



# REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



ORIGINAL

## Impacto de un programa de educación sanitaria en pacientes con fibromialgia

M.J. Mayorga Buiza\*, I. Fernández Muñoz, F. Bullón Barrera, C. Morales Muñoz, J. Herrera Silva y M. Echevarría Moreno

Servicio de Anestesiología y Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital de Valme, Sevilla, España

Recibido el 15 de enero de 2010; aceptado el 1 de abril de 2010

Disponible en Internet el 7 de julio de 2010

### PALABRAS CLAVE

Fibromialgia;  
Calidad de vida;  
Frecuentación

### Resumen

**Objetivos:** Valorar el impacto de un programa de educación sanitaria sobre la calidad de vida y sobre la frecuentación a consulta de personas con fibromialgia (FM).

**Material y método:** Evaluación clínica prospectiva de una cohorte de voluntarios ante una intervención en salud.

**Emplazamiento:** Centro de Salud Alcalá de Guadaíra A, con una cobertura poblacional de 75.000 habitantes. Se constituyó el grupo poblacional sobre la base del número de pacientes diagnosticadas de FM por el reumatólogo o el internista de la zona, según los criterios del American College of Rheumatology de 1990 que consultaron en nuestro centro a causa de su enfermedad en el último año, excluyendo aquellas que padecieran enfermedades reumatológicas graves. Se cumplimentó un protocolo de valoración clínica; para la evaluación de la calidad de vida se utilizó el Fibromyalgia Impact Questionnaire, versión española (SFIQ). Para la percepción de apoyo social (Medical Outcome Study) y para la valoración de síntomas ansiosos depresivos se utilizó la escala de ansiedad y depresión de Golberg. Se registraron datos demográficos, aspectos laborales, tipo de sensación, número de visitas en el último año a consulta por este motivo, patología coadyuvante, y tipo y número de fármacos consumidos.

Posteriormente a la recogida de datos se distribuyó la muestra aleatoriamente en grupos de intervención; se le realizaron, durante 6 meses, cuatro sesiones/mes de educación sanitaria de una hora de duración cada una y en intervalos de una semana. Para ello se dividió a las participantes en 6 grupos de 12. El contenido de las sesiones fue el siguiente: a) información general de la enfermedad; b) medidas fisicorrehabilitadoras/ejercicio físico e higiene postural, y c) técnicas de relajación (se utilizó la técnica de Jacobson).

Al mes de la intervención se volvió a administrar el SFIQ a todas las participantes del estudio. También medimos síntomas de ansiedad/depresión según la escala de ansiedad y depresión de Golberg. Recogimos la frecuentación durante un año después de la intervención.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mayorgamj@hotmail.com (M.J. Mayorga Buiza).

**Resultados:** En nuestro centro de salud estaban diagnosticadas de FM 114 pacientes; todas mujeres, con una media de edad de 43,05 años. Las pacientes eran amas de casa en un 70% y no tenían hábitos tóxicos. Un 86,8% tomaba antiinflamatorios y/o analgésicos de forma habitual, el 74,6% tomaba antidepressivos, el 77% tomaba ansiolíticos y un 25% tomaba 3 o más fármacos de forma simultánea. En su mayoría, el 89% no realizaba ejercicio de forma habitual. Los principales síntomas referidos fueron cervicalgia, dolor de espalda y trastornos del sueño en un 86%. La depresión fue la comorbilidad más frecuentemente encontrada (86%), seguida de la ansiedad (82%), la hipertensión arterial (64%) y la diabetes mellitus (43%). La puntuación media del SFIQ fue de 52,51. La mitad de ellas contaba con una buena red de apoyo social, careciendo totalmente de ella 3 pacientes. La media de frecuentación era de 18,53 visitas/año.

Tras la intervención, encontramos una disminución en el puntaje del SFIQ ( $p < 0,005$ ) y una reducción de hasta un 60% del número de visitas médicas por este motivo ( $p < 0,005$ ). Hubo una notable mejoría en cuanto a los síntomas ansiosos y depresivos ( $p < 0,005$ ).

**Conclusiones:** La educación sanitaria en pacientes con FM modifica su percepción de calidad de vida. Aumenta su conocimiento sobre la enfermedad, disminuyendo su dependencia de los servicios sanitarios. Existe además una tendencia a disminuir los niveles de ansiedad y depresión.

© 2010 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Fibromyalgia;  
Quality of life;  
Frequency of clinic  
visits

## Impact of a health education program on patients with fibromyalgia

### Abstract

**Objectives:** To assess the impact of a health education program on the quality of life and frequency of clinic visits on patients with fibromyalgia (FM).

**Material and method:** A prospective clinical study on a volunteer cohort before a health intervention.

**Setting:** Health Centre A Alcalá de Guadaíra, Seville, Spain, which covers a population of 75,000 inhabitants. The population group was based on the number of patients diagnosed with FM by a rheumatologist or area resident according to the criteria of the American College of Rheumatology of 1990, who attended our clinic due to their disease in the last year, excluding those who suffered severe rheumatic diseases. A clinical assessment protocol was completed. The *Fibromyalgia Impact Questionnaire*, Spanish version (SFIQ) was used to assess the quality of life, the Medical Outcomes Study for the perception of social support, and for the evaluation of anxiety-depression symptoms, the Goldberg Anxiety-depression Scale (GADS) was used. Demographic data, occupational aspects, type of sensation, number of clinic visits in the past year for this reason, concomitant illnesses, and type and number of drugs taken.

After collecting the data, the sample was randomly distributed into intervention groups. The participants were divided into 6 groups of 12, and they attended four 1-hour sessions of health education per month, at weekly intervals. The sessions contained the following: a) general information on the disease; b) physical-rehabilitation/physical exercise measures and postural hygiene, and c) relaxation techniques (the E. Jacobson technique was used).

After one month of intervention, the SFIQ was completed again by all the study participants. The anxiety-depression symptoms were also measured according to GADS. We recorded the frequency of visits for one year after the intervention.

**Results:** There were 114 patients diagnosed with FM in our health centre; all were women with a mean age of 43.05 years, with 70% being housewives who did not drink or smoke. A total of 86.8% regularly took anti-inflammatory drugs and/or analgesics, 74.6% antidepressants and 77% tranquilisers, with 25% taking 3 or more drugs simultaneously. The great majority, 89% did not do any regular exercise. The main symptoms referred to were, neck pain, back pain and sleep disorders in 86%. Depression was the most common comorbidity found (86%), followed by anxiety (82%), high blood pressure (64%), and diabetes mellitus (43%). The mean S-FIQ score was 52.51. Half of them had a good social support network, with 3 patients totally lacking support. The mean frequency of visits was 18.35 per year.

After the intervention, we found a decrease in the S-FIQ score ( $P < 0.05$ ) and a reduction of up to 60% in the number of clinic visits for this reason ( $P < 0.005$ ). There was a notable improvement in the anxiety and depression symptoms ( $P < 0.005$ ).

*Conclusions:* Health education for patients with FM, changes their quality of life perception, increases their knowledge of their disease, thus decreasing their dependency on health services. There is also tendency to decrease anxiety and depression symptoms. © 2010 Sociedad Española del Dolor. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica y compleja, de etiología poco clara, que provoca dolores que pueden llegar a ser invalidantes y que afecta a la esfera biológica, psicológica y social de las pacientes<sup>1</sup>. Esta enfermedad afecta al 2–4% de la población general, con predominio de las mujeres en una proporción de 9:1<sup>2</sup>. Según los criterios de clasificación del American College of Rheumatology<sup>3</sup>, la FM se caracteriza por la existencia de dolor musculoesquelético generalizado junto a determinados puntos dolorosos a la presión (*tender points*). Frecuentemente se asocia a otros síntomas, entre los que destacan sueño no reparador, fatiga, rigidez matutina, cefalea tensional, síndrome del intestino irritable, alteraciones del humor, dolor pélvico crónico, ansiedad y depresión, entre otros<sup>4</sup>. La depresión coexiste con la FM en un porcentaje variable; mientras para algunos autores esta asociación puede ser entre el 30–60%<sup>5</sup>, para otros la depresión mayor puede acompañar a la FM en un 25%<sup>6,7</sup>. En este sentido, diversos autores definen la FM como un síndrome complejo con perjuicio significativo en la calidad de vida<sup>8,9</sup>; este impacto es global e importante<sup>10</sup> y afecta a las actividades de la vida diaria<sup>11</sup> y a la salud mental<sup>12</sup>. El tratamiento de mayor acierto en pacientes con FM incluye la regulación natural del dolor y del sueño, las intervenciones psicoterapéuticas y la terapia de ejercicios. Estas pacientes se caracterizan por percibir el dolor como una gran incapacidad, con falta de poder de autocontrol en comparación con otras patologías reumáticas<sup>13</sup>. En esta línea, algunos estudios<sup>14,15</sup> destacan que un buen control percibido sobre la patología y la calidad de vida se asocian a niveles más elevados de actividad física y funcionamiento diario; también encuentran una relación significativa entre las estrategias de adaptación, las actividades de la vida diaria y la salud.

Por otra parte, recientes estimaciones de costes económicos derivados de la asistencia sanitaria a esta población notifican un consumo de recursos sanitarios de hasta 10.000 euros por paciente y año en España<sup>16</sup>; muchos de ellos son incapaces de trabajar o llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana al mismo tiempo que demandan continuas consultas, medicamentos y bajas laborales, lo que lleva a considerar a esta entidad como una gran carga económica para la sociedad. Hay que sumar a esto las consecuencias que de ella se derivan, como son los estados ansiosos y depresivos, los dolores de espalda y la sensación de incapacidad, que a su vez vician aún más este círculo.

El propósito de este estudio es valorar el impacto de un programa de educación sanitaria sobre la calidad de vida y la frecuentación a consulta de personas con FM. Nos planteamos que este tipo de intervenciones junto con la práctica habitual de ejercicio pueden influir de forma positiva en la percepción de la calidad de vida de estas pacientes y reducir su afluencia a consultas.

## Metodología

Hemos realizado un estudio de evaluación clínica prospectivo de una cohorte de voluntarias ante una intervención de salud (antes/después), emplazado en el Centro de Salud Alcalá de Guadaíra A, Sevilla, con una cobertura poblacional de 75.000 habitantes procedentes del Centro de Atención Primaria de Malasmañanas. Se constituyó el grupo poblacional sobre la base del número de pacientes diagnosticadas de FM por el reumatólogo o el internista de la zona según los criterios del American College of Rheumatology de 1990<sup>3</sup>. Se incluyeron a todas las pacientes que consultaron en nuestro centro a causa de la FM en el último año. Se excluyeron aquellas personas con otras enfermedades reumatológicas concomitantes graves. A todas las pacientes se les informó de la naturaleza investigadora de este trabajo y se les invitó a firmar un consentimiento para su participación.

Elaboramos un protocolo multiaxial de recogida de datos que fue estructurado en cuatro ejes: un primer eje en el que quedaron recogidos datos demográficos (edad, sexo y profesión); un segundo eje hacía referencia a sus antecedentes personales, incluidos los hábitos tóxicos y la realización de ejercicio físico de forma habitual (se estimó al menos 30 min, 3 veces a la semana); un tercer eje en el que recogimos la sintomatología referida por la paciente, sobre la base de si presentaba o no presentaba dicho síntoma, y un cuarto eje en el que valoramos su estado anímico y la percepción de la calidad de vida. También recogimos la frecuentación a consulta a lo largo del último año con motivo de síntomas en relación con su enfermedad.

En cuanto a la sintomatología referida, elaboramos una relación de los síntomas expresados por la enferma que nos vienen a describir las características que presenta su enfermedad, sobre la base de la bibliografía consultada<sup>17</sup>. *Trastornos del sueño*: a pesar de dormir las horas suficientes la paciente se despierta cansada, como si no hubiera dormido; *dolor del cuello*: que incluso puede irradiarse a la cara o a la cabeza, sensación de dolor «hacia arriba»; *síndrome de la articulación temporomandibular*: dolor a dicho nivel y chasquidos frecuentes; *dolor de la espalda*, *dolor del pecho*: a nivel de la unión condrocostal; *rigidez muscular y/o articular*: particularmente por la mañana o tras permanecer sentada por un período prolongado de tiempo; *vejiga irritable*: aumento de la frecuencia o mayor urgencia para orinar sin afección de la vejiga; *molestias gastrointestinales*: meteorismo, estreñimiento, diarrea; *sensibilidad medioambiental*: a la luz, a los ruidos, a los olores; *molestias dermatológicas*: prurito, sequedad, sensación de hinchazón sin edema; *trastornos cognoscitivos*: esta sensación tiende a cambiar a lo largo del día, la paciente refiere dificultad para concentrarse, «lentitud mental», lapsos de memoria, dificultad para enfrentarse a varias cosas a la vez; *problemas de coordinación*: hace referencia a una posible afección a los músculos esqueléticos de

seguimiento de los ojos, pueden experimentar náuseas, sensación de pérdida del equilibrio; *dolores de cabeza o migrañosos*; *resistencia para los tratamientos convencionales*. Todas son variables cualitativas dicotómicas de respuesta sí/no.

Por otra parte, se realizó una valoración del estado anímico de la paciente debido a la FM y en su vida en general para conocer el grado de discapacidad percibido. Para ello utilizamos el Fibromyalgia Impact Questionnaire, versión en español (SFIQ). El SFIQ evalúa el estado, la progresión y el pronóstico de las 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. Este cuestionario ha sido ampliamente usado en la literatura médica y ya fue validado en otra población de nuestro país<sup>18</sup>. Por otra parte, utilizamos la escala para la evaluación de la ansiedad y la depresión de Goldberg y medimos el número de acontecimientos vitales estresantes en el último año; para ello utilizamos un cuestionario de sucesos vitales (social readjustment rating scale [SRRS]) que González de Rivera y Morera<sup>19</sup> diseñaron y validaron en castellano; adaptado a nuestro entorno cultural, tomando como modelo el Life Events Inventory de Cochrane y Robertson<sup>20</sup> y el SRRS, en el que Holmes y Rahe<sup>21</sup> trataban de demostrar la asociación entre los acontecimientos vitales estresantes y la enfermedad con el fin de ver si las pacientes con mayor número de ellos tenían peor calidad de vida y síntomas ansiosos y/o depresivos.

Posteriormente a la recogida de datos se realizaron en un período de 2 meses cuatro sesiones de educación sanitaria de una hora de duración cada una y en intervalos de una semana. El contenido de las sesiones fue a) información general de la enfermedad: el objetivo de este punto es explicar la naturaleza benigna de la enfermedad, dar una orientación sobre las posibles causas de esta, que la paciente comprenda que en muchas ocasiones se verá influenciado su curso, dependiendo de la forma que tenga de afrontarla y de su estado de ánimo; al hacerlo en grupo conocerá a otras pacientes con los mismos síntomas con quienes podrán intercambiar opiniones; b) medidas físico-rehabilitadoras/ejercicio físico e higiene postural: estos dos apartados hacen referencia a ejercicios de estiramiento y consejos de postura corporal a la hora de realizar actividades cotidianas, como son planchar, trabajar frente a un ordenador, etc.; c) técnicas de relajación (se utiliza la técnica de Jacobson<sup>22</sup> para la relajación muscular progresiva): consisten en hacer que el sujeto perciba cómo contrae un grupo muscular y observe seguidamente cómo se relaja; de esta forma la paciente se va capacitando para percibir sus propias tensiones neuromusculares y aprender a relajarlas. A los 6 meses de la intervención se volvió a administrar el SFIQ a todas las participantes del estudio. También recogimos la frecuentación después de la intervención durante un año.

Análisis estadístico: las variables cuantitativas se resumieron con medias y desviaciones típicas o, si las distribuciones eran asimétricas, con medianas y percentiles (P25 y P75) y las variables cualitativas se resumieron con porcentajes. Para analizar el resultado de la intervención de educación sanitaria respecto a la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (antes/después) se aplicó la prueba

de McNemar. Asimismo, para comparar los parámetros cuantitativos del SFIQ y la *frecuentación* se utilizó la prueba de la t de Student para las muestras relacionadas. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 11.5.

## Resultados

Analizamos un total de 114 mujeres, cuyas características demográficas quedan recogidas en la *tabla 1*. Del total de las pacientes, un 35% desempeñaba un trabajo remunerado, de las cuales un 80% estaba en activo. La patología más frecuente y los fármacos consumidos quedan recogidos en las *tablas 2 y 3* respectivamente. Los principales síntomas referidos fueron cervicalgia, dolor de espalda y trastornos del sueño en un 86%. Los síntomas de vejiga irritable se observaron en un 85,1%, la rigidez y la fatiga, la resistencia a fármacos, así como las molestias gastrointestinales se observaron en un 75,4% y se observó cefalea en un 71,9%. En cuanto a los parámetros relacionados con la calidad de vida, un 86% de las pacientes tenía síntomas de ansiedad y/o depresión. Un 68,4% de ellas tenía un puntaje en el SRRS >150, de las cuales un 27,2% eran mayores de 300. En cuanto al SFIQ, el valor medio fue de 52,51 (DM: 10,36). La frecuentación media a consulta en el año previo a nuestra intervención fue de 18,53 consultas/paciente. Solo un 21,9%

**Tabla 1** Datos demográficos de la población estudiada

Datos demográficos	Porcentaje	Media	DM
<i>Edad</i>		56,7	11,3
<i>Ocupación</i>			
Amas de casa	64,1		
Servicios	20,2		
Agricultura	6,1		
Industria	12,3		

**Tabla 2** Antecedentes personales de la población estudiada

Antecedentes personales	Porcentaje
HTA	64
DM	43
P Cardíaca	16,7
P Respiratoria	13,2
P Neurológica	14,9
Ansiedad	87,7
Depresión	80,7

DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial.

**Tabla 3** Fármacos consumidos por la población estudiada

Fármacos consumidos	Porcentaje
Antiinflamatorios	86,8
Ansiolíticos	74,6
Antidepresivos	74,6

de ellas realizaba ejercicio de forma habitual. Tras las medidas de educación sanitaria recibidas se observaron diferencias significativas en la frecuentación a consultas; las pacientes consultaron una media de 4,18 visitas/año, lo que significó una reducción de casi un 60% ( $p < 0,005$ ). En cuanto a la percepción de la calidad de vida, se observó una reducción en el puntaje del SFIQ de hasta 13,6 puntos; la media tras la intervención fue de 38,87 ( $p < 0,005$ ). En cuanto a los síntomas ansiosos y/o depresivos, estos se presentaron en un 42%, por lo que la reducción de estos fue significativa ( $p < 0,0005$ ).

## Discusión

Las características sociodemográficas y sanitarias de nuestras pacientes con FM fueron similares a las descritas en estudios previos<sup>2,4</sup>, coincidiendo el perfil de la edad y de la situación laboral. En cuanto a la actividad física, en nuestro estudio manifestaron realizarla de forma regular el 21,9%, cifra similar a la obtenida por otros autores<sup>15,22</sup>. El tiempo de evolución de la enfermedad fue relativamente largo, como es de esperar en una enfermedad crónica, pero similar al de otras series revisadas<sup>2,7,22</sup>. Respecto al uso de fármacos, nuestros resultados difieren ligeramente de las series de Álvarez Lario et al<sup>4</sup>, al demostrar un consumo mayoritario de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos; sin embargo, coincide con el consumo de otros fármacos cuya indicación sería más idónea, como los antidepressivos<sup>4,7,15</sup>.

La impresión extendida entre los profesionales sanitarios sobre la elevada demanda asistencial que generan estas pacientes se ve confirmada por los niveles de frecuentación recogidos en nuestro estudio<sup>2,8,11,15</sup>.

La intervención llevada a cabo mediante este programa de educación sanitaria recibió una buena acogida por parte de las participantes, tal como reflejó la encuesta de satisfacción realizada al finalizar la intervención, y mejoró su percepción de la calidad de vida. De igual modo, hubo una reducción significativa de los niveles de ansiedad y depresión. Dichos síntomas son independientes de la enfermedad<sup>7</sup>, es decir, la FM no es un tipo de depresión, aunque la discapacidad percibida por parte de la paciente podría influenciar un aumento de la prevalencia de estos síntomas en esta población<sup>5,6,9</sup>. De esta forma, al realizar actividades que fomenten un aumento de la calidad de vida en estas pacientes, paralelamente se conseguirá una mejora de los síntomas ansiosos y depresivos, tal y como se demuestra en este estudio. Asimismo, se observó una notable reducción en la frecuentación a consultas, llegando a ser en algunos casos de hasta un 60%. Esto llevaría ligado una notable reducción en el coste por paciente que esta enfermedad supone<sup>13</sup>.

La principal limitación de este estudio es que al realizarlo sobre una cohorte de pacientes voluntarias, esto podría suponer de entrada unos mejores resultados ya que sería una población especialmente implicada con las medidas de mejora y el conocimiento de su enfermedad. Tampoco hemos comparado con un grupo control la posible evolución espontánea que estas pacientes hubieran tenido sin este tipo de medidas. A pesar de esto, proponemos la educación sanitaria como el eje fundamental del abordaje de esta patología. Consideramos que las líneas de investigación

futuras han de ir orientadas hacia la evaluación de estas actividades con series más amplias en estudios multicéntricos y con un seguimiento a más largo plazo, a fin de determinar los posibles efectos de las intervenciones de refuerzo que permitan que la mejoría de la calidad de vida pueda consolidarse. Otra línea para investigar sería determinar qué actividades de la educación sanitaria pueden incidir más en la calidad de vida de estas pacientes.

En consecuencia, creemos que las actividades orientadas hacia el autocuidado podrían disminuir su dependencia de los servicios sanitarios y aumentar su autonomía.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre C, Romera M, Sañudo I, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Med Clin.* 2002;16:745-9.
2. Valverde M, Juan A, Ribas B, Benito Urbina JC, Carmona I, y grupo de trabajo EPISER. Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER 2000. *Rev Esp Reumatol.* 2000;27:157.
3. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33:160-72.
4. Álvarez Lario B, Alonso Valdivieso JL, Alegre López J, Viejo Bañuelos JL, Marañón Cabello A. Síndrome de fibromialgia: características clínicas de las pacientes españolas. *Rev Esp Reumatol.* 1996;23:76-82.
5. Benjamin S, Morris S, McBeth J, Macfarlane GJ, Silman AJ. The association between chronic widespread pain and mental disorder: A population-based study. *Arthritis Rheum.* 2000;43:561-7.
6. Cevik R, Gur A, Acar S, Nas K, Sarac AJ. Quality of life and depression in young fibromyalgia patients. *Ann Rheum Dis.* 2002;61:s148.
7. González M, Tornero J, Carbonell J, Gabriel R, Sánchez-Magro I. Quality of life and depression in the epidemiology of pain in rheumatology (EPIDOR) study. *Rev Esp Reumatol.* 2005;32:52-9.
8. Nampiarapampil DE, Shmerling RH. A review of fibromyalgia. *Am J Manag Care.* 2004;10.
9. Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA, Marques AP, Pereira CA. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Rheumatology clinic, Hospital das Clinicas, Faculdade de Medicina, Universidade de Sao Paul. Brazil. Sao Paulo Med J.* 2004;122:252-8.
10. Martínez JE. The question of quality of life in fibromyalgia patients. *J Psychosom Res.* 2004;57:501-2.
11. Henriksson C, Burckhardt C. Impact of fibromyalgia on every day life: A study of women in the USA and Sweden. *Disabil Rehabil.* 1996;18:241-8.
12. Bernard AL, Prince A, Edsall P. Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care Res.* 2000;13:42-50.
13. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF, De Andrés J. Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor.* 2004;11:354-9.
14. Culos-Reed S, Brawley LR. Fibromyalgia, physical activity, and daily functioning: The importance of efficacy and

- health-related quality of life. *Arthritis Care Res.* 2000 Dec;13:343–51.
15. Lindberg L, Iwarsson S. Subjective quality of life, health, I-ADL ability and adaptation strategies in fibromyalgia. Division of Occupational Therapy, Tomelilla Health Care Center, Sweden. *Clin Rehabil.* 2002;16:675–83.
  16. Economical cost associated with the diagnosis of fibromyalgia in Spain. Rivera J. *Eular* 2009. Copenhagen. [consultado 23/3/2010]. Disponible en: [http://www.abstracts2view.com/eular/view.php?nu=EULAR09L\\_SAT0456](http://www.abstracts2view.com/eular/view.php?nu=EULAR09L_SAT0456).
  17. Goldenberg D. Fibromyalgia and related syndrome. En: Hochberg M, Silman A, Smolen J. *Rheumatology*. 3 ed. Londres: Mosby Elsevier; 2003:701–12.
  18. García R, Guarín C, Caballero C, Peñuela M, Alvarado F, Bermejo I, et al. Validación de la versión al español del Fibromyalgia Impact Questionary (FIQ/S). *Rev Col Reumatol.* 2003;10:218–25.
  19. González de Rivera JL, Morera A. La valoración de sucesos vitales: adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis.* 1983;4:7–11.
  20. Cochrane R, Robertson A. The life events inventory: A measure of the relative severity psychosocial stressors. *J Psychosom Res.* 1973;17:135–9.
  21. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res.* 1967;11:213–8.
  22. Fusté R. Técnicas de relajación. *FMC.* 1997;4:221–9.