



**IMPACTO FAMILIAR, SOCIO-LABORAL
Y ECONOMICO DE PADECER
FIBROMALGIA**

"ESTUDI EPIFFAC"



EQUIPO INVESTIGADOR

Investigador Principal

Dr. Xavier Castells. Jefe de Evaluación y Epidemiología del Hospital del Mar de Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona.

Equipo técnico y colaborador (Fundación Pere Tarrés)

Rosa Coscolla. Diplomada en Trabajo Social, Licenciada en Sociología y Psicología. Jefa de Innovación y Metodología del Departamento de Consultoría y Estudios de Acción Social de la Fundación Pere Tarrés.

Ruth Sunyol. Licenciada en Psicología y Master en Métodos y Técnicas de Análisis de Datos en Ciencias de la Salud.

Blanca Cegarra. Licenciada en Sociología y Master en Política Social y Mediación Comunitaria.

Núria Comas. Licenciada en Sociología.

Colaboraciones en el diseño de la investigación

Montserrat Martínez Melo. Socióloga y metodóloga. Master en técnicas de investigación social aplicada. Formadora en estadística y metodología de encuestación.

Dr. Joan Guardia. Catedrático del Área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona.

Jordi Blanch Font. Servicio de Epidemiología y Evaluación IMIM – IMAS.

Comisión mixta de Expertos en el Diseño, Seguimiento y Consenso

Dr. Antonio Collado. Consultor en Reumatología y Coordinador de la Unidad Multidisciplinar para el Estudio y Tratamiento de la Fibromialgia del Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona.

Dr. Emili Gómez. Especialista en Reumatología i Master en Terapia Familiar Unidad Multidisciplinar para el Estudio y Tratamiento de la Fibromialgia del Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona.

Dr. Jordi Carbonell. Jefe del Servicio de Reumatología y Coordinador de la Unidad de Fibromialgia del Hospital del Mar de Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona.

Dr. Javier Rivera. Médico adjunto de Reumatología - Instituto Provincial de Rehabilitación. Hospital Universitario Gregorio Marañón.

Sra. Emilia Altarriba. Presidenta de la Fundación de Afectados de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica (Fundación FF).

Investigadores colaboradores en los centros de salud

Andalucía

- José Bueno Vázquez. Centro Huelva-centro.
- José Antonio Reche Blanco. Centro Pedro Martínez.
- Lorenzo Gutiérrez García y Elena Broto Civera. Centro Casetas.

Aragón

- Alberto Fontestad Planes. Centro Sarrión.
- Joaquín Larramendi Rodrigo. Centro Teruel Ensanche.
- Javier Legaz Otero. Centro Aragón. Zuera.

Baleares (Islas).

- Maties Torrent Quetglas y Midiala Díaz Estévez. Centro Canal Salat (Ciudadella).

Canarias

- Lourdes Carrillo Fernández. Centro La Victoria.

-Huber Cubillos Gutiérrez y Juan Pedro Fernández Rodríguez. Centro Morro Jable.

Cantabria

- Celia Sobrino Olaxarán. Centro Dávila.
- Magdalena De Cos Gutiérrez. Centro San Vicente de la Barquera.

Castilla-la Mancha

- Rafael Fernández González. Centro Villarrobledo.
- Marta Ballesteros Merino. Centro Zona V – B.

Castilla y León

- Begoña Sánchez Bazo. Centro Aldeadávila de la Ribera.
- José Luis Pérez Laíz y Mercedes Rodríguez Benítez. Centro José Aguado.

Catalunya

- Joan Morató Albertí, Rosa Freixedes Casaponsa, Mercê Pons Valls, Francisca Juárez Fernández, M^a Victoria Giménez Barón y M^a Isabel Suárez Fuster. Centro 17 de Setembre.
 - Esther Muñoz Espinal. Centro Hospital de l'Esperança.
 - Antoni Castel Riu. Centro Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII.
 - Manuel Madueño Real, Assumpció Nadal Bonet y Sandra Viña Ventura. Centro L'Ametlla de Mar.
 - Agustí Navarro Reynes, Eva Pablos Herrero y M^a Jesús Ávila Ballesteros. Centro Sant Oleguer.
- Comunidad Foral de Navarra.
- Fernando Merino Muñoz. Centro Tudela Este.

Extremadura

- M^a José García de Vinuesa Palo. Centro Badajoz – Zona Centro.
- Obispo Paulo. Diego Domínguez Cañas. Centro Mérida Urbano III

Galicia

- Carmen M^a Rial Mosteiro, Isabel Gomis Sanchis, Graziella Moraes De Passos, Salvador Mariño-Ageitos Monteagudo, Natividad Laya García, Caterina Allegue Cortez y José Manuel García Marques. Centro Ambulatorio de San Roque.
- Manuel Palmeiro Díaz. Centro Baralla.

Madrid (Comunidad de)

- Hervé Valdivia Altamirano, Julita Natividad García Pascual y Jorge López Torrijos. Centro Arganda del Rey.
- M^a de la Salud Molina Bermejo, M^a Luisa Martín Doblado y Marta Isabel Mayordomo Checa. Centro El Soto.
- Javier Rivera Redondo. Centro Instituto Provincial de Rehabilitación.
- Reyes Hernández Pérez, Esther Velázquez de Pinto, Ángel Arostegui Cuarental y Francisco Martínez García. Centro Soto del Real.

Murcia (Región de)

- Beatriz Ríos Morata, Maria Ortiz Marín, Pascual Muñoz Campos y J. Eduardo Carrasco Carrasco. Centro Abarán.
- Inmaculada Vicente López, Cristina Ramírez Tirado y M^a José Giménez Pérez-Cabrero. Centro Torre Pacheco Este.

Navarra (Comunidad Foral de)

- Juan Carlos Tres Belzunegui. Centro Aoiz/Agoitz.
- M^a Reyes De Andrés Meneses y Ana Rodríguez Ezpelta. Centro Azpilagaña.

Principado de Asturias

- José Cachón Fernández, Begoña Pérez Roibas, Paz Benavides Martínez y Arturo De la Vega Cuyás. Centro La Magdalena.
- Ana Isabel Barrio Alonso. Centro Ventanielles.

*** A todos los Centros de Salud, nuestro agradecimiento por su colaboración desinteresada.

1. INTRODUCCIÓN

La Fibromialgia es una enfermedad crónica que afecta al 2,4% de la población general española (1), y cuyos síntomas principales son el dolor crónico extenso, la percepción de fatiga y otros síntomas de la esfera cognitiva y emocional, con una repercusión significativa sobre la función y las actividades cotidianas en el ámbito laboral, hogar y de ocio (2). En diferentes estudios internacionales se detecta que el 25%-30% de los pacientes con Fibromialgia tienen una pérdida parcial o completa de la actividad laboral (3,6) y hay escasos estudios sobre el impacto familiar real que representa. En nuestro país no existen estudios epidemiológicos consistentes que nos muestre la realidad nacional del impacto laboral ó familiar de estos pacientes de una forma homogénea, aunque disponemos información procedente de algunos estudios clínicos que se enumeran a continuación:

1. Se han realizado en España algunos estudios con muestras de pacientes, procedentes de diferentes ámbitos, en los que se observa que la baja laboral transitoria es un hecho frecuente en personas con Fibromialgia a lo largo de su enfermedad, oscilando entre el 43% y el 78% de los casos (7-11). Estas diferencias probablemente están relacionadas con la procedencia de las muestras, el territorio geográfico ó el ámbito sanitario (consultas externas de reumatología, atención primaria, organizaciones sociales de pacientes, etc.), entre otras variables. En un estudio longitudinal realizado en Atención primaria en Catalunya (10) las personas con FM presentaron una media anual de 21 días de trabajo perdidos debido a este problema.

2. La Fibromialgia conjuntamente con la lumbalgia son las dos patologías músculo- esqueléticas más frecuentes en sujetos con incapacidad laboral por enfermedad reumática en nuestro país (12). La situación de Invalidez permanente ha sido analizada en algunos trabajos transversales desarrollados en nuestro entorno, con muestras procedentes de diferentes ámbitos y territorios, demostrándose una variabilidad significativa que oscila entre el 6,7% (6), 12% (9) y 30% (10,11), según sea la muestra estudiada. Conviene subrayar, que la frecuencia es muy superior al grupo de pacientes con otras patologías atendidos en la misma área (10)

3. Desconocemos el grado de cambios en el trabajo, pérdidas de empleo, situación de paro laboral, relacionadas parcial o totalmente con la enfermedad que no han desencadenado o determinado el reconocimiento de un proceso de invalidez permanente, hecho que probablemente no solo esta relacionado con la enfermedad sino con la heterogeneidad y flexibilidad de la respuestas sociolaborales y administrativas que se producen en los diversos territorios.

4. Los dos estudios sobre costes económicos realizados en nuestro país (13,14), concordantes con los resultados publicados en otros países (15), nos muestran que el coste de un paciente con Fibromialgia, representa entre 8000 y 10000 Euros/ anuales por paciente , siendo el 70% de los costes asociados al impacto laboral en términos de (pérdida de empleo, bajas laborales, compensación por invalidez, etc.), aunque desconocemos datos concretos de las pérdida de ingresos y gastos extras que las familias de pacientes con Fibromialgia soportan. Entre otros motivos, porque no se disponen de trabajos en nuestro país que hayan analizado el impacto que la Fibromialgia supone en el ámbito familiar.

Sin embargo, los pacientes informan del desequilibrio familiar que este problema ocasiona (16) poniendo en riesgo el mantenimiento y la calidad de sus relaciones en este contexto. Desconocemos por tanto, cual es el grado de disrupción familiar desde el punto de vista psico-afectivo asociado a la FM , las cargas

familiares secundarias a la aparición de la FM (cambio o pérdida de roles en los componentes de la familia, redistribución de tareas, etc.), las pérdidas económicas familiares y la repercusión familiar en relación con la enfermedad.

En resumen: Los pocos datos sobre el impacto familiar, socio-laboral y económico de padecer Fibromialgia que disponemos en nuestro país muestran diferencias relacionadas con el entorno geográfico de procedencia, tamaños muestrales y algunos sesgos de selección. Desconocemos además como se comporta el entorno familiar, social, administrativo y laboral, frente a ese impacto. Con objeto de superar estas limitaciones y obtener datos representativos de la situación a nivel estatal, la Fundación FF ha considerado necesario promover un estudio epidemiológico del impacto y las respuestas familiares, laborales, sociales y administrativas, mediante una Encuesta realizada en una muestra representativa de la población española que consulta con Atención Primaria del Sistema Público de Salud por el diagnóstico de Fibromialgia.

2. EL ESTUDIO

PACIENTES Y MÉTODOS

Pacientes

En este estudio han sido incluidos pacientes que estaban diagnosticados de fibromialgia, de edad comprendida entre los 16 y los 64 años, que acuden a Centros de Salud en España (excepto Ceuta y Melilla), para el control y tratamiento de su enfermedad. Los pacientes habían sido diagnosticados previamente por médico de familia y/o especialistas en reumatología, siguiendo los criterios de la Academia Americana de Reumatología de 1990 (18).

Los únicos criterios de exclusión establecidos han sido no tener una capacidad cognitiva adecuada para contestar el cuestionario de evaluación y/o no firmar el consentimiento informado.

Cálculo de la muestra

Durante el diseño del estudio se planteó un tamaño teórico de la muestra global de estudio (n) aproximado de 600 sujetos, obtenido a partir del supuesto de máxima dispersión (máxima indeterminación) en la fórmula de cálculo de la varianza para proporciones ($p=q=50$), considerándose que la probabilidad de presencia (p) o ausencia ($q = 1-p$) de la característica analizada en la población es del 50%. El margen de error global asumible asociado fuera del $\pm 4,1\%$, con un intervalo de confianza de dos unidades de desviación típica (2σ), lo que supone un 95,5% de probabilidad de acertar en la estimación, suponiendo $p/q=50/50$.

Procedimiento de muestreo

Se plantea un procedimiento de muestreo probabilístico, polietápico, estratificado por conglomerados. Los estratos se definen por el tamaño del hábitat de los municipios españoles, dividido en 3 categorías:

Estrato 1: municipios de hasta 20.000 habitantes

Estrato 2: municipios entre 20.001 y 100.000 habitantes

Estrato 3: municipios de más de 100.000 habitantes

Se definió la muestra según la siguientes etapas: Tamaño municipio, Centro de salud y pacientes. Se busco una representatividad territorial según CCAA

Muestreo de los Centros de Salud

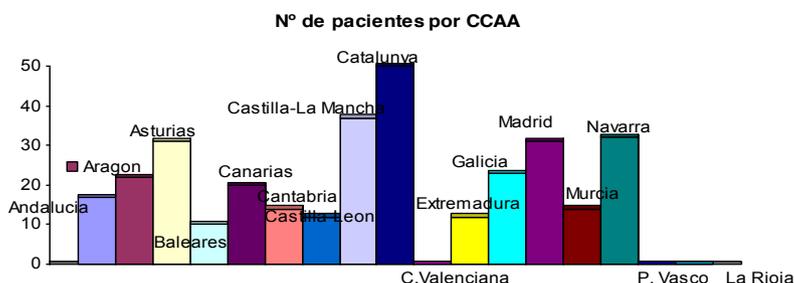
Con el objetivo de disponer de una muestra el máximo representativa se optó por seleccionar los pacientes en los Centros de salud en lugar de unidades especializadas o registro de asociaciones. Estas dos últimas opciones hubieran comportado un sesgo claro de selección con pacientes más severas o pacientes más activas. Para realizar la selección concreta de los centros se ha partido de la premisa que las 17 CCAA estén representadas en cada uno de los 3 estratos por al menos 1 CS (51 unidades muestrales), excepto en las CCAA más pobladas, Andalucía, Cataluña y Comunidad de Madrid, que se le asignan 2 CS en el estrato 1.

A partir del listado general de los 2.980 Centros de Salud incluidos en el Catálogo de Centros de Atención Primaria del SNS, se han seleccionado de forma totalmente aleatoria 54 CS titulares: 20 del estrato 1, 17 del estrato 2 y 17 para el estrato 3. Además se seleccionaron 44 centros de salud suplentes. De total de 98 centros, 52 centros de salud (CS) accedieron a participar en el estudio (tasa de aceptación del 73,2%). En 3 CCAA (Comunidad Valenciana, País Vasco y La Rioja) no se pudo obtener la participación de ningún centro. Posteriormente, en 17 CS no se obtuvo respuesta alguna, por lo que finalmente fueron un total de 35 centros los participantes en el estudio.

Entre los centros participantes 11 centros eran del estrato 1 (hasta 20.000 hab.), 11 centros del estrato 2 (20.000-100.000 hab.), 13 centros del estrato 3 (mas de 100.000 hab.) y estaban distribuidos entre 14 Comunidades Autónomas españolas. La tasa final de participación de los CS fue del 49,3% con una población posible de 530 personas.

Muestreo del número de Pacientes

En cada CS se obtuvo un número máximo de pacientes: 10 en el estrato 1 y 20 los estratos 2 y 3 Se enviaron 530 cuestionarios, de ellos se obtuvo información inicial en 375. De estos 375 se descartaron 50 (26 estaban sin responder, 22 correspondieron a personas de más de 64 años y 2 resultaron tener un porcentaje escaso de respuesta)



La tasa final de respuesta fue del 66 % (350/530)

Error muestral: Finalmente el margen de error para el conjunto de la muestra es de $\pm 5,56\%$, para un nivel de confianza de 95,5% (2σ) y bajo el supuesto de máxima indeterminación ($p=q=50$).

Recogida de datos

Diseño del cuestionario y manual de instrucciones

Para la recogida de datos se diseñó un Cuestionario Auto-administrado Estructurado en base a preguntas y respuestas que incluyera las diferentes variables demográficas, familiares, sociales, laborales y económicas a estudiar en base a la revisión documental, además se desarrolló la redacción de las instrucciones para la auto-administración del cuestionario. El cuestionario definitivo se describe en el Anexo 1, en el cual como se puede observar se incluyen 138 preguntas con respuestas múltiples y que se dividen en 6 bloques: 1. Identificación 2. Salud, que explora las características de la enfermedad (edad de inicio síntomas, diagnóstico, tratamientos realizados, comorbilidades, etc..) y el estado de salud percibido. 3. Hogar y Familia incluyendo las características de la familia, dinámica familiar (APGAR), satisfacción, impacto en roles y tareas, actitud de los miembros, cambios, situación económica variación de ingresos y gastos, estrategias, etc., 4. Trabajo o Empleo, incluyendo características profesionales y de la empresa, oficio, historia laboral, situación laboral, satisfacción, motivación, estrés, dinámica y características de las tareas, rendimientos, absentismos, relación con los compañeros y empresa, adaptaciones, apoyos, cambios y estrategias relacionados con la enfermedad, etc... 5. Apoyos, Reconocimientos y Recursos, que incluyen apoyos familiares, laborales, sociales y administrativos, reconocimientos por minusvalía, reconocimientos por incapacidad permanente, recursos sanitarios utilizados, valoración de servicios, satisfacción, asociaciones, recursos comunitarios, respuestas administrativas, etc.. 6. Baterías o Cuestionarios complementarios: Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF) (19) y Cuestionario de Salud y calidad de Vida (SF-36) (20)

El cuestionario fue entregado por los investigadores colaboradores de los CS, junto con el manual de instrucciones. Los pacientes rellenaron el cuestionario en su domicilio y lo devolvieron completado unos días después.

La inclusión de pacientes y recogida de datos se produjo entre el 1 de Junio del 2011 y el 10 de abril de 2012

3. RESULTADOS

Los resultados del estudio se presentan clasificados en los siguientes apartados:

1. Características de la muestra tomadas para hacer el estudio.
2. Estado de salud percibido.
3. Situación del entorno familiar, que incluye el grado de disfunción familiar, de satisfacción familiar, el impacto en el hogar y el impacto económico familiar.
4. Entorno laboral, del que forman parte la satisfacción laboral, el impacto y situación laboral, y el apoyo en el ámbito laboral.
5. Entorno sanitario, apoyo administrativo y organización social.
6. Prioridades para los pacientes

Los resultados finalizan con los comentarios de los pacientes sobre las demandas y necesidades no cubiertas.

RESULTADOS MÁS RELEVANTES

- 1.-El 96,6% de los pacientes atendidos en los Centros de Salud en nuestro país con el diagnóstico de Fibromialgia son mujeres, con una edad media de 51,9(8) años
- 2.-La edad media de inicio de los principales síntomas de la enfermedad es de 37(11) años.
- 3.-El retraso diagnóstico medio desde la aparición de los síntomas principales, es de 6,6 (8) años
- 4.-El 84% de los pacientes refiere alguna enfermedad concomitante, entre las que destacan: En un 67% otras enfermedades músculo-esqueléticas, (especialmente procesos degenerativos), 35% presencia de Trastornos Psicopatológicos, 27% Alteraciones Digestivas, 23,5% Enfermedades Cardio-circulatorias y 19% Enfermedades Endocrino-Metabólicas
- 5.-Sólo un 5% de los pacientes describen su estado de salud como bueno o muy bueno, siendo las principales áreas afectadas la salud física, el trabajo, el ocio y la salud mental.
- 6.-El tamaño y tipo de las familias de los pacientes con Fibromialgia es similar al de la población general
- 7.-El 23% de los pacientes refieren estar poco o nada satisfechos con su vida familiar. Aunque un 59% refieren tener muchas dificultades en la relación con su pareja, solo en un 17% han tenido un Divorcio y en la mitad de estos los pacientes refieren que podría tener relación con la enfermedad
- 8.-El 44% de los pacientes con Fibromialgia refiere depender bastante o totalmente de algún miembro de la familia para realizar las tareas domésticas. En un 27% de los afectados, algún miembro de su familia ha tenido que cambiar su actividad laboral habitual por las dificultades que presenta el paciente.
- 9.-En el 65% de los hogares de pacientes con Fibromialgia los ingresos han disminuido en relación con la presencia de la enfermedad, con una media (de) de 708 (504) Euros/mensual, relacionada con la pérdida de actividad laboral.
- 10.-En el 81% de los hogares de pacientes con Fibromialgia los gastos extras se han incrementado en relación con su enfermedad con una media(de) de 230(192) Euros/mensual.
- 11.-El 70% de las pacientes con Fibromialgia refieren tener muchas o bastantes dificultades para rendir en el trabajo, desempeñar las tareas habituales, afrontar las condiciones físicas o ambientales, afrontar la jornada habitual
- 12.-Aproximadamente el 50% de las pacientes con fibromialgia han tenido absentismo laboral en el último año trabajado y han tenido alguna baja laboral
- 13.-El 41% de las pacientes con fibromialgia están inactivas. El análisis de la situación laboral de los pacientes con Fibromialgia refleja que están trabajando el 34% de los pacientes, el 13% están en Paro Laboral, el 11% en situación de Baja Laboral Transitoria, el 23% en situación de Invalidez Permanente (Parcial 3,5%. Total 13,2% y Absoluta 6,3%) y el 23 % realizan tareas del hogar sin ingresos económicos derivados del trabajo.
- 14.-El 63% de los pacientes han notificado la enfermedad en el entorno laboral y un 30,4% de los pacientes han realizado Adaptaciones en el Trabajo (69% de las solicitadas). Un 19% de los pacientes han cambiado de Empresa o Negocio debido a su Fibromialgia
- 15.-El 38% de los pacientes refieren que el entorno sanitario es el entorno que menos apoyo les ofrece
- 16.-El grado de satisfacción general con los profesionales sanitarios hasta el establecimiento del diagnóstico y durante el tratamiento es bajo, mejorando posteriormente. No se observan diferencias

significativas entre los pacientes atendidos, utilicen o no una atención en la Sanidad privada complementaria.

17.-El 27,5% de los pacientes han obtenido de la Administración Autonómica algún grado de Reconocimiento Administrativo de Minusvalía (siendo solicitado por el 35% de los pacientes)

18.-El 23% de los pacientes han obtenido un algún grado de Reconocimiento Estatal de Invalidez Permanente (parcial 3,5%. Total 13,2% y Absoluta 6,3%).

19.-En un 11,5% de los pacientes con Fibromialgia la Administración estatal reconoce una situación de Invalidez Permanente y en otro 11,5% de pacientes el reconocimiento de esta situación fue otorgado tras un litigio con la administración y la consiguiente resolución judicial.

20.-El 26% de los pacientes están asociados en Asociaciones específicas de lucha contra la enfermedad

21.-Un 20% de los pacientes con Fibromialgia están afiliados a un Sindicato de trabajadores. Un 16% de los pacientes refieren haberse dado de baja de la afiliación sindical después del inicio de la Fibromialgia y solo un 4% de los pacientes refiere haberse sindicado a raíz de la enfermedad.

22.-Las Líneas de máxima prioridad que los pacientes desean que se atiendan son: Científica 87%, Sanitaria 77%, Pensiones 66%, Entorno Laboral 56%, Educación 35%, Social –Sensibilización 30% y Asociativo 23% de los casos respectivamente

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Mas, A.J., Carmona, L., Valverde, M. y, Rivas, B. (2008). EPISER study group. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 26, 519-26.
2. Fibromialgia. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España 2011 <http://publicacionesoficiales.boe.es>
3. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Caro XJ, Goldenberg DL et al. Work and disability status of persons with fibromyalgia. *J Rheumatol* 1997;24:1171-8.
4. Fitzcharles MA, Esdaile JM, Clarke AE. Employment status and household disability in Canadian women with fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1996;23: 1462
5. White KP, Specheley M, Hart M, Ostbye T. Comparing self reporting function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario.: The London Fibromyalgia Epidemiology Study. *Arthritis Rheum* 1999; 42: 76-83.
6. Henriksson, C.M., Liedberg G.M. y Gerdle, B. (2005). Women with fibromyalgia: work and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 27 (12), 685-695.
7. Albornoz J, Povedano J, Quijada J, de la Iglesia JL, Fernández A, Pérez-Vílchez D, García-López A. Características clínicas y sociolaborales de la fibromialgia en España: descripción de 193 pacientes. *Rev Esp Reumatol* 1997;24:38-44.
8. Ubago MC, Ruiz I, Bermejo MJ, Orly de Labry A, Plazaola J. Características clínicas y psicosociales de personas con Fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79: 683-695
9. Rivera, J., Rejas, J., Vallejo, M.A., Esteve-Vives, J. y Grupo ICAF (2009). Situación laboral y gasto sanitario en pacientes con Fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 5: 145 (DOI10.3252/pso.es.35ser.2009)
10. Sicras-Mainar, A., Rejas, J., Navarro, R. Blanca, M., Morcillo, A., Larios, R., Velasco, S., y Villaroya, C. (2009a). Treating patients with fibromyalgia in primary care settings under routine medical practice: a claim database cost and burden of illness study. *Arthritis Research & Therapy*, 11/2/R54. Published: 14 Apr 2009.
11. Salido, M., Navarro, P., Judez, E. y Hortal, R. (2007). Factores relacionados con la incapacidad temporal en pacientes con Fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 3 (2), 67-72.
12. Carmona, L., Ballina, F.J., Gabriel, R., Laffon, A., EPISER study group (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of Rheumatic Diseases*, 60, 1040-1045
13. Rivera, J., Rejas, J., Esteve-Vives, J., Vallejo, M.A., y Grupo ICAF (2009). Resource utilisation and health care costs in patients diagnosed with fibromyalgia in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 27 (suppl. 56), S39-S45.
14. Sicras-Mainar, A., Blanca-Tamayo, M., Navarro-Artieda, R., y Rejas, J. (2009b). Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 41 (2), 77-84.
15. Penrod, J.R., Bernatsky, S., Adam, V., Baron, M., Dayan, N., y Dobkin, P.L. (2004). Health services costs and their determinants in women with Fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 31, 1391-1398
16. Arnold, L.M., Crofford, L.J., Mease, Ph.J., Burgess, S.M., Palmer, S.C., Abetz, L., y Martin, S. (2008). Patient perspectives on the impact of Fibromyalgia. *Patient Education & Counseling*, 73, 114-120.
17. Neumann, L. and D. Buskila, Quality of life and physical functioning of relatives of fibromyalgia patients. *Semin Arthritis Rheum*, 1997. **26**(6): p. 834-9.
18. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al.

Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990 Feb;33(2):160-72

19. Rivera J, González T. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: A validated spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol* 2004; 22 (5): 554-60.

20. Alonso J, Prieto L, Antó JM. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104: 771-6.