

# Fibromialgia: Estudio de la calidad de vida antes y después del tratamiento psicológico

T. Amaro\*, M.J. Martín\*, P. Anton Soler\* y J. Granados\*\*

## Resumen

*En la práctica clínica observamos como las mujeres que sufren fibromialgia van empeorando en la calidad de vida. La evolución del dolor perjudica diversas áreas de la vida de dichas pacientes.*

*El presente trabajo evalúa la calidad de vida en pacientes con fibromialgia antes y después del tratamiento cognitivo-conductual en grupo.*

**Palabras clave:** Fibromialgia. Calidad de vida. Tratamiento cognitivo-conductual.

## Summary

*Clinical practice shows how quality of life of women suffering from fibromyalgia worsens over time. Pain affects negatively several functional areas in their lives. The present study assesses quality of life in fibromyalgia patients before and after cognitive-behavioural group therapy.*

**Key words:** Fibromyalgia. Quality of life. Cognitive-behavioural treatment.

---

\*Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica

\*\* Servicio de Reumatología

**Correspondencia:** Dra. M<sup>a</sup> José Martín  
Hospital Mutua de Terrassa  
Servei Psiquiatria i Psicologia Médica  
Plaza Dr. Robert, s/n  
08221 Terrassa (Barcelona)  
mjosemartin4@yahoo.es

## INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una enfermedad crónica y compleja, de etiología poco clara, que provoca dolores que pueden llegar a ser invalidantes y afecta a la esfera biológica, psicológica y social de las pacientes (Collado y cols. 2002).

Según los criterios de clasificación del American College of Rheumatology (Wolfe y cols. 1990) la fibromialgia se define por:

– Historia de dolor generalizado de al menos 3 meses de evolución. Se considera dolor generalizado cuando se presenta en el lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y debajo de la cintura (4 cuadrantes corporales). Además debe existir dolor en el esqueleto axial, columna vertebral, pared torácica, columna dorsal y lumbar.

– Y, dolor a la presión digital en al menos 11 de los 18 puntos sensibles que corresponden a las áreas más sensibles del organismo para estímulos mecánicos o de umbral más bajo.

Es una de las enfermedades más representativas del dolor crónico en la población.

La prevalencia estimada en diferentes estudios sobre la presencia de fibromialgia en la población general, se sitúa entre el 2 y el 3% (Wolfe y cols. 1990) y según el sexo se observan grandes diferencias, 4,2% es la prevalencia para el sexo femenino; 0,2% para el sexo masculino (Valverde y cols. 2000).

Estudiaremos en este trabajo la calidad de vida de las mujeres con fibromialgia antes y después del tratamiento psicológico.

La expresión “calidad de vida” se ha utilizado para hacer referencia a conceptos diversos, puede denotar buena salud, ideal de satisfacción, posesión y estatus social, nivel económico.

En el presente estudio la calidad de vida estará vinculada a factores biológicos, se valorará como influye la fibromialgia a nivel de la actividad relacionada con la salud en aspectos físicos y sus repercusiones sociales.

Las investigaciones sobre fibromialgia reflejan que es una enfermedad crónica que puede llegar a ser invalidante y puede conllevar una mala calidad de vida para la paciente y comprometer su vida personal, laboral y social (Collado y cols. 2002) (Buckhardt CS, y cols, 1993).

En este sentido, diversos autores definen la fibromialgia como un síndrome complejo con perjuicio significativo en la calidad de vida (Nampiarapampil y cols. (2004), (Pagano y cols. 2004) este impacto es global e importante (Martínez 2004) y afecta a las actividades de la vida diaria (Henriksson C y cols. 1996) y a la salud mental (Bernard AI. y cols. 2000).

Por otra parte, Culos y Brawley destacan que un buen control percibido sobre la patología y la calidad de vida se asocian con niveles más elevados de actividad física y funcionamiento diario (Culos- Reed y L. R. Brawley, 2000).

Lindberg L y cols. también encuentran una relación significativa entre estrategias de adaptación, actividades de la vida diaria y salud (Lindberg L., Iwarson S. 2002).

Existen muchos cuestionarios para medir calidad de vida, Marques y cols. (2004) comparan calidad de vida entre mujeres diagnosticadas de fibromialgia y otras sin patología reumatológica utilizando el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), formado por varias escalas que proporcionan medidas de: función física, dolor, fatiga, cansancio, rigidez, ansiedad y depresión. Los resultados son significativamente peores para las mujeres con fibromialgia respecto al grupo control.

Martínez J y cols (2001) utilizan para evaluar Calidad de Vida el Short Form-36 (SF-36) que mide salud general, funcionalidad, dolor, funcionamiento físico, vitalidad, funcionamiento emocional, salud mental y funcionamiento social. Tuzun y cols.(2004) también utilizan el mismo cuestionario (SF 36) para comparar la calidad de vida en mujeres con fibromialgia y pacientes con síndrome miofacial. Los resultados indican que la fibromialgia tiene mayor impacto en la salud mental.

Liedberg GM. y cols, (2005) demuestran que la Quality of Life Scale (QOLS) posee una validez y fiabilidad demostrada para evaluar la calidad de vida en mujeres con fibromialgia.

Kaplan y cols., (2000). Utilizan la Quality of Well Being Scale (QWB) que proporciona una medida general de la calidad de vida y utilizada en mujeres con fibromialgia demuestran de nuevo que estas mujeres obtienen resultados más bajos en dicha escala y, por tanto, peor calidad de vida.

Por último, Perrot S. y cols. (2003) concluyen que el FIQ es un instrumento válido para medir

la funcionalidad y estatus de salud en mujeres diagnosticadas de fibromialgia.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Sujetos

La muestra está formada por un total de 124 mujeres diagnosticadas de fibromialgia por el Servicio de Reumatología de nuestro hospital. Se ha reunido desde el año 1998, se han realizado 9 grupos de tratamiento psicológico cognitivo conductual.

El tratamiento en grupo consta de 10 sesiones de una hora y media de duración en los que se entrenaba a las pacientes en el aprendizaje de estrategias cognitivo-conductuales para favorecer el manejo de la enfermedad.

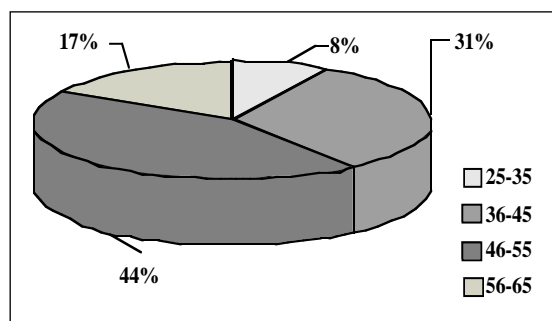
### Material

El material utilizado para la valoración consistió en una entrevista inicial, en la que se recogieron datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, profesión, situación laboral, años de evolución de la fibromialgia, otras patologías médicas, tipo de tratamiento farmacológico), y diferentes cuestionarios para valorar personalidad, estados de ánimo, ansiedad y calidad de vida que se administraron antes y después de la intervención, y pasados 6 meses.

Presentamos en este trabajo los resultados del cuestionario de calidad de vida. El cuestionario utilizado para valorar calidad de vida ha sido el Nottingham Health Profile (Hunt et al. 1980) (18). Se utilizó la versión española de Alonso y cols. 1994. Es un cuestionario autoadministrado para medir Calidad de Vida. Contiene 38 ítems y contempla 6 dimensiones de salud: falta de energía, dolor, reactividad emocional, aislamiento social, alteraciones del sueño y falta de movilidad física. El valor máximo que se puede obtener para cada escala y que indicaría el mayor grado de enfermedad es 100.

## RESULTADOS

La media de edad de las pacientes de la muestra (Figura 1) es de 48 años, con edades com-

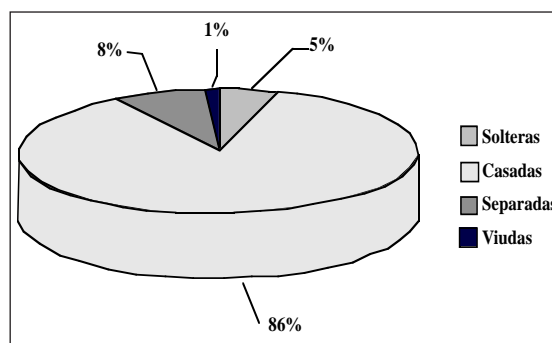


**Figura 1**  
Edad

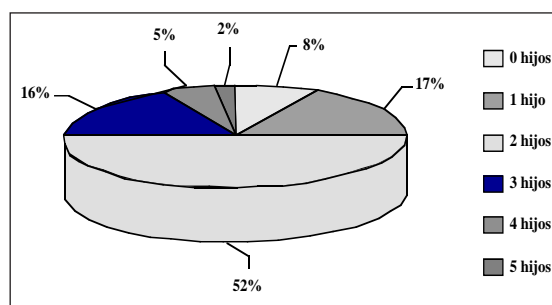
prendidas entre los 25 y los 65. El porcentaje más elevado de mujeres se sitúa entre los 46 y los 55 años.

Por lo que se refiere al estado civil (Figura 2) el porcentaje mayor de mujeres 86% están casadas, 8% separadas, 5% solteras y el 1% viudas.

Respecto al número de hijos (Figura 3), el 52% de las pacientes tienen dos hijos, el 17% tiene uno, el 16% tres, el 8% no tiene hijos, el 5% tienen cuatro y el 2% cinco hijos.

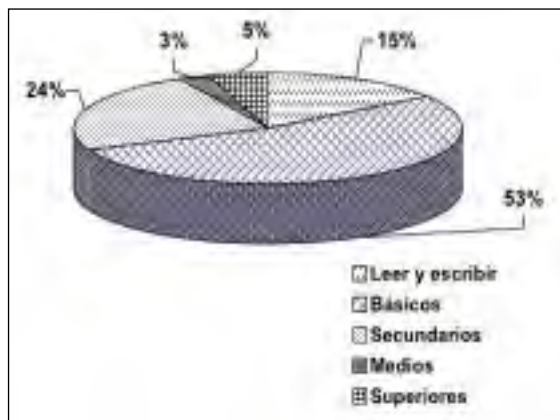


**Figura 2**  
Estado civil



**Figura 3**  
Número de hijos

Se observa sobre el nivel de estudios (Figura 4) que el 53% tienen estudios básicos, 24% estudios secundarios, 15% sabe únicamente leer y escribir, 5% estudios superiores y 3% estudios medios.

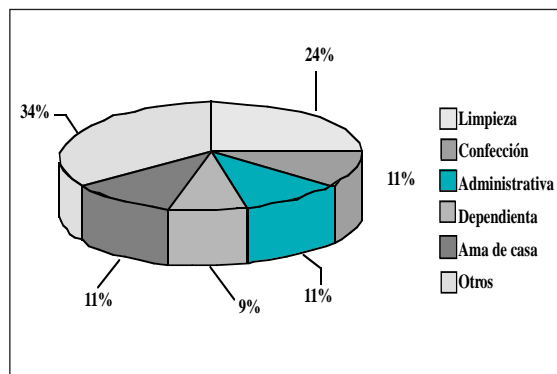


**Figura 4**  
*Nivel de estudios*

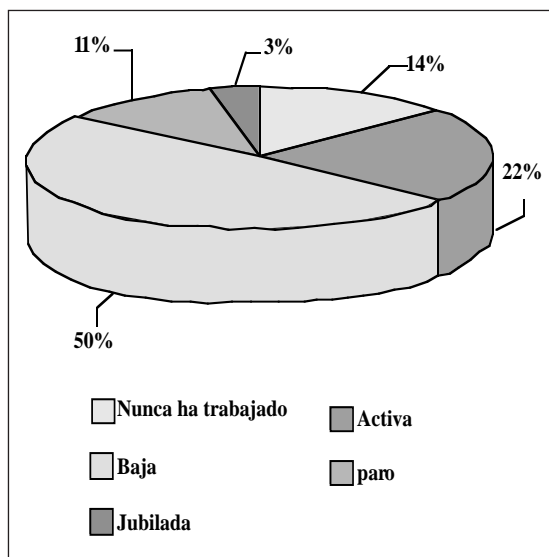
Por lo que se refiere a la profesión (Figura 5), el porcentaje más elevado se dedica a trabajos de limpieza (24%).

Cabe destacar que el tipo de profesión en estas pacientes implica un esfuerzo físico en la mayor parte de los casos.

En cuanto a la situación laboral (Figura 6), el 50% están de baja en el momento en que solicitan tratamiento, frente a un 22% que continúan activas.



**Figura 5**  
*Profesión*

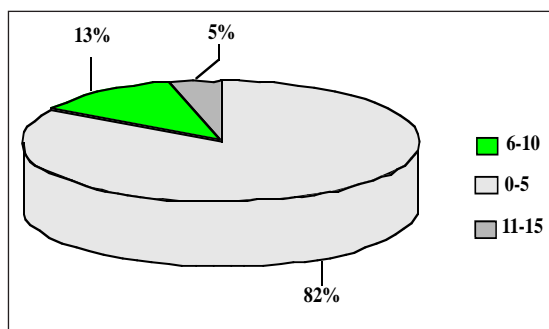


**Figura 6**  
*Situación laboral*

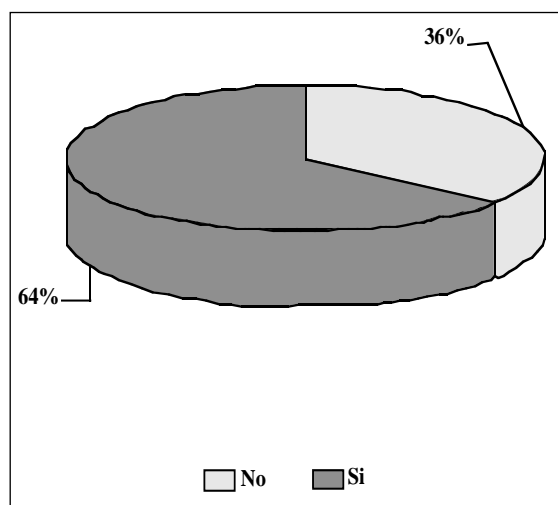
Respecto al tiempo de evolución de la fibromialgia (Figura 7), en un 82% de los casos era menor a los 5 años; el 13% entre 6-10 años de evolución; y el 5% entre 11 y 15 años de evolución.

Por último, el 64% de las pacientes con fibromialgia presenta otras patologías médicas asociadas (Figura 8).

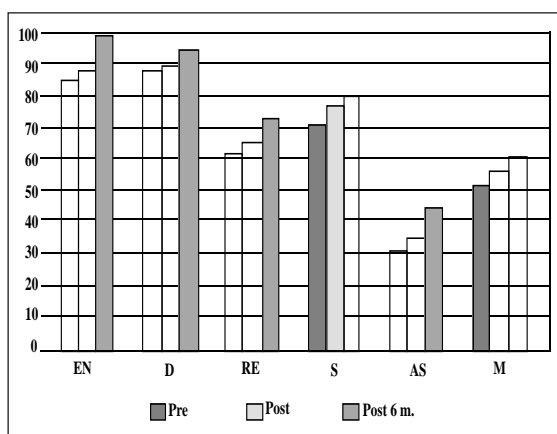
El cuestionario de calidad de vida, el Nottingham Health Profile (Figura 9) evalúa 6 dimensiones de salud (EN: falta de energía, D: dolor, RE: reactividad emocional, AS: aislamiento social, S: alteraciones del sueño y M: falta de movilidad física) antes del inicio del tratamiento (Pre), justo después de la finalización del tratamiento (Post) y a los 6 meses después de la finalización del mismo (6 m).



**Figura 7**  
*Tiempo de evolución*



**Figura 8**  
*Patologías médicas asociadas*



**Figura 9**  
*Nottingham Health Profile*

Las dimensiones más afectadas en las pacientes con fibromialgia son: falta de energía (EN), dolor (D), y alteraciones del sueño (S), tanto antes del tratamiento como en las evaluaciones post y 6 meses.

Se observa también un aumento de las puntuaciones en las consecutivas evaluaciones, lo que significa que estas pacientes cada vez presentan menor nivel de energía, mayor dolor, mayor reactividad emocional (RE), más alteraciones del sueño, mayor aislamiento social (AS) y menor movilidad física (M). Cabe destacar que las diferencias observadas no son significativas excepto en energía (EN) y dolor (D) en las com-

paraciones antes del inicio del tratamiento y pasados 6 meses de la finalización del mismo.

## DISCUSIÓN

Los resultados confirman que la fibromialgia empeora la calidad de vida de las pacientes.

Entre las dimensiones de calidad de vida evaluadas, las más afectadas son energía y dolor, coinciden con los resultados obtenidos en estudios previos como el de Ruiz Moral y cols. (1997) en que comparaban pacientes con fibromialgia y pacientes reumatológicos en general y con el de Romero y cols. (2002) en el que estudiaban pacientes con fibromialgia usando el Nottingham Health Profile, antes y después de un programa de educación sanitaria.

Queda pues demostrado, una vez más, que la fibromialgia es una enfermedad crónica que afecta a la esfera biológica (se refleja en la falta de energía, dolor, alteraciones de sueño, etc.), psicológica (depresión, ansiedad) y social (Collado y cols. 2002) (1).

También queremos destacar que las pacientes con fibromialgia presentan una elevada comorbilidad con trastornos de ansiedad y síntomas depresivos (Krag N.J y cols. 1994), (Kurtze N. y cols., 1999) que también influye en la calidad de vida (A. Epstein y cols. 1998) (Thieme y cols. 2004) (Pagano T. y cols. 2005), (Martín. M<sup>a</sup>J y cols. 2000).

En conclusión, aunque los resultados indican un empeoramiento progresivo de estas pacientes, nos gustaría resaltar que este empeoramiento, no es significativo excepto en las escalas de energía y dolor. Entendemos que una posible explicación de estos resultados es que la fibromialgia es una enfermedad crónica, que con el paso del tiempo va generando limitaciones y, posiblemente, las pacientes con más dificultades son las que realizan seguimiento.

Nos planteamos seguir estudiando la relación entre calidad de vida y estado de ánimo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Alonso J, Prieto L, Antó JM.**: The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res* 1994; 3: 385-93.

2. **Bernard AL, Prince A, Edsall P.:** Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care Res.* 2000 feb; 13(1): 42-50.
3. **Buckhardt CS, Clark SR, Bennet RM.:** Fibromyalgia and quality of life: a comparative analysis. *J. Rheumatol* 1993; 21: 714-20.
4. **Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre C, Romera M, Sañudo I, Martín R, Peri JM, Cots JM.:** Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña 2002. *Medicina Clínica* 118: 745-749.
5. **Culos-Reed S, Brawley LR.:** Fibromyalgia, Physical Activity, and Daily Functioning: The importance of Efficacy and Health-Related Quality of Life. *American College of Rheumatology* 2000; 13-6.
6. **Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, Kuck J, Leslie V, Masur D, Wagner M, Waid R, Zisook S.:** Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *Psychosomatics* 1999; 40: 57-63.
7. **Henriksson C, Burckhardt C.:** Impact of fibromyalgia on every day life: a study of women in the USA and Sweden. *Disabil Rehabil.* 1996 May; 18(5): 241-8.
8. **Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E.:** The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med* 1981; 15A: 221-229.
9. **Kaplan RM, Schmidt SM, Cronan TA.:** Quality of well being in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2000 Mar; 27(3): 785-9.
10. **Krag NJ, Norregaard, Larsen JK, Danneskiold-Samsøe B.:** A blinded, controlled evaluation of anxiety and depressive symptoms in patients with fibromyalgia, as measured by standardized psychometric interview scales. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 370-375.
11. **Kurtze N, Gundersen KT, Svebak S.:** Quality of life, functional disability and lifestyle among subgroups of fibromyalgia patients: the significance of anxiety and depression. *Br J Med Psychol.* 1999 Dec; 72( Pt 4): 471-84.
12. **Liedberg GM, Burckhardt CS, Henriksson CM.:** Validity and reliability testing of the Quality of Life Scale, Swedish version in women with fibromyalgia-stadistical analyses. *Scand J Caring Sci.* 2005 Mar; 19 (1): 64-70.
13. **Lindberg L, Iwarsson S.:** Subjective quality of life, health, I-ADL ability and adaptation strategies in fibromyalgia. Division of Occupational Therapy, Tomelilla Health Care Center, Sweden. *Clinical Rehabilitation.* 2002 Sep; 16(6): 675-83.
14. **Marques AP, Ferreira EAG, Matsutani LA, Pereira CAB, Assumpção A.:** Quantifying pain threshold and quality of life of fibromyalgia patients. *Journal of the International League of Associations for Rheumatology. Clinical Rheumatology* 2004.
15. **Martín MJ, Luque M, Solé P, Mengual A, Granados J.:** Aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Revista Psiquiatría Fac Med Barna* 2000; 27: 12-18.
16. **Martínez JE, Barauna Filho IS, Kubokawa K, Pedreira IS, Machado LA, Cevasco G.:** Evaluation of the quality of life in Brazilian women with fibromyalgia, through the medical outcome survey 36 items short-form study. *Disabil Rehabil.* 2001 Jan 20; 23(2): 64-8.
17. **Martínez JE.:** The question of quality of life in fibromyalgia patients. *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 57: 501-502.
18. **Nampiarapampil DE, Shmerling RH.:** A review of Fibromyalgia. *American Journal Management Care* 2004; 10: 794-800.
19. **Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA, Marques AP, Pereira CA.:** Assesment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Rheumatoglogy clinic, Hospital das Clinicas, Faculdade d Medicina, Universidade de Sao Paulo, Brazil. Sao Paulo Med J.* 2004 Nov 4; 122 (6): 252-8. Epub 2005 Feb 2.
20. **Perrot S, Dumont D, Guillemin F, Pouchot J, Coste J.:** French Group for Quality of Life Research. *J. Rheumatol* 2003 May; 30(5): 1054-9.
21. **Romero EB, Sáez Moya N, Valls Esteve M, Viñolas Valer S.:** Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto sobre un programa de educación sanitaria 2002; 30: 16-21.
22. **Ruiz Moral R, Muñoz Álamo M, Férula de Torres L, Aguayo Galeote MA.:** Biopsychosocial features of patients with widespread chronic musculoskeletal pain in family medicine clinics. *Family Practice* 1997; 14 (3): 242-8.
23. **Thieme K, Dennis C, Turk, Flor H.:** Comorbid Depression and Anxiety in Fibromyalgia Syndrome: Relationship to Somatic and Psychosocial Variables. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66: 837-844.
24. **Tuzun EH, Albayrak G, Eker L, Sozay S, Daskapan A.:** A comparison study of quality of life in women with fibromyalgia and miofascial pain syndrome. *Disabil Rehabil.* 2004 Feb 18; 26(4): 198-202.
25. **Valverde M, Juan A, Ribas B, Benito UrbinaJC, Carmona I, y grupo de trabajo EPISER 2000.:** Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER 2000. *Revista española de Reumatología* 2000; 27: 157.
26. **Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al.:** The American College of Rheumatology. Criteria for the Classification of Fibromyalgia 1990. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72.