
El papel de factores físicos y psicológicos en la calidad de vida de pacientes con FM

Eva del Río González
eva.delrio@alumail.uji.es
Guadalupe Molinari
molinari@psb.uji.es
Yolanda Vizcaíno
vizcaino@psb.uji.es
Rocío Herrero
rherrero@psb.uji.es
Ana Isabel Agustí López
al107370@alumail.uji.es
Azucena García Palacios
azucena@psb.uji.es

I. Resumen

962



La fibromialgia (FM) es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por dolor crónico generalizado que el paciente localiza en el aparato locomotor. La FM produce un gran impacto psicológico, siendo la depresión y la ansiedad las patologías más comúnmente asociadas a esta enfermedad. Estos pacientes perciben un mayor deterioro de su calidad de vida (CV) en comparación con otras personas con enfermedades reumáticas o crónicas. El curso impredecible del dolor, su presencia continuada y persistente, las limitaciones físicas y psicosociales, junto a los trastornos psicológicos comórbidos encontrados en la FM, hacen de esta enfermedad una de las más incapacitantes. El objetivo principal de este trabajo consistió en estudiar los factores tanto físicos como psicológicos que influyen en la CV de pacientes con FM. Participaron un total de 63 mujeres diagnosticadas de FM (media de edad: 49.53 años) y se utilizaron medidas relacionadas con el dolor, la fatiga, la salud general, depresión y otros síntomas psicopatológicos y la CV. Los resultados mostraron, tras el análisis de regresión, que las variables que mayor impacto tenían sobre la CV eran dos físicas (interferencia del dolor en las actividades y rol físico) y dos psicológicas (síntomatología obsesiva-compulsiva y de ideación paranoide). Estos resultados sustentan la idea de la necesidad de abordar esta enfermedad desde un punto de vista multidisciplinar

II. Introducción

El dolor es una experiencia universal desagradable que afecta a toda la población en algún momento de su vida. Es una sensación perceptiva compleja, resultado de la interacción recíproca y dinámica de procesos, tanto fisiológicos, como cognitivos, afectivos y conductuales. El dolor en su forma más benigna avisa de que algo no está bien, y en el peor de los casos, cuando se hace crónico, disminuye la productividad y el bienestar de quien lo padece. Incluye un amplio rango de condiciones médicas que causan un impacto negativo en la vida de los pacientes y constituye un grave problema de salud pública, debido a que es una de las razones más habituales que llevan a visitar al médico y los costes relacionados con su tratamiento son muy elevados. La repercusión tanto en recursos asistenciales como económicos del dolor crónico se calcula que puede corresponder al 2,5% del PIB de los países industrializados (Bassols Farrés, Bosch Llonch, y Eladi Baños, 2000). La evolución de la población de los países industrializados tiende a estar compuesta por personas de más edad y donde la longevidad cada vez es mayor. Esto conlleva un progresivo avance de la enfermedad en los pacientes con procesos crónicos degenerativos.

Dentro del dolor crónico, la fibromialgia (FM), constituye un síndrome complejo, de etiología desconocida, evolución variable y que, con frecuencia, va asociado a otras patologías (Documento de la SER [Sociedad Española de Reumatología], 2005). Se caracteriza por dolor crónico generalizado en el aparato locomotor y que, en ocasiones, puede llegar a ser invalidante. Según los criterios del *American College of Rheumatology* (ACR), deben cumplirse dos criterios para el diagnóstico de esta enfermedad: 1. historia de dolor generalizado de más de 3 meses de duración y 2. presencia de dolor en 11 de 18 puntos sensibles a la palpación digital (Wolfe, Smythe, Yunus, Bennett, Bombardier, Goldenberg, et al., 1990). En los últimos años, la FM ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia debido, a su alta prevalencia (2,4% de la población general mayor de 20 años [estudio EPISER (2008)], siendo más prevalente en mujeres (4,2%) que en hombres (0,2%) en población adulta), al escaso conocimiento acerca de sus causas y los mecanismos que la producen, y a la ausencia de un tratamiento curativo.

Esta enfermedad no es degenerativa ni mortal, pero el curso natural de sus síntomas es crónico, contribuyendo a formar una situación compleja y difícil de manejar desde el punto de vista clínico. A pesar de no haberse identificado una patología orgánica que explique el síndrome, estos pacientes perciben un mayor deterioro de su calidad de vida en comparación con otros pacientes con enfermedades reumáticas o crónicas. El curso impredecible del dolor, su presencia continuada y persistente, y las limitaciones físicas y psicosociales, son fuentes potenciales de estrés, a las que el sujeto tiene que hacer frente para lograr adaptarse a su enfermedad.

Todo ello resulta en una participación más limitada en la vida social y profesional (Martínez, Barauna Filho, Kubokawa, Pedreira, Machado y Cevasco, 2001; Bernard, Prince y Edsall, 2000). Los síntomas son a menudo exacerbados por el esfuerzo, el estrés, la falta de sueño y los cambios climáticos. Las características psicológicas y de conducta pueden dar lugar a un aumento en la percepción del dolor (mayor del que realmente se está sufriendo). Dos de las complicaciones que se han estudiado con más frecuencia son la depresión y la ansiedad, ya que pueden exacerbar la FM e interferir con el manejo adecuado de los síntomas.

El dolor crónico requiere de especial cuidado, dado que no sólo limita físicamente al paciente, sino que lo lleva a la frustración y la confusión. Los pacientes pagan un precio importante en tiempo y dinero, así como en energía y recursos personales, buscando infinidad de especialistas para encontrar una solución a su problema. Cada vez que el tratamiento fracasa, la desesperanza de los pacientes aumenta. La probabilidad de que aparezcan problemas de desamparo es muy elevada. Donde al principio solo había cierta preocupación por la sintomatología, ahora aparece ansiedad, miedo y frustración, que se puede transformar en ira y resentimiento. Los pensamientos negativos, actitudes y creencias

irracionales de los pacientes, pueden llevarles a adoptar comportamientos desadaptativos ante la enfermedad (estrategias de afrontamiento poco adecuadas como: actitud de desesperanza o victimismo) no iniciando conductas positivas como el ejercicio, la medicación o la valoración y actitud positiva frente al dolor y demás síntomas del síndrome.

Por todo ello, es necesario realizar investigaciones para una mejor comprensión de los factores asociados al dolor crónico con el fin de diseñar intervenciones médicas, psicológicas y psicosociales que proporcionen una mejor atención a los millones de personas que sufren este problema. El objetivo de este estudio es profundizar en el conocimiento de algunos de los factores que tienen una mayor influencia en la calidad de vida de los pacientes de FM y en qué medida, debido al gran impacto que produce esta enfermedad en aquellos que la padecen.

III. Estudio empírico

Objetivo

El objetivo principal de este trabajo consiste en profundizar en el estudio de los factores, tanto físicos como psicológicos, que influyen en la calidad de vida de pacientes con FM. Pretendemos valorar si existe una relación mayor de los factores físicos o de los factores psicológicos con la calidad de vida percibida en estos pacientes.

Hipótesis

Se espera que la psicopatología y los aspectos psicológicos sean un predictor de la calidad de vida tan importante como los síntomas y aspectos físicos (dolor, fatiga, impacto de la fibromialgia y estado de salud física).

IV. Metodología

a) Participantes

La muestra se seleccionó de entre las pacientes que acudían al Servicio de Reumatología del Hospital General de Castellón. Se compuso de un total de 63 mujeres diagnosticadas de FM, con una media de edad de 49.53 años y una desviación típica de 8,71. De entre ellas, 46 eran casadas (73 %), 5 separadas (7,9 %), 5 divorciadas (7,9 %), 4 solteras (6,3 %), y 3 viudas (4,8 %). Un total de 22 tenían menos de 8 años de estudios (34,4 %), 20 estudios primarios (31,3 %), 16 secundarios (25 %), 4 superiores (6,3 %), y 2 no tenían estudios (3,1 %).

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- 1- Tener diagnosticada FM por un especialista (reumatólogo) según los criterios del ACR.
- 2- Ser mayor de 18 años.
- 3- No encontrarse en un proceso de petición legal de incapacitación.
- 4- No padecer un trastorno mental grave (esquizofrenia u otro trastorno psicótico, trastorno bipolar y trastorno grave de la personalidad).

b) Instrumentos de evaluación

En primer lugar se utilizó una entrevista elaborada para el presente trabajo de investigación para evaluar aspectos generales sobre dolor y psicopatología en la muestra experimental (entrevista sobre dolor crónico).

Para evaluar distintos aspectos de los pacientes con FM se emplearon las siguientes medidas de autoinforme:

- *Inventario Breve de Dolor (BPI)* (Badia, Muriel, Gracia, Núñez-Olarte, Perulero, Gálvez, Carulla y Cleeland, 2002): mide intensidad e interferencia del dolor.
- *Inventario Breve de Fatiga (BFI)* (University of Texas, M. D. Anderson Cancer Center, 2004): mide intensidad e interferencia de la fatiga.
- *Cuestionario de impacto de la FM (FIQ)* (Bennet, 2005): evalúa el impacto general que la enfermedad produce en sus pacientes.
- *Short-Form 36 (SF-36)* (Alonso, Prieto, y Antó, 1995): mide la percepción subjetiva del estado de salud, evaluada por los propios pacientes.
- *Inventario de depresión de Beck (BDI-II)* (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003): diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años.
- *Inventario Breve de Síntomas (BSI)* (Derogatis y Melisaratos, 1983; adaptado por Ruipérez Ibáñez, Lorente, Moro, Ortet, 2001): que evalúa sintomatología de depresión, fobia, ideación paranoide, obsesión-compulsión, somatización y hostilidad.
- *Índice de Calidad de Vida (QLI)* (Mezzich, Cohen y Ruiperez 1999): 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, percepción global de calidad de vida.

c) Procedimiento

Las mujeres diagnosticadas de FM por un reumatólogo, eran remitidas desde la unidad de reumatología del Hospital General de Castellón para recibir tratamiento psicológico en el Laboratorio de Psicología y Tecnología (Labpsitec) en la Universitat Jaume I. 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 para la cumplimentación de los cuestionarios incluidos en este estudio era de unos 30-40 minutos. La recopilación de la información de la muestra clínica se ha realizado durante un año y medio aproximadamente.

d) Análisis estadísticos

Para realizar los análisis estadísticos se empleó el programa SPSS 15.0. Se realizó un análisis de regresión *Stepwise* para poder hallar las variables que producen un mayor impacto en la calidad de vida de las pacientes de FM.

V. Resultados

Tras el análisis de regresión, en el que se incluyeron las variables medidas por los cuestionarios del protocolo empleado para esta investigación se obtuvieron los siguientes resultados que pueden observarse en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Análisis de regresión

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta	B	Error típ.
1 (Constante)	6,673	0,278		23,985	0,000
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

Variable dependiente: índice de calidad de vida

967



Tabla 2. Modelo de predicción obtenido del análisis de regresión

Modelo	Variables introducidas
1	BSI obsesiones-compulsiones
2	BPI interferencias en las actividades
3	BSI ideación paranoide
4	SF-36 rol físico

Variable dependiente: índice de calidad de vida.

Como se puede observar en las tablas, las 4 variables que mayor impacto tuvieron sobre la calidad de vida son dos físicas: la interferencia del dolor en las actividades (variable medida dentro del BPI) y el rol físico (variable del SF-36, 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 obsesiva-compulsiva y la sintomatología de ideación paranoide (evaluadas mediante el inventario breve de síntomas: BSI). Por tanto, se observa una influencia por igual de factores tanto físicos como psicológicos.

VI. Discusión

En nuestra hipótesis planteábamos que la psicopatología y los aspectos psicológicos serían un predictor de la calidad de vida tan importante como los síntomas y aspectos físicos (dolor, fatiga, interferencia de la fibromialgia, estado de salud física). Nuestra hipótesis se confirma al encontrar que entre los mejores predictores de la calidad de vida percibida, se encontraron dos variables más relacionadas con



aspectos psicológicos y dos variables más relacionadas con aspectos físicos.

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 (Lange y Petermann, 2010; Kurtze, [Gundersen](#) y [Svebak](#), 1999). Sin embargo, nuestros resultados avalan la idea de que dos de los aspectos psicológicos con mayor relación en esta dolencia podrían ser las “obsesiones-compulsiones” y la “ideación paranoide”. Tanto la obsesividad como la ideación paranoide están relacionadas con la psicopatología cognitiva en la que ciertas ideas erróneas se vuelven excesivamente importantes en la vida de los pacientes. En el caso de la fibromialgia, 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 obsesivas o paranoides 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. Esto les impedirá llevar a cabo estrategias de afrontamiento positivas ante la enfermedad como practicar relajación o meditación, o realizar actividades de ocio y hobbies, que les permitan mejorar su estado anímico. Del mismo modo, las compulsiones podrían llevarles a desarrollar comportamientos desadaptativos como quedarse postradas en cama sin realizar ninguna actividad, o el consumo de alcohol y medicamentos (como observaron Bernard, Prince y Edsall, 2000), por temor a sufrir dolor, lo que además de producirles una disminución del estado de ánimo, podría desembocar en una pérdida de tono muscular, lo que les llevaría, a su vez, a sentir más dolor.

No obstante, también otros dos factores físicos se han visto como grandes predictores de la calidad de vida en nuestro estudio: “interferencia del dolor en actividades” y “rol físico” (por ejemplo, interferencia en el trabajo). 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 manualidades o cualquier otra actividad que antes podría resultarles placentera, lo que empeora aún más su percepción de calidad de vida, porque se sienten incapacitadas y les inundan sentimientos de inutilidad y poca valía personal.

Por tanto, los resultados sustentan la idea de la necesidad existente de abordar esta enfermedad desde un punto de vista multidisciplinar y no sólo con medicamentos ya que, se ha observado, que tanto los aspectos psíquicos como los físicos, tienen gran influencia en la calidad de vida de

estas personas y por ende, ambas han de tenerse en cuenta a la hora de plantear programas de tratamiento eficaces. Diversos especialistas (médicos, enfermeros, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas...) han de trabajar en comunión para dar un tratamiento lo más completo posible a estas pacientes.

Esta enfermedad consume muchos recursos de las personas que la 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.

VII. Conclusión y líneas de investigación futuras

La FM afecta a muchas personas, es una de las enfermedades de dolor crónico más prevalentes en nuestro país, y llena nuestras consultas médicas con pacientes que requieren tratamientos prolongados y multidisciplinarios. Es una dolencia que afecta a diversos ámbitos de la vida de las personas que la sufren:

- *Al personal:* la realización de actividades cotidianas como el aseo personal, el cuidado de sus familiares (padres, hijos...), la realización de tareas domésticas y de sus quehaceres diarios...
- *Al ámbito laboral:* puesto que es causa de numerosas bajas médicas. Ello desemboca en problemas económicos en el hogar, y disputas con las empresas puesto que estas bajas suelen ser muy prolongadas debido a la cronicidad de la enfermedad.
- *Al social y familiar:* puesto que estos pacientes restringen sus relaciones sociales. Disminuyen los encuentros con sus amigos y las visitas a sus familiares.
- *Al de sus relaciones de pareja:* puesto que su libido se encuentra disminuido y surgen múltiples problemas económicos, físicos y emocionales derivados de la enfermedad.

Se ha podido comprobar que la presencia de psicopatología como la depresión o las obsesiones-compulsiones y la ideación paranoide disminuyen la calidad de vida percibida por estas pacientes, lo que confirma la idea de la importancia de los aspectos psicológicos en esta enfermedad. Otros estudios apoyan la idea de que en comparación con pacientes con otras condiciones de dolor, la angustia psicológica parece ser mayor en pacientes con FM (p.ej., Verbunt, [Pernot](#) y [Smeets](#), 2008).

Sin embargo, hay pocos datos existentes sobre el peso y la influencia que los factores psicológicos tienen en el modo en el que las pacientes de FM interpretan y viven su enfermedad y su calidad de vida, a pesar de la existencia de resultados preliminares de algunas investigaciones, incluida la nuestra, que dan ávida cuenta de que no sólo los factores físicos son relevantes en esta dolencia, sino que también influyen, y en gran medida, aspectos psicológicos en el agravamiento o disminución de la sintomatología y de la calidad de vida.

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 calidad de vida 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 ya que esta enfermedad es crónica y puede llegar a ser muy incapacitante en todos los ámbitos de las vidas de las personas que la padecen.

VIII. Bibliografía

[Alonso, J.](#); [Prieto, L.](#) & [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 [Med Clin (Barc)]*; 104 (20): 771-6.

[Badia, X.](#), [Muriel, C.](#), [Gracia, A.](#), [Núñez-Olarte, J. M.](#), [Perulero, N.](#), [Gálvez, R.](#), [Carulla, J.](#) & [Cleeland, C. S.](#) (2003). Validation of the Spanish version of the Brief Pain Inventory in patients with oncological pain. *Medicina Clínica [Med Clin (Barc)]*, 120, 52-9.

Bassols Farrés, A., Bosch Llonch, F. & Eladi Baños, J. (2000). Epidemiología del dolor en la población general, 1, 149-58.

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. & Edsall, P. (2000). Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care & Research*, 13, 42-50.

Documento de la SER (Sociedad Española de Reumatología) sobre tratamiento de la Fibromialgia. Reumatismos. (2005); Septiembre - Octubre.

EPISER Study Group: [Mas, A. J.](#); [Carmona, L.](#), [Valverde, M.](#) & [Ribas, B.](#) (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.

[Kurtze, N.](#), [Gundersen, K. T.](#) & [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.

[Lange, M.](#) & [Petermann, F.](#) (2010). Influence of depression on fibromyalgia: A systematic review. *Schmerz (Berlin, Germany) [Schmerz]*, 24, 326-33.

Martínez, J. E., Barauna, Filho, I. S., Kubokawa, K., Pedreira, I. S., Machado, L. A. & Cevasco, G. (2001). Evaluation of the quality of life in Brazilian women with fibromyalgia, through the medical outcome survey 36 items short-form study. *Disability and Rehabilitation*, 23, 64-8.

[Mezrich, J. E.](#), [Ruipérez, M. A.](#), [Pérez, C.](#), [Yoon, G.](#), [Liu, J.](#) & [Mahmud, S.](#) (2000). The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *The Journal Of Nervous And Mental Disease [J Nerv Ment Dis]*, 188, 301-5.

Ruipérez, M. A., Ibáñez, M. I., Lorente, E., Moro, M. & 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. & Vázquez, C. (2003). *Adaptación Española del Inventario para la depresión de Beck II (BDI-II). Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios*. Universidad Complutense de Madrid.

[Van Wilgen, C. P.](#), [Van Ittersum, M. W.](#), [Kaptein, Ad A.](#) & [Van Wijhe, M.](#) (2008). Illness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. [*Arthritis & Rheumatism*](#), 58, 3618-3626.

[Verbunt, J.](#), [Pernot, D.](#), & [Smeets, R.](#) (2008). Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. [*Health and Quality of Life Outcomes*](#), 6, 8-0.

Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.L., et al. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 33, 160-172.

