



IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Dulce María ROMERO AYUSO. Terapeuta Ocupacional y Neuropsicóloga. Centro de Estudios de Talavera de la Reina, Universidad de Castilla-La Mancha. Avda. Real Fábrica de Sedas s/n. 45600- Talavera de la Reina (Toledo). España-Spain. Tel.: 925-72-10-10 Ext. 5624. Fax: 925-72-10-11. e-mail: Dulce.Romero@uclm.es

Verónica CENJOR RODRÍGUEZ. Terapeuta Ocupacional

Ana CABELLO LÓPEZ. Terapeuta Ocupacional.

Laura URUEÑA. Terapeuta Ocupacional.

● RESUMEN

Conocer la repercusión que tiene la fibromialgia sobre el desempeño ocupacional y la percepción de competencia personal, es el principal objetivo de este estudio, donde se ha estudiado con mayor profundidad variables como el rendimiento en las actividades de la vida diaria, calidad de vida, rendimiento cognitivo y repercusión afectiva. Para ello se ha utilizado un diseño cuasiexperimental comparando mujeres entre 20 y 60 años con el diagnóstico de fibromialgia con mujeres sin ninguna patología de las mismas edades. Los resultados muestran una amplia repercusión sobre la dimensión ocupacional, percepción de salud y variables afectivas.

● PALABRAS CLAVES

Fibromialgia, Actividades de la Vida Diaria, Rendimiento Ocupacional, Participación ocupacional, Competencia Ocupacional.

● INTRODUCCIÓN

Actualmente la fibromialgia constituye una de las patologías más desconocidas conceptualmente. Sin embargo la alta incidencia y prevalencia de la misma hace de ella un tema de gran relevancia científica y sanitaria. Las asociaciones de fibromialgia indican que 1.300.000 personas sufren esta enfermedad en España.

Asimismo, el dolor crónico, uno de los síntomas nucleares de la fibromialgia es una situación frecuente en la sociedad actual. Además de las consecuencias personales que suponen sufrir dolor, existe una amplia repercusión sobre la vida productiva y la utilización de los recursos sociosanitarios. En este sentido, gran parte de los programas de rehabilitación para estos pacientes utilizan un tratamiento multidisciplinar, principalmente de orientación conductual^{[1] [2]}.

Sin embargo, la eficacia de los tratamientos parece fluctuar y el origen o causa última de la misma no se conoce. Martensson^[1] tras tres años de aplicación de un tratamiento conjunto de fisioterapia y terapia ocu-

● ABSTRACT

The knowledge of impact of fibromyalgia on occupational performance and competence perception has been the principal aim of this study. It has been studied more deeply factors like the performance in different activities of daily living, quality of life, cognitive performance and affective impact. The design was quasiexperimental comparing women between 20 to 60 years old with the diagnosis of fibromyalgia with women without any pathology. The results show a great repercussion on occupational dimension, health perception and affective variables.

pacional muestra los principales cambios en la mejor percepción subjetiva y la disminución de visitas al médico. En cambio, no se obtuvieron resultados efectivos en la recuperación de la actividad productiva. Se ha entendido que el proceso de adaptación en este tipo enfermedad y especialmente en relación con el dolor crónico, debería ser un proceso dinámico, dado que el mismo cambia de un momento del día a otro, entre días, meses e incluso años. De tal modo, que los tratamientos deberían enfatizar sobre la habilidad para seleccionar y realizar las actividades de la vida diaria en función de la limitación que imponga el dolor y la fatiga, así como en el desarrollo de habilidades para detectar situaciones que pueden provocar dolor. Entendiendo que el dolor tiene tanto una dimensión conceptual como sensorial. En este sentido, también se plantea el dilema existente con relación a la legitimidad del dolor. De tal modo, que cuando alguien sufre una fractura hay datos observables que facilitan socialmente entender el dolor. En cambio, en las personas que sufren fibromialgia el dolor socialmente es intangible, lo que produce dificultades en la comprensión social de la enfermedad, en los familiares, cuidadores, etc.

Igualmente, se han aplicado distintas estrategias diagnósticas cuyo fin último obedecía a conocer su etiología, como EMG, EEG, RM, sin encontrar hallazgos significativos que puedan ayudar al diagnóstico, explicación y tratamiento.

Esta situación supone una situación de indefensión para quien la padece y para el propio profesional sanitario, que no sabe como abordar el problema eficazmente. Todo ello se ha visto reflejado en la variedad y falta de acuerdo con respecto al tratamiento farmacológico y rehabilitador^[3].

Los resultados del estudio pueden favorecer la toma de conciencia social, comprensión y puesta en marcha de estrategias de tratamiento más eficaces en el futuro, ayudando al proceso mencionado previamente de "legitimación del dolor"; dado que uno de los principales problemas a los que se enfrentan las personas con fibromialgia es la negación a su enfermedad, falta de comprensión e incluso la consideración de simuladores.

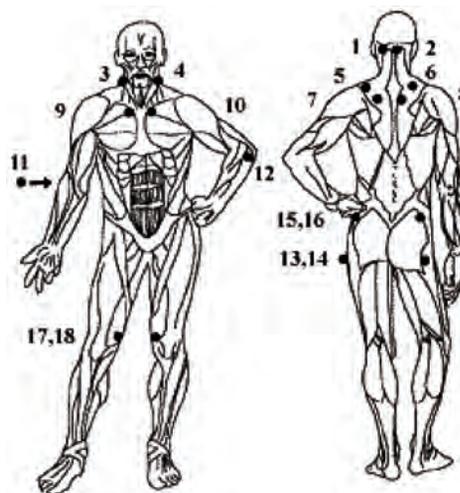
Los objetivos perseguidos, por tanto, son que las personas experimenten un grado de independencia y autonomía en sus Actividades de la Vida Diaria (AVD) [4], donde debido a su enfermedad estas personas manifiestan una disfunción ocupacional que limita y dificulta su quehacer diario, creando un alto grado de dependencia, y con ello una carga tanto familiar como estatal (ver tabla -1-)^[5]. Lo cual crea un sentimiento de frustración, inestabilidad emocional, desmotivación.

TABLA 1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL ESTUDIO

- Toma de conciencia del cambio de estado de salud al encontrarse inactivos.
- Reconocimiento de actividades significativas u ocupaciones para cada individuo.
- Disminución de la sintomatología propia de la enfermedad como:
 - Parestesia en miembros superiores.
 - Anquilosamiento de las articulaciones.
 - Aplanamiento afectivo, depresión.
- Aprendizaje de habilidades para controlar el estrés.
- Adquisición de técnicas de afrontamiento para combatir el dolor, fatiga, dificultades para dormir.
- Consecución de una buena ergonomía postural.
- Mejora del estado muscular general.
- Disminución de las quejas cognitivas: atención, orientación y memoria.
- Mejora de la concentración, orientación y memoria, mediante estrategias internas o externas.
- Aprendizaje de técnicas de ahorro de energía en la realización de Actividades de la Vida Diaria.
- Aprendizaje de habilidades para adecuar el tiempo y ritmo para la realización de las Actividades de la Vida Diaria.

● MATERIALES Y MÉTODO

La investigación planteada tiene un diseño cuasiexperimental con grupo control. La asignación a la intervención ha sido randomizada, para aumentar la potencia del diseño, entre la muestra evaluada en la primera fase del estudio. La primera hipótesis de este estudio refleja que los pacientes con fibromialgia muestran una disfunción ocupacional, lo que supone una pérdida de la competencia, identidad y desadaptación ocupacional. De tal modo, que existirán diferencias significativas entre el grupo control y experimental en las variables de la ocupación estudiadas.



En segundo lugar, a través de la intervención de terapia ocupacional, se podría lograr el aumento de autocontrol sobre la sintomatología, aprendiendo técnicas de manejo del dolor, lo que repercutirá en la calidad de vida y bienestar general de los pacientes con fibromialgia. No todos los pacientes de fibromialgia reaccionan de la misma forma ante el dolor. Por otro lado, entendemos que el dolor repercute en distintas dimensiones de la ocupación. En primer lugar supone un aumento del tiempo de descanso y disminución de la vida activa. Lo que supone una desestructuración del tiempo y distribución ocupacional. Además, afecta a distintos elementos que sobre los que se apoya el funcionamiento ocupacional normal: roles e identidad ocupacional; hábitos y rutinas; disminución de la capacidad física; disminución de las relaciones interpersonales; alteraciones afectivas y de las funciones cognitivas^{[6] [7]}.

El perfil de los sujetos del grupo experimental cumplió los siguientes criterios: mujer con una edad comprendida entre los 30-60 años, residentes en Talavera de la Reina y su comarca, con un nivel sociocultural medio-bajo, con una gran motivación e implicación personal para adaptarse y vivir con su enfermedad, con el diagnóstico clínico de fibromialgia y ausencia de otros diagnóstico no relacionados con la fibromialgia.

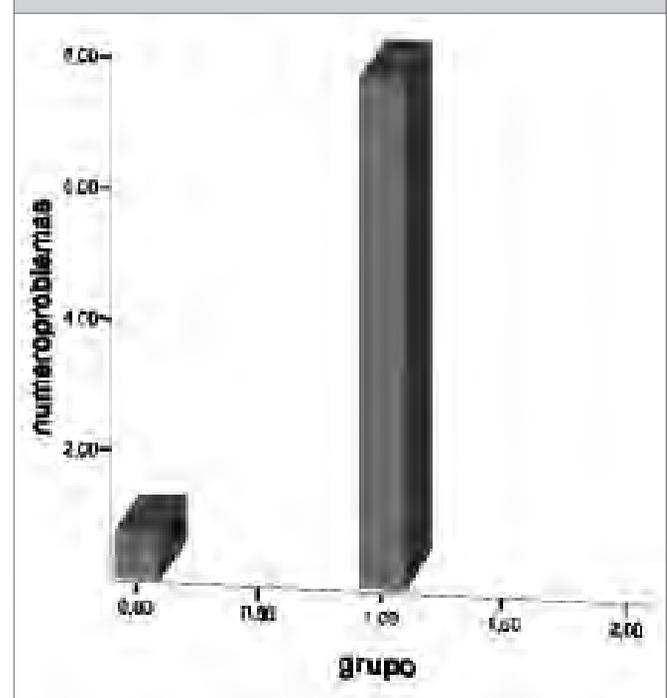
Los instrumentos de evaluación se apoyan en dos grandes modelos de práctica de la Terapia Ocupacional contemporánea, el Modelo Canadiense sobre el

Rendimiento Ocupacional y el Modelo de la Ocupación Humana. Es importante señalar que a todos los sujetos se le aplicaron las pruebas en el mismo orden, dado que dentro de la evaluación también se incluían 5 pruebas de atención y memoria y podían verse alteradas por el orden de presentación de las mismas. El orden y pruebas aplicadas fueron:

1. **Historia personal**, fue un cuestionario creado a propósito de este estudio donde se recogían los principales problemas clínicos, diagnóstico, antecedentes personales y familiares, anamnesis, tratamientos previos y actuales, tipo de tratamiento recibido, situación sociocultural de la paciente y pareja, ya que es el mejor predictor del nivel socioeconómico, así como si se había solicitado o contaba con el certificado de minusvalía.
2. **Medida Canadiense del Rendimiento Ocupacional (COPM)**. El paciente prioriza los problemas que encuentra en su vida diaria, según una regla visual de 1-10. Posteriormente una vez seleccionados los 5 problemas más importantes valora como es su ejecución o desempeño en cada una de esas actividades y el grado de satisfacción que le produce esa situación, obteniendo dos índices finales: desempeño y satisfacción.
3. **Trail Making Test, parte A (TMT A)**, es una de las prueba neuropsicológicas de atención sostenida más utilizada por su sencillez y rapidez en su aplicación.
4. **Trail Making Test, Parte B (TMT B)** es una prueba de atención alternante, donde el sujeto debe mantener en la memoria de trabajo la regla de que debe ir alternando número - letra, de tal manera que un total de 26 números con sus correspondientes letras del abecedario deben ser unidas por orden ascendente, sin levantar el lápiz del papel y tan rápido como pueda.
5. **Subtest de Memoria Verbal de la Wechsler**, recuerdo inmediato. En esta prueba, se lee una historia y tras su lectura el paciente debe recordarla. A continuación se lee una segunda historia y se le vuelve a pedir que nos cuente lo que recuerde.
6. **Subpruebas de dígitos directos e inversos de la Escala de Memoria Wechsler**. Al paciente se le dice un número o dígito por segundo y después de una serie, que es ascendente (2 dígitos, 3 dígitos, 4 dígitos,...), se le pide que los repita sin alterar el orden.
7. **Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST, version 1.1., 2004)**. Es un instrumento de cribaje para conocer cuáles son las áreas problemáticas según el Modelo de la Ocupación Humana. La obtención de datos se hace mediante una entrevista semiestructurada, donde se va preguntando por la motivación, por la ocupación, el entorno físico y social, los intereses, el patrón de configuración de actividades (rutinas y adaptabilidad de los mismos), cambios históricos relevantes en relación a la ocupación, las habilidades personales, expectativas de éxito, locus de control, valores, etc.

8. **Subtest de Memoria Verbal de la Wechsler**, recuerdo demorado. En esta prueba se le pide que tras 20 minutos de demora recuerde las dos historias, primero una y luego la otra, aunque no importa por la historia que comience.
9. **Cuestionario De Salud SF 36** (versión española 1.4, junio 1999), es un cuestionario de 36 preguntas sobre la percepción del estado de salud, realizando una comparación temporal, con el mismo y con otras personas. Es uno de los cuestionarios más utilizados para evaluar la calidad de vida, según la percepción de la propia salud.
10. **Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS, versión validad al castellano por Ramos - Brieva y cols.)**. La HDRS es la escala más utilizada para evaluar la depresión, considerándose la escala-patrón de todas las escalas de su tipo.
11. **Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS, versión adaptada al castellano por Carrobbles y cols.)**. Permite cuantificar la intensidad de la sintomatología ansiosa. Evalúa categorías de síntomas, tanto psíquicos como somáticos.
12. **Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ)**. Es un cuestionario muy utilizado para conocer la repercusión de la fibromialgia, consta de 19 preguntas, divididas en dos partes, la primera parte hasta la pregunta 12 permite conocer las algunas de las actividades instrumentales y productivas que el paciente ha podido realizar y su dificultad en la última semana. Las últimas preguntas hacen referencia a los sentimientos asociados a la fibromialgia durante la semana anterior.

GRÁFICO 1. MEDIDAS EN EL NÚMERO DE PROBLEMAS INDICADOS EN EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL¹



1. Los gráficos muestran las medias en cada una de las variables, siendo el grupo control el que aparece como "0" y el grupo experimental el que aparece como "1".

GRÁFICO 2. MEDIDAS DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL

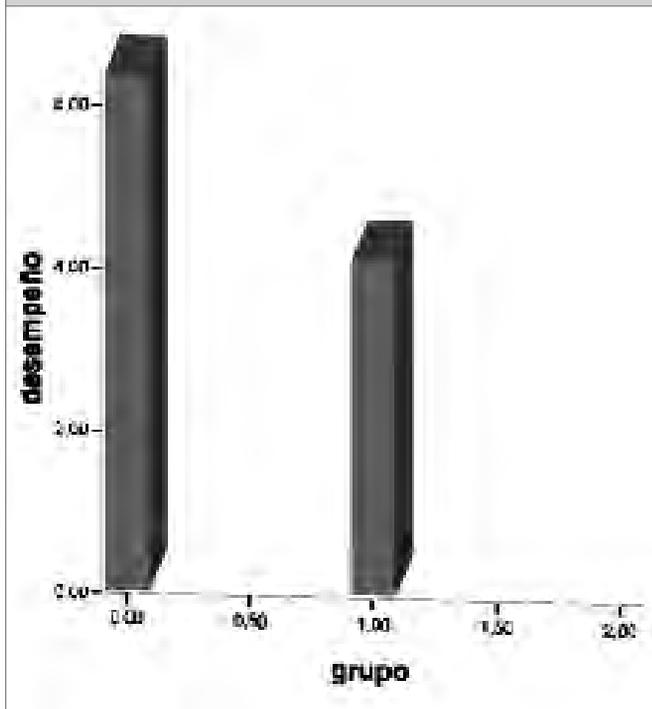
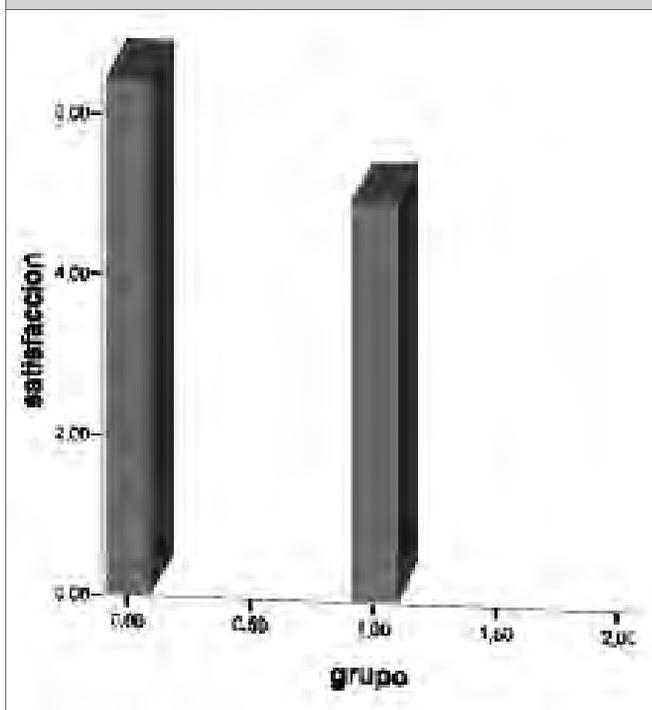


GRÁFICO 3. MEDIDAS DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN LA SATISFACCIÓN CON SU DESEMPEÑO OCUPACIONAL



● **RESULTADOS**

Los datos han sido analizados con el paquete informático SPSS versión 12.0 para Windows. El nivel de significación utilizado es p menor o igual a 0,05. Dado que el número de casos en el grupo control es reduci-

do se ha optado por utilizar un análisis de varianza (ANOVA) para comparar las medias, ya que es un estadístico más potente que la simple comparación de medias o la prueba t de student.

En el **rendimiento ocupacional**, los resultados muestran que hay diferencias significativas entre el grupo control y experimental en el número de problemas detectados ($F=78,848$, $p=,000$) y en el desempeño ($F=5,369$; $p=,030$) (ver gráfico 1 Y 2).

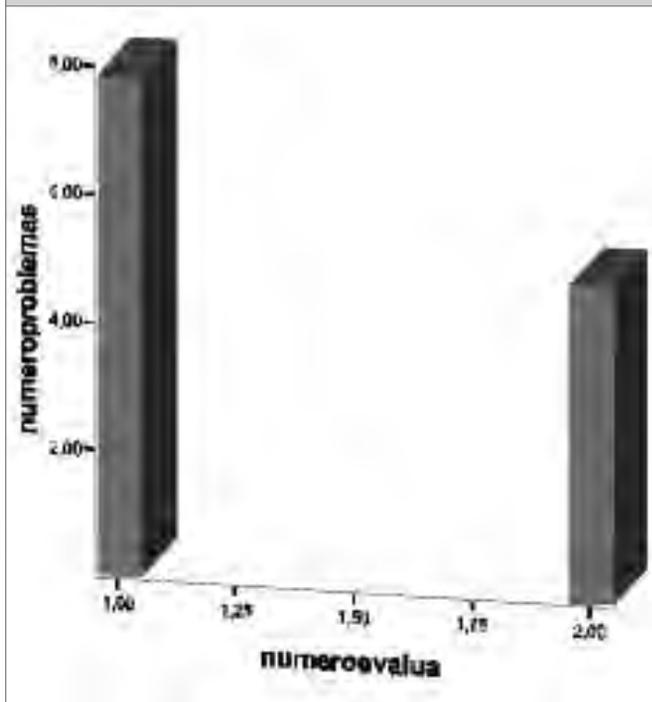
Sin embargo, no hay diferencias en la satisfacción en la realización de las actividades diarias ($F=1,649$; $p=,212$) tal y como muestra el gráfico 3.

En relación a los datos obtenidos a través del M.O.H.O.S.T. se observan diferencias significativas en la mayoría de las variables incluidas, excepto en las habilidades comunicativas y de interacción, en gran parte de las habilidades cognitivas y la participación y apoyo recibido de grupos sociales. Se observan diferencias significativas en la apreciación de capacidad ($F=13,109$, $p=,001$), en las expectativas de éxito ($F=28,422$; $p=,000$), el número, intensidad y participación en intereses ($F=20,514$; $p=,000$), en el compromiso en tareas y actividades ($F=12,263$; $p=,001$), en las rutinas diarias y organización del tiempo para la actividad ($F=27,00$; $p=,000$), en la adaptabilidad a los cambios de rutinas ($F=18,936$; $p=,000$), en la responsabilidad asumida según los roles ($F=11,741$; $p=,002$), en los roles desempeñados en relación a sus responsabilidades actuales percibidas por ellas mismas, por su entorno social y familiar ($F=12,935$; $p=,001$), en las relaciones interpersonales y preferencia por la realización de actividades solos o con otros ($F=5,974$; $p=,021$).

Es marginalmente significativa la diferencia en la habilidad para planificar actividades y funciones ejecutivas, supervisar las actividades, monitorizar errores ($F=4,011$; $p=0,54$). En cambio, hay diferencias en la habilidad para resolver problemas ($F=14,348$; $p=,001$). Asimismo, también hay diferencias en las habilidades motoras: postura y movilidad ($F=33,118$; $p=,000$), en la coordinación ($F=15,600$; $p=,000$), en la fuerza y resistencia ($F=80,215$; $P=,000$), en la energía necesaria para realizar las actividades diarias ($F=92,159$; $p=,000$). También se observan diferencias debidas a las condiciones del espacio físico ($F=10,760$; $p=0,003$) y recursos disponibles ($F=7,109$; $p=,012$). Por último, se observan diferencias en las demandas ocupacionales ($F=14,799$; $p=,001$).

Los resultados obtenidos de las pruebas sobre la percepción de la calidad de vida, impacto de la fibromialgia en la vida diaria y e estado afectivo, se observan diferencias en todas las variables. El grupo experimental considera que tienen peor calidad de vida, su salud es peor y van a enfermar antes que el grupo control ($F=29,78$; $p=,000$).

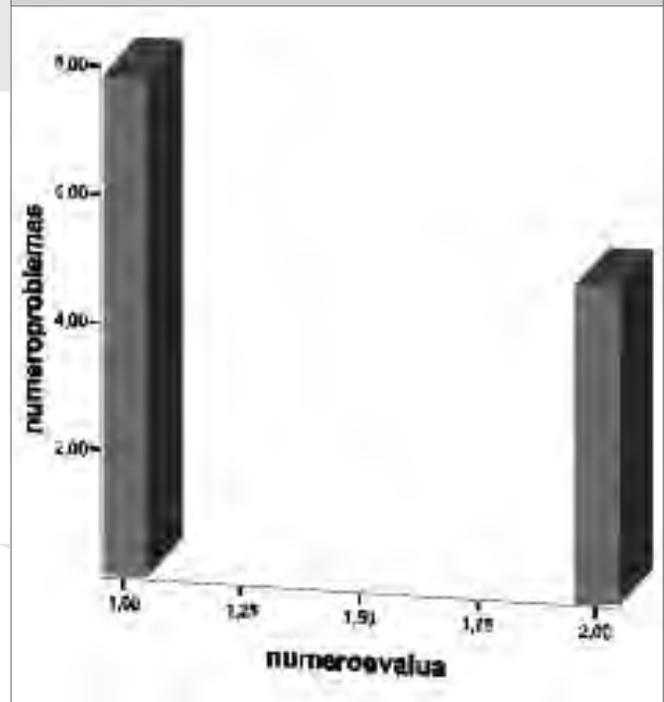
GRÁFICO 4. MEDIAS DE LOS RESULTADOS EN EL FIQ



Igual que sucedía con la depresión, también se observan más síntomas de ansiedad en el grupo experimental ($F=49,156$; $p=,000$). Por último, como es lógico se observan diferencias significativas en el impacto que tiene la fibromialgia en la ejecución de las actividades instrumentales y productivas de la vida diaria ($F=19,85$; $p=,000$) (ver gráfico 4).

Los resultados de las variables cognitivas muestran diferencias significativas en las tareas de atención sostenida ($F=7,790$; $p=,009$) y marginalmente significativas en las tareas de atención alternante ($F=4,023$; $p=,054$). Asimismo, se observan diferencias en el recuerdo verbal a largo plazo ($F=6,998$; $p=,013$). No encontrándose diferencias significativas en el recuerdo verbal inmediato, en la amplitud atencional y memoria de trabajo.

GRÁFICO 5. DETECCIÓN DE PROBLEMAS OCUPACIONALES PRE-POST TRATAMIENTO



Los resultados tras las 20 sesiones de tratamiento sólo muestran diferencias significativas en la detección de número de problemas ($F=15,765$; $p=,000$).

No encontrándose diferencias en el desempeño y la satisfacción ocupacional. No se ha llevado a cabo el análisis de los cambios en los diferentes componentes de la Ocupación, según el MOHOST, dado que el tiempo de tratamiento no superó los tres meses y para que se produzca un cambio en este sentido era preciso un tratamiento más intensivo que el ejecutado. Los resultados de la intervención muestran diferencias en el estado afectivo, por depresión ($F=9,482$; $p=,004$) y en el impacto que tiene la fibromialgia sobre las actividades instrumentales y productivas ($F=9,99$; $p=,003$).

En los resultados post-tratamiento sólo se observan diferencias significativas en el rendimiento en tareas



VETUSTA
CLÍNICA
DENTAL

- ODONTOLÓGIA GENERAL
- ENDODONCIA
- IMPLANTOLOGÍA
- ESTÉTICA DENTAL
- PERIODONCIA

c/ Ronda, 3 - 4º
33010 OVIEDO
Teléfono: 985 20 60 84

Nº Registro Sanitario: 1 / 2117

de atención sostenida ($F=6,152$; $p=,017$) y marginalmente significativas en tareas de atención alternante ($F=3,700$; $p=,060$).

● DISCUSIÓN

Los resultados en los que se compara el rendimiento ocupacional, cognitivo y calidad de vida en pacientes con fibromialgia y el grupo control, muestran una repercusión en los tres ámbitos, más notable en el rendimiento ocupacional y en la calidad de vida que sobre las variables cognitivas, que únicamente se ve afectada claramente la atención sostenida y el recuerdo verbal demorado.

En relación con perfil ocupacional y afectación de la fibromialgia en la vida diaria los resultados iniciales son acordes con estos datos, no mostrando dificultades en las habilidades de procesamiento de la información, excepto en la planificación de actividades y resolución de problemas, funciones cognitivas que tienen que ver con la atención y funciones ejecutivas.

Los resultados obtenidos a través del MOHOST tienen la ventaja de indicarnos que componentes en concreto de la ocupación se ven alterados, mientras que el COPM, siendo también un primer instrumento útil para determinar la importancia de los problemas que percibe el paciente, aporta menor información respecto a ¿por qué un determinado individuo muestra una disfunción ocupacional^[5]. En este sentido, sería conveniente utilizar ambos para planificar individualmente el tratamiento de las personas afectadas por fibromialgia. Es destacable la amplia repercusión que sobre el sistema volitivo tiene la fibromialgia. Igualmente, y de acuerdo a las hipótesis iniciales se observa un amplio impacto sobre la identidad ocupacional, asunción de responsabilidades y desempeño de roles actuales en relación con los previos, así como la imagen que el individuo tiene sobre sí mismo desde una perspectiva histórica, que podría estar relacionado con el estado afectivo, en función de las fases por las que pasa el enfermo y el patrón de desempeño que tenga en función del dolor, si muestra un exceso de actividad y sobrecarga de actividad, mostrando mayor ansiedad o por el contrario mostrando una reducción significativa en la participación ocupacional y social, mostrando sintomatología compatible con la depresión clínica.

Dentro de las actividades de la vida diaria^[4], las que se observan más alteradas en función de los resultados son las actividades productivas en primer lugar, actividades instrumentales, del hogar (planchar, colgar la ropa en el tendero, hacer la comida, fregar suelos, ventanas y limpieza del hogar en general, coger transporte público), en algunos casos también se han indicado dificultades para conducir, siendo menos frecuente esta afectación.

Es interesante señalar que los casos evaluados en este estudio mostraban una historia laboral con trabajos que requerían mayor carga y esfuerzo físico, dedicándose gran parte de la muestra a tareas de limpieza, a diferencia de lo que sucedía en el grupo control.

También, desde un punto de vista cualitativo, encontramos diferencias en los acontecimientos estresantes vitales, siendo más amplios y frecuentes en el grupo experimental. Aspecto que podría ser de interés para investigaciones futuras, así como la historia laboral premórbida.

Por otro lado, los datos obtenidos tras la intervención, en primer lugar habría que señalar la limitación temporal para la ejecución de la intervención, que fue grupal, y que hubiese sido adecuado prolongar en el tiempo y hacer un tratamiento individualizado. Además, la asistencia al tratamiento fue irregular participando en el mismo únicamente 15 personas de media. Entre los factores que afectaban a la falta de asistencia se encontraron quejas de dolor, dificultades horarias y dificultades espaciales, para trasladarse de algún pueblo hasta Talavera de la Reina. Aspectos que deberían considerarse para futuras intervenciones en el ámbito clínico.

Los resultados indican un menor número de dificultades ocupacionales tras la intervención, aunque no se observa una mayor satisfacción o mejor desempeño en otras ocupaciones. Los resultados obtenidos podrían estar en relación con el cambio producido en las creencias y actitudes hacia el dolor, tal y como encontraron Jones, Ravey y Steedman^[8].

Mejora en la percepción del dolor y visitas al médico han sido también documentadas tras una intervención de terapia ocupacional^[9]. Pequeñas mejoras también han sido planteadas por Soares y Grossi^[10], tras la intervención de terapia ocupacional en las estrategias de afrontamiento. Estos resultados pueden estar relacionados con la necesidad de una adaptación dinámica al dolor, que es muy fluctuante en esta patología y podría precisar una mayor duración del tratamiento que en otras patologías, al menos desde un punto de vista educativo.

Como conclusiones a este estudio preliminar creemos que la característica esencial para que se pueda valorar la eficacia del tratamiento debería considerarse la flexibilidad del mismo y su adaptabilidad a las características de estos pacientes. Consideramos fundamental la educación ocupacional como una fase prioritaria en el inicio al tratamiento. En relación con la satisfacción con la intervención los resultados indicaron un mayor agrado con las actividades de piscina y menor con las actividades físicas.

Los resultados de este estudio preliminar sugieren que la intervención del terapeuta ocupacional en este ámbito es de gran importancia, dado que una de las



principales quejas y repercusión se produce en el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria. Junto con el terapeuta ocupacional, sería conveniente la ejecución de paquetes multiprofesionales y multimodales dónde el psicólogo trabaje creencias irracionales sobre su propio rendimiento y coadyude al restablecimiento de una identidad ocupacional positiva y genere estrategias de afrontamiento más efectivas^[11].

Querríamos señalar las limitaciones a las que están supeditados los resultados de la investigación. En primer lugar, el factor más importante ha sido el reducido tiempo contado para su realización, dado que comenzó en septiembre de 2005, por dificultades para iniciar la primera fase de selección de la muestra, y el plazo de finalización ha sido diciembre de 2005. En este sentido, hubiese preferible limitarse a la ejecución de las dos primeras fases del proyecto y no ejecutar la última de intervención. Por otro lado, una dificultad añadida ha sido encontrar sujetos "sanos", controles de las edades y nivel socioeconómico y cultural en Talavera de la Reina que fuesen equiparables al grupo experimental o cuasiexperimental, lo que reduce la potencia de los resultados finales. También, que es la primera investigación realizada en España sobre Fibromialgia y Terapia Ocupacional, lo que ha supuesto la traducción de instrumentos de evaluación y protocolos de intervención de contextos diferentes al nuestro, afectando también a la comparación con otros estudios. No obstante, pensamos que los resultados de los estudios pueden ayudar establecer futuras líneas de investigación y de intervención en este ámbito.

De cara a investigaciones futuras, sería conveniente poder comparar los cambios producidos en los distintos componentes de la ocupación valorados a través del MOHOST y trabajar más intensamente los problemas afectivos.

Asimismo, sería conveniente realizar estudios sobre factores predictores y precipitantes de la fibromialgia, como acontecimientos estresantes, sobrecarga ocupacional, nivel educativo y características de personalidad.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido realizado con la ayuda de la Beca de Investigación Susana Rodríguez otorgada por la Asociación Asturiana de Terapia Ocupacional. Asimismo queremos agradecer a la Asociación de Personas con Fibromialgia de Talavera de la Reina AFRIBROTAR.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS REFERENCE LIST

- (1) **MARTERSSON L.** *Rehabilitation of patients with Chronic Pain in Primary Health Care.* Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2001; 8:108.
- (2) **BROWN G, GREENWOOD-KLEIN J.** *Juvenile fibromyalgia syndrome: the role for occupational therapists.* Australian Occupational Therapy 2001; 48:54-65.
- (3) **ROSSY L, BUCKELEW S, DORR N, HAGGLUND K, THAYER J, MCINTOSH M, HEWETT J, JOHNSON JC. A** *Meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions.* 1999, 21 (2): 180-191. Ann Beba Med 1999; 21(2):180-191.
- (4) **MORUNO P, ROMERO DM.** *Actividades De La Vida Diaria.* Barcelona: Masson, 2006.
- (5) **ROMERO D, MORUNO P.** *Terapia Ocupacional. Teoría Y Técnicas.* Barcelona: Masson, 2003.
- (6) **TROMBLY C, RADOMSKI M.** *Occupational Therapy for Physical Dysfunction.* Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
- (7) **HOWWITZ E, THEORIELL T, ANDERBERG UM.** *Fibromyalgia Patients'own Experiences Of Video Self-Interpretation: A Phenomenological-Hemeneutic Study.* Scandinavian Journal Caring Science 2006; 17(3):257-264.
- (8) **JONES D, RAVEY J, STEEDMAN W.** *Developing a measure of beliefs and attitudes about chronic non-malignant pain: a pilot study of occupational therapy.* Occupational Therapy International, 2000; 7(4):232-245.
- (9) **MULLERSDORF M.** *Needs and problems related to occupational therapy as perceived by adult swedes with long-term pain.* Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2002; 9:79-90.
- (10) **SOARES J, GROSSI G. A** *Randomized, controlled comparison of educational and behavioural interventions for women with fibromyalgia.* Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2002; 9:35-45.
- (11) **CEDRASCHI C, DESMEULES J, RAPITI E, BAUMGARTNER E, COHEN P, ALLAZ A, VISHER T.** *Fibromyalgia: a randomised, controlled trial of a treatment programme based on self management.* Ann Rheum Dis, 2004; 63:290-296.