales. 2) GC: LDE	Diferencias significativas del GE vs. GC en: aumento del bienestar psicológico y satisfacción del paciente y disminución de las consecuencias funcionales (FIQ). Persistieron las mejoras en el GE a los 6 meses de seguimiento. En el GC hubo un aumento significativo del dolor (FIQ).
Gelman et al. (2002)	Comparar la eficacia de un TM vs. Control TMH.	FM: N= 30 (100% mujeres). TM, n= 15 M= 50,6 años (DT= NE) y THM, n= 14, M= 51,2 años (DT= NE)	Intensidad del dolor (VAS), puntos dolorosos, impacto de la FM (FIQ), ansiedad (STAI), depresión (BDI)	1) GE: TM: atención médica, farmacoterapia, TCC y EF. 15 semanas (30h), sesiones semanales (2h/sesión) en grupo (NE), no residenciales. 2) GC: TMH: médico/farmacológico	Mejorías significativas posttratamiento en el GE vs. GC: disminución del impacto de la FM, de la ansiedad estado, y de la depresión. A los 6 meses de seguimiento persistieron las mejoras y disminuyó el consumo de ansiolíticos.

<p>Hannes <i>et al.</i> (2012)</p>	<p>Comparar la eficacia de un TM de auto-manejo vs. Control LDE.</p>	<p>FM: N= 147 (95% mujeres), TM, n= 75, M= 45,4 años (DT= 9,4) y LDE, n= 72 M= 49,7 años (DT= 4).</p>	<p>Primarios: angustia psicológica (GHQ-20), eficacia percibida para administrar la atención médica (EC-17). Secundarios: autoeficacia percibida (ASES), impacto de la FM (FIQ).</p>	<p>1) GE: TM: educación, EF, discusiones grupales, TO. 1 semana (70h), con sesiones diarias en grupo (16 pacientes), residencial. 2) GC: LDE</p>	<p>Mejoras significativas del GE vs. GC que se mantuvieron a las 3 semanas de seguimiento: aumento de la eficacia percibida para administrar la atención médica. Sin diferencias significativas en las medidas secundarias.</p>
<p>Lemstra y Olszynski (2005)</p>	<p>Comparar la eficacia de un TM vs. Control TMH.</p>	<p>FM: N= 79 (84,8% mujeres), TM, n= 43, M= 49,7 años (DT= 9,57) y THM, n= 36, M= 49,11 años (DT= 13,38)</p>	<p>Salud autopercibida (escala likert). Intensidad del (VAS), discapacidad (PDI) y días y horas de dolor sin aliviar. Depresión (BDI-II), medicación y estado laboral.</p>	<p>1) GE: TM: EF, educación, manejo del dolor y el estrés, masaje. 6 semanas (24h), 24 sesiones, 4 sesiones/semana en grupo (14-15 pacientes). No residencial. 2) GC: TMH: médico/fármacos y educación.</p>	<p>Mejoras significativas del GE vs. GC que persistieron a los 6 meses de seguimiento: aumento de la salud auto-percibida, disminución del dolor en todas las medidas. En el GE hubo un descenso significativo del consumo de medicación a los 6 meses.</p>
<p>Lera <i>et al.</i> (2009)</p>	<p>Evaluar si la TCC añade eficacia al TM.</p>	<p>FM: N= 66 (100% mujeres). MT+CBT, n= 35, M= 50,4 años (DT= 9), MT, n= 31, M= 51,9 años (DT= 8,4).</p>	<p>Impacto de la FM (FIQ), calidad de vida relacionada con la salud (SF-36), psicopatología (SCL-90-R).</p>	<p>1) GE: TM (sin TCC): terapia médica/farmacológica, educación, discusiones grupales, EF. 16 semanas (14h), 14 sesiones (1h/sesión) semanales, grupo (10-11 pacientes). No residencial. 2) GE: TM + TCC. Igual al TM más TCC. 16 semanas (22.5h). Mismas sesiones del TM+ 15 sesiones de TCC (90 min/sesión) antes de cada sesión de TM (excepto la primera). Grupal, no residencial.</p>	<p>Mejoras significativas en ambos grupos de tratamiento, que persistieron a los 6 meses: impacto de la FM. La adición del TCC: no aumentó significativamente el efecto terapéutico de la TM en general. Si dividimos pacientes con y sin fatiga: grupo con fatiga solo mejoró significativamente cuando recibió TM+TCC, y no solo TM.</p>
<p>Luciano <i>et al.</i> (2013)</p>	<p>Evaluar si la psico-educación añade eficacia y coste-utilidad al TMH.</p>	<p>FM: N= 216 (97,7% mujeres), TM, n= 108 M= 55,17 años (DT= 8,58) y THM, n= 108 M= 55,42 años (DT= 8,63)</p>	<p>Impacto de la FM (FIQ) y coste-eficacia a través del análisis de QALY (EQ-5D), medicación y comprobantes de servicio (CSR), y costes directos e indirectos durante el tratamiento.</p>	<p>GE: TM (Programa psicoeducacional + TMH): educación, relajación autógena, fármacos y EF. 8 semanas (18h), 9 sesiones (2h/sesión) semanales en grupo. No residencial. 2) GC: TMH: Médico/fármacos y EF</p>	<p>Mejoras significativas del GE vs. GC que se mantuvieron a los 12 meses de seguimiento en: impacto de la FM (discapacidad física, días sintiéndose mal, dolor, fatiga por la mañana, rigidez y depresión). El TMH+ psicoeducación fue más coste-eficaz que el TMH solo.</p>

Martín <i>et al.</i> (2012)	Comparar la eficacia de un TM vs. Control TMH.	FM: N= 110 (90,91% mujeres). TM, n= 54, M= 48,68 años (DT= 8,68).TMH, n= 56 M= 51,68 años (DT= 9,65).	Primario: impacto de la FM (FIQ). Secundarios: ansiedad y depresión (HADS), estrategias de afrontamiento (CAD-R), satisfacción (escala Likert).	1) GE: TM (PSYMEPHY): educación, farmacoterapia, TCC, EF. 6 semanas (21h), 12 sesiones (105 min/sesión), 2 sesiones/semana, en grupo (12 pacientes). No residencial. 2) GC: TMH: médico/farmacológico.	GC empeoró a los 6 meses de seguimiento en FIQ (funcionamiento físico y dolor) mientras el GE mejoró significativamente en: FIQ (total/calidad de vida) y aumento del uso de estrategias activas. GE a los 12 meses, mantuvo la mejora en la total/calidad de vida del FIQ, y se sumaron mejoras en funcionamiento físico y dolor. Además, disminuyó la ansiedad y la depresión, y aumentó el uso de estrategias pasivas.
Martín <i>et al.</i> (2014)	Comparar la eficacia de un TM vs. Control TMH.	Misma muestra que Martín <i>et al.</i> (2012)	Impacto de la FM (FIQ), dolor (VAS) y estrategias de afrontamiento (CAD-R).	Mismas condiciones que en Martín <i>et al.</i> (2012)	Mejoras significativas del GE vs. GC a los 6 y 12 meses de seguimiento solo en impacto de la FM: total/calidad de vida y dolor. A los 12 meses se sumaron mejoras en fatiga, cansancio por la mañana y ansiedad (FIQ).
Martín <i>et al.</i> (2014a)	Comparar la eficacia de un TM vs. Control TMH, y explorar predictores de mejora.	Misma muestra que Martín <i>et al.</i> (2012)	Impacto de la FM (FIQ), ansiedad y depresión (HADS), estrategias de afrontamiento (CAD-R), apoyo social percibido (DUKE-UNC), satisfacción (escala Likert).	Mismas condiciones que en Martín <i>et al.</i> (2012)	Mejoras significativas del GE vs. GC a los 6 meses en: FIQ (total/calidad de vida y dolor), estrategia de autoafirmación (aumenta en el GC y disminuye en el GE), apoyo social percibido y satisfacción con el tratamiento.
Martín <i>et al.</i> (2014b)	Comparar la eficacia de un TM vs. Control TMH en mejora de la calidad de vida e identificar predictores.	Misma muestra que Martín <i>et al.</i> (2012)	Impacto de la FM (FIQ) y estrategias de afrontamiento (CAD-R).	Mismas condiciones que en Martín <i>et al.</i> (2012)	Mejoras significativas del GE vs. GC a los 6 meses de seguimiento en FIQ (total/calidad de vida, funcionamiento físico y dolor). El no tener enfermedades físicas fue identificado como predictor de mejora.
Martín <i>et al.</i> (2017)	Explorar predictores de efecto a largo plazo de un TM.	Misma muestra que Martín <i>et al.</i> (2012)	Datos sociodemográficos, historiales médicos, impacto de la FM (FIQ), ansiedad y depresión (HADS).	Mismas condiciones que en Martín <i>et al.</i> (2012)	Se identificaron como predictores de mejora a largo plazo las medidas de línea base: tener pareja, no tener enfermedades físicas, años desde el inicio del dolor (< 5 años) y ansiedad (escala FIQ baja).

<p>Martins <i>et al.</i> (2014)</p>	<p>Comparar la eficacia de un TM vs. Un programa educativo.</p>	<p>N= 27. FM. n= 12 (62% mujeres). M= 39,5 años (DT= 7,8) Otras quejas musculoesqueléticas o neurálgicas. n= 15 (55% mujeres). M= 45,5 años (DT= 8,3)</p>	<p>Impacto de la FM (FIQ), dolor (VAS), calidad del sueño (PSP), calidad de vida (SF-12), y ansiedad y depresión (HAD5).</p>	<p>1) GE: TM: educación, EF, TCC y TO. 2 semanas (12h), 12 sesiones (1h/sesión) semanales en grupo (NE). No residencial. 2) GC sin FM: programa educativo: prevención del dolor, relajación, estiramientos y conciencia corporal. 12 semanas, 12 sesiones (1h/sesión) semanales en grupo (NE). No residencial.</p>	<p>Mejoras significativas del GE vs. GC posttratamiento: FIQ (puntuación total/calidad de vida, capacidad funcional, habilidad para trabajar, dolor, fatiga, rigidez por la mañana, ansiedad y depresión), aumento de la calidad del sueño y de la vida.</p>
<p>Masuda <i>et al.</i> (2002)</p>	<p>Explorar el pronóstico del SFC en función de su etiología (infecciosa o no).</p>	<p>SFC. N= 18 Grupo post-infectado y no infectado: n= 9 (66,67% mujeres) por grupo M= 30,1 (DT= 6,9) y 33,1 (DT= 11) años para cada grupo GC: sano (sin quejas de fatiga crónica), n= 20</p>	<p>Tendencia neurótica y alteración del sistema autónomo (CMI), depresión (SDS), cambios en el sistema inmune (análisis de sangre: células NK y linfocitos), pronóstico (vuelta al trabajo a los 2 años de seguimiento).</p>	<p>1) GE: TM: farmacoterapia (estándar + medicina china y vitamina C), rehabilitación (masaje y termoterapia), TCC, terapia familiar y EF; 9 semanas (NE h), 3 fases (3 semanas/ fase). No especifica el formato de las sesiones. 2) GC: participantes sanos</p>	<p>a) Grupo post-infectado: Mejoras significativas posttratamiento en: sistema inmune (células NK), reducción de la queja física y la fatiga, la depresión, el mal ajuste, la ansiedad y la tensión (CMI) hasta el nivel del grupo control. 8 pacientes volvieron al trabajo. b) Grupo no infectado: Sistema inmune: no retornó a su rango normal, y no mejoraron los síntomas físicos y mentales. Sólo 3 pacientes regresaron al trabajo.</p>
<p>Nielson <i>et al.</i> (1997)</p>	<p>Evaluar la eficacia de un TM de corte cognitivo conductual.</p>	<p>FM. N= 101 (92,1% mujeres). M= 44,9 años (DT= 8,1)</p>	<p>Dolor (MPI), impacto de la FM (FIQ).</p>	<p>1) GE: TM. TCC, EF, y TO, 4 semanas (NE h), sesiones diarias en grupo (4 a 6 pacientes). No residencial.</p>	<p>Mejoras significativas posttratamiento en dolor (gravedad, interferencia, control, angustia emocional y nivel de actividad) y del FIQ (excepto en discapacidad). A los 12 meses se mantuvieron las mejoras en dolor excepto en el nivel de actividad. En el FIQ se mantienen las mejoras en discapacidad, ansiedad y sentirse bien.</p>

Nielson y Jensen (2004)	Buscar la relación entre variables procesuales de TM y los resultados.	FM: $N=198$ (92% mujeres), $M=46,4$ años ($DT=NE$)	Variables de proceso: creencias (SOPA) y afrontamiento del dolor (CPCI). Variables de resultado: dolor (WHYMPI).	1) GE: TM: EF, TO, TCC y farmacoterapia. 4 semanas (NE h), sesiones grupales e individuales sin especificar frecuencia ni formato de las sesiones.	Mejoras significativas sostenidas hasta los 6 meses de seguimiento en: creencias, afrontamiento y dolor. La mejora en dolor se relacionó con: a) las creencias de que necesariamente la FM no te discapacita y el dolor no significa daño; b) un afrontamiento con mayor sensación de control sobre el dolor, bajar la guardia, aumentar el ejercicio y el ritmo de actividad, el apoyo en otros y la autoafirmación.
Núñez <i>et al.</i> (2011)	Comparar la eficacia de un TM vs. Control TMH sobre la calidad de vida relacionada con la salud.	SFC: $N=115$ (87,82% mujeres), TM, $n=58$, $M=42,65$ años ($DT=9,6$) y, TMH, $n=57$, $M=44,27$ años ($DT=10,76$).	Salud general (SF-36), discapacidad funcional (HAQ), fatiga (FIS) y comorbilidades (diferentes pruebas).	1) GE: TM: TCC, EF y farmacoterapia. 12 semanas (aprox. 49.5h). 5 sesiones/semana (2 sesiones de 90 min por sesión de TCC, y 3 sesiones de 1h por sesión de EF) en grupo (16 pacientes). No residencial. 2) GC: TMH: médico/fármacos y EF. 12 semanas (NE h), 3 sesiones (10 min/sesión) diarias de EF en periodos separados (NE modalidad)	A los 12 meses de seguimiento el GE empeoró significativamente en: salud general (dolor y función física) y discapacidad funcional. Hubo leves mejoras en aspectos emocionales. Aumento de las comorbilidades en ambos grupos. También hubo diferencias significativas entre grupos en salud general, solo en dolor.
Rasmussen <i>et al.</i> (2017)	Explorar a qué se asocian los cambios en la autoeficacia del dolor tras un TM	Misma muestra reclutada en Amris <i>et al.</i> (2014)	Primarios: funcionalidad (AMPS) y autoeficacia del dolor (PSEQ). Secundarios: funcionamiento físico (SF-36- PF), salud mental (SF-36-MCS), dolor (VAS), ansiedad (GAD-10), depresión (MDI) y catastrofización (CSQ).	Mismas condiciones que en Amris <i>et al.</i> (2014).	Los cambios individuales en autoeficacia del dolor no se asociaron con cambios en la funcionalidad. Asociación sólo débil o moderada con los cambios en salud física y mental, y catastrofización. No hubo diferencias significativas entre el GE y el GC en autoeficacia del dolor.

Riberto et al. (2011)	Examinar si el tDCS aumenta la eficacia de un TM.	FM: N= 23 (100% mujeres). CE, n= 11, M= 58,3 años (DT= 12, 1) y CC, n= 12, M= 52,4 años (DT= 11, 5)	Dolor (VAS), impacto de la FM (FIQ), salud general (SF-36), discapacidad funcional (HAQ) y depresión (BDI y HAM).	1) GE: TM + tDCS activo: educación, EF, TCC y TO. 12 semanas de TM (72h) y 10 semanas de tDCS (200 min). 3 sesiones/semana de TM (2h/sesión) en grupo (NE). Sesiones semanales de tDCS (20 min/sesión). No residencial. 2) GC: TM + tDCS placebo. Misma duración y formato que la CE pero con las sesiones de tDCS placebo.	Mejoras significativas del grupo tratamiento con tDCS activo vs. tDCS placebo en: disminución del dolor (escala del SF-36). La falta de significancia en otros dominios no apoyo la inclusión del tDCS con el TM.
Salvat et al. (2017)	Comparar la eficacia de un TM vs. Control TMH en la funcionalidad.	Misma muestra que Castel et al. (2013)	Impacto de la FM (FIQ), calidad de vida relacionada con la salud física (tolerancia al ejercicio: 6MW; pasos/día: pedómetro). Otros: ansiedad y depresión (HADS), catastrofización (CSQ), problemas de sueño (MOS).	Mismas condiciones que Castel et al. (2013).	Mejoras significativas del GE vs. GC en: FIQ a los 3 y 12 meses de seguimiento, aumento de la tolerancia al ejercicio físico, solo en el posttratamiento. Aumento significativo en el GE en aptitud física (COOP/WONCA) que persistió a los 12 meses de seguimiento.
Saral et al. (2016)	Evaluar la eficacia de un TM vs. TMH.	FM: N= 59 (100% mujeres), TM largo, (n= 21), M= 38,3 años (DT= 9,8), breve (n= 19), M= 43,2 años (DT= 9,2) y TMH (n= 19) M= 43,7 años (DT= 1, 1).	Dolor, fatiga y calidad del sueño (VAS), puntos sensibles (Wolfe et al. 1990), umbral de dolor por presión (algómetro), impacto de la FM (FIQ), depresión (BDI) y salud general (SF-36).	1) GE: TM largo: TCC, EF y educación. 10 semanas (NE h), sesiones semanales (3h/sesión) de TCC, 1 día entero de ejercicio y otro de educación, en grupo (NE). No residencial. 2) GE: TM breve: educación, EF, TCC breve. Dos días completos, no específica formato de sesiones. 3) GC: TMH: medico/fármacos.	Mejoras significativas del TM largo y breve vs. TMH en: disminución del dolor, la fatiga y el número de puntos sensibles, y aumento del umbral de presión del dolor y salud (escala de funcionalidad física). El TM largo fue significativamente mejor que el TM corto en: reducir el dolor y la fatiga, y aumentar la funcionalidad física.
Schreurs et al. (2011)	Evaluar la eficacia de la TCC y el EF para el tratamiento del SFC, e investigar predictores de resultados.	SFC: N= 160 (88% mujeres) M= 34 años (DT= 10, 4)	Fatiga (CIS-20), discapacidad física (SF-36), atribuciones somáticas y psicológicas con respecto al SFC (CAL), sensación de control sobre los síntomas (SES), depresión y aspectos somáticos (SCL-90), y actividad física (Actilogscale V3.0).	1) GE: TM: TCC, EF y TO. 12 semanas + (3 meses de descanso) 5 días (NE h). 75 sesiones en grupo (6 pacientes) residenciales (5 días en residencia, 9 en casa).	Mejoras significativas posttratamiento en: disminución de fatiga y discapacidad física. Predijeron la mejora en fatiga subjetiva: no tener seguro de invalidez, menor duración de la fatiga y mayor sensación de control sobre los síntomas. Una mayor actividad física antes del tratamiento predijo que se mantuviera la mejora a los 6 meses.

Surman <i>et al.</i> (2009)	Evaluar la eficacia de un TM.	FM: N= 25 (100% mujeres) M= 44,8 años (DT= 11,7)	Respecto al dolor, su intensidad (VAS), área (dibujo), y umbral del dolor por presión y puntos sensibles (algotmetro). Estado físico (Índice de aptitud aeróbica), depresión (CES-D) y estrategias de afrontamiento (BPCI).	1) GE: TM: educación, EF y TCC. 3 semanas (75 h), sesiones diarias (excepto fines de semana) de 10.00h-16.45h), individuales y residenciales.	Mejoras significativas que continuaron hasta los 12 meses de seguimiento: disminución del dolor (intensidad y área), y mejora del afrontamiento (ítem de ejercicio físico). Hasta los 2 meses de seguimiento mejoras significativas en estado físico y aumento del umbral de dolor por presión.
Torres <i>et al.</i> (2009)	Evaluar cómo influye el locus de control del dolor sobre la reintegración laboral.	FM N= 98 (96,9% mujeres), M= 43,6 años (DT= 7,9)	Locus de control (MHLC-P), discapacidad funcional (HAQ), éxito del tratamiento (regreso al trabajo). Otras: VAS, BDI.	1) GE: TM: educación, farmacoterapia, TCC, EF, TO. 4 semanas (60h). 12 sesiones (5h/día, 3 días/semana) individuales y grupales (NE). No residencial.	Regresaron al trabajo: en el posttratamiento el 59,2% y en a los 12 meses de seguimiento se mantuvo el 53,2%. Las variables que predijeron el fracaso del tratamiento: locus de control, expectativas negativas sobre el curso del dolor y la alta discapacidad percibida.
van Eijk-Hustings <i>et al.</i> (2013)	Comparar la eficacia de un TM vs. los controles EF y TMH.	FM: N= 134 (96% mujeres). TM (n= 67), M= 41,6 años (DT= 8,8), EF (n= 19), M= 43,9 años (DT= 7,6) y TMH (n= 48, M= 42,9 años (DT= 11).	Primarios: QALY (EQ-5D), participación (Cuestionario desarrollado por los autores: productividad en el trabajo, trabajo en casa, actividades de ocio, y actividades sociales), consumo de la atención sanitaria (CCB). Secundarios: impacto de la FM (FIQ).	1) GE: TM+ cuidado posttratamiento: socioterapia, fisioterapia, EF, psicoterapia (transaccional y emotivo racional) y artes creativas. 12 semanas + 9 meses de cuidado posttratamiento. Formato: 1ª fase de TM de 72 sesiones (1,5h/sesión, 2 sesiones/día, 3 días/semana). NE modalidad. No residencial. Más 2ª fase de cuidado posttratamiento de 5 sesiones en grupo (9-10 pacientes) y un máximo de 7 sesiones individuales de terapia. 2) GC: EF: 12 semanas (24h). 2 sesiones (1h/sesión) por semana en grupo (9-10 pacientes). No residencial. 3) GC: TMH: educación y orientación del reumatólogo, y puede incluir fisioterapia o apoyo social. 1 o 2 sesiones.	No hubo diferencias entre-grupo. -GE tuvo mejoras significativas en el seguimiento de 9 meses en: QALY, consumo de la atención sanitaria (disminución del contacto con profesionales sanitarios) e impacto de la FM (disminuye en el posttratamiento y aún más a los 9 meses).

<p>Verra <i>et al.</i> (2009)</p>	<p>Clasificar a los pacientes altamente discapacitados (puntuaciones del MPI), y evaluar sus respuestas al TM.</p>	<p>FM: N= 118 (95,8% mujeres). M= 45,5 años (DT= 9,8)</p>	<p>Dolor (MPI), salud general (SF-36), ansiedad y depresión (HADS) y estrategias de afrontamiento (CSQ).</p>	<p>Mismas condiciones que en Angst <i>et al.</i> (2006)</p>	<p>Los pacientes gravemente discapacitados pudieron clasificarse en 3 grupos (al igual que los menos discapacitados): 1) Disfuncional; 2) Dificultades interpersonales; 3) Adaptados. Tras el TM existieron diferencias significativas entre los 3 grupos en gravedad del dolor.</p>
<p>Vos-Vromans, Smeets <i>et al.</i> (2016)</p>	<p>Evaluar la eficacia de un TM frente a la TCC.</p>	<p>SFC: N= 122 (86,6% mujeres). TCC, n= 60, M= 40 años (DT= 10,2) y TM, n= 62, M= 40,6 años (DT= 12).</p>	<p>Fatiga (CIS), salud general (SF-36). Otros: SCL-90, SES, CAL, MAAS, PSCG, SIP-8, monitor de actividad, LSQ, EET.</p>	<p>1) GÉ: TM (FatiGo): TCC, EF, conciencia corporal, normalización del ritmo del sueño, TO y reintegración social (RS). 10 semanas (33h), sesiones individuales semanales (TO y fisioterapia), y bisemanales (TCC y RS). No residencial. 2) GC: TCC: 24 semanas (NE h). 16 sesiones (45-60 min/sesión) individuales, las 1ª primeras 6 semanas semanales, y el resto bisemanales. No residencial.</p>	<p>El TM fue más eficaz que el TCC en la disminución de la fatiga (ambos tratamientos produjeron mejoras significativas a las 26 semanas, pero a los 52 solo las sostuvo el TM). Ambas condiciones provocaron aumento significativo de la salud, que se mantuvo a las 52 semanas de seguimiento.</p>
<p>Vos-Vromans, Huijnen <i>et al.</i> (2016)</p>	<p>Explorar cómo influyen las expectativas del paciente y credibilidad del tratamiento sobre los resultados de un TM y TCC.</p>	<p>Misma muestra que Vos-Vromans, Smeets <i>et al.</i> (2016)</p>	<p>Fatiga (CIS), salud mental y física (SF-36- MCS y PCS), depresión (SCL-90), autoeficacia (SES), expectativas y credibilidad (CEQ).</p>	<p>Mismas condiciones que en Vos-Vromans, Smeets <i>et al.</i> (2016)</p>	<p>Efectos significativos solo con el TM en las expectativas de los resultados sobre la reducción de la fatiga y mejora de la salud física, y la credibilidad del tratamiento sobre la mejora de la salud mental.</p>
<p>Vos-Vromans <i>et al.</i> (2017)</p>	<p>Comparar el coste-eficacia de un TM frente a la TCC.</p>	<p>Misma muestra que Vos-Vromans <i>et al.</i> (2016b)</p>	<p>Principal medida de coste-eficacia: fatiga (CIS). Principal medida de coste-utilidad: QALY (EQ-5D-3L) Costes sociales (atención médica, paciente y familia y pérdida de productividad). Otros: SF-36, EET.</p>	<p>Mismas condiciones que en Vos-Vromans, Smeets <i>et al.</i> (2016)</p>	<p>El TM fue más eficaz que el TCC para disminuir la fatiga a las 52 semanas, pero no hubo diferencias significativas entre-grupos en QALY. El TM presentó mayores costes sociales y mayor coste-eficacia que el TCC. El TCC obtuvo mayor coste-utilidad.</p>

Walitt <i>et al.</i> (2007)	Examinar si el TM altera el metabolismo cerebral.	FM: N= 9 (100% mujeres). M= 47,7 años (DT= NE)	Metabolismo regional del cerebro (PET), gravedad de los síntomas (FIQ). Otros: VAS (dolor) y recuento de puntos sensibles.	1) GE: TM: Farmacoterapia, TCC, EF y llamadas semanales del médico. 8 semanas (NE h), sesiones individuales, semanales de EF, y de 3-6 veces por semana de TCC. No residencial. 1) GE: TM: EF, entrenamiento ergonómico, educación, psicoterapia (NE), terapia conductual e intervenciones en el lugar de trabajo. 3 semanas (120h), 15 sesiones (8h/sesión), 5 días/semana. Sesiones individuales y grupales residenciales. 2) GC: participantes sanos	Diferencias significativas en el posttratamiento en disminución de la gravedad de los síntomas, incrementos del metabolismo en varias regiones del sistema límbico y disminución media de 4 puntos sensibles de dolor.
Wang <i>et al.</i> (2009)	Evaluar el papel de la citoquina proinflamatoria IL-8 y su relevancia clínica en pacientes con FM.	FM: N= 20 (85% mujeres). M= 49,9 años (DT= 6,8) y control, (n= 80), M= 48,4 años (DT= 11,1).	Dolor (VAS), funcionamiento de la espalda (RMQ: actividad física y calidad del sueño), depresión (ADS), niveles de IL-8 (muestra de sangre y ensayo Bio-Plex citoquina), consumo de nicotina, alcohol y medicación.	1) GE: TM: EF, entrenamiento ergonómico, educación, psicoterapia (NE), terapia conductual e intervenciones en el lugar de trabajo. 3 semanas (120h), 15 sesiones (8h/sesión), 5 días/semana. Sesiones individuales y grupales residenciales. 2) GC: participantes sanos	-Antes y durante el TM, los niveles de IL-8 eran significativamente mayores en el GE frente al GC. El TM provocó mejoras significativas que persistieron a los 6 meses de seguimiento en disminución del dolor y mejora del funcionamiento de la espalda. Además, los niveles de IL-8 disminuyeron significativamente, casi hasta un rango normal, observándose una correlación negativa con la intensidad del dolor.

Nota: TM= tratamiento multidisciplinar; LDE= lista de espera; FM= fibromialgia; SFC= síndrome de fatiga crónica; TCC= tratamiento cognitivo conductual; TMH= tratamiento médico habitual; min= minutos; NE= no específica; AMPS= Evaluación de habilidades motoras y procedimentales; AVDS= actividades de vida diaria; SF-36= Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud, versión de 36 ítems; MCS= Puntuación mental compuesta; PCS= Puntuación física compuesta; FIQ= Cuestionario de impacto de la fibromialgia; GAD-10= Trastorno de ansiedad generalizada-10; MDI= Inventario de depresión mayor; CSQ= Cuestionario de estrategias de afrontamiento; PSEQ= Cuestionario de autoeficacia del dolor; GE= grupo experimental; EF= ejercicio físico; TO= terapia ocupacional; GC= grupo control; PDQ= Cuestionario de detección del dolor; HADS= Escala de ansiedad y depresión hospitalaria; MPI= Inventario de dolor multidimensional; GR- α mRNA en PBMC= Receptor de glucocorticoides α mRNA en Célula mononucleares periféricas de la sangre; VAS= Escala analógica visual; CES-D= Escala de depresión del Centro para los Estudios Epidemiológicos; HPA= hipotalámico-pituitario-adrenal; BDI-A= Inventario de depresión de Beck ajustado; BAI= Inventario de ansiedad de Beck; QOLS= Escala de calidad de vida; ECN= Escala de calificación numérica; MOS= Resultados de estudio médico; COOP/WONCA= Láminas COOP/WONCA Charts; NPRS= Escala numérica de calificación de la intensidad del dolor; IMC= índice de masa muscular; PGWB= Bienestar general psicológico; RPS= Puntuación de dolor regional; BDI= Inventario de depresión de Beck; STAI= Inventario de ansiedad estado-rasgo; GHQ-20= Cuestionario general de la salud; EC-17= Escala de consumo musculoesquelético eficaz; 17; ASES= Escala de autoeficacia en artritis; PDI= Índice de discapacidad del dolor; SCL-90-R: Lista de verificación de síntomas-90-revisado; EQ-5D o EQ-5D-3L= Cuestionario EuroQol-5D; CAD-R= Cuestionario de afrontamiento al dolor crónico; DUKE-UNC= Duke-UNC Cuestionario de apoyo social funcional; PSP= Protocolo postsaqueo; SF-12= Calidad de vida genérica; CMI= índice médico Cornell; NK= *Natural Killers*; SDS= Escala de autoafiliación de la depresión; SOPA= Sondeo de actitudes de dolor; CPCI= Inventario de afrontamiento del dolor crónico; WHYMPI= Inventario multidimensional del Dolo; West Haven Yale; HAQ= Cuestionario de evaluación de salud; FIS= Escala de impacto de fatiga; TDCS= Estimulación de corriente eléctrica transcranial; HAM= Escala de clasificación de depresión de Hamilton; 6MWW= caminar 6 Minutos; CIS-20= Lista de verificación de fuerza individual; CAL= Listas de atribución causal; SES= Escala de autoeficacia; BPCI= Inventario breve de afrontamiento al dolor; MHLCP= Escala multidimensional del locus de control de la salud-dolor; QALY= Años de vida ajustados a la calidad; CSRI= Inventario del comprobante de servicio del cliente; CCB= Cuestionario de coste mensual; MAAS= Escala de atención y conciencia plena; PSCG= Cuestionario específico de las quejas y objetivos del paciente; SJR-8= Perfil del impacto de la enfermedad-8; LSQ= Cuestionario de satisfacción de vida; EET= Cuestionario de mejora y satisfacción; CEQ= Cuestionario de credibilidad y expectación; PET= Tomografía por emisión de positrones; RMQ= Cuestionario Roland-Morris; ADS= Escala de depresión general.