

# **VALORACIÓ DE LA QUALITAT DE VIDA DELS FAMILIARS DE PACIENTS AMB FIBROMIÀLGIA**

Treball de Final de Grau de Psicologia

Marta Rosselló Sans

4t curs de Grau

Tutor: Agustí Comelles

Estudis: Grau en Psicologia

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic

Maig de 2014

## **RESUM**

*Fonament i objectiu:* La Fibromiàlgia (FM) és una malaltia reumàtica caracteritzada per dolor generalitzat, que afecta a un tant per cent elevat de la població general, majoritàriament dones i d'etiologia desconeguda, i que pensem que no afecta tan sols als qui la pateixen, sinó que també als seus familiars.

En aquest estudi s'han avaluat diferents variables com l'impacte emocional, la vida social, aspectes econòmics i laborals i altres activitats en familiars de primer grau de pacients amb FM. L'objectiu principal és determinar quin és el grau d'afectació negativa en la seva qualitat de vida.

*Material i mètodes:* Es va fer un estudi observacional clínic a un grup de 27 familiars de 1er grau que conviuen a la mateixa casa que els respectius afectats per FM. Se'ls va passar un qüestionari ad-hoc de 16 preguntes tancades, basades en estudis previs, i també una entrevista oberta amb l'objectiu de reforçar les dades estadístiques. Les entrevistes es varen fer a la Unitat de Fibromiàlgia de l'Hospital Santa Maria de Lleida.

*Resultats:* Es va entrevistar a 27 familiars, 85'2 % homes, la majoria de entre 51 – 70 anys (63%). El 85'2 % eren casats, amb estudis primaris el 59'3% i el 88% tenien coneixements sobre la malaltia del familiar afectat. El percentatge de familiars que van opinar que hi havia una minva del grau de felicitats amb la malaltia era del 74'1%. El 85% no havia pensat mai en trencar la relació familiar. El 70% referien canvis en la vida social i relacional arrel del diagnòstic de FM, un 88'9% havien tingut que augmentar l'ajut en tasques domèstiques i el 70'4% patien efectes econòmics negatius arrel de la malaltia. La relació sexual es va veure afectada en un 85% dels casos, en canvi no es varen veure alteracions del son ni de la percepció de salut.

*Conclusions:* El fet de conviure amb una persona afectada de FM suposa pèrdua del grau de felicitat i canvis en la vida social, relacional i sexual amb empitjorament del nivell econòmic.

## **PARAULES CLAU**

Fibromiàlgia, família, funcionament familiar, qualitat de vida, dolor crònic.

## **ABSTRACT**

*Fundamentals and objectives:* Fibromyalgia (FM) is a rheumatic disease characterized by widespread pain, with a high presence in the general population, affecting mostly women, with unknown etiology, and we think that it affects not only patients, but also their families.

In this study different variables were evaluated in family members of FM's patients, such as the emotional impact, the social life, financial aspects and other activities. The main aim was to determinate what the degree of negative affection in their quality of life is.

*Material and Methods:* To carry the study out, we propose a clinical observational study in a group of 27 first-degree relatives that were living in the same house that the respective FM affected. An ad-hoc questionnaire of 16 closed questions based on previous studies was administered to the participants, together with an open interview with the objective of strength the statistical data. The interviews were carried out in the Fibromyalgia Unit of the Hospital Santa Maria, in Lleida.

*Results:* We interviewed 27 families, 85'2% were male, most of them between 51-70 years (63%). 85'2% of them were married, 69,3% had primary studies, and 88% had knowledge of the disease that affected their relative. The percentage of families who felt a decrease in the degree of happiness since FM was 74'1%. The 85% had not ever thought of breaking up with the family relationship. The 70% talked about changes in the social and relational life because of the FM diagnosis; the 88'9% increased the aid in housework, and the 70'4% suffered negative economic problems since FM. The sexual relationship was affected in the 85% of cases; however, any sleep or health disturbances were observed in the study.

*Conclusions:* The fact of living with a person affected by FM represents a loss in the degree of happiness and changes in social, relational and sexual life, together with a worsening in the economic level.

## **KEY WORDS**

Fibromyalgia, family, family functioning, quality of life, chronic pain.

## **Agraïments**

Aquest treball no hauria estat possible sense la col·laboració de la Unitat de Fibromiàlgia de l'Hospital Santa Maria de Lleida, els professionals de la qual han dedicat temps i espai al meu estudi. També vull agrair l'orientació del meu tutor, Agustí Comelles.

He de donar les gràcies sens falta a la meva família, especialment al meu pare, que han confiat en mi i m'han fet costat al llarg de tot el procés del treball.

També a Mario Crucelegui, Irene Buisan i Gemma Saladrigues, pel seu suport i la seva ajuda.

I finalment, agrair a tots aquells companys de classe que m'han ajudat i han aportat el seu granet de sorra en aquest Treball de Fi de Grau.

A totes i a tots, moltes gràcies.

## Índex

1. INTRODUCCIÓ.....	7
2. MARC TEÒRIC.....	8
2.1 La fibromiàlgia com a malaltia.....	8
2.2 Qualitat de vida del malalt amb FM.....	10
2.3 Família i malaltia.....	11
3. PART PRÀCTICA.....	15
3.1 Hipòtesis.....	15
3.1.1 Hipòtesis principals.....	15
3.1.2 Hipòtesis secundàries.....	15
3.2 Objectius.....	15
3.2.1 Objectius generals.....	15
3.2.2 Objectius específics.....	15
3.3 Metodologia.....	16
3.3.1 Disseny de la investigació.....	16
3.3.2 Població.....	16
3.3.3 Disseny de l'experiment. Mida de la mostra.....	16
3.3.4 Criteris d'inclusió i exclusió.....	17
3.3.5 Mostra.....	17
3.3.6 Procediments. Ètica i qualitat.....	18
3.3.7 Instruments de mesura.....	19
3.3.8 Anàlisi estadística.....	20
3.3.9 Temporització.....	21
3.4 Resultats i discussió.....	21
4. CONCLUSIONS.....	33

5. LÍNIES D'ESTUDI A DESENVOLUPAR.....	34
6. BIBLIOGRAFIA.....	35

## **1. Introducció**

### **PRESENTACIÓ**

El treball que presento a continuació amb el títol *Valoració de la qualitat de vida dels familiars de pacients amb fibromiàlgia*, s'emmarca dins la branca de la psicologia clínica. Ha estat una recerca on s'han posat en pràctica gran part de les tècniques i coneixements adquirits en els quatre anys de Grau en Psicologia.

### **JUSTIFICACIÓ**

La present investigació es justifica davant el propi interès en el tema i l'escassetat d'estudis que analitzin el grau d'afectació i les conseqüències sobre la qualitat de vida de l'entorn familiar més proper dels pacients afectats per fibromiàlgia (FM) . Això contribuirà a la vegada a entendre millor el patiment de l'afectat, dissenyar estratègies que englobin tot l'entorn familiar i amb l'objectiu de contribuir amb la millora de la seva qualitat de vida. Per tant, caldrà identificar els elements que més es troben alterats en l'entorn familiar més proper, per així poder plantejar les possibles solucions.

### **DESCRIPCIÓ DELS APARTATS**

El primer apartat del treball és el marc teòric, estructurat en tres eixos: la fibromiàlgia com a malaltia, qualitat de vida del malalt amb FM i família i malaltia. En segon lloc, trobem la part pràctica que presenta la metodologia emprada i els resultats extrets dels instruments utilitzats, així com també la discussió. En tercer lloc, es mostren les conclusions, on es pren consciència dels resultats obtinguts i de l'aprenentatge que ha suposat el procés del treball. Seguidament, trobem la bibliografia que permet veure les fonts utilitzades per l'elaboració del treball. Com a últim, es mostren els annexos que acompanyen el treball.

## **2. Marc teòric**

### **2.1 La fibromiàlgia com a malaltia**

La fibromiàlgia (FM) és una malaltia multidimensional d'etiologia fins al moment desconeguda, que es caracteritza per dolor musculoesquelètic generalitzat, normalment crònic, que el pacient localitza freqüentment en diferents zones de l'aparell locomotor (Wolfe F, 1990).

És una malaltia oficialment reconeguda per la Organització Mundial de la Salut (OMS) com a malaltia crònica amb el número 719. 2, que afecta la qualitat de vida i la salut de les persones que la pateixen (Marchesoni, 2013). L'any 1994 també va ser reconeguda per l'Associació Internacional per l'Estudi del Dolor (IASP) (Merskey H & Bogduck N, 1994).

En les darreres dècades han augmentat els coneixements sobre la fibromiàlgia, es tracta d'una malaltia freqüent, amb una prevalença estimada, segons dades de l'estudi EPISER, d'entre el 2-4% de la població general i que afecta majoritàriament al sexe femení, amb una relació dona-home de 21:1. (Carmona, 2001). A més a més, s'han anat introduint diversos criteris clínics més objectius que han permès un millor reconeixement del pacient afectat. Encara que segueixen existint interrogants al voltant d'aquesta malaltia, desconeixent-se per exemple la seva etiologia i amb pacients amb una simptomatologia que varia en intensitat, tipologia, repercussió i evolució.

La FM es diagnostica mitjançant la combinació de la història clínica del pacient i l'exploració física. Els metges reumatòlegs segueixen els criteris pel diagnòstic de la FM establerts per L'American College of Rheumatology (ACR), l'any 1990. La Fibromiàlgia es definia per l'ACR com un dolor generalitzat de duració superior a 3 mesos, i un dolor a la palpació d'almenys, 11 dels 18 punts (9 parells) que corresponen a àrees amb baix llindar pel dolor mecànic (Wolfe F, 1990).

Al 2010 es va establir uns nous criteris diagnòstics. Aquests no tractaven de substituir els del 1990, però sí de representar una nova metodologia pel diagnòstic, substituint els 18 punts de dolor de 1990 per un índex de dolor generalitzat (IDG) amb un recompte de 0-9 del nombre de regions del cos sensibles al dolor, i es va introduir una escala de 0-3 de gravetat per una sèrie de símptomes característics de FM (fatiga, somni no reparador, problemes cognitius, i el grau dels símptomes somàtics), combinats per donar una escala total del 0-12 de gravetat dels símptomes. (Frederick Wolfe et al., 2010).



Tot i el seu reconeixement de la FM com a malaltia, segueix existint una certa controvèrsia i crítica envers la seva definició (si és una malaltia reumàtica o psicològica), els criteris diagnòstics (si són o no útils realment) i el tractament (si ha de ser més orientat al dolor, a la regulació neurohormonal o cap a un trastorn psicològic de base) (Ruiz Pérez et al., 2007).

La etiopatogènia de la FM encara no és del tot coneguda, encara que sembla haver-hi implicats factors psicològics, socials i patofisiològics (Bellato et al., 2012). Aquesta desconeixença fa realment difícil obtenir un tractament curatiu per aquesta malaltia. (Rivera, Alegre, Nishishinya, & Pereda, 2006).

D'aquesta manera, el tractament de la FM es simptomàtic i s'aconsella tractaments que combinin farmacologia, exercici físic i tractament psicològic. Per tant, és necessari un treball multidisciplinar amb participació de diversos professionals i àmbits de la comunitat sanitària.

Pel que fa al tractament psicològic, el qual pretén millorar l'acceptació i afrontament de la malaltia, normalment s'utilitza la teràpia cognitiu-conductual. Aquesta teràpia busca millorar les estratègies d'afrontament de la malaltia, disminuir l'ansietat, millorar l'estat emocional, i donar estratègies davant el dolor, com ara l'increment de l'activitat gradual o disminució del catastrofisme (Thieme, 2012).

El catastrofisme és un conjunt de processos cognitius i emocionals que predisposen a què el dolor es converteixi en crònic (Minelli, 2012). Les persones amb catastrofisme desenvolupen una visió molt negativa referent al seu dolor, pensant molt en ell i sentint-se incapaces de controlar-ho, amb un pronòstic més dolent (Garcia Campayo, 2011). El tractament del catastrofisme és psicològic, i s'utilitzen teràpies d'acceptació i compromís (Garcia Campayo, 2011).

A més del dolor, els pacients amb FM també presenten altres símptomes, com són la fatiga, alteracions del son, parestèsies en extremitats, rigidesa articular, cefalees, sensació de tumefacció en les mans, a part d'una simptomatologia depressiva i ansietat, com també diversos problemes cognitius com són la disminució de la capacitat de concentració i les pèrdues de memòria (Wolfe F, 1990). Aquests símptomes poden ser indicadors d'un impacte en la qualitat de vida dels pacients afectats, limitant-los en la seva vida diària i en el seu benestar emocional.

Són diversos els estudis que han estudiat l'impacte en la qualitat de vida dels pacients amb Fibromiàlgia. Hi ha evidència que els símptomes que ajuden en l'empitjorament de la qualitat de vida són el dolor, la fatiga, l'insomni, la depressió, l'ansietat i la disfunció cognitiva. Pel que fa al seu entorn, queda molt negativament afectada la vida social i laboral. Per tant, fibromiàlgia suposa un impacte negatiu en la vida de les persones estudiades (Arnold et al., 2009).

## **2.2 Qualitat de vida dels pacients amb FM**

Com hem vist en l'anterior apartat, veiem que la simptomatologia que pateixen els pacients de FM té repercussions en la seva qualitat de vida.

El concepte de qualitat de vida és molt subjectiu. No existeixen criteris únics per definir-la, però apareixen com a patrons comuns les paraules benestar i satisfacció. (Urzúa A, 2012).

Existeix una mesura clínica pel que fa a la qualitat de vida del pacient afectat de FM, The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) que mesura sobretot els nivells de discapacitat física laboral i domèstica, trastorns del son, o nivells d'ansietat i depressió (Bennett, 2005).

Després de revisar la literatura científica sobre la FM, podem afirmar que és una de les malalties reumàtiques que té més impacte en la qualitat de vida del malalt, amb un elevat cost econòmic i que ocasiona un elevat absentisme laboral (Rivera J, 2009).

La malaltia afecta a l'habilitat d'establir i mantenir contacte emocional i físic amb aquelles persones que tenen al voltant. En l'estudi d'Arnold els pacients de FM van descriure que eren incapaços de planejar esdeveniments futurs perquè no podien predir quan estarien bé o malament (Arnold et al., 2009). En el mateix estudi es reflecteix com els pacients eren incapaços de comprometre's amb activitats socials, i normalment eren jutjats pels altres que no creien amb la malaltia. Moltes de les persones entrevistades afirmaven haver trencat relacions d'amistat, i comunicaven la dificultat d'establir-ne de noves, ja que no podien participar en activitats socials. Pel que fa a la càrrega familiar, molts dels subjectes afirmaven ser incapaços de cuidar als seus fills i no poder ajudar-los en els deures o anar a reunions i activitats escolars. També informaven de no poder realitzar viatges amb família, ja fos per la simptomatologia o per factors econòmics (Arnold et al., 2009).

Les relacions sexuals i de parella també tenen un paper molt important pel que fa a la qualitat de vida dels malalts (Orellana et al., 2008). Els pacients amb FM semblen ser més propensos a desenvolupar disfunció sexual en comparació amb grups control sans. Les causes són la depressió, la fatiga i els efectes de la medicació. Però també sembla haver-hi una important història sexual darrere, moltes dones amb FM informen d'haver patit abús (Bazzichi et al., 2012). La disminució d'apetència sexual i la disfunció orgàsmica són també temes molt freqüents. Els diferents problemes sexuals poden contribuir a l'aparició d'emocions negatives com la frustració o la desil·lusió i poden ser font de conflictes en la parella.

A més a més, tal com s'ha comentat abans, en l'actualitat no existeix un tractament definitiu per aquesta patologia, amb el que la repercussió en la qualitat de vida encara s'entén molt més i l'afectació pot arribar més fàcilment a tot l'entorn més proper de qui pateix la FM.

### **2.3 Família i malaltia crònica**

Una vegada hem vist com la FM afecta a la qualitat de vida del pacient, ens interessa conèixer si existeix una repercussió de la malaltia en la família. Encara que no hi hagi una única definició del concepte família, alguns autors l'han descrit de diverses maneres.

Per exemple, en el llibre *Modelos de familia*, es defineix com un sistema de relacions fonamentalment afectives, present en totes les cultures, en la qual l'esser humà passa un llarg temps de la seva vida (Nardone G, 2008).

D'altra banda, la família és un grup en el qual els membres es cohesionen, s'estimen, es vinculen i d'aquesta manera, s'ajuden recíprocament a créixer vitalment, a viure amb altres persones en totes les seves dimensions: cognitiva, afectiva, relacional...(Perez Testor, 2008).

Una altra definició podria ser el concepte de família com una xarxa primària d'interdependències i conflictes, on es donen relacions-funcions d'afecte i cura (reproducció), solidaritat i socialització entre persones de diferents generacions i sexes que poden viure o no a la mateixa llar. (Collet J, 2011)

Una vegada revisada la literatura, podem definir la família com un grup de persones que conviuen en entorn d'intimitat, on s'ajuden a créixer vitalment en totes les seves dimensions, i que serà diferent en cada cultura i en cada societat.

La funció principal de la família és crear el marc necessari per afavorir el creixement dels seus membres, contenint les ansietats que es formen en el grup familiar. La família intentarà potenciar la diferenciació, la cooperació, l'educació i l'aprenentatge, i donar temps i espai als membres de la família. (Perez Testor, 2008). La família davant la malaltia, ajudarà a la persona malalta en tot el que pugui, passant més temps al seu costat i recolzant-la.

El funcionament familiar fa referència a les propietats socials i estructurals del clima familiar global. Inclou interaccions i relacions entre els membres de la família, nivells particulars de conflicte i cohesió, adaptabilitat, organització, i qualitat de comunicació. (Lewandowski A, 2011).

Podem diferenciar entre funcionament familiar sa i funcionament familiar malalt . El funcionament familiar sa es dona quan estem davant d'un clima familiar amb una bona comunicació, uns rols ben definits, cohesió, i bon nivell d'afecte. Per contra, un funcionament familiar emmalaltit consistiria en un nucli familiar amb alts nivells de conflicte, desorganització, i una baixa afectivitat i control. (Lewandowski A, 2011). Pot ser que una malaltia alteri el funcionament familiar, i que passi de tenir un funcionament sa a un funcionament doncs emmalaltit.

Cal tenir present que una gran part de les activitats físiques, psíquiques, socials o econòmiques que es realitzen en el dia a dia de qualsevol persona queden en estreta relació amb l'àmbit familiar. Un dèficit en algun dels components en molts casos pot suposar la presència de dificultats en diferents situacions de la vida diària i per conseqüència, en aquesta vida familiar.

Existeix un model, el de Mc Master, que segueix les dimensions de resolució de problemes, comunicació, rols, responsabilitat, afectivitat i control, el qual s'ha utilitzat per descriure les interaccions entre pares i adolescents amb dolor crònic, com també teories de comportament operant. Tot i així, no hi ha existència de cap model per avaluar tot el nucli familiar amb dolor crònic (Lewandowski A, 2011).

Són diversos els factors de risc que augmenten la probabilitat d'un resultat disfuncional o patològic en un individu o grup (Rutter, 2007), com per exemple l'exposició quotidiana i crònica a condicions socials adverses, l'exposició a un esdeveniment traumàtic, o una combinació d'alt nivell de risc amb exposició a un esdeveniment traumàtic particular. D'altra banda, existeix el factor de vulnerabilitat, que es refereix a variables que incrementen la susceptibilitat als efectes negatius dels factors de risc, per exemple, una història depressiva o una baixa cohesió familiar (Gómez & Kotliarenco, 2010).

Pot ser que la família pateixi un canvi amb l'arribada de la FM a casa per part d'un o més membres. Depenent dels recursos socials i materials de la família, de les seves estratègies d'afrontament i de com percep la malaltia, pot ser que aparegui un nou model de funcionament familiar.

Són diversos els estils d'afrontament familiar davant una malaltia. Pot haver-hi famílies que acceptin la malaltia i això els ajudi a unir-se i fer-se forts, però en canvi, en pot haver d'altres que es resignen i no vulguin acceptar-ho. Un factor que pot ajudar a la no acceptació per part dels familiars són els interrogants que existeixen sobre la malaltia. Això podria dificultar la comprensió del malalt.

L'impacte que pot suposar la FM als membres de la família no és gens conegut. En la revisió que hem fet de la literatura científica existeixen estudis amb altres malalties (oncològiques, mentals, dermatològiques o cròniques) i es parla de problemes emocionals, econòmics o socials, entre altres. En diversos casos, els pacients informen sobre el malestar i desequilibri familiar que aquesta suposa. (Arnold et al., 2009).

Familiars de malalties dermatològiques experimentaren emocions com són el patiment, la frustració i l'estrès. Pares de nens i nenes amb malalties mentals van tenir problemes socials. Familiars de malalts amb càncer fan referència a la pèrdua de treball. (Golics et al., 2013).

Els tipus d'impactes en la família amb un malalt crònic sembla que siguin semblants en qualsevol malaltia. (Golics et al., 2013). D'aquesta manera, podria ser que la fibromiàlgia empitjorés la qualitat de vida dels familiars, en diferents àrees (emocional, social, laboral...).

Les àrees d'impacte identificades, segons Golics et al, en la família quan hi ha una malaltia crònica són les següents: impacte emocional, aspectes econòmics, vida social, suport i atenció mèdica, temps en compromisos, relacions familiars, vacances, son i salut, treball i estudi i activitats diàries (Golics et al., 2013). Es va veure que els deu temes identificats anaven interrelacionats, encara que alguns més que altres. Van descobrir per exemple que les vacances es relacionaven amb temes econòmics i amb la falta de planificació per dur a terme diverses activitats, i que l'impacte afectava a la gran majoria d'àrees de la vida dels subjectes (Golics et al., 2013).

L'impacte en les relacions familiars de persones amb fibromiàlgia juvenil també s'ha estudiat i es va veure que la implicació dels membres familiars és un element crucial pel maneig del dolor crònic, i que és molt important identificar els aspectes del clima familiar que s'han de tenir en consideració (Kashikar-Zuck et al., 2008).

Un altre dels estudis que s'han interessat per veure l'impacte de la malaltia crònica en la família ha estat el dirigit per Lewandowski, on es va analitzar 16 articles sobre malaltia crònica i família, tots ells transversals. Els estudis van estar fets amb joves de 6 a 20 anys amb diferents condicions i nivells de dolor (fibromiàlgia, cefalea, dolor abdominal, etc). (Lewandowski A, 2011). Els resultats de l'estudi van concloure que les famílies de joves amb dolor crònic normalment tenien un pitjor funcionament familiar en comparació amb els subjectes sans.

Mannerkorpi K i Gard G l'any 2012 van encapçalar un estudi qualitatiu a 27 dones amb FM. L'estudi pretenia investigar la relació entre dificultats en el treball i problemes de salut de dones amb la malaltia de fibromiàlgia. Els autors establiren tres categories: demandes relacionades amb

el treball, problemes de salut i factors relacionats amb el context. En l'estudi van observar que les persones amb FM normalment associaven la dificultat per mantenir el treball amb els símptomes i discapacitats de la malaltia.

A més a més, les persones participants en l'estudi relacionaven la discapacitat de la malaltia a les limitacions en la seva vida diària, (Mannerkorpi K & Gard G, 2012), cosa que ens fa pensar en una clara afectació en l'entorn familiar. Pel que fa al context, i per tant, a la família, els participants experimentaren una reducció de la seva vida social i notaren que la família s'encarregava de més activitats domèstiques (Mannerkopi & Gard G, 2012).

Tot i així, es segueix desconeixent el grau de disrupció familiar des d'un punt de vista psicoafectiu, les càrregues secundàries a l'aparició de la FM (canvi de rols, redistribució de tasques, etcètera), pèrdues econòmiques familiars i el patró de conducta familiar en relació amb la FM i la seva repercussió.

És sabut per diversos estudis que els pacients ben informats sobre el diagnòstic, pronòstic i alternatives terapèutiques tenen més estratègies i estan millor preparats per fer front a la malaltia i minimitzar les conseqüències que comporta (Friedberg, et al., 2012). Pensem que també seria convenient informar als familiars, ja que aquests hauran d'acompanyar i ajudar al malalt en la vida diària.

### **3. Part pràctica**

#### **3.1 Hipòtesis**

##### **3.1.1 Hipòtesis principals**

Existeixen aspectes relacionats amb emocions, activitats domèstiques, vida social i sexual, situació econòmica, i altres, que es troben afectats en familiars de persones diagnosticades de FM.

El fet de que un o més membres d'un nucli familiar pateixin FM repercuteix en el benestar i qualitat de vida d'aquest nucli.

##### **3.1.2 Hipòtesis secundàries**

Hi ha una relació directa entre el dèficit de qualitat de vida del nucli familiar si almenys un dels membre pateix FM, sobretot en l'aspecte emocional.

Hi ha relació directa entre la inestabilitat de parella i patir FM un dels dos cònjuges.

#### **3.2 Objectius**

##### **3.2.1 objectius generals**

L'objectiu principal de la present investigació és determinar quin és el grau d'afectació negativa en la qualitat de vida en familiars de pacients afectats de FM, a partir d'un estudi observacional emprant un qüestionari ad-hoc.

##### **3.2.2 Objectius específics**

Valorar quin és el factor més afectat del nucli familiar quan hi ha al menys membre malalt per FM.

Analitzar com la relació sexual de parella es veu afectada per la FM d'un dels dos membres.

Valorar el possible impacte negatiu en la vida social dels familiars.

Valorar la possible càrrega que pot representar el malalt per la família.

Valorar l'impacte negatiu en els recursos econòmics de la família.

### **3.3. Metodologia**

#### **3.3.1 Disseny de la investigació**

Es farà un estudi observacional clínic a un grup de familiars de primer grau que conviuen a la mateixa casa que el o els pacients afectats per FM on es passarà un qüestionari ad-hoc.

#### **3.3.2 Població**

Individus familiars de primer grau de pacients amb FM, homes i dones, d'edats compreses entre 18 i 70 anys.

#### **3.3.3 Disseny de l'experiment. Mida mostral**

Degut a què no es disposa de dades prèvies sobre la investigació que es vol dir a terme i fins el meu coneixement arriba, no hi han estudis similars en la literatura científica, això dificulta la determinació exacta del càlcul de la mostra necessària. A més, aquest estudi té el caràcter d'estudi pilot que serà eminentment observacional i que tindrà com a objectiu principal formular hipòtesi. Per aquest motiu ens plantegem incloure 27 familiars.



### **3.3.4 Criteris d'inclusió i exclusió**

#### **- Criteris d'inclusió**

- . No estar afectats per la malaltia.
- . Dins el nucli familiar de primer grau de l'afectat.
- . Homes o dones d'entre 18 i 70 anys.
- . Haver signat un consentiment informat.
- . Persones amb voluntat de participar a l'estudi.
- . Que la persona afectada porti almenys un any diagnosticada de FM.

#### **- Criteris d'exclusió**

- . Persones que no pertanyen al nucli familiar de la persona afectada de FM.
- . Patir altres malalties mèdiques que també puguin afectar la qualitat de vida familiar.

### **3.3.5 Mostra**

La mostra està formada per 27 individus familiars de primer grau de persones afectades de FM. Es varen triar de manera aleatòria però tenint en compte els criteris d'inclusió i exclusió. Va ser aleatòria ja que la conformen aquells individus que acudien d'acompanyants del familiar a la visita del metge reumatòleg.

### **3.3.6 Procediments. Ètica i qualitat**

Tots els participants a l'estudi han estat informats de les característiques d'aquest, els seus objectius i la metodologia emprada, amb un full que es mostra en l'annex 1, així com també van signar un consentiment informat, que apareix en l'annex 2.

L'estudi aplica les normes de bona pràctica clínica, seguint un protocol adequat, garantint la validesa de les dades i els resultats obtinguts i respectant l'anonimat i els drets de les persones.

El tractament, la comunicació i la cessió de dades de caràcter personal de tots els subjectes participants s'ajustarà a lo disposat en la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre de protecció de dades de caràcter personal. Per tant, es garanteix l'anonimat de les persones entrevistades seguint la Normativa actual a tal fi.

La recollida de dades s'ha dut a terme a través de qüestionaris ad-hoc, mostrats en l'annex 3, de forma individual i presencial per tal d'oferir ajuda en la seva realització si cal.

La recollida de dades s'ha fet a la Unitat de Fibromiàlgia de l'Hospital de Santa Maria de Lleida, a consultes externes (consulta 4) del mateix hospital i en horari de tarda, durant el mesos de Febrer i Març.

### 3.3.7 Instruments de mesura

Els instruments de mesura en aquest estudi han estat de dos tipus: qüestionari i entrevista oberta.

En primer lloc, s'ha realitzat un qüestionari ad-hoc a 27 familiars de pacients diagnosticats de FM per la Unitat de Fibromiàlgia de l'Hospital Santa Maria de Lleida. Aquest, consta de 16 preguntes, totes tancades. Les preguntes han estat basades amb estudis previs (Golics et al., 2013), i pretenien ser clares i concises. El qüestionari està format en base a aspectes que penso que poden repercutir més en la qualitat de vida del nucli familiar, amb respostes dicotòmiques.

Abans de començar l'estudi es va realitzar un estudi pilot amb tres familiars d'afectats de FM. D'aquesta manera, es va identificar aspectes no rellevants i alguna pregunta amb difícil comprensió, a més a més d'un previ entrenament.

En segon lloc, es va efectuar una entrevista oberta amb l'objectiu de reforçar les dades estadístiques. Aquesta, donarà validesa als resultats de l'estudi, ja que recollirà les percepcions i sensacions dels familiars envers la pròpia vivència de la malaltia (resultats en annex 4).

Les variables contemplades en ambdós instruments són les següents:

- 1) Característiques sociodemogràfiques: sexe (dona/home), estat civil (casat o amb parella/soler/separat o divorciat/viudo), nivell educatiu (baix=sense estudis/mitjà= estudis primaris, estudis secundaris/alt= estudis universitaris).
- 2) Impacte negatiu en els recursos econòmics familiars: situació laboral actual (treballa/no treballa), economia familiar (afectació/no afectació), plantejament de canvi de feina (plantejament/no plantejament).
- 3) Característiques emocionals arrel la malaltia del familiar: felicitat (afectació/no afectació), plantejament de trencament de la relació familiar (plantejament/no plantejament).
- 4) Càrrega familiar i empitjorament de la vida social: afectació negativa en la vida social (afectació/no afectació), realització d'activitats domèstiques respecte abans (més activitats/mateixes activitats).
- 5) Impacte negatiu fisiològic i de salut arran la malaltia del familiar: grau de salut del familiar (afectació/no afectació), vida sexual de parella (afectació/no afectació), qualitat del son (igual/pitjor).

### **3.3.8 Anàlisi estadística**

S'ha realitzat una anàlisi estadística descriptiva de la mostra en funció de la naturalesa de les variables. S'han emprant taules de freqüències absolutes i relatives.

La informació va ser introduïda i analitzada mitjançant el programari de l'IBM SPSS 21.0.<sup>1</sup>

Els resultats s'expressen en percentatges en l'apartat de resultats i discussió.

---

<sup>1</sup> Programa informàtic d'estadística, creat per Norman H et al., el 1968.

### 3.3.9. Temporització

A continuació es presenta el cronograma on queden descrites les activitats que s'han dut a terme durant el procés i desenvolupament del treball.

	Setembre 2013	Octubre 2013	Novembre 2013	Desembre 2013	Gener 2014	Febrer 2014	Març 2014	Abril 2014	Maig 2014
Recerca bibliogràfica									
Delimitació d'objectius									
Decisions metodològiques									
Redacció del marc teòric									
Elaboració de l'instrument									
Administració de l'instrument									
Anàlisi dels resultats									
Redacció de la discussió i les conclusions									

### 3.4 Resultats i discussió

#### RESULTATS

##### Resultats de les dades sociodemogràfiques

Com podem observar en les Figures 1 i 2, un 7,4% dels entrevistats, 2, tenen entre 18 i 30 anys. Els individus de 30 a 51 anys, representen el 29,6 %, 8 dels 27 en la mostra. Els subjectes d'edat entre 51 i 70 van ser 17, obtenint el 63%. Pel que fa al sexe de la mostra, el 14,8% dels subjectes eren dones, 4 dels 27 subjectes de la mostra, per contra, el 85,2% eren homes, per tant, 23 subjectes.

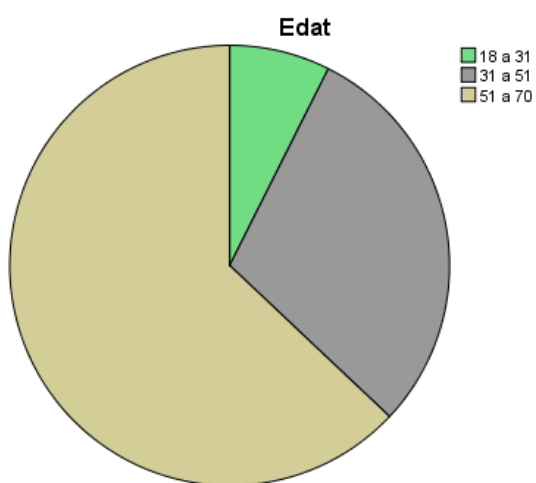


Figura 1

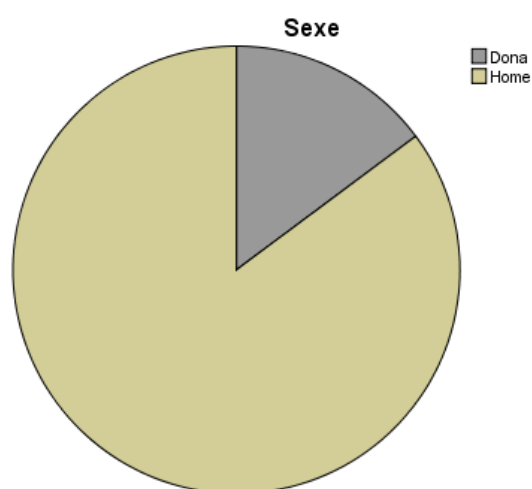


Figura 2

En la Figura 3 podem observar que el 85,2% dels subjectes estaven casats o tenien parella, 23 dels 27 subjectes. D'altra banda, l'11,1% deien estar solters, 3 dels subjectes. Pel que fa als subjectes solters, sols hi havia el 3,7%, 1 dels 27 individus.

Pel que fa al nivell d'estudis, com veiem en la Figura 4, el 3,7% dels subjectes no tenia estudis, sols 1 subjecte dels 27 totals. El 59,3% dels subjectes tenien uns estudis primaris, per tant 16 individus. El 22,2% quedava representat per les persones amb estudis secundaris, 6 de les 27. Finalment, els estudis universitaris representaren el 14,8%, amb 4 subjectes del total de 27.

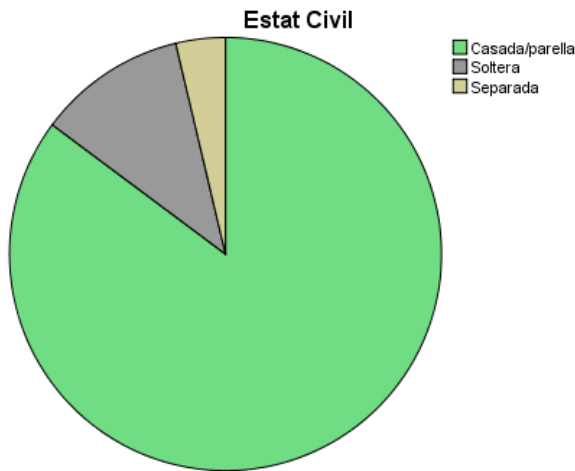


Figura 3

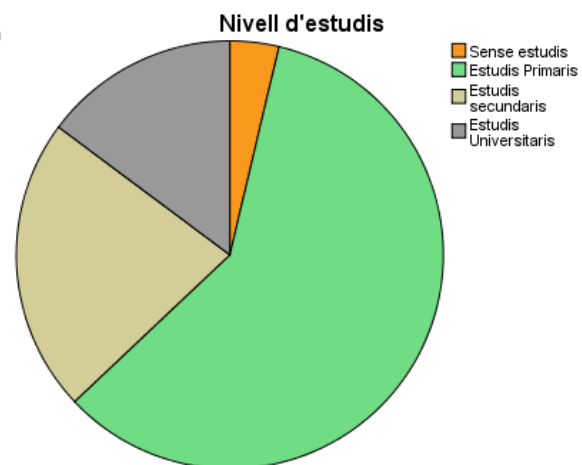
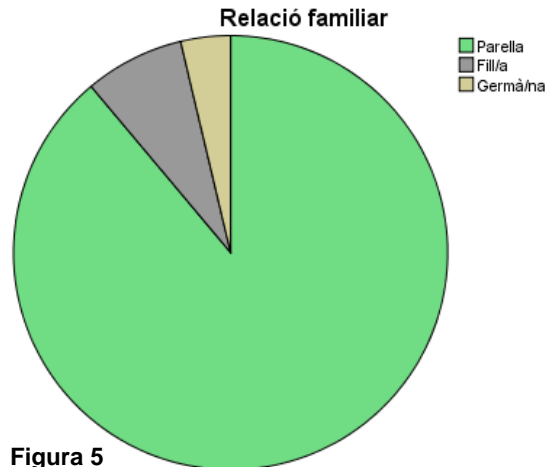


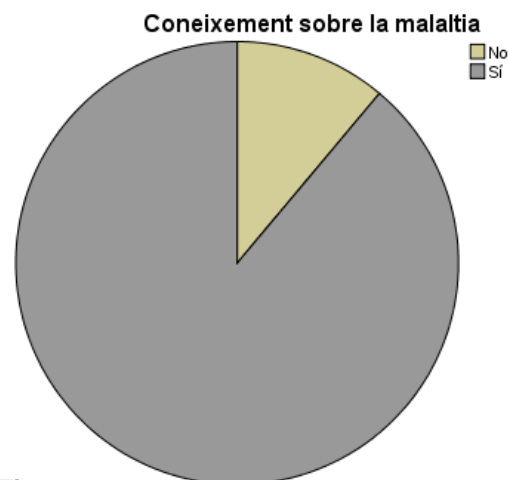
Figura 4

Referent a la relació de l'enquestat i el malalt (Figura 5), el 88,9% dels subjectes eren la parella de la persona diagnosticada de Fibromiàlgia, 24 dels 27 subjectes. El 7,4% va estar dominat per els fills/es, 2 dels 27. Finalment, el 3,7% va ser per les persones que eren germans o germanes dels pacients de FM, amb 1 subjecte dels 27 totals.



**Figura 5**

Com veiem en la Figura 6, l'11,1% dels subjectes enquestats van assenyalar no tenir coneixement sobre la malaltia del seu familiar, 3 dels 27 totals. Per contra, el 88,9%, 24 dels 27, va afirmar tenir coneixement sobre la malaltia.



**Figura 6**



### Resultats de l'impacte emocional

Pel que fa a l'afectació negativa en el grau de felicitat dels familiars (entenen com a felicitat un grau de satisfacció i estabilitat emocional), el 25,9% respongueren no, 7 persones de les 27 en la mostra, davant un 74,1%, que respongueren sí, 20 dels 27 subjectes.

En canvi, com queda reflectit en la Figura 8, quan se'ls preguntava si s'havien plantejat alguna vegada trencar la relació familiar per culpa de la malaltia, la majoria respongué que no. El 85,2% dels subjectes, 23 dels 27, va negar haver pensat en un trencament de la relació, mentre que el 14,8%, 4 subjectes, assenyalaren haver pensat en abandonar la relació familiar.

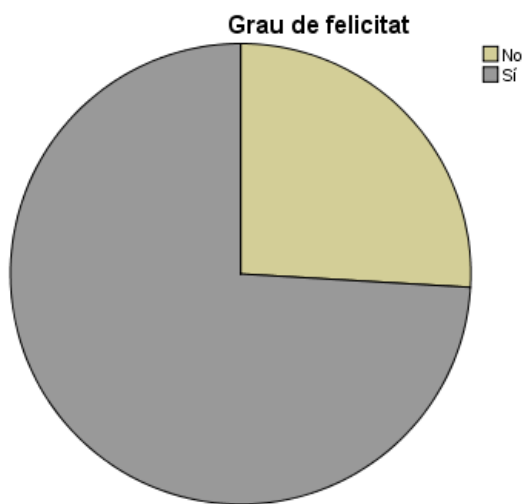


Figura 7

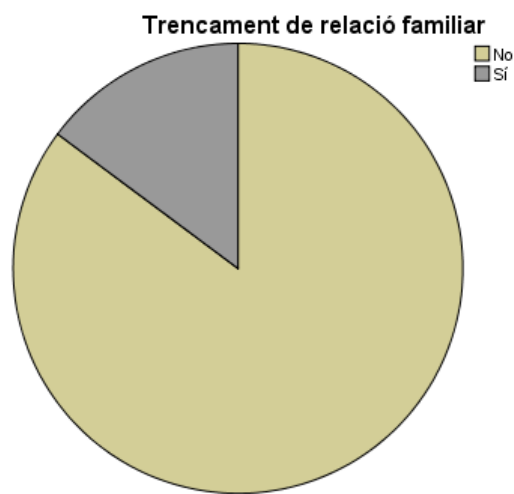


Figura 8

### Resultats de la càrrega familiar i l'empitjorament de la vida social

Les Figures 9 i 10 ens indiquen els resultats de la càrrega del malalt de FM sobre els familiars de la mostra. Referent a l'afectació negativa en la vida social i relacional de les persones enquestades, un 29,6% respongué que no van tenir repercussió negativa, 8 dels 27. En canvi el 70,4% va respondre que sí, 19 dels 27. Pel que fa a la realització de més tasques domèstiques a casa, degut a la FM del seu familiar, un 11,1%, 3 dels 27 de la mostra, va negar la realització de més tasques domèstiques, davant un 88,9%, 24 subjectes, els quals van afirmar haver de fer més tasques domèstiques a causa de la malaltia. .

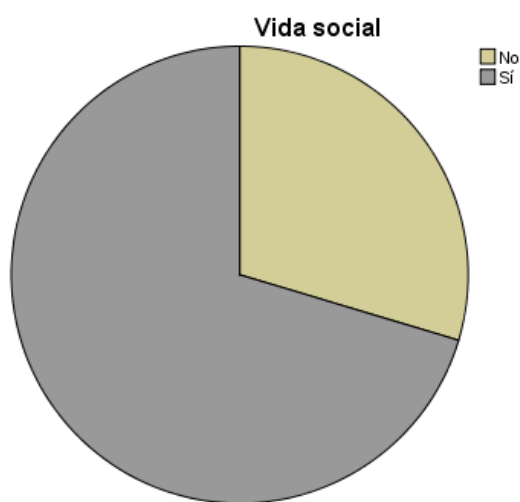


Figura 9

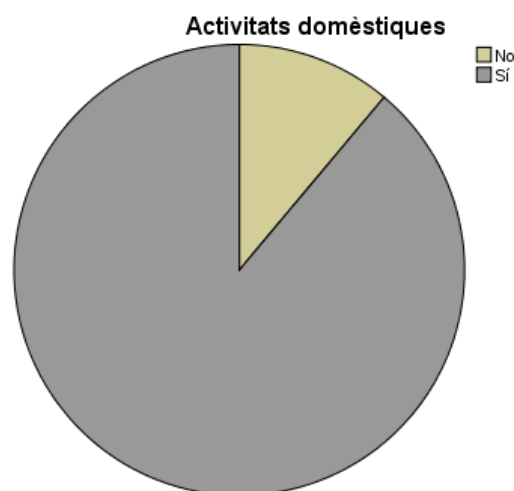


Figura 10

### Resultats dels recursos econòmics

La Figura 11 ens indica si la malaltia de FM havia causat certs problemes econòmics en la família. Observem que el 29,6%, 8 subjectes, declaren no haver patit problemes econòmics arrel la malaltia, però el 70,4%, 19 subjectes, afirmà tot el contrari.

També es va preguntar quins aspectes econòmics eren els que es veien més negativament afectats, els de la vida diària (roba, menjar, transport) o els més secundaris (activitats lúdiques i vacances). Majoritàriament es van veure afectats els recursos secundaris, encara que 9 dels 27 subjectes van indicar estar afectats algun dels tres aspectes de la vida diària.

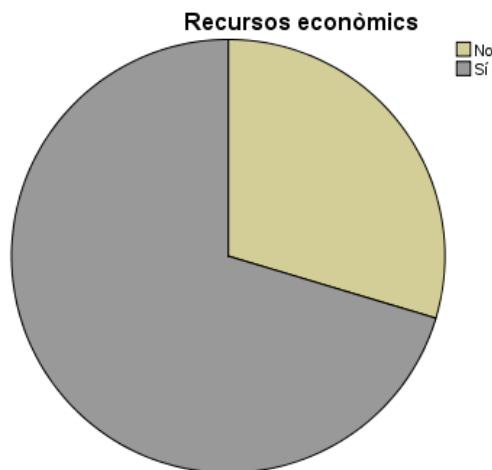


Figura 11

La Figura 12 ens assenyala la pèrdua d'hores laborals per causa de la malaltia del seu familiar. Un 48,1%, 13 subjectes, va respondre que no havia perdut hores laborables, en canvi, un 51,9%, 14 subjectes, contestaren el contrari.

Pel que fa a si els subjectes s'han plantejat un canvi de feina degut a la malaltia de fibromiàlgia que pateix el seu familiar, veiem en la Figura 13 com el 88,9%, 24 subjectes, van negar haver-se plantejat un canvi de feina, però un 11,1%, 3 subjectes, van respondre que s'ho havien plantejat.

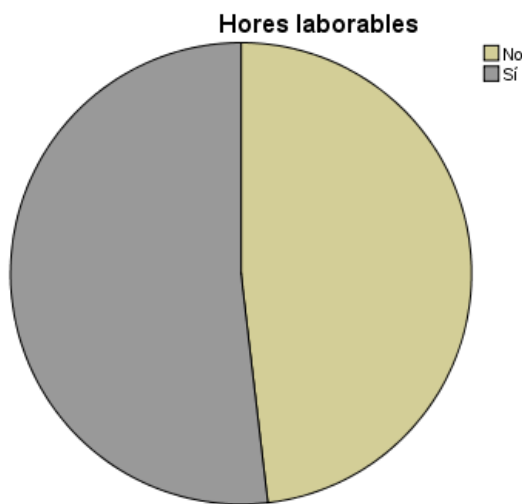


Figura 12

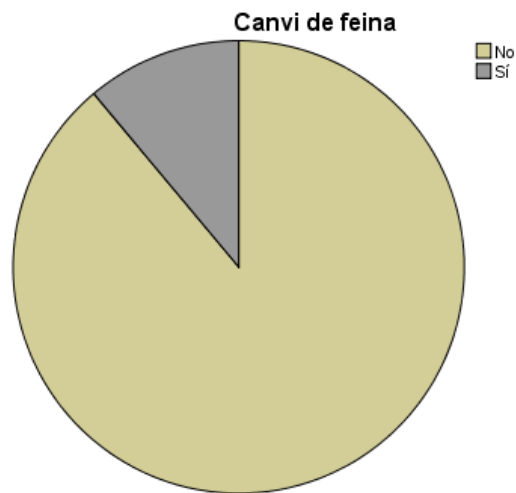


Figura 13

### **Resultats d'aspectes fisiològics i de salut**

Sobre l'afectació negativa en la vida sexual només van respondre les parelles (Figura 14). Per tant, es valora sobre el 88,9%, 24 subjectes (ja que 3 dels 27 no eren la parella). Dels 24, 3 van afirmar no tenir problemes arran de la malaltia. Per contra, 21 dels 24 subjectes va afirmar tenir problemes en les relacions sexuals.

Pel que fa a la pèrdua de qualitat del son, en els 27 subjectes havia empitjorat des que li havien diagnosticat FM al seu familiar. La Figura 15 ens indica que un 70,4%, 19 subjectes, va reconèixer no haver tingut problemes en la qualitat del son des de la malaltia, en canvi, 8 familiars, el 29,6% van afirmar veure empitjorada la seva qualitat de son. .

La última pregunta anava enfocada a si els subjectes de la mostra havien tingut canvis en la seva salut des que li diagnosticaren FM al seu familiar. Com veiem en la Figura 16, El 66,7%, 18 familiars, va negar haver patit cap canvi, en canvi, el 33,3%, 9 subjectes, van afirmar haver patit canvis en la seva salut.

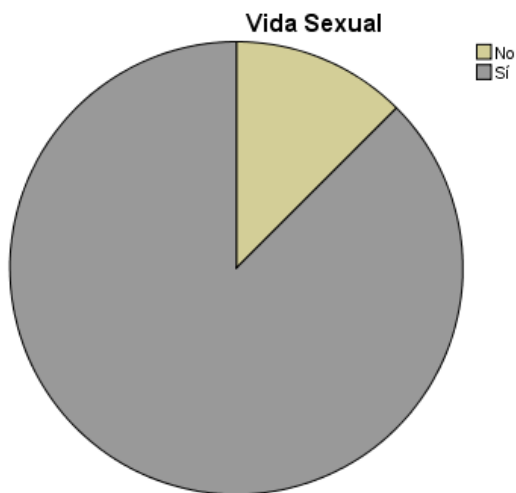


Figura 14

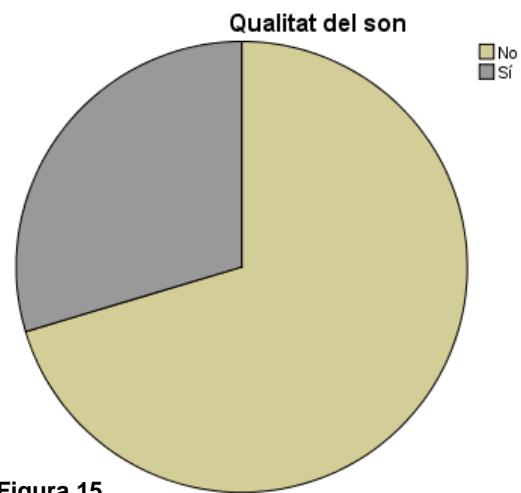


Figura 15

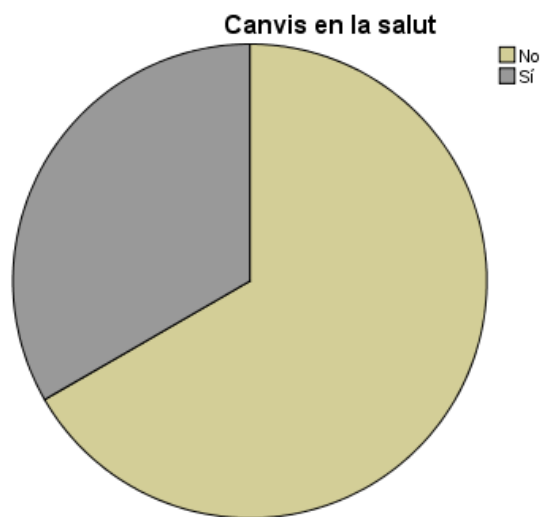


Figura 16

## DISCUSSIÓ

L'estudi pretenia identificar quines són les àrees que es veuen més afectades (emocional, càrrega familiar i social, laboral i de salut) en la qualitat de vida dels vint-i-set familiars enquestats.

Les principals troballes de l'estudi que es presenta varen ser:

- a) Conviure amb un familiar afectat de FM influeix de manera negativa en el grau de satisfacció i estabilitat emocional (74'1% en front el 25'9%). En canvi, no es planteja el trencament d'aquesta relació familiar en la majoria de casos. Malgrat tot, el fet que el 14,8% sí que estarien disposats a trencar el vincle familiar fa pensar en els efectes negatius de la problemàtica de patir aquesta malaltia.
- b) La vida social i relacional també es veu afectada i el 88'9% dels enquestats refereixen una sobrecàrrega de les tasques domèstiques. Gairebé tots afirmaven que la persona afectada realment no podia per l'elevat grau de fatiga.
- c) La pèrdua d'ingressos econòmics i pèrdua d'hores laborals és predominant. En canvi, no es planteja fer canvi de feina. Ja que la majoria d'ells opinen sobre la gran dificultat que hi ha avui dia en trobar un nou treball, degut a la crisi que ens afecta.
- d) El 87% dels enquestats comenten que la seva vida sexual ha fet un canvi en negatiu per diferents motius, essent la inapetència i el dolor a l'hora de fer l'acte sexual les principals causes. En canvi, no s'han trobat diferències prou importants ni en la qualitat del son ni en la percepció d'estar malalts.

Mannerkorpi i Gard el 2012 van publicar un article on es mostrava que les persones afectades per FM veien reduïda de manera molt significativa la seva vida social, laboral i econòmica. Lewandowski el 2011 i Golics el 2013, en uns estudis que han servit de base pel que es presenta, van demostrar que conviure amb un malat crònic suposa un fort impacte negatiu en la qualitat de vida dels familiars de l'afectat.

Aquest estudi, que es tingui coneixement, és el primer que es fa per a valorar la repercussió sobre familiars que visquin amb un malalt de FM. Sí que hi ha estudis com el de Hashikar- Zuck del 2008 que va estudiar l'afectació familiar quan un dels membres de la família pateix FM però en edat juvenil.

Comentar també que per elaborar aquest projecte he llegit atentament la *Guía para la Fibromiàlgia del Ministerio de Sanidad del 2011* i també una *Fibromiàlgia i Síndrome de la Fatiga Crònica*:

*Recomanacions sobre el diagnòstic i tractament. IN02/2011 del Departament de salut de Generalitat de Catalunya del 2011. I és curiós com en cap de les guies es parla sobre l'atenció als familiars.*

Dels resultats trobats tot apunta a una relació directa entre la FM i el patiment familiar que comporta, essent l'àrea més afectada la càrrega del familiar en relació a la vida social i activitats domèstiques.

També comentar que del recull de resultats de l'entrevista oberta (annex 4) és destacable l'impacte en l'àrea emocional del familiar i la falta d'informació per part dels professionals, que justifica el que es plasma en el qüestionari.

Així, per exemple, frases com:

*“És un infern viure amb algú afectat de FM”*

O

*““No tenim informació sobre la malaltia. Els metges no es fiquen d'acord, i això em crea una ansietat molt forta, no sabem que fer.”*

Mostren el grau de patiment dels familiars d'afectats de FM i també justifica el fet que s'hagi d'actuar en referència a ells.



#### **4. Conclusions**

El fet de conviure amb una persona afectada de FM suposa pèrdua del grau de felicitat i canvis en la vida social, relacional i sexual, amb empitjorament del nivell econòmic.

Les àrees més afectades són és la càrrega del familiar, amb l'increment d'activitats de la llar, en la vida social i l'afectació negativa en els recursos econòmics.

Els programes d'actuació sobre el tractament de la FM haurien d'incloure també una atenció als familiars que conviuen amb les persones afectades.

## **5. Línies d'estudi a desenvolupar**

Són limitacions de l'estudi la manca d'estudis previs, el fet de ser un estudi pilot i observacional amb pocs casos però que penso que podria obrir la porta a altres segons estudis.

Els resultats d'aquest estudi poden ser útils per dissenyar en un futur una guia de suport als familiars de pacients diagnosticats de fibromiàlgia.

L'estudi reflecteix l'impacte negatiu en la qualitat de vida dels familiars de pacients afectats de FM, però tot i així podria ser que hi hagués alguna part positiva, com s'explica en l'estudi de Golics, on alguns familiars se sentien més propers quan s'ajudaven entre ells en temps difícils, i altres deien que s'esforçaven més per poder passar temps en família (Golics et al., 2013).

Donar a conèixer què és la malaltia i què representa per la gent afectada podria millorar la relació familiar. Penso que tots aquells que d'alguna manera o altra estan implicats en el tractament de la malaltia haurien de fer formació específica per tal d'atendre també als familiars.

I crec que nosaltres, com a futurs psicòlegs, hi tenim molt a dir i a fer, sobretot en els aspectes emocionals i sexuals.

## 5. Bibliografia

- Alciati, A., Sgiarovello, P., & Atzeni, F. (2012). "Psychiatric problems in fibromyalgia : clinical and neurobiological links between", *64*(4), 268–274.
- Algado, M. T., Basterra, Á., & Ignacio, J. (1997). "Familia y enfermedad de Alzheimer. Una perspectiva cualitativa", 19–29.
- Ambrose, K. R., Gracely, R. H., & Glass, J. M. (2012). "Fibromyalgia dyscognition: concepts and issues". *Reumatismo*, *64*(4), 206–15.
- Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, Ware AE, Fritz DA, Auchenbach MB, et al. (2004) "Family study of fibromyalgia". *Arthritis Rheum.* *50*(3):944-52.
- Arnold, L. M., Crofford, L. J., Mease, P. J., Burgess, S. M., Susan, C., Abetz, L., & Martin, S. A. (2009). "Patient Perspectives on the Impact of Fibromyalgia" *73*(1), 114–120. doi:10.1016/j.pec.2008.06.005.
- Bazzichi, L., Giacomelli, C., Rossi, a, Sernissi, F., Scarpellini, P., Consensi, a, & Bombardieri, S. (2012). "Fibromyalgia and sexual problems". *Reumatismo*, *64*(4), 261–7.
- Bennett, R. (2005). "The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses". *Clinical and Experimental Rheumatology*, *23*(5 Suppl 39), S154–62. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16273800>.
- Buskila, D., & Sarzi-Puttini, P. (2006). "Biology and therapy of fibromyalgia. Genetic aspects of fibromyalgia syndrome". *Arthritis Research & Therapy*, *8*(5), 218. doi:10.1186/ar2005.
- Busse, J. W., Ebrahim, S., Connell, G., Coomes, E. A., Bruno, P., Malik, K., ... Guyatt, G. H. (2013). "Systematic review and network meta-analysis of interventions for fibromyalgia: a protocol". *Systematic Reviews*, *2*(1), 18. doi:10.1186/2046-4053-2-18.
- Capraro, M., Dalla Valle, M., Podswiadek, M., De Sandre, P., Sgnaolin, E., & Ferrari, R. (2012). "The role of illness perception and emotions on quality of life in fibromyalgia compared with other chronic pain conditions". *Reumatismo*, *64*(3), 142–50.
- Carmona, L., Ballina, J., Gabriel, R., & Laffon, a. (2001). "The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey". *Annals of the Rheumatic Diseases*, *60*(11), 1040–5.

- Casale, R., Atzeni, F., & Sarzi-Puttini, P. (2012). "Neurophysiological background for physical therapies in fibromyalgia". *Reumatismo*, 64(4), 238–49.
- Collet, J. (2011). "Educació familiar tipologies de famílies i models educatius". <http://www.diba.cat/documents/113226/6884c0fa-9803-4638-a22e-b98bc411b7c4>
- Fibromialgia. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. <http://publicacionesoficiales.boe.es>
- Friedberg, F., Williams, D. A., & Collinge, W. (2012). "Treatments for fibromyalgia: a clinical overview and applications with home-based technologies" 425–435.
- García Campayo, J., & Rodero, B. (2011). "La catastrofización ante el dolor en la fibromialgia" 59–61.
- Goldberg RT, Pachas WN, Keith D. (2009) "Relationship between traumàtic events in childhood and chronic pain". *Disabil Rehabil*. 21 (1): 23-30.
- Golics, C. J., Basra, M. K. A., Salek, M. S., & Finlay, A. Y. (2013). "The impact of patients' chronic disease on family quality of life: an experience from 26 specialties". *International Journal of General Medicine*, 6, 787–98. doi:10.2147/IJGM.S45156.
- Gómez, E., & Kotliarenco, M. A. (2010). "Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas". 19, 103–132.
- Hagedoorn, M., Buunk, B. P., Kuijer, R. G., Wobbles, T., & Sanderman, R. (2000). "Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life". *Psycho-Oncology*, 9(3), 232–42. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10871719>
- Kashikar-Zuck, S., Lynch, A. M., Slater, S., Graham, T. B., Swain, N. F., & Noll, R. B. (2008). "Family factors, emotional functioning, and functional impairment in juvenile fibromyalgia syndrome". *Arthritis and Rheumatism*, 59(10), 1392–8. doi:10.1002/art.24099.
- Kato K, Sullivan PF, Evengard B, Perdersen NL. (2006) "Chronic widespread pain and its comorbidities: A population-based study." *Arch Int Med*. 166:1649-54.
- Keller, D., & Gracia, M. (2011) "Subtipos de pacientes con fi bromialgia , características psicopatológicas y calidad de vida". 39(5), 273–279.

- Lewandowski A, Palermo T, Stinson J, Handley S. (2011) "Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain". *11*(11), 1027–1038.  
doi:10.1016/j.jpain.2010.04.005.
- Mannerkorpi K and Gard G. (2012) "Hinders for continued work among persons with fibromyalgia" 13:96.
- Minelli, A, & Vaona, A. (2012) "Effectiveness of cognitive behavioral therapy in the treatment of fibromyalgia syndrome: a meta-analytic literature review". *Reumatismo*. 64(3), 151–7.
- Mist, S. D., Firestone, K. a, & Jones, K. D. (2013). "Complementary and alternative exercise for fibromyalgia: a meta-analysis". *Journal of Pain Research*, 6, 247–60.  
doi:10.2147/JPR.S32297.
- Nardone G, Giannotti E, Rocchi R. (2008) "Modelos de familia. Conocer y resolver los problemas entre padres y hijos". Editorial Herder. Pàg 38-39.
- Rivera J, Rejas, Vallejo MA, Esteve-Vives J; Grupo ICAF (2009) "Situación laboral y gasto sanitario en pacientes con Fibromialgia. *Reumatología Clínica*" 5:145 doi:10.3252/pso.es.35ser.2009
- Rivera, J., Alegre, C., Nishishinya, M. B., & Pereda, C. A. (2006). "Evidencias terapéuticas en fibromialgia", 1–4.
- Ruiz Pérez, I., Ubago Linares, M. C., Bermejo Pérez, M. J., Plazaola Castaño, J., Olry De Labry-Lima, a., & Hernández Torres, E. (2007). "Diferencias en características sociodemográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados de fibromialgia." *Revista Clínica Española*, 207(9), 433–439. doi:10.1157/13109832
- Perez Testor. (2008). "Definición de Familia : una visión del Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer", 1, 9–13.
- Sarzi-Puttini, P., Atzeni, F., & Perrot, S. (2012). "Fibromyalgia syndrome: still a medical dilemma. *Reumatismo*", 64(4), 183–5.
- Thieme, K., & Turk, D. C. (2012). "Cognitive-behavioral and operant-behavioral therapy for people with fibromyalgia. *Reumatismo*", 64(4), 275–85.
- Urzúa, A, Caqueo-urizar, A. (2012). "Calidad de vida : Una revisión teórica del concepto Quality of life : A theoretical review", 30, 61–71.

- Wolfe, F. (2012). "Diagnosis and diagnostic tests for fibromyalgia ( syndrome )", *64*(4), 194–205.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P, Yunus, M. B. (2010). "The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity." *Arthritis Care & Research*, *62*(5), 600–10 doi:10.1002/acr.20140
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennet RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P, Fam AG, Farber SJ, Fietchttner JJ, Franklin CM, Gatter RA, Hamaty D, Lessard J, Lichtbroun AS, Masi AT, McCain GA, Reynolds WJ, Romano TJ, Rus, S. R. (1990). "The American College of Rheumatology 1990 Criteria for Classification of Fibromyalgia."

