

SUMARIO

Impacto en calidad de vida (FIQ) en Fibromialgia en el área de salud de Talavera de la Reina.
Autores: Yudit Soro Pérez y Jaime González González. Artículo Original.
*Quality of life impact of the fibromyalgia (FIQ) in the Talavera de la Reina local health area.*3

Rehabilitación de una lesión tendinosa traumática de la mano en terapia ocupacional. Autora: Bárbara Mallada Gutiérrez. Caso Clínico.
*Tendon injury rehabilitation of hand injuries in occupational therapy. Case study/report.*12

Significados atribuidos a la ocupación de lectura en el tiempo libre.
Autoras: Melisa del Carmen Rodríguez, Ibis Romina Teramelli y Virginia Torres.
Proyecto de Investigación.
*Meanings attributed to the occupation of leisure time reading.*17

Accesibilidad turística en Oviedo.
Museo de Bellas Artes del Principado de Asturias.
Autoras: Belén Prieto López y Andrea García García. Caso Práctico.
*Tourist accessibility in Oviedo. Fine Arts Museum of Asturias.*24

Intervención de Terapia Ocupacional en programas de Cooperación Internacional.
Autora: Tamara Muñiz Núñez. Proyecto de Intervención.
*Occupational Therapy Intervention in International Cooperation Programs.*31

DIRECTOR

Gabriel Sanjurjo Castelao

CONSEJO DE REDACCIÓN

Efrén Álvarez Acebal
 Terapeuta Ocupacional. Pola de Lena

Víctor Manuel Cabal Carvajal
 Terapeuta Ocupacional. Oviedo

Rubén Fernández-Faes
 Terapeuta Ocupacional. Oviedo

Carmen Gómez Amago
 Terapeuta Ocupacional. Oviedo

Bárbara Mallada Gutiérrez
 Terapeuta Ocupacional. Pola de Lena

Ana Quesada Sánchez
 Terapeuta Ocupacional. Oviedo

www.therapeutica.es

IMPRIME:

IMPRESA GOYMAR
 Padre Suárez, 2
 33009 Oviedo

DEPÓSITO LEGAL:

AS-02720-2005

I.S.S.N.:

1699-7662

EDITA:



Avda. Fernández Ladreda, 48
 33011 Oviedo
 info@aptopa.org
 Periodicidad: semestral
 Tirada: 500 ejemplares

Sólo los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos. De acuerdo con lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual (RD 1/1996 y 23/2006), queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional o de los titulares del ©, la reproducción y comunicación total o parcial del contenido de la revista a través de cualquier medio técnico, comprendidos la reprografía y todo soporte informático.

Para cualquier consulta sobre los números de esta revista, normas de publicación o instrucciones para los autores, véase www.therapeutica.es

Impacto en calidad de vida (FIQ) en Fibromialgia en el área de salud de Talavera de la Reina.

Quality of life impact of the fibromyalgia (FIQ) in the Talavera de la Reina local health area.

Artículo Original

Yudit Soro Pérez. Graduada en Terapia Ocupacional.

Jaime González González. Médico Atención Primaria C.S. Talavera 3, La Solana. Profesor asociado departamento Ciencias Médicas de la Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. Universidad de Castilla-La Mancha. Talavera de la Reina. Correspondencia: jaime.gonzalez@uclm.es

Recibido:
28-6-2011

Aceptado:
19-7-2011

RESUMEN

La fibromialgia es una patología idiopática y crónica que se caracteriza por dolor muscular generalizado que puede llegar a ser invalidante, afectando a la esfera biológica, social y psicológica de los pacientes. Se trata un diseño de estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. El objetivo es conocer cómo es la calidad de vida de las personas con fibromialgia a través de un grupo control de personas sanas. Con una muestra representativa (intervalo confianza 95%) de 36 personas en el grupo sano y de 31 en el grupo de fibromialgia, procedentes de la población de Talavera de la Reina (Toledo). Como instrumento de medida utilizamos el cuestionario FIQ (Cuestionario de Impacto de Fibromialgia). Las enfermas de fibromialgia presentan dificultad estadísticamente significativa con respecto a los sanos en la realización de actividades de la vida diaria. El grupo de fibromialgia adquiere una puntuación FIQ de 7,79. En cambio, el grupo control 2,08. Por lo tanto, la calidad de vida de las personas con fibromialgia es indiscutiblemente inferior.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a idiopathic and chronic pathology that provokes muscular pain with may become invalidant, associated to a badly night rest and fatigue that affects the biological, psychological and social environment of the patients. This is a study quantitative, descriptive and cross-sectional. The objective is know the quality of live in people with fibromyalgia by a control group of healthy people. With a sample of 31 patients of group fibromyalgia and other sample of 36 persons of healthy group from Talavera de la Reina (Toledo). We'll use as a measuring instrument the FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire). The fibromyalgia patients have difficulty statistically significant with respect to healthy persons in performing activities of daily living. The fibromyalgia group have an FIQ score of 7,79. In contrast, the control group 2,08. Therefore, the quality of life of people with fibromyalgia is unquestionably lower.

PALABRAS CLAVES (DeCS)

Calidad de vida. Fibromialgia. Terapia Ocupacional.

KEY WORDS (MeSH)

Fibromyalgia. Occupational Therapy. Quality of life.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica que se caracteriza por un dolor generalizado, intenso y difuso. Es una percepción dolorosa inusual y crónica, sin pruebas diagnósticas analíticas definitivas. Pese a la frecuencia de la FM en los países desarrollados (entre el 1-4%)¹, al impacto que produce, al tiempo que llevamos conociéndola y a los muchos artículos de investigación que se generan sobre sí misma, la FM es realmente una gran desconocida. Según el estudio "Costes económicos asociados al diagnóstico de FM en España"², el paciente con FM provoca un gasto de 10.000 euros al año, tanto de gastos directos e indirectos... En 1992 en la Declaración de Copenhague, donde se sentaron las bases actuales de la enfermedad, definió más ampliamente la enfermedad, considerando la FM como un síndrome mucho más complejo en el que se asociaba otras patologías como, síndrome piernas inquietas, cefaleas primarias, dismenorreas, colon irritable, fatiga crónica, disfunción cráneo mandibular, intolerancia al ejercicio, trastorno ansioso depresivo, rigidez matinal etc... (C.Sillag C,1992). En 1992, el síndrome de FM fue reconocido por la Organización

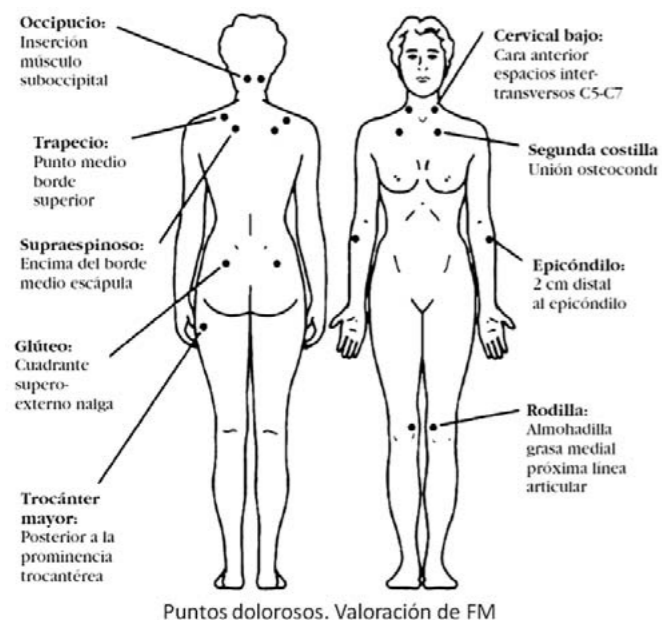
Mundial de la Salud y tipificado en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.0³. En 1994 también fue reconocido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor y clasificado con el código X33.X8a⁴.

EPIDEMIOLOGÍA: INCIDENCIA Y PREVALENCIA

En FM se da una incidencia más alta en el sexo femenino que en el masculino. (4 de cada 100 mujeres y 1 de cada 200 hombres)⁵. Afecta a todas las edades, incluyendo a los niños⁶, a todos los grupos raciales/étnicos y a todos los estratos socioeconómicos⁷. La prevalencia calculada en la población española, utilizando los criterios de clasificación del American College of Rheumatology (ACR)⁸, es del 2,7%, siendo de un 4,2% para el sexo femenino y de un 0,2% para el masculino. Ocupa un 15% de las consultas de reumatología y del 5 al 10% de las consultas de atención primaria. La prevalencia mayor es a la edad de 30-50 años⁹. Según el estudio EPISER 2000²³, se calcula que hay como mínimo 700.000 personas mayores de veinte años con FM en España. El pico se alcanza entre los 40-49 años (en esta franja de edad hay un 5% de mujeres afectadas).

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

En 1990, el American College of Reumatology (ACR) estableció unos criterios diagnósticos basados en la clínica dolorosa al menos 3 meses en 3 de los 4 cuadrantes corporales en 11 de los 18 denominados "puntos sensibles" o "tender points".



Puntos dolorosos. Valoración de FM

Además de esto, existe una serie de síntomas asociados (ordenados en función de su importancia relativa):

Dolor	Es el síntoma principal y es descrito como quemazón o punzante, que afecta al raquis y a los músculos ¹⁰ , relacionándose con el umbral del dolor y la calidad de vida general, el déficit de condición física, la ansiedad, las alteraciones del sueño ¹¹ y las disfunciones cognitivas ¹² . Empeora con el ejercicio físico intenso, el frío y el estrés emocional ¹³ .
Rigidez articular	Entre el 76% y el 85% presentan limitación de la movilidad ¹⁴ .
Fatiga	Se presenta en más del 80% de los pacientes ¹⁵ .
Alteraciones del sueño	--
Trastornos psiquiátricos	En un 62% de los pacientes demuestran tener trastornos psíquicos relevantes ¹⁶ .
Disfunciones cognitivas	El 82% de los pacientes con síndrome de FM se perciben con déficit cognitivo ¹¹ .
Sensación de tumefacción	Oscila entre el 50 y 86% ¹⁷ .

Parestesias	Se ha recogido entre 26-81%: hormigueo, picazón, sensación de ardor cutáneo y algunas veces con sensación de calor ¹⁸ .
Malestar abdominal	Dolor abdominal, meteorismo, estreñimiento y/o diarrea.
Hipersensibilidad sensorial	Sobre todo al frío, luz, sonido y olores.
Cefaleas	Pueden ser de tipo tensional o difusas, se localizan en las zonas hem craneal, facial u occipitocervical. Su prevalencia oscila entre el 35 y el 76% de los pacientes ¹⁹ .

TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

No existe aún un tratamiento curativo para el síndrome de FM, pero sí existe amplia evidencia científica respecto al abordaje multidisciplinario en asistencia primaria combinando medicaciones con otras técnicas como ejercicio físico²⁰, la natación y la hidrogimnasia⁹, terapia cognitivo-conductual²⁰, retroalimentación⁹, Terapia ocupacional, fisioterapia, la hipnoterapia y la meditación, como forma eficaz de propuesta terapéutica²¹.

CALIDAD DE VIDA (CDV)

Calidad de vida es un concepto relativamente nuevo, tanto en la investigación como en la práctica clínica, que ha surgido con un gran empuje a los últimos años como objetivo prioritario de las políticas sociales y sanitarias en todos los países occidentales²². La idea de calidad de vida comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general²³. Para entender mejor la conceptualización de éste término, en los años 90 un grupo de profesionales e investigadores tras la necesidad de entender mejor este concepto definieron los 12 principios de la Conceptualización, Medida y Aplicación de Calidad de Vida.

CUESTIONARIO DE IMPACTO DE FIBROMIALGIA (FIQ)

La valoración del dolor y de las consecuencias de la enfermedad en la calidad de vida de los afectados se considera fundamental para la evaluación de los sujetos con FM²⁴.

Para la evaluar la calidad de vida en estas personas con FM se tienen en cuenta diversos cuestionarios como:

- SF- 36
 - EURO-QOL 5-D
 - FIQ
 - Cuestionario Sevilla de Calidad de vida
- En 1994, Burckhardt et al.¹⁵ crearon una escala concreta para calcular la calidad de vida de las personas que

fueran diagnosticadas de FM: el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), constituye, hasta el momento, el único instrumento específico para evaluar a los pacientes con SFM26. Ha sido traducido al español mediante las recomendaciones internacionales de traducción-retrotraducción¹⁶ y se ha analizado de manera satisfactoria la fiabilidad, la validez, la adaptación y la sensibilidad al cambio del FIQ en pacientes españoles²⁷.

El grado de afectación vital se puede clasificar en:

- Afectación vital leve: puntuaciones en las escalas de valoración inferiores al 50% y sin interferencia o mínima interferencia con las actividades de la vida diaria.
- Afectación vital moderada: puntuaciones entre 50 y 75% e interferencia moderada con las actividades de la vida diaria.
- Afectación vital severa: puntuaciones superiores al 75% y marcada interferencia con las actividades de la vida diaria (imposibilidad para realizar un trabajo o función).

OBJETIVOS

Conocer cómo es la calidad de vida en personas con FM y contextualizando cual es la diferencia entre éstas y personas sanas.

MATERIAL Y MÉTODOS

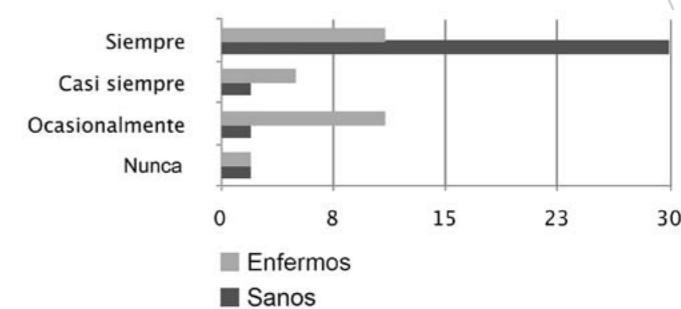
- Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con inferencia estadística de medias mediante T de Student con sistema informático SPSS15.
- Análisis SPSS 15.0 Entrevistas repetitivas con Milagros Ortega en Asociación AFIBROTAR.
- Muestra de 31 personas diagnosticadas de FM: Selección aleatoria procedente de AFIBROTAR y Centro de Salud "La Solana" (Talavera).
- Grupo control de 36 personas no diagnosticadas de FM: Selección aleatoria, mediante muestreo aleatorio consecutivo durante 12 días, tres personas por día, procedente del Centro de Salud "La Solana" (Talavera de la Reina).
- Cuestionario estandarizado FIQ.
- Programa Epidate. Cálculo tamaño muestral 95% confianza 6% precisión. Total 29 pacientes.
 - **Criterios de inclusión:**
 - Personas mayores de 13 años que puedan responder a las encuestas por sí mismas sin ayuda de terceras personas.
 - Personas menores de 80 años.

RESULTADOS

En esta muestra de 35 personas con FM, hemos sufrido en el estudio una pérdida de 4 personas, por lo que la muestra final será de 31 personas. La media de edad de la muestra total es de 52, 14 años. Con una edad mínima de 13 años y una máxima de 74.

Pregunta 1: La semana pasada, ¿usted pudo...?

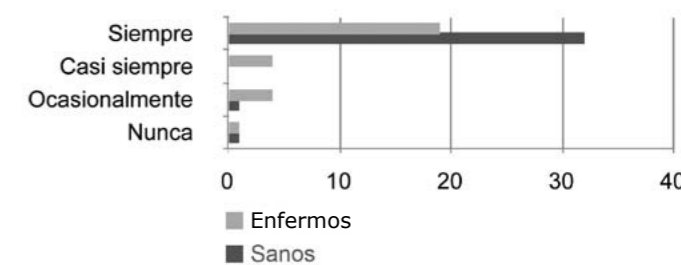
¿Ir a comprar?
P<0.05, significativo



Las 36 personas sanas contestó que **siempre** pudieron ir a comprar, mientras que sólo 11 de las 31 personas enfermas pudieron ir a hacer la compra.

¿Lavar la ropa usando lavadora y secadora?

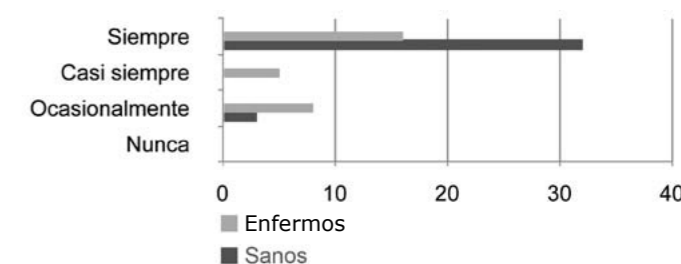
P<0.05, significativo



En cuanto al lavado de ropa, 32 personas sanas contestaron que **siempre** podían hacer la colada, mientras que 19 personas enfermas contestaron lo mismo.

Preparar la comida

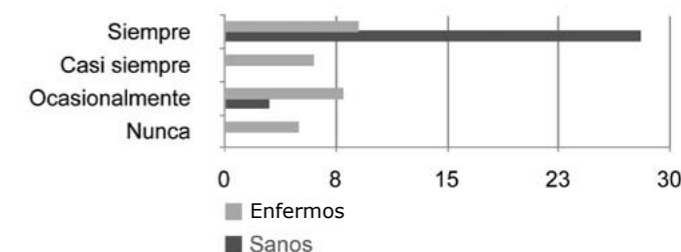
P<0.05, significativo



Del grupo de sanos 32 personas contestaron que **siempre** podían preparar la comida, mientras que del grupo de FM solo contestaron 19.3 de las personas sanas contestaron que **ocasionalmente** podían preparar la comida, en cambio 8 de las personas enfermas contestaron esta opción. La respuesta **nunca** no fue seleccionada por ningún grupo.

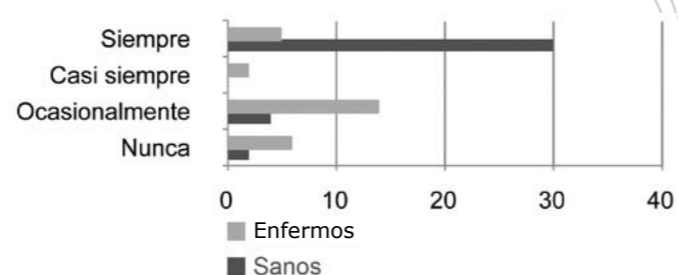
¿Lavar los platos a mano?

P< 0.05, significativo



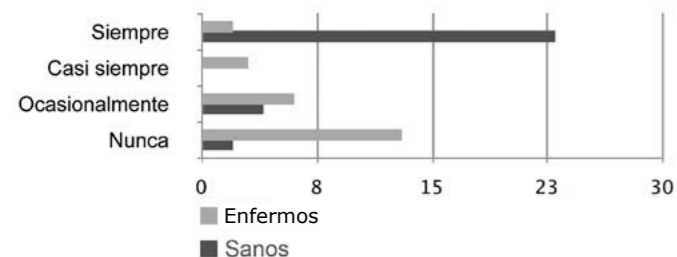
La opción **siempre** fue contestada por 28 personas sanas y 9 enfermas.

Ninguna persona sana seleccionó la opción casi siempre, en cambio 6 personas enfermas la respondieron. 8 personas enfermas afirmaron que **ocasionalmente** podían fregar los platos, mientras que del grupo de los sanos solo 3. Del grupo de personas enfermas 5 personas contestaron que **nunca** podían realizar esta actividad.



¿Pasar la aspiradora por la alfombra?

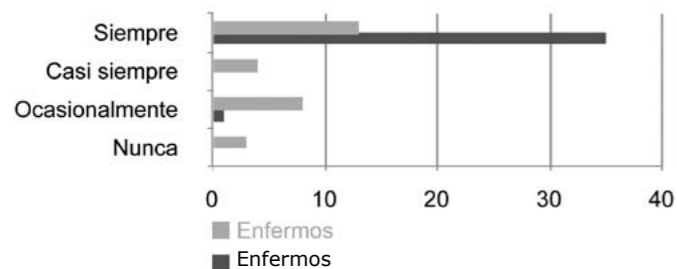
P < 0.005, significativo



De las personas con la enfermedad solo 2 contestaron que **siempre** podían pasar la aspiradora, mientras que del grupo sano contestaron 23 personas. 13 personas con FM contestaron que **nunca** podían pasar la aspiradora, en cambio del grupo sano contestaron 2 personas.

¿Hacer las camas?

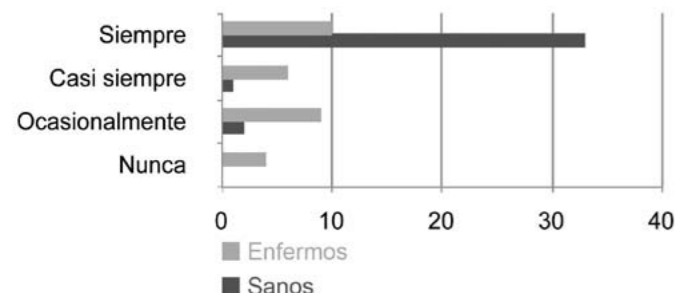
P < 0.05, significativo



35 de las 36 personas sanas contestaron que **siempre** podían hacer la cama, mientras que del grupo de enfermos contestaron 13.

¿Caminar varios centenares de metros?

P < 0.05, significativo



33 personas sanas **siempre** pudieron caminar varios centenares de metros, en cambio del grupo enfermo 10 personas.

¿Visitar amigos o parientes?

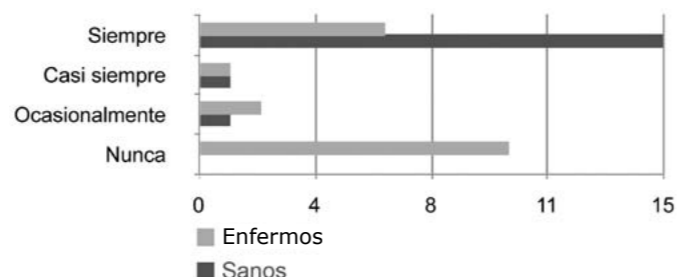
P < 0.05, significativo

Del grupo sano 30 personas contestaron que **siempre** pudieron ir a visitar amigos o parientes, en cambio del grupo de FM solo contestaron 5.

La opción de **casi siempre**, solo fue contestada por el grupo enfermo por 2 personas. En cuanto a **ocasionalmente**, 4 personas sanas contestaron esta alternativa y del grupo de enfermo 14

¿Cuidar el jardín?

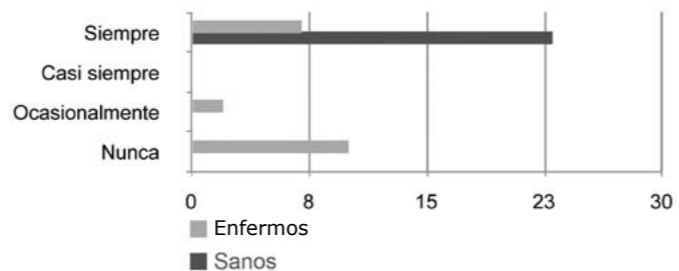
P < 0.05, significativo



En relación a cuidar el jardín, 6 personas con FM contestaron que **siempre** podían hacerse cargo, en cambio 15 personas del grupo sano contestó lo mismo. 1 persona de cada grupo escogió la opción **casi siempre**.

¿Conducir un coche?

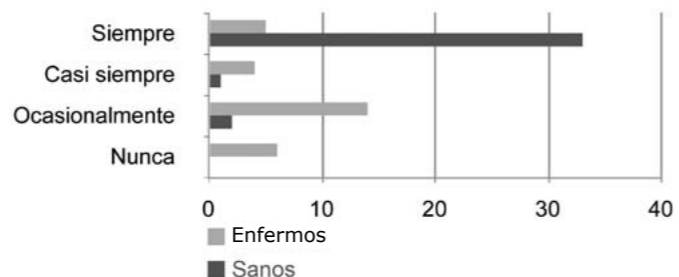
P < 0.05, significativo



Del grupo control 23 personas contestaron que **siempre** pudieron conducir un coche, en cambio del grupo de enfermos solo contestaron 7.

¿Subir escaleras?

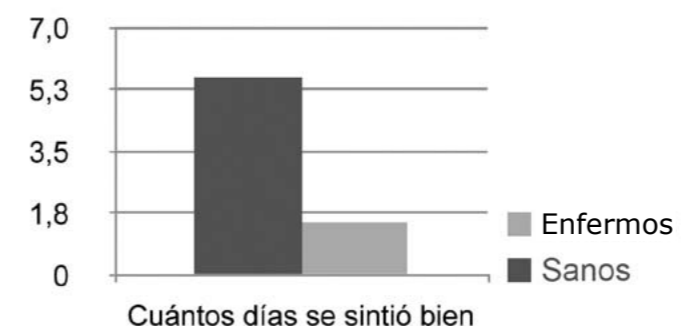
P < 0.05, significativo



A la pregunta de si **siempre** pudieron subir escaleras, del grupo enfermo contestaron 5 personas, mientras que del grupo control 33. A la opción de casi siempre, 4 personas enfermas eligieron esta opción, mientras que del grupo sano solo 1. **Ocasionalmente** 14 personas enfermas pudieron subir escaleras, mientras que del grupo control 2 personas pudieron subir escaleras.

El resultado de todas las preguntas, divididas entre personas sanas y enfermas han sido contrastado estadísticamente mediante porcentajes mediante una Chi cuadrado, obteniendo en todas las preguntas diferencias estadísticamente significativas, esto es, que no son resultados debidos al azar con una significación de 95%.

Pregunta 2: De los 7 días de la semana pasada, ¿Cuántos se sintió bien?

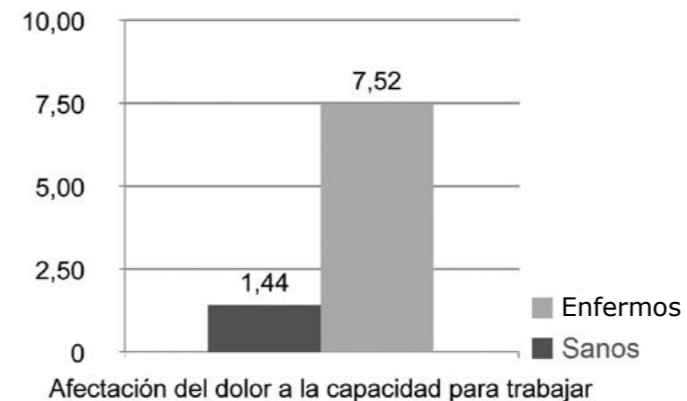


De los 7 días de la semana anterior el grupo sano obtiene una media de 5,58 días en los que se sintió bien. En cambio el grupo de FM se sintió bien 1,54 días de la semana pasada. La media de los dos grupos es de 3,81.

Pregunta 3: ¿Cuántos días de trabajo perdió la semana pasada por su FM? (si no trabaja fuera de casa, no conteste a esta pregunta).

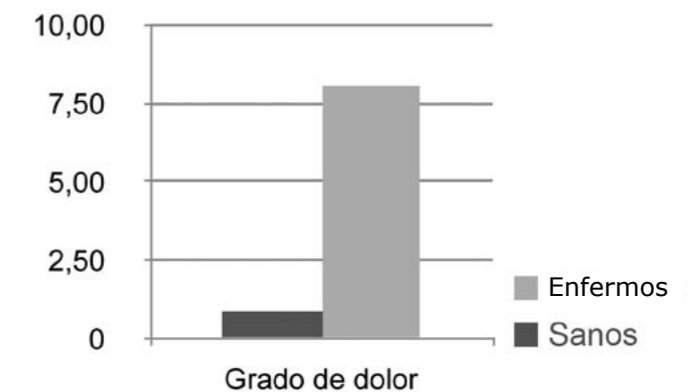
A esta pregunta no se ha podido realizar análisis estadístico debido a que solamente han respondido dos personas y que no es valorable a nuestro entender en personal sano.

Pregunta 4: Cuando trabajó (incluyendo las tareas domésticas), ¿cuánto afectó el dolor u otros síntomas de la FM a su capacidad para trabajar?.



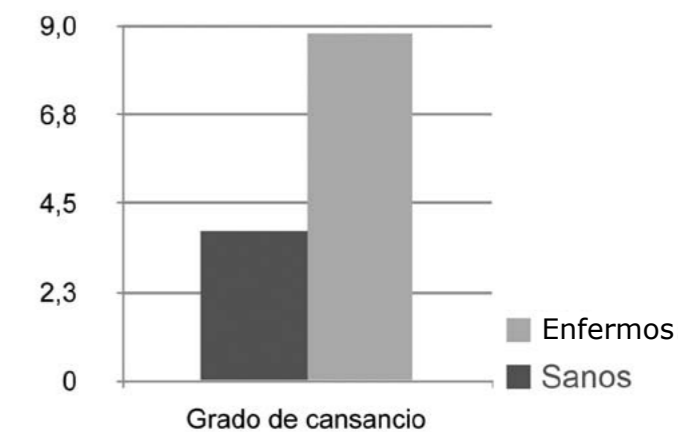
En cuanto a la dificultad para realizar la actividad laboral o las tareas domésticas debido al dolor, el grupo control de 0 a 10 puntos (siendo 0 la mínima dificultad y 10 la máxima) obtuvo una media de 1,44 puntos. En cambio el grupo de enfermos sacó de 0 a 10, una media de 7,52 puntos

Pregunta 5: ¿Hasta qué punto ha sentido dolor?



En cuanto al grado de dolor, en una escala de 0 a 10 (siendo 0 el nivel más bajo de dolor y 10 el más alto), el grupo control obtuvo una media de 0,86 puntos, mientras que el grupo de enfermos 8,06 puntos.

Pregunta 6: ¿Hasta qué punto se ha sentido cansado/a?

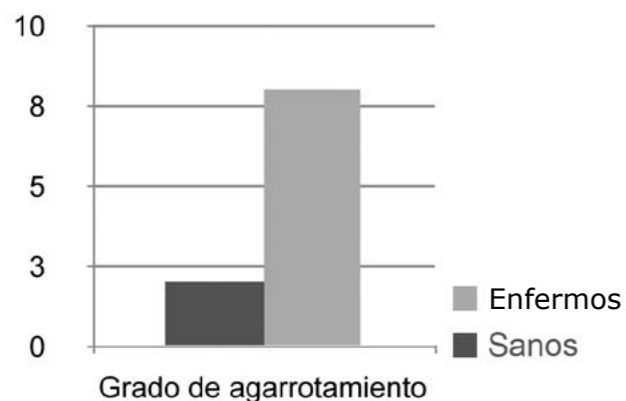


En relación al grado de cansancio, el grupo de sanos obtuvo una media de 3,81 (en una escala de 0 a 10, siendo 0 el mínimo y 10 el máximo) puntos, mientras que el grupo de FM alcanzó una media de 8,77 puntos.

Pregunta 7: ¿Cómo se ha sentido al levantarse por la mañana?

En esta pregunta, el grupo control obtuvo un resultado en la escala de 0 a 10 (siendo 0 el sentirse descansado al despertar y el 10 muy cansado al despertar) una puntuación de 2,92. En cambio el grupo de FM en la misma escala adquirió una puntuación de 8,48.

Pregunta 8: ¿Hasta qué punto se ha sentido agarrotado/a?



En una escala de 0 a 10 (siendo 0 el mínimo y 10 el máximo grado de agarrotamiento), el grupo control tuvo una media de 2,06 puntos, mientras que el grupo de FM alcanza una puntuación de 7,97 puntos.



Pregunta 9:
¿Hasta qué punto se ha sentido tenso/a, nervioso/a o ansioso/a?



En esta cuestión el grupo control consigue una media de 3,17 puntos (en una escala de 0 a 10, siendo 0 el mínimo y 10 el máximo grado de tensión, nervios o ansiedad).

En cambio el grupo de personas enfermas alcanza una media de 7,19 puntos sobre 10.

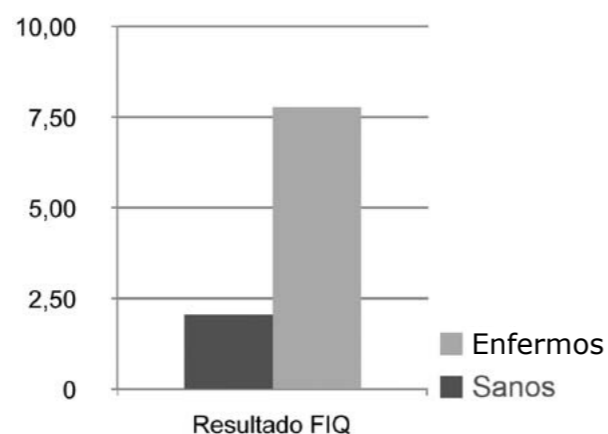


Pregunta 10:
¿Hasta qué punto se ha sentido deprimido/a o triste?



En esta pregunta, el grupo sano tiene una media de 1,89 puntos (en una escala de 0 a 10, siendo 0 el mínimo grado de depresión o tristeza y el 10 el máximo grado), mientras que el grupo de FM obtiene una puntuación de 7,10.

Resultado final del cuestionario



Los últimos datos que se obtienen, son la puntuación total del cuestionario. Esta puntuación refleja el nivel de calidad de vida que posee cada grupo. En una escala de 0 a 10 (donde 0 es el mejor y 10 el peor nivel de calidad de vida), el grupo control obtiene una puntuación 2,08 mientras que el grupo de FM alcanza una puntuación de 7,79. Éstos obtienen una afectación vital severa.

El resultado de las preguntas 2 a 10 y del valor total del test, divididas entre personas sanas y enfermas han sido contrastado estadísticamente mediante diferencia de medias, mediante una T de Student, obteniendo en todas las preguntas diferencias estadísticamente significativas, esto es, que no son resultados debidos al azar con una significación de 95%.

CONCLUSIONES

1. Los enfermos de FM presentan dificultad estadísticamente significativa con respecto a los sanos en la realización de tareas del hogar siendo las que requieren de mayor actividad física, las más afectadas, como subir escaleras, hacer la cama o la compra.
2. Los pacientes con FM presentan limitaciones en su vida diaria casi todos los días de la semana.
3. Dolor, cansancio y levantarse por las mañanas son las patologías más afectadas en pacientes con FM con respecto a sanos.
4. Depresión, nerviosismo y agarrotamiento, son patologías menos afectadas del cuestionario FIQ a pesar de presentar también diferencias significativas con respecto a sanos.
5. El test diagnóstico FIQ indica las diferencias de sintomatología diaria entre personas sanas y enfermas de FM.

DISCUSION

Los pacientes con FM sufren una importante disminución de su calidad de vida, debido a su sintomatología más incapacitante, insomnio, ansiedad-depresión, as-tenia y dolor²⁸ que desde atención primaria debemos abordar.

La FM puede afectar de manera importante su capacidad funcional, limitando las actividades de la vida diaria, aunque la pérdida de la capacidad funcional no tiene por qué ser progresiva e irrecuperable en todos los pacientes.

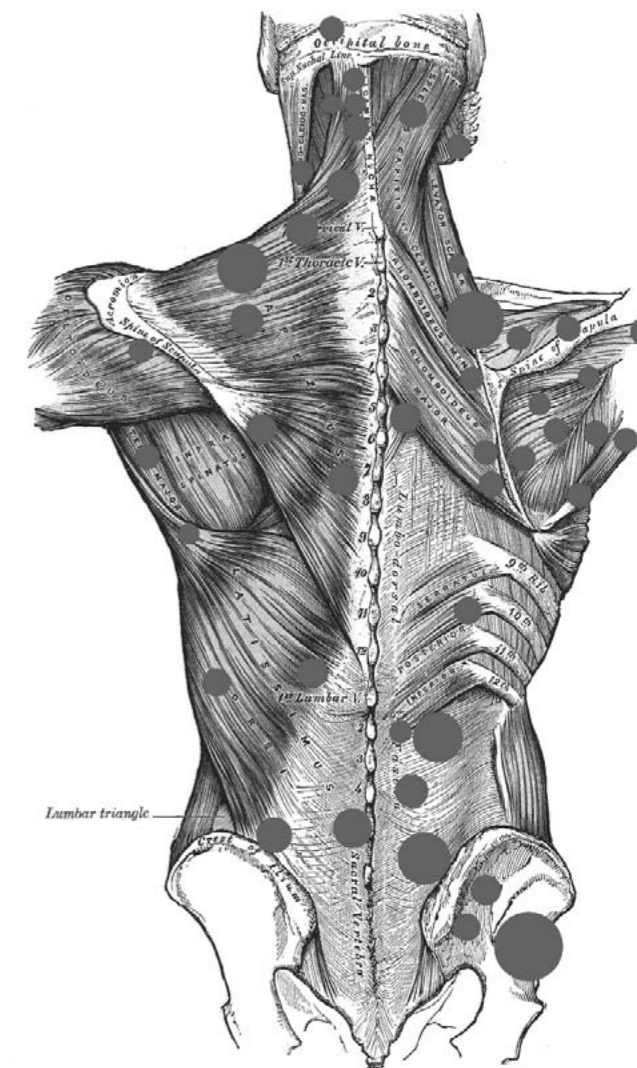
Algunos estudios longitudinales de pacientes con FM nos muestran mejoras del cuadro clínico con el tiempo, identificándose un periodo de remisión de los síntomas con una duración variable según los autores^{29, 30}.

Los resultados finales de este estudio han sido similares a otros que reflejan la calidad de vida en personas con FM^{21,22,23,24}. Las tareas domésticas como lavar ropa, hacer comida-cama, etc, les resultan altamente difíciles por cuanto que precisan de ejercicio físico que en su enfermedad está muy limitado y relacionado con el dolor y la fatiga. Cuando deben salir de casa, hacer compra, andar, subir escaleras, conducir coche, estos problemas no hacen más que acentuarse. Esta limitación en la interrelación personal termina ineludiblemente con un aislamiento social y personal de las personas debido a su limitación por la enfermedad.

El grado de dolor que sienten en su vida diaria las personas con FM es de 8,06 puntos de 10 (siendo 0 la mínima y 10 la máxima intensidad), en cambio en las

personas sanas nos encontramos con una intensidad del 0,86.

Estudios realizados en otros países informan de que los pacientes afectados de FM poseen una peor función de sus capacidades físicas, pasan más días en cama y pierden más días de trabajo que los controles sanos.25 Gracias a la fatiga, la sensación de tumefacción y la rigidez articular, las personas con FM se sienten agorrotadas en una media de 8 puntos sobre 10, para contrastar, las personas sanas presentan una media de 2,0 puntos. Una clara y notable diferencia de 6 puntos. Los pacientes con FM suelen experimentar rigidez matutina y limitación de movimientos durante más de 15 minutos, y puede volver a aparecer durante el día, a menudo después de los periodos de inactividad⁷.



Existe también una amplia diferencia entre éstas y las personas sanas en cuanto al grado de alteraciones psiquiátricas. En cuanto a nervios, tensión y ansiedad existe una diferencia de puntuación de 6,03. Un 7,2 de media las personas con FM y un 1,17 las personas sanas. Siguiendo con las alteraciones psiquiátricas nos encontramos con la depresión, una fiel amiga de la FM. En los resultados de este estudio hemos obtenido una media de grado de depresión o tristeza en estas personas de un 7,1 mientras que en las personas sanas

obtenemos una puntuación de 1,9. El alto grado de depresión que se da en estas personas puede deberse a todo el conjunto de los síntomas físicos y psíquicos, que alteran la funcionalidad y el desempeño ocupacional, viéndose la persona incapaz de cumplir con los roles ya adquiridos anterior a la enfermedad. Esto crea tal frustración e impotencia a la persona que le lleva a desembocar en una depresión. A todos estos síntomas se le suma el saber que no existe un tratamiento curativo²⁰, que los fármacos utilizados apenas muestran resultados positivos, que la sociedad no las comprende, desde sus familiares y amigos a compañeros de trabajo o personal sanitario, y un largo etc. Son todos estos cúmulos circunstanciales los que provocan en estas personas esos altos grados de depresión, nerviosismo tensión o ansiedad.

Como conclusión final de este estudio, obtenemos una puntuación en el Cuestionario de Impacto de FM de 7,79 sobre 10 en personas con FM, y en personas sanas una puntuación de 2,08. Por lo que podemos deducir que la calidad de vida de las personas diagnosticadas de FM de 5,71 puntos por debajo de las personas sanas. Por lo tanto, la calidad de vida en estas personas con FM es paupérrima. Además múltiples estudios muestran que las pacientes con FM tienen un importante impacto en disminución de calidad de vida²⁶.



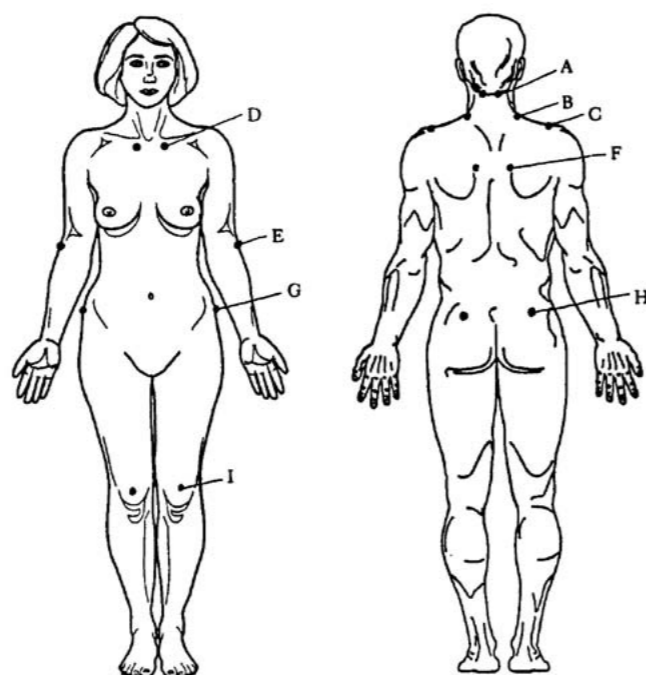
En nuestra opinión estos pacientes con FM que solamente usan tratamiento médico deberían ser tratados por equipos multidisciplinares²⁷ entre los que habría psicólogos, médicos de atención primaria y de especializada, psiquiatra, reumatólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, ya que los tratamientos multidisciplinares les podrían hacer mejorar sus síntomas²⁸.

Parece obvio concluir de nuestros resultados, que estos pacientes se beneficiarían de tratamientos con terapias ocupacionales en su abordaje multidisciplinar, aunque las experiencias son escasas, lo cual abre todo un mundo de posibilidades de investigación sobre el tema y sobre trabajos individualizados y especializados en estos pacientes para demostrar esta afirmación que defendemos con este trabajo sobre la necesidad de que el terapeuta ocupacional tenga un sitio en el abordaje de la FM.

En nuestro país las experiencias publicadas²⁸ con tratamiento multidisciplinar se han dirigido a un grupo de pacientes con dolor crónico incapacitante, que en su mayor parte tenían FM, y que incluyeron tratamiento médico, físico, psicológico y ocupacional, con resultados muy positivos similares a los referidos por otros autores²⁹.

La figura del médico de atención primaria en esta patología es importante debido al conocimiento y cercanía que propone la atención primaria con respecto a especializada, debiendo ser el eje sobre el que rote el tratamiento.

El tratamiento eficaz de la FM, desde un punto de vista multidisciplinar depende de la correcta utilización de agentes farmacológicos, y el apoyo sanitario principalmente desde la consulta de Atención Primaria, aunque resultan más efectivos cuando se asocian a otras modalidades terapéuticas, tales como la intervención cognitivo-conductual, el ejercicio físico y la terapia ocupacional³⁰ por su intervención sobre del dolor crónico^{31, 32}.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Clawson DJ, Ruddy S, Harris ED, Sledge CB. Kelley's Textbook of Rheumatology. 6th Edition. WB Saunders Company 2001; 418-27.
- 2 Rivera J, Rejas J, Esteve-Vives J, Vallejo M. Costes económicos asociados al diagnóstico de Fibromialgia en España. Rev Soc Esp Dolor.2009; 16(07):417-8.
- 3 World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. ICD-10. Ginebra: WHO; 1992.
- 4 Merskey H, Bogduk 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.
- 5 Van Riel C. Criterios del Colegio Americano de Reumatología para diagnosticar la fibromialgia. Plataforma Nacional para FM,SFC,SQM. Reivindicación de derechos. 2010.
- 6 Buskila D. Síndrome de la fibromialgia en niños. Estudio de resultados. J Rheumatol 1995;22:525-8.
- 7 Bruce M. Carruthers and Marjorie I. Van de Sande. Síndrome de fibromialgia: definición clínica y recomendaciones para médicos. Visión general del documento canadiense a consenso sobre fibromialgia. Canadá 2006.
- 8 Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Monografía. [15 de febrero de 2011]: Disponible en <http://www.ser.es/proyectos/episerresultados.html>
- 9 Viana Zulaica C. Guía Clínica Fibromialgia. [Internet] A Coruña: Servicio de Atención Primaria de Elviña-Mesoiro. Servizo galego de Saúde; 2009 [Consulta 30 de noviembre de 2010] Disponible en: <http://www.fisterra.com/fisterrae/movil/guias.asp?idGuia=73>
- 10 Ashburn MA, Staats PS. Management of chronic pain. Lancet 1999; 353: 1865-69.
- 11 Fibromialgia (FM). Institut Ferran de Reumatología [Internet]. Cataluña. [Consulta el 10 de diciembre de 2010] Disponible en: <http://www.institutferran.org/fibromialgia.htm>
- 12 Polonio B, Factores predictores de la calidad de vida en el anciano. Estudio sobre la calidad de vida en personas de edad avanzada que utilizan recursos asistenciales especializados en España. Verlag Dr. Müller. Talavera de la Reina. Universidad de Castilla-La Mancha, Diss., 2007.
- 13 Gómez-Vela M, Sabeh EN. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. [Internet]. Salamanca. [Consulta el 5 de enero de 2011]. Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- 14 Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández-Ballart F. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. Rev Esp Reumatol. 2004;31 (09):507-13.
- 15 Burckhardt CS, Clark SR, Bennet RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. J Rheumatol 1991;18:728-33.
- 16 González-Álvarez B, Rodríguez A, Alegre C. Translation and validation of the Fibromyalgia Impact Questionnaire into Spanish. Arthritis Rheum. 1999;42 (Suppl 9):S344.
- 17 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.
- 18 Häuser W, Grulke N, Michalski D, Hoffmann A, Akritidou I, Klauenberg S, Maier C, Hinz A. Intensity of limb pain and fatigue in fibromyalgia syndrome, depressive disorders and chronic back pain. A criterion for differentiation. Schmerz. 2009 Jun;23 (3):267-74.
- 19 Fitzcharles MA, Da Costa D, Poyhia RA. Study of standard care in fibromyalgia syndrome: a favorable study. J Rheumatol 2003;30: 154-9.
- 20 Wolfe F. The clinical syndrome of fibrositis. Am J Med 1986; 81: 7-14.
- 21 Liedberg GM, Burckhardt CS, Henriksson CM. Validity and reliability testing of the Quality of Life Scale, Swedish version in women with fibromyalgia -- statistical analyses. Scand J Caring Sci. 2005 Mar;19(1):64-70. PubMed PMID: 15737168.
- 22 Sim J, Adams N. Therapeutic approaches to fibromyalgia syndrome in the United Kingdom: a survey of occupational therapists and physical therapists. Eur J Pain. 2003;7(2):173-80. PubMed PMID: 12600799.
- 23 Taylor RR. Quality of life and symptom severity for individuals with chronic fatigue syndrome: findings from a randomized clinical trial. Am J Occup Ther. 2004 Jan-Feb;58(1):35-43. PubMed PMID: 14763634.
- 24 Assumpção A, Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA, Pereira CA, Marques AP. Quality of life and discriminating power of two questionnaires in fibromyalgia patients: Fibromyalgia Impact Questionnaire and Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey. Rev Bras Fisioter. 2010 Aug;14(4):284-9. Epub 2010 Jul 23. PubMed PMID: 20949228.
- 25 White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: the London Fibromyalgia Epidemiology Study. Arthritis Rheum 1999; 42: 76-83.
- 26 Peleg R, Ablin JN, Peleg A, Neumann L, Rabia RA, Buskila D. Characteristics of fibromyalgia in Muslim Bedouin women in a primary care clinic. Semin Arthritis Rheum. 2008 Jun;37(6):398-402. Epub 2007 Oct 30.
- 27 Gelman S.M, Lera S, Caballero F, López M.J. Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. Rev Esp Reumatol. 2005;32 (3): 99-105.
- 28 Collado A, Torres X, Arias A et al. Evaluación y tratamiento multidisciplinar en el síndrome de dolor crónico incapacitante. Med Clin. 2001; 117: 401-5.
- 29 Bennett RM. Multidisciplinary group programs to treat fibromyalgia patients. Rheum Dis Clin North Am 1996; 22: 351-66.
- 30 Monsalve V. Importancia de la valoración psicológica en el tratamiento del síndrome del dolor miofascial y fibromialgia. Simposio internacional de Tratamiento del dolor. Valencia. 2004.
- 31 Casso G, Cachin C, Van Melle G and Gester JC. Return to work status 1 year after muscle reconditioning in chronic low back pain patients. Joint Bone Spine. April 2004.
- 32 Margreet Oerlemans H, Oostendorp R, Boo T and Jan R. Pain and reduced mobility in complex regional pain syndrome I: outcome of a prospective randomised controlled clinical trial of adjuvant physical therapy versus occupational therapy • Pain, 1999. Oct. 83.