

**LA FIBROMIALGIA. DEL MALESTAR AL BIENESTAR:  
ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

***FIBROMYALGIA. FROM DISCOMFORT TO WELLNESS:  
HEALTHY LIFESTYLES***

Verónica Casado Vicente

Académica correspondiente. Profesora Asociada de la Facultad de Medicina de Valladolid.  
Correspondencia: Dra. Verónica Casado, Centro de Salud Universitario Parquesol,  
c/ Ciudad de la Habana 5, 47014 Valladolid. E-mail: [vcasadovicente@gmail.com](mailto:vcasadovicente@gmail.com)

Comunicación presentada el día 4 de Febrero de 2015

An Real Acad Med Cir Vall 2015; 52: 47-56

---

**RESUMEN**

La fibromialgia fue reconocida como enfermedad por la OMS y tipificada en el CIE 10 en 1992 y por la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) en 1994. La fibromialgia es frecuente. La fibromialgia confunde. La fibromialgia disgusta. Su clínica se resume en una frase: “Me duele todo”. La ausencia de afección orgánica específica demostrable en la actualidad, la carencia de prueba diagnóstica confirmatoria objetiva, la frecuente relación con problemas psicopatológicos y el gran impacto en los recursos sanitarios hace que la fibromialgia genere situaciones conflictivas y discusiones científicas polémicas. Los criterios del 2010 del Colegio Americano de Reumatología, aún pendientes de validar, se utilizan para el diagnóstico clínico y la clasificación de gravedad con un índice de extensión del dolor y una escala de gravedad. Algunos autores hacen una propuesta de clasificación, que facilita la intervención, en 4 tipos: tipo I idiopática; tipo II relacionada con enfermedad crónica autoinmune o reumatológica, tipo III secundaria a enfermedad psiquiátrica y tipo IV simuladora, junto con su relación o no a determinados perfiles psicopatológicos. La intervención de los profesionales debe ser un elemento facilitador del proceso de adaptación del paciente a la enfermedad. Es preciso descartar o identificar otras enfermedades o enfermedades concomitantes; valorar la limitación o interferencia en la calidad de vida; aliviar los síntomas físicos, incluyendo apoyo psicológico, higiene del sueño, ejercicio físico; identificar factores agravantes y atenuadores; reducir la incertidumbre y dar a la persona la oportunidad de conocer la enfermedad; propiciar la manifestación de los miedos, dudas y sentimientos, así como de las necesidades; identificar todos los recursos (personales, familiares y sociales) reforzarlos y ampliarlos y prevenir la claudicación familiar.

**Palabras clave:** fibromialgia, dolor crónico, estilos de vida.

## ABSTRACT

Fibromyalgia was recognized as a disease by the WHO and classified by the ICD-10 in 1992 and the International Association for the Study of Pain in 1994. Fibromyalgia is common. Fibromyalgia confuses. Fibromyalgia dislikes. Its clinic is summarized in one sentence: Everything hurts.

The current absence of specific demonstrable organic disease, the lack of an objective confirmatory diagnostic test, the frequent relationship with psychopathological problems and the important impact on healthcare resources result in/lead to conflictive situations and discussions and scientific controversies.

2010 criteria of the American College of Rheumatology, still pending validation, are used for clinical diagnosis with an index of pain extension and a severity scale. Some authors make a proposal for classification, which facilitates intervention, in 4 types: type I idiopathic, type II chronic autoimmune or rheumatic disease related, type III secondary to psychiatric illness and type IV malingering, together with their relationship or not with certain psychopathological profiles.

The professional intervention must help in the process of adaptation to the disease. It is necessary to rule out or identify other diseases or comorbidities; to assess the limitation or interference with quality of life; to relieve physical symptoms, including psychological support, sleep hygiene, physical exercise; to identify aggravating factors and attenuators; reduce uncertainty and provide the person the opportunity to know the disease; encouraging the manifestation of fears, doubts and feelings as well as the needs; to identify all the available resources (personal, family and social), reinforce and expand them and prevent family claudication.

**Keywords:** fibromyalgia, chronic pain, lifestyles.

## INTRODUCCIÓN

*El dolor es inevitable, pero el sufrimiento es opcional. Buda*

Carmina, 60 años. Tres hijos (2 hijos en Madrid y 1 en Cáceres). Vive con su marido cerca de su padre, cardiópata, bronquítico crónico y con antecedentes de ictus. Su madre murió recientemente tras largos años de demencia. Elevada frecuentación por múltiples consultas médicas en el ámbito público (20 visitas/año) y privado. Ha sido diagnosticada de artrosis en diversas localizaciones y acude a su médico de familia por múltiples motivos entre los que cabe destacar mareos, astenia, cefalea tensional y migraña (neurólogo: TC normal). También fue visitada por diversos neurólogos para descartar una demencia, por olvidos frecuentes («No

quería acabar como mi madre»), y de ahí fue derivada a un psiquiatra, que le prescribió antidepresivos y somníferos. Al llegar la menopausia (55 años), un ginecólogo privado la puso terapia hormonal por los sofocos, y el traumatólogo la hizo una densitometría: osteopenia vertebral y la prescribió bifosfonatos. Es hipertensa (con irregular control por toma de AINEs) y durante un tiempo (que coincidió con el diagnóstico de angor a una hermana y de ictus a su padre) presentó dolores torácicos y taquicardias, que un holter, ecocardiograma y cateterismo descartaron que fueran de origen cardíaco. Score 2. En los últimos controles analíticos presenta GBA (Glucemia basal alterada) 112. IMC 32. TA 102/62. Toma estatinas para la prevención 1ª de cardiopatía isquémica, y también un betabloqueante, un calcioantagonista, un ARA-II, un diurético, tramadol, lormetacepán, rizatriptán, calcio, vitamina D, ibandronato, escitalopram, ketorolaco y un “protector de estómago”. Total: 13 fármacos. No hace ejercicio, dieta desequilibrada. Y acude a su médico de familia porque LA DUELE TODO.

La fibromialgia fue reconocida como enfermedad por la OMS<sup>1</sup> y tipificada en el CIE 10 con el código M79.0<sup>2</sup> en 1992 y por la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) en 1994 con código X33.X8a3<sup>3</sup>. Es un síndrome prevalente y motivo de consulta altamente frecuente en medicina de familia y sin embargo es un gran desconocido.

La fibromialgia (FM) es un trastorno de etiología desconocida caracterizado por dolor extenso, procesamiento anormal del dolor, trastornos del sueño, fatiga y tensiones psicológicas. No obstante la ausencia de afección orgánica específica demostrable en la actualidad, la carencia de prueba diagnóstica confirmatoria objetiva, la frecuente relación con problemas psicopatológicos y el gran impacto en los recursos sanitarios hace que la FM genere situaciones conflictivas y discusiones científicas polémicas<sup>4</sup>.

**La fibromialgia es frecuente**<sup>5,6</sup>: 2% - 6% de la población general, sobre todo mujeres. **La fibromialgia confunde**: Casi todos sus síntomas son comunes a otras alteraciones. No tiene una causa conocida y es frecuente que antes de que se llegue al diagnóstico definitivo, se haya acudido a diferentes médicos de diversas especialidades.

**La fibromialgia disgusta**: Por su impacto individual, familiar, laboral y sobre el sistema sanitario<sup>7</sup>, porque parte de los médicos no consideran que esta entidad sea importante y sus mismos familiares acaban dudando de la veracidad de las molestias.

## CLÍNICA DE LA FIBROMIALGIA

Su clínica se resume en una frase: "Me duele todo"<sup>8</sup>; y suele ser el síntoma guía en la anamnesis.

Las personas con fibromialgia también pueden presentar otros síntomas, como: rigidez por las mañanas, hormigueo o adormecimiento en las manos y los pies, dolores de cabeza, abdominalgia, problemas para pensar y de memoria (conocidos en inglés como "fibrofog") y menstruación dolorosa y otros síndromes<sup>7</sup> como: síndrome de fatiga crónica, síndrome de colon irritable, disfunción temporomandibular, síndrome de piernas inquietas, lumbalgia inespecífica, dismenorrea primaria, sensibilidad química múltiple, cefalea de tensión, migraña o mixta, síndrome de vejiga irritable, dolor pélvico crónico, síndrome de dolor miofascial.

Los criterios del 2010 del Colegio Americano de Reumatología<sup>9</sup> (ACR) se utilizan para el diagnóstico clínico y la clasificación de gravedad.

El diagnóstico se basa en los siguientes criterios:

- Índice de dolor generalizado  $\geq 7$  (WPI: escala 0-19) y una escala de gravedad del síntoma  $\geq 5$  (SS escala 0-12) o WPI 3-6 y SS  $\geq 9$ .
- Los síntomas han estado presentes a un nivel similar durante al menos 3 meses.
- El paciente no tiene un trastorno que, de otro modo, explique el dolor.

Los estudios médicos en la fibromialgia se han orientado a analizar alteraciones en los músculos, en el sistema inmunológico, anomalías psicológicas, problemas hormonales o de base neuronal por alteraciones en los mecanismos de percepción del dolor. Se ha pasado de pensar en ella como enfermedad musculoesquelética a enfermedad por hiperalgesia central.

La fibromialgia es, por lo tanto, una afección crónica de etiología desconocida por el momento, caracterizada por la presencia de dolor crónico musculoesquelético generalizado, con bajo umbral de dolor, hiperalgesia (estímulos normalmente dolorosos son aún más dolorosos) y alodinia (dolor producido por estímulos habitualmente no dolorosos).

En 2008, Belenguer y cols<sup>10</sup> realizan una propuesta de clasificación, que a los clínicos nos da luz no sólo para clasificar sino para enfrentarnos a este tema. Proponen 4 tipos: tipo I idiopática; tipo II relacionada con enfermedad crónica, tipo III secundaria a enfermedad psiquiátrica y tipo IV simuladora, junto con su relación o no a determinados perfiles psicopatológicos (tabla 1).

## MANEJO DE LA FIBROMIALGIA

*“No existen enfermedades sino enfermos”*

*Hipócrates.*

El tratamiento con medidas físicas, psicosociales y farmacológicas puede controlar hasta un 95% de los casos. Los elementos sustanciales para su manejo son:

1. Confirmar o descartar la presencia o no de otras patologías asociadas tanto físicas como psíquicas con repercusión en la capacidad funcional del paciente.

2. Es clave establecer un diagnóstico firme porque ahorra una peregrinación en busca de diagnósticos o tratamientos<sup>11</sup>, mejora la ansiedad que produce encontrarse mal sin saber por qué y permite fijar objetivos realistas, comprender sus propias limitaciones y hacer los cambios apropiados en su estilo de vida.

3. Determinar la existencia de factores agravantes y aquellos que alivian la sintomatología:

- Factores agravantes: Frío, tiempo húmedo, inactividad o exceso de actividad, estrés mental, estrés físico, dormir mal.
- Factores que alivian: Calor, tiempo seco, actividad física moderada, relajación, descanso, sueño reparador.

4. Valoración de la limitación o interferencia (afectación de la calidad de vida) que la sintomatología ocasiona en la persona, mediante escalas: cuestionario FIQ/CIF<sup>12,13</sup>.

- Gravedad de impacto según puntuación total del FIQ (Leve < 39; Moderado  $\geq 39$  y < 59 y Grave  $\geq 59$ ).

5. Valoración de los factores psicológicos como estados emocionales, pensamiento catastrofista y percepción de autoeficacia que han mostrado influencia en el mayor o menor impacto de la FM<sup>14</sup>.

Es frecuente en este proceso enfrentarnos a distintas fases hasta la aceptación de la situación. La intervención de los profesionales debe ser un elemento facilitador del proceso de adaptación del paciente a la enfermedad.

## TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

En principio hay que aclarar con el paciente que la enfermedad no tiene curación definitiva, que el objetivo del tratamiento es mejorar el dolor y tratar los síntomas acompañantes, para conseguir una mejoría en la calidad de vida y que hay un sinnúmero de terapias alternativas (homeopatía, acunputura, Reiki, agentes físicos, terapia manual, Qi-Gong...) que no han demostrado efectividad desde el punto de vista científico<sup>7</sup>.

Los pasos a seguir para el correcto tratamiento de la fibromialgia son:

- la explicación de la naturaleza de la enfermedad para reducir la incertidumbre y dar a la persona la oportunidad de conocer la fibromialgia<sup>15</sup>.
- Aliviar los síntomas físicos: el uso de fármacos (amitriptilina, ciclobenzapina, duloxetina, pregabalina, tramadol) que aumenten la tolerancia al dolor cuentan con niveles de evidencia A<sup>16-20</sup>.
- Propiciar la manifestación de los miedos, dudas y sentimientos, así como de las necesidades.
- Identificar todos los recursos (personales, familiares y sociales) reforzarlos y ampliarlos y prevenir la claudicación familiar.
- El tratamiento de las alteraciones psicológicas y psiquiátricas asociadas si las hay<sup>21</sup>.
- La educación para evitar los factores agravantes y propiciar los factores que alivian<sup>22</sup>.
- El ejercicio físico y una adecuada fortaleza muscular son sin duda eficaces<sup>23-27</sup>. Se recomiendan los ejercicios de la tabla II.
- Técnicas de relajación. Procurar reservar 10-20 minutos a lo largo del día para oír música relajante, tratar de pensar en cosas agradables o simplemente en nada y el aprendizaje de técnicas de relajación.
- Cambio de comportamiento: Hay fuerte evidencia sobre el efecto beneficioso de la Terapia Cognitivo Conductual sobre el control del dolor, malestar físico y el estado de ánimo en pacientes con la FM (Grado A). Hay evidencia sobre el efecto de la Terapia Conductual Operante en la reducción del número de visitas médicas (Grado A)<sup>28</sup>.

En resumen existen evidencias con grado de recomendación A en relación a los tratamientos multicomponentes<sup>29</sup> que recomiendan la combinación de ejercicio físico, estrategias de intervención cognitivo-conductual y fármacos en el tratamiento de pacientes con FM, ya que se han demostrado ser eficaces en el manejo del dolor y en la mejora de la calidad de vida y la capacidad física.

Y como recoge el “Decálogo de semFYC<sup>30</sup>” para vivir más, mejor y más feliz se debe conectar con las demás personas, practicando la autoestima positiva, una buena integración social y participativa, procurando tener unas relaciones sociales cordiales y *reírse*. La risa tiene poder curativo porque siguiendo a D. Santiago Ramón y Cajal: *Sólo la alegría es garantía de salud y longevidad*.

**Tabla I. Propuesta de clasificación nosológica de la fibromialgia.  
Belenguer R. 2008<sup>10</sup>**

<b>Tipo</b>	<b>Subgrupos Clasificatorios</b>	<b>Enfermedad primaria</b>	<b>Enfermedad autoinmunitaria-reumática</b>	<b>Perfil psicopatológico</b>
<b>I</b>	FM idiopática	Ninguna	Ninguna	Normal
<b>II</b>	FM relacionada con enfermedad crónica	Enfermedad crónica-sistémica (IIa)- locorregional (IIb)	Cumplimiento de los criterios	Perfil A (ansioso-depresivo)
<b>III</b>	FM secundaria a enfermedad psiquiátrica	Enfermedad psiquiátrica	Alteraciones auto inmunitarias y/o reumáticas aisladas	Perfil B (somatización)
<b>IV</b>	FM simulada	Ninguna	Ninguna	Demandante

**Tabla II. Tipo de ejercicio físico**

	<b>AERÓBICOS</b>	<b>RELAJANTES</b>	<b>CONTROL POSTURAL, EQUILIBRIO, PROPIOCEPCIÓN</b>
<b>Baja intensidad</b>	Caminar, Bicicleta estática, Cinta rodante, Ejercicios en piscina (individuales o colectivos).	Tai-chi, Yoga, Body-balance, Ejercicios en piscina climatizada.	Yoga, Body-balance, Tai-chi, Baile, Pilates.
<b>Media- Alta intensidad</b>	Baile, Caminar rápido, Natación, Deportes de raqueta, Alpinismo, Esquí		Pilates, Baile.

Tabla III. **Decálogo para vivir más, mejor y más feliz semFYC<sup>30</sup>.**  
**Grupo de trabajo Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS de semFYC**

Adoptar un estilo de vida saludable depende, en gran parte, de la propia persona. Somos nosotros mismos quienes tenemos la mayor responsabilidad sobre nuestra salud. Adquirir una conducta saludable, o cambiar una no saludable por otra que sí lo sea, es un proceso activo en el que usted debe ser el protagonista y con el que va a aprender cosas nuevas.

En el proceso de cambio hacia un estilo de vida saludable son muy importantes sus creencias y valores, así como sus experiencias propias: intente sacar provecho de ellas. También las relaciones y normas sociales tienen influencia en nuestros estilos de vida, sean estos saludables o no, y tanto el entorno social como físico pueden determinarlas. Piense en cómo afrontar las posibles dificultades.

Un estilo de vida saludable es imprescindible para cuidar y mejorar la salud, y siempre debe preceder y acompañar a cualquier tratamiento médico. Si usted ha decidido cambiar a un estilo de vida saludable: ¡Enhorabuena! Vivirá más, mejor y más feliz.

- |   |  |
|---|--|
| <p><b>1. La alimentación debe ser</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Suficiente, para mantener o conseguir un peso saludable.</li> <li>➤ Variada, comer un poco de muchos alimentos para evitar la carencia de nutrientes.</li> <li>➤ Equilibrada, comer todos los días alimentos de todos los grupos.</li> <li>➤ Segura, no correr riesgos y elegir alimentos de origen seguro, con atención al envasado correcto e íntegro.</li> <li>➤ Apetecible, cocinar bien es un arte y hay que cuidarlo.</li> <li>➤ No hay duda: elegir la dieta mediterránea.</li> </ul> <p><b>2. El consumo de alcohol debe ser</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cuanto menos, mejor.</li> <li>➤ Nada en embarazadas, niños ni si se va a conducir.</li> </ul> <p><b>3. Realizar actividad física</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hacer ejercicio, adecuado a la edad y a la condición física de cada uno, de forma regular.</li> <li>➤ Cualquier actividad cuenta, como subir por la escalera, etc.</li> <li>➤ Se aconseja 1 hora diaria al menos 5 días a la semana.</li> </ul> <p><b>4. Evitar el consumo de tabaco y otras drogas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dejar el tabaco. El consumo de tabaco, es la causa evitable más importante de enfermedad y muerte en nuestro país.</li> <li>➤ Evitar los espacios contaminados por el humo del tabaco, ya que el tabaquismo pasivo es causa de diversas enfermedades.</li> <li>➤ Ninguna droga es saludable.</li> </ul> | <p><b>5. Hacer un consumo racional de medicamentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Siempre bajo la supervisión de un sanitario cualificado y siempre acompañado de un estilo de vida saludable.</li> </ul> <p><b>6. Cuidar la salud sexual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En este campo no hay que correr riesgos innecesarios.</li> <li>➤ Si se ha tenido alguna conducta de riesgo, hay que hacerse un estudio.</li> <li>➤ Si se padece alguna enfermedad de transmisión sexual, evitar contagiarla a otras personas.</li> <li>➤ Disfrutar del sexo con salud.</li> </ul> <p><b>7. No abusar de tomar el sol</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Con media hora al día es suficiente para cubrir nuestras necesidades fisiológicas.</li> <li>➤ Las radiaciones solares se acumulan a lo largo de toda la vida, hay que protegerse adecuadamente.</li> </ul> <p><b>8. Conducir de una forma responsable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Abstención absoluta de alcohol si se va a conducir.</li> <li>➤ Usar el cinturón de seguridad en coches, el casco en motos y bicicletas, y las sillas para niños.</li> <li>➤ No usar el teléfono móvil cuando se está conduciendo.</li> </ul> <p><b>9. Tener una actitud positiva ante la vida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tomarse las cosas con calma y evitar el estrés.</li> <li>➤ Descansar lo suficiente.</li> <li>➤ Buscar un sentido a la vida, una pasión, un propósito, una ilusión que nos impulse a levantarnos todos los días.</li> </ul> <p><b>10. Participar en la comunidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conectar con las demás personas, practicando la autoestima positiva.</li> <li>➤ Pertenecer a su comunidad. Una buena integración social y participativa, procurando tener unas relaciones sociales cordiales, nos ayudará en nuestra salud psíquica.</li> <li>➤ Reírse, la risa tiene poder curativo.</li> </ul> |
|---|--|

## BIBLIOGRAFÍA

1. Quitner, International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. ICD-10. WHO, Geneve. 1992.
2. CIE10 International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. ICD-10. WHO, 1992.
3. Merskey H, Bogduck N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. 2nd ed. Seattle. International Association for Study of Pain (IASP Press); 1994.
4. Rivera Redondo J. Controversias en el diagnóstico de fibromialgia. *Rev Esp Reumatol*. 2004; 31:501-506.
5. Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Abelló Carbonell J, Blotman F, Spaeth M and cols. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Semin Arthritis Rheum*. 2010 Jun; 39 (6): 448-53.
6. Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B; EPISER Study Group. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clin Exp Rheumatol*. 2008; 26(4):519-26.
7. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Fibromialgia. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid. 2011. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>
8. Ibañez Pérez F. Me duele todo. En *Guía de actuación en Atención Primaria*. Barcelona. semFYC ediciones. 2011: 1007-21.
9. Wolfe F, Clauw J, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mesase P, et al. Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*. 2010 May; 62(5):600-10.
10. Belenguier R, Ramos-Casals M, Siso A, Rivera J. Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. *Reumatol Clin*. 2009; 05:55-62. - Vol. 05 Núm.02 DOI: 10.1016/j.reuma.2008.07.001.
11. Carmona L. Revisión sistemática: ¿el diagnóstico en sí de fibromialgia tiene algún efecto deletéreo sobre el pronóstico? *Reumatol Clin*. 2006; 2(2):52-7.
12. Esteve-Vivesa J, Rivera Redondo J, Salvat Salvat MI, de Gracia Blanco M y Alegre de Miquel C. Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatol Clin*. 2007; 3(1):21-4.
13. Burckhardt CS. Educating patients: self-management approaches. *Disabil Rehabil*. 2005; 27(12):703-09.
14. Burckhardt CS, Mannerkorpi K, Hedenberg L, Bjelle A. A randomized, controlled clinical trial of education and physical training for women with fibromyalgia. *J Rheumatol*. 1994; 21(4):714-20.
15. Hassett AL, Gevirtz RN. Nonpharmacologic treatment for fibromyalgia: patient education, cognitive-behavioral therapy, relaxation techniques, and complementary and alternative medicine. *Rheum Dis Clin North Am*. 2009; 35(2):393-07.
16. Nishishinya B, Urrutia G, Walitt B, Rodríguez A, Bonfill X, Alegre C, Darko G. Amitriptyline in the treatment of fibromyalgia: a systematic review of its efficacy. *Rheumatology (Oxford)*. 2008; 47(12):1741-46.
17. Straube S, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. Pregabalin in fibromyalgia: meta-analysis of efficacy and safety from company clinical trial reports. *Rheumatology (Oxford)*. 2010 Apr; 49(4):706-15.

18. Häuser W, Bernardy K, Uçeyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with gabapentin and pregabalin - A meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain*. 2009; 145(1-2):69-81.
19. 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(7):537-45.
20. Russell IJ, Kamin M, Bennett RM, Schnitzer TJ, Green JA, Katz WA. Efficacy of Tramadol in Treatment of Pain in Fibromyalgia. *J Clin Rheumatol*. 2000; 6(5):250-57.
21. Häuser W, Bernardy K, Uçeyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *JAMA*. 2009 14; 301(2):198-209.
22. Oliver K, Cronan TA, Walen HR, Tomita M. Effects of social support and education on health care costs for patients with fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2001; 28(12):2711-19.
23. Casale R, Cazzola M, Arioli G, Gracely RH, Ceccherelli F, Atzeni F, et al. Non pharmacological treatments in fibromyalgia. *Reumatismo*. 2008; 60 Suppl 1:59-69.
24. Sueiro Blanco F, Estévez Schwarz I, Ayán C, Cancela J, Martín V. Potential benefits of nonpharmacological therapies in fibromyalgia. *Open Rheumatol J*. 2008; 2:1-6.
25. Imamura M, Cassius DA, Fregni F. Fibromyalgia: from treatment to rehabilitation. *European J Pain Supplements*. 2009; 3(2):17-122.
26. Mannerkorpi K, Henriksson C. Non-pharmacological treatment of chronic widespread musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007; 21(3):513-34.
27. Nishishinya MB, Rivera J, Alegre C, Pereda CA. Intervenciones no farmacológicas en fibromialgia. *Med Clin (Barc)*. 2006;127(8):295-09.
28. Bernardy K, Füber N, Köllner V, Häuser W. Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapies in Fibromyalgia Syndrome -A Systematic Review and metaanalysis of Randomized Controlled trials. *J Rheumatol*. 2010; 37(10):1-15, doi:10.3899/jrheum.100104.
29. Häuser W, Bernardy K, Arnold B, Offenbächer M, Schiltenswolf M. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis Rheum*. 2009; 61(2):216-24.
30. Grupo de trabajo Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs de semFYC. Decálogo para vivir más, mejor y más feliz. Disponible en [http://www.semfyec.es/pfw\\_files/cma/ultimos/Decalogo\\_para\\_vivir\\_mas\\_y\\_mejor.pdf](http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/ultimos/Decalogo_para_vivir_mas_y_mejor.pdf)