



Original

## Tratamiento sintomático y del dolor en fibromialgia mediante abordaje multidisciplinar desde Atención Primaria



Jaime Gonzalez Gonzalez<sup>a,b,\*</sup>, Maria del Mar del Teso Rubio<sup>c</sup>, Carmen Nelida Waliño Paniagua<sup>d</sup>, Juan Jose Criado-Alvarez<sup>e</sup> y Javier Sanchez Holgado<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Médico Atención Primaria, Centro de Salud Santa Olalla, Toledo, España

<sup>b</sup> Profesor Asociado, Doctor Departamento Ciencias Médicas, Universidad de Castilla-La Mancha, España

<sup>c</sup> Terapeuta ocupacional, Residencia Tercera Edad San Pablo de los Montes, San Pablo de los Montes, Toledo, España

<sup>d</sup> Terapeuta ocupacional, Asociación Fibromialgia Talavera de la Reina (AFIBROTAR), Talavera de la Reina, Toledo, España

<sup>e</sup> Médico Atención Primaria, Centro de Salud Pueblanueva, Pueblanueva, Toledo, España; Profesor Asociado, Doctor Departamento Ciencias Médicas, Universidad Castilla-La Mancha, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 4 de abril de 2013

Aceptado el 21 de marzo de 2014

On-line el 16 de mayo de 2014

#### Palabras clave:

Fibromialgia

Actividades de la vida diaria

Terapia Ocupacional

### R E S U M E N

**Introducción:** La fibromialgia es una enfermedad crónica de etiología desconocida, caracterizada por dolor muscular generalizado, afectando al desempeño ocupacional, familiar, social, físico y psicológico. El abordaje multidisciplinar de la enfermedad aporta mejoría en la calidad de vida y sintomatología del paciente.

**Objetivos:** Valorar la mejoría de actividades de la vida diaria (AVD) y calidad de vida tras una intervención multidisciplinar (Atención Primaria y Terapia Ocupacional).

**Material y método:** Estudio pretest-posttest, con muestreo aleatorio simple, en 21 pacientes con fibromialgia (rango 16-55 años). La medición se realiza con la escala de Barthel (ABVD), la escala de Lawton y Brody (AIVD), cuestionario FIQ y encuestas no estandarizadas para valorar situación pre y postintervención. Se realizó una intervención sobre psicomotricidad (psicomotricidad básica, ejercicio en piscina, ejercicio al aire libre, reestructuración, desempeño ocupacional y actividad graduada e intervención en ABVD), asociando control farmacológico de su sintomatología y tratamiento.

**Resultados y conclusiones:** Los enfermos de fibromialgia no están totalmente conformes con el tratamiento que reciben, Atención Primaria recibe una valoración de 6,89, y la Atención Hospitalaria de 5,79, mejorando los índices de Barthel y de Lawton y Brody, y el cuestionario FIQ, de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Tras la intervención combinada, aumenta el número de mujeres independientes en ABVD y AIVD.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Symptomatic pain and fibromyalgia treatment through multidisciplinary approach for Primary Care

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Fibromyalgia

Activities of daily living

Occupational Therapy

**Introduction:** Fibromyalgia is a chronic disease of unknown etiology characterized by widespread muscle pain, with occupational, familial, social, physical and psychological performance involvement. The multidisciplinary approach to the disease leads to improvement in quality of life and symptomatology.

**Objectives:** To evaluate the improvement of activities of daily living (ADL) and quality of life following a multidisciplinary intervention (Health Primary Care and Occupational Therapy).

**Material and methods:** Pretest-posttest study performed with a simple random sample of 21 patients with fibromyalgia (range 16-55 years). The measurement was performed with the Barthel scale (ADL), the scale of Lawton and Brody (IADL), the FIQ questionnaire, and no standardized surveys to assess the pre and post intervention situation. An intervention on motor skills (basic motor skills, pool exercise, outdoor exercise, restructuring, occupational performance and graded activity and intervention in ADL) was performed, combining pharmacological control of their symptoms and treatment.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jaime.gonzalez@uclm.es](mailto:jaime.gonzalez@uclm.es) (J. Gonzalez Gonzalez).

**Results and conclusions:** Fibromyalgia patients are not fully satisfied with their treatment; Primary Care receives a score of 6.89, and Hospital Care 5.79, improving the Barthel, Lawton and Brody and FIQ indexes, being statistically significant ( $p < .05$ ). After the combined procedure the number of independent women in ADL and IADL increases.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica incapacitante de etiología desconocida<sup>1</sup> cuyo principal síntoma es el dolor generalizado, seguido de astenia y falta de sueño reparador. Supone un emergente problema de salud, con una prevalencia entre el 3 y el 6% de la población mundial, más común en personas entre 20 y 50 años, y más frecuente en mujeres, con una relación hombre-mujer de 1 a 6-10<sup>2</sup>. Ocupan el 15% de las consultas de Reumatología y del 5 al 10% de las consultas de Atención Primaria<sup>3</sup>, suponiendo un gasto aproximado de 11.000 millones euros/año en España, tanto de gastos directos, como indirectos<sup>4</sup>.

El abordaje científico-técnico<sup>5</sup> se encuentra con muchas limitaciones, siendo necesario un abordaje más biopsicosocial de la enfermedad, utilizando terapias coadyuvantes<sup>6</sup>, como el ejercicio físico aeróbico, de fortalecimiento muscular, de estiramiento o flexibilidad; terapia cognitivo-conductual, la meditación y la retroalimentación<sup>7</sup>, cuyo objetivo es que cada persona conozca sus respuestas fisiológicas a diversos estímulos, con la posibilidad de modificarlas a su favor, y con la práctica, aprender a controlarlas mejor<sup>8</sup>. La Terapia Ocupacional es una herramienta útil ya que tiene efectos en la función ocupacional, las habilidades cognitivas y físicas, lo cual redundará en un mejor desempeño de las actividades de la vida diaria y mayor interacción con el contexto global.

La eficacia de la gestión multidisciplinar actualmente está siendo evaluada, con el fin de proporcionar el cuidado más completo para este grupo de pacientes difíciles y complejos<sup>9</sup> y una mejoría en su vida diaria, tanto en calidad de vida, como en actividades de la vida diaria, independiente o dependiente leve para actividades basales de la vida diaria (ABVD), y dependiente moderados para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)<sup>10</sup>.

El objetivo del presente trabajo es evaluar el efecto de una intervención multidisciplinar en pacientes con FM.

## Material y métodos

### Muestra

Sobre una población en el Área de Salud de Talavera de la Reina (Toledo), de 128.000 personas, con una prevalencia de FM del 2,4%<sup>11</sup>, un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 7%, se obtuvo un tamaño muestral de 19 personas (Programa Epidat 3,0), a los que sumamos una tasa de no respuesta de entrevista directa del 10%, obteniendo un total de 21 personas, sobre una base de datos de 446 pacientes con FM, todos de diagnóstico hospitalario en consulta de Reumatología. Se contactó con los participantes mediante entrevista telefónica, informándoles del tipo de estudio.

### Criterios de inclusión

Mujeres, entre 16 a 55 años, que residan en el Área de Salud de Talavera de la Reina (Toledo) con FM y que no tengan otro problema que les ocasione discapacidad intelectual o física.

### Criterios de exclusión

Presentar otras enfermedades físicas que dificulten la intervención y que no haya presentado en los 6 meses anteriores acontecimientos vitales importantes (pérdida de un familiar, traslado domicilio, etc.).

### Mediciones

Se ha utilizado el cuestionario Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)<sup>9</sup> diseñado para cuantificar el impacto global de la FM en varias dimensiones (funcionalidad, percepción de dolor, rigidez y fatiga, trastorno del sueño, depresión, ansiedad y capacidad de trabajo remunerado y doméstico). En el caso de realizar una actividad laboral remunerada, el FIQ evalúa el grado en el que la FM ha afectado esta actividad<sup>12</sup>. La valoración del impacto diario de la FM se evaluó mediante las AIVD, que son aquellas actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que pueden requerir interacciones más complejas que las utilizadas en las ABVD (escala de Lawton y Brody)<sup>13</sup>. Para aquellas ABVD encaminadas al cuidado del propio cuerpo, se utilizó la escala de Barthel<sup>14</sup>. Para la percepción sobre la enfermedad y el sistema sanitario con respecto a la FM, se ha utilizado un cuestionario creado *ad hoc* ([anexo 1 \[disponible en la web\]](#)).

### Diseño e intervención

Estudio pretest-postest, con muestreo aleatorio simple, con análisis estadístico, con el programa SPSS 15.0 mediante la prueba de Wilcoxon. Solo se analizó a los pacientes que acudieron al menos a 5 de las 7 sesiones. Se realizó entre febrero y mayo del 2012 y consta de 2 partes. La primera parte mediante control en Atención Primaria con 3 citas (antes, durante y al finalizar la intervención), donde habla de su enfermedad, se ajusta el tratamiento a su sintomatología (analgésicos, tramadol, paracetamol, pregabalina y/o ciclobenzapirina), además de su medicación habitual para enfermedades concomitantes, y realizando educación para la salud en FM, y sesiones de Terapia Ocupacional, con 7 sesiones de entre 60 y 120 min ([tabla 1](#)).

### Aspectos éticos y legales

Se solicitó a todas las participantes el consentimiento verbal. El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación del Área Sanitaria de Talavera de la Reina.

## Resultados

Se obtuvo respuesta de 20 pacientes, con una edad media de 40 años (rango 16-55 años). En la encuesta previa, respecto a si conocen la Terapia Ocupacional, el 50% contestó que sí. Si conocen la psicomotricidad, el 75% contestó que sí. El 95% de las pacientes creen que la intervención desde Terapia Ocupacional puede ayudar en FM y respecto a si encuentran mejoría con el tratamiento que reciben previo a la intervención, el 70% piensa que no. El 10% contestó que casi siempre el resto de la gente se toma en serio su

**Tabla 1**  
Sesiones de Terapia Ocupacional y contenido

Sesión	Contenidos
1	Presentación de la Terapia Ocupacional y Psicomotricidad (1). Dar a conocer qué es la psicomotricidad y los beneficios que tiene en FM y promover la adhesión al tratamiento
2	Psicomotricidad (2). Mejorar la capacidad de adaptación a nuevas situaciones a pesar de sus restricciones, favorecer las relaciones sociales y contribuir a mejorar la salud, aumentando la calidad de vida
3	Piscina (Psicomotricidad acuática). Mejorar la resistencia en contra de la gravedad, mejorar la fatiga para la realización de actividades de la vida diaria y por consiguiente la praxis ideatoria e ideomotora
4	Psicomotricidad (4). Favorecer las relaciones sociales, mejorar la fatiga para la realización de las actividades de la vida diaria y contribuir a mejorar la salud, aumentando la calidad de vida
5	Reestructuración del desempeño ocupacional y actividad graduada. Se imparten los contenidos teóricos de las técnicas de organización y administración del tiempo e incorporación de actividades agradables, a través de diversos ejercicios prácticos
6	Intervención en actividades de la vida diaria y actividad física. Reforzar positivamente lo aprendido en anteriores sesiones y controlar que las tareas se realizan adecuadamente
7	Intervención en actividades de la vida diaria y actividad física. Se realiza paseo con las participantes de 45 min junto con terapeutas ocupacionales y médico. Educación para la salud para mantener los beneficios obtenidos. Cascada de ideas sobre el programa

enfermedad, el 55% respondió que a veces, el 25% que casi nunca y el 10% que nunca. Y a si creen que los médicos se toman en serio todos los síntomas que presentan, el 10% contestó que siempre, el 10% que casi siempre, el 60% que a veces y el 20% que casi nunca.

La labor del médico de Atención Primaria la valoran algo más positivamente que la del médico de Atención Hospitalaria, dándole una diferencia de casi un punto en una escala analógica de 0 a 10, en la que el médico de primaria obtiene un 6,89 y el médico de atención hospitalaria de 5,79. Un 100% de las pacientes con FM considera que no se cubren sus necesidades plenamente, pero consideran que la sanidad pública les ayuda. La familia supone para el 50% de las pacientes la que más las comprende, seguido de otro enfermo de FM en un 25% y un 10% un profesional sanitario.

En la encuesta posterior, todas las participantes piensan que les ayudó la intervención y que se debería incluir dentro del tratamiento que reciben actualmente.

La calidad de vida (CDV) inicial del grupo de estudio era de un 74,41 (rango 63,0-93,8) por lo que se encontraban según el FIQ en una afectación vital moderada (entre 50-75) a grave (> 75). Al finalizar la intervención, el mínimo en CDV era de 36,09 (afectación vital leve) y máximo de 60,61 (afectación vital moderada), observándose una clara mejoría en el estado general de salud, por lo que de un estadio de afectación de la CDV según el FIQ de moderada a grave se pasa a un FIQ de moderado a leve, con lo que se objetiva una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

En cuanto al grado de independencia en las ABVD, en el estudio previo a la intervención, el 33,3% de pacientes son independientes y el 66,7% tiene una dependencia leve, y en el posterior el 50% de ellas son independientes, y el 50% tiene una dependencia leve (tabla 2). Respecto al grado de independencia en las AIVD de las participantes en el estudio previo a la intervención, el 22,2% tiene una puntuación de 8, el 50% tiene una puntuación del 7, el 22,2% tiene una puntuación de 6 y el 5,6% tiene una puntuación de 4. La escala de Lawton y Brody es más útil para mujeres, ya que muchos hombres no realizan algunas de las actividades estudiadas. En la evaluación posterior, el 41,7% tiene una puntuación de 8 y el 58,3% tiene una puntuación del 7 (tabla 3).

Existen diferencias estadísticamente significativas pre-postintervención en AVBD, AVID y CDV ( $p < 0,05$ ).

## Discusión

La FM es una enfermedad de alta prevalencia e incapacitante<sup>11</sup> que, unida a la elevada demanda en las consultas, tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria (20% de las consultas de Reumatología)<sup>15</sup>, y al gasto por paciente y año que supone para el sistema sanitario (10.000 € paciente año), les clasifica como unos

**Tabla 2**  
Resultados de la escala de Barthel preintervención y postintervención

	Preintervención	Postintervención
<i>Barthel</i>		
Independiente	33,3%	50%
Dependiente leve	66,7%	50%
<i>Comer</i>		
Independiente	88,9%	91,7%
Necesita ayuda	11,1%	8,3%
<i>Lavarse</i>		
Independiente	83,3%	91,7%
Dependiente	16,7%	8,3%
<i>Vestirse</i>		
Independiente	33,3%	75%
Necesita ayuda	66,7%	25%
<i>Arreglarse</i>		
Independiente	83,3%	83,3%
Dependiente	16,7%	16,7%
<i>Deposición</i>		
Continente	83,3%	91,7%
<i>Micción</i>		
Accidente ocasional	16,7%	8,3%
Continente	94,4%	100%
<i>Uso del retrete</i>		
Ayuda ocasional	5,6%	0%
Independiente	94,4%	75%
<i>Traslado sillón/cama</i>		
Necesita ayuda	5,6%	25%
Independiente	44,4%	75%
<i>Deambulación</i>		
Mínima ayuda	55,6%	25%
Independiente	83,3%	75%
Necesita ayuda	16,7%	25%
<i>Subir/bajar escaleras</i>		
Independiente	55,6%	75%
Necesita ayuda	38,9%	25%
Dependiente	5,6%	0%

pacientes de difícil abordaje, debido en gran parte a la no existencia actual de un tratamiento curativo<sup>15</sup>.

La mayoría de las personas que han participado en el estudio expresan una incompreensión social y de su entorno sobre la enfermedad; un 90% afirmaba que las personas de su entorno no se toman en serio su enfermedad, provocándoles dificultades en su vida diaria.

Una de las ABVD más afectadas en personas con FM es el sueño y el descanso<sup>16</sup>, dando lugar a insomnio durante la noche, que provoca un cansancio al levantarse por la mañana.

**Tabla 3**  
Resultados de la escala de Lawton y Brody preintervención y postintervención

	Preintervención	Postintervención
<i>Lawton</i>		
4	5,6%	0%
6	22,2%	0%
7	50%	58,3%
8	22,2%	41,7%
<i>Uso teléfono</i>		
Lo utiliza por iniciativa propia	88,9%	91,7%
Marca n.º familiares	11,1%	8,3%
<i>Hacer compras</i>		
Realiza todas las compras	22,2%	33,3%
Realiza pequeñas compras	66,7%	66,7%
Necesita ayuda para comprar	5,6%	0%
Incapaz de comprar	5,6%	0
<i>Preparación comida</i>		
Prepara la comida por sí solo	77,8%	100%
Prepara la comida si le proporcionan los ingredientes	5,6%	0%
Prepara la comida, pero no sigue dieta adecuada	16,7%	0%
<i>Cuidado de la casa</i>		
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional	50%	83,3%
Realiza tareas ligeras	5,6%	8,3%
Realiza tareas ligeras sin mantener un adecuado nivel de limpieza	44,4%	16,7%
<i>Lavado de la ropa</i>		
Lava la ropa por sí solo	72,2%	75%
Lava solo pequeñas prendas	22,2%	25%
Incapaz de lavar la ropa	5,6%	0%
<i>Uso medio transporte</i>		
Viaja solo o conduce su coche	83,3%	83,3%
Sólo es capaz de coger taxi	0%	8,3%
Viaja en transporte público acompañado	11,1%	8,3%
Sólo taxi o automóvil con otros	5,6%	0%
<i>Responsabilidad medicación</i>		
Capaz de tomar su medicación por sí solo	94,4%	100%
Toma medicación preparada previamente	5,6%	0%
<i>Manejo dinero</i>		
Se encarga por sí solo	77,8%	100%
Pequeñas compras, el resto con ayuda	22,2%	0%

Las ABVD que objetivamos más incapacitadas fueron subir y bajar escaleras, y dentro de las AIVD más afectadas en personas con FM es «hacer compras», lo cual nos afirma esta situación de dependencia de estos pacientes y sus limitaciones en la vida diaria, que es inherente a su enfermedad.

En nuestra intervención se dio a conocer una serie de pautas desde la Terapia Ocupacional y la psicomotricidad para ejercitar a la mente, a la vez que se hace ejercicio físico moderado, demostrado como beneficioso en esta enfermedad<sup>6,15</sup>.

Tras este estudio, a pesar de no disponer, como limitación del estudio, de grupo control por la dificultad para obtener y disponer de muestra control similar a los casos, se ha demostrado que la intervención combinada y multidisciplinar mejora significativamente ( $p < 0,05$ ) tanto en calidad de vida, como en la realización de las ABVD de las personas afectadas de FM, y por tanto, se demuestra la eficacia de la terapia combinada y multidisciplinar para tratar esta enfermedad.

Con este abordaje multidisciplinar se obtiene una aproximación al problema actual, en la que el médico de Atención Hospitalaria (principalmente de Reumatología) tiene como misión el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la enfermedad, prolongando en el tiempo sus revisiones, actuando en casos de reagudización y

empeoramiento de la enfermedad, y trabajando conjuntamente con los médicos de Atención Primaria en el mantenimiento de la situación de salud del enfermo, ayudado este por otros profesionales sanitarios (terapeutas ocupacionales, psicólogos, fisioterapeutas, etc.) y abriendo así la puerta a futuras investigaciones más prolongadas en el tiempo sobre esta vía de abordaje.

El tratamiento farmacológico no ha logrado ser, por sí mismo, el tratamiento de elección para tratar la FM (un 90% duda de que el sistema sanitario se tome en serio su enfermedad), aunque muchos otros han sido probados<sup>15</sup>. Actualmente, el tratamiento farmacológico es el único que se contempla desde el sistema sanitario y esto se traduce en que los afectados de FM están descontentos con el sistema, planteando dudas incluso sobre si los médicos creen en su enfermedad. Está demostrada la eficacia del tratamiento no farmacológico, como el ejercicio físico, la psicoterapia, la retroalimentación y la Terapia Ocupacional<sup>6-8</sup>. Sin embargo, no se aparece en la cartera de servicios de los sistemas sanitarios, traduciéndose esto en una sobrecarga de trabajo en la atención sanitaria. Esta carencia en recursos es uno de los motivos por los que las personas con FM no se encuentran completamente tratadas por el sistema<sup>15</sup>.

Con estos resultados, apoyamos la idea de que el tratamiento de la FM debe hacerse desde una perspectiva multidisciplinar<sup>17-21</sup> utilizando no solo el tratamiento médico farmacológico, apoyado por la evidencia científica y dirigido principalmente por Reumatología, así como por Atención Primaria, sino que ese tratamiento debe ser coadyuvante en la enfermedad, incluyendo también otros tipos de tratamiento del ámbito psicológico, psiquiátrico, de Terapia Ocupacional y fisioterapia<sup>16</sup>. Para tratar este tipo de pacientes no es suficiente con un único enfoque, debe ser abordado desde varios niveles, como el social, el personal y el familiar, ayudando al enfermo y a su entorno, realizando un abordaje biopsicosocial de la enfermedad y no reducirnos a un abordaje médico<sup>15</sup>. La FM no es un hueso o un músculo que se rompe, es una persona que sufre las consecuencias de una enfermedad incapacitante.

El equipo multidisciplinar, apoyado en la Atención Primaria debido a su cercanía, confianza y accesibilidad del paciente, lo convierten en el eje del mantenimiento del tratamiento, mediante un abordaje biopsicosocial. En los pacientes con FM se demuestra que un abordaje mediante intervención multidisciplinar mejora significativamente su calidad de vida y desempeño.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Anexo 1 Material suplementario

Se puede consultar material suplementario a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2014.03.005>.

## Bibliografía

1. López Espino M, Mingote Adán JC. Fibromialgia [consultado 25 Nov 2011]. Clínica y Salud [revista en Internet]. 2008;19:343-58. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1130-52742008000300005&lng=es>
2. Asociación de Fibromialgia de Talavera de la Reina [Internet]. 2008 [consultado 25 Nov 2011]. Disponible en: <http://www.afibrotar.es/portal/>
3. Nampiaparampil DE, Shmerling RH. A review of fibromyalgia. *Am J Manag Care*. 2004;10:794–800.
4. La fibromialgia provoca un gasto de 10.000 euros por paciente al año [consultado 15 Feb 2012]. *Rev Soc Esp Dolor* [revista en Internet]. 2009;16:417-8. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1134-80462009000700009&lng=es>
5. Rivera J. Tratamiento farmacológico en la fibromialgia. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2011;12:21–2.
6. Podolecki T, Podolecki A, Hrycek A. Fibromyalgia: Pathogenic, diagnostic and therapeutic concerns. *Pol Arch Med Wewn*. 2009;119:157–61.
7. Alegre C, García J, Flórez MT, Gómez JM, Blanco E, Gobbo M, et al. Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38:108–20.
8. Romero DM, Cenjor V, Cabello A, Urueña L. Impacto de la fibromialgia en las actividades de la vida diaria. *Rev Ast TO*. 2006;3:4–10.
9. 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.
10. Arroyo Naranjo A, González González J. ¿Qué AVD son las más afectadas en pacientes con Fibromialgia? Visión de la enfermedad y abordaje integral apoyado en Terapia Ocupacional. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2011;8:40 [consultado 10 Oct 2011]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original8.pdf>
11. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta Española. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2001.
12. Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández-Ballart F. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol*. 2004;31:507–13.
13. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA, et al. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso, 62, 2.ª ed. Traducido de: American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Dominain and process *Am J Occup Ther*. 2008; p. 625–83.
14. Buzzini M, Secundino R, Gazzotti A, Lía Giraldes R, Arbildo RA, Druetta S, et al. Validación de Índice de Barthel. *Bol Depart Doc Invest IREP*. 2002;1:9–12.
15. González González J. Abordaje de la fibromialgia en Atención Primaria. Del enfermo a la consulta diaria. Sarbrücken, Alemania: Editorial Académica Española; 2012.
16. Lempp HK, Hatch SL, Carville SF, Choy EH. Patients experiences of living with and receiving treatment for fibromyalgia syndrome: A qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009;10:124.
17. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis*. 2008;67:536–41.
18. Campbell SM. Group treatment of fibromyalgia: A 6-month outpatient program. *J Rheumatology*. 1996;23:521–8.
19. Collado Cruz A, Torres i Mata X, Anási Gassol A, Cerda Galrrodi D, Vilarrasa R, Valde Hiyar M, et al. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:401–5.
20. Nielson WR, Merskey H. Psychosocial aspects of fibromyalgia. *Current Pain Headache Reports*. 2001;5:330–7.
21. Worrel LM, Krahn LE, Sletten CD, Pond GR. Treating fibromyalgia with brief interdisciplinary program: Initial outcomes and predictors of response. *Mayo Clin Proc*. 2001;76:384–90.