

TERAPIA OCUPACIONAL EN FIBROMIALGIA: ¿PODEMOS AYUDAR AL SISTEMA SANITARIO A TRATAR PACIENTES CON FIBROMIALGIA?

OCCUPATIONAL THERAPY IN FIBROMYALGIA: CAN WE HELP THE HEALTH SYSTEM TO TREAT PATIENTS WITH FIBROMYALGIA?

DECS: Fibromialgia, Calidad de vida, Terapia Ocupacional.
MESH: Fibromyalgia, quality of live, Occupational therapy.



Autores:

Dña. Carmen Néliida Waliño Paniagua

Terapeuta Ocupacional. Terapeuta Ocupacional AFIBROTAR (Asociación Fibromialgia Talavera de la Reina)
neli_wp90@hotmail.com

D. Jaime González González

Medico Atención Primaria C.S. Santa Olalla (Toledo) Profesor Asociado Doctor Departamento Ciencias Medicas. Universidad Castilla la Mancha. jaime.gonzalez@uclm.es.

Dña. María del Mar del Teso Rubio

Terapeuta Ocupacional. Terapeuta Ocupacional Residencia Tercera Edad San Pablo de los Montes.
marymar89-07@hotmail.com

Como citar este documento:

Heredia Pareja C, Aguilera Serrano C, del Teso Rubio MM. Percepciones acerca de su red social y participación de actividades en la comunidad de personas diagnosticadas de psicosis con menos de cinco años de evolución (desde una perspectiva cualitativa). TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [fecha de la consulta]; 10(17): [63 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/original5.pdf>

Texto recibido: 24/12/2012

Texto aceptado: 03/05/2013

Introducción

La fibromialgia (FM) es un problema crónico de etiología desconocida en la que los pacientes presentan dolor musculoesquelético crónico y generalizado, una reducción del umbral del dolor y múltiples puntos sensibles de localización característica. El dolor no puede ser explicado por la presencia de trastornos degenerativos o inflamatorios. Además existe una serie de características asociadas como mala calidad del sueño, rigidez matutina, cansancio, depresión, ansiedad, cefalea, hábito intestinal irregular, dolor abdominal difuso, parestesias, sensación subjetiva de hinchazón, alodinia (percepción del dolor incluso tras estímulos no dolorosos) e hiperalgesia (aumento en el procesamiento del dolor por el que un estímulo doloroso es magnificado).ⁱⁱ

Entre la comorbilidad asociada,

RESUMEN

La fibromialgia es una enfermedad de etiología desconocida y crónica que se caracteriza por dolor muscular generalizado que puede llegar a ser incapacitante, afectando a la persona en su desempeño ocupacional. Realizamos un estudio cuantitativo analítico prospectivo longitudinal experimental con muestreo aleatorio simple. El objetivo es conocer si la terapia ocupacional mejora la calidad de vida de mujeres entre 16-55 años con fibromialgia tras el análisis de la diferencia pre-post tras una intervención de terapia ocupacional, mediante seis sesiones, espaciadas en el tiempo, trabajando principalmente sobre la psicomotricidad.. Realizamos el trabajo con una muestra inicial de 21 personas, procedentes del área de salud de Talavera de la Reina (Toledo). Como instrumento de medida utilizamos el cuestionario FIQ (Cuestionario de Impacto de Fibromialgia) y encuestas elaboradas para conocer la situación del sistema sanitario en relación a la fibromialgia. Los enfermos de fibromialgia obtienen una puntuación en el FIQ estadísticamente significativa tras la intervención desde terapia ocupacional, pasando de una CDV moderada a grave a una CDV moderada a leve.

SUMMARY

Fibromyalgia is a disease of unknown etiology characterized by chronic widespread muscle pain can be disabling, affecting the person's occupational performance and a low quality of life. We performed a prospective longitudinal quantitative analytical experimental simple random sampling. The aim is to determine whether occupational therapy improves quality of life of women aged 16-55 years with fibromyalgia after analysis of the pre-post difference after an occupational therapy intervention by six sessions, spaced over time, working mainly on psychomotor. We work with an initial sample of 21 people from the health area of Talavera de la Reina (Toledo). As a measuring instrument used the questionnaire FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) and surveys conducted to ascertain the situation of the health system in relation to fibromyalgia. People with fibromyalgia get a score on the FIQ statistically significant after the intervention from occupational therapy, from a moderate to severe CDV CDV of a moderate to mild.

que explique satisfactoriamente todo el cuadro clínico y que actuarían como desencadenante en sujetos predispuestos más que como etiología⁵. Actualmente, se ha demostrado que el dolor que sienten estos pacientes obedece a un trastorno del procesamiento central del dolor con una disminución del umbral que tienen para sentir dolor.^v

La FM es un problema frecuente en la práctica clínica, su prevalencia en España se sitúa entre el 2,1 y el 5,7 % de la población general adulta y ocupa el 10-20% de las consultas reumatológicas y el 5-8% de las de atención primaria, con lo que es la causa más frecuente de dolor osteomuscular generalizado y crónico.^{vi} Además es más frecuente en mujeres que en hombres, con una relación hombre-mujer de 1 a 6-10¹.

cabe destacar la presencia de manifestaciones psiquiátricas con síntomas de ansiedad y depresión hasta en las dos terceras partes de los pacientes.ⁱⁱⁱ Las causas de la FM todavía no son conocidas. Se han planteado varias hipótesis fisiopatológicas por diferentes autores^{iv}, y la presencia de agentes infecciosos, enfermedades crónicas inflamatorias o autoinmunes, los traumatismos físicos o psicológicos, en un alto porcentaje de los enfermos aunque las investigaciones no han podido encontrar una alteración única

Según los criterios del Colegio Americano de Reumatología, la FM queda definida como un trastorno en que aparece dolor generalizado (por encima y por debajo de la cintura) de más de tres meses de duración, dolor esquelético axial y existencia de entre 11 y 18 puntos de palpación dolorosos.^{vii} Además de estos criterios debe haber ausencia de otras enfermedades que pudieran ser la causa del dolor. En cuanto a los puntos dolorosos, estos se encuentran en zonas anatómicas bien delimitadas, localizadas y clasificadas y corresponden a las áreas más sensibles del organismo para estímulos mecánicos o de umbral más bajo.(Anexo 1)

Recientemente se han publicado los nuevos criterios del Colegio Americano de Reumatología en los que la palpación de los puntos sensibles deja de tener relevancia y se tienen en cuenta una serie de síntomas hasta ahora no considerados. Además, adicionalmente se emplean dos escalas: un índice de dolor generalizado (Widespread Pain Index; WPI) y un índice de gravedad de síntomas (Symptom severity Score; SS Score). Estos criterios valoran la sintomatología relativa a la última semana aunque se haya estado tomando medicación^{viii}

El fuerte impacto en la calidad de vida y las consecuencias que produce esta enfermedad han sido objeto de estudio^{ix}. La incapacidad a nivel físico, laboral, familiar y social provoca una interferencia en las actividades diarias. Así pues, el deterioro del entorno que rodea al paciente contribuye al empeoramiento de las manifestaciones clínicas. De tal modo que considerando el aspecto general de la calidad de vida, la FM es una de las enfermedades con peores índices de calidad de vida percibida por la salud.^x ¹⁰ El decrecimiento de la capacidad funcional, dolor, los síntomas de fatiga y la pérdida de función de causa subjetiva, incapacidad de trabajar y en consecuencia la afectación al ingreso familiar se refleja en la calidad de vida.^{xi}

El FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire), validado en español, constituye

hasta el momento, el único instrumento específico para evaluar a los pacientes con FM. Evalúa el impacto de la FM en la capacidad física, la posibilidad de realizar el trabajo habitual y, en el caso de realizar una actividad laboral remunerada, el grado en el que la FM ha afectado esta actividad así como ítems subjetivos de dolor, fatiga, sensación de cansancio y rigidez y con el estado emocional (ansiedad y depresión).^{xii} El FIQ evalúa el estado, progresión y pronóstico de pacientes con FM midiendo los aspectos del estado de salud actual que se consideran más afectados por esta enfermedad. El puntaje máximo es de 100 y a mayor puntaje mayor impacto de la enfermedad en el individuo^{xiii-xiv}

El tratamiento eficaz de la FM depende de la correcta utilización de agentes farmacológicos, aunque resultan más efectivos cuando se asocian a otras modalidades terapéuticas, tales como la intervención cognitivo-conductual, el ejercicio físico y la terapia ocupacional.^{xv} Existen estudios contrastados donde se incide en calificar el tratamiento multidisciplinar de estos pacientes como una opción muy válida ya que consiguen mejoras en la calidad de vida y en la adaptación psicológica de los pacientes de forma muy importante, sobre todo a medio y largo plazo.^{xvi-xvii} En los últimos años, resulta fundamental el abordaje multidisciplinar en contraposición a un abordaje biomédico tradicional, dada la enorme complejidad que suelen presentar estos pacientes,^{xviii} tal y como intentaremos dar respuesta a lo largo de este trabajo, ya que la terapia ocupacional como disciplina sociosanitaria posee un papel fundamental de mejora en la calidad de vida en el tratamiento multidisciplinar de personas con FM.

La Terapia Ocupacional es la disciplina sociosanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa. El Terapeuta Ocupacional utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes

necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración".^{xix}

De este modo, el papel que desempeña la Terapia Ocupacional como tratamiento coadyuvante es vital para la mejora de la calidad de vida de estas personas, ya que guiará al paciente a lo largo de la enfermedad para que pueda adaptarse a todas las situaciones. Las estrategias para adaptarse a la enfermedad y a la reeducación de la capacidad para desarrollar todas las actividades previas, pasa por entender la necesidad de establecer patrones y hábitos de desempeño en los que existan descansos e interrupciones entre las actividades, se dedique más tiempo a la realización de las mismas y en las que el grado de autoexigencia disminuya considerablemente. Sin embargo, en estos pacientes, cuando el dolor llega a ser un problema que logra interferir en áreas como el trabajo, la familia y las actividades cotidianas, la persona con FM puede entrar en un círculo vicioso del que siente que no puede salir. Además la realización de una actividad no depende únicamente de poseer determinados conocimientos y habilidades, sino que es necesaria la disposición, la motivación y el despliegue de la energía necesaria para alcanzar los objetivos propuestos. La terapia ocupacional abordará la FM desde diferentes aspectos que ayudaran a la persona a reestructurar su desempeño ocupacional.

Así pues, el objetivo principal de este estudio es dar respuesta al papel de la terapia ocupacional en el tratamiento multidisciplinar, demostrar que como disciplina sociosanitaria dentro de un equipo de intervención es eficaz para mejorar la calidad de vida de las personas con FM.

1. OBJETIVOS.

- Valorar si la intervención desde terapia ocupacional mejora la calidad de vida de las personas con FM.
- Valorar la importancia de la terapia ocupacional en el equipo multidisciplinar en atención primaria.

2. HIPÓTESIS.

La intervención desde terapia ocupacional mejora la calidad de vida de pacientes con FM.

3. METODOLOGÍA: MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda bibliográfica.

Términos MESH: Fibromyalgia, Quality of life, Occupational Therapy.

Material y métodos.

1. Sala de reuniones y Biblioteca del Centro de Salud Talavera La Solana.
2. Instalaciones piscina climatizada Talavera de la Reina.
3. La Base de datos de pacientes afectados de Fibromialgia (446 pacientes) se obtuvo mediante tres vías.
 - Búsqueda de pacientes activa en el Centro de Salud - La Solana(Talavera), Centro de Salud Río Tajo (Talavera) y Centro Salud Navamorcuende.
 - Listado de pacientes posiblemente afectados de fibromialgia obtenido de base de datos Turriano aportado por la Gerencia de Atención Primaria de Talavera con los ítems según código CIE9-miositis, reumatismo no especificado, fibrositis otros trastornos de tejidos blandos y miositis no especificadas, a los cuales se les ha llamado telefónicamente a todos para objetivar los pacientes que realmente tienen Fibromialgia
 - Base de datos de la Asociación AFIBROTAR de Talavera de la Reina.

Tamaño muestral. De una población total de 446 pacientes diagnosticadas con FM se realiza una asignación aleatoria simple de 21 personas con FM.

Procedimiento de muestreo. Usando el programa EPIDAT 3.1 sobre una población en el área de salud de Talavera de la Reina (Toledo) 128.000 personas con una prevalencia de la enfermedad de FM del 2,4%^{xx} con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 7% se obtiene un tamaño muestral de 19 personas del que si sumamos una tasa de no respuesta de entrevista directa del 10% obtenemos un total de 21 personas.

Se contacto con las participantes por entrevista telefónica informándoles del tipo de estudio, de las que obtuvimos respuesta de 20 personas con FM de las cuales al finalizar el estudio quedaron 19, existiendo una pérdida durante la intervención.

Población de estudio: Mujeres con FM del área de salud de Talavera de la Reina (Toledo), de un rango de edad entre 16 a 55 años.

- **Criterios de Inclusión y Exclusión.**

Criterios de inclusión.

- Mujeres, entre 16 a 55 años.
- Que residan en el área de salud de Talavera de la Reina (Toledo).
- Que la paciente no tenga otro problema que le ocasione discapacidad intelectual o física.

Criterios de Exclusión.

1. Que no padezca otras enfermedades físicas que dificulten la intervención.
2. Que no haya sufrido en los 6 meses anteriores acontecimientos vitales importantes: pérdida de un familiar, traslado domicilio, etc.

Diseño de estudio y descripción de variables: Estudio cuantitativo analítico prospectivo longitudinal experimental con muestreo aleatorio simple, con análisis estadístico pre y post intervención, con el programa SPSS 16.0 mediante la prueba de Wilcoxon. Para poder analizar los datos, las pacientes debían haber asistido al menos a 5 de las 6 intervenciones. (Anexo 2)

Las variables que intervienen en este estudio son en su mayoría variables cualitativas ordinales, puesto que todas establecen según el FIQ una escala analógica de 0 a 10 o una descripción de categorías en orden de intensidad, exceptuando la establecida por días que con cuantitativas discretas. En las encuestas son cualitativas nominales (sí, no, no sé) y ordinales (la escala analógica). (Anexo 3)

Intervenciones: La intervención consta de seis sesiones de entre 60 y 120 minutos. De tal modo que las sesiones generales serian las siguientes (Anexo 4):

- **Sesión 1:** Presentación Terapia Ocupacional +Psicomotricidad 1. Durante esta sesión los objetivos principales que se llevaran a cabo serán dar a conocer que es la psicomotricidad y los beneficios que tiene en FM y promover la adhesión al tratamiento.
- **Sesión 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.
- **Sesión 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.
- **Sesión 4:** Psicomotricidad. 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.
- **Sesión 5:** Reestructuración del desempeño ocupacional y actividad graduada. A largo de toda la sesión se van a impartir los contenidos teóricos de las Técnicas de Organización y Administración del Tiempo e Incorporación de actividades agradables, a través de diversos ejercicios prácticos.
- **Sesión 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.

4. PRESENTACIÓN RESULTADOS.

Una vez realizada la búsqueda aleatoria sobre nuestra base de datos, obtenemos respuesta de 20 mujeres con una pérdida en la intervención, quedando 19 mujeres, con media de edad de 40 años, (rango 16-55), de las que se analizan los datos antes y después a la intervención de Terapia Ocupacional, mediante el FIQ validado en español, de las que se llega a los siguientes resultados:

Al inicio del estudio las pacientes calificaban su calidad de vida con un suspenso (4,68) y el 90% de las pacientes que participaron en el estudio consideran que el dolor les incapacita mucho o bastante.

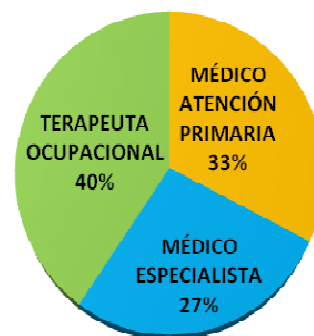
La labor del médico de atención primaria la valoran más positivamente que la del especialista dándole una diferencia de casi un punto en una escala analógica de 0 a 10, en la que el médico obtiene un 6,89 y el especialista 5,79.

El 55% consideran que la sanidad pública les ayuda, pero un 100%

considera que no cubren sus necesidades como pacientes de FM. A la pregunta de quién es la persona que más le comprende un 50% considera que la familia, 25% otro enfermo de FM y un 10% profesional sanitario.

El 60% de las pacientes afirmaban conocer poco o nada qué es la Terapia Ocupacional y el papel que desempeña en la FM y el 75% afirma que no han sido tratadas por un terapeuta ocupacional. Se realizó una valoración inicial usando el FIQ validado en español para comprobar el estado basal de las pacientes con FM antes de la intervención de Terapia Ocupacional.

CALIDAD SISTEMA SANITARIO



A la pregunta de si pudo ir a comprar el 47,4% respondieron que casi siempre, 36,8% ocasionalmente y 15,8% nunca. Después de la intervención las pacientes respondieron que el 50 % ocasionalmente, el 25% casi siempre o nunca respectivamente.

El 47,4% ocasionalmente pudo lavar la ropa usando lavadora y secadora frente al 26,3% respectivamente que consideraban que casi siempre o nunca. Tras la intervención el 41,7% considera que nunca pudo lavar la ropa, 33,3% ocasionalmente y el 25% siempre o casi siempre.

De igual modo, el 47,4% ocasionalmente prepara la comida frente al 31,6% que nunca y el 21 % que siempre o casi siempre. Después de la intervención de terapia ocupacional el 41,7% nunca prepara la comida, 33,3% ocasionalmente y el 25% siempre o casi siempre.

El 36,8% casi siempre suele lavar los platos a mano seguido del 26,3% que siempre los lava, 21,1% ocasionalmente y el 15,8% nunca. Después de la intervención el 47,7% siempre lava los platos, 33,3% casi siempre, 16,7% ocasionalmente y el 8,3% nunca.

El 52,6% pasan la aspiradora casi siempre frente al 31,5% que ocasionalmente, nunca o no usan aspiradora. Solamente el 15,8% la usan siempre. Después de la intervención el 33,33% respectivamente usaban casi siempre u ocasionalmente la aspiradora, 25% siempre y el 8,3% nunca.

Más de la mitad de las pacientes con FM nunca hacen las camas con un 52,6% frente al 26,3% que siempre las hacen, 21,1% que ocasionalmente. Tras la intervención el 58,3% nunca hacen la cama frente al 25% que casi siempre y el 16,7 que ocasionalmente.

El 42,1% casi siempre puede caminar varios centenares de metros frente al 31,6% que puede ocasionalmente, el 15,8% nunca y el 10,5% siempre. Después de la intervención el 33,3% respectivamente puede caminar casi

siempre o nunca, 25% ocasionalmente y el 8,3% siempre.

El 57,9% casi siempre visita a amigos y parientes, 26,3% ocasionalmente, el 10,5% siempre y 5,3% nunca. Tras la intervención todas las pacientes obtuvieron un 33,3% respectivamente en casi siempre, ocasionalmente o nunca visitaban amigos.

El 36,8% siempre cuida del jardín en su domicilio, el 31,6% no tienen jardín, el 21,1% casi siempre y 5,3% ocasionalmente. Después de la intervención el 66,7% siempre cuida del jardín, 25% casi siempre y el 8,3% nunca.

El 42,1% nunca conduce el coche frente al 26,3% que siempre conduce, el 21,1% ocasionalmente y el 5,3% respectivamente casi siempre o no disponen de permiso de conducir. Después de la intervención el 41,7% nunca conduce, 25% ocasionalmente y el 16,7% respectivamente siempre o casi siempre.

El 57,9% puede casi siempre subir escaleras, 31,6% ocasionalmente o nunca y el 10,5% siempre. Después de la intervención el 41,7% ocasionalmente puede subir escaleras, 33% siempre y el 25% nunca.

Todas las pacientes consideran que los días que se sintieron bien ronda entre los 0 siendo ninguno, hasta máximo de tres días. El 42,1% se sintió bien dos días, 36,8% ninguno y el 15,8% un día y el 5,3% tres días. Tras la intervención de terapia ocupacional los días que se sintieron bien ronda entre un día y 5 días, siendo el 41,7% los que se sintieron bien tres días, 16,7% respectivamente que se sintieron bien 5, 4, 2 días o 1 día.

El 31,6% están en situación de baja laboral por su enfermedad, frente al 21,1% por otras causas como paro, esporádico etc., y el 31,6% que no perdió ningún día o uno. Después de la intervención el 33,3% no perdió ningún día de trabajo frente al 25% respectivamente que se encuentran en situación de baja laboral o

paro.

El 63,3% considera que el dolor y los síntomas le incapacitan a su capacidad de trabajar, lo puntúan de 6,7 a 9 en la escala analógica. Tras la intervención el 41,7% valora de 8, frente al 16,7% que valora de 5 y 7 en una escala analógica de 0 a 10.

El 63,2% considera que su dolor estuvo entre el 8 y 9 respectivamente. Siendo la mínima 6 y máxima 10. Después de la intervención estos niveles disminuyeron estando el 41,7% en un 8 en la escala analógica y un 25% en un 7. Además de un 8,3% en valores menores de 5.

El 52,6% considera que se sintió cansado en un rango de 9 frente al 31,6% que considera que 10. Tras la intervención el nivel de cansancio se encontraba en un 8,9 o 10 en el 75% de las pacientes siendo 25% respectivamente ambas puntuaciones y el 8,3% en 5 o 6 respectivamente en la escala analógica.

El 47,4% puntúa de 9 en cómo se ha sentido al levantarse por la mañanas, frente al 26,3% que puntúan 10 y el 15,8% valora de 8. Tras la intervención el 33,3% puntúa un 9 frente al 25% que valora en 6, el 16,7% en 8 y el 8,3% en 5.

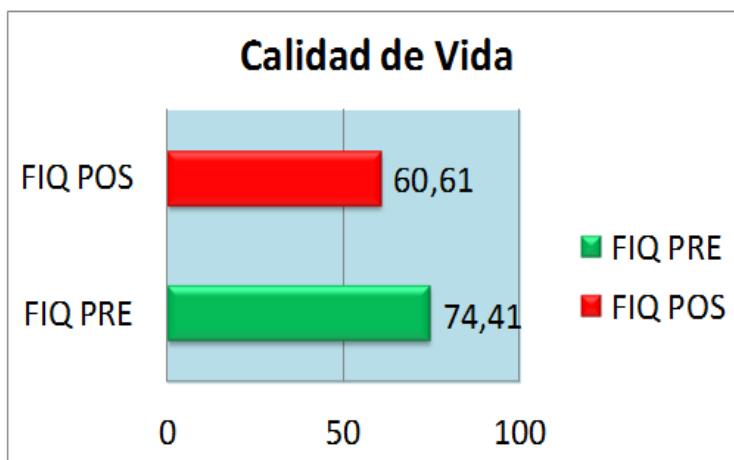
El 63,2% puntúa entre 8 y 9 el sentirse agarrotado, 15,8% puntúan 10 y 6 respectivamente. Después de la intervención el nivel de agarrotamiento disminuyó en dos puntos siendo de 6 en el 41,7% y de 8 en el 33,3%. Además de un 8,3% respectivamente que valora en 5, 7 o 10.

El 57,9% consideran que se sintieron tensas, nerviosas o ansiosas y lo puntúan en un 8, 31,6% puntúan en 9 y el 10,5% en 10. Después de la intervención el 33,3% puntúa en 6, el 16,7% respectivamente valora en 2 o 7 según la escala analógica.

El 31,6% se ha sentido deprimido o triste en una valoración de 8, el 21,1% en

6 y el 15,8% en 9. Tras la intervención llevada a cabo, la valoración en la escala analógica disminuye un punto de tal modo que el 33,3% puntúa en 7 y el 16,7% respectivamente en 2 y 5. Existiendo también algunas porcentajes menores de 8,3% que puntúan en 6, 8,9 y 10.

En el **apartado 1** la diferencia entre la valoración inicial pre intervención y post intervención no es estadísticamente significativa, pero se observan una mejoría general en cada uno de estos ítems, haciendo especial hincapié en el ítem de cuidar el jardín. En el **apartado 2**, a la pregunta de cuantos días perdió de trabajo por la enfermedad no se observa significación estadística pero si se observa esta diferencia en la pregunta de cuantos días se sintió bien antes y después de la intervención desde terapia ocupacional que posee un valor estadísticamente significativo de 0,004 y una z (-2,871). En los **apartados del 4 al 10**, se observa una diferencia estadísticamente significativa en las preguntas de hasta qué punto ha sentido dolor siendo de 0,018, hasta qué punto se ha sentido cansado con valor significativo de 0,026, hasta qué punto se ha sentido agarrotado con un valor estadísticamente notable de 0,010 y en la pregunta de hasta qué punto se ha sentido tenso o nervioso con un valor de 0,07 de diferencia estadísticamente significativa entre la valoración pre y post intervención.



La calidad de vida (CDV) inicial del grupo de estudio era de un mínimo de 63,0 y máximo 93,8 por lo que se encontraban según el FIQ en una afectación vital moderada (entre 50-75) a grave(>75).

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 de un FIQ de moderado a leve. La Comparación de la CVD pre y post intervención en pacientes mujeres entre 16-55 años con FM se observa en la gráfica de CDV. Por lo que en cuanto al resultado total de FIQ pre y post se ha obtenido una Z de -3,0598(a) con una diferencia significativa de 0,02.

	Total FIQ POS._1 - Total FIQ PRE.
Z	-3,059(a)
Sig. asintót. (bilateral)	,002

5. DISCUSIÓN.

La FM es una enfermedad crónica en la cual se hace necesario un abordaje más cercano y personalizado que el que actualmente están recibiendo los pacientes. Existen estudios en los cuales se manifiesta que el mero tratamiento farmacológico no obtiene resultados esperados, por lo que cada vez con más frecuencia se ofertan tratamientos alternativos, solos o en combinación, desde un enfoque biopsicosocial de la enfermedad.^{xxi}

Resulta fundamental el abordaje multidisciplinar en contraposición a un abordaje biomédico tradicional, dada la enorme complejidad que suelen presentar estos pacientes.^{xxii} Por lo que desde este estudio se ha dado soluciones a problemas que son inducidos y aumentados por el propio pensamiento de la persona con FM y a conocer los límites de su cuerpo para el afrontamiento y control del dolor, si conozco mi cuerpo se cómo actuar ante situaciones desafiantes a mis capacidades. Además de estrategias del uso eficiente del cuerpo para el ahorro energético, evitar la aparición de la fatiga y promover la realización de actividades graduadas. Cuando una persona adulta joven es diagnosticada con FM abandona muchos de sus roles, hábitos y

actividades cotidianas que antes desempeñaba, bien sea porque no saber afrontar la situación o por las limitaciones que supone el dolor. Se producen dos situaciones contrarias la sobreactividad o la evitación de la misma si esta provoca o aumenta el dolor. Por eso lo primero que hay que enseñar es a convivir con el dolor y controlar los picos de la enfermedad, conocer las capacidades y limitaciones, graduar la actividad sin llegar al sobreesfuerzo y evitar que así aparezca la fatiga y se acentúe el dolor.

Los pacientes con FM sufren una importante disminución de su calidad de vida, debido a su sintomatología más incapacitante, insomnio, ansiedad-depresión, astenia y dolor.^{xxiii} Así pues, el estado basal de las pacientes antes de la intervención llevado a cabo mediante el FIQ refería que el dolor era de muy incapacitante, alto nivel de cansancio, agarrotamiento matutino y depresión-ansiedad³, puntuando en una escala analógica entre 8 y 10. En cuanto a la situación laboral previa referían que entre ninguno o un máximo de tres días se sentían bien, por lo que un 31,6% estaban en situación de baja laboral por la enfermedad.

Tras la intervención en la que enseñaron técnicas de simplificación del trabajo y ahorro energético para así reestructurar el desempeño ocupacional y facilitar la realización de actividades de vida diaria se observaron mejorías en los niveles de días de sentirse bien, pérdida de días laborales y en la realización de actividades de forma eficiente y segura para ellas. En cuanto a la sintomatología, las puntuaciones ante el dolor, la fatiga, el agarrotamiento matutino y la ansiedad-depresión habían disminuido en la escala analógica en 1 o 2 puntos siendo la variabilidad de 7 a 9 es la escala analógica de 0-10.

La repercusión a nivel funcional y ocupacional de los pacientes afectados por FM es tal que en varios estudios se ha observado que la calidad de vida es significativamente peor que la de otros pacientes con enfermedades graves e incapacitantes, como la artritis reumatoide^{xxiv,xxv}. Además, los altos niveles de

ansiedad y depresión, propios de condiciones de dolor crónico, desencadenan una grave disfunción social y ocupacional^{xxvi}. Así pues, desde el punto de vista ocupacional, el impacto de la FM en el desempeño de las actividades de la vida diaria es muy importante, resultando ser el dolor y la fatiga, la debilidad muscular y las alteraciones del sueño, los síntomas más frecuentes que generan mayor interferencia. Además, los pacientes con FM tienen escasa tolerancia al ejercicio físico, por lo que es frecuente la aparición de dificultades en la realización de actividades con alto requerimiento físico (domesticas o laborales).^{xxvii} De tal modo que es aquí donde radica la importancia de la terapia ocupacional de capacitar al paciente con FM que ha visto su actividad mermada por la enfermedad que reestructure de nuevo su vida y pueda tener una CDV lo más favorable posible.

Así pues, existe la evidencia científica de que la intervención desde terapia ocupacional en pacientes con FM mejora su CDV, el desempeño de actividades, habilidades y capacidades motoras, cognitivas, emocionales y psicosociales.

La FM, está formada por diversos síntomas comentados con anterioridad que afectan a diferentes disciplinas de la salud y al existir múltiples y diversos factores predisponentes, necesita de un enfoque terapéutico integral^{xxviii}, que influya sobre los diferentes sistemas que se ven comprometidos, por lo que con el solo uso farmacológico no se consigue mejoría, sino paliar los síntomas de dicha enfermedad. Pero el paciente con FM volverá a su hogar con la sensación de ineficiencia e ineficacia por parte del personal sanitario. Tal y como se observa en este estudio las pacientes puntúan a la baja al Sistema Sanitario Español dicen que les ayuda pero no cubre sus necesidades como enfermas, valoran positivamente la labor del médico en atención primaria frente a la del especialista reumatólogo pero consideran que no es suficiente puesto que el tratamiento farmacológico hasta hoy día sigue siendo ineficaz sino se complementa con otro tipo de terapias coadyuvantes^{xxix,xxx}. El sistema sanitario español evalúa el gasto de un paciente con FM en 10.000 euros anuales^{xxxi} pero no aporta soluciones posibles para evitar ese gasto, es evidente que los

medicamentos que recetan son caros pero a día de hoy sigue sin existir en hospitales, atención primaria o unidades del dolor de los mismos la figura de un terapeuta ocupacional en el tratamiento de la FM que como se ha comentado con anterioridad existe evidencia como en este estudio de la eficacia de la terapia ocupacional en la intervención con FM donde los medicamentos fallan y no cubren las necesidades de los pacientes. Es de sabido por todos que es más fácil reclamar a los enfermos el dinero que cuesta su tratamiento farmacológico, aunque ineficaz, pero es más difícil abrir demasiado el campo a que entren otros profesionales igual de validos que los médicos dentro de un equipo multidisciplinar para la intervención en FM ya sean terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, o psicólogos, si todos pensáramos en los enfermos y en su bienestar, y se invirtiese ese dinero en sueldos para profesionales sanitarios cualificados que cubriesen las necesidades de estos pacientes con FM se solucionarían muchos de los debates monetarios referente al gasto en medicación de estos pacientes puesto que no cubren las necesidades y seria una terapia coadyuvante eficaz en la intervención con pacientes con FM.

En algunos estudios se ha demostrado la eficacia del tratamiento interdisciplinar en los pacientes con FM, en los cuales se observan mejorías significativas en su estado general de salud.^{1,xxxii-xxxiii}

De este modo la terapia ocupacional como disciplina sociosanitaria cumple un papel de vital importancia para el tratamiento de estas pacientes con FM, tal y como se ha comprobado en este estudio la intervención desde terapia ocupacional es significativamente estadística mejorando así la CDV de las pacientes con FM. La terapia ocupacional da resultados positivos y favorables para estos pacientes. Así pues, el abordaje multidisciplinar sería imprescindible la figura de un terapeuta ocupacional, ya que los terapeutas ocupacionales son los únicos profesionales capacitados para la reestructuración del desempeño ocupacional de las personas en relaciones a sus actividades de la vida diaria dentro de su contexto físico, social y cultural.

Antes de la intervención, el 60% afirmaban conocer poco o nada que era la terapia ocupacional y el 75% afirmaban que no habían sido tratadas por un terapeuta ocupacional. Al finalizar la intervención, el 100% de las pacientes con FM ve imprescindible en su tratamiento el papel del terapeuta ocupacional y lo solicitan como figura dentro de un equipo rehabilitador en Atención Primaria.

La adhesión terapéutica es esencial en la FM y aun sigue siendo una materia pendiente³¹. En la mayoría de las ocasiones estas pacientes llevan un tratamiento múltiple que combina diversos tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (ejercicio, dieta, asociaciones), pero son incapaces de realizar una asistencia continuada a dichos tratamientos por desgana o por rendimiento ante la enfermedad. Las pacientes con FM tienen una capacidad de lucha para mejora de sus propios intereses como enfermas crónicas pero en muchas ocasiones ese interés por mejorar se pierde en los tratamientos puesto que cesan prematuramente de toda intervención ya sea farmacológica o no farmacológica. Considero que debe de ser un tema a tratar puesto que si no se soluciona este punto el conocimiento sobre la enfermedad no avanzará y quedará estancado.

Posibilidad de trabajo de terapia ocupacional con pacientes con FM, en los últimos años en nuestro país ha existido un auge del diagnóstico de esta enfermedad y de este modo la creación de Unidades del Dolor o de FM en las que se ven incluidas, tales son los casos de por ejemplo de la Unidad del Dolor de Talavera de la Reina(Toledo), Barcelona o la Unidad de Fibromialgia de la Universidad Rey Juan Carlos(Madrid), donde se llevan a cabo estudios de investigación multidisciplinarios y la evaluación y tratamiento de los pacientes con FM.

Con este estudio se pretende contribuir a la evidencia existente de que la terapia ocupacional mejora la CDV de las pacientes con FM y debería de formar parte de un equipo multidisciplinar en el tratamiento.

6. CONCLUSIONES.

- La intervención desde terapia ocupacional mejora la calidad de vida de mujeres con FM.
- Los pacientes con FM presentan graves problemas de adherencia a los tratamientos, por lo que demandan asistencia pero no poseen compromiso para la mejoría en su estado de salud general.
- Importancia de un abordaje multidisciplinar en la que se incluya terapia ocupacional con pacientes con FM es primordial para la mejoría de la sintomatología y estado general de salud de las mismas.

7. DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Para evitar un posible sesgo de selección, en el grupo de estudio he realizado una muestra única del Área de Salud de Talavera de la Reina(Toledo), y posteriormente hacer la asignación aleatoria.

Los pacientes se les citaron por teléfono para una presentación de la intervención desde terapia ocupacional. Dificultad en realizar el cuestionario debido a que te detallaban todos los problemas de su día a día en cada ítem y la adherencia al tratamiento, como se ha comentado con anterioridad, habiendo perdido una paciente en el transcurso del estudio.

8. ASPECTOS ÉTICOS.

A todos los usuarios que participaron en el estudio se les pidió consentimiento informado verbal. Se respetará la ley de protección de datos mediante la **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal** (BOE núm. 298, de 14-12-1999, pp. 43088-43099). Se respetará el anonimato y la privacidad de los sujetos que participen en este proyecto.

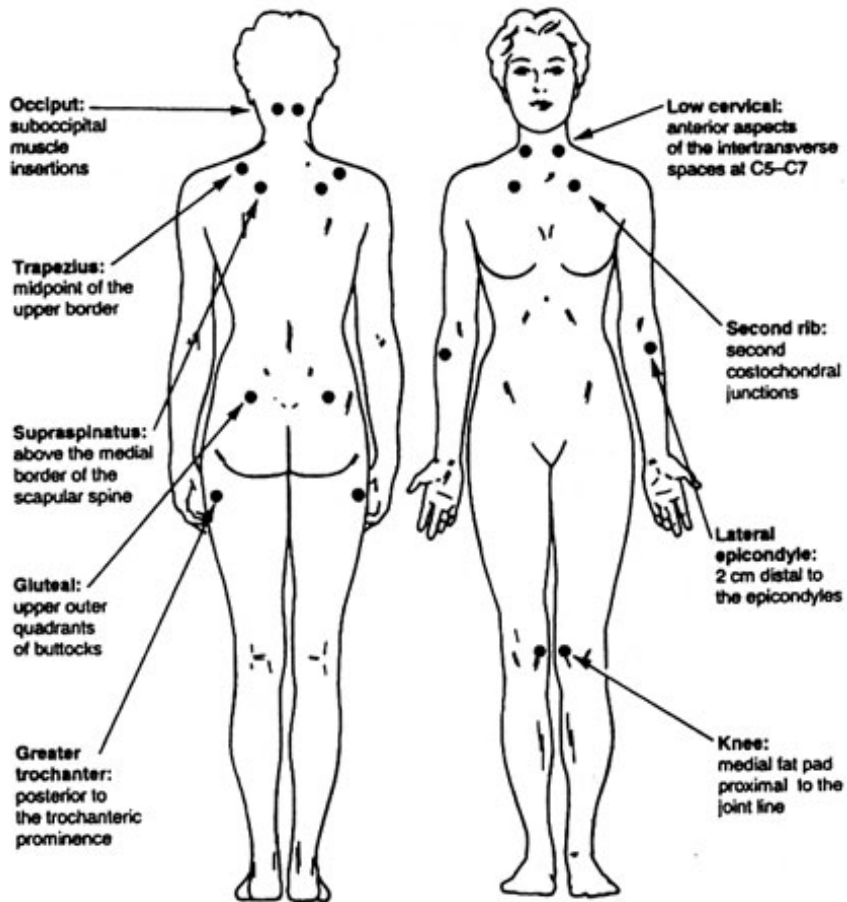
Bibliografía

- i. 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>
- ii. Merayo-Alonso LA, Cano-García FJ, Rodríguez-Franco L, Ariza-Ariza R, Navarro-Sarabia F. Un acercamiento bibliométrico a la investigación en fibromialgia [A bibliometric approach to research into fibromyalgia], *Clinic Rheum*, 2007 ; 3, (2):55-62.
- iii. Williams DA, Schilling S. Advances in the assessment of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am*. 2009;**35**:339-357.
- iv. Buskila D. Genetics of chronic pain states. *Best Pract Res Clin Rheumatol*.2007; 21: 535-47.
- v. Price DD, Staud R . Neurobiology of fibromyalgia síndrome. *J Rheumatol*,2005;75 (supl.); 22-8.
- vi. Carmona L, Ballina FJ, Gabriel R, Lafton A, EPISER study group. The burden of musculo skeletal diseases in the general population of Spain: results from a nationwide study.*Ann Rheum Dis* 2001; 60:1040-5.
- vii. Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Navarro-Artieda R, Rejas-Gutierrez J. Use of resources and costs profile in patients with fibromyalgia or generalized anxiety disorder in primary care settings. *Aten Primaria* 2009;41;77-84.
- viii. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS et al. The American college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum*.1990;33: 160-172. doi: 10.1002/art.1780330203
- ix. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS et al. Fibromyalgia Criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: A modification of the ACR preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol*. June 1. 2011; 38 (6); 1113-1122.
- x. Cigarán M. Regulación de la actividad y adaptación social y ocupacional. En Peñacoba, C. Fibromialgia y promoción de la salud. Herramientas de intervención psicosocial. Madrid Dykinson; 2011. 299-344.
- xi. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. Fibromyalgia and quality of life: a comparative analysis. *J Rheumatol*.1993; 20: 475 -9.
- xii. Souza Cardoso F, Curtolo M, Natour J, Lombardi Júnior, I. Assessment of quality of life, muscle strength and functional capacity in women with FM. *Rev Bras Reumatol*. 2011; 51(4):338-50
- xiii. Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández-Ballart F. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol*. 2004;31(9):507-13
- xiv. García R, Guarín C, Caballero CV, et al. Validación de la versión al español del Fibromyalgia Impact Questionnaire. (FIQ/S). *Rev Col Reumatol*.2003; 10: 218-225.
- xv. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. *J Rheumatol*. 1991; 18:728-733.
- xvi. Perrot S, Dumont D, Guillemin F, Pouchot J, Coste J; Frenach Group for quality of life research. Quality of life in women with fibromyalgia syndrome: validation of the QIF, French version of the fibromyalgia impact questionnaire. *J Rheumatol* 2003;30:1054-1059.
- xvii. 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.
- xviii. Gelman SM, Lera S, Caballero F, López MJ. Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Rev Esp Reumatol* 2002; 29, 7: 323-9.
- xix. Collado A, Torres A, Arias A, Cerdá D, Vilarrasa R, Valdés M, et al. Descripción de la eficacia del tratamiento multidisciplinar del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:401-5.
- xx. Bennett RM, Multidisciplinary group programs to treat fibromyalgia patients. *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22:351-66.
- xxi. Rossy L A, Buckelew S P, Dorr N, et al. A metaanalysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Rehav Med* 1999; 21:180-91.
- xxii. Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Monsalve V, Bayona MJ, de Andrés J. Fibromyalgia: diagnosis and treatment. *Current knowledge. Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 430-443.
- xxiii. [Asociación Profesional Española de terapeutas ocupacionales (APETO)]. [Internet] [actualizada el 23 Julio de 2012; acceso 20 enero de 2012] [<http://apeto.com/>] [Sede Web]
- xxiv. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Monografía. Disponible en URL [fecha de acceso 15 de febrero de 2011]: <http://www.ser.es/proyectos/episer/resultados.html>.
- xxv. Collado A, Torres X, Arias A, Ruiz-López R, Muñoz-Gómez J. Multidisciplinary therapy for patients with chronic pain on sick leave. *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11: 203-209.
- xxvi. Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Monsalve V, Bayona MJ, de Andrés J. Fibromyalgia: diagnosis and treatment. *Current knowledge. Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 430-443.
- xxvii. Häuser W, et al. Intensity of limb pain and fatigue in fibromyalgia syndrome, depressive disorders and chronic back pain. A criterion for differentiation. *Schmerz. Jun* 2009;23(3):267-74.
- xxviii. Merayo-Alonso L.A Cano-García F. J. Rodríguez-Franco L. Ariza-Ariza R. Navarro-Sarabia F. Un acercamiento bibliométrico a la investigación en fibromialgia [A bibliometric approach to research into fibromyalgia], *Clinic Rheum*, 2007 ; 3, (2):55-62.
- xxix. Soro Y, González J. Impacto en calidad de vida (FIQ) en Fibromialgia en el área de salud de Talavera de la Reina. *Rev. Astur Ter Ocu.* 2011; 9,3-11.
- xxx. Pavoni J. Banegas, V. Pueyrredón, J. Salvat F. Interdisciplina en dolor crónico: Cambios en el desempeño ocupacional. *J Neurol Neurosurg Psiquiatria.* 2008; 15(2):11-18.
- xxxi. Amaro T, Martín M. Anton-Soler, Granados, J. Fibromialgia: Estudio de la calidad de vida antes y después de un tratamiento psicológico. *C. Med. Picosom.* 2006; 79-80.
- xxxii. Peñacoba C. Intervención psicológica en personas con fibromialgia. *InfoCOP.* [acceso 23 Enero 2012]; [En línea]: https://www.cop.es/infocop/pdf/17_11.pdf: 15-20
- xxxiii. Rivera J, Alegre C, Nishishinya MB, Pereda CA. Evidencias terapéuticas en fibromialgia. *Reumatol Clin.* 2006; 2 suplemento 1:S34-7.

- xxxiv. Alegre de Miquel C, García-Campayo J, Tomás Flórez M, Gómez Argüelles JM, Blanco Tarrío E, Gobbo Montoya M, et al. Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. Actas Esp Psiquiatr. 2010; 38(2):108-21.
- xxxv. Rivera J. La fibromyalgia provoca un gasto de 10.000 euros por paciente al año. Rev Soc Espa Dolor 2009;16(7):417-418.
- xxxvi. Campbell SM. Group treatment of fibromyalgia: A 6-month outpatient program. Rheum. 1996; 23:521-528.
- xxxvii. Collado Cruz A, Torres i Mata X, Arias i Gassol A, Cerdà Gabaroi D, Vilarrasa R, Valdés Miyar M et al . Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. Clin Med, 2001; 117;401-5.
- xxxviii. Nielson WR, Merskey H. Psychosocial aspects of fibromyalgia. Curr Pain Headache Rep.2001; 5: 330-7.
- xxxix. Gelman SM. Lera S, Caballero F, López MJ. Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. Rev Esp Reumatol 2002; 29, 7: 323-9.
- xl. Worrel LM, Lois BA, Krahn MD, Christopher D, Sletten PHD. Gregory R. Treating fibromyalgia with brief interdisciplinary program: Initial outcomes and predictors of response. Mayo clinic procedures. 2001; 76, 384-390.

Anexo 1: Puntos Gatillo de Diagnóstico de la fibromialgia.



Fibromyalgia Tender Points

General locations of the 18 tender points that make up the criteria for identifying fibromyalgia.

Anexo 2: FIQ

Fecha de valoración:

Sexo:

Edad:

CUESTIONARIO DE IMPACTO DE FIBROMIALGIA –FIQ-

Instrucciones: Para las preguntas 1 a 3 señale la categoría que mejor describa sus habilidades o sentimientos durante la última semana. Si Vd. Nunca ha realizado alguna actividad de las preguntadas, déjela en blanco.

Pregunta 1. ¿Usted pudo...

	Siempre	Casi siempre	Ocasionalmente	Nunca
Ir a comprar?				
Lavar la ropa usando lavadora y secadora?				
Preparar la comida?				
Lavar los platos a mano?				
Pasar la aspiradora por la alfombra?				
Hacer las camas?				
Caminar varios centenares de metros?				
Visitar amigos o parientes?				
Cuidar el jardín?				
Conducir un coche?				
Subir escaleras?				

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

0 1 2 3 4 5 6 7

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

0 1 2 3 4 5 6 7

Instrucciones: Para las preguntas 4 a 10, marque en la línea el punto que mejor indique cómo se sintió usted la última semana.

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No tuve problemas

Tuve grandes dificultades

Pregunta 5. ¿Hasta qué punto ha sentido dolor?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No he sentido dolor

He sentido dolor muy intenso

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No me he cansado/a

Me he sentido muy cansado/a

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Me he despertado descansado/a

Me he despertado muy cansado/a

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No me he sentido agarrotado

Me he sentido muy agarrotado/a

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No me he sentido nervioso

Me he sentido muy nervioso/a

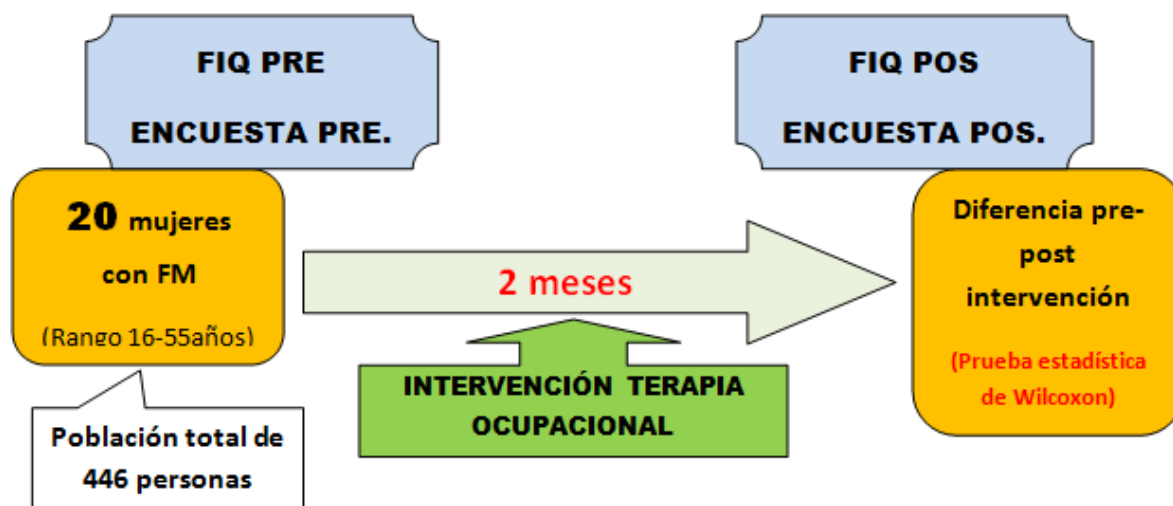
Pregunta 10. ¿Hasta qué punto se ha sentido deprimido/ o triste?

No me he sentido deprimido/a

Me he sentido muy deprimido/a

RESULTADO FINAL FIQ:

Anexo 3: Diseño del estudio



Anexo 4: Tabla de variables

VARIABLES	CUANTITATIVA / CUALITATIVA	TIPO DE VARIABLE	DESCRIPCIÓN
1. ¿Usted pudo ir a comprar?	CUALITATIVA	ORDINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre:0 • Casi siempre:1 • Ocasionalmente:2 • Nunca:3
2. Lavar la ropa con lavadora y secadora	CUALITATIVA	ORDINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre:0 • Casi siempre:1 • Ocasionalmente:2 • Nunca:3
3. Preparar la comida	CUALITATIVA	ORDINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre:0 • Casi siempre:1 • Ocasionalmente:2 • Nunca:3
4. Lavar los platos a mano	CUALITATIVA	ORDINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre:0 • Casi siempre:1 • Ocasionalmente:2 • Nunca:3
5. Pasar la aspiradora	CUALITATIVA	ORDINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre:0 • Casi siempre:1 • Ocasionalmente:2 • Nunca:3
6. Hacer las camas	CUALITATIVA	ORDINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre:0 • Casi siempre:1 • Ocasionalmente:2 • Nunca:3
7. Caminar	CUALITATIVA	ORDINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre:0 • Casi siempre:1 • Ocasionalmente:2 • Nunca:3
8. Visitar amigos o parientes	CUALITATIVA	ORDINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre:0 • Casi siempre:1 • Ocasionalmente:2 • Nunca:3
9. Cuidar el jardín	CUALITATIVA	ORDINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre:0 • Casi siempre:1 • Ocasionalmente:2 • Nunca:3 • No tiene jardín:4
10. Conducir un coche	CUALITATIVA	ORDINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre:0 • Casi siempre:1 • Ocasionalmente:2 • Nunca:3
11. Subir escaleras	CUALITATIVA	ORDINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre:0 • Casi siempre:1 • Ocasionalmente:2 • Nunca:3
12. ¿Cuántos días se sintió bien?	CUANTITATIVA	NUMÉRICA-DISCRETA	Escala analógica de 0 a 7
13. ¿Cuántos días de trabajo perdió la semana pasada?	CUANTITATIVA	NUMÉRICA-DISCRETA	Escala analógica de 0 a 7
14. ¿Cuánto le afectó el dolor o síntomas a su capacidad de trabajar?	CUALITATIVA	ORDINAL	Escala analógica de 0 a 10
15. ¿Hasta que punto ha sentido dolor?	CUALITATIVA	ORDINAL	Escala analógica de 0 a 10

16. ¿Hasta que punto se ha sentido cansado?	CUALITATIVA	ORDINAL	Escala analógica de 0 a 10
17. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por la mañana?	CUALITATIVA	ORDINAL	Escala analógica de 0 a 10
18. ¿Hasta que punto se ha sentido agarrotado?	CUALITATIVA	ORDINAL	Escala analógica de 0 a 10
19. ¿Hasta qué punto se ha sentido tensa, nerviosa o ansiosa?	CUALITATIVA	ORDINAL	Escala analógica de 0 a 10
20. ¿Hasta qué punto se ha sentido deprimido o triste?	CUALITATIVA	ORDINAL	Escala analógica de 0 a 10
Valora de 0 a 10 su calidad de vida.	CUALITATIVA	ORDINAL	Escala analógica de 0 a 10
¿Cuánto le incapacita el dolor en la realización de movimientos en su vida diaria?	CUALITATIVA	ORDINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Bastante:3 • Mucho:2 • Poco:1 • Nada:0
¿Conoce qué es la Terapia Ocupacional y el papel que desempeña en la fibromialgia?	CUALITATIVA	ORDINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Bastante:3 • Mucho:2 • Poco:1 • Nada:0
¿En alguna ocasión ha sido tratado desde la disciplina de Terapia Ocupacional?	CUALITATIVA	NOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Si:1 • No:0 • No sé:2
¿Considera que la sanidad pública les ayuda?	CUALITATIVA	ORDINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Bastante:3 • Mucho:2 • Poco:1 • Nada:0
Valora de 0 a 10 a su médico de cabecera.	CUALITATIVA	ORDINAL	Escala analógica de 0 a 10
Valora de 0 a 10 a su médico reumatólogo.	CUALITATIVA	ORDINAL	Escala analógica de 0 a 10

¿Quién considera que es la persona que más la comprende?	CUALITATIVA	NOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> ○ Otro enfermo de fm:1 ○ Familia:2 ○ Profesional sanitario:3 ○ Nadie:4
¿Considera que el sistema sanitario cubre todas sus necesidades?	CUALITATIVA	PREGUNTA ABIERTA	
Tras conocer qué es la Terapia ocupacional, ¿considera necesaria la intervención de un terapeuta ocupacional en su tratamiento?	CUALITATIVA	NOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Si:1 • No:0 • No sé:2
¿Cree usted que debería de haber un terapeuta ocupacional en Atención Primaria?	CUALITATIVA	NOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Si:1 • No:0 • No sé:2
Valora del 0 a 10 la intervención realizada desde la psicomotricidad en Terapia Ocupacional.	CUALITATIVA	ORDINAL	Escala analógica de 0 a 10.
¿Cree que ha mejorado su calidad de vida?	CUALITATIVA	ORDINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Bastante:3 • Mucho:2 • Poco:1 • Nada:0
¿Cree que el tratamiento ofrecido le ha mejorado? ¿Por qué?	CUALITATIVA	PREGUNTA ABIERTA	

Anexo 5: Intervenciones

ENCUESTA FIBROMILGIA

Por favor, responda con total sinceridad a las preguntas que a continuación se exponen. Dichas respuestas se tomarán con motivo de la investigación en la que usted voluntariamente ha participado con la C.E.U Talavera de la Reina de la Universidad de Castilla-La Mancha sobre la fibromialgia.

Preguntas Pre-

1. Valora de 0 a 10 su calidad de vida.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. ¿Cuánto le incapacita el dolor en la realización de movimientos en su vida diaria?

Bastante Mucho Poco Nada

3. ¿Conoce qué es la Terapia Ocupacional y el papel que desempeña en la fibromialgia?

Bastante Mucho Poco Nada

4. ¿En alguna ocasión ha sido tratado desde la disciplina de Terapia Ocupacional?

Si No No sé

5. ¿Considera que la sanidad pública les ayuda?

Bastante Mucho Poco Nada

6. Valora de 0 a 10 a su médico de cabecera.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Valora de 0 a 10 a su médico de cabecera.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Valora de 0 a 10 a su médico reumatólogo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. ¿Quién considera que es la persona que más la comprende?

4. ¿Considera que el sistema sanitario cubre todas sus necesidades?

Preguntas Pos

1. Tras conocer qué es la Terapia ocupacional, ¿considera necesaria la intervención de un terapeuta ocupacional en su tratamiento?

Si No

2. ¿Cree usted que debería de haber un terapeuta ocupacional en Atención Primaria?

Si No

3. Valora del 0 a 10 la intervención realizada desde la psicomotricidad en Terapia Ocupacional.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. ¿Cree que ha mejorado su calidad de vida?

Bastante Mucho Poco Nada

5. ¿Cree que el tratamiento ofrecido le ha mejorado? ¿por qué?

GUÍA PARA EL PACIENTE

¿Qué es la Terapia Ocupacional?

"La disciplina sociosanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa. El Terapeuta Ocupacional utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración". Asociación Profesional Española de terapeutas ocupacionales (APETO)

¿Para que ayuda el Terapeuta Ocupacional a las personas con Fibromialgia?

El terapeuta ocupacional guiara al paciente a lo largo de la enfermedad para que pueda adaptarse a todas las situaciones. Las estrategias para adaptarse a la enfermedad y a la reeducación de la capacidad para desarrollar todas las actividades previas, pasa por entender la necesidad de establecer patrones y hábitos de desempeño en los que existan descansos e interrupciones entre las actividades, se dedique mas tiempo a la realización de las mismas y en las que el grado de autoexigencia disminuya considerablemente.

Sin embargo, en el momento en que el dolor llega a ser un problema que logra interferir en áreas como el trabajo, la familia y las actividades normales y cotidianas, la persona con FM puede entrar en un círculo vicioso del que siente que no puede salir. Además la realización de una actividad no depende únicamente de poseer determinados conocimientos y habilidades, sino que es necesaria la disposición, la motivación y el despliegue de la energía necesaria para alcanzar los objetivos propuestos.

¿Qué es la psicomotricidad?

Se basa en la integración global de la persona, ya que integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad de ser y expresarse en un contexto psicosocial. Desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad.

Asi pues se puede definir la psicomotricidad como una terapia que utiliza el cuerpo como medio de expresión y relación. El termino psicomotricidad en su etimología, expresa la

unidad del cuerpo, el movimiento y el psiquismo que se influyen recíprocamente y son interdependientes.

Beneficios de la psicomotricidad en FM:

1. Conciencia del propio cuerpo estático o en movimiento.
2. Dominio del equilibrio para prevención de caídas.
3. Control de las diversas coordinaciones motoras.
4. Control de la respiración.
5. Orientación del espacio corporal.
6. Adaptación al mundo exterior.
7. Mejora de la creatividad y la expresión de una forma general.
8. Desarrollo del ritmo.
9. Mejora de la memoria.
10. Dominio de los planos horizontal y vertical.
11. Nociones de intensidad tamaño y situación.
12. Discriminación de colores, formas y tamaños.
13. Nociones de situación y orientación.
14. Organización del espacio y del tiempo.

SESIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA PACIENTES CON FIBROMIALGIA

ESTRUCTURACIÓN DE SESIONES

- ✓ **Sesión 1:** Presentación Terapia Ocupacional +Psicomotricidad 1
- ✓ **Sesión 2:** Psicomotricidad 2
- ✓ **Sesión 3:** Piscina (Psicomotricidad acuática).
- ✓ **Sesión 4:** Psicomotricidad.
- ✓ **Sesión 5:** Reestructuración del desempeño ocupacional y actividad graduada.
- ✓ **Sesión 6:** Intervención en actividades de la vida diaria y actividad física.

Cada sesión tendrá una duración aproximada de: 60 min a 120 min (según sesión).

SESIÓN 1: PRESENTACIÓN Y PSICOMOTRICIDAD

Objetivos:

- Dar a conocer que es la psicomotricidad y los beneficios que tiene en FM.
- Promover la creación de un grupo y favorecer las relaciones sociales.
- Aumentar la confianza entre ellas para favorecer la participación colectiva en las sesiones.
- Promover la adhesión al tratamiento.

Duración: 40 minutos

Lugar: Sala de centro de salud “La Solana”

Material: Sillas.

Para comenzar la sesión se seguirá un orden establecido de:

1. **Presentación** de lo que vamos a hacer. Se solicitara que traigan música que les guste.

Tiempo: 15 minutos

2. **Calentamiento** con música de todas las articulaciones del cuerpo(desde los tobillos hasta la cabeza). Seremos conscientes de los movimientos de nuestras articulaciones e iremos pensando en voz baja “estoy moviendo mi tobillo derecho”. Nota: en función de la gravedad se optara por calentamiento en silla o de pie.

Tiempo estimado: 15-20 minutos

3. Descanso. 2-3 min

4. Ejercicios:

- 4.1. **Saludos:** Nos movemos por toda la sala y suponemos que estamos en una celebración y vamos saludando a todas las de la sala, teneis que conocer de ellas lo que queráis.

4.2. Parejas.

- Por parejas vamos a andar por la sala al ritmo de la música.
- Después de la orden que de el TO se hará lo que diga, por ejemplo:
 - MANO CON MANO.
 - ESPALDA CON ESPALDA.
 - PECHO CON PECHO.
 - FRENTE CON FRENTE.

Relajación e impresiones de la sesión.(mediante respiraciones): Se plasmaran en un folio las impresiones de cada sesión. Video final: <http://www.psicomotricidad.com.ar/2011/04/indefinida-plural-documental-sobre.html>

SESIÓN 2: PSICOMOTRICIDAD

Objetivos:

- ✓ Mejorar la capacidad de adaptación a nuevas situaciones a pesar de sus restricciones.
- ✓ Favorecer las relaciones sociales.

- ✓ Contribuir a mejorar la salud, aumentando la calidad de vida.
- ✓ Promover adhesión al tratamiento.

Duración: 45 minutos.

Lugar: Sala de centro de salud “La Solana”.

Material: Sillas, pelotas

3. **Calentamiento:** con música movemos todas las articulaciones del cuerpo (desde los tobillos hasta la cabeza). Seremos conscientes de los movimientos de nuestras articulaciones e iremos pensando en voz baja “estoy moviendo mi tobillo derecho”.

Nota: en función de la gravedad se optara por calentamiento en silla o de pie.

Tiempo estimado: 15 min.

4. **Descanso:** 2-3 min

5. **Ejercicios:**

3.1. Pelota: Una primera ronda en la que cada una dice su nombre. Y a continuación una segunda ronda en la que dice el nombre de la compañera a la que se lanza la pelota.

3.2. Saludos: Nos movemos por toda la sala y suponemos que estamos en una celebración y vamos saludando a todas las de la sala, tenéis que conocer de ellas lo que queráis.

3.3. Parejas: Por parejas vamos a andar por la sala al ritmo de la música.

Después de la orden que dé el TO se hará lo que diga, por ejemplo:

- a) MANO CON MANO.
- b) BRAZO CON BRAZO.
- c) ESPALDA CON ESPALDA.
- d) PECHO CON PECHO.

e) FRENTE CON FRENTE.

Tiempo estimado: 20 min.

Nota: Descansar entre los diferentes ejercicios mientras la TO explica la siguiente actividad.

4. **Relajación:** Sentadas en una silla respirar profundamente.
5. **Impresión:** Escribir en un folio la impresiones de esta sesión.

SESIÓN 3: PSICOMOTRICIDAD ACUÁTICA

Objetivos:

- Mejorar la resistencia en contra de la gravedad.
- Promover la creación de un grupo y favorecer las relaciones sociales.
- Mejorar la fatiga para la realización de actividades de la vida diaria.
- Mejorar la praxis ideatoria e ideomotora.

Duración: 50 minutos

Lugar: Piscina

Material: Pelotas, churros de colores, colchonetas

Es necesario traer: Toalla, sandalias, gorro y bañador.

Para comenzar la sesión se seguirá un orden establecido de:

1. **Presentación** de lo que vamos a hacer. Además de dar un tiempo de adaptación al medio acuático. Tiempo: 15 minutos
2. **Calentamiento** de todas las articulaciones del cuerpo (desde los tobillos hasta la cabeza). Seremos conscientes de los movimientos de nuestras articulaciones e iremos pensando en voz baja “estoy moviendo mi tobillo derecho”.

- Carrera ligera por la piscina, para aumentar la resistencia en contra la gravedad.(Si es necesario es posible el uso de churros para favorecer la seguridad en el medio).

Tiempo estimado: 15-20 minutos

3. Descanso. 2-3 min

4. Ejercicios:

- *Ejercicio 1:* Nos organizamos en círculo usamos la pelota. Pasamos la pelota en dirección de las agujas del reloj y poco a poco vamos añadiendo otra pelota cambiando el sentido hasta llegar a 3 máximos. Tiempo estimado: 10 min
- *Ejercicio 2:* Se propone que hagan un gesto cada una y el resto de participantes deberá adivinar de que actividad se trata. El TO asignara a cada usuaria una acción y deberán ejecutarla a modo mímica para que el resto adivinen que es. ej: Planchar, barrer, servir café, abrir un bote, echar agua con una jarra, vestirse, peinarse, asearse la cara, beber de un vaso, cepillarse los dientes, leer un libro, maquillarse, comer(cortar un filete), cocinar. Tiempo estimado: 25 min

5. Relajación mediante respiración y comentar expresiones de la sesión.

SESIÓN 4: PSICOMOTRICIDAD

Objetivos:

- ✓ Favorecer las relaciones sociales.
- ✓ Mejorar la fatiga para la realización de las actividades de la vida diaria.
- ✓ Contribuir a mejorar la salud, aumentando la calidad de vida.
- ✓ Promover adhesión al tratamiento.

Duración: 45 minutos.

Lugar: Sala de centro de salud “La Solana”.

Material: Sillas.

- 6. Calentamiento:** Se comienza dando un par de vueltas en la sala, y de vuelta a la silla con música movemos todas las articulaciones del cuerpo (desde los tobillos hasta la

cabeza). Seremos conscientes de los movimientos de nuestras articulaciones e iremos pensando en voz baja “estoy moviendo mi tobillo derecho”.

Nota: en función de la gravedad se optara por calentamiento en silla o de pie.

Tiempo estimado: 15 min.

7. **Descanso:** 2-3 min

8. **Ejercicios:**

3.1. Recordando: Se hace una primera ronda de nombres y posteriormente se reparten folios en las que se escriben los nombres de las compañeras que recordamos su nombre, y por último rellenamos los huecos con otra nueva ronda de nombres.

3.2. Relacionar: Andamos por la zona, y al decir un color se hará una acción, se comenzará con una, y se irán añadiendo acciones para dificultar la actividad.

- a) Rojo = Andar con los brazos levantados.
- b) Verde = Sentarnos en nuestro sitio.
- c) Amarillo = Andar cogidas de la mano.
- d) Azul = Quedarse paradas en el sitio donde están.

Se hará una segunda ronda en la que los colores se corresponderán con otra acción.

- a) Rojo = Sentarnos en nuestro sitio.
- b) Verde = Quedarse paradas en el sitio donde están.
- c) Amarillo = Andar cogidas de la mano.
- d) Azul = Andar con los brazos levantados.

3.3. Fijándonos: continuamos con los colores, al decir un color buscaremos a una compañera que lo lleve en su ropa y nos agarraremos a ella.

3.4. Aconsejando: Nos sentaremos y empezaremos a decir una de las ayudas que utilizamos en nuestro hogar y que nos facilita nuestra vida cotidiana, sirviendo así de consejo para la demás.

Tiempo estimado: 20 min.

Nota: Descansar entre los diferentes ejercicios mientras la TO explica la siguiente actividad.

6. **Relajación**: Sentadas en una silla respirar profundamente.

7. **Impresión**: En la otra mitad del folio que tenemos escribir en un folio la impresiones de esta sesión, y que os gustaría que se aportara.

<p>SESIÓN 5: REESTRUCTURACIÓN DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL Y ACTIVIDAD GRADUADA</p>

CONTENIDOS

- A lo largo de toda la sesión se van a impartir los contenidos teóricos de las Técnicas de Organización y Administración del Tiempo e Incorporación de actividades agradables (PLANIFICIÓN DEL TIEMPO Y ACTIVIDADES AGRADABLES. PPT), a través de diversos ejercicios prácticos, bastante dinámicos que ayudarán a la adquisición de los nuevos conocimientos.
- La metodología será en todo momento altamente participativa y bidireccional. Los ejercicios serán elaborados de manera individual pero la puesta en común será grupal.
- Análisis de la actividad agradable y la forma de llevarlo a cabo. Al final de la sesión nuevamente se vuelve a insistir en la importancia de la elaboración de las tareas para casa.

Al igual que en las anteriores sesiones la metodología se llevará a través de la dinamización por parte del terapeuta incorporando a lo largo de la sesión preguntas abiertas, pequeños debates y la elaboración de los diarios de actividades.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Planificación de nuestro tiempo

TIEMPO	ACTIVIDAD	RECURSOS	OBJETIVOS
20 MIN	<ul style="list-style-type: none"> TÉCNICAS DE ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO <ol style="list-style-type: none"> Ejercicio: Evaluar a qué dedicamos nuestro tiempo. Ejercicio: Establecer prioridades. Ejercicio: Tormenta de Ideas: Objetivos a corto, medio y largo plazo. 	Papel y lápiz Guía paciente sesión 6 Planificación del tiempo y actividades agradables. Ppt Anexo objetivos tabla planificación	- A través de diversos ejercicios Aprender técnicas de organización y administración del tiempo.
10 MIN	<ul style="list-style-type: none"> PRIORIZAMOS TAREAS: CÓMO PROGRAMAR NUESTRO TIEMPO Ejercicio: Planificamos Actividades: Urgente/No urgente; Importante/No importante. 	Planificación del tiempo y actividades agradables. Ppt Anexo objetivos tabla planificación Guía paciente sesión 6	- Aprender a discernir de manera grupal entre lo Urgente y lo Importante. -Aprender a programar el tiempo disponible.
5 MIN:	<ul style="list-style-type: none"> RELACIÓN ENTRE CANSANCIO Y CALIDAD DE LA TAREA 	Planificación del tiempo y actividades agradables. Ppt Guía paciente sesión 6	-Aprender a incorporar períodos de descanso.
5 MIN:	<ul style="list-style-type: none"> TAREAS PARA CASA: 	Anexo diario de actividades	-Reforzar lo aprendido durante la

	<p>9. Diario de Actividades II: Incluyendo descansos</p> <p>10. Revisar el establecer objetivos y prioridades</p>	<p>Anexo objetivos tabla planificación</p> <p>Guía paciente sesión 6</p>	<p>sesión.</p> <p>-Motivar para la elaboración de las tareas para casa y su importancia.</p>
--	---	--	--

Actividades agradables

TIEMPO	ACTIVIDAD	RECURSOS	OBJETIVOS
10 MIN	<ul style="list-style-type: none"> SOBRE ACTIVIDADES AGRADABLES 	Planificación del tiempo y actividades agradables. ppt	
10 MIN	<ul style="list-style-type: none"> ANÁLISIS DE ACTIVIDADES AGRADABLES: ANÁLISIS DE TUS ACTIVIDADES AGRADABLES MI CALENDARIO COMPROMISO PERSONAL 	<p>Papel y bolígrafo</p> <p>Planificación del tiempo y actividades agradables.</p> <p>Anexo actividades agradables</p>	<p>-Analizar actividades agradables pasadas, presentes y futuras.</p> <p>-Comprobar qué nivel de dificultad tiene el realizarlas y la satisfacción que puede producir el volver a realizarlas.</p> <p>-Conocer diversos ejemplos de actividades agradables.</p>
10 MIN	<ul style="list-style-type: none"> TAREAS PARA CASA: INCORPORACIÓN DE ACTIVIDADES AGRADABLES AL DIARIO. 	Anexo diario de actividades	<p>-Reforzar lo aprendido durante la sesión.</p> <p>-Motivar para la elaboración de las tareas para casa y su</p>

			importancia.
--	--	--	--------------

Relajación

TIEMPO	ACTIVIDAD	RECURSOS	OBJETIVOS
15 MIN	<ul style="list-style-type: none">• RELAJACIÓN	CD relajación	

TAREAS PARA CASA

Dentro de estas tareas se encuentran el diario de actividades. A diferencia de otras sesiones integrarán en el mismo, y por tanto en su actividad diaria, descansos y actividades agradables.

Con ello, experimentarán los nuevos conceptos del rendimiento y la fatiga. Haremos hincapié en la finalidad de su incorporación y del registro de los mismos:

- Aprenderán que trabajan bajo menos cansancio si aprovechan las mejores horas de la jornada de mayor rendimiento e incluyen periodos de descanso dentro de la actividad.

Harán la lista de actividades agradables presentes, pasadas y futuras y su relación entre grado de satisfacción y dificultad:

- El *primer paso* para aumentar y recuperar el número de actividades agradables que hacían antes de su problema actual, es saber con exactitud de qué actividades estamos hablando.

Incluirán estas actividades agradables a su rutina diaria y disminuirán la incapacidad para sentir placer ante estas actividades:

- Existe una relación causal y directa entre el número de actividades agradables que realizan y la calidad de su estado de ánimo. Esta relación es tan evidente como para notar los efectos día a día.

También revisaran los objetivos y la planificación de actividades para comprobar que está adaptado a sus necesidades y características:

- Esto es la base para comprender que una buena planificación y horario disciplinado es una de las claves para obtener un resultado excelente.

A continuación tiene Ud. el Diario de Actividades. Por favor, rellénelo con las horas y actividades que realiza a lo largo del día.

Nombre y Apellidos

Día de la semana:

ACTIVIDADES AGRADABLES PASADAS		ACTIVIDADES AGRADABLES PRESENTES	ACTIVIDADES AGRADABLES FUTURAS
Actividades agradables que <i>hacías antes</i> y que <i>dejaste de hacer</i> a consecuencia del problema actual		Actividades agradables que <i>hacías y que todavía sigues haciendo</i> de forma esporádica.	Actividades agradables que <i>nunca hiciste</i> anteriormente, pero crees que si las hicieras te podrían gustar.
Hora	Actividad		

	Dificultad de realización	Nivel de satisfacción que me produce
--	----------------------------------	---

Actividades agradables pasadas		
Actividades Agradables presentes		
Actividades agradables futuras		

SESIÓN 6: INTERVENCIÓN SOBRE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

OBJETIVOS
- Reforzar positivamente la realización de las tareas para casa. -Controlar que las tareas se hayan realizado adecuadamente.
- Reforzar lo aprendido durante la sesión - Motivar la elaboración de las tareas para casa y su importancia

MATERIAL NECESARIO

- Presentación: Higiene Postural y Actividad física

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Introducción

Dentro de las actividades de la vida diaria diferenciaremos entre las básicas y las instrumentales:

Las actividades básicas de la vida diaria son definidas como aquellas actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo: bañarse, ducharse, control de esfínteres, arreglarse, masticar y tragar, comer, movilidad funcional, dispositivos para el cuidado personal, higiene personal y acicalado, actividad sexual, sueño/descanso, higiene en el inodoro.

Las actividades instrumentales de la vida diaria son las orientadas a interactuar con el entorno, que son a menudo complejas y generalmente opcionales por naturaleza: cuidado de otros, cuidado de animales domésticos y mascotas, criar a los niños, uso de dispositivos de comunicación, movilidad en la comunidad, gestiones financieras, control y mantenimiento de la salud, establecimiento y manejo del hogar, preparación de menús y limpieza, procedimientos de seguridad y respuesta de emergencia, compras.

Hemos abarcado varias actividades de la vida diaria, disponiendo diversas recomendaciones que el individuo usará o considerará adaptándolas a su caso. Se intenta disponer un amplio abanico de posibilidades para que consigamos la mayor utilidad para cada uno de los integrantes del grupo.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
--

MOVILIDAD FUNCIONAL

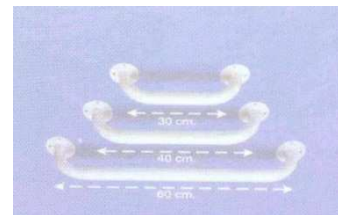
Una de las actividades básicas de la vida diaria, es la movilidad. Se entiende que la movilidad es una destreza básica para otras actividades del cuidado personal e instrumentales. Antes de la movilidad funcional es preciso mantener un buen control postural, que es la capacidad y habilidad del individuo para permanecer en la postura idónea o deseada para realizar una determinada tarea o actividad. Habitualmente es un control inconsciente y una actividad que está automatizada. Este aprendizaje lo abordaremos en esta sesión y las distintas actividades de la vida diaria y en la sesión “Higiene postural”.

Un aspecto a insistir en el paciente es que no interrumpa el uso de estas recomendaciones o pautas cuando se encuentre mejor, sino que las debe integrar en su rutina diaria de manera constante.

ASEO

- **El baño**

Si el paciente tiene dificultades debidas a una limitación en la movilidad o tiene riesgo de caída es recomendable utilizar **barras de apoyo fijas** para salir y entrar de la bañera, colocar una **alfombrilla o pegatinas antideslizantes**.



Barras de apoyo fijas

En este caso también, es mejor lavarse la parte inferior estando sentado. La mejor solución para evitar estos problemas es **eliminar la bañera y sustituirla por plato de ducha**.

También hay otras alternativas como las silla giratoria para baño, tabla... En estos casos la primera recomendación es consultar con un Terapeuta Ocupacional para que le pueda asesorar.

4. Cepillado de dientes:

Sentado, se hacen movimientos de flexoextensión de hombro y de codo evitando los movimientos a nivel de muñeca (articulación más frágil que las anteriores).



Cuando
la cara
dientes
en vez



se lave
o los
de pie,
de

flexionar la columna agachándose hay que mantener la espalda recta y las rodillas en flexión.

Usar un cepillo eléctrico

- **Cortarse las uñas de los pies:**

Sentado y el pie apoyado en una superficie más alta, evitando la máxima flexión de



Gesto recomendado cadera.



Gesto habitual

- **Secar pelo, uso del secador:**

Realizar la tarea sentado, y/o apoyando el codo sobre el lavabo para bloquear la acción del hombro.



Gesto habitual

El uso



Gesto recomendado

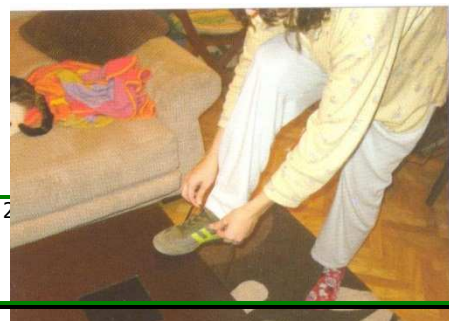
de un

secador ligero o de tubo extraíble y dirigitible que disminuye el peso a soportar por las articulaciones.

VESTIDO

Para disminuir la probabilidad de aparición de dolor o un incremento del mismo, se recomendará que si es necesario se vistan sentados, eviten forzar las articulaciones y ropa de gran peso y la realización de movimientos gruesos.

- **Atarse los cordones:**



Subir la pierna en una banqueta pequeña para mejorar el acceso a la zapatilla.

- **Coger ropa del armario**
 - Coger la ropa con ambas manos y elevar la percha, procurando evitar la desviación de las manos.
 - Barra horizontal a la altura adecuada para evitar dolor.
 - Colocar una prenda por percha. Perchas ligeras antideslizantes.
 - No cargar excesivamente los armarios de prendas para hacer movimientos con menos resistencia.
 - Colocar barras extraíbles de carga frontal.

- **Poner sujetador**
 - Atar el sujetador en la parte anterior.
 - Girarlo deslizándolo por el tronco.
 - Colocar los tirantes.
 - Abrocharlo y ponerlo posteriormente como si fuera una camiseta.
 - Podemos sustituir el sujetador por uno con cierres delanteros, con cremallera o deportivo sin cierre.

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

RECOMENDACIONES DE REPASO Y OTRAS NUEVAS A APLICAR

1. Organizar y simplificar el trabajo omitiendo los pasos innecesarios. Para ayudarte a determinarlo responde a las siguientes preguntas:
 - ¿Por qué es necesario?
 - ¿Cuánto coste energético tiene esa tarea?
 - ¿Qué pasa si la tarea no es realizada?

- Ejemplos:
 - Remojar los platos para eliminar la necesidad de frotar.
 - Permitir que los platos se sequen solos.
 - Usar sábanas que se ajustan para facilitar la hora de hacer las camas.
 - Planchar selectivamente: las toallas y las sábanas no necesitan plancharse.
- 2. Planifica con antelación: Prioriza y planifica las actividades, alterna entre tareas más pesadas y ligeras, e intercala periodos de descanso. Cuando planifiques hazte las siguientes preguntas:
 - ¿Cómo voy a hacer esta actividad?
 - ¿Cuándo es el mejor momento para hacer esta actividad?
 - ¿Puede dividirse esta actividad en pasos más pequeños, asequibles?
 - ¿Se pueden repartir las tareas entre los miembros del hogar?
- 3. Organiza el espacio para almacenar: Planifica y organiza los espacios de trabajo eliminando pasos innecesarios, ahorrarás tiempo y energía y reducirás la fatiga. Por ejemplo: Duplica los artículos que sean necesarios cerca de cada área de trabajo (unas tijeras, o un paquete de pañuelos)
- 4. Siéntate para trabajar: Estar sentado exige menos requerimientos de energía que estar de pie. Muchas actividades pueden hacerse sentado en vez de pie, como cortar verduras o planchar.
- 5. Cambiar la posición con frecuencia, tanto cuando se está trabajando como en reposo. Por ejemplo, si estamos sentados nos levantaremos cada 20 minutos para evitar contracturas.
- 6. Utilizar las articulaciones más fuertes y los músculos más largos. Por ejemplo:
 - Flexionar las rodillas y la cadera para levantar algún objeto.

- Utilizar los hombros y caderas suavemente para abrir puertas.
- Es preferible utilizar las articulaciones del codo y la mano en vez de las de los dedos.
- Utilizar los pies para cerrar cajones
- Llevar el bolso cruzado o sobre el antebrazo, así como otros objetos
- Evitar coger objetos pequeños o que requieran una fuerte agarre.
- Empujar los objetos en vez de sostenerlos o cargar con ellos.
- Repartir el peso y utilizar las dos manos para trabajar, coger y trasladar objetos, realizando movimientos rítmicos y suaves.
- Para realizar actividades como abrir frascos o limpiar superficies alternar las manos o utilizar las dos para aumentar la fuerza.
- Utilizar las palmas de las manos en lugar de los dedos.
- Transportar los objetos pesados en un carrito, tanto en casa como en la calle.

COCINA

- Elimina el desorden, quita los artículos que sean innecesarios y de uso poco frecuente de estantes y muebles altos.
- Coloca los alimentos y las cacerolas cerca del área de trabajo.
- No se deben sujetar ollas pesadas, es mejor arrastrarlas.
- Es recomendable sustituir los materiales e instrumentos de la cocina por objetos más ligeros y aprender a cogerlos con las dos manos. En el caso de objetos a temperatura ambiental, simplemente utilizando la mano no dominante como mano de apoyo y sostén inferior, y en la parte superior la mano dominante

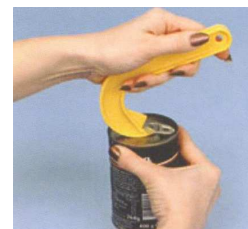
- Los objetos ligeros y que no uses de manera habitual, deberás almacenarlos por encima del hombro.
- Los objetos pesados y que no uses mucho deberás almacenarlos en el espacio que queda entre la cadera y el suelo.
- Los objetos más pesados, como las ollas, deben alcanzarse fácilmente.
- El levantamiento de objetos pesados con la muñeca flexionada favorece el dolor, y en el peor de los casos, la subluxación anterior de la articulación
- Utilice un banquillo estable para alcanzar repisas más altas.
- Algunas tareas de la actividad de cocina pueden realizarse en sedestación con el fin de evitar la fatiga y el dolor
- Deberemos evitar los giros y el levantamiento de los brazos por encima de la cabeza o por debajo de la cintura, para mantener el centro de gravedad alineado y sin desplazamientos bruscos.
- Algunas ayudas técnicas:



- Abrir botes: soporte que permite fijar el bote a una superficie y facilita la apertura de los botes con una sola mano y/o usando las dos manos



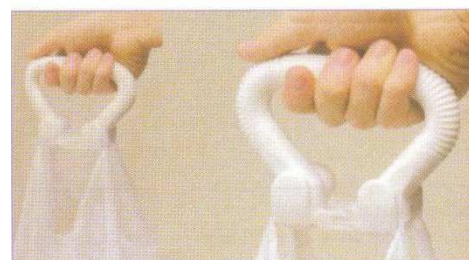
- Abrir latas: sustituir el abrelatas convencional por uno adaptado que minimice la lesión articular.



- Se adquieren en ferreterías, grandes comercios, ortopedias

COMPRAS

- Evitar usar las bolsas a favor del carrito. Este debe ser un carro preparado para llevarlo por delante de nuestro cuerpo.
- Si se llevan bolsas: evitar mantener el peso durante mucho tiempo, llevar la carga en el antebrazo y pegado al cuerpo, utilizar asa de plástico engrosadas para bolsas de tipo camiseta.
- Ayuda técnica: coge bolsas de compra en ortopedias.



PLANCHAR





- Realizar la actividad sentado
- Realizar la actividad de pie usando una banqueta para no sobrecargar la espalda.
- Usar una plancha lo más ligera posible y productos que faciliten el planchado de la ropa.
- Es imprescindible que la tabla de planchar esté a una altura adecuada para evitar el dolor: entre cintura y la cadera.



ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

- **Actividad física:** El objetivo es incentivar al paciente para el desarrollo de actividad física en el tiempo de ocio.

Al hacer cualquier ejercicio hay que tener en cuenta que:

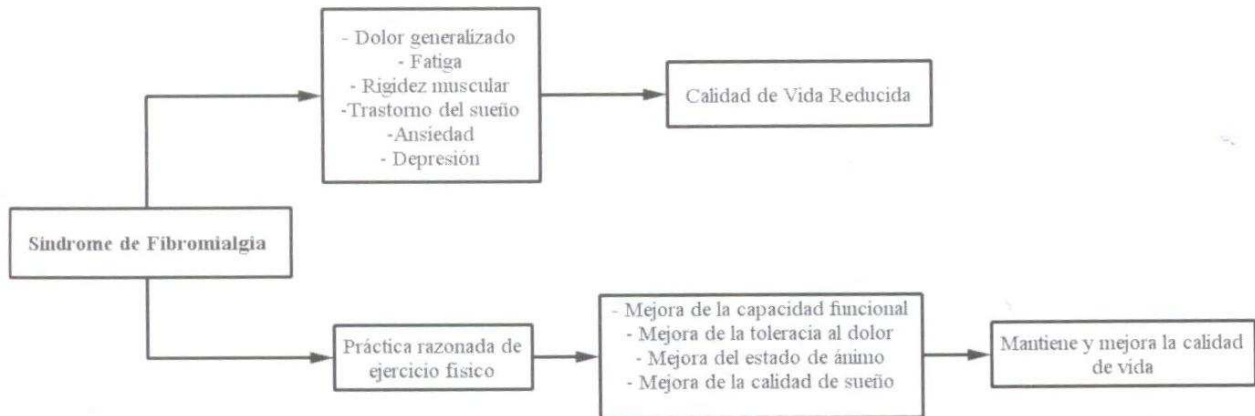
HACER EJERCICIO, AUNQUE PROVOQUE FATIGA, NUNCA DEBE PROVOCAR DOLOR.	
LOS EJERCICIOS SIEMPRE SE DEBEN REALIZAR EN UNA POSTURA ADECUADA, SOBRE TODO DE ESPALDA	
ES CONVENIENTE HACER PAUSAS ENTRE EJERCICIOS PARA EVITAR EL AGOTAMIENTO	
HAY QUE LLEVAR EL CONTROL DE LA RESPIRACIÓN	
SE DEBEN EVITAR MOVIMIENTOS EXTREMOS DE LAS ARTICULACIONES COMO LA COLUMNA, SOBRE TODO LOS QUE HACEN ENCORVAR LA ESPALDA. POR TANTO NO SE HARÁN ESFUERZOS COMO LEVANTAR Y TRANSPORTAR PESO CON LA ESPALDA ENCORVADA.	

Si debido a los síntomas dolorosos o fatiga disminuimos mucho la actividad física, nuestra capacidad física y condición física iría disminuyendo y estos síntomas dolorosos y de cansancio aparecerían progresivamente con actividades cada vez más livianas llevándonos a una progresiva pérdida de autonomía personal y otras enfermedades por desuso o desentrenamiento muscular, nervioso coordinativo y cardiovascular.

Esta prevención puede realizarse con ejercicio físico que es la realización de actividad física de forma regular o habitual, al menos tres días a la semana.

El Ejercicio físico moderado ha mostrado que ayuda a disponer de una mejor calidad de sueño, y si se vuelve a dormir mejor una parte de síntomas de dolor y cansancio se reducen.

Según los estudios la práctica de actividad física en agua caliente mejora y previene le



deterioro de diferentes aspectos, así como en la sala de actividad física en seco.

La práctica razonada de ejercicio además de mejorar la capacidad funcional del paciente mejora también la tolerancia al dolor y el estado de ánimo.

Efectos en la actividad física adecuada en personas con fibromialgia:

CAPACIDAD FÍSICA
Mejoras de la capacidad funcional como la resistencia cardiovascular
Incremento de la fuerza muscular.
Mejoras de la movilidad articular y de la flexibilidad.
Mejoras en el equilibrio y en el control postural.
ASPECTOS PSICOLÓGICOS
Reducción de los trastornos como la ansiedad y depresión
Mejoras del estado de ánimo y salud mental.
SÍNTOMAS ESPECÍFICOS.
Disminución de la rigidez muscular
Reducción del dolor corporal.

Disminución de astenia y fatiga.
Mejoras en la calidad del sueño.

Entre los ejercicios apropiados para personas con fibromialgia se puede incluir aquellos con pesas livianas, aerobio suave, flexibilidad-yoga moderados para evitar las tensiones dolorosas que pueden generarse durante las elongaciones musculares en los límites de los estiramientos.

- **Cuando estamos de viaje**

En nuestro propio coche:

- Utilizar maleta con ruedas a ambos lados de la base que permita trasladarla a un lado de nuestro cuerpo, a nuestra misma altura.
- Prevenir el dolor tomando los medicamentos que haya prescrito el facultativo antes de iniciar el viaje.
- Practicar ejercicios de relajación y respiración que ayuden a eliminar la tensión acumulada.
- La posición del asiento debe permitir que las rodillas queden en un plano más alto que las caderas y con una ligera flexión de 20º a 25º, para no sobrecargar la espalda
- Colocar una almohadilla en la zona lumbar para dar un plano de soporte adecuado a esta zona
- Apoyar la cabeza sobre el reposacabezas del asiento.
- Es aconsejable descansar cada 100 km para relajar los músculos y aliviar las tensiones generales.

En el uso del transporte público:

Tanto en autobuses trenes ya aviones, la mayor dificultad se presenta ante la incomodidad del asiento y el dolor que puede presentarse al mantener una postura incómoda durante horas.

- Elegir asientos que dispongan de más espacio (acceso a puertas, frente a descansillos, etc) aumenta la comodidad.
- El tren es el transporte público que más facilita la posibilidad de realizar pequeños desplazamientos que contrarrestan el efecto de períodos prolongados de inmovilización. Por ello, el tren es el medio de transporte de elección antes que el autobús y el coche.
- Realizar pequeños movimientos en el mismo asiento, o de pie sujetándose al asiento anterior puede ser útil para combatir el dolor.

TAREAS PARA CASA

Deben registrar que posturas inadecuadas adoptan o adoptaban durante la realización de las actividades de la vida diaria de manera que las hagan conscientes y utilicen los conocimientos aprendidos para cambiarlas.

Anexo 6: Plan estadístico y de trabajo.

	2011	2012					
TAREAS	12	1	2	3	4	5	6
Diseño estudio/ captación de pacientes							
Intervención							
Bases de datos							
Análisis resultados							
Publicación							

