

## Factores relacionados con la incapacidad temporal en pacientes con fibromialgia

Marina Salido<sup>a</sup>, Pilar Navarro<sup>a</sup>, Enrique Judez<sup>a</sup> y Rosa Hortal<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Reumatología. CLINISAS. Madrid. España.

<sup>b</sup>Sección de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.

**Objetivo:** Conocer las variables sociodemográficas, clínicas y laborales que se relacionan con procesos de incapacidad temporal (IT) en pacientes con fibromialgia (FM).

**Pacientes y método:** Se incluyó a los pacientes diagnosticados de FM, según los criterios de ACR, que acudieron a consulta durante un período de 3 meses. Se realizó un protocolo clínico estándar con datos sociodemográficos, clínicos y laborales y los procesos de IT del último año. Todos los pacientes completaron un cuestionario con 40 ítems (cuestionario de impacto de la FM [FIQ] incluido).

**Resultados:** Participaron 51 mujeres con FM, 32 de ellas necesitaron en una o más ocasiones baja laboral durante el último año. La duración media  $\pm$  desviación estándar (DE) fue de 83,73  $\pm$  98 días. En el estudio bivariable no encontramos asociación entre IT y las características sociodemográficas, pero sí una tendencia no significativa con profesiones que requieren esfuerzo físico y presencia de factores desencadenantes. Hay relación estadísticamente significativa entre IT y ausencia de respuesta a inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Observamos que los valores de FIQ más altos mantenían una relación directa con pacientes en situación de IT.

**Conclusiones:** La ausencia de respuesta a ISRS se relaciona con procesos de IT. Las personas en situación de IT tienen FIQ más altos. Parece que hay una tendencia al incremento de IT en profesiones que requieren esfuerzo físico.

**Palabras clave:** Fibromialgia. Discapacidad laboral. Esfuerzo físico. Dolor.

### Factors related to temporal incapacity in patients with fibromyalgia

**Objective:** To know the sociodemographic, clinical and working conditions characteristics related with temporary disability (TWD) in patients with fibromyalgia syndrome (FS).

**Patients and method:** Patients diagnosed with FS who met the American College of Rheumatology's criteria, attending an outpatient clinic for at least three months prior were included. We performed a standard clinical protocol with sociodemographic, clinical and working conditions, dates and number of TWD during the last year. All patients were asked to complete a questionnaire with 40 items [Fibromyalgia impact questionnaire (FIQ) inclusive].

**Results:** The participants were 51 women with FS, 32 of whom needed one or more TWD during the last year. The mean TWD was 83.73 days (DS 98). There was not a statistically significant relationship between the TWD and sociodemographic characteristics in a bivariate analysis. There is a significant trend with hard physical work and with the presence of triggering factors. There was evidence of a significant statistical relationship between TWD with a lack of response to selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs). We noticed that the highest marks in the FIQ have a direct relationship with patients in a TWD situation.

**Conclusions:** The lack of response to SSRIs was related with TWD process. The patients in TWD situation scored the highest FIQ. There is a trend towards an increase in the TWD with jobs that required physical effort.

**Key words:** Fibromyalgia. Work disability. Physical effort. Pain.

Correspondencia: Dra. M. Salido.  
Departamento de Reumatología. CLINISAS.  
Castelló, 58. 28001 Madrid. España.  
Correo electrónico: msalidolivares@yahoo.es

Manuscrito recibido el 23-12-2005 y aceptado el 8-1-2007.

### Introducción

La fibromialgia (FM) es una enfermedad reumática caracterizada por dolor osteomuscular crónico y generalizado, que afecta en general a mujeres entre la tercera y la quinta décadas de la vida. Presenta una alta preva-

lencia, en torno al 2% de la población<sup>1</sup> y en España, según el estudio EPISER<sup>2</sup>, es del 2,4%. Existe un incremento significativo de la prevalencia de trastornos psicológicos en pacientes con FM, en muchos casos preceden al inicio de los síntomas, aunque la mayoría de los pacientes no tienen una enfermedad psiquiátrica<sup>3</sup>. El paciente percibe su enfermedad con un nivel elevado de discapacidad y una calidad de vida muy inferior que pacientes con otras enfermedades como la artritis reumatoide, la poliartritis u otras conectivopatías<sup>4</sup>. La mayoría de los estudios existentes desarrollan aspectos relacionados con el dolor, discapacidad funcional y perfil psicológico, pero pocos están relacionados con la actividad laboral. En el caso de la FM, reactiva a un proceso previo (traumático, médico, quirúrgico, emocional...), las tasas de compensación por discapacidad<sup>5</sup> pueden llegar a alcanzar hasta el 34%. Los datos de discapacidad laboral o pérdida de empleo varían considerablemente entre el 6 y el 70% según las poblaciones estudiadas<sup>6</sup>; la mayoría de los estudios sitúan la tasa entre el 25 y el 50%<sup>7,8</sup>. La FM supone un alto coste directo no médico y de falta de productividad laboral mucho más elevado que enfermedades como la lumbalgia crónica o la espondilitis anquilosante<sup>9</sup>, y estos costes se incrementan aún más si se asocia con depresión<sup>10</sup>. Dado su impacto social y económico, nos marcamos como objetivo la búsqueda de una posible relación entre variables sociodemográficas, clínicas y laborales con los procesos de incapacidad temporal (IT) en pacientes con FM.

## Material y método

Se trata de un estudio transversal, en el que se incluyó de forma consecutiva a todos los pacientes diagnosticados de FM, según los criterios del American College of Rheumatology (ACR)<sup>11</sup>, que acudieron durante 3 meses a una consulta de reumatología. Todos los pacientes eran titulares o beneficiarios del régimen de colaboración de la UPAM (unidad de prestaciones asistenciales) de la Comunidad de Madrid, con un área de influencia que comprende a pacientes de la capital y de la provincia. Los pacientes pueden acudir a nuestra consulta derivados por el médico general u otro especialista o solicitar cita por decisión propia. Se consideraba beneficiarios tanto a los hijos como al cónyuge y los padres que estuvieran a cargo del titular, por lo que algunas amas de casa beneficiarias eran seguidas en consulta con los mismos criterios clínicos. La vinculación laboral consistía en contratos tanto fijos como discontinuos. Consideramos como variable principal su situación de baja laboral o IT en el momento del estudio. La ley define la IT como la situación en que el trabajador, por causa de enfermedad o de accidente, se encuentra imposibilitado temporalmente para el de-

sempeño de su trabajo y recibe asistencia de la Seguridad Social; corresponde al médico de atención primaria evaluar dicha situación (que puede basarse en la valoración del especialista correspondiente). El médico lo certifica extendiendo el Parte de Baja Médica. La valoración de IT viene determinada por 2 aspectos fundamentales: el estado de salud del trabajador y los requerimientos del trabajo que desempeña. La situación de IT se mantiene hasta la consecución de una mejoría suficiente para permitir la realización de su trabajo habitual.

Todos los pacientes fueron evaluados por uno de los tres miembros del equipo asistencial. Se incluyó a todos los pacientes con FM que aceptaron participar; se les informó previamente del objetivo del estudio, y sólo un paciente se negó a participar. Criterios de exclusión: menores de 18 años y mayores de 65 años, negativa del paciente y situación laboral de invalidez permanente absoluta o jubilación. En la consulta entregamos a todos los pacientes un cuestionario con 40 ítems, donde se recogieron datos sociodemográficos, antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica o de FM, edad al diagnóstico, si presentaban alguna relación temporal con factores desencadenantes previos (trauma, cirugía, estrés, infección...), historia clínica, exploración física, enfermedades asociadas, tratamientos médicos realizados (incluidas terapias alternativas o rehabilitación), capacidad funcional mediante el cuestionario FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire), número de IT previas en el último año, si se encontraban en el momento del estudio en situación de IT, si tenían concedido algún grado de minusvalía o incapacidad y las características laborales según el tipo de trabajo que realizaban. Considerando como profesiones que requieren un esfuerzo físico importante: lavandería, enfermería, auxiliar de enfermería y auxiliar de control. Y considerando profesiones de menor esfuerzo físico: ama de casa, profesora, limpieza y administrativo. La mayoría de los pacientes acudían paralelamente a la consulta del psiquiatra, que realizaba el seguimiento y tratamiento de su enfermedad de base, por lo que no realizamos valoración psicoemocional y nos guiamos de las notificaciones del especialista y sus anotaciones sobre la respuesta al tratamiento. Aunque en la anamnesis se puso un especial énfasis en la búsqueda de trauma psíquico previo, como el fallecimiento de un familiar, conflictos de pareja y maltrato actual o previo, físico o psíquico. Por último se les preguntó sobre qué medidas consideraban, según su criterio, necesarias para mejorar sus condiciones laborales y el grado de satisfacción con la vida y el trabajo. En el cuestionario se les planteó una serie de respuestas sobre lo que habitualmente es lo más demandado por los pacientes: reducción de la jornada laboral, ausencia de esfuerzo físico y disminución del estrés laboral, y si estaban o no satisfechas con su vida y trabajo.

El estudio estadístico consistió en un análisis descriptivo inicial de todas las variables, un estudio bivariante que relacionó la variable principal (estar de IT) con cada una de las restantes, utilizando la prueba de la  $\chi^2$  para variables cualitativas y la de la t de Student para las variables cuantitativas. Por último en el estudio multivariante se cruzó todas las variables estudiadas, utilizando la regresión logística para valorar variables independientes.

## Resultados

Incluimos a 51 pacientes con FM, todas mujeres con una media  $\pm$  desviación estándar (DE) de 46,5 años  $\pm$  6,8 (mediana al diagnóstico, 43 años) y una media de evolución de su enfermedad de 62,64 meses. En las tablas 1 y 2 se describen las características de los pacientes según situación de IT y en la figura 1, la distribución por profesiones. Realizaban trabajos que requerían esfuerzo físico 35 (68,63%) pacientes, tenía reconocida una minusvalía laboral el 19,61% y ningún paciente tenía concedida la incapacidad laboral permanente total. En el último año, 32 pacientes necesitaron una o más bajas, con una media de duración de 83,73 días  $\pm$  98 (tabla 1). En el momento del estudio, 19 pacientes se encontraban de baja laboral. En el 73,68% de nuestros casos la duración de la IT fue  $>$  120 días. El valor del

cuestionario de valoración funcional (FIQ) fue  $>$  50 en 39 (76%) casos y  $>$  70 en 23 (45%), con una media general de  $61,6 \pm 20,54$ .

El 53% de las pacientes referían un factor desencadenante previo (4 cirugía, 14 trauma emocional, 3 conflictos laborales y 1 infección; fig. 2). En el 90% de las IT había enfermedades concomitantes. El grado de insatisfacción laboral era alto, en torno al 62,75% de las pacientes consideraban que sus condiciones laborales no eran las adecuadas para su enfermedad, y además reflejaban un alto grado de rechazo y estrés laboral en su lugar de trabajo debido a su afección. A pesar de esto, en un 56,8% se consideraban satisfechas con su vida. El 50% realizó psicoterapia, el 37,25%, terapias alternativas y 6 pacientes acudieron a unidades del dolor. Al preguntarles sobre qué aspectos podrían mejorar su situación laboral: el 30,43% consideraba la ausencia de esfuerzo físico en su trabajo; el 15,22%, una reducción de la jornada y el 23,91%, disminución del estrés laboral.

En el estudio bivariante no encontramos asociación entre estar de baja y las características sociodemográficas y clínicas. Hay una tendencia no significativa con presencia de factor desencadenante, profesiones que requieren esfuerzo físico, respuesta a antidepressivos tricíclicos (ATC) y FIQ elevados (FIQ  $>$  50 y FIQ  $>$  70). Encontramos una asociación estadísticamente significativa entre estar de baja laboral y ausencia de respuesta a ISRS ( $p < 0,05$ ) valorada según criterio clínico de un psiquiatra. En el estudio multivariante se mantenía esta asociación, con una *odds ratio* (OR) = 0,1 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,01-0,75). Por lo tanto, en los procesos de IT en el último año hay menor frecuencia de respuesta a ISRS. Hay tendencia al incremento de IT en pacientes cuyo síntoma principal es la astenia y en profesiones que requieren esfuerzo físico. Observamos valores más bajos de FIQ en los pacientes satisfechos con su trabajo (OR = 13,18; IC del 95%, -22,89 a -3,46) y más altos en pacientes de baja laboral (OR = 12,3; IC del 95%, 2,51-22,23).

**TABLA 1. Descripción de las características de los pacientes en situación o no de IT**

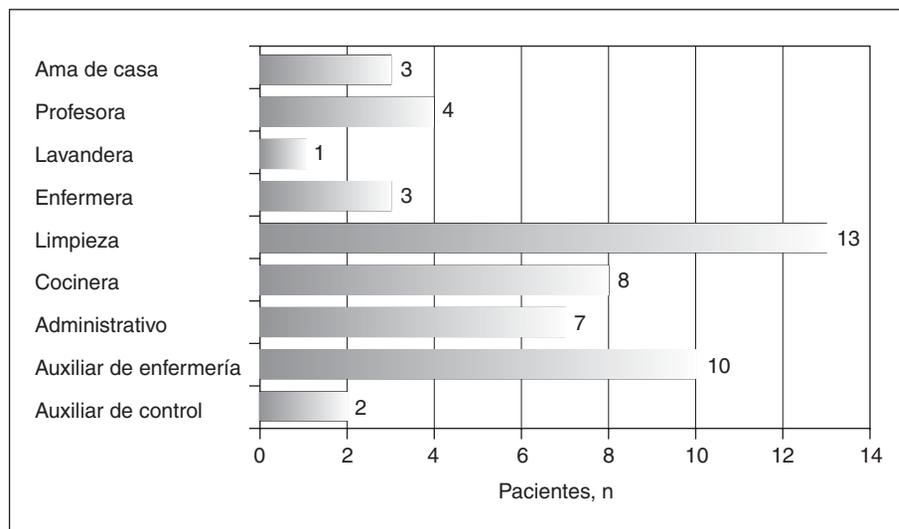
	IT (n = 19)	Sin IT (n = 32)
Sexo (mujer)	19	32
Edad, media	45,11	47,5
Edad diagnóstico (años)	40	45
Factor desencadenante (%)	9 (47,4)	18 (56,3)
Enfermedades concomitantes (%)	17 (90)	27 (85)
FIQ $>$ 50 (%)	18 (95)	21 (66)
Satisfacción vida (%)	10 (52,6)	19 (59,4)
Satisfacción trabajo (%)	7 (36,8)	25 (78)
Esfuerzo trabajo (%)	15 (79)	20 (62,5)
Terapias alternativas (%)	7 (36,8)	12 (37,5)
Psicoterapia (%)	10 (52,6)	16 (50)
Tratamientos (%)		
Analgésico/AINE	15 (79)	25 (78)
Tramadol	7 (36,8)	12 (37,5)
Fentanilo	1	0
ATC	16 (84,2)	28 (87,5)
ISRS	18 (95)	26 (81,3)

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; ATC: antidepressivos tricíclicos; FIQ: cuestionario de impacto de la fibromialgia; ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; IT: incapacidad temporal.

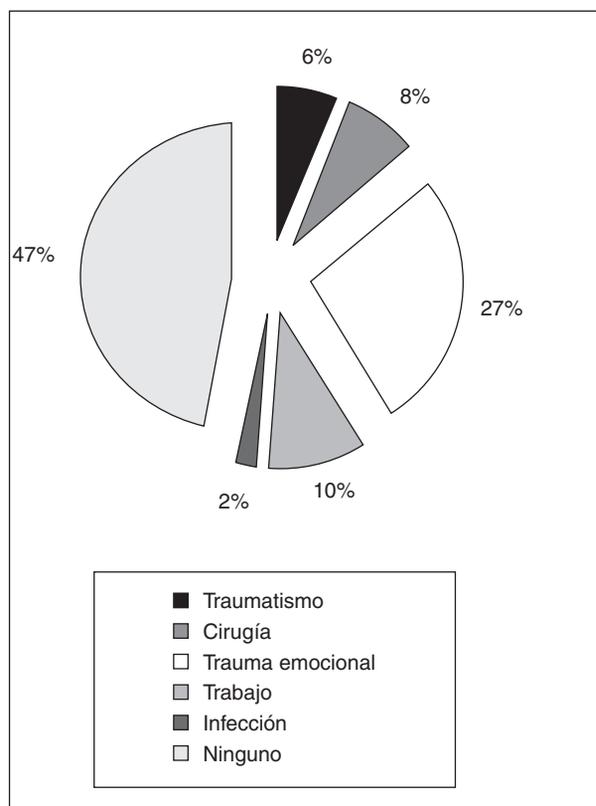
**TABLA 2. Descripción de las características clínicas, laborales y de discapacidad de los pacientes**

Pacientes con trabajo de esfuerzo, n (%)	35 (68,63)
Pacientes con minusvalía laboral, n (%)	10 (19,61)
Pacientes con $\geq$ 1 IT en el último año, n (%)	32 (62,75)
Duración de la IT (días), media $\pm$ DE	83,73 $\pm$ 98
Pacientes con IT $>$ 120 días, %	73,68
FIQ (%), media $\pm$ DE	61,67 (media $\pm$ 20,54)
Pacientes con FIQ $>$ 50, n (%)	39 (76)
Pacientes con FIQ $>$ 70, n (%)	23 (45)

DE: desviación estándar; FIQ: cuestionario de impacto de la FM; FM: fibromialgia; IT: incapacidad temporal.



**Figura 1.** Descripción de las profesiones que ejercían los pacientes con fibromialgia del estudio.



**Figura 2.** Factores desencadenantes asociados a fibromialgia.

## Discusión

La clínica de FM fluctúa con el tiempo y la efectividad terapéutica es variable y limitada. Los pacientes con un perfil psicológico normal responden mejor que el

resto<sup>12</sup>. Los tratamientos no suelen influir en la duración de la discapacidad, pero hemos encontrado una relación estadística entre la ausencia de respuesta a ISRS y la situación de IT en estos pacientes, lo que indica que la respuesta a la terapia con ISRS favorece de alguna forma la capacidad del paciente para desarrollar su trabajo. Sin embargo, este dato no es concluyente, ya que la respuesta a antidepresivos no ha sido evaluada mediante ningún test validado, sino mediante la opinión de un experto (médico psiquiatra). Diversos factores contribuyen a la discapacidad: alta prevalencia, edad, sexo, trabajos previos de esfuerzo físico, percepción de grave limitación funcional, dolor, astenia, indefensión, estrés psicológico, afecciones crónicas y peor salud en general, estatus laboral y el nivel educativo y socioeconómico bajo<sup>13-15</sup>. Entre las variables que predicen discapacidad, se encuentran el FIQ, el sueño no reparador y el duro trabajo físico previo. El valor del FIQ puede estar influido por el número de síntomas, la autovaloración del paciente, los puntos dolorosos y el nivel educativo<sup>16</sup>. Aunque dicho valor no es una escala continua, es una herramienta muy útil, frecuentemente utilizada, sencilla y fácil de aplicar, que mide variables que pueden influir en la enfermedad. Nos da idea del grado de afección personal según el valor obtenido. Un valor por encima de 50 indica una afección importante y grave por encima de 70. Hemos podido comprobar que valores elevados de FIQ se correlacionan con una percepción muy negativa de los parámetros evaluados, insatisfacción laboral y, en muchos casos, IT. Los valores más bajos se encuentran en pacientes satisfechos con su trabajo y perciben su situación personal y social menos crítica. Una limitación del FIQ es que está basado en una autovaloración del paciente sobre su función y sus síntomas; por lo tanto, la valoración de la capacidad laboral recae en esa percepción subjetiva. La evaluación de

la discapacidad en FM es controvertida por varias razones: falta de aceptación del diagnóstico, trastornos psicológicos, dificultad para medir la discapacidad por ausencia de instrumentos objetivos, ineficacia del tratamiento y la aptitud del propio médico. Algunos estudios señalan la posibilidad de usar puntos gatillo como medida de función o discapacidad<sup>17</sup>, otros proponen una valoración laboral específica para cada trabajo<sup>18</sup>. En la actualidad no existe todavía una medición validada de la discapacidad laboral y el estado de salud; el FIQ y el HAQ parece que son instrumentos válidos para su medición<sup>19,20</sup> y se podría utilizarlos como predictores de discapacidad<sup>20</sup>.

Describimos a mujeres de mediana edad, la mayoría con puestos de trabajo que requerían esfuerzo físico, nivel educacional bajo y, en general, elevado grado de insatisfacción laboral (62,75%), muchas de ellas con trabajos no fijos, lo que propiciaba un incremento en la duración total de la IT y su reincidencia. Una posible explicación es que los estratos sociales menos favorecidos se ven forzados a los trabajos que puedan conseguir, y en muchos casos no pueden elegir. En un porcentaje alto, los trabajos que realizan requieren movimientos repetidos y/o movilización de peso, trabajos en muchos casos no vocacionales, lo que puede incrementar el descontento y la desmotivación laboral. Además, no entienden la causa, ni por qué no mejoran sus síntomas con los tratamientos.

En la actualidad sigue sin conocerse la etiopatogenia de la enfermedad, pero se ha descrito en algunos casos trastornos de ansiedad, abusos sexuales y traumas infantiles como factores predisponentes, y traumas físicos y psíquicos bruscos, ciertas infecciones y, sobre todo, el estrés físico y/o psicológico como factores desencadenantes (fig. 2), y encontramos que el 53% de nuestros pacientes tenía ese desencadenante, el más frecuente un trauma de origen emocional (el 27% de todos los casos). El intervalo entre el proceso traumático y la aparición de los síntomas puede ser de semanas o meses<sup>21</sup>.

Los pacientes consideraban el dolor como el síntoma más incapacitante, seguido de la astenia y, en menor medida, el resto de los síntomas. En la literatura revisada, no hemos encontrado datos que apoyen una mejoría en el dolor tras múltiples tratamientos recibidos, pero se aprecia en algunos un incremento general de la satisfacción sobre la calidad de vida. Nuestros datos redundan con la persistencia del dolor, pero se consideran satisfechas con su vida en un 56,25%. Además estas pacientes eran las que menos puntuaban en el cuestionario FIQ. Se estima que la FM causa una disminución de la capacidad laboral de un 25-30%. Se ha visto que las mujeres con trabajo retribuido o autonomía laboral perciben mejor su estado de salud en cuanto a su autovaloración del dolor, la fatiga y la puntuación del HAQm<sup>22</sup>. Preguntamos a los pacientes sobre qué medidas considera-

ban que mejorarían su hábito laboral. El desánimo afectaba al 30,43%, ya que no consideraban que ninguna medida modificaría en ningún sentido su situación laboral. El 15,22% pensaba que una reducción de su jornada laboral sería la solución; el 23,91%, suprimir los factores estresantes y el 30,43%, suprimir los esfuerzos físicos. La capacidad de influir en el ambiente laboral, psicosocial y físico es el factor determinante para mantener el rol laboral<sup>23,24</sup>. Hemos podido constatar que los pacientes con peores resultados del FIQ y mayor número de enfermedades concomitantes o síntomas precipitantes tienen peor evolución y más tendencia a precisar bajas laborales, lo que conlleva un incremento general del coste.

La percepción de discapacidad grave conlleva que un alto porcentaje de pacientes pidan una pensión compensatoria por discapacidad, y los tribunales fallan positivamente en más del 16%, comparado con el 2,2% de la población general y el 28,9% de los pacientes con AR<sup>9</sup>. En otros países es una de las causas más frecuentes de discapacidad<sup>25-28</sup> y fluctúa entre el 9 y el 15%. En nuestro caso, los pacientes con incapacidad permanente (IP) absoluta pierden los servicios de la UPAM, al igual que cuando alcanzan la edad de jubilación. Por lo tanto, sólo podemos extraer datos de pacientes en situación de IT o IP total para su trabajo (tienen la posibilidad de cambiar de puesto de trabajo). Como el diseño del estudio es transversal con una duración de 3 meses, sólo podemos valorar procesos de IT.

Un adecuado programa con terapia física, tratamiento del dolor y reeducación del paciente puede favorecer la reincorporación al mundo laboral<sup>29</sup>. Creemos importante buscar herramientas sencillas que nos ayuden en la práctica clínica diaria para objetivar el grado de discapacidad. Consideramos que sería de gran ayuda tener un sistema validado para su medición.

## Bibliografía

1. Vancouver Fibromyalgia Consensus Group and the Physical Medicine Research Foundation. The Fibromyalgia syndrome: A consensus report on fibromyalgia and disability. *J Rheumatol*. 1996;23:534-9.
2. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis*. 2001;60:1040-5.
3. Mufson M, Regestein QR. The spectrum of fibromyalgia disorders. *Arthritis Rheum*. 1993;26:647-50.
4. Burkhardt CS, Clark SR, Bennett RM. Fibromyalgia and quality of life. A comparative analysis. *J Rheumatol*. 1993;20:475-9.
5. Greenfield S, Fitzcharles M, Esdaile JM. Reactive fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum*. 1992;35:678-81.
6. Wolfe F, Anderson J, Harkness RM, Bennett RM, Carp XJ, Goldenberg DL, et al. Health status and disease severity in fibromyalgia: results of a six-center longitudinal study. *Arthritis Rheum*. 1997;40:1571-9.
7. Turk DC, Okifuji A, Sinclair JD, Starz TW. Pain, disability and functioning in subgroups of patients with fibromyalgia. *J Rheumatol*. 1996;23: 1255-62.
8. Henriksson C, Liedberg G. Factors of importance for work disability in women with fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2000;27:1271-6.
9. Boonen A, Van den Heuvel R, Van Tubergen A, Goossens M, Severens JL, Van der Heijde D, et al. Large differences in cost of illness and well-being between patients with fibromyalgia, chronic low back pain, or ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2005;64:396-402.

10. Robinson RL, Birnbaum HG, Morley MA, Sisitsky T, Greenberg PE, Wolfe F. Depression and fibromyalgia: treatment and cost when diagnosed separately or concurrently. *J Rheumatol.* 2004;31:1621-9.
11. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1990;33:160-72.
12. Carette S, Bell MJ, Reynolds WS, Haraoui B, McCain GA, Bykerk VP, et al. Comparison of amitriptyline, cyclobenzaprine, and placebo in the treatment of fibromyalgia. A randomised double-blinded clinical trial. *Arthritis Rheum.* 1994;37:32-40.
13. Crook J, Moldofsky H, Shannon H. Determinants of disability after a work related musculoskeletal injury. *J Rheumatol.* 1998;25:1570-7.
14. Teasell RW, Merskey H. Chronic pain disability in the work place. *Pain Forum.* 1997;6:228-38.
15. Teasell RW, Finestone HM. Socioeconomic factors and work disability: clues to managing chronic pain disorders. *Pain Res Manage.* 1999;4:89-92.
16. Goldenberg DG, Morssey CJ, Schmid CH. A model to assess severity and impact of fibromyalgia. *J Rheumatol.* 1995;22:2313-8.
17. Bennett RM. Disabling fibromyalgia: Appearance versus reality. *J Rheumatol.* 1993;20:1821-4.
18. Rodgers SH. A functional job analysis technique. *Occup Med.* 1992;7:679-711.
19. Buskila D, Neumann L. Assessing functional disability and health status of women with fibromyalgia: validation of a Hebrew version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *J Rheumatol.* 1996;23:903-6.
20. Friedman PJ. Predictors of work disability in work-related upper-extremity disorders. *J Occup Med.* 1997;39:339-43.
21. Buskila D, Neumann L, Vaisberg G, Alkalay D, Wolfe F. Increased rates of fibromyalgia following cervical injury: a controlled study of 161 cases of traumatic injury. *Arthritis Rheum.* 1997;40:446-52.
22. Ross C, Mirowsky J. Does employment affect health? *J Health Soc Behav.* 1995;36:230-43.
23. Henriksson CM, Liedberg GM, Gerdle B. Women with fibromyalgia: work and rehabilitation. *Disab Rehab.* 2005;27:685-94.
24. Gunilla M, Henriksson L, Henriksson C. Factors of importance for work disability in women with fibromyalgia: An interview study. *Arthritis Rheum.* 2002;47:266-74.
25. Cathey MA, Wolfe F, Roberts FK, et al. Demographic, work disability, service utilization and treatment characteristics of 620 fibromyalgia patients in rheumatologic practice [resumen]. *Arthritis Rheum.* 1990;33 Suppl:S10.
26. McCain GA, Cameron R, Kennedy JC. The problem of long term term disability payments and litigation in primary fibromyalgia: The Canadian perspective. *J Rheumatol.* 1989;168:174-6.
27. Bruusgaard D, Evensen AR, Bjerkedal T. Fibromyalgia -A new cause for disability pension. *Scand J Soc Med.* 1993;21:116-9.
28. White KP, Harth M, Teasell RW. Work disability evaluation and the fibromyalgia syndrome. *Semin Arthritis Rheum.* 1995;24:371-81.
29. Mannerkorpi K, Ahlmen M, Ekdahl C. Six- and 24-month follow-up of pool exercise therapy and education for patients with fibromyalgia. *Scand J Rheumatol.* 2002;31:306-10.