

Eficacia de la hipnosis ericksoniana en el síndrome de fibromialgia en mujeres

José
Álvarez-Nemegyei,¹
Alejandra
Negreiros-Castillo,²
Bertha Lidia
Nuño-Gutiérrez,³
Jorge
Álvarez-Berzunza,⁴
Luis M.
Alcocer-Martínez⁵

¹Unidad
de Investigación Médica

²Unidad
de Cuidados Intensivos

³Unidad de Investigación
Epidemiológica

y en Servicios de Salud
del Adolescente,

Tonalá, Jalisco

⁴Unidad de Medicina
Familiar 57,

Mérida, Yucatán

⁵Unidad de Medicina
Familiar 59,

Mérida, Yucatán

Autores 1 y 2 adscritos al
Hospital

de Especialidades,
Centro Médico Nacional
"Ignacio García Téllez",
Mérida, Yucatán

Instituto Mexicano
del Seguro Social

Comunicación con:
José Álvarez-Nemegyei.
Tel: (999) 922 5656,
extensión 5050.

Correo electrónico:
nemegyei@yahoo.com.mx

RESUMEN

Introducción: el síndrome de fibromialgia es un trastorno musculoesquelético doloroso crónico. El objetivo de la presente investigación fue evaluar la eficacia de la hipnosis ericksoniana en el síndrome de fibromialgia.

Material y métodos: fueron incluidas 43 mujeres con síndrome de fibromialgia, con edad de 44 ± 4.7 años, asignadas aleatoriamente a hipnosis ericksoniana (20 mujeres) o hipnosis simulada (23 mujeres) por seis meses. Mensualmente se hizo evaluación global de la enfermedad por el paciente y el médico, cuenta de puntos dolorosos y se aplicó el *Cuestionario de impacto de la fibromialgia*.

Resultados: no se apreciaron diferencias intergrupo en el cambio para la calificación en cuanto al cuestionario y las evaluaciones por el paciente y el médico. Después de hacer ajustes según la edad, al tercer (4 ± 4.6 versus 0.6 ± 3.1 , $p = 0.02$) y cuarto mes (5 ± 4.6 versus 0.8 ± 4.0 , $p = 0.03$), los sujetos asignados a hipnosis ericksoniana tuvieron mayor reducción del número de puntos dolorosos.

Conclusiones: aunque no tuvo efecto sobre la capacidad funcional y la evaluación de la enfermedad por el paciente y el médico, la hipnosis ericksoniana en síndrome de fibromialgia redujo el número de puntos dolorosos. Esta modalidad de hipnosis podría ser una medida auxiliar en el manejo del síndrome de fibromialgia.

SUMMARY

Background: fibromyalgia syndrome (FS) is a chronic, painful, generalized musculoskeletal disorder in which some efficacy for the conventional hypnosis modality has been claimed.

Objective: to assess the efficacy of the Ericksonian modality hypnosis in FS management.

Material and methods: forty-three FS female patients (44 ± 4.7 years old) were included. They were randomized to receive for six months: Ericksonian hypnosis (EH; 20 subjects) or a sham-hypnosis (SH; 23 subjects). Every month, patient and physician global disease assessment, tender point count and the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) were measured.

Results: during the follow-up, we did not find inter-group differences for the rate of change related to the baseline values for the patient and physician global disease assessment and the FIQ scores. At the third month (4.0 ± 4.6 vs. 0.6 ± 3.1 ; $p = 0.02$), and at the fourth month (5.0 ± 4.6 vs. 0.8 ± 4.0 ; $p = 0.03$) of follow-up, the participants who received EH had a significant reduction of the tender point count after adjustment for patient's age.

Conclusions: despite no effect was noted on the functional status and the patient and physician global assessment, EH produced a reduction in the number of tender points in FS. Thus, HE may be an adjuvant treatment for the management of FS patients.

Introducción

El *síndrome de fibromialgia* es un término utilizado para identificar un trastorno de prevalencia relativamente alta, el cual se caracteriza por dolor crónico generalizado no inflamatorio en sitios musculoesqueléticos, y que parece ser mediado por alteraciones en los mecanismos de percepción y procesamiento del dolor en el sistema nervioso central.¹ A pesar del impacto epide-

miológico que impone,² el tratamiento del síndrome de fibromialgia dista mucho de ser exitoso en la mayoría de los pacientes. Se estima que con el actual esquema de manejo menos de 50 % de los pacientes encuentra adecuado alivio sintomático y menos de 30 % a tres años experimenta remisión de la enfermedad.³

El enfoque terapéutico del síndrome de fibromialgia comprende medidas farmacológicas y no farmacológicas.^{4,5} Los agentes farmacológicos

Palabras clave

- ✓ fibromialgia
- ✓ hipnosis ericksoniana
- ✓ enfermedades musculoesqueléticas

Key words

- ✓ fibromialgia
- ✓ hypnosis
- ✓ musculoskeletal diseases

que han mostrado eficacia son algunos agentes tricíclicos como la amitriptilina y la ciclobenzaprina. Sin embargo, la tasa de éxito terapéutico es de sólo 20 a 30 %, a lo que se adiciona la desventaja de inducción de taquifilaxis y elevada frecuencia de efectos colaterales.^{4,6-8} Ensayos clínicos controlados más recientes sugieren que otros psicofármacos como la fluoxetina,^{9,10} duloxetina,¹¹ alprazolam,¹² tramadol,¹³ pregabalina,¹⁴ y otros agentes no psicofarmacológicos, como la s-adenosilmetionina,¹⁵ y la hormona del crecimiento¹⁶ podrían ser también eficaces, sin embargo, la tasa de éxito no parece ser mayor a la encontrada para los agentes tricíclicos, o bien, su uso clínico cotidiano no parece ser practicable.

En ensayos clínicos, diversas intervenciones no farmacológicas y terapias complementarias como los programas de ejercicio aeróbico,¹⁷ biorretroalimentación,¹⁸ electroacupuntura,¹⁹ terapia cognitiva-conductual y educacional,^{20,21} cursos de tratamiento en un *spa*,²² automanejo basado en educación,²³ así como la hipnoterapia de enfoque convencional,²⁴ han mostrado ser capaces de mejorar discretamente el dolor y la calidad de vida de los pacientes con síndrome de fibromialgia. Sin embargo, el porcentaje de éxito terapéutico, aunque superior al encontrado en los grupos control, es modesto para considerar dichas intervenciones como medidas terapéuticas sólidas.

La hipnosis ericksoniana, caracterizada por inducción de un estado de hipnosis en el cual el paciente no pierde el estado de alerta, es una

modalidad desarrollada a partir del enfoque de Milton Ericsson.²⁵ De acuerdo con la concepción ericksoniana, un estado de trance es un estado alternativo de conciencia, es decir, una forma distinta de estar despierto, donde la atención se orienta más intensamente al interior que al exterior. A diferencia del trance hipnótico convencional, durante el ericksoniano la persona desarrolla gran actividad interna para modificar la percepción de sus sensaciones, de su cuerpo, del tiempo y espacio, al mismo tiempo que manifiesta signos físicos de estar en trance hipnótico, los cuales pueden ser fácilmente detectados por un observador entrenado.

Esta modalidad de hipnosis en la actualidad constituye una escuela psicoterapéutica mundial y sus efectos han sido usados con éxito en diversas entidades psicológicas.^{26,27} Algunos estudios han demostrado su utilidad como adyuvante en estados como el dolor posquirúrgico asociado con cáncer²⁸ y el síndrome de dolor premenstrual refractario.²⁹ En cuanto a la patología musculoesquelética, existe el informe del uso exitoso de la hipnosis ericksoniana en un paciente con dolor crónico de hombro refractario a tratamiento.³⁰ Lo anterior condujo a la hipótesis de que la hipnosis ericksoniana podría ser eficaz como tratamiento en pacientes con síndrome de fibromialgia, caracterizada por dolor musculoesquelético crónico generalizado y en cuya génesis al parecer son fundamentales los factores psicológicos o psicosomáticos, por lo que nos propusimos realizar el presente ensayo clínico controlado con asignación aleatoria, dirigido a evaluar la eficacia de la hipnosis ericksoniana en el síndrome de fibromialgia.

Cuadro I
Comparación de las variables clínicas y demográficas entre los grupos de tratamiento en tiempo basal

Variable	Hipnosis ericksoniana	Simulada	<i>p</i>
Edad (años)	42.5 ± 10.5	46.5 ± 12.7	0.27
Tiempo de evolución (años)	7.0 ± 6.7	7.6 ± 7.4	0.84
EVA paciente (mm)	82.0 ± 21.0	86.0 ± 18.0	0.44
EVA médico (mm)	78.0 ± 23.0	86.0 ± 19.0	0.22
Número de puntos dolorosos	15.1 ± 3.0	14.7 ± 2.8	0.69
Calificación CIF	59.0 ± 18.0	59.0 ± 11.0	0.94

EVA = Escala visual análoga

CIF = Cuestionario de impacto de la fibromialgia

Material y métodos

Entre abril de 2001 y agosto de 2002 fueron incluidos pacientes incidentes de uno u otro sexo referidos al Servicio de Reumatología del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "Ignacio García Téllez", Instituto Mexicano del Seguro Social, Mérida, Yucatán, México.

Los criterios de inclusión fueron diagnóstico de síndrome de fibromialgia de acuerdo con los criterios del Colegio Americano de Reumatología,³¹ y edad igual o mayor de 18 años.

Los criterios de no inclusión fueron síndrome de fibromialgia secundaria o asociada a cualquier otra enfermedad crónica, presencia de cualquier insuficiencia orgánica terminal u enfermedad dolorosa crónica, antecedente de efecto adverso durante algún tratamiento hipnótico previo, o imposibilidad para haber entrado previamente en trance hipnótico.

Se eliminaron pacientes con otras enfermedades dolorosas crónicas, ausencia a dos o más sesiones de tratamiento, a una de las citas de seguimiento, sujetos del grupo experimental que no presentaron evidencias físicas de haber estado en trance hipnótico en dos o más sesiones terapéuticas, sujetos del grupo control que presentaron evidencias físicas de haber estado en trance hipnótico en una o más de las sesiones de intervención simulada y desarrollo de efectos adversos de las intervenciones, como alcalosis respiratoria o crisis convulsivas.

Mensualmente se aplicó una versión validada al español del *Cuestionario del impacto de la fibromialgia*, escala funcional específica para el síndrome de fibromialgia que consta de tres dominios principales: impacto sobre las actividades de la vida diaria, sobre la actividad laboral y sobre el bienestar físico y psicológico.^{32,33} El conteo de los puntos dolorosos se evaluó mediante la aplicación de presión digital de aproximadamente 4 kg/cm en los sitios preestablecidos.³¹ De manera adicional se realizó autoevaluación global por el paciente, de su estado general de salud relacionado con la enfermedad mediante una escala visual análoga (EVA), así como una evaluación global de la enfermedad por el médico, mediante una escala visual análoga similar.

Después de haber certificado la elegibilidad y firmado el consentimiento informado, los pacientes fueron asignados al grupo experimental o al control por un equipo de terapeutas, de acuerdo con una tabla de asignación aleatoria preestablecida, generada en el módulo de aleatorización del programa estadístico True-Epistat. El estudio fue doble ciego tanto para los pacientes como para el evaluador encargado de las mediciones seriadas de las variables dependientes.

La intervención experimental fue administrada por dos médicos familiares con entrenamiento y certificación por el Instituto Mexicano

de Hipnosis Ericksoniana. Antes del inicio del estudio, los procedimientos de administración de la intervención fueron uniformados mediante consenso: en la sesión inicial los pacientes fueron sometidos a un protocolo de bienvenida orientado al motivo de la consulta y al encuadre general de las actividades por realizar, para verificar la disponibilidad a la terapia. En las sesiones subsiguientes se procedió a efectuar inducción de trance mediante cualquiera de cinco técnicas: afecto o dolor, metáforas, disociación, percepción de sensaciones, o creando o reviviendo una escena placentera. Se practicaron intervenciones y técnicas para manejo de dolor crónico tales como transformación de la sensación, separación, desplazamiento, habituación, distracción, alucinación negativa, amnesia, y reencuadre para la tolerancia del dolor. Se planeó administrar un mínimo de seis sesiones y un máximo de ocho por paciente; la indicación individual del número de sesiones fue establecida por consenso y discusión de dos terapeutas.

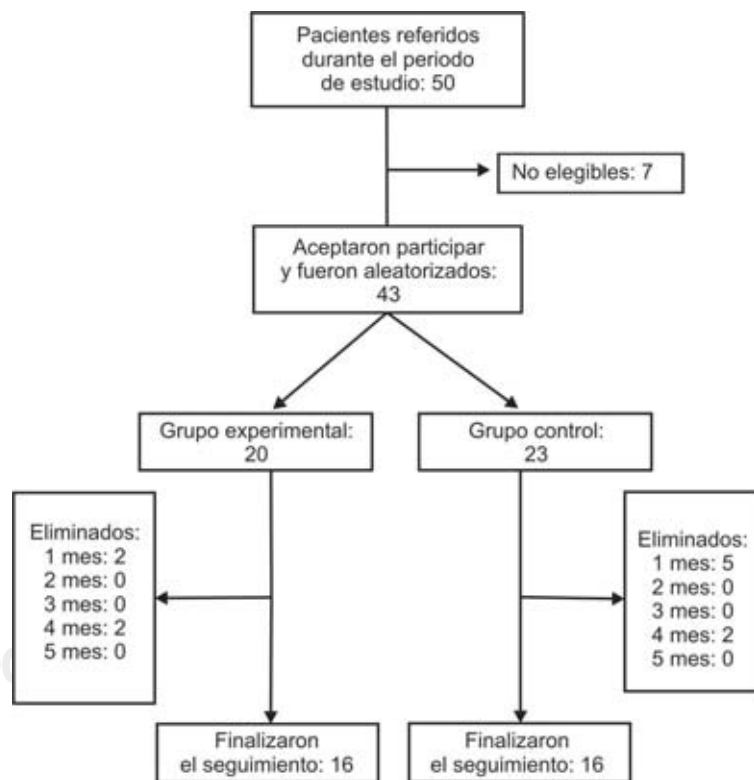


Figura 1. Esquematización del proceso de inclusión y seguimiento de los pacientes con fibromialgia

Este esquema de tratamiento se acordó por consenso de los expertos terapeutas, teniendo como modelo un programa habitual de manejo con hipnosis ericksoniana, y esperando que tuviese efecto de acarreo terapéutico durante los seis meses del seguimiento. Cada sesión duró en promedio 60 minutos, con un intervalo de 15 días continuos entre cada una. En cada sesión se verificó, por lista de cotejo, la presencia de signos físicos de trance hipnótico.

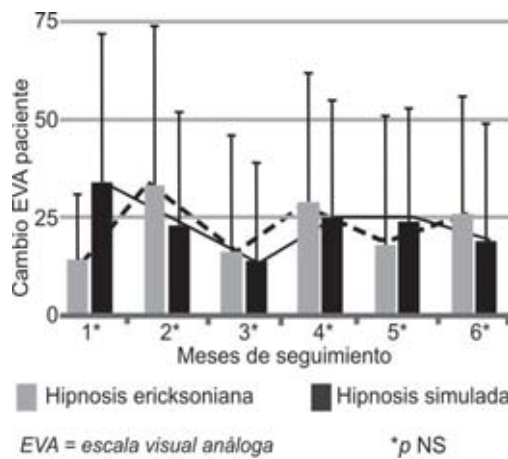


Figura 2. Comparación del cambio respecto al valor basal, en la evaluación global de la fibromialgia por el paciente según tipo de hipnosis

Los pacientes del grupo de hipnosis simulada fueron sometidos a un procedimiento que consistió en un protocolo de bienvenida general y en tres a cinco visitas correlativas se les efectuaba prueba de personalidad y estudio de familia; cada sesión duró en promedio 60 minutos, con intervalo de 15 días continuos entre cada una. Se verificó, por lista de cotejo, la ausencia de signos físicos de trance hipnótico involuntario.

Seguimiento

Los pacientes acudieron a visitas de seguimiento y en cada una de ellas un evaluador cuantificó calificación del Cuestionario de impacto de la fibromialgia, número de puntos dolorosos, y evaluación global de la enfermedad por el pa-

ciente y el médico. La primera evaluación fue realizada antes del tratamiento, posteriormente el paciente fue citado cada mes por seis ocasiones.

Cointervenciones

Todos los pacientes recibieron antiinflamatorios no esteroideos y amitriptilina por vía oral a dosis de 12.5 mg, administrada por las noches, media hora antes de acostarse para el sueño nocturno. De manera adicional fueron referidos al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

Análisis estadístico

Se tomó como referencia el estudio de Bennett y colaboradores,¹⁶ quienes usaron las mismas variables del presente estudio, con un poder estadístico de 0.8 y un nivel de significancia alfa de 0.05, y mostraron que un tamaño de muestra de 40 pacientes, 20 por grupo de estudio, era suficiente para apreciar diferencias estadísticamente significativas. Para comparar la tasa de cambio de cada una de las variables dependientes respecto al valor basal, se utilizó un modelo general lineal, en cual se ingresó como covariable a la edad, variable sociodemográfica que tendió a ser diferente entre los grupos de estudio en la evaluación basal. El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS para Windows, versión 11.5.

Aspectos éticos

Todos los pacientes participantes firmaron el consentimiento informado antes de ingresar al estudio. El protocolo fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Unidad del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Ignacio García Téllez".

Resultados

De 50 pacientes referidos durante el periodo de estudio, 43 pacientes, todos del sexo femenino, de 44 ± 4.7 años de edad (límites de 19 a 68) y

con tiempo promedio de evolución de 7.3 ± 7 años (límites de seis meses a 29 años), cumplieron los criterios de elegibilidad; 20 pacientes fueron asignadas a recibir hipnosis ericksoniana y 23 a hipnosis simulada (figura 1). Aunque las pacientes del grupo de hipnosis simulada tuvieron una tendencia a ser de mayor edad y tener mayor calificación en la evaluación global de la enfermedad por el médico, no hubo diferencias estadísticamente significativas al inicio del seguimiento entre los dos grupos respecto a las características demográficas y clínicas de la enfermedad (cuadro I).

En ambos grupos de tratamiento terminaron el seguimiento 16 pacientes (figura 1), por lo tanto, la tasa de eliminación fue de 20 % para el grupo de hipnosis ericksoniana *versus* 31 % en el de hipnosis simulada ($p = 0.20$). El motivo de la eliminación fue abandono por ineficacia terapéutica. El tiempo de seguimiento para las pacientes del grupo de hipnosis ericksoniana tendió a ser mayor (5.7 ± 0.7 meses), en comparación con el alcanzado por las pacientes del grupo de hipnosis simulada (4.7 ± 2.3 meses), sin embargo, esta tendencia no alcanzó significancia estadística ($p = 0.7$). Ninguna paciente desarrolló efectos colaterales atribuibles a las intervenciones en estudio.

Durante todo el seguimiento no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento para las tasas de cambio respecto al valor basal para las evaluaciones globales de la severidad de la enfermedad por el paciente (figura 2) y por el médico (figura 3), así como para las calificaciones del Cuestionario del impacto de la fibromialgia (figura 4). Por otro lado, desde el primer mes del seguimiento las pacientes asignadas a hipnosis ericksoniana mostraron clara tendencia hacia una mayor reducción en la cuenta de puntos dolorosos, tendencia que alcanzó significancia estadística al tercer y cuarto mes de seguimiento (figura 5).

Discusión

El presente estudio mostró que una intervención de hipnosis ericksoniana fue eficaz para reducir el número de puntos dolorosos en comparación con los pacientes que recibieron una interven-

ción simulada de hipnosis. Sin embargo, la hipnosis ericksoniana no tuvo efectos significativos sobre la capacidad funcional y las evaluaciones globales de la enfermedad por el paciente y el médico. El que la intervención tuviese efecto solamente en la reducción en el número de puntos dolorosos, y no sobre la evaluación funcional y las evaluaciones de la enfermedad por el médico y el paciente, podría explicarse por una falta de potencia terapéutica de la hipnosis ericksoniana para modificar esos aspectos clínicos del síndrome.

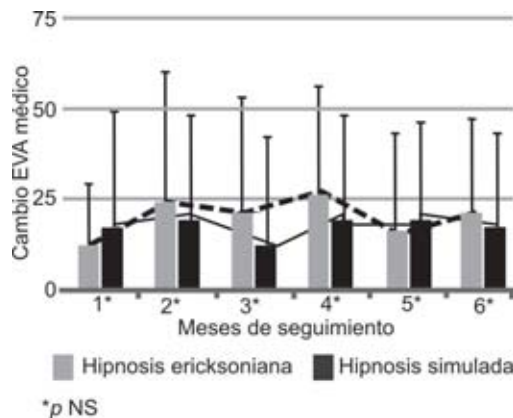


Figura 3. Comparación del cambio respecto al valor basal, en la evaluación global de la fibromialgia por el médico, según tipo de hipnosis

Existe un reporte previo sobre el uso de hipnoterapia tradicional como modalidad terapéutica en el síndrome de fibromialgia, cuyos resultados fueron modestamente exitosos. Sin embargo, dicho informe tiene fallos metodológicos que exponen las conclusiones a error tipo I, como una potencial exposición a diversos sesgos de selección por haber utilizado sólo pacientes refractarios y no haber empleado un instrumento específico para medición del estado clínico del síndrome de fibromialgia; o tipo II, por haber estudiado un número reducido de sujetos, lo cual pudo haber resultado en la omisión de efectos relevantes del tratamiento.²⁴

La hipnosis ericksoniana tiene un enfoque diferente a la convencional, que ha sido exitosa en trastornos dolorosos crónicos y agudos,²⁸⁻³⁰ sin embargo, no hay reportes previos sobre la

evaluación de la eficacia de la intervención de hipnosis en modalidad ericksoniana para el tratamiento del síndrome de fibromialgia.

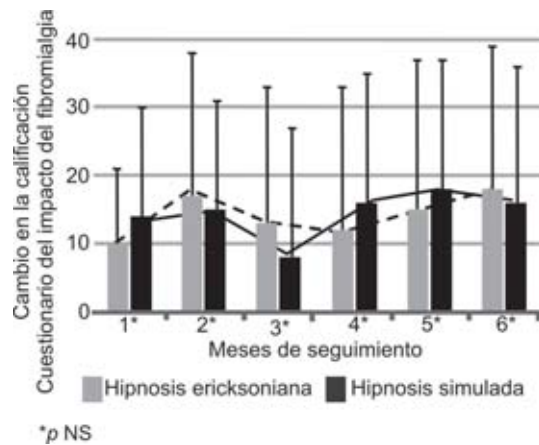


Figura 4. Comparación del cambio respecto al valor basal en la calificación del Cuestionario del impacto de la fibromialgia, según el tipo de hipnosis

Debido a que el tamaño de la muestra fue alcanzado de acuerdo con el nivel planeado, descartamos que la ausencia de diferencias para las variables del Cuestionario de impacto de la fibromialgia y la evaluaciones globales de la enfermedad por el médico y el paciente entre los grupos de estudio, haya sido consecuencia de un error tipo II. Adicionalmente, consideramos que el tiempo de seguimiento fue suficiente para que la intervención experimental haya influido en la evolución de la enfermedad.

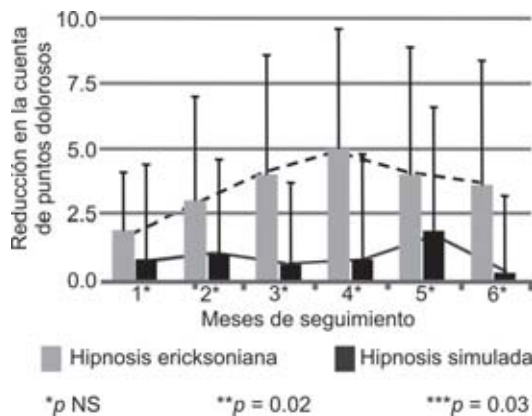


Figura 5. Comparación del cambio respecto al valor basal en la cuenta de puntos dolorosos, según el tipo de hipnosis

Concluimos que la hipnosis ericksoniana podría ser un método no farmacológico auxiliar en el tratamiento de pacientes con síndrome de fibromialgia ya que, aunque no modificó el estado funcional y la evaluación global de la enfermedad por el médico y el paciente, fue capaz de reducir el número de puntos dolorosos en comparación con pacientes sometidos a una intervención simulada de hipnosis. Nuestros hallazgos agregan una intervención no farmacológica adyuvante potencialmente útil, que en el contexto de un enfoque multidisciplinario, el cual ha demostrado ser de suma utilidad en este trastorno,³⁴ podría agregar una herramienta terapéutica adicional para inducir mejoría clínica en los pacientes con síndrome de fibromialgia, cuyo tratamiento dista aún de ser satisfactorio en una alta proporción de sujetos.

Referencias

1. Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome. A decade later. Arch Intern Med 1999;159:777-782.
2. Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, Deyo RA, Felson DT, Giannini EH et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. Arthritis Rheum 1998;41:778-799.
3. Felson DT, Goldenberg DL. The natural history of fibromyalgia. Arthritis Rheum 1986;29:1522-1526.
4. Alarcón GS, Bradley LA. Advances in the treatment of fibromyalgia. Current status and future directions. Am J Med Sci 1998;315:397-404.
5. Crofford LJ. Pharmaceutical treatment options for fibromyalgia. Curr Rheumatol Reports 2004;6:274-280.
6. Carette S, Mc Cain GA, Bell DA, Fam AG. Evaluation of amitriptyline in primary fibrositis. A double blind placebo-controlled study. Arthritis Rheum 1986;29:1371-1377.
7. Carette S, Bell MJ, Reynolds WJ, Haraoui B, McCain GA, Bykerk VP et al. Comparison of amitriptyline, cyclobenzaprine, and placebo in the treatment of fibromyalgia. A randomized, double blind-blind clinical trial. Arthritis Rheum 1994;37:32-40.
8. Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: A meta-analysis. Arthritis Rheum 2004;51:9-13.
9. Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C, Ruthazer R, Schmid C. A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. Arthritis Rheum 1996;39:1852-1859.

10. Arnold LM, Hess EV, Hudson JI, Welge JA, Berno SE, Keck PE Jr. A randomized, placebo-controlled, double-blind, flexible-dose study of fluoxetine in the treatment of women with fibromyalgia. *Am J Med* 2002;112:191-197.
11. Arnold LM, Lu Y, Crofford LJ, Wohlreich M, Detke MJ, Iyengar S et al. A double-blind, multicenter trial comparing duloxetine with placebo in the treatment of fibromyalgia patients with or without major depressive disorder. *Arthritis Rheum* 2004; 50:2974-2984.
12. Russell IJ, Fletcher EM, Michalek JE, McBroom PC, Hester GG. Treatment of primary fibrositis/fibromyalgia syndrome with ibuprofen and alprazolam. A double-blind, placebo controlled study. *Arthritis Rheum* 1991;34:552-560.
13. Bennett RM, Kamin M, Karim R, Rosenthal N. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Med* 2003;114:537-545.
14. Crofford LJ, Rowbotham MC, Mease PJ, Russell IJ, Dworkin RH, Corbin AE et al. Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 2005;52:1264-1273.
15. Volkmann H, Norregaard J, Jacobsen S, Danneskiold-Samsøe B, Knoke G, Nehrlich D. Double-blind, placebo controlled cross-over study of intravenous S-adenosyl-L-methionine in patients with fibromyalgia. *Scan J Rheumatol* 1997;26:206-211.
16. Bennet RM, Clark SC, Walczyk J. A randomized, double-blind, placebo controlled study of growth hormone in the treatment of fibromyalgia. *Am J Med* 1998;104:227-231.
17. Martin L, Nutting A, McIntosh BR, Edworthy SM, Butterwick D, Cook J. An exercise training in treatment of fibromyalgia. *J Rheumatol* 1996;23: 1050-1053.
18. Ferraccioli G, Ghirelli L, Scita F, Nolli M, Mozzani M, Fontana S et al. EMG-biofeedback training in fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1987;14:820-825.
19. Deluze C, Bosia L, Zirbs A, Chantraine A, Vischer TL. Electroacupuncture in fibromyalgia: results of a controlled trial. *BMJ* 1992;305:1249-1252.
20. Vlaeyen JW, Teeken-Gruben NJ, Goossens ME, Ruten-van Molken MP, Pelt RA, van Eek H et al. Cognitive-educational treatment of fibromyalgia: a randomized clinical trial. I. Clinical effects. *J Rheumatol* 1996;23:1237-1245.
21. Nielson WR, Walker C, McCain GA. Cognitive behavioral treatment of fibromyalgia syndrome: preliminary findings. *J Rheumatol* 1992;19:98-103.
22. Zijlstra TR, van de Laar MA, Bernelot Moens HJ, Taal E, Zakraoui L, Rasker JJ. Spa treatment for primary fibromyalgia syndrome: a combination of thalassotherapy, exercise and patient education improves symptoms and quality of life. *Rheumatology* 2005;44:539-546.
23. Cedraschi C, Desmeules J, Rapiti E, Baumgartner E, Cohen P, Finckh A et al. Fibromyalgia: a randomized, controlled trial of a treatment programme based on self management. *Ann Rheum Dis* 2004;63:290-296.
24. Haanen HC, Hoenderdos HT, van Romunde LK, Hop WC, Mallee C, Terwiel JP et al. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *J Rheumatol* 1991;18:72-75.
25. Bliss SE. Ericksonian methods: The essence of the story. En: Zeig JK, editor. *Ericksonian applications in the use of the art in therapy*. New York, USA: Brunner-Mazel; 1994. p. 356-366.
26. Erickson BA. Ericksonian therapy desmythified: A straightforward approach. En: Zeig JK, editor. *Ericksonian applications in the use of the art in therapy*. New York, USA: Brunner-Mazel; 1994. p. 147-162.
27. Hansjoerg E. Hypnosis and cancer pain: Ericksonian approach versus standardized suggestibility testing. En: Lankton SR, Zeig JK, editor. *Ericksonian monographs: Difficult context for therapy*. New York, USA: Brunner-Mazel; 1995. p. 1-8.
28. Weiss FM. Ericksonian hypnotherapy for pain control during and following cancer surgery. *Aust J Clin Hypnother Hypn* 1993;14:53-74.
29. Messige S. Ericksonian hypnotic interventions in 10 cases of menstrual pain. *Hypnosis* 1991;18:217-224.
30. Williams JD. Ericksonian hypnotherapy of intractable shoulder pain. *Am J Clin Hypn* 1983;26:26-29.
31. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-172.
32. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 1991;18:728-733.
33. Martínez-Rueda JO, González-Sánchez CB, Hernández-Alonzo E. Desarrollo y evaluación de la sensibilidad al cambio de una versión corta del Fibromialgia Impact Questionnaire (FIQ). *Rev Mex Reumatol* 1995;Supl 1:P1.
34. Lemstra M, Olszynski WP. The effectiveness of multidisciplinary rehabilitation in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Clin J Pain* 2005;21:166-174. 