



Seminarios de la FER - Cursos

www.elsevier.es/semreuma



Fibromialgia

Salvador Campos Badia

Unidad de Fibromialgia, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Instituto Universitario Dexeus, Barcelona, España

Introducción a la fibromialgia

El término fibromialgia (FM) fue acuñado en 1976 y proviene del latín *fibra* (fibra) y del griego *mio* (músculo) y *algia* (dolor). En 1904, Sir William Gowers fue el primero en describirla, con el nombre de fibrositis. En 1983, Reynolds lo aplica a alteraciones dolorosas mal definidas. En 1990, el American College of Rheumatology aplica los criterios de diagnóstico. Desde entonces se reconoce como enfermedad. En 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoce oficialmente y la incluye en la Clasificación Internacional de Enfermedades. En 2007, la Food and Drugs Administration aprobó la pregabalina (Lyrica) como el primer medicamento para el tratamiento de la fibromialgia.

Debemos saber que la presenta entre el 3 y el 6% de la población mundial, por lo que es una enfermedad con gran arraigo, y se observa más comúnmente en individuos de entre 20 y 50 años, por lo tanto en personas relativamente jóvenes. En España, hay afectados alrededor de 700.000 casos. Por sexos, las mujeres, con un 4,2%, están muy por encima de los varones, con un 0,2%.

La fibromialgia como síndrome

No se puede considerar a la FM como una entidad nosológica que tiene un solo factor etiológico, sino que se debe considerar como un síndrome, un conjunto de síntomas y signos cuya manifestación más frecuente, y que provoca la consulta al médico, es el dolor.

El dolor osteoarticular no es el único ni, en muchas ocasiones, el principal síntoma de la FM; se podría realizar una lista interminable. De ellos, podríamos extraer una pequeña muestra y dividirlos en:

Síntomas principales. Fatiga, rigidez matutina, trastorno del sueño, parestesias, trastornos psicopatológicos (ansiedad/depresión) y alteraciones de las capacidades cognitivas. Las personas que tienen fibromialgia informan de una variedad de síntomas cognitivos que tienden a cambiar de día en día. Éstos incluyen dificultad para concentrarse, "lentitud mental", pérdida de la memoria, sentirse fácilmente abrumado, etc.

Síntomas asociados. Cefalea tensional y/o migraña, síndrome del intestino irritable, disfunción temporomandibular, dolor pélvico crónico, urgencia en la micción, síndrome de piernas inquietas y un sinfín de múltiples síntomas configuran el cuadro clínico.

Tratar uno de estos síntomas, aunque tuviésemos éxito, no conseguiría que el paciente pasase de la enfermedad a la salud, según el concepto de enfermedad de la OMS: pérdida transitoria o permanente del bienestar físico, psíquico o social¹. Así pues, el enfoque terapéutico de la fibromialgia ha de ser global, intentando abordar todos los factores que se encuentran involucrados en el síndrome, no sólo los síntomas físicos sino también los psíquicos y los sociales.

No todas las FM son iguales, ni responden igual, ni evolucionan del mismo modo, por lo que nos vemos obligados a subagrupar e individualizar. La subagrupación nos ayudará a homogeneizar grupos de enfermos con características similares y posibles enfoques terapéuticos comunes. Éste es, de hecho, el beneficio que se obtuvo con los criterios del American College of Rheumatology de 1990 (dolor generalizado > 3 meses de duración y dolor a la presión en 11 de los 18 puntos, *punts tender* (fig. 1)², que confirió una importante sensibilidad y especificidad a un subgrupo de pacientes que manifestaban dolor crónico (tabla 1). Individualizar al enfermo de fibromialgia nos ayuda a valorar la importancia y la intensidad de los diversos síntomas y, según esta valoración, podremos confeccionar el tratamiento más adecuado y posteriormente valorar la respuesta³.

Etiología

Se han descrito diversas alteraciones que podrían dar lugar a la FM, lo que abre la puerta al tratamiento de cada uno de estos factores detectados en cada sujeto a fin de corregirlo.

Los datos más recientes indican que en los pacientes con FM hay una alteración de los mecanismos de procesamiento del dolor, probablemente por un desequilibrio en los neuromoduladores del sistema nervioso central⁴.

En los estudios de dolor inducido experimentalmente se ha comprobado que estos pacientes tienen un umbral más bajo y se necesitan estímulos de menor intensidad para provocarles dolor⁵. Uno de los hallazgos más consistentes en los estudios acerca de la FM ha sido un incremento de la sustancia P en el líquido cefalorraquídeo⁶. La presencia de este péptido favorece la transmisión de los estímulos dolorosos porque facilita la estimulación de las vías dolorosas por otros neurotransmisores⁷. También se han hallado alteraciones en la concentración, precursores o metabolitos de otros neurotransmisores cerebrales, como la serotonina, la noradrenalina, la encefalina y el ácido gammaaminobutírico. En la actualidad, el significado de estas alteraciones centra la mayor parte de las investigaciones acerca de la etiopatogenia de la FM.

Hay cierto número de fármacos candidatos a actuar en estas vías del dolor: neurotoxinas, antibióticos, agentes neuroprotectores, agentes moduladores de la glía y cannabinoides de acción central⁸.

Correo electrónico: scamposll@gmail.com



Figura 1. Los 18 puntos de presión que define el American College of Rheumatology.

Hay algunas evidencias acerca de la existencia de ciertas alteraciones del eje hipotálamohipofisoadrenal (HHA) que, a su vez, podría ser origen de algunos trastornos endocrinos observados en estos pacientes. Aunque los hallazgos actuales señalan una disfunción del eje HHA, en general son poco consistentes y, además, se piensa que pueden ser una consecuencia del propio cuadro clínico de la FM, más que su causa⁹.

Otro dato que induce a pensar en las alteraciones endocrinas como factor etiológico es la alta incidencia de mujeres frente a varones, aunque no se ha detectado ninguna alteración de las hormonas sexuales¹⁰. Los trastornos del sistema nervioso simpático, puestos de manifiesto mediante las alteraciones en la variabilidad de la frecuencia cardíaca, son un hallazgo mucho más consistente y reproducible¹¹. Esta alteración explicaría satisfactoriamente algunas de las manifestaciones clínicas frecuentes, como los trastornos del ritmo intestinal, la sudoración, la taquicardia, las alteraciones digestivas, etc., y los valores bajos de hormona de crecimiento¹².

Otra de las posibles etiologías de la FM es de origen inflamatorio; la relación del dolor con la inflamación induce a pensar en ello, habiéndose detectado alteraciones en diversas citocinas: el anticuerpo del receptor de la interleucina (IL) 1 y la IL-6 está elevado en los macrófagos periféricos, y las citocinas proinflamatorias IL-1 β , IL-6 y el factor de necrosis tumoral- α están elevados en las biopsias de piel; esto abre un posible campo de tratamiento en los pacientes en que se detecte este desequilibrio entre citocinas proinflamatorias y protectoras^{13,14}.

La alteración del sueño se ha propuesto como factor desencadenante. Es el tercer síntoma más frecuente y se correlaciona con la intensidad del síndrome. Puede preceder al inicio del dolor, y el patrón más común es que se afecta la conciliación y el mantenimiento del sueño, con despertares frecuentes y un sueño no reparador¹⁵.

Al enfocar el tratamiento no debemos olvidar los factores sociales, económicos, laborales y familiares que pueden hacer fracasar una estrategia terapéutica y son potenciadores de la sintomatología¹⁶. La FM perjudica la vida familiar, incluida la vida en pareja¹⁷. Los padres, los hermanos y los cónyuges de los enfermos tienen peor calidad de vida que los parientes de los enfermos sin FM, especialmente en los aspectos funcionales del trabajo y el hogar, la independencia y la salud¹⁸.

El impacto familiar se debe valorar por el grado de ruptura familiar que produce desde el punto de vista psicoafectivo, las cargas familia-

Tabla 1

Subgrupos de pacientes afectados de fibromialgia, basados en el predominio psicossocial (depresión/ansiedad), predominio cognitivo (catastrofismo/control del dolor) y predominio neurobiológico (dolor a la presión)

Grupo I	Grupo II	Grupo III
Bajo dolor a la presión	Alto dolor a la presión	Alto dolor a la presión
Moderada depresión/ansiedad	Alta depresión/ansiedad	Baja depresión/ansiedad
Moderado catastrofismo	Alto catastrofismo	Bajo catastrofismo
Moderado control del dolor	Bajo control del dolor	Alto control del dolor

res secundarias a la aparición de la FM, como la redistribución de tareas y los roles en la familia y sociales, las pérdidas económicas en relación con la inactividad laboral del paciente, así como los gastos relacionados con la enfermedad. A estos aspectos cabe añadir el efecto negativo que la estigmatización social pueda tener en el paciente.

Valoración y priorización de los síntomas

A la hora de evaluar a un paciente etiquetado de FM, el primer escalón debería ser la consulta de enfermería. Realizar un interrogatorio y plasmar los síntomas que más afectan o preocupan al paciente en una buena historia de enfermería permitiría al especialista centrar su estrategia y poder priorizar el tratamiento en los aspectos más importantes.

No es posible abarcar toda la sintomatología bajo un solo fármaco y la interacción entre ellos puede ocasionarnos nuevos síntomas que agraven el cuadro clínico.

Asimismo, la evaluación de los síntomas nos puede permitir subclasificar la FM. Recientes publicaciones¹⁹⁻²² avalan la posibilidad de clasificarlos en 4 grupos, según tengan o no alteraciones psicopatológicas, según estén asociados a depresión o haya una importante somatización; esta clasificación nos orienta al tratamiento más eficaz en cada subgrupo. Así, en el primero, con gran hiperalgesia, pueden ser más eficaces los fármacos moduladores del dolor; en los grupos 2 y 3, donde se asocia depresión, podrán ser más eficaces los inhibidores de la recaptación de la serotonina/noradrenalina, y en el grupo 4, donde la somatización confiere un especial carácter dando lugar a numerosas intolerancias e ineficacia de la mayoría de enfoques terapéuticos, se deberán evitar las asociaciones farmacológicas e insistir en los tratamientos psicológicos y en la terapia física²³.

La evaluación de la FM en el paciente debe tener en cuenta todos los aspectos de la enfermedad, aunque no hay consenso acerca de qué medidas se deben incluir. La mayoría de los estudios incluye una o varias escalas de dolor, uno o varios cuestionarios de medidas de la salud y la cuantificación de la hiperalgesia; también interesa evaluar de forma independiente la capacidad funcional y las alteraciones psicológicas.

La hiperalgesia se evalúa mediante el recuento de puntos dolorosos establecidos por la ACR2 y, con menor frecuencia, mediante la determinación del umbral doloroso en esos mismos puntos utilizando dolorímetros o escalas verbales del dolor. Para calidad de vida y estado de salud general se utilizan, fundamentalmente, los siguientes cuestionarios:

- El Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)²⁴ es un cuestionario específico para la FM que se ha convertido durante los últimos años en el instrumento de medida más utilizado en la evaluación de estos pacientes. Entre sus ventajas destaca, aparte de la brevedad, que es fácil de aplicar y corregir, y que es sensible a los cambios en la gravedad de la enfermedad. Los diversos subapartados del test nos ayudan a evaluar la función física y el dolor.
- El Short Form 36 (SF-36) es el cuestionario general de salud más utilizado actualmente y es de ayuda para la clasificación de los subgrupos de FM al tener 2 áreas de evaluación, emocional y psicológica²⁵.

– Para el cribado general psicopatológico, un test recomendado por el documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología es el General Health Questionnaire (GHQ28)²⁶, un cuestionario que, por su brevedad, puede ser de gran utilidad en la práctica clínica. Reúne 4 subapartados que valoran la somatización, la ansiedad, la disfunción social y la depresión²⁷.

Para evaluar los efectos de los tratamientos basados en el ejercicio físico, se utilizan, sobre todo, las pruebas para determinar la capacidad aeróbica de los pacientes, generalmente mediante tests espiroergométricos en los que el paciente pedalea en una bicicleta estática mientras se analizan los gases expulsados por la respiración y la frecuencia cardíaca, y se cuantifica el trabajo realizado, y el test de 6 min de marcha o *walking test*, consistente en hacer andar al paciente durante 6 min a un ritmo rápido, pero cómodo, y medir el espacio recorrido²⁸.

Tratamiento

Una vez diagnosticado por el especialista, y antes de que el paciente comience con el tratamiento farmacológico, éste debe, o debería, pasar por la consulta de enfermería. Aquí es donde el/la enfermero/a debe ganarse la confianza del paciente, explicarle a él y a su familia la naturaleza del síndrome y sus múltiples manifestaciones clínicas. Es el primer paso; hay que lograr que el paciente se sienta comprendido, que asuma la enfermedad y cada uno de sus síntomas y que vea que se le intenta ayudar. Hay que decirle que no es contagioso. El paciente debe comprender que “no está enfermo de los nervios” sino que percibe el dolor con mayor intensidad que otras personas y que, además de medicamentos y de la consulta del médico, tiene en nosotros un apoyo incondicional y próximo para lograr vencer el estrés, las dificultades del ambiente, la depresión, la ansiedad y la tensión, para lo cual, además, quizá convenga apoyo especializado.

De este modo, el abordaje debe ser multidisciplinar, principalmente en 4 vías: la farmacológica, la del ejercicio físico, la psicológica y la del equipo de enfermería.

Pero, además, hay muchos otros aspectos que también deben tratarse y que habitualmente se van asumiendo en las sucesivas visitas, tanto por los especialistas como por enfermería. Estos aspectos son, entre otros: el entorno familiar, la discapacidad laboral, el entorno de su trabajo, la sexualidad, los hábitos de vida, la asistencia médica, urgencias y recursos sanitarios, y otros que van surgiendo individualmente y de forma específica en cada uno de ellos.

Los fármacos deben ir orientados a mejorar el síntoma que más interfiere con la calidad de vida y el que menos efectos adversos pueda ocasionar; frecuentemente, el primer paso es mejorar la calidad del sueño y, posteriormente, las alteraciones psicopatológicas asociadas. Se deben vigilar en estos enfermos las asociaciones medicamentosas. Por ejemplo, la asociación de opiáceos, como el tramadol, y los antidepresivos puede ocasionar un síndrome serotoninérgico, y no sólo eso sino que los pacientes, al recurrir a numerosos especialistas por sus diferentes síntomas acaban asociando multitud de fármacos:

Analgésicos y antiinflamatorios. No hay ninguna evidencia de la eficacia de los antiinflamatorios en el tratamiento de la FM, por lo que nos centraremos en los analgésicos, entre ellos el paracetamol, a dosis de 1 g/6-8 h, el tramadol, a dosis de 50 mg/8 h, o la combinación de ambos a dosis de 350 mg + 12,5 mg/6-8 h, que han evidenciado eficacia en el control del dolor. No tenemos evidencia de la eficacia de opiáceos mayores.

Relajantes musculares. La ciclobenzaprina, en dosis bajas, 10-30 mg por la noche, ha mostrado utilidad en la mejoría del dolor y el sueño, pero su efecto se atenúa con el paso del tiempo.

Antidepresivos tricíclicos. Este tipo de fármacos, la amitriptilina o la nortriptilina a dosis de 25-50 mg por la noche, en tratamientos a corto plazo, produce una mejoría clínicamente significativa hasta en el 30% de los pacientes. La mejoría es moderada en el dolor, la calidad del sueño y la sensación de bienestar, leve en la sensación de fatiga y mínima en el número de puntos dolorosos.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Fármacos como la fluoxetina, a dosis de 20-40 mg por la mañana, son útiles para tratar los síntomas depresivos, pero apenas son eficaces para el tratamiento del dolor, lo cual indica que el efecto noradrenérgico es tan importante como el serotoninérgico en el tratamiento de estos pacientes. En este sentido, parece que los inhibidores duales de la recaptación de serotonina y noradrenalina, como la venlafaxina, el minalcipram y la duloxetina, son más eficaces que los inhibidores selectivos. La combinación de fluoxetina y amitriptilina también ha mostrado cierto efecto analgésico.

El ejercicio físico es una pieza clave para que el enfermo no abandone su ritmo de actividad doméstica y/o laboral; se recomienda ejercicio aeróbico, sin especificar ninguno en concreto (bailar, caminar, bici estática, aeróbic, aquagym, etc.), aunque parece que simplemente el ejercicio dentro de una piscina de agua caliente es el más eficaz²⁹.

El tratamiento psicológico debe ayudar a mejorar los aspectos emocionales y parece ser que el más eficaz es la terapia cognitiva conductual, aunque hay otras que pueden ser de ayuda, como el *biofeedback* o la hipnosis. La mayoría de veces, el tratamiento psicológico debe extenderse al entorno, principalmente la pareja y los hijos.

Un cuarto apartado del tratamiento debe ser el soporte social: acomodar su trabajo al ritmo que permite su cansancio o dolor, o buscar los recursos necesarios, según las posibilidades, para poder acceder a los tratamientos: gimnasio, psicólogo, terapias no regladas.

Las terapias alternativas son arriesgadas; ninguna ha mostrado eficacia, ni la ozonoterapia, ni el atlas-praxis, ni el calostro de vaca, ni otras muchas que se intentan aprovechar del paciente con dolor que busca soluciones. Es importante prevenir y enseñar al enfermo acerca de las “medicinas milagro” que puede encontrar en internet.

Hay otras, como la acupuntura, la homeopatía o los masajes, que han demostrado en estudios con debilidades metodológicas cierta eficacia²⁶.

Los equipos de enfermería deben ser de la máxima importancia, tanto en el apartado del ejercicio físico como en el de soporte social, donde se puede y debe realizar una doble función: de refuerzo, en todos los consejos hechos por el especialista, y de educación, haciéndoles asumir a los pacientes con FM su situación, aconsejando medidas que puedan beneficiarles y recordándoles que la medicina milagro no existe, evitando que gasten recursos en ellas, además de ofrecerles soporte en todas las dudas que puedan tener.

Asistencia ambulatoria

Es evidente que el paciente con FM no precisa una asistencia hospitalaria ya que es un paciente con una sintomatología no precisa ni específica de ningún órgano o sistema; el diagnóstico es clínico, por lo que el médico y la enfermera que deben atenderle son los que le corresponden de familia, y es lógico que recurran a especialistas para corroborar el diagnóstico.

En 2006, en Cataluña se elaboró un plan de asistencia donde la enfermería tenía el papel principal, denominándose “gestor/a de casos”, quedando para el médico el diagnóstico y la orientación terapéutica.

El/la gestor/a de casos coordina la atención de estos pacientes, contacta con los especialistas que precise según las ordenes médicas, le facilita la asistencia por el psicólogo, por la terapeuta ocupacional

y la asistente social y, en caso de no respuesta, lo contacta con las unidades especializadas del hospital.

Estas unidades y los/las gestores/as de casos se han empezado a implementar y han reducido las listas de espera hospitalarias, así como la multitud de interconsultas de los pacientes, y han dado un papel relevante a la enfermería como profesionales que cuidan, atienden y ayudan al paciente³⁰.

Dentro de las actividades de enfermería debería tenerse en cuenta el teléfono. Muchos de los pacientes que presentan FM tienen en el teléfono una solución a muchas de las dudas que se les presentan, tanto de la misma enfermedad como del tratamiento, o simplemente necesitan oír la voz de alguien conocido y que comparta sus problemas. En algunas consultas funciona este sistema, lo que permite que estas llamadas las reciba enfermería. Con ello, se puede evitar que el paciente vaya de nuevo a la consulta del especialista, reduciendo la lista de espera y evitando el colapso de ésta, con algo tan sencillo, y a la vez difícil, como es poder dedicar un tiempo a escuchar, compartir y aconsejar a estos pacientes, dándoles el sentimiento de que no están solos frente a la enfermedad.

Bibliografía

- World Health Organization. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986.
- 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. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33:160-72.
- Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre C, Romera M, Sanudo I, et al. Consensus report on the diagnosis and treatment of fibromyalgia in Catalonia. *Med Clin (Barc).* 2002;118:745-9.
- Crofford LJ. The relationship of fibromyalgia to neuropathic pain syndromes. *J Rheumatol Suppl.* 2005;75:41-5.
- Price DD, Staud R. Neurobiology of fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol.* 2005;75 Suppl:22-8.
- Russell IJ. The promise of substance P inhibitors in fibromyalgia 1. *Rheum Dis Clin North Am.* 2002;28:329-42.
- Kranzler JD, Gendreau JF, Rao SG. The psychopharmacology of fibromyalgia: a drug development perspective. *Psychopharmacol Bull.* 2002;36:165-213.
- Borsook D, Moulton EA, Schmidt KF, Becerra LR. Neuroimaging revolutionizes therapeutic approaches to chronic pain. *Mol Pain.* 2007;3:25.
- Crofford LJ, Demitrack MA. Evidence that abnormalities of central neurohormonal systems are key to understanding fibromyalgia and chronic fatigue syndrome 3. *Rheum Dis Clin North Am.* 1996;22:267-84.
- Ablin J, Neumann L, Buskila D. Pathogenesis of fibromyalgia - a review. *Joint Bone Spine.* 2008;75:273-9.
- Martinez-Lavin M, Hermosillo AG. Autonomic nervous system dysfunction may explain the multisystem features of fibromyalgia. *Semin Arthritis Rheum.* 2000;29:197-9.
- Cuatrecasas G, Riudavets C, Guell MA, Nadal A. Growth hormone as concomitant treatment in severe fibromyalgia associated with low IGF-1 serum levels. A pilot study 1. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007;8:119.
- Salemi S, Rethage J, Wollina U, Michel BA, Gay RE, Gay S, et al. Detection of interleukin 1beta (IL-1beta), IL-6, and tumor necrosis factor-alpha in skin of patients with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2003;30:146-50.
- Wallace DJ, Linker-Israeli M, Hallegua D, Silverman S, Silver D, Weisman MH. Cytokines play an aetiopathogenetic role in fibromyalgia: a hypothesis and pilot study. *Rheumatology (Oxford).* 2001;40:743-9.
- Moldofsky H. The significance of the sleeping-waking brain for the understanding of widespread musculoskeletal pain and fatigue in fibromyalgia syndrome and allied syndromes. *Joint Bone Spine.* 2008;75:397-402.
- Núñez M, Sánchez A, Núñez E, Casals T, Alegre C, Muñoz-Gómez J. Patients' perceptions of health related quality of life in rheumatoid arthritis and chronic low back pain. *Qual Life Res.* 2006;15:93-102.
- Paulson M, Norberg A, Soderberg S. Living in the shadow of fibromyalgic pain: the meaning of female partners' experiences. *J Clin Nurs.* 2003;12:235-43.
- Buskila D, Zaks N, Neumann L, Livneh A, Greenberg S, Pras M, et al. Quality of life of patients with familial Mediterranean fever. *Clin Exp Rheumatol.* 1997;15:355-60.
- Giesecke T, Williams DA, Harris RE, Cupps TR, Tian X, Tian TX, et al. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis Rheum.* 2003;48:2916-22.
- Stratz T, Fiebich B, Haus U, Muller W. Influence of tropisetron on the serum substance P levels in fibromyalgia patients. *Scand J Rheumatol Suppl.* 2004;119:41-3.
- Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosom Med.* 2004;66:837-44.
- Turk DC. The potential of treatment matching for subgroups of patients with chronic pain: lumping versus splitting. *Clin J Pain.* 2005;21:44-55.
- Muller W, Schneider EM, Stratz T. The classification of fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int.* 2007;27:1005-10.
- Rivera J, González T. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol.* 2004;22:554-60.
- Oswald J, Salemi S, Michel BA, Sprott H. Use of the Short-Form-36 Health Survey to detect a subgroup of fibromyalgia patients with psychological dysfunction. *Clin Rheumatol.* 2008;27:919-21.
- Rivera J, Alegre C, Ballina J, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin.* 2006;2 Supl 1:555-66.
- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1979;9:139-45.
- Munguía D, Legaz A, Alegre C. Guía de práctica clínica sobre el síndrome de Fibromialgia para profesionales de la salud. Madrid: Elsevier; 2007.
- Busch AJ, Barber KAR, Overend TJ, Peloso PMJ, Schachter CL. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD003786. DOI: 10.1002/14651858.CD003786.pub2
- Nuevo modelo de atención a la fibromialgia y al síndrome de fatiga crónica. Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/fm_sfccas.pdf