

Controversias en el diagnóstico de fibromialgia

J. Rivera

Unidad de Reumatología. Instituto Provincial de Rehabilitación. Madrid. España.

El cuadro clínico de la fibromialgia (FM) no es nuevo ya que está descrito en la literatura médica desde hace tiempo con diferentes nombres. A lo largo del tiempo, no sólo ha cambiado de nombre sino también de contenido, se ha ido centrando en los síntomas del aparato locomotor, se han definido mejor sus características y las manifestaciones clínicas asociadas y se ha excluido otras patologías que en la actualidad pertenecen a otras especialidades médicas. Al final, ha quedado un cuadro de dolor crónico osteomuscular generalizado, que es lo que conocemos como FM.

Desde hace casi 30 años, el término de FM es el más utilizado, se han elaborado unos criterios de clasificación¹, se ha reconocido oficialmente como una enfermedad² y es objeto de una intensa investigación con un gran número de artículos publicados. Sin embargo, no todos los autores aceptan el término FM, y utilizan otros nombres para denominar este cuadro clínico. Ésta es la primera gran controversia de la FM y consiste en que no se haya conseguido un criterio unánime en cómo llamar a esta entidad, a pesar de que pocos dudan de la existencia del dolor crónico osteomuscular generalizado.

Pero entonces, ¿por qué es tan complicado ponerse de acuerdo en un término para denominarla? Pues, sencillamente, porque muchos de los aspectos que rodean a la FM son controvertidos y problemáticos, empezando por la propia existencia de la FM, la forma de hacer el diagnóstico, las pacientes que la presentan, la sociedad en la que viven y los médicos que la tratan.

Vamos a intentar perfilar algunos de estos aspectos.

¿Es la fibromialgia una entidad clínica diferenciada?

El criterio mantenido por algunos médicos de que la FM no existe es una de las principales razones por las que se ha convertido en un foco de polémica.

ca. El principal argumento utilizado por los defensores de este punto de vista es que la FM es una agrupación de síntomas frecuentes en la población general a la que se ha puesto un nombre por conveniencia, por comodidad o por intereses, pero que en realidad no se corresponde con una entidad clínica definida³⁻⁷.

A este punto de vista no le falta razón en el sentido de que las manifestaciones principales de la FM son frecuentes en la población general, pero no parece muy convincente el criterio de que se hayan podido agrupar de manera artificial, ya que esto significaría que estas manifestaciones serían distintas según las poblaciones y los distintos criterios utilizados para agruparlas. Se ha comprobado que los síntomas de la FM siguen un patrón específico que se mantiene estable con el paso del tiempo, sugiriendo algún mecanismo fisiopatológico común como nexo de unión entre ellos⁸.

En contra de su existencia se encuentran también los que opinan que los síntomas de la FM presentan un espectro continuo desde lo más leve hasta lo más grave, y que establecer una línea divisoria entre lo normal y lo patológico es artificioso⁹. Efectivamente, la FM no tiene unas manifestaciones clínicas perfectamente delimitadas, es decir, no es como una gripe en la que los síntomas son tan precisos que sólo existen 2 posibilidades: la tienes o no la tienes. El dolor osteomuscular, por ejemplo, es un síntoma que presenta esta forma de espectro continuo. En algún momento, cualquiera de nosotros ha experimentado un cuadro de dolor osteomuscular, generalmente agudo y de duración limitada. En algunas personas el dolor se hace crónico, aunque sigue localizado en una zona, y en algunas otras además se extiende a todo el aparato locomotor. La última parte de este espectro lo constituye la FM, en la que además se asociarían la presencia de otras manifestaciones con un patrón parecido.

Así pues, los síntomas de la FM son frecuentes en la población general, y también parece claro que estas manifestaciones clínicas tienen un espectro continuo de intensidad. Sin embargo, no puede pasar inadvertido el hecho de que la presencia diaria de varios síntomas «comunes» juntos y con tanta intensidad no puede tener el mismo significado ni las mismas consecuencias que el hecho de tener ocasionalmente alguno de ellos y de intensi-

Correspondencia: Dr. J. Rivera.
Instituto Provincial de Rehabilitación.
Francisco Silvela, 40. 28028 Madrid. España.
Correo electrónico: javierriera@ser.es

Manuscrito recibido el 1-4-2004 y aceptado el 29-04-2004.

dad leve, como ocurre en la mayoría de la población.

Una cuestión fundamental para la existencia de la FM es en qué punto del espectro continuo se coloca la línea divisoria entre el sujeto sano y el paciente con FM. La FM no existe para aquellos médicos que consideran que todas sus manifestaciones clínicas son frecuentes en la población general y, por tanto, estos pacientes estarían quejándose de algo que puede considerarse como normal y que no supone motivo de queja para otros^{9,10}. Otros autores, sin embargo, opinan que la FM sería la parte final y la más grave de este espectro continuo de síntomas¹¹⁻¹⁴ y que, por tanto, hay que considerarla como una entidad bien definida. Este enfoque tan diferente depende exclusivamente del punto de vista del médico que trata al paciente.

Según otro punto de vista, la FM sólo existiría como una necesidad diagnóstica artificial dependiendo de la especialidad en la que se atiende al paciente. De este modo, la FM en la consulta de digestivo se llamaría intestino irritable, mientras que en la del neurólogo sería una migraña y en la del cardiólogo serían palpitaciones¹⁵. Esta afirmación probablemente sea cierta en un buen número de casos pues, evidentemente, no todos los pacientes con FM acuden al reumatólogo, a algunos les preocupan más los síntomas digestivos o las cefaleas que presentan, y esto no significa que no tengan otras manifestaciones clínicas de la FM.

Criterios diagnósticos

El objetivo de los criterios es poder establecer un diagnóstico con la mayor seguridad de que el paciente tiene la enfermedad que tratamos de diagnosticar y no presenta otras enfermedades parecidas. Las poblaciones de pacientes así obtenidas son más homogéneas, lo que favorece una interpretación más precisa a la hora de analizar cualquier aspecto de esa enfermedad. En realidad, los criterios de la FM¹ surgieron para homogenizar poblaciones de pacientes en ensayos clínicos y no como una necesidad diagnóstica.

Los criterios elaborados por el American College of Rheumatology (ACR)¹, a pesar de tener una buena capacidad para distinguir a los pacientes con FM de aquellos otros que sólo tienen dolor generalizado¹⁶ han sido criticados, ya que tanto el dolor como los puntos dolorosos son demasiado subjetivos¹⁷⁻¹⁹. Por otra parte, se ha comprobado que la presencia de puntos dolorosos se asocia con el estrés psicológico y otros síntomas comunes en la población general, por lo que se comportarían como un marcador de malestar general^{14,20}.

Es frecuente encontrar pacientes que no cumplen con los criterios, pero que presentan todas las demás manifestaciones de la FM²¹, y también pacientes en los que las manifestaciones clínicas no son

relevantes pero que cumplen con los criterios. Esto ha conducido en ocasiones a la situación de hacer el diagnóstico de FM con excesiva facilidad por una inadecuada valoración de los síntomas acompañantes^{12,22}. Por estas razones, la utilidad en la práctica clínica de los criterios de la FM ha sido también bastante cuestionada^{9,23}.

En otras palabras, los criterios del ACR han tratado de establecer la línea divisoria de la que hablábamos antes basándose exclusivamente en el dolor crónico generalizado y los puntos dolorosos. La presencia del primero es comprensible pero, efectivamente, la presencia de más o menos puntos para hacer el diagnóstico parece artificiosa. Es hora de plantearse una revisión de los criterios para que puedan tener una mayor utilidad en la práctica clínica introduciendo las manifestaciones más frecuentes y dejando de usar los puntos dolorosos, como propone Wolfe²⁴.

¿Es útil hacer el diagnóstico de fibromialgia?

Algunos autores, aun admitiendo que existen pacientes con las manifestaciones clínicas de la FM, consideran que es preferible no hacer este diagnóstico. Sus argumentos giran en torno del supuesto efecto nocivo que tiene para el propio paciente el hecho de que hacer un diagnóstico significa medicalizar al paciente y crear un enfermo donde antes no lo había^{5,18}. Con el diagnóstico de FM es todavía peor, pues con la medicalización se consigue elevar al rango de enfermedad una serie de quejas y frustraciones que aflige a la mayoría de la población, y que en algunos pacientes mal adaptados alcanzan mayor intensidad aunque no por ello se pueda considerar como una enfermedad¹⁰.

Otros autores opinan que la FM es simplemente un producto de la medicalización de los procesos de somatización tan frecuentes en nuestra sociedad²⁵. En esta misma línea hay incluso quien va más allá y piensa que el hecho de hacer el diagnóstico de FM supone que el paciente automáticamente amplifique y cronifique las manifestaciones clínicas que tenía previamente en un grado menor⁶.

También se ha utilizado el argumento de que la FM es una consecuencia de la universalización y accesibilidad del actual sistema sanitario y creen que si no fuera tan accesible estos pacientes no existirían¹⁸.

En definitiva, para estos autores, hacer el diagnóstico de FM sería como crear un síndrome iatrogénico que reafirmaría la conducta dolorosa, magnificaría la situación de enfermedad y perjudicaría al propio paciente y al sistema sanitario.

Todos estos argumentos constituyen las respetables opiniones de sus autores, pero ninguno de ellos ha demostrado lo que dice mediante ensayos clínicos y, por tanto, no existe una buena evidencia de que el diagnóstico de FM sea perjudicial. Todo lo con-

trario, parece que hacer el diagnóstico de FM tiene más ventajas que inconvenientes²⁶. Entre sus ventajas cabe destacar:

- Permite un mejor entendimiento con el paciente²⁷.
- Elimina las dudas que le puedan surgir al paciente sobre otros diagnósticos más graves²⁸ y le permite conocer que sus problemas son compartidos por otros enfermos como él.
- Evita profundizar en el estudio de su enfermedad consiguiendo reducir el consumo de recursos sanitarios y los riesgos de iatrogenia²⁷⁻³⁰.
- Añade una nueva dimensión a otras enfermedades aportando una información valiosa para el manejo de otros procesos sistémicos, como es el caso del lupus eritematoso sistémico³¹ o de la artritis reumatoide³².
- El diagnóstico de FM no condiciona efectos adversos posteriores en la situación clínica del paciente y, por el contrario, parece mejorar algunos aspectos relacionados con la percepción de la salud³⁰.

El diagnóstico de FM tiene además la utilidad de relacionar un cuadro clínico con la esfera psicológica, familiar, social o laboral de un paciente. El modelo biopsicosocial de la enfermedad insiste en la importancia de tener en cuenta todas estas esferas a la hora de poder entender la enfermedad de un paciente³³. La FM no es la única que se ajusta a este modelo, en realidad todas las enfermedades lo hacen, pero la FM podría ser el paradigma de este modelo y, por tanto, en donde resultaría más importante tenerlas en consideración.

También se han usado argumentos de tipo económico para justificar el hecho de no hacer el diagnóstico de FM.

Impacto económico de la fibromialgia

En Australia, a principios de los ochenta, se consideró subsidiario de incapacidad un cuadro relacionado con la repetición continua de una actividad en el medio laboral³⁴. Se manifestaba por dolores osteomusculares, contracturas musculares y síntomas en otros órganos, muy parecidos a los que se observan en la FM. Esto produjo un aumento de las demandas por incapacidad, que alcanzaron cifras alarmantes en poco tiempo, y la única manera que tuvieron las autoridades sanitarias de frenar esta epidemia fue eliminando el diagnóstico que la había producido³⁴.

En Estados Unidos^{28,35}, Canadá³⁶ y algunos países nórdicos³⁷, la tasa de incapacidad laboral en los pacientes con FM alcanza el 25%, mientras que sólo llega al 3% en la población general³⁷. El dato más preocupante para las autoridades americanas es que las tasas de incapacidad subieron desde el 6%, en 1988²⁸, hasta el 26%, en 1997³⁵. Este fuerte incremento en tan poco tiempo les sugiere lo mismo

que ocurrió en Australia y ha conducido a que en algunos estados americanos el diagnóstico de FM esté proscrito cuando se hace una demanda por incapacidad laboral.

En España tenemos algunos datos sobre la incapacidad laboral en estos pacientes. En un estudio realizado en la Comunidad de Madrid³⁸ acerca de bajas laborales de origen osteomuscular, se comprobó que de 16.279 casos de incapacidad laboral transitoria sólo 57 (0,35%) se debían a FM y no hubo ningún caso de incapacidad permanente. En el estudio de la epidemiología de las enfermedades reumáticas en España³⁹, la tasa de incapacidad laboral en los pacientes con FM fue superior que en el resto de la comunidad (11,5 frente a 3,2%).

Llama la atención la baja tasa de incapacidad laboral en nuestros pacientes con FM en comparación con la de los países antes mencionados, a pesar de que la prevalencia de la FM es la misma. La única explicación posible es que los equipos de valoración de incapacidades no consideran el diagnóstico de FM ante una incapacidad laboral.

Si el objetivo del paciente con FM fuera obtener una incapacidad laboral, parecería lógico pensar que una vez conseguida ésta su cuadro clínico mejoraría, como opina algún autor⁵. En contra de esta opinión, algunos estudios realizados^{40,41} han podido comprobar que el hecho de conseguir la incapacidad no mejora el cuadro clínico en estos pacientes. En algunos trabajos⁴²⁻⁴⁴, en los que se analizan los costes directos e indirectos ocasionados por los pacientes con FM, se comprobó que los costes directos son aproximadamente el doble que en otros pacientes, aunque los autores no compararon el consumo de recursos antes y después de realizar el diagnóstico. En este sentido, se ha demostrado que hacer el diagnóstico de FM mejora la relación coste-efectividad en algunos procesos, como la enfermedad de Lyme²⁷, y permite reducir el consumo de recursos en otras situaciones^{29,30}.

En resumen, con el diagnóstico de cualquier proceso no sólo ponemos una etiqueta a un paciente sino que además añadimos información acerca de los posibles tratamientos y la evolución del cuadro. Con la FM, el diagnóstico significa además: evitar pruebas diagnósticas, iatrogenia, problemas psiquiátricos o conflictos laborales, además de tener en cuenta la posibilidad de que la FM pueda enmascarar la expresión de otras enfermedades concomitantes graves.

En mi opinión, toda esta información es demasiado valiosa como para no hacer el diagnóstico de FM. Si consideramos que la FM no merece una denominación específica, ya que es sólo una cuestión de grado dentro del dolor de aparato locomotor, estamos desaprovechando toda esa información añadida. Si por el contrario, consideramos que realmente existen estos pacientes, entonces, ¿por qué no vamos a diagnosticarlos de FM?

La palabra fibromialgia no es quizá un término excesivamente claro, pero tampoco sabemos cuál es la etiología ni los mecanismos patogénicos involucrados como para adoptar un término más adecuado. Lo que sí está claro es que es el término más extendido en la actualidad y que se aplica a un tipo de paciente con unas manifestaciones clínicas bien definidas, por lo que no parece que haga falta utilizar otro nombre. Reducir la problemática del diagnóstico de FM a un conflicto semántico es una banalidad. Otro problema distinto es en qué casos hay que hacer el diagnóstico de FM. Como ocurre con la mayoría de los problemas, hay que aplicar el sentido común y hacer el diagnóstico de FM en aquellos casos que, cumpliendo o no con los criterios actuales, se puedan beneficiar de la información que lleva asociada este diagnóstico^{21,22}.

¿Por qué es tan difícil la relación con el paciente con fibromialgia?

En primer lugar, habría que decir que la relación con estos pacientes no es en todos los casos difícil. Se sabe que dentro del diagnóstico de FM se encuentran pacientes con diferentes características psicológicas y sólo en un tercio de ellos son tan importantes que alteran la relación con otras personas⁴⁵. En el resto de los pacientes, las características psicológicas son similares a la población general o, en todo caso, son consecuencia de la enfermedad crónica que presentan; es decir, las mismas que se pueden observar en otras enfermedades crónicas^{45,46}. Por otra parte, no se ha encontrado una personalidad específica en estos pacientes, pero los rasgos de perfeccionismo, exigencia, meticulosidad y responsabilidad son fácilmente perceptibles en muchos de ellos.

El dolor crónico es capaz de afectar a las facetas personal, familiar, social, laboral, emocional y física de los pacientes produciendo un importante deterioro⁴⁷. Cuanto más larga sea la duración del cuadro doloroso, mayor es la probabilidad de que las alteraciones psicológicas, de conducta o psiquiátricas sean más importantes^{45,47}.

Un punto de vista muy extendido en la medicina actual es que la enfermedad tiene un origen orgánico que se manifiesta por la presencia de síntomas y que puede ser detectada mediante análisis y otras exploraciones. Cuando a un paciente se le dice que sus síntomas no tienen una base fisiopatológica conocida y que no se pueden detectar alteraciones que demuestren su clínica, simplemente no se lo cree y demanda nuevas exploraciones en el convencimiento de que «algo debe haber que explique sus síntomas». Ante la persistente normalidad de las pruebas realizadas, el paciente sigue insistiendo y exigiendo la realización de más exploraciones y, por otra parte, comienza a dudar de la eficacia del médico que le trata.

Esta actitud del paciente produce en el médico una serie de sentimientos negativos que en ocasiones terminan en un abierto rechazo^{48,49}. Entre estos sentimientos, la frustración del médico ante un paciente que no mejora con ninguna medida terapéutica, que sigue demandando tratamientos curativos y nuevas exploraciones, puede llegar a alcanzar una magnitud importante⁴⁹.

Otro tipo de sentimientos negativos que aparecen con frecuencia se producen por las dudas que el médico se plantea sobre la importancia real que tienen los síntomas del paciente, la posibilidad de que el origen esté en su ámbito personal y no en el estrictamente médico, la posible coexistencia de una enfermedad psiquiátrica o la posibilidad de que las manifestaciones clínicas obedezcan realmente a alguna enfermedad oculta que el médico no haya sido capaz de diagnosticar⁴⁸. Ante la imposibilidad de conseguir una mejoría en esta incómoda situación, es comprensible que el médico prefiera remitir al paciente con FM para que sea estudiado por otros especialistas o para que sea seguido por el médico de asistencia primaria.

¿Quién y dónde debe tratar al paciente con fibromialgia?

Independientemente de lo que opine cada uno de las controversias que suscita el diagnóstico de FM, es evidente que estos pacientes sufren y hay que ayudarles a resolver su problema. No se les puede excluir del sistema sanitario y no se les puede poner barreras para acceder a éste, pero a la vez hay que controlar la situación para reducir su sufrimiento, su discapacidad y el consumo de recursos sanitarios. Una nueva controversia que se plantea es: dónde y quién debe atender a estos pacientes.

La medida de remitirlos al médico de asistencia primaria, recomendada por varios autores y comités de expertos^{21,49-52}, suscita algunas dudas respecto a su eficacia. Estos autores proponen que el reumatólogo haga el diagnóstico, valore la gravedad, descarte la presencia de otras enfermedades e inicie el tratamiento y, por último, derive al paciente al médico de asistencia primaria para el seguimiento posterior^{21,49-52}.

Pero al médico de asistencia primaria se le plantean las mismas dudas, agravadas por una menor experiencia con estos pacientes y un menor conocimiento de la FM⁵³, y es entonces cuando el médico de asistencia primaria decide remitirlos a otros especialistas para que estudien las múltiples manifestaciones clínicas que presentan, sin tener en cuenta que pertenecen todas al mismo cuadro clínico. Esto ocasiona varias consecuencias negativas como son el aumento de visitas en medicina especializada, mayor número de pruebas diagnósticas, múltiples tratamientos y una mala relación con el paciente

que interpreta esta situación como un «peloteo» sin que nadie le dé una solución.

En mi opinión, esta medida intenta, sin conseguirlo, que los pacientes con FM sean atendidos en asistencia primaria, más barata pero más masificada, con menos tiempo para dedicarle al paciente y con menos conocimientos para resolver los problemas que plantea. Afortunadamente, algunas cualificadas opiniones de dentro⁵¹ y fuera⁵⁴ de nuestro país han reconocido que esta medida no obedece más que a un deseo de quitarse de encima a estos pacientes.

Esto nos lleva a la última parte de la pregunta que es: ¿dónde se deben tratar los pacientes con FM? En mi opinión, el dónde es mucho menos importante que el quién, y éste puede ser el médico de asistencia primaria, el reumatólogo o el internista. Lo importante es que tenga una preparación suficiente, y no sirve sólo el conocimiento en profundidad de la problemática de la FM —que debe ser una realidad—, sino que además debe haber una preparación específica para la relación con estos pacientes y una inequívoca disposición de tratar de mejorar su situación.

Bibliografía

- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
- Anónimo. Fibromyalgia: the Copenhagen declaration. *Lancet* 1992;340:663-4.
- Hart FD. Fibrositis (fibromyalgia): a common non-entity. *Drugs* 1988;35:320-7.
- Bohr TW. Fibromyalgia syndrome and myofascial pain syndrome: do they exist? *Neurol Clin* 1995;13:365-84.
- Hadler NM. Fibromyalgia: la maladie est morte. *Vive la maladie!* *J Rheumatol* 1997;24:1250-1.
- Ehrlich GE. Pain is real; fibromyalgia isn't. *J Rheumatol* 2003;30:1666-7.
- Hazemeijer I, Rasker JJ. Fibromyalgia and the therapeutic domain. A philosophical study on the origins of fibromyalgia in a specific social setting. *Rheumatology* 2003;42:507-15.
- Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldenberg DL, et al. Health status and disease severity in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997;40:1571-9.
- Block SR. On the nature of rheumatism. *Arthritis Care Res* 1999;12:129-38.
- Hadler NM. «Fibromyalgia» and the medicalization of misery. *J Rheumatol* 2003;30:1668-70.
- Croft P, Burt J, Rigby AS, Schollum J, Thomas E, Macfarlane G, et al. More pain, more tender points: is fibromyalgia just one end of a continuous spectrum? *Ann Rheum Dis* 1996;55:482-5.
- Wolfe F. The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not discrete disorder in the clinic. *Ann Rheum Dis* 1997;56:268-71.
- Crofford LJ, Claw DJ. Fibromyalgia: where are we a decade after the American College of Rheumatology classification criteria were developed? *Arthritis Rheum* 2002;46:1136-8.
- Schochat T, Raspe H. Elements of fibromyalgia in an open population. *Rheumatology* 2002;42:829-35.
- Hazemeijer I, Rasker JJ. Fibromyalgia and the therapeutic domain. A philosophical study on the origins of fibromyalgia in a specific social setting. *Rheumatology* 2003;42:507-15.
- White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London fibromyalgia epidemiology study: comparing the demographic and clinical characteristics in 100 random community cases of fibromyalgia versus controls. *J Rheumatol* 1999;26:1577-85.
- Cohen ML, Quintner JL. Fibromyalgia syndrome, a problem of tautology. *Lancet* 1993;342:906-8.
- Hadler NM. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and other iatrogenic diagnostic algorithms. Do some labels escalate illness in vulnerable patients? *Postgrad Med* 1997;102:161-77.
- Quintner JL, Cohen ML. Fibromyalgia falls foul of a fallacy. *Lancet* 1999;353:1092-4.
- Croft P, Schollum J, Silman AJ. Population study of tender point counts and pain as evidence of fibromyalgia. *BMJ* 1994;309:696-9.
- Mulero Mendoza J. Fibromialgia, fibromitas y fibronautas. *Rev Esp Reumatol* 1998;25:43-5.
- Wolfe F. The fibromyalgia problem. *J Rheumatol* 1997;24:1247-9.
- Alonso Valdivielso JL, Álvarez Lario B, Alegre López J. Fibromialgia. *Sem Fundación Esp Reumatol* 2000;4:199-211.
- Wolfe F. Stop using the American College of Rheumatology criteria in the clinic. *J Rheumatol* 2003;30:1671-2.
- Barsky AJ, Borus JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA* 1995;274:1931-4.
- Goldenberg DL. Fibromyalgia: why such controversy? *Ann Rheum Dis* 1995;54:3-5.
- Sigal LH. Summary of the first 100 patients seen at a Lyme disease referral center. *Am J Med* 1990;88:577-81.
- Carette S. Fibromyalgia 20 years later: what we have really accomplished? *J Rheumatol* 1995;22:590-4.
- Cathey MA, Wolfe F, Kleinheksel SM, Miller S, Pitetti KH. Functional ability and work status in patients with fibromyalgia. *Arthritis Care Res* 1988;1:85-98.
- White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M. Does the label «Fibromyalgia» alter health status, function, and health service utilization? A prospective, within-group comparison in a community cohort of adults with chronic widespread pain. *Arthritis Care Res* 2002;47:260-5.
- Middleton GD, McFarlin JE, Lipsky PE. The prevalence and clinical impact of fibromyalgia in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1994;37:1181-8.
- Naranjo A, Ojeda S, Francisco F, Erasquin C, Rúa-Figueroa I, Rodríguez-Lozano C. Fibromyalgia in patients with rheumatoid arthritis is associated with higher scores of disability. *Ann Rheum Dis* 2002;61:660-1.
- NIH Technology Assessment Panel. Integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia. *JAMA* 1996;276:313-8.
- Littlejohn GO. Repetitive strain syndrome: an Australian experience. *J Rheumatol* 1986;13:1004-6.
- Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldenberg DL, et al. The work and disability status of persons with fibromyalgia. *J Rheumatol* 1997;24:1171-8.
- White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario. *Arthritis Rheum* 1999;42:76-83.
- Bengtsson A, Henriksson KG, Jorfeldt L, Kagedal B, Lennmarken C, Linstrom F. Primary fibromyalgia: a clinical and laboratory study of 55 patients. *Scan J Rheumatol* 1986;15:340-7.
- Blanco M, Candelas G, Molina M, Bañares A, Jover JA. Características de la incapacidad temporal de origen musculoesquelético en la comunidad de Madrid durante un año. *Rev Esp Reumatol* 2000;27:48-53.
- Valverde M, Juan A, Rivas B, Carmona L. Fibromialgia. En: Sociedad Española de Reumatología, editora. *Estudio EPI-SER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española*. Madrid: Editorial MSD y Sociedad Española de Reumatología 2001; pp. 77-91.
- Greenfield S, Fitzcharles MA, Esdaile JM. Reactive fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1992;35:678-81.

41. Moldofsky H, Wong MTH, Lue LA. Litigation, sleep, symptoms and disabilities in post-accident pain (fibromyalgia). *J Rheumatol* 1993;20:1935-40.
42. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldenberg DL, et al. A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997;40:1560-70.
43. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London fibromyalgia epidemiology study: directly health care costs of fibromyalgia syndrome in London, Canada. *J Rheumatol* 1999;26:885-9.
44. Robinson RL, Birnbaum HG, Morley MA, Sisitsky T, Greenberg PE, Claxton AJ. Economic cost and epidemiological characteristics of patients with fibromyalgia claims. *J Rheumatol* 2003;30:1318-25.
45. Turk DC, Monarch ES, Williams AD. Psychological evaluation of patients diagnosed with fibromyalgia syndrome: a comprehensive approach. *Rheum Dis Clin North Am* 2002;28:219-33.
46. Haythornthwaite JA, Sieber WS, Kerns RD. Depression and the chronic pain experience. *Pain* 1991;46:177-84.
47. Comeche MI, Vallejo MA. Dolor crónico. En: Vallejo MA, editor. *Manual de terapia de conducta*. Vol. 2. Madrid: Dykinson, 1998.
48. Diamond EL, Grauer K. The physician's reactions to patients with chronic pain. *Am Fam Physician* 1986;34:117-22.
49. Bennett RM. The rational management of fibromyalgia patients. *Rheum Dis Clin North Am* 2002;28:181-99.
50. Solomon DH, Liang MH. Fibromyalgia: scourge of humankind or bane of a rheumatologist's existence? *Arthritis Rheum* 1997;40:1553-5.
51. Rotés-Querol J. La fibromialgia en el año 2002. *Rev Esp Reumatol* 2003;30:145-9.
52. Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre C, Romera M, Sañudo I, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2002;118:745-9.
53. Buskila D, Neumann L, Sibirski D, Shvartzman P. Awareness of diagnostic and clinical features of fibromyalgia among family physicians. *Fam Pract* 1997;14:238-41.
54. Crofford LJ, Clauw DJ. Fibromyalgia is not a diagnosis: comment on the editorial by Crofford and Clauw (Reply). *Arthritis Rheum* 2003;48:277.