

CALIDAD DE VIDA EN FIBROMIALGIA: INFLUENCIA DE FACTORES FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS

Eva del Río González, Azucena García Palacios y
Cristina Botella Arbona

*Universidad Jaume I; Ciber Fisiopatología Obesidad y Nutrición CIBERobn,
CB06/03 Instituto Salud Carlos III (España)*

Resumen

El objetivo de este trabajo es profundizar en los factores físicos y psicológicos que influyen en la calidad de vida (CV) de los pacientes con fibromialgia (FM). 63 mujeres con FM y 58 mujeres sanas fueron evaluadas en distintas medidas relacionadas con CV y con factores físicos y psicológicos. Se encontró una CV percibida significativamente más baja en las pacientes comparadas con el grupo control; los análisis de correlación indicaron, por una parte, una relación inversa y significativa entre la CV percibida y la intensidad e interferencia del dolor y la fatiga, el impacto de la FM y la sintomatología psicopatológica (depresión, ideación paranoide, obsesión-compulsión y somatización); por otra parte, la función física, el rol físico, la vitalidad y la salud mental correlacionaron positiva y significativamente con CV. Los análisis de regresión señalaron dos variables físicas (interferencia del dolor en las actividades y el rol físico) y dos psicológicas (sintomatología obsesiva-compulsiva e ideación paranoide) como mejores predictores de la CV. Estos resultados indican la necesidad de abordar esta enfermedad desde un punto de vista multidisciplinar.

PALABRAS CLAVE: dolor crónico, fibromialgia, calidad de vida, factores físicos y psicológicos.

Abstract

The aim of this paper is to deepen the physical and psychological factors that influence the quality of life (QoL) of patients with fibromyalgia (FM). 63 women with FM and 58 healthy women were evaluated on several measures related to QoL and to physical and psychological symptoms. A significantly lower QoL was found in FM patients vs. the control group; the correlation analyses indicated, on the one hand, a significant inverse relationship between QoL and perceived intensity and interference of pain and fatigue, FM impact and

Este estudio ha sido financiado en parte por la Fundació Caixa Castelló-Bancaixa (P11B2009-30), el Programa PROMETEO/2013/003 Fase II y la Red de Excelencia ISIC/2012/012 (Generalitat Valenciana. Conselleria de Educación) y el Ciber Fisiopatología Obesidad y Nutrición, CIBERobn (Instituto Salud Carlos III). Queremos agradecer la inestimable colaboración del Servicio de Reumatología del Hospital General de Castellón que ha proporcionado la muestra clínica para la realización de este estudio.

Correspondencia: Eva del Río, Universidad Jaume I, Dpto. de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Avda Vicent Sos Baynat, s/n, 12006 Castellón (España). E-mail: rio@uji.es

psychopathological symptoms (depression, paranoid ideation, obsessive-compulsive and somatization); on the other hand, both physical function and physical role, vitality and mental health correlated positively and significantly with QoL. The regression analysis revealed that two physical variables (pain interference and physical role) and two psychological variables (obsessive-compulsive and paranoid ideation symptoms) presented the strongest relationship with QoL. These results indicate the need to address this syndrome from a multidisciplinary perspective.

KEY WORDS: *chronic pain, fibromyalgia, quality of life, physical and psychological factors.*

Introducción

El dolor es una sensación perceptiva resultado de la interacción de procesos fisiológicos, cognitivos, afectivos y conductuales. En el peor de los casos, cuando se hace crónico, disminuye el bienestar de quien lo padece y constituye un grave problema de salud pública, ya que los costes relacionados con su tratamiento son muy elevados (hasta el 2,5% del PIB de los países industrializados, Bassols, Bosch y Eladi, 2000).

Según la Sociedad Española de Reumatología (SER) (2006), la FM es una enfermedad que se caracteriza por dolor musculoesquelético difuso, crónico y benigno de origen no articular, que el sujeto localiza en el aparato locomotor. Desde 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la FM como una forma de reumatismo de partes blandas.

Hoy en día, el dolor sigue siendo uno de los problemas más urgentes y un factor importante para precisar la necesidad de asistencia médica (Ramírez y Valdivia, 2003). En los últimos años, la FM ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia debido a que es la condición de dolor crónico más prevalente en adultos (se estima que un 2,4% de la población general mayor de 20 años presenta FM [estudio EPISER, 2008], siendo más prevalente en mujeres [4,2%] que en hombres [0,2%] y oscilando el rango de prevalencia máxima entre los 40 y los 49 años), al escaso conocimiento acerca de sus causas y los mecanismos que la producen, y a la ausencia de un tratamiento curativo.

El dolor crónico requiere de especial cuidado, dado que los pensamientos negativos, actitudes y creencias irracionales de los pacientes, pueden llevarles a adoptar estrategias de afrontamiento poco adecuadas como actitud de desesperanza o victimismo, consumo de alcohol y abuso de medicamentos (Bernard, Prince y Edsall, 2000) o no iniciar conductas positivas como el ejercicio físico (Estrada, Munguía, Legaz y Serrano, 2003; Gandhi, Depauw, Dolny y Freson, 2003; Gusi, Tomas-Carus, Häkkinen, Häkkinen y Ortega-Alonso, 2006; Sañudo *et al.*, 2010). En estudios como en el de Cuevas y colaboradores (2008), se ha comprobado que la personalidad de los pacientes puede influir en el uso de estrategias más adaptativas en pacientes con dolor crónico. Ciertos estilos cognitivos, como la somatización, el catastrofismo, o la hipervigilancia, y rasgos de personalidad, como el neuroticismo se han relacionado con la amplificación del dolor y su extensión en ausencia de daño tisular (Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fieficol

y Rowc, 1988; Keefe, Rumble, Scipio, Giordano y Perri, 2004; McCain, 1996; Turner, Jensen y Romano, 2000; Waddell, Newton, Henderson, Somerville y Main, 1993). Se ha observado que la catastrofización juega un papel importante tanto en pacientes con dolor crónico como en personas sanas, especialmente en mujeres ya que tienden a catastrofizar más que los hombres (Lami, Martínez, Miró y Sánchez, 2013).

Estudios como el de Gormsen, Rosenberg, Flemming y Troels (2010) muestran que los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad se encuentran relacionados con la FM y ejercen un impacto negativo sobre la calidad de vida (CV), definida por la OMS como "la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses". Se trata de un concepto amplio y complejo, afectado por factores como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, la relación con los hechos más sobresalientes de su entorno y la espiritualidad, la religión y las creencias personales (WhoQoL Group, 1995). Los problemas de ansiedad y depresión son los más estudiados en relación con la CV debido a la interferencia que producen con el afrontamiento adecuado de los síntomas (Jansen, Linder, Ekholm y Ekholm, 2011; Pagano, Matsutani, Ferreira, Marques y Pereira, 2004). Se han observado diferencias significativas entre los sujetos con altos y bajos niveles de estrés y el grado de interferencia del dolor con la actividad y el funcionamiento diario. La reducción de la actividad en función de la interferencia que causa el dolor crónico en la vida y la afectación emocional predicen, a su vez, un mayor estrés. (Fernández y Lara, 2007)

En resumen, hay numerosos factores que pueden empeorar la CV de pacientes con FM como tener trastornos mentales comórbidos, tener una percepción de enfermedad basada en el catastrofismo y la estigmatización social.

El objetivo de este estudio es, en primer lugar, confirmar que las pacientes con FM tienen una peor CV que la muestra control, y, en segundo lugar, explorar los factores que pueden tener una mayor influencia en la CV de FM con el fin de realizar indicaciones sobre el diseño intervenciones más personalizadas, que proporcionen una mejor atención a aquellos que sufren esta patología. Específicamente, buscamos comparar la CV percibida de pacientes con FM respecto a la de un grupo control y estudiar la relación entre CV e intensidad e interferencia del dolor, intensidad e interferencia de la fatiga, impacto de la FM, presencia de psicopatología y percepción subjetiva del estado de salud. Por último, nos proponemos explorar el peso de los factores físicos y psicológicos en la CV percibida.

Método

Participantes

La muestra total se compuso de dos submuestras, un grupo de personas diagnosticadas de FM (muestra clínica) y un grupo de personas pertenecientes a la población general (muestra control). La muestra clínica se formó con 63 mujeres

diagnosticadas de FM, provenientes del Servicio de Reumatología del Hospital General de Castellón de la Plana con una media de edad de 49,53 años ($DT=8,71$). De entre ellas, el 73% de las mujeres eran casadas, el 7,9% separadas, el 7,9% divorciadas, el 6,3% solteras y el 4,8% viudas. El 34,4% tenía menos de 8 años de estudios, el 31,3% estudios primarios, el 25% secundarios, el 6,3% superiores y el 3,1% no tenían estudios. Las pacientes llevaban una media de 10 años diagnosticadas de FM. Todas ellas recibían tratamiento farmacológico prescrito por su reumatólogo, consistente en una combinación de paracetamol, antiinflamatorios no esteroides y pregabalina. Los criterios de inclusión para la muestra clínica fueron: 1) tener un diagnóstico de FM por un especialista (reumatólogo) según los criterios del Colegio Americano de Reumatología (*American College of Rheumatology*, ACR) de 1990 (Wolfe *et al.*, 2010); 2) ser derivado de la red de salud pública; 3) ser mayor de 18 años; 4) no encontrarse en un proceso de petición legal de incapacitación y 5) no padecer una enfermedad mental grave (psicosis, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad grave [principalmente esquizotípico y límite], o cualquier otro trastorno mental que requiriera de atención inmediata). Ninguna de las pacientes estaba diagnosticada de trastorno mental en el momento de la evaluación ni había sufrido un acontecimiento estresante de relevancia recientemente.

La muestra perteneciente a la población general se compuso de un total de 70 mujeres equiparadas en edad, estado civil y nivel educativo a la muestra clínica. Además, se establecieron los siguientes criterios de exclusión para la muestra control: 1) padecer una enfermedad que curse con dolor o cualquier otra enfermedad física y 2) padecer un trastorno mental diagnosticado o estar recibiendo medicación psicotrópica o haber sufrido recientemente un acontecimiento traumático o estresante de relevancia. De las 70 personas iniciales, 58 fueron incluidas en el estudio y 12 fueron descartadas por padecer algún problema psicológico (depresión, ansiedad), estar tomando fármacos antidepresivos, haber sufrido algún hecho estresante como la muerte de un hijo o padecer alguna enfermedad física de dolor como lumbalgia, artrosis o hernia discal. La edad media del grupo control era de 47,72 años ($DT=4,48$). Respecto al estado civil, el 72,4% de las mujeres eran casadas, el 6,9% separadas, el 5,2% divorciadas, el 12,1% solteras y el 3,4% viudas. Con relación al nivel educativo, el 1,7% tenía menos de 8 años de estudios, el 58,6% tenía estudios primarios, el 27,5% secundarios y el 12,1% estudios superiores.

Instrumentos

- “Entrevista inicial sobre el estado de salud”. Para ambas muestras, clínica y de control, se utilizó una entrevista *ad hoc* para obtener información específica. Esta entrevista incluyó para las pacientes con FM los siguientes aspectos: datos generales biográficos, historia médica (enfermedades y tratamientos médicos), patrón actual de dolor, sueño, hábitos alimenticios, trastornos psicósomáticos (síntomas que acompañan al dolor: problemas gastrointestinales, sexuales, neurológicos u otras quejas) y problemas psicológicos. Sin embargo, en el caso de la muestra control, se les preguntó sólo acerca de datos biográficos (estado

civil, número de hijos y nivel educativo), enfermedades diagnosticadas, tratamiento farmacológico, patrón de sueño y problemas psicológicos.

- “Índice de calidad de vida” (*Quality of Life Inventory*, QLI; Frisch, Cornell, Villanueva y Retzlaff, 1992) versión española de Mezzich *et al.* (2000). Este cuestionario mide la calidad de vida percibida por el paciente en la actualidad. Se trata de un autoinforme de 10 ítems con formato de respuesta de opción múltiple tipo Likert con una escala que va desde 1=malo a 10=excelente. Evalúa 10 aspectos importantes para la medida de la calidad de vida: Bienestar físico, Bienestar psicológico, Autocuidado y funcionamiento independiente, Funcionamiento ocupacional, Funcionamiento interpersonal, Apoyo social-emocional, Apoyo comunitario y de servicios, Plenitud personal, Plenitud espiritual y Percepción global de calidad de vida. El coeficiente de fiabilidad test-retest de este cuestionario es de 0,89 (Mezzich *et al.*, 2000).
- “Inventario breve de dolor” (*Brief Pain Inventory*, BPI; Tan, Jensen Thornby y Shanti, 2004) versión española de Badia *et al.* (2003). Este inventario está constituido por dos dimensiones básicas: la intensidad y la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria de los pacientes. La primera está formada por 4 ítems y permite determinar cuatro niveles de intensidad del dolor y la segunda está compuesta por 7 ítems y permite conocer los efectos del dolor en diferentes dimensiones del individuo (actividad general, estado de ánimo, capacidad para caminar, trabajo habitual, relaciones con otras personas, sueño y disfrute de la vida). La consistencia interna de sus dimensiones es buena (0,87 y 0,89). La versión española del BPI ha demostrado ser válida para medir la intensidad del dolor y su impacto en las actividades de la vida diaria en condiciones de práctica clínica habitual (Badia *et al.*, 2003).
- “Inventario breve de fatiga” (*Brief Fatigue Inventory*, BFI; Mendoza *et al.*, 1999) versión en español de Valenzuela *et al.* (2012). Es un inventario que evalúa el nivel de fatiga y la interferencia de la misma en las actividades diarias de los sujetos. Los tres primeros ítems preguntan al sujeto por su fatiga “ahora”, su fatiga “habitual” y la “peor” fatiga sufrida en una escala de 0 a 10, siendo 0= ninguna fatiga y 10= la peor fatiga imaginable. Los ítems restantes evalúan como ha interferido la fatiga en diferentes aspectos de la vida de los sujetos (actividad general, estado de ánimo, capacidad para caminar, trabajo, relaciones con los demás y disfrute de la vida) con una escala de 0 “no interferencia” a 10 “interfiere completamente”. Este instrumento muestra una buena estabilidad interna con un alfa de Cronbach de 0,94 (Anderson *et al.* 2003).
- “Cuestionario de impacto de la fibromialgia” (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*, FIQ; Bennet, 2005) versión en español de Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia y Alegre (2007). Es el cuestionario más utilizado para evaluar la interferencia de la FM. Se compone de 10 preguntas, la primera de las cuales contiene ítems relacionados con la capacidad de realizar ciertas tareas. Cada pregunta se clasifica acorde con una escala Likert de cuatro puntos (0-3), siendo 0= siempre y 3= nunca. En las preguntas 2 y 3 se le pide al paciente que marque el número de días que se encontró bien y el número de días que

ha faltado al trabajo debido al dolor. Las preguntas de la 4 a la 10 miden (de 0 a 10), la interferencia del dolor en la capacidad para trabajar, el dolor, la fatiga, el cansancio por la mañana, la rigidez, la ansiedad y la depresión. El FIQ es una herramienta específica para fibromialgia, ampliamente validada en distintas poblaciones, incluyendo la española (Bennet, 2005, Esteve-Vives et al., 2007).

- “Cuestionario de salud” (*Short-Form Health Survey*, SF-36; Jenkinson, Coulter y Wright, 1993) versión española de Alonso, Prieto y Antó (1995). Es un instrumento que mide la percepción del estado de salud valorada por el propio paciente durante las últimas cuatro semanas. Consta de un total de 36 ítems, repartidos en ocho dimensiones: a) Función física: grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria; b) Rol físico: grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado; c) dolor corporal: medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en las actividades; d) Salud general: valoración personal del estado de salud; e) Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo; f) Función social: grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual; g) Rol emocional: grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias; h) Salud mental: valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general. Este cuestionario tiene una fiabilidad aceptable, con un alfa de Cronbach superior a 0,7 en todas sus dimensiones excepto para la escala de funcionamiento social, que muestra un alfa de 0,45 (Alonso et al., 1995).
- “Inventario de depresión de Beck II” (*Beck Depression Inventory*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996) versión en español de Sanz, Navarro y Vázquez (2003). Es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. Este autoinforme mide una dimensión general de depresión compuesta por dos factores altamente relacionados, uno cognitivo-afectivo y otro somático-motivacional. Sus ítems cubren todos los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor y el distímico, lo que apoya su validez de contenido. Asimismo, este cuestionario ha mostrado tener una elevada consistencia interna con un coeficiente alfa de 0,89 (Sanz et al., 2003).
- “Inventario breve de síntomas” (*Brief Symptoms Inventory*, BSI; Derogatis y Melisaratos, 1983) versión en español de Ruipérez, Ibáñez, Lorente, Moro y Ortet (2001). Se trata de un indicador para evaluar con rapidez síntomas de trastornos psicológicos en sujetos de la población general y pacientes con trastornos psiquiátricos o médicos (Derogatis y Melisaratos, 1983). Este inventario fue desarrollado como una versión abreviada del “Listado de síntomas” (*Symptom Checklist*, SCL-90-R). La versión traducida y adaptada al español consta de un total de 46 ítems con seis escalas: depresión, fobia, ideación paranoide, obsesión-compulsión, somatización y hostilidad. Los sujetos han de especificar el grado de malestar psicológico que les ha ocasionado cada síntoma en el transcurso del último mes mediante una escala

tipo Likert de cinco puntos (0-4). La consistencia interna para cada escala muestra índices óptimos en el alfa de Cronbach que oscilan entre 0,70 y 0,91. Este instrumento supone una medida fiable y válida para evaluar trastornos psicológicos (Ruipérez, *et al.*, 2001).

Procedimiento

Tanto las participantes de la muestra clínica como de la muestra control manifestaron su intención voluntaria de participar en el estudio y firmaron un consentimiento informado.

La muestra control fue recopilada a lo largo de 3 meses aproximadamente. Se compuso de personas que acudían por diversos motivos a la Universidad Jaume I de Castellón y que respondieron a un llamamiento mediante carteles en el campus universitario, atendiendo a que estuvieran equiparadas en sexo, edad, estado civil y nivel educativo con las pacientes de la muestra clínica. El tiempo aproximado empleado por estas mujeres en la cumplimentación de los dos cuestionarios, QLI (para evaluar su CV) y BSI (para descartar psicopatología) fue de unos 10-15 minutos aproximadamente. Dichos cuestionarios eran cumplimentados tras contestar una entrevista inicial que requería de unos 5-10 minutos. Dicha entrevista era mucho más reducida en el caso del grupo control que en el del grupo de pacientes con FM, puesto que mucha de la información contenida en ella no era relevante para el grupo control. Muchas de sus preguntas iban orientadas hacia características del dolor sufrido y factores asociados al mismo, y a tratamientos recibidos, información innecesaria en el grupo control, puesto que se descartaba que padecieran enfermedades de dolor.

En el caso de la muestra clínica, las mujeres de FM eran remitidas desde la unidad de reumatología del Hospital General de Castellón de la Plana para recibir tratamiento psicológico en el Laboratorio de Psicología y Tecnología (Labpsitec) de la Universidad Jaume I de Castellón de la Plana. Los cuestionarios que aquí se han empleado, se encontraban dentro del protocolo de evaluación previo al tratamiento psicológico que recibían estas pacientes. Se estima que el tiempo empleado por estas mujeres para la cumplimentación de los cuestionarios incluidos en este estudio era de unos 30-40 minutos. La entrevista tenía una duración de unos 45-60 minutos. La recopilación de la información de la muestra clínica se realizó durante un año y medio aproximadamente.

Se utilizó el "Inventario breve de síntomas" (*Brief Symptoms Inventory*, BSI; Derogatis y Melisaratos, 1983) traducido al español por Ruipérez *et al.* (2001) en el grupo control, como una confirmación de ausencia de indicadores de psicopatología y, comparando las puntuaciones obtenidas en este autoinforme por parte del grupo de mujeres sanas con los datos normativos que ofrece el instrumento para mujeres de la población general (tabla 1), se confirmó que el grupo control obtuvo una puntuación similar a la que ofrecen los baremos para la población general, lo que indica que la muestra control no presentaba psicopatología destacable.

Tabla 1

Puntuaciones del Inventario breve de síntomas (BSI) en el grupo control y datos normativos para población no clínica (mujeres).

Escalas del BSI	Muestra control M (DT)	Datos normativos (mujeres) M (DT)
Depresión	4,55 (4,13)	7,68 (6,88)
Ansiedad fóbica	1,09 (1,80)	2,47 (3,55)
Ideación paranoide	6,38 (4,46)	7,82 (6,52)
Obsesión-compulsión	6,12 (6,01)	7,83 (6,52)
Somatización	4,67 (3,97)	5,32 (4,02)
Hostilidad	1,05 (1,63)	2,71 (3,04)

Nota: BSI= Inventario breve de síntomas; M= media; DT= desviación típica.

Análisis estadísticos

Para realizar los análisis estadísticos se empleó el programa SPSS 15.0. Con el fin de comparar la CV de las pacientes de FM frente a la del grupo control se realizó una *t* de Student. Se llevaron a cabo correlaciones bivariadas Pearson entre la CV y las otras variables de interés. Por último, se realizó un análisis de regresión paso a paso (*Stepwise*) para determinar las variables que producían un mayor impacto en la CV de las pacientes de FM. El nivel de significación que se estableció para los análisis fue de 0,05, para la aceptación del modelo y como criterio para la introducción de las variables en el mismo.

Resultados

Tras comparar la CV (mediante el QLI) en pacientes con FM y la muestra control perteneciente a la población general, se observa que la CV percibida por las pacientes con FM es significativamente más baja respecto del grupo de controles sanas (tabla 2). En lo que respecta a la psicopatología general se encontraron diferencias significativas en todas las variables del BSI lo que indicaría que, pese a que las pacientes con FM no presentaban un diagnóstico de trastorno mental en el momento de la evaluación, sí presentaban mayor sintomatología psicopatológica que el grupo control.

Analizando las correlaciones entre la CV y diversas variables se ha observado que la mayoría de las correlaciones significativas existentes son negativas, lo que se traduce en una relación inversa entre ellas (tabla 3). Se ha encontrado que una peor CV percibida estaba relacionada con una mayor intensidad e interferencia de la fatiga, mayor intensidad e interferencia del dolor en las actividades, mayor impacto de la FM y mayor sintomatología psicopatológica (depresión, ideación paranoide, obsesión-compulsión y somatización, medidas por el BSI y, depresión, medida por el BDI-II). Por otro lado, cabe destacar que no se encontró una correlación significativa entre sintomatología fóbica o de hostilidad y la CV.

Tabla 2

Datos descriptivos de las variables evaluadas en el grupo de pacientes con fibromialgia y en el grupo control

Instrumento/Variable	Grupo clínico		Grupo control		t	p
	M	DT	M	DT		
Índice de calidad de vida (QLI)	6,10	1,81	7,14	1,34	-7,289	0,000
Cuestionario de salud (SF-36)						
Función física	51,875	24,04	--	--		
Rol físico	22,62	34,99	--	--		
Dolor corporal	29,57	24,56	--	--		
Salud general	61,34	9,58	--	--		
Vitalidad	26,43	21,13	--	--		
Función social	52,38	31,90	--	--		
Rol emocional	50,54	46,26	--	--		
Salud mental	45,90	20,63	--	--		
Inventario breve de dolor (BPI)						
Intensidad de dolor	22,02	6,81	--	--		
Interferencia en las actividades	36,84	16,37	--	--		
Cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ)	59,47	21,11	--	--		
Inventario breve de fatiga (BFI)						
Intensidad fatiga	19,46	5,97	--	--		
Interferencia fatiga	31,39	16,39	--	--		
Inventario breve de síntomas (BSI)						
Depresión	8,03	6,86	4,55	4,13	6,131	0,000
Fobia	3,24	4,56	1,09	1,80	5,614	0,000
Ideación paranoide	8,39	6,26	6,38	4,46	3,571	0,001
Obsesiones-compulsiones	9,81	7,98	6,12	6,01	5,454	0,000
Somatización	10,53	7,97	4,67	3,97	11,090	0,000
Hostilidad	2,07	2,49	1,05	1,63	4,692	0,000
Inventario de depresión de Beck II (BDI-II)	19,62	10,37	--	--		

Respecto a la percepción del estado de salud que tienen las pacientes de FM, medido con las subescalas del SF-36, se ha observado que tanto la función física, como el rol físico, la vitalidad y la salud mental, correlacionan positivamente con la CV percibida, lo que significa que, cuanto mayor sea la puntuación en estas subescalas, mejor será la CV que estas personas perciben. No se encontraron correlaciones significativas entre la CV percibida y el dolor corporal, la salud general, la función social y el rol emocional, aunque en el caso de esta última variable la significación era cercana a 0,05 (0,062).

Tabla 3
Correlaciones entre el Índice de calidad de vida y las variables de interés

Instrumentos	VARIABLES	Índice de calidad de vida
Inventario breve de fatiga	Intensidad fatiga	-0,345**
	Interferencia fatiga	-0,374**
Inventario breve de dolor	Intensidad dolor	-0,349**
	Interferencia dolor	-0,609***
Cuestionario de impacto de la fibromialgia	Impacto de la fibromialgia	-0,424**
Inventario breve de síntomas	Depresión	-0,423**
	Fobia	-0,208
	Ideación paranoide	-0,306*
	Obsesiones-compulsiones	-0,574**
	Somatización	-0,323*
	Hostilidad	-0,193
Inventario de depresión de Beck	Depresión	-0,655**
Cuestionario de salud	Función física	0,446***
	Rol físico	0,377**
	Dolor corporal	0,193
	Salud general	-0,140
	Vitalidad	0,431**
	Función social	0,167
	Rol emocional	0,242
	Salud mental	0,492***

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Por último, se llevó a cabo un análisis de regresión paso a paso (*Stepwise*) en el que se incluyeron las variables que obtuvieron una correlación significativa con el índice de calidad de vida. En la tabla 4 se ofrecen los resultados de dicho análisis. En primer lugar, se comprobó que no se presentaba colinealidad entre las variables. Tras realizar el análisis de regresión sobre las variables implicadas en las pacientes de FM, se obtuvo que las 4 que mayor relación tenían con la CV percibida eran dos físicas: la interferencia del dolor en las actividades y el rol físico (entendido como el grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo un menor rendimiento), y dos psicológicas: la sintomatología obsesivo-compulsiva y la sintomatología de ideación paranoide con $R^2 = 0,57$.

Tabla 4

Análisis de regresión paso a paso (*Stepwise*) que muestra los mejores predictores de calidad de vida en las mujeres con fibromialgia

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	<i>t</i>	<i>p</i>	
	B	Error típico	Beta			
1	(Constante)	6,673	0,278			
	BSI: obsesiones-compulsiones	-0,118	0,018	-0,659	-6,498	0,000
2	(Constante)	7,425	0,337		22,042	0,000
	BSI: obsesiones-compulsiones	-0,079	0,020	-0,444	-3,950	0,000
	BPI: interferencia actividades	-0,034	0,010	-0,383	-3,411	0,001
3	(Constante)	7,322	0,330		22,179	0,000
	BSI: obsesiones-compulsiones	-0,110	0,024	-0,619	-4,518	0,000
	BPI: interferencia actividades	-0,034	0,010	-0,391	-3,589	0,001
	BSI: ideación paranoide	0,054	0,026	0,261	2,109	0,040
4	(Constante)	8,015	0,457		17,522	0,000
	BSI: Obsesiones-compulsiones	-0,117	0,024	-0,653	-4,887	0,000
	BPI: interferencia actividades	-0,047	0,011	-0,540	-4,258	0,000
	BSI: ideación paranoide	0,062	0,025	0,301	2,474	0,017
	SF-36 rol físico	-0,011	0,005	-0,241	-2,119	0,039

Nota: BSI= Inventario breve de síntomas; BPI= Inventario breve de dolor; SF-36= Cuestionario de salud.

Discusión

Nuestros datos confirman que las mujeres con FM presentaron una peor CV percibida que las mujeres del grupo control. Estudios como el de Owayolu, Owayolu y Karadag (2010) corroboran esta idea al encontrar que la FM tiene un impacto negativo en la CV relacionada con la salud (CVRS) de sus pacientes. En nuestro caso, las pacientes percibían una peor CV relacionada no sólo con aspectos relacionados con la salud (como el bienestar físico, psicológico o el autocuidado) sino con otros aspectos que mide el QLI como funcionamiento interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal y plenitud espiritual.

Esperábamos que hubiera una relación significativa e inversa de los síntomas físicos (dolor, fatiga, interferencia de la FM) y de los síntomas psicológicos (psicopatología) con la CV percibida, es decir, cuanto mayores fueran dichos síntomas, peor CV. Profundizando en los factores relacionados con una peor CV, hemos encontrado que una mayor interferencia e intensidad del dolor y la fatiga,

un mayor impacto de la enfermedad y la presencia de sintomatología psicopatológica como la depresión, ideación paranoide, obsesiones-compulsiones y somatización conllevan una peor CV. Esto va en la línea de lo que esperábamos con la excepción de la sintomatología fóbica y la hostilidad que no han presentado una correlación significativa con la CV. Estos resultados siguen los encontrados en el estudio de Ubago *et al.* (2008) en el que se concluyó que síntomas como el humor deprimido y el cansancio eran dos de los factores que más afectaban en la vida diaria de sujetos con FM.

Otra de las cuestiones que nos planteamos fue que encontraríamos una relación significativa y directa entre el estado de salud y la CV percibida, es decir, cuanto peor fuera la percepción subjetiva del estado de salud peor sería la CV. En nuestro estudio se ha observado, dentro de las subescalas del SF-36 (percepción del estado de salud), que una mejor "función física" (menor limitación en las actividades físicas de la vida diaria), mejor "rol físico" (menor interferencia en el trabajo y otras actividades diarias), "mayor vitalidad" (sentimiento de energía y vigor, poco cansancio o desánimo) y mejor "salud mental" (menor depresión, ansiedad, mayor autocontrol y bienestar general) se relacionan con una mayor CV. Sin embargo, factores como el "dolor corporal", la "salud general" (valoración personal de la situación de salud actual y las perspectivas futuras), la "función social" (vida social alterada por problemas derivados de la falta de salud) y el "rol emocional" (disminución del rendimiento y el esmero en el trabajo como consecuencia de problemas emocionales derivados de la enfermedad) no obtuvieron correlaciones significativas. Esto aporta datos similares a los hallados en el estudio de Alonso *et al.*, (1995), donde también se encontró que la subescala de "vitalidad" estaba directamente relacionada con la CV en la FM. Asimismo, datos similares se obtuvieron en el estudio de De Andrés, Gómez, Monsalve, Soriano y Soucase (2004) en el que pacientes con alta intensidad de dolor percibían una mayor limitación de sus "actividades físicas diarias". Estos resultados parecen aparentemente contradictorios puesto que mientras la intensidad e interferencia del dolor medidas con el BPI se relacionan con CV, no se encuentra relación entre la escala de dolor del SF-36 y la CV. Esto podría explicarse porque el BPI es un instrumento de medida del dolor mucho más específico que las escalas del SF-36 que pretenden hacer valoraciones más generales del estado de salud. En concreto, para la variable de "dolor corporal" del SF-36, la pregunta es la siguiente: "¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?". Sin embargo, las cuestiones del BPI evalúan la intensidad del dolor específico que siente el paciente y la interferencia del mismo en actividades de la vida cotidiana. Pensamos que nuestro resultado indica que hay que tener en cuenta esta diferenciación cuando se utilicen estos instrumentos en el campo del dolor crónico.

Por último, consideramos que la psicopatología y los aspectos psicológicos serían predictores de la CV igual de importantes que los síntomas y aspectos físicos (dolor, fatiga, interferencia de la fibromialgia, estado de salud física). Esto se ha confirmado al encontrar que entre los mejores predictores de la CV percibida, se encontraron dos variables más relacionadas con aspectos psicológicos (obsesiones-compulsiones e ideación paranoide) y dos variables más relacionadas con aspectos físicos (interferencia del dolor en las actividades y rol físico).

Como ya hemos comentado anteriormente, que una persona perciba más o menos dolor del que en realidad está sufriendo se ve afectado por alteraciones como la depresión y la ansiedad, que son las dos psicopatologías que más se han estudiado asociadas a la FM (Kurtze, Gundersen y Svebak, 1999; Lange y Petermann, 2010). Sin embargo, nuestros resultados indican que otros aspectos psicopatológicos también están relacionados con esta condición. Nos referimos a los síntomas “obsesivo-compulsivos” y la “ideación paranoide”. Tanto la obsesividad como la ideación paranoide están relacionadas con psicopatología cognitiva en la que ciertas ideas erróneas se vuelven excesivamente importantes en la vida de los pacientes. En el caso de la FM, esto podría interpretarse como que el dolor y los aspectos relacionados con el mismo, se vuelven centrales, de forma que las pacientes se ven atrapadas por el mismo. Estas mujeres viven su situación con desesperanza, con ideas repetitivas y mantenidas con convicción como la de que “hagan lo hagan su situación no va a mejorar y van a sentir más dolor” y es posible que acaben adoptando una actitud de catastrofismo y victimismo, lo que se encuentra relacionado, como bien apuntaban van Wilgen, van Ittersum, Kaptein y van Wijhe (2008), con una comprensión limitada de los síntomas de la FM, su naturaleza cíclica y una representación emocional del problema. Esto les impide llevar a cabo estrategias de afrontamiento positivas ante la enfermedad como practicar relajación o ejercicio, o realizar actividades de ocio y hobbies, que les permitan mejorar su estado anímico. Del mismo modo, algunos de los comportamientos desadaptativos pueden tener tintes compulsivos como la adopción de posturas o la realización de ciertas conductas motoras con el fin de evitar sentir dolor, lo que, además de producirles una disminución del estado de ánimo, podría desembocar en una pérdida de tono muscular, lo que les llevaría paradójicamente a su vez, a sentir más dolor. Otras conductas que pueden llegar a tomar cariz impulsivo son el consumo de alcohol y medicamentos (Bernard *et al.*, 2000) como forma de control del dolor y de los síntomas asociados. A raíz de los resultados obtenidos, podemos concluir que aspectos cognitivos centrales como la rigidez de pensamiento, mantienen una estrecha relación con una peor calidad de vida. Los pensamientos poco flexibles llevan a la persona a actuar de la misma forma repetidas veces, a pesar de que actuando de ese modo no consigan los beneficios esperados para mejorar su situación.

Nuestro estudio también señala a dos factores físicos fuertemente relacionados con la CV percibida: “interferencia del dolor en las actividades” y “rol físico”. Esto avala la idea de que el dolor que sufren les interfiere en la realización de actividades de la vida cotidiana, y en su desempeño laboral y social. Como consecuencia, dejan de ir a trabajar, de relacionarse con sus amistades, de realizar actividades que antes podían resultarles placenteras, lo que empeora aún más su percepción de CV porque se sienten incapacitadas y les inundan sentimientos de inutilidad y poca valía personal.

En definitiva, los resultados sustentan la idea de la necesidad de abordar esta enfermedad desde un punto de vista multidisciplinar ya que, tanto los aspectos psíquicos como los físicos tienen gran influencia en la CV percibida de estas personas y por ende, ambas han de tenerse en cuenta a la hora de plantear programas de tratamiento eficaces. Profesionales de diversas especialidades

sanitarias (medicina, enfermería, psicología, psiquiatría, fisioterapia) han de trabajar de forma interdisciplinar para ofrecer un tratamiento lo más completo posible a estas pacientes. Además, según nuestros datos, parece que estos tratamientos tienen que incidir en el cambio cognitivo con el fin de modificar las ideas distorsionadas que tienen estos pacientes sobre el dolor, y en recuperar la realización de actividades significativas, ya que estos aspectos parecen estar muy relacionados con la CV percibida. Estos datos apoyarían la importancia que desde hace tiempo se le da a variables cognitivas como la catastrofización en el desarrollo y mantenimiento del dolor crónico (Keefe *et al.*, 2004).

Cabe señalar, que este estudio no está exento de limitaciones. Sería necesario ampliar el tamaño de la muestra para confirmar los resultados. Aunque se han elegido variables relevantes en FM, es posible que no se hayan contemplado otras como la que mencionamos en el párrafo anterior, la catastrofización. Por último, este estudio se ha centrado en la CV percibida, que es una de las dimensiones más importantes de la CV, aunque no la única. Existen otros indicadores más objetivos de la CV que no se han tenido en cuenta.

Este síndrome de dolor crónico consume muchos recursos de las personas que lo padecen, tanto en tiempo, como en dinero y esfuerzo. Conlleva un gran desgaste físico y emocional, además de producir un gran gasto sanitario, por lo que es de vital importancia abordarla del modo más completo posible, para aliviar el sufrimiento físico y emocional de estas personas lo más rápido y adecuadamente posible.

Como líneas futuras, nos gustaría señalar la necesidad de una mayor investigación en este campo, replicar datos ya existentes y profundizar más en los aspectos que mayor influencia tienen en la CV de estas personas, para diseñar programas de tratamiento más completos que vayan dirigidos, no sólo a mejorar el estado de salud físico de estas pacientes, sino también el emocional y mental, con el objetivo principal de conseguir que tengan, en la medida de lo posible, una mejor calidad de vida. De manera más concreta, los resultados del presente estudio señalan, por una parte, la importancia del abordaje psicológico en FM. Existen ya estudios de meta-análisis que indican buenos datos de eficacia de los tratamientos psicológicos, en especial los tratamientos cognitivo-comportamentales (Glombiewski *et al.*, 2010). Por otra parte, los resultados señalan a los aspectos cognitivos como muy relevantes en la calidad de vida de las personas que sufren de FM. Por ello, nuestra recomendación iría dirigida a hacer mayor hincapié en este aspecto a la hora de elaborar el tratamiento psicológico para estas pacientes.

Referencias

- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifiocol, J. y Rowc, J. (1988). Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 1, 71-77.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. M. (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 Barcelona*, 104, 771-776.

- Anderson, K. O., Getto, C. J. y Mendoza, T. R. (2003). Fatigue and sleep disturbance in patients with cancer, patients with clinical depression, and community-dwelling adults. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25, 308-318.
- Badia, X., Muriel, C., Gracia, A., Núñez-Olarte, J. M., Perulero, N., Gálvez, R., Carulla, J. y Cleland, C. S. (2003). Validation of the Spanish version of the Brief Pain Inventory in patients with oncological pain. *Medicina Clínica*, 120, 52-59.
- Bassols, A., Bosch, F. y Eladi, J. (2000). Epidemiología del dolor en la población general. *Dolor 2000*, 15, 149-158.
- Beck A. T, Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bennet R. (2005). The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23, 54-62.
- Bernard, A. L., Prince, A. y Edsall, P. (2000). Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care and Research*, 13, 42-50.
- Cuevas, A. M., Torrecillas, F. L., Medina, A. G. y Díaz, M. C. (2008). Personalidad y estrategias de afrontamiento en paciente con fibromialgia. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16, 289-306.
- De Andrés, J., Gómez P., Monsalve, V., Soriano, J. F. y Soucase, B. (2004). *Valoración de la salud (SF-36) y estrategias de afrontamiento al dolor: diferencias en función del tipo de dolor y nivel de dolor informado (EVA)*. Comunicación presentada en la VII Reunión de la Sociedad Española del Dolor, Valencia, España.
- Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Esteve-Vives, J., Rivera, J., Salvat, I., de Gracia, M. y Alegre, C. (2007). Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatología Clínica*, 3, 21-24.
- Estrada, N., Munguía, D., Legaz, A. y Serrano, E. (2003). *Influencia de un programa de actividad física en la calidad de vida de sujetos diagnosticados de fibromialgia*. Recuperado el 22 de julio de 2013, desde <http://www1.unex.es/eweb/cienciadeporte/congreso/04%20val/pdf/C124.pdf>
- Fernández, A. y Lara, M. J. V. (2007). Percepción de estrés y afectación vital en dolor crónico. *Psicología Conductual*, 15, 281-296.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M. y Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.
- Gandhi, N., Depauw, K., Dolny, D. y Freson, T. (2003). Effect of an exercise program on quality of life of women with fibromyalgia. *Women and Therapy*, 25, 91-103.
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W. y Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain*, 151, 280-295.
- Gormsen, L., Rosenberg, R., Flemming, W. B. y Troels, S. J. (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 14, 1-8.
- Gusi, N., Tomas-Carus, P., Häkkinen, A., Häkkinen, K. y Ortega-Alonso, A. (2006). Exercise in waist-high warm water decreases pain and improves health-related quality of life and strength in the lower extremities in women with fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 55, 66-73.
- Jansen, G. B., Linder, J., Ekholm, K. S. y Ekholm, J. (2011). Differences in symptoms, functioning, and quality of life between women on long-term sick-leave with musculoskeletal pain with and without concomitant depression. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4, 281-292.

- Jenkinson, C., Coulter, A. y Wright, L. (1993). Short Form 36 (SF36) Health Survey Questionnaire: normative data for adults of working age. *British Medical Journal*, *306*, 1437-1440.
- Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A. y Perri, L. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The Journal of Pain*, *5*, 195-211.
- Kurtze, N., Gundersen, K. T. y Svebak, S. (1999). Quality of life, functional disability and lifestyle among subgroups of fibromyalgia patients: the significance of anxiety and depression. *British Journal of Medical Psychology*, *72*, 471-484.
- Lami, M. J., Martínez, M. P., Miró, E. y Sánchez, A. I. (2013). Versión española de la "Escala de catastrofización del dolor": estudio psicométrico en mujeres sanas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *21*, 137-156.
- Lange, M. y Petermann, F. (2010). Influence of depression on fibromyalgia: a systematic review. *Schmerz*, *24*, 326-333.
- Mas, A. J., Carmona, L., Valverde, M., Ribas, B. y grupo de estudio EPISER (2008). 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*, 519-526.
- McCain, G. A. (1996). A cost-effective approach to the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, *22*, 323-349.
- Mendoza, T. R., Wang, X. S., Cleeland, C. S., Morrissey, M., Jhonson, B. A., Wendt, J. K. y Huber, S. L. (1999). The rapid assessment of fatigue severity in cancer patients: use of the Brief Fatigue Inventory. *Cancer*, *85*, 1186-1196.
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the Quality of Life Index: presentation and validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *188*, 301-305.
- Ovayolu, N., Ovayolu, O. y Karadag, G. (2010). Health-related quality of life in ankylosing spondylitis, fibromyalgia syndrome, and rheumatoid arthritis: a comparison with a selected sample of healthy individuals. *Clinical Rheumatology*, *30*, 655-664.
- Pagano, T., Matsutani, L. A., Ferreira, E. A., Marques, A. P. y Pereira, C. A. (2004). Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *São Paulo Medical Journal*, *122*, 252-258.
- Ramírez, C. y Valdivia, Y. (2003). Evaluación del funcionamiento diario en pacientes con dolor crónico. *Psicología Conductual*, *11*, 283-291.
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J. J., Martínez, F. G., Tornero, J., Vallejo, M. A. y Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, *2*, 55-66.
- Ruipérez, M. A., Ibáñez, M. I., Lorente, E., Moro, M. y Ortet, G. (2001). Psychometric properties of the Spanish version of the BSI. Contributions to the relationship between personality and psychopathology. *European Journal of Psychological Assessment*, *17*, 241-250.
- Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003). *Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck II (BDI-II). Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios*. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Sañudo, B., de Hoyo, M., Carrasco, L., McVeigh, J. G., Corral, J., Cabeza, R., Rodríguez, C. y Oliva, A. (2010). The effect of 6-week exercise programme and whole body vibration on strength and quality of life in women with fibromyalgia: a randomised study. *Clinical and Experimental Rheumatology*, *28*, 40-45.
- Tan, G., Jensen, M. P., Thornby, J. I. y Shanti, B. F. (2004). Validation of the Brief Pain Inventory for chronic nonmalignant pain. *Journal of Pain*, *5*, 133-137

- Turner, J. A., Jensen, M. P. y Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85, 115-125.
- Ubago-Linares, M. C., Ruiz-Pérez, I., Bermejo-Pérez, M. J., Olry de Labry-Lima, A., Hernández-Torres, E. y Plazaola-Castaño J. (2008). Analysis of the impact of fibromyalgia on quality of life: associated factors. *Clinical Rheumatology*, 27, 613-619.
- Valenzuela, J. O., Gning, I., Irrazaval, M. E., Fasce, G., Marin, L., Mendoza, T. R., Palos, G., Reynolds, R., Wang, X. S. y Cleeland, C. S. (2012, mayo). Psychometric validation of the Spanish version of the Brief Fatigue Inventory. Ponencia presentada en The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Division of Internal Medicine Research Retreat, Houston, Texas.
- van Wilgen, C. P., van Ittersum, M. W., Kaptein, A. A. y van Wijhe, M. (2008). Illness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthritis and Rheumatism*, 58, 3618-3626.
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D. y Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52, 157-168.
- World Health Organization (1992). *International statistical classification of diseases and related problems. ICD-10*. Ginebra: Antti Karjalainen.
- WhoQol Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQoL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, Don L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B. y Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*. 62, 600-610.

RECIBIDO: 2 de abril de 2013

ACEPTADO: 2 de agosto de 2013