

ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE



Recibido: 22/09/2022 Aceptado: 30/11/2022

## LA MEJORÍA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON FIBROMIALGIA REQUIERE PROMOVER CREENCIAS DE CONTROL PROPIO DEL DOLOR Y UN AFRONTAMIENTO ACTIVO

### IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH FIBROMYALGIA REQUIRES PROMOTING BELIEFS OF SELF-CONTROL OF PAIN AND ACTIVE COPING

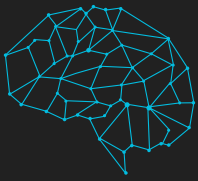
**T. Rodríguez<sup>1</sup>, X. Torres<sup>2</sup>, A. Arias<sup>3</sup>, B. Carreras<sup>4</sup>, A. Mallorquí<sup>5</sup>, L. Polino<sup>6</sup>**

1 Especialista en Reumatología. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. 2. Especialista en Psicología Clínica. Sección de Psicología Clínica de la Salud. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Hospital Clínic de Barcelona. 3. Terapeuta ocupacional. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. 4. Especialista en Psicología Clínica. Sección de Psicología Clínica de la Salud. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Hospital Clínic de Barcelona. 5. Especialista en Psicología Clínica. Sección de Psicología Clínica de la Salud. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Hospital Clínic de Barcelona. 6 Especialista en Reumatología. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona.

**Correspondencia:** Tamara Rodríguez. Villarroel, 170 08036 – Barcelona Tel. 932275400 (ext. 3296)  
tlorodriguez@clinic.cat

**Declaración de autoría, buenas prácticas y cesión de derechos:**

- 1) Financiación: ninguna.
- 2) Contribución: todos los autores contribuyeron en el diseño del estudio y el redactado. Xavier Torres realizó los análisis estadísticos.
- 3) Conflictos de intereses: los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.



## RESUMEN

**Introducción:** Las personas con fibromialgia refieren una notable interferencia de la enfermedad en su calidad de vida. A pesar de que los síntomas de la fibromialgia suelen seguir un curso crónico, la calidad de vida de las pacientes puede mejorar. Por consiguiente, la mejoría de la calidad de vida debería ser un objetivo terapéutico prioritario. El objetivo de este estudio longitudinal fue evaluar los determinantes de la calidad de vida en las pacientes con fibromialgia seis meses después de haber recibido un tratamiento multidisciplinario.

**Método:** En 40 pacientes seleccionadas consecutivamente se analizaron las variables previamente descritas como sólidos determinantes de la calidad de vida antes y seis meses después de realizar un tratamiento multidisciplinario. Se realizó un análisis de componentes principales del cambio observado en cada uno de estos determinantes y se analizó su relación con la mejoría de la calidad de vida mediante análisis de regresión multivariante.

**Resultados:** El análisis de los componentes principales observó 7 factores independientes que explicaron el 76.4% de la varianza entre sujetos del cambio en las variables clínicas evaluadas. Los análisis de regresión multivariantes mostraron que la mejoría en las distintas facetas de la calidad de vida dependió principalmente de las creencias favorables a la posibilidad de disminuir el dolor mediante recursos propios y de un afrontamiento activo que conllevara un incremento de la capacidad funcional subjetiva.

**Conclusiones:** Dada la cronicidad de los síntomas de la fibromialgia, la mejoría de la calidad de vida de las pacientes debería basarse en la promoción de las creencias de control del dolor y el incremento de la autoeficacia teniendo, no obstante, en cuenta el efecto a la vez negativo y positivo de la ayuda externa.

**Palabras clave:** Fibromialgia, calidad de vida, autoeficacia, locus de control, SF-36.

## ABSTRACT

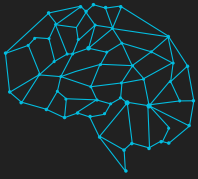
**Introduction:** People with fibromyalgia report a significant interference of the disease in their quality of life. Although the symptoms of fibromyalgia usually follow a chronic course, the quality of life of patients can improve. Therefore, improving quality of life should be a priority therapeutic goal. The objective of this longitudinal study was to assess the determinants of quality of life in patients with fibromyalgia six months after receiving multidisciplinary treatment.

**Method:** In 40 consecutively selected patients, the variables previously described as solid determinants of quality of life were analyzed before and six months after receiving a multidisciplinary treatment. A principal component analysis of the change observed in each of these determinants was performed and their relationship with improvement in quality of life was analyzed using multivariate regression analysis.

**Results:** Principal component analysis of change found 7 independent factors that explained 76.4% of the between-subject variance of change in clinical variables assessed. The multivariate regression analysis showed that the improvement in the different facets of quality of life depended mainly on the promotion of perceived ability to control pain through one's own resources and on active coping that would lead to an increase in subjective functional capacity.

**Conclusions:** Given the chronicity of fibromyalgia symptoms, improvement of patients' quality of life should be based on the promotion of pain control beliefs and the increase of self-efficacy considering, however, the effect both negative and positive of significant others' assistance.

**Keywords:** Fibromyalgia, quality of life, self-efficacy, locus of control, SF-36.



## INTRODUCCIÓN

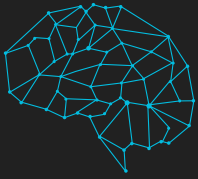
La fibromialgia es una enfermedad caracterizada por dolor crónico y generalizado, y un descenso global del umbral doloroso (Wolfe, Smythe, Yunus, Bennett, Bombardier, Goldenberg, et al., 1990). Aunque desconocemos la etiología de la fibromialgia, existen pruebas que explican el mantenimiento de la sintomatología somática sobre la base de un estado de hiperexcitabilidad del sistema ascendente de transmisión nociceptiva (sensibilización central) y un descenso de la capacidad inhibitoria descendente (Williams & Gracely, 2006), ambos moderados por factores psicológicos como la anticipación del dolor, el control percibido o el catastrofismo (Burgmer et al., 2011; Galambos et al., 2019; Gracely et al., 2004). La dificultad para modificar estas alteraciones obliga a utilizar tratamientos sintomáticos que suelen obtener resultados modestos que no impiden que la enfermedad interfiera en las actividades cotidianas, la laboral, el cuidado de los hijos o el mantenimiento de una relación de pareja satisfactoria (Collado et al., 2014). Por consiguiente, la fibromialgia deteriora la calidad de vida de pacientes y familiares (Neumann & Buskila, 1997). Efectivamente, las personas con fibromialgia refieren una peor calidad de vida que las que sufren otras enfermedades reumatológicas (Bucourt et al., 2021). Incluso comparadas con personas ancianas con incontinencia urinaria, cáncer de próstata o síndrome de inmunodeficiencia adquirida, las pacientes con fibromialgia refieren una mayor interferencia de los síntomas somáticos en su calidad de vida (Schlenk et al., 1998).

En seguimientos de hasta 2-8 años estos síntomas suelen mantenerse estables independientemente del tipo de tratamiento recibido. No obstante, la calidad de vida, la satisfacción con el estado de salud y la situación familiar, pueden mejorar (Baumgartner, Finckh, Cedraschi, & Vischer, 2002; Nöller & Sprott, 2003). Por tanto, es posible suponer que la mejoría de la calidad de vida no dependa indefectiblemente de la mejoría de los síntomas somáticos (Offenbaecher et al., 2021). Por ejemplo, estudios cualitativos de pacientes totalmente recuperadas de la fibromialgia indican que la resistencia al rol de enfermo y a la estigmatización asociada a la fibromialgia promueven un afrontamiento activo que, en vez de basarse en la aceptación resignada de las limitaciones impuestas por la enfermedad y en la adaptación de las actividades al dolor, define el dolor como señal de sobrecarga y adapta los objetivos vitales y las obligaciones cotidianas manteniendo, sin embargo, las aspiraciones y las obligaciones sociales (Menghoel & Heggen, 2009).

Los estudios sobre los determinantes de la calidad de vida en la fibromialgia muestran relaciones complejas entre ellos. Por ejemplo, aunque la capacidad física objetiva no se relaciona directamente con la intensidad del dolor (Soriano-Maldonado, Ortega, & Munguía-Izquierdo, 2015), son las pacientes con una mayor frecuencia de actividad física combinada con una elevada autoeficacia para realizarla las que refieren una mejor calidad de vida (Culos-Reed & Brawley, 2000). Intensidades moderadas o graves del dolor conllevan una peor calidad de vida. Sin embargo, las reducciones del dolor tras un tratamiento farmacológico analgésico son capaces de mejorar la calidad de vida siempre que sean superiores al 25% (Bennett et al., 2005). La autoeficacia (la capacidad percibida para iniciar o mantener acciones específicas) determina el tipo de actividades emprendidas por una persona, el esfuerzo empleado en realizarlas y el nivel de persistencia frente a los obstáculos. Uno de los aspectos más determinantes de la autoeficacia es su influencia en el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas como, por ejemplo, la implicación en el ejercicio físico (Ingram, Sengupta, Standage, Barnett, & Rouse, 2022) (Jones, Burckhardt, & Bennett, 2004).

La sintomatología depresiva y ansiosa se han considerado variables dependientes en algunos estudios. No obstante, otros observan que, como variables independientes, explican hasta el 49% de la variancia de la calidad de vida en la fibromialgia (Fernandez-Feijoo, Samartin-Veiga, & Carrillo-de-la-Peña, 2022), principalmente a través del empeoramiento del dolor, la fatiga y el sueño (Galvez-Sánchez, Montoro, Duschek, & Reyes del Paso, 2020). La ansiedad y la depresión se combinan con la capacidad funcional para empeorar el componente mental de la calidad de vida, pero es la combinación de una baja capacidad funcional y una escasa autoeficacia la que determinan el componente físico (Lee et al., 2017).

En estudios transversales y longitudinales, el catastrofismo (la tendencia a sobrevalorar el carácter nocivo e incapacitante del dolor actual o anticipado) se relaciona con la intensidad del dolor, el malestar afectivo, la incapacidad debida al dolor y la mala respuesta terapéutica (Quartana, Campbell, & Edwards, 2009). Por tanto, el catastrofismo se relaciona negativamente con la calidad de vida de manera directa, e indirectamente como mediador en la influencia negativa del dolor y de la ansiedad en la calidad de vida (Galvez-Sánchez, Montoro, Duschek, & del Paso, 2020). La ansiedad y la depre-



sión también parecen interactuar entre ellas y con el dolor para empeorar la calidad de vida (Galvez-Sánchez, Montoro, Duschek, & Reyes del Paso, 2020), pero la depresión parece tener efectos propios (Tesio et al., 2018) al conllevar un peor cumplimiento terapéutico e incrementar la morbilidad (Ang, Choi, Kroenke, & Wolfe, 2005) mientras que la ansiedad parece tener un efecto negativo específico en la capacidad física (Ozcetin et al., 2007).

Las causas de las que depende el control de los síntomas según el paciente (locus de control de la salud) también han mostrado ser determinantes de la calidad de vida (Agnus Tom, Rajkumar, John, & Joshua George, 2022; van Mierlo et al., 2013). Las personas que consideran que el control del dolor depende de factores externos (profesionales sanitarios, familiares o el azar) refieren un dolor más intenso, una menor capacidad funcional y un mayor consumo de recursos sanitarios (Müßgens et al., 2022; Radat & Koleck, 2011).

Uno de los modelos explicativos de la incapacidad debida al dolor que ha sido más estudiado es el de miedo-evitación (Vlaeyen & Linton, 2000) en el que el miedo a las presuntas consecuencias negativas del dolor (por ejemplo, provocación o agravamiento de una lesión) incrementa la actividad del sistema nervioso autónomo que puede incrementar el dolor y promover la evitación de actividades que, a su vez, refuerzan las creencias negativas sobre el dolor e incrementan la incapacidad causando un empeoramiento de la condición física y la censura de un número creciente de actividades.

Los estudios sobre los determinantes de la calidad de vida en la fibromialgia desde una perspectiva multifactorial observan también una compleja interacción entre la enfermedad y el estilo de vida (Atzeni et al., 2022). La combinación de una mayor carga doméstica (tener más hijos a su cargo), la repercusión negativa de la enfermedad en el entorno familiar, un peor estado de la enfermedad, la comorbilidad psiquiátrica y haber consultado a un mayor número de especialistas explican hasta el 58.7% del impacto de la enfermedad en la calidad de vida (Ubago Linares et al., 2007). Las personas con fibromialgia laboralmente activas refieren una menor afectación física pero una afectación emocional equivalente a las que no están trabajando, pero es el número de consecuencias económicas y sociales negativas que se atribuyen a la enfermedad el que determina el grado de alteración de la calidad de vida.

Desafortunadamente, muchos de los determinantes identificados simplemente indican que la mayor gravedad de la

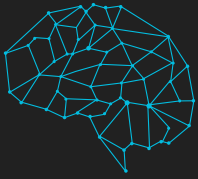
enfermedad conlleva un mayor impacto en la calidad de vida, lo que dificulta la definición de las variables modificables en las que enfocar el tratamiento.

Por consiguiente, y dada la cronicidad de la fibromialgia, la mejoría de la calidad de vida debe ser un objetivo terapéutico prioritario (Balevi Batur & Atan, 2021). La definición de los factores de los que depende esta mejoría es fundamental para guiar el tratamiento. La mayoría de los estudios utilizan diseños transversales y análisis correlacionales, lo que dificulta la definición de las variables que deben ser modificadas para que mejore la calidad de vida. Así, nuestro objetivo fue analizar mediante un diseño longitudinal prospectivo cuáles de las variables clínicas susceptibles de modificación explican la mejoría de la calidad de vida de las pacientes seis meses después de haber realizado un tratamiento multidisciplinar. Teniendo en cuenta los resultados anteriormente descritos, se consideró razonable suponer que la mejoría de la calidad de vida dependería de la reducción de la intensidad del dolor (Bennett et al., 2005), del malestar afectivo (Fernandez-Feijoo et al., 2022; Lee et al., 2017), del catastrofismo (Galvez-Sánchez, Montoro, Duschek, & del Paso, 2020; Quartana et al., 2009), del miedo al dolor y de la evitación de la actividad (Vlaeyen & Linton, 2000) y de la percepción subjetiva de incapacidad funcional (Altintas & Melikoglu, 2022; Gao et al., 2022; Menghoel & Heggen, 2009), combinada con la promoción de creencias de control del dolor mediante recursos propios (Müßgens et al., 2022; Radat & Koleck, 2011) y del aumento de la autoeficacia (Culos-Reed & Brawley, 2000; Jones et al., 2004).

## MÉTODO

### PARTICIPANTES Y PROCEDIMIENTO

Una serie consecutiva de pacientes ambulatorias diagnosticadas de fibromialgia fue derivada para valoración multidisciplinar antes de iniciar un programa de tratamiento. Se incluyeron los casos en los que se confirmó el diagnóstico de fibromialgia según los criterios de la American College of Rheumatology (Wolfe, Smythe, Yunus, Bennett, Bombardier, Goldenberg, et al., 1990). La Unidad de fibromialgia del Hospital Clínic de Barcelona no recibe derivaciones de pacientes menores de 18 años. Aunque en estudios previos se había limitado la edad de inclusión de los participantes a los 65 años, en este trabajo la edad no fue un criterio de exclusión. Se excluyeron aquellos casos en los que se observó riesgo



de suicidio, diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, trastorno grave de la personalidad y/o abuso/dependencia de sustancias. Todos los procedimientos utilizados en las pacientes se realizaron bajo consentimiento informado y con la aprobación del comité de ética del Hospital Clínic de Barcelona.

Las participantes seleccionadas iniciaron un protocolo terapéutico anteriormente descrito, que había resultado efectivo en el tratamiento del dolor crónico (51% de los participantes eran casos de fibromialgia) con tamaños del efecto que oscilaron entre 2.71 (Dolor según Escala Analógica Visual) y 0.71 (Inventario de depresión de Beck) (Collado, Torres, Arias, Ruiz-López, & Muñoz-Gómez, 2004). El programa incluyó 12 sesiones (5 horas/día, 2 días/semana durante 6 semanas) consistentes en educación sobre la fibromialgia, tratamiento farmacológico, terapia cognitivo-conductual, terapia física y terapia ocupacional.

Todas las participantes fueron reevaluadas 6 meses después de finalizar el tratamiento.

## VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

### Variable dependiente

Calidad de vida (Cuestionario de salud SF-36)

El SF-36 fue desarrollado para medir ocho conceptos genéricos relevantes desde el punto de vista del paciente según el Medical Outcomes Study (Stewart & Ware, 1992):

Función Física: Grado en que la salud limita las actividades físicas y los esfuerzos moderados e intensos.

Rol Físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades cotidianas (menor rendimiento que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades).

Dolor Corporal: Intensidad del dolor y su efecto en las tareas domésticas y laborales.

Salud General: Valoración personal de la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

Vitalidad: Energía y vitalidad contrapuesta a la sensación de fatiga.

Función Social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la actividad social.

Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades cotidianas.

Salud Mental: Salud mental general (depresión, ansiedad, control sobre la conducta, control emocional).

La puntuación de los ítems fue estandarizada a fin de permitir comparaciones de resultados entre estudios (Alonso et al., 1998). Las puntuaciones absolutas se transformaron a una escala de 0 a 100.

### Variables independientes

Dolor (Cuestionario de dolor de McGill)

El Cuestionario de dolor de McGill mide aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor (Melzack, 1975) y ha sido validado en español (Lázaro et al., 2001). Está compuesto por 66 descriptores que evalúan cuatro dimensiones del dolor (sensorial, emocional, valorativa y miscelánea sensorial). Dados los problemas de consistencia interna de las subescalas valorativa y miscelánea sensorial (Williams et al., 2004), se decidió utilizar únicamente las puntuaciones de las más homogéneas dimensiones sensorial y emocional del dolor (Salaffi, Sarzi-Puttini, Ciapetti, & Atzeni, 2011).

### Sintomatología depresiva (Inventario de Depresión de Beck (BDI-II))

El BDI-II incluye 21 ítems que evalúan la gravedad de la sintomatología depresiva. El BDI-II en español posee propiedades psicométricas equivalentes a las de la versión original tanto en población general (Sanz, Perdígón, & Vázquez, 2003) como en pacientes con trastornos psicológicos (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortun, & Vázquez, 2005).

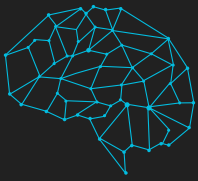
### Sintomatología depresiva y de ansiedad (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS))

Teniendo en cuenta que las puntuaciones del BDI pueden verse afectadas por la presencia de sintomatología somática (Salamero, Gutierrez, & Rebull, 1994), decidimos utilizar la HADS como medida complementaria de depresión y ansiedad. La HADS está formada por 7 ítems que miden sintomatología depresiva y 7 que miden sintomatología ansiosa. La HADS no evalúa síntomas que pudieran ser debidos a una causa física y, por este motivo, se considera especialmente adecuada para poblaciones con enfermedades médicas. La versión en español de la HADS posee propiedades psicométricas adecuadas (Herrero et al., 2003).

### Estilo atribucional (Escala multidimensional de locus de control de la salud-Dolor (EMLC-D))

La versión original de la EMLC-D estaba formada por tres subescalas de seis ítems que definen la tendencia a





considerar el control del dolor dependiente de las propias estrategias de afrontamiento (locus de control interno), o de factores externos (locus de control externo), ya sea el comportamiento de otras personas (locus de control externo-Otros significativos) o de factores azarosos e indefinidos (Locus de control externo-Azar).

La validación española observó que la subescala Locus de control externo-Azar contenía dos factores independientes denominados Suerte y Destino. Por tanto, la solución final del cuestionario en español está formada por cuatro factores (Pastor Mira et al., 1990).

La subescala Destino contiene creencias negativas sobre la posibilidad de remisión del dolor y ha mostrado determinar las probabilidades de reincorporación laboral tras el tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia (Torres et al., 2009).

### **Catastrofismo (Pain Catastrophizing Scale (PCS))**

La PCS incluye 13 ítems que permiten obtener una puntuación global de catastrofismo o las tres dimensiones del constructo (Magnificación, Rumiación e Indefensión). Tanto la versión en catalán como en español han mostrado propiedades psicométricas y una estructura factorial equivalentes a las de la versión original (García Campayo et al., 2008; Miró, Nieto, & Huguet, 2008).

### **Autoeficacia (Escala de autoeficacia en el dolor crónico)**

El Cuestionario de autoeficacia en dolor crónico (Martín-Aragón et al., 1999) está formado por 19 ítems que se agrupan en tres subescalas que evalúan la eficacia percibida para realizar varias actividades físicas y para controlar el dolor y otros síntomas somáticos.

### **Miedo al dolor y a la actividad (Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FAB))**

La versión española del FAB (Kovacs et al., 2006) incluye 16 ítems que se agrupan en dos subescalas (actividad en general y actividad laboral).

### **Incapacidad funcional subjetiva (Health Assessment Questionnaire (HAQ))**

El HAQ evalúa el grado de dificultad percibida para realizar varias actividades cotidianas. La versión española del HAQ ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas (Esteve-Vives, Batlle-Gualda, & Reig, 1993),

### **Procedimiento y análisis estadístico:**

El cambio observado en las variables independientes y en cada área de la calidad de vida de las personas con fibromialgia, se calculó mediante la diferencia entre las puntuaciones previas al tratamiento multidisciplinario y las puntuaciones obtenidas seis meses después de haber finalizado el tratamiento.

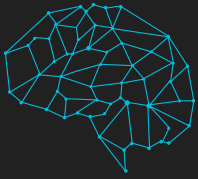
Casi una tercera parte de la muestra presentaba otras patologías reumatológicas (Tabla 1). A fin de descartar la influencia de la comorbilidad en la evolución de la calidad de vida, se realizó un análisis comparativo del cambio en el SF-36 entre el grupo de pacientes con fibromialgia y el grupo con fibromialgia y otra patología reumatológica mediante pruebas no paramétricas de comparación de muestras independientes.

Considerando la elevada covariación de las variables que han demostrado influir en la calidad de vida de la fibromialgia, se realizó un análisis de componentes principales del cambio observado en estas variables seis meses después del tratamiento para agruparlas en factores independientes y minimizar la información redundante. Para seleccionar el menor número posible de variables con saturaciones altas en cada factor y simplificar su interpretación, se aplicó una rotación Varimax. Para mantener la representación de cada una de las variables que demostraran incidir en la calidad de vida, se calcularon los componentes de cada factor en lugar de seleccionar únicamente aquellas variables más representativas.

La influencia de estos factores en la mejoría de la calidad de vida se analizó en dos fases:

En una primera etapa se analizó la linealidad de las relaciones entre las subescalas del SF-36, cada uno de los factores definidos en el análisis de componentes principales y la edad mediante coeficientes de correlación de Pearson. Se decidió incluir la edad como posible variable de confusión ya que algunos estudios sugieren que las personas de 40-59 años refieren dolor en un mayor número de zonas corporales y constituyen una franja de edad de riesgo para el desarrollo de cuadros de dolor crónico de etiología desconocida y peor calidad de vida, especialmente en cuanto a la actividad social (Rustøen et al., 2005).

En un segundo paso, se analizó la influencia de los factores que mostraron una relación lineal con el cambio observado en el SF-36, la edad y sus interacciones mediante un análisis de regresión lineal multivariante. Para no ser



excesivamente estrictos y excluir variables potencialmente determinantes de la mejoría de la calidad de vida, se decidió utilizar una significación de 0.10 como criterio de cribado. Así, aquellas variables que mostraron una correlación con una significación igual o inferior a 0.10 fueron incluidas en el análisis de regresión multivariante. Las interacciones no significativas y las variables de control que no produjeron un cambio superior al 10% en la Beta de las variables predictoras fueron suprimidas del modelo. Se seleccionó el mejor modelo de variables predictoras sobre la base del cambio producido en la proporción de varianza explicada de cada subescala del SF-36.

## RESULTADOS:

La muestra estuvo formada por 40 pacientes (97.5% mujeres) con una edad media de 43.1 (8.8) años, con una fibromialgia de 7.9 (7.1) años de duración. En 2 casos se observaron características de personalidad obsesivo-compulsiva, aunque sin cumplir criterios diagnósticos completos de ninguno de los trastornos de la personalidad. La Tabla 1 muestra el resto de las variables descriptivas demográficas y clínicas.

El análisis de las diferencias en la evolución de la calidad de vida entre los grupos de pacientes con fibromialgia y con otra patología reumatológica comórbida únicamente observó diferencias en el cambio en la subescala de Salud mental. Seis meses después de haber finalizado el tratamiento, el grupo de pacientes con fibromialgia refirió una mejoría significativamente mayor de la salud mental en comparación con el grupo de pacientes con fibromialgia y otra patología dolorosa (Tabla 2).

El análisis de los componentes principales del cambio en las variables independientes observó 7 factores independientes y con consistencia teórica que explicaban el 76.4% de la varianza entre sujetos (Tabla 3):

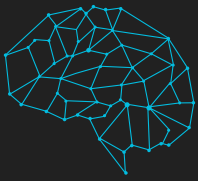
El primer factor estuvo compuesto por el cambio en las tres subescalas del catastrofismo. El segundo factor incluyó el aumento de la sensación de control del dolor mediante recursos propios (locus de control interno) y de la autoeficacia para realizar actividades y controlar el dolor. El tercer factor estuvo formado por la atribución del control del dolor a factores azarosos e indefinidos (subescala Azar del locus de control externo). Las dimensiones sensorial y emocional del dolor saturaron en el cuarto factor. El quinto factor incluyó únicamente la incapacidad funcional (HAQ). El sexto factor

**TABLA 1. Variables demográficas y clínicas (n=40).**

	n (%)
Estado civil	
Casada	32 (80.0%)
Soltera	3 (7.5%)
Separada/Divorciada	4 (10.0%)
Viuda	1 (2.5%)
Nivel educativo	
Estudios primarios	16 (40.0%)
Bachillerato/FP	17 (42.5%)
Estudios universitarios	7 (17.5%)
Profesión	
No especializada	16 (40%)
Especializada	11 (27.5%)
Administrativa	9 (22.5%)
Otros	4 (10.0%)
Diagnóstico médico	
Fibromialgia	11 (27.5%)
Fibromialgia + Otras patologías dolorosas	29 (72.5%)
Diagnóstico psiquiátrico principal	
Sin diagnóstico	13 (32.5%)
Trastorno adaptativo	18 (45.0%)
Trastorno depresivo mayor	4 (10%)
Trastorno distímico	3 (7.5%)
Otros	2 (5.0%)
Diagnóstico psiquiátrico secundario	
Sin diagnóstico secundario	36 (90%)
Trastorno de angustia con o sin agorafobia	4 (10%)
Problemas familiares	
No	21 (52.5%)
Sí	19 (47.5%)
Problemas con el ambiente social	
No	36 (90.0%)
Sí	4 (10.0%)
Problemas laborales	
No	27 (67.5%)
Sí	13 (32.5%)
Problemas económicos	
No	38 (95.0%)
Sí	2 (5.0%)

contuvo el Miedo al dolor y a la actividad general y laboral, y el séptimo factor estuvo compuesto únicamente por el cambio en la atribución del control del dolor al comportamiento ajeno (subescala Otros significativos del locus de control externo).

El análisis de las correlaciones entre las subescalas del SF-36, cada uno de estos factores y la edad observó que todos los factores superaron el criterio de cribado en la relación con el cambio en todas las subescalas del SF-36 excepto las de Dolor corporal y Vitalidad (Tabla 4). La edad, a dife-



La mejoría de la calidad de vida de las personas con fibromialgia ...

T. Rodríguez y cols.

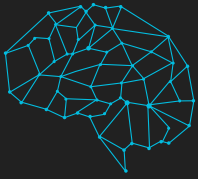
**TABLA 2. Diferencias en la evolución de la calidad de vida entre las pacientes con fibromialgia (FM) y las pacientes con fibromialgia y otras patologías reumatológicas (FM+OPR).**

	Media (d.e.)		U de Mann-Whitney	p
	FM	FM+OPR		
Cambio en la Función física	10.1 (3.2)	4.4 (13.7)	111.5	0.15
Cambio en el Rol físico	6.8 (27.6)	7.1 (22.4)	149.0	0.89
Cambio en el Dolor corporal	1.5 (9.4)	5.3 (12.6)	122.5	0.27
Cambio en la Salud general	3.1 (17.5)	6.1 (13.8)	120.0	0.30
Cambio en la Vitalidad	6.1 (24.3)	9.2 (14.9)	125.5	0.46
Cambio en la Función social	11.4 (27.6)	8.2 (16.1)	137.0	0.51
Cambio en el Rol emocional	30.0 (67.5)	-3.1 (51.5)	94.0	0.17
Cambio en la Salud mental	17.0 (17.9)	1.1 (16.9)	74.0	0.02

**TABLA 3. Matriz de componentes principales del cambio en las variables potencialmente determinantes de la mejoría de la calidad de vida 6 meses después de finalizar el tratamiento multidisciplinar. Rotación Varimax con Kaiser. (BDI-II: Beck Depression Inventory; HADS: Escala hospitalaria de ansiedad y depresión; HAQ: Health Assessment Questionnaire).**

	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
Cambio depresión (BDI-II)	-0,44	-0,37	0,29	-0,35	-0,48	0,02	-0,09
Cambio Locus de control externo (Otros significativos)	-0,06	0,07	0,04	0,13	0,03	0,05	<b>0,92</b>
Cambio Locus de control externo (Azar)	-0,15	-0,02	<b>0,88</b>	0,10	-0,06	0,02	-0,03
Cambio Locus de control externo (Destino)	-0,22	-0,12	0,52	-0,49	-0,18	-0,20	0,15
Cambio Locus de control interno	-0,04	<b>0,75</b>	-0,29	-0,04	0,16	-0,04	0,34
Cambio autoeficacia (Síntomas)	0,51	0,64	-0,20	-0,03	0,18	0,13	0,11
Cambio autoeficacia (Actividades)	-0,26	<b>0,73</b>	-0,01	0,17	0,24	-0,08	-0,34
Cambio autoeficacia (Dolor)	0,27	<b>0,75</b>	0,20	0,16	-0,03	0,03	0,02
Cambio Miedo al dolor y a la actividad (Actividad general)	-0,06	-0,11	-0,23	0,05	-0,01	<b>0,87</b>	0,03
Cambio Miedo al dolor y a la actividad (Actividad laboral)	0,27	0,16	0,32	-0,10	0,05	<b>0,68</b>	0,04
Cambio dimensión sensorial del dolor	-0,02	-0,14	0,36	<b>0,75</b>	-0,09	0,11	0,18
Cambio dimensión emocional del dolor	0,10	0,23	-0,11	<b>0,72</b>	-0,03	-0,17	0,01
Cambio catastrofismo (Indefensión)	<b>0,77</b>	0,15	-0,06	0,26	0,15	0,26	-0,04
Cambio catastrofismo (Magnificación)	<b>0,68</b>	0,14	-0,38	0,04	-0,30	-0,04	-0,22
Cambio catastrofismo (Rumiación)	<b>0,84</b>	-0,07	-0,01	-0,04	0,16	-0,03	0,02
Cambio depresión (HADS)	0,26	0,44	-0,39	0,23	0,58	0,17	-0,15
Cambio ansiedad (HADS)	0,45	0,32	-0,28	0,43	0,13	0,09	0,26
Cambio incapacidad funcional (HAQ)	0,07	0,12	-0,01	-0,12	<b>0,91</b>	0,00	0,05





**TABLA 4. Coeficientes de correlación de Pearson entre el cambio observado en las subescalas de calidad de vida, la edad y cada factor definido en el análisis de componentes principales. (Negrita y sombreado: variables seleccionadas para el análisis de regresión multivariante).**

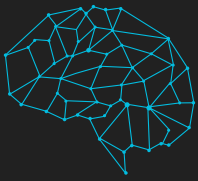
	Edad	Factor 1 (Catastrofismo)	Factor 2 (Locus de control interno y autoeficacia)	Factor 3 (Locus de control externo - azar)	Factor 4 (Dolor)	Factor 5 (Incapacidad funcional)	Factor 6 (Miedo al dolor y evitación de la actividad)	Factor 7 (Locus de control externo - otros significativos)
Cambio en Función Física	-0.02 (p=0.91)	0.17 (p=0.30)	0.12 (p=0.47)	-0.03 (p=0.85)	-0.14 (p=0.40)	<b>0.31</b> (p=0.05)	<b>0.27</b> (p=0.09)	<b>-0.30</b> (p=0.06)
Cambio en Rol Físico	0.00 (p=0.99)	0.10 (p=0.56)	<b>0.32</b> (p=0.04)	<b>-0.42</b> (p=0.01)	0.21 (p=0.19)	-0.14 (p=0.39)	0.23 (p=0.15)	0.12 (p=0.46)
Cambio en Dolor corporal	-0.08 (p=0.61)	-0.06 (p=0.69)	0.21 (p=0.20)	0.04 (p=0.82)	0.24 (p=0.13)	-0.16 (p=0.32)	-0.08 (p=0.62)	0.09 (p=0.57)
Cambio en Salud general	-0.05 (p=0.79)	0.20 (p=0.23)	<b>0.44</b> (p=0.01)	-0.17 (p=0.29)	<b>0.28</b> (p=0.09)	0.13 (p=0.42)	-0.12 (p=0.48)	<b>0.27</b> (p=0.10)
Cambio en Vitalidad	0.11 (p=0.50)	-0.06 (p=0.72)	-0.02 (p=0.93)	-0.06 (p=0.71)	0.06 (p=0.72)	0.14 (p=0.42)	0.11 (p=0.50)	-0.04 (p=0.80)
Cambio en Función Social	0.07 (p=0.69)	<b>0.27</b> (p=0.09)	<b>0.30</b> (p=0.06)	<b>-0.45</b> (p=0.004)	-0.08 (p=0.63)	<b>0.37</b> (p=0.02)	0.02 (p=0.91)	<b>0.30</b> (p=0.06)
Cambio en Rol Emocional	0.18 (p=0.30)	<b>0.27</b> (p=0.10)	0.06 (p=0.72)	-0.14 (p=0.42)	<b>-0.28</b> (p=0.10)	<b>0.47</b> (p=0.003)	0.11 (p=0.51)	-0.12 (p=0.49)
Cambio en Salud Mental	0.11 (p=0.49)	<b>0.48</b> (p=0.002)	-0.05 (p=0.75)	-0.17 (p=0.32)	-0.05 (p=0.76)	<b>0.31</b> (p=0.06)	0.25 (p=0.12)	-0.05 (p=0.78)

rencia de estudios previos, no mostró ninguna relación con el cambio observado en las subescalas de calidad de vida. Se observaron relaciones lineales entre:

- La mejoría de la Función física y el aumento de la capacidad funcional subjetiva (factor 5) y la reducción del miedo al dolor y a la actividad (factor 6) y de la dependencia del control del dolor de otros significativos (factor 7).
- La mejoría de la interferencia del dolor en la actividad (Rol físico) se relacionó con el aumento de la sensación de control del dolor mediante recursos propios y de la autoeficacia (factor 2).
- Las mismas variables, junto a la reducción del dolor (factor 4) determinaron la mejoría de la Salud general.
- La función social mejoró con la reducción del catastrofismo (factor 1) y de la dependencia del control del dolor de otros significativos (factor 7), así como con el aumento del control interno del dolor y la autoeficacia (factor 2), y la mejoría de la capacidad funcional (factor 5).
- La interferencia de la salud en el estado emocional y la salud mental en general se relacionaron principalmente con la reducción del catastrofismo (factor 1) y de la incapacidad funcional (factor 5).

El análisis de regresión multivariante (Tabla 5) mostró que la mejoría de la calidad de vida de las pacientes seis meses después del tratamiento multidisciplinar dependió más del aumento del afrontamiento activo basado en recursos propios que de la reducción de los síntomas somáticos. En concreto:

- La reducción del grado en que la salud limita las actividades físicas y los esfuerzos moderados e intensos (Función Física) dependió de la reducción de la creencia de que la mejoría del dolor depende principalmente de los demás (profesionales sanitarios y familiares) y del incremento de la capacidad funcional subjetiva.
- La reducción del grado en que la salud física conlleva un menor rendimiento que el deseado (Rol Físico) dependió del incremento de la creencia de que la mejoría del dolor depende de la aplicación de recursos propios y de una mayor autoeficacia para realizar actividades cotidianas y para controlar el dolor, y de la reducción de la creencia de que la mejoría del dolor depende de circunstancias azarosas.
- La mejoría en la percepción de salud general dependió del incremento de la creencia de que la mejoría del dolor depende de la aplicación de recursos propios y una mayor autoeficacia.



**TABLA 5. Análisis de regresión multivariante del cambio en las subescalas del SF-36 seis meses después del tratamiento multidisciplinar.**

Modelo	R2 corregida	F	p	Beta	t	p
Función física	0.15	4.33	0.02			
Incapacidad funcional				0.31	2.12	0.04
Locus control externo-Otros				-0.30	-2.04	0.05
Rol físico	0.24	7.14	0.002			
Locus control interno y autoeficacia				0.33	2.31	0.03
Locus control externo-Azar				-0.42	-3.00	0.005
Salud general	0.17	8.65	0.006			
Locus control interno y autoeficacia				0.44	2.94	0.006
Función social	0.53	9.67	<0.001			
Locus control externo-Azar				-0.45	-4.06	<0.001
Incapacidad funcional				0.37	3.33	0.002
Locus control interno y autoeficacia				0.30	2.76	0.009
Locus control externo-Otros				0.30	2.68	0.01
Catastrofismo				0.27	2.43	0.02
Rol emocional	0.27	7.79	0.002			
Incapacidad funcional				0.49	3.43	0.002
Dolor				-0.30	-2.10	0.04
Salud mental	0.21	11.02	0.002			
Catastrofismo				0.48	3.32	0.002

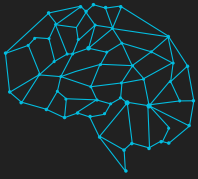
- d. La reducción del grado en que la salud interfiere en la vida social dependió de la mejoría en todos los factores evaluados excepto la reducción del dolor y la reducción del miedo a las actividades.
- e. La reducción de la interferencia de los problemas emocionales en las actividades cotidianas (Rol emocional) dependió de la mejoría del dolor y del incremento de la capacidad funcional subjetiva.
- f. En la evaluación de la mejoría en la subescala Salud Mental del SF-36 se incluyó en un primer paso las interacciones entre el catastrofismo y la capacidad funcional, y la presencia de otra patología reumatológica ya que en el análisis preliminar se había observado una menor mejoría en esta subescala en el grupo con fibromialgia y otra patología reumatológica. Ninguna de estas interacciones mostró un efecto significativo (Catastrofismo x Grupo diagnóstico:  $t = 0.79$ ,  $p = 0.43$ ), (Capacidad funcional x Grupo diagnóstico:  $t = -0.88$ ,  $p = 0.39$ ). El mejor modelo explicativo de la mejoría de la salud mental dependió de la reducción del catastrofismo.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos sugieren que la mejoría de la calidad de vida de las personas con fibromialgia tras tratamiento multidisciplinario depende principalmente de la promoción de

las creencias favorables a la posibilidad de disminuir el dolor mediante recursos propios y de un afrontamiento activo que conlleve un incremento de la capacidad funcional subjetiva. En concreto, la mejoría de la capacidad funcional subjetiva participó en la explicación de la mejoría en la Función física, la Función social y el Rol emocional. Es decir, la percepción subjetiva de una mayor capacidad funcional mejoró el grado en que la salud y los problemas emocionales limitaban las actividades físicas, las actividades cotidianas y la vida social. Es especialmente interesante que la capacidad funcional medida con el HAQ se refiera a actividades que requieren un esfuerzo físico moderado-bajo, porque podría contribuir a explicar los ingredientes activos de los programas de ejercicio físico. Efectivamente, más allá de la mera capacidad física objetiva (Ayán et al., 2007), estos programas también ejercerían su efecto beneficioso al aumentar la autoeficacia (Culos-Reed & Brawley, 2000).

En el caso de la Función física, la reducción de la limitación en las actividades físicas dependió también de la reducción de la atribución del control del dolor al comportamiento de los demás (profesionales sanitarios, familia y



entorno social). Parece, por tanto, que confiar exclusivamente en la ayuda del entorno, probablemente en detrimento de las estrategias de afrontamiento basadas en el propio comportamiento, podría ser perjudicial para la recuperación de la capacidad de realizar actividades cotidianas. No obstante, el Locus de control externo-Otros significativos explicó con signo positivo la mejoría de la Función social. Así, delegar menos el control del dolor en los demás reduciría la limitación para las actividades, pero el aumento de esta creencia facilitaría que el dolor interfiriera menos en la vida social. Desde el punto de vista terapéutico parece que el tratamiento de la fibromialgia se beneficiaría de la promoción de actividades físicas disminuyendo progresivamente la asistencia de los próximos, mientras que la mejoría de la vida familiar y social requeriría promover la comprensión y ayuda por parte del entorno.

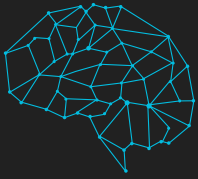
El segundo factor más determinante de la mejoría de la calidad de vida contuvo el aumento de la capacidad para controlar el dolor mediante recursos propios (locus de control interno y subescala Control del dolor de la autoeficacia) y para realizar actividades (subescala Actividades de la autoeficacia). Este factor explica la mejoría en el rendimiento físico y en la limitación del tipo de actividades realizadas (Rol físico), así como la reducción de la interferencia de la salud en la vida social (Función social). Asimismo, es el único factor que explicó la mejoría de la percepción de salud actual y futura (Salud general). Estudios previos ya habían observado la influencia de la autoeficacia en el grado de incapacidad debido al dolor (Arnstein, 2000), la relación entre el locus de control interno y el beneficio terapéutico a corto y largo plazo (Haldorsen et al., 1998; Härkäpää et al., 1991), y la relación entre las dos variables (Cross, March, Lapsley, Byrne, & Brooks, 2006). El locus de control se ha utilizado de manera indistinta con la autoeficacia y algunos autores sugieren que con la autoestima y el neuroticismo forman un mismo concepto de primer orden (Judge, Erez, Bono, & Thoresen, 2002). Otros, sin embargo, puntualizan que la autoeficacia sería una evaluación previa a la conducta (la capacidad percibida para iniciar y mantener acciones de manera competente y efectiva), mientras que el locus de control sería una evaluación a posteriori, relacionada con la probabilidad de cambiar un comportamiento tras un reforzamiento contingente (Bandura, 1997). En consecuencia, se trataría de dos constructos diferentes que requerirían intervenciones terapéuticas distintas (Strauser, Ketz, & Keim, 2002).

La subescala Actividades del cuestionario de autoeficacia evalúa la capacidad percibida para realizar cuatro actividades de una exigencia física moderada (caminar 1 km, levantar 5 kg. de peso, realizar la actividad doméstica e ir a comprar), una relacionada con el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas (realizar un programa de ejercicio en casa) y una con la actividad social. Es razonable que la mejoría en esta subescala y en la autoeficacia para controlar el dolor mediante recursos propios determinen la reducción de la interferencia de la salud en uno de los aspectos que la fibromialgia restringe en sus fases más iniciales, la vida social (van Houdenhove, Neerinckx, Ongheena, Lysens, & Vertommen, 2001). Finalmente, es igualmente comprensible que el incremento del control del dolor por medios propios y la percepción de una mayor capacidad para realizar actividades no sólo mejore la salud actual, sino también la resistencia percibida a enfermar (Salud general del SF-36).

La mejoría del Rol físico dependió tanto del aumento de la capacidad para disminuir el dolor mediante recursos propios y para realizar actividades a pesar del dolor, como de la reducción de la creencia que el control del dolor depende de circunstancias azarosas e imprevisibles. El Rol físico mide la reducción del tiempo dedicado a las actividades cotidianas, el rendimiento y la dificultad para realizarlas. Es razonable que tanto la voluntad de arriesgarse a realizar actividades a pesar del dolor como la constatación de ser capaz de realizarlas aumenten tanto con la percepción de ser capaz de controlar el dolor por medios propios como con la reducción de la creencia de que el dolor depende de circunstancias imprevisibles.

Desde el punto de vista clínico es interesante que la mejoría de la Salud Mental fuera explicada únicamente por la reducción del catastrofismo. El catastrofismo conlleva creencias de indefensión y se relaciona con el malestar afectivo, incluido el riesgo de suicidio (Quartana et al., 2009; Racine, 2018). Por consiguiente, las personas con fibromialgia que presenten una afectación más grave del estado de ánimo podrían requerir una mayor focalización en la modificación de las cogniciones catastrofistas, probablemente antes de iniciar un tratamiento multidisciplinar.

El modelo explicativo de la mejoría en la Función social fue especialmente satisfactorio ya que explicó más del 50% de la varianza. El complejo modelo final estuvo integrado por 5 de los 7 factores que había definido el análisis de



componentes principales. Es destacable que la reducción del dolor no explicara la mejoría en la Función social. Parece que lo más relevante para que las personas con dolor consigan llevar una vida más cercana a sus aspiraciones no es la reducción de los síntomas, sino la modificación de su interpretación y su afrontamiento. De hecho, ninguno de los factores pudo explicar los cambios en el Dolor o en la Vitalidad (que básicamente mide la presencia de fatiga). Por tanto, los resultados obtenidos sugieren que los cambios en los principales síntomas de la fibromialgia no dependen de ninguna de las variables evaluadas.

Ninguna de las medidas de ansiedad y depresión saturó de manera específica en ningún factor, lo que sugiere un efecto difuso que podría participar en varios de los efectos observados. Una posible explicación sería que tanto la subescala Destino del locus de control (equivalente al componente de indefensión de la depresión) como el catastrofismo (que, como ya se dijo, se relaciona sólidamente con el malestar afectivo) sean los componentes de la sintomatología depresiva y ansiosa que se relacionan específicamente con la calidad de vida de las personas con fibromialgia en detrimento de un efecto más difuso de la depresión y la ansiedad evaluadas de una manera más general.

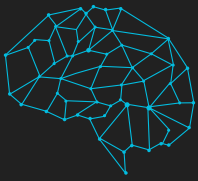
El miedo al dolor y a la actividad no explicó la mejoría de la calidad de vida. Las puntuaciones medias de nuestras pacientes fueron menores que en otros síndromes dolorosos como la lumbalgia crónica o la artrosis (Roelofs et al., 2007), lo que podría haber reducido su relevancia, al menos en la muestra estudiada.

La edad ha mostrado conllevar una peor calidad de vida en los grupos de mediana edad (40-59 años) especialmente en cuanto a la actividad social (Rustøen et al., 2005). En nuestro estudio no se observó un efecto de la edad en el cambio de la calidad de vida tras el tratamiento multidisciplinar. Por consiguiente, no sería adecuado considerar la edad como criterio de idoneidad para el tratamiento multidisciplinar de la fibromialgia.

Los modelos definidos apuntan de manera consistente a la idea general de que la mejoría de la calidad de vida de las personas con fibromialgia tras tratamiento multidisciplinar depende de la promoción de creencias favorables a la posibilidad de disminuir el dolor mediante recursos propios, del afrontamiento activo y de la promoción de la capacidad funcional subjetiva. Sin embargo, en la mayoría de los modelos la proporción de varianza explicada fue modesta.

Una posible explicación es que solamente incluyéramos las variables susceptibles de modificación mediante tratamiento psicológico y que, por tanto, no se incluyeran variables importantes. Por ejemplo, el neuroticismo y la alexitimia explican hasta el 44% de la varianza de la calidad de vida en síndromes dolorosos como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn una vez controlado el género, la edad y la intensidad de la sintomatología (Boye et al., 2009). Otras variables no incluidas, como la obesidad, se han relacionado negativamente con la calidad de vida de la fibromialgia (D'Onghia et al., 2021). Finalmente, tampoco evaluamos los cambios en el patrón de actividad ni en la responsabilidad excesiva. Es razonable que estudios futuros evalúen la influencia de la modificación de estas variables en la calidad de vida de la fibromialgia en muestras más amplias. El limitado tamaño de la muestra y las elevadas desviaciones estándar de las medias del cambio también puede haber contribuido a que en algunas comparaciones (por ejemplo, el grado de mejoría entre pacientes con fibromialgia y con otras patologías reumatológicas en el estado emocional) no se dispusiera de la potencia suficiente para detectar la significación estadística.

Otra limitación de este estudio se relaciona con la no inclusión del tratamiento farmacológico recibido por los pacientes. Revisiones en otros contextos sanitarios observan que no es infrecuente que las personas con fibromialgia reciban tratamientos farmacológicos no recomendados por las guías internacionales, combinaciones no testadas de fármacos o dosis inferiores a las recomendadas (Liu, Qian, & Yang, 2016), lo que podría explicar las dificultades para relacionar de manera consistente el tratamiento farmacológico y la mejoría de la calidad de vida. Por ejemplo, algunos estudios sugieren que la amitriptilina, pero no la duloxetina o la pregabalina, mejora específicamente la calidad de vida (Farag et al., 2022) mientras que otros observan que los antidepresivos son capaces de mejorar la calidad de vida a corto y medio plazo aunque de manera clínicamente no significativa (Mascarenhas et al., 2021) y aún otros, que el tratamiento mediante la combinación tres o más tipos de fármacos conlleva una calidad de vida algo peor que la monoterapia (Fernandez-Feijoo et al., 2022). Es recomendable que futuros estudios incluyan la evaluación detallada de la influencia del tratamiento farmacológico adecuadamente administrado en la calidad de vida de la fibromialgia.



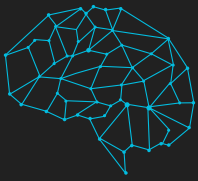
## CONCLUSIONES:

A pesar de todas las limitaciones señaladas, nuestro estudio longitudinal prospectivo permitió definir varios de los factores modificables de los que depende la mejoría de la calidad de vida en la fibromialgia. Los resultados obtenidos apuntan a la necesidad de promover creencias de control del dolor, de incrementar la autoeficacia y definen el efecto a la vez negativo y positivo de la ayuda externa. Por consiguiente, pueden contribuir a diseñar tratamientos psicológicos más específicos para una enfermedad que, más de cien años después de su descripción, sigue carente de un abordaje terapéutico satisfactorio (Mascarenhas et al., 2021).

## BIBLIOGRAFÍA

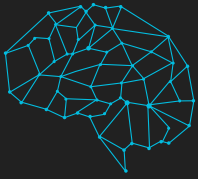
1. Agnus Tom, A., Rajkumar, E., John, R., & Joshua George, A. (2022). Determinants of quality of life in individuals with chronic low back pain: a systematic review. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 10(1), 124–144.
2. Alonso, J., Prieto, L., Ferrer, M., Vilagut, G., Broquetas, J. M., Roca, J., Batlle, J., Anto, J. M. (1998). Testing the measurement properties of the Spanish version of the SF-36 Health Survey among male patients with chronic obstructive pulmonary disease. Quality of Life in COPD Study Group. *J.Clin. Epidemiol.*, Vol. 51, pp. 1087–1094.
3. Altintas, D., & Melikoglu, M. A. (2022). The frequency of fibromyalgia in familial Mediterranean fever and its impact on the quality of life. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 25(10), 1123–1128.
4. Ang, D. C., Choi, H., Kroenke, K., & Wolfe, F. (2005). Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 32(6), 1013–1019.
5. Arnstein, P. (2000). The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disability and Rehabilitation*, Vol. 22, pp. 794–801.
6. Atzeni, F., Alciati, A., Bazzichi, L., Govoni, M., Biasi, G., di Franco, M., et al. (2022). Sociodemographic factors in fibromyalgia: results from the Italian Fibromyalgia Registry. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 40(6), 1183–1188.
7. Ayán, C., Martín, V., Alonso-Cortés, B., Álvarez, M. J., Valencia, M., & Barrientos, M. J. (2007). Relationship between aerobic fitness and quality of life in female fibromyalgia patients. *Clinical Rehabilitation*, 21(12), 1109–1113.
8. Balevi Batur, E., & Atan, T. (2021). Neural therapy for fibromyalgia: Myth or improving quality of life? *International Journal of Clinical Practice*, 75(4), e13719.
9. Bandura Albert. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
10. Baumgartner, E., Finckh, A., Cedraschi, C., & Vischer, T. L. (2002). A six year prospective study of a cohort of patients with fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 61(7), 644–645.
11. Bennett, R. M., Schein, J., Kosinski, M. R., Hewitt, D. J., Jordan, D. M., & Rosenthal, N. R. (2005). Impact of fibromyalgia pain on health-related quality of life before and after treatment with tramadol/acetaminophen. *Arthritis Care and Research*, 53(4), 519–527.
12. Boye, B., Lundin, K. E. A., Leganger, S., Mogleby, K., Jantschek, G., Jantschek, I., Jahnsen, J. (2008). The INSPIRE study: Do personality traits predict general quality of life (Short form-36) in distressed patients with ulcerative colitis and Crohn's disease? *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 43(12), 1505–1513.
13. Bucourt, E., Martailé, V., Goupille, P., Joncker-Vannier, I., Huttenberger, B., Réveillère, C. et al. (2021). A Comparative Study of Fibromyalgia, Rheumatoid Arthritis, Spondyloarthritis, and Sjögren's Syndrome; Impact of the Disease on Quality of Life, Psychological Adjustment, and Use of Coping Strategies. *Pain Medicine*, 22(2), 372–381.
14. Burgmer, M., Petzke, F., Giesecke, T., Gaubitz, M., Heuft, G., & Pfeleiderer, B. (2011). Cerebral activation and catastrophizing during pain anticipation in patients with fibromyalgia. *Psychosomatic Medicine*, 73(9), 751–759.
15. Collado, A., Torres, X., Arias, A., Ruiz-López, R., & Muñoz-Gómez, J. (2004). Tratamiento multidisciplinar en pacientes con dolor crónico en situación de baja laboral. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 11(4), 203–209.
16. Collado, A., Gomez, E., Coscolla, R., Sunyol, R., Solé, E., Rivera, J., et al. (2014). Work, family and social environment in patients with Fibromyalgia in Spain: An epidemiological study: EPIFFAC study. *BMC Health Services Research*, 14, 513.
17. Cross, M. J., March, L. M., Lapsley, H. M., Byrne, E., & Brooks, P. M. (2006). Patient self-efficacy and health locus of control: Relationships with health status and arthritis-related expenditure. *Rheumatology*, 45(1), 92–96.
18. Culos-Reed, S. N., & Brawley, L. R. (2000). Fibromyalgia, physical activity, and daily functioning: The importance of efficacy and health-related quality of life. *Arthritis Care and Research*, 13(6), 343–351.
19. D'Onghia, M., Ciaffi, J., Lisi, L., Mancarella, L., Ricci, S., Stefanelli, N., et al. (2021). Fibromyalgia and obesity: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 51(2), 409–424.
20. Esteve-Vives, J., Batlle-Gualda, E., & Reig, A. (1993). Spanish version of the Health Assessment Questionnaire: reliability, validity and transcultural equivalency. Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española. *The Journal of Rheumatology*, 20(12), 2116–2122.
21. Farag, H. M., Yunusa, I., Goswami, H., Sultan, I., Doucette, J. A., & Eguale, T. (2022). Comparison of Amitriptyline and US Food and Drug Administration-Approved Treatments for Fibromyalgia: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 5(5), e2212939–e2212939.
22. Fernandez-Feijoo, F., Samartin-Veiga, N., & Carrillo-de-la-Peña, M. T. (2022). Quality of life in patients with fibromyalgia: Contributions of disease symptoms, lifestyle and multi-medication. *Frontiers in Psychology*, 13, 924405.
23. Galambos, A., Szabó, E., Nagy, Z., Édes, A. E., Kocsal, N., Juhász, G., & Kökönyei, G. (2019). A systematic review of structural and functional MRI studies on pain catastrophizing. *Journal of Pain Research*, 12, 1155–1178.
24. Galvez-Sánchez, C. M., Montoro, C. I., Duschek, S., & del Paso, G. A. R. (2020). Pain catastrophizing mediates the negative influence of pain and trait-anxiety on health-related quality of life in fibromyalgia. *Quality of Life Research*, 29(7), 1871–1881.
25. Galvez-Sánchez, C. M., Montoro, C. I., Duschek, S., & Reyes del Paso, G. A. (2020). Depression and trait-anxiety mediate the influence of clinical pain on health-related quality of life in fibromyalgia. *Journal of Affective Disorders*, 265, 486–495.
26. Gao, C., Zhong, H., Chen, L., Wang, L., Yao, H., Huang, X., et al. (2022). Clinical and psychological assessment of patients with rheumatoid arthritis and fibromyalgia: a real-world study. *Clinical Rheumatology*, 41(4), 1235–1240.
27. García Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradie, N., Montero, J., & Moreno, S. (2008). [Validation of the Spanish version of the Pain Catastrophizing Scale in fibromyalgia]. *Medicina Clínica*, 131(13), 487–492.





28. Gracely, R. H., Geisser, M. E., Giesecke, T., Grant, M. A. B., Petzke, F., Williams, D. A., & Clauw, D. J. (2004). Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain*, Vol. 127, pp. 835–843.
29. Haldorsen, H. E. M., Indahl, A., Ursin, H., Haldorsen, E. M., Indahl, A., Ursin, H., & Waddell, G. (1998). Patients with low back pain not returning to work - A 12-month follow-up study. *Spine*, 23(11), 1202–1207.
30. Härköpää, K., Järvikoski, A., Mellin, G., Hurri, H., Luoma, J., Harkapaa, K., et al. (1991). Health Locus of Control Beliefs and Psychological Distress As Predictors for Treatment Outcome in Low-Back-Pain Patients: Results of A 3-Month Follow-Up of A Controlled Intervention Study. *Pain*, 46(1), 35–41.
31. Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., de Pablo, J., Pintor, L., Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen.Hosp.Psychiatry*, 25(4), 277–283.
32. Ingram, T., Sengupta, R., Standage, M., Barnett, R., & Rouse, P. (2022). Correlates of physical activity in adults with spondyloarthritis and rheumatoid arthritis: a systematic review. *Rheumatology International*, 42(10), 1693–1713.
33. Jones, K. D., Burckhardt, C. S., & Bennett, J. A. (2004). Motivational interviewing may encourage exercise in persons with fibromyalgia by enhancing self efficacy. *Arthritis and Rheumatism*, 51(5), 864–867.
34. Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(3), 693–710.
35. Kovacs, F. M., Muriel, A., Medina, J. M., Abraira, V., Castillo Sánchez, M. D., Jaúregui, J. O., et al. (2006). Psychometric characteristics of the Spanish version of the FAB questionnaire. *Spine*, 31(1), 104–110.
36. Lázaro, C., Caseras, X., Whizar-Lugo, V. M., Wenk, R., Baldoiceda, F., Bernal, R., et al. (2001). Psychometric properties of a Spanish version of the McGill Pain Questionnaire in several Spanish-speaking countries. *The Clinical Journal of Pain*, 17(4), 365–374.
37. Lee, J. W., Lee, K. E., Park, D. J., Kim, S. H., Nah, S. S., Lee, J. H., et al. (2017). Determinants of quality of life in patients with fibromyalgia: A structural equation modeling approach. *PLoS One*, 12(2), e0171186.
38. Liu, Y., Qian, C., & Yang, M. (2016). Treatment patterns associated with ACR-recommended medications in the management of fibromyalgia in the United States. *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy*, 22(3), 263–271.
39. Martín-Aragón, M., Pastor-Mira, M. Á., Rodríguez, J., March, M. J., Lledó, A., López, S., & Terol, M. C. (1999). Percepción de autoeficacia en dolor crónico. Adaptación y validación de la chronic pain self-efficacy scale. *Revista de Psicología de La Salud*, 11(1), 51–75.
40. Mascarenhas, R. O., Souza, M. B., Oliveira, M. X., Lacerda, A. C., Mendonça, V. A., Henschke, N., & Oliveira, V. C. (2021a). Association of Therapies With Reduced Pain and Improved Quality of Life in Patients With Fibromyalgia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 181(1), 104–112.
41. Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277–299.
42. Menghoel, A. M., & Heggen, K. (2009). Recovery from fibromyalgia – previous patients' own experiences. *Disability and Rehabilitation*, 26(1), 46–53.
43. Miró, J., Nieto, R., & Huguet, A. (2008). The Catalan version of the Pain Catastrophizing Scale: a useful instrument to assess catastrophic thinking in whiplash patients. *The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*, 9(5), 397–406.
44. Müßgens, D., Burgard, L. C., Kleine-Borgmann, J., Frettlöh, J., Sorgatz, H., & Bingel, U. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on patients with chronic pain in Germany: Associations with expectations and control beliefs. *European Journal of Pain (London, England)*, 26(6), 1343–1354.
45. Neumann, L., & Buskila, D. (1997). Quality of life and physical functioning of relatives of fibromyalgia patients. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 26(6), 834–839.
46. Nöller, V., & Sprött, H. (2003). Prospective Epidemiological Observations on the Course of the Disease in Fibromyalgia Patients. *Journal of Negative Results in Biomedicine*, 2, 4.
47. Offenbaecher, M., Kohls, N., Ewert, T., Sigl, C., Hieblinger, R., Toussaint, L. L., et al. (2021). Pain is not the major determinant of quality of life in fibromyalgia: results from a retrospective "real world" data analysis of fibromyalgia patients. *Rheumatology International* 2021, 41(11), 1995–2006.
48. Ozcetin, A., Ataoglu, S., Kocer, E., Yazici, S., Yildiz, O., Ataoglu, A., & Icmeli, C. (2007). Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome. *The West Indian Medical Journal*, 56(2), 122–129.
49. Pastor Mira, M. Á., López Roig, S., Rodríguez Marín, J., Sánchez, S., Salas, E., & Pascual, E. (1990). Expectativas de control sobre la experiencia de dolor: adaptación y análisis preliminar de la Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 2(1-2), 91–111.
50. Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother*, 9(5), 745–758.
51. Racine, M. (2018). Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87, 269–280.
52. Radat, F., & Koleck, M. (2011). Douleur et dépression : les médiateurs cognitifs et comportementaux d'une association très fréquente. *L'Encéphale*, 37(3), 172–179.
53. Roelofs, J., Sluiter, J. K., Frings-Dresen, M. H. W., Goossens, M., Thibault, P., Boersma, K., & Vlaeyen, J. W. S. (2007). Fear of movement and (re)injury in chronic musculoskeletal pain: Evidence for an invariant two-factor model of the Tampa Scale for Kinesiophobia across pain diagnoses and Dutch, Swedish, and Canadian samples. *Pain*, 131(1–2), 181–190.
54. Rustøen, T., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., Lerdal, A., Paul, S., & Miaskowski, C. (2005). Age and the experience of chronic pain: differences in health and quality of life among younger, middle-aged, and older adults. *The Clinical Journal of Pain*, 21(6), 513–523.
55. Salaffi, F., Sarzi-Puttini, P., Ciapetti, A., & Atzeni, F. (2011). Clinimetric evaluations of patients with chronic widespread pain. *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology*, 25(2), 249–270.
56. Salamero, M., Gutierrez, F., & Rebull, E. (1994). Factorial study of the BDI in pregnant women. *Psychological Medicine*, 24(4), 1031–1035.
57. Sanz, J., Garcia-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortun, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121–142.
58. Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249–280.
59. Schlenk, E. A., Erlen, J. A., Dunbar-Jacob, J., McDowell, J., Engberg, S., Se-reika, S. M., et al. (1998). Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 7(1), 57–65.





60. Soriano-Maldonado, A., Ortega, F. B., & Munguía-Izquierdo, D. (2015). Association of cardiorespiratory fitness with pressure pain sensitivity and clinical pain in women with fibromyalgia. *Rheumatology International*, 35(5), 899–904.
61. Stewart, A. L., & Ware, J. E. (1992). *Measuring functioning and well-being: the medical outcomes study approach*. A. L. Stewart & J. E. Ware, Eds.). Durham: Duke University Press.
62. Strauser, D. R., Ketz, K., & Keim, J. (2002). The relationship between self-efficacy, locus of control and work personality. *Journal of Rehabilitation*, 68(1), 20–26.
63. Tesio, V., di Tella, M., Ghiggia, A., Romeo, A., Colonna, F., Fusaro, E., et al. (2018). Alexithymia and depression affect quality of life in patients with chronic pain: A study on 205 patients with fibromyalgia. *Frontiers in Psychology*, 9, 442.
64. Torres, X., Collado, A., Arias, A., Peri, J. M., Bailles, E., Salameró, M., & Valdés, M. (2009). Pain locus of control predicts return to work among Spanish fibromyalgia patients after completion of a multidisciplinary pain program. *General Hospital Psychiatry*, 31(2), 137–145.
65. Ubago Linares, M. del C., Ruiz-Pérez, I., Bermejo Pérez, M. J., Olry de Labry-Lima, A., Hernández-Torres, E., & Plazaola-Castaño, J. (2007). Analysis of the impact of fibromyalgia on quality of life: associated factors. *Clinical Rheumatology*, 27(5), 613–619.
66. van Houdenhove, B., Neerinx, E., Onghena, P., Lysens, R., & Vertommen, H. (2001). Premorbid "overactive" lifestyle in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. An etiological factor or proof of good citizenship? *J.Psychosom. Res.*, 51(4), 571–576.
67. van Mierlo, M. L., Schröder, C., van Heugten, C. M., Post, M. W. M., de Kort, P. L. M., & Visser-Meily, J. M. A. (2013). The Influence of Psychological Factors on Health-Related Quality of Life after Stroke: A Systematic Review. *International Journal of Stroke*, 9(3), 341–348.
68. Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317–332.
69. Williams, D. A., Gendreau, M., Hufford, M. R., Groner, K., Gracely, R. H., & Clauw, D. J. (2004). Pain assessment in patients with fibromyalgia syndrome: A consideration of methods for clinical trials. *Clinical Journal of Pain*, 20(5), 348–356.
70. Williams, D. A., & Gracely, R. H. (2006). Biology and therapy of fibromyalgia. Functional magnetic resonance imaging findings in fibromyalgia. *Arthritis Research & Therapy*, 8(6), 224.
71. 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(2), 160–172.