

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Assessment of quality of life related to health in patients with fibromyalgia

Artigo Original

RESUMEN

Objetivos: Determinar el impacto que la fibromialgia tiene sobre la calidad de vida; comparar la calidad de vida de pacientes fibromiálgicos con la población española sana; y conocer la correlación y sensibilidad de dos instrumentos de calidad de vida en la fibromialgia. **Método:** Estudio transversal y observacional. Participaron 27 sujetos (25 mujeres y 2 hombres) con una media de edad de 50,5 años (SD 7,9) pertenecientes a la Asociación Salmantina de Fibromialgia y Fatiga Crónica. Se utilizaron las versiones españolas del Perfil de Salud Nottingham (NHP) y el cuestionario de Salud del SF-36 (SF36) para estudiar la calidad de vida (CV). **Resultados:** Se obtuvieron altas puntuaciones en las dimensiones “Energía”, “Dolor”, “Sueño” y “Movilidad física” del NHP y bajas puntuaciones en las dimensiones del SF36 “Problemas físicos”, “Dolor”, “Vitalidad” y “Percepción de la Salud General”. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones con la población española sana. Las siguientes dimensiones se correlacionaron negativamente estadísticamente: “Energía” (NHP) - “Vitalidad” (SF-36); “Dolor”(NHP)-“Función física”, “Dolor” y “Vitalidad” (SF-36); “Movilidad física” (NHP)-“Función física” y “Problemas físicos” (SF-36), “Reacciones emocionales”(NHP)- “Salud mental”, “Problemas emocionales” y “Percepción de la salud general” (SF-36). Resulta más sensible al deterioro de la Fibromialgia el cuestionario SF36. **Conclusiones:** La fibromialgia produce un importante deterioro de la calidad de vida que puede ser valorada por las dimensiones de los cuestionarios NHP y SF36.

Descriptores: Calidad de vida; Fibromialgia; Indicadores de Calidad de Vida.

ABSTRACT

Objectives: To determine the impact that fibromyalgia (FM) has on quality of life; to compare the quality of life of patients with fibromyalgia with the healthy Spanish population and to know the correlation and sensibility of two instruments of quality of life in FM. **Method:** A cross-sectional and observational study. Twenty-seven subjects joined in (25 women and 2 men) with a mean age of 50.5 years (SD 7.9), belonging to the Salmantina Association of Fibromyalgia and Chronic Fatigue. The Spanish versions of the Nottingham Health Profile (NHP) and the the Short-Form 36 (SF36) were used to study quality of life. **Results:** High scores were obtained in the “Energy”, “Pain”, “Sleep” and “Physical mobility” dimensions of the NHP and low scores in the “Physical problems”, “Pain”, “Vitality” and “General health perception” dimensions of the SF-36. Statistical significant differences were found in all dimensions comparing to the healthy Spanish population. The following dimensions were negatively statistically correlated: “Energy”(NHP)-“Vitality” (SF-36); “Pain”(NHP)-“Physical function”, “Pain and Vitality” (SF-36); “Physical mobility” (NHP)-“Physical function and Physical problems” (SF-36); “Emotional reactions” (NHP)- “Mental health”, “Emotional problems” and “General health” (SF-36). The SF-36 is more sensitive than the NHP to evaluate the deterioration of the fibromyalgia. **Conclusions:** The fibromyalgia produces a significant deterioration in quality of life that can be assessed by the dimensions of the NHP and the SF-36.

Descriptors: Quality of Life; Fibromyalgia; Indicators of Quality of Life.

Ana María Martín Noguerras⁽¹⁾
Juliana Maria de Sousa Pinto^(2,3)
José Ignacio Calvo Arenillas⁽¹⁾

1) E.U. de Enfermería y Fisioterapia -
Campus Miguel de Unamuno Escuela
Universitaria -
Salamanca - Espanha

2) Universidade de Fortaleza - UNIFOR -
Fortaleza (CE) - Brasil

3) Universidad de Salamanca; Becaria
MAEC-AECID -
Salamanca - Espanha

Recibido em: 09/03/2010
Revisado em: 21/05/2010
Aceito em: 06/08/2010

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es una enfermedad reumática de carácter crónico que afecta al 1-3% de la población española mayor de 18 años^(1,2), con predominio en mujeres (21:1)⁽²⁾. Se caracteriza por dolores musculares de origen desconocido y se manifiesta con dolor difuso, generalizado y crónico que puede llegar a producir limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, afectando a la esfera biológica, psicológica y social del paciente⁽³⁾. A los dolores musculares difusos⁽⁴⁾ se le asocian otras afecciones como alteraciones del sueño, fatiga, colon irritable, síndrome de alteraciones cognitivas y trastornos del humor⁽⁴⁾.

Los pacientes diagnosticados de FM constituyen un grupo heterogéneo debido a la diversidad de síntomas, lo que ha hecho en ocasiones dudar de la verdadera entidad clínica de la afección⁽⁵⁾.

El paciente con FM percibe su enfermedad con un nivel elevado de discapacidad y una calidad de vida (CV) muy inferior a la de pacientes con otras enfermedades como la artritis reumatoide⁽⁶⁾, la poliartritis u otras conectivopatías⁽⁷⁾. De hecho, el documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología califica a la FM como “un problema de salud pública de primer orden”⁽⁸⁾.

Son varios los instrumentos reflejados en la literatura que han sido utilizados para medir el grado de disfunción psicológica y la CV en personas con FM, entre ellos destaca el “Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ)^(9,10,11)”, sin embargo otros instrumentos como el “Cuestionario de Salud SF-36⁽⁶⁾” (SF36) o el “Perfil de Salud de Nottingham⁽¹²⁾” (NHP), mucho menos utilizados, también podrían resultar útiles en el análisis por dimensiones de la CV en estos sujetos.

Los objetivos de este estudio son determinar el impacto que tiene la FM sobre la calidad de vida, concretando las áreas o dimensiones de mayor afectación, comparar la calidad de vida de las personas con FM con las de la población española sana, conocer cual de los dos cuestionarios utilizados es más sensible al deterioro producido por la enfermedad y la correlación existente entre ambos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de observación transversal en el que participaron 27 sujetos con diagnóstico de fibromialgia según los criterios de la Asociación Americana de Reumatología⁽¹³⁾, siendo 25 (92,6%) mujeres y 2 (7,4%) hombres con una media de edad de 50,5 años (SD 7,9) [IC 95% 47,5 a 53,7 años] y rango entre 35 y 70 años.

Los sujetos pertenecían a la Asociación Salmantina de Fibromialgia y Fatiga Crónica (AFIBROSAL). A todos los socios se les informó de los objetivos y la metodología

del estudio, accediendo a participar un 17%. Todos ellos firmaron un consentimiento informado. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Salamanca.

Los criterios de inclusión en el estudio fue presentar diagnóstico de fibromialgia confirmado por un reumatólogo, con más de cinco años de evolución y que no presentaran problemas cognitivos que imposibilitaran la comprensión de las preguntas de los cuestionarios ni su contestación.

Se utilizaron las versiones españolas del “Perfil de Salud Nottingham^(14,15)” (NHP) y el “Cuestionario de Salud del SF-36^(16,17)” (SF36) para estudiar la CV en las personas diagnosticadas de FM, ambos se llevaron a cabo de forma autoadministrada.

El “Perfil de Salud Nottingham” mide la percepción de salud y evalúa en qué forma se ven afectadas las actividades cotidianas por los problemas de salud. Consta de dos partes: la primera está formada por 38 ítems de SI/NO que exploran 6 dominios de salud: energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social. La segunda parte consta de 7 preguntas sobre la existencia de limitaciones a causa de su salud en 7 actividades funcionales de la vida diaria: trabajo, tareas domésticas, vida social, vida familiar, vida sexual, aficiones y tiempo libre. Las puntuaciones para cada área se obtienen multiplicando las respuestas positivas por un valor ponderado obtenido por el método de comparación de pares de Thurstone. Esas puntuaciones se transforman en una escala que oscila entre 0 (no padece ningún problema de salud) y 100 (los padece todos)^(14,15).

El “Cuestionario de Salud SF-36” consta de 36 ítems que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social y limitaciones de rol: problemas físicos, problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. Existe además una cuestión no incluida en las anteriores categorías que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año. Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayores sean, mejor el estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión va de 0 a 100^(16,17).

Para la obtención de los valores de ambos cuestionarios se utilizó el programa FAES-AP⁽¹⁸⁾ que permite la cumplimentación sobre la pantalla del ordenador, proporcionando a continuación el valor de cada sujeto en cada una de las dimensiones.

El análisis de los datos fue realizado por el programa PASW Statistics de SPSS versión 17.0, estableciéndose en primer lugar un análisis descriptivo de los datos clínicos y de las puntuaciones de los dominios de ambos instrumentos.

Se llevaron a cabo pruebas *t-student* para una muestra entre todos los dominios del SF-36 de la población evaluada y los datos de la población general española⁽¹⁷⁾. Finalmente se establecieron correlaciones de *Pearson* y pruebas *t* para muestras relacionadas, con el fin de conocer la relación entre ambos cuestionarios, una vez comprobada la normalidad de los datos.

RESULTADOS

Los datos sociodemográficos se presentan en la Tabla I y los valores medios obtenidos en el registro de ambos cuestionarios se reflejan en las Tablas II y III.

El tiempo medio desde el diagnóstico era de 5,39 años (SD 4,62) [IC de 95% 3,56 a 7,21 años]. La media de hijos por sujeto era de 1,44 hijos (SD 0,97), el 77,8 % estaban casados, el 73% trabajaban fuera de casa y el 85,2% tenían tratamiento farmacológico para su FM (Tabla I).

Se calcula el grado de consistencia de los cuestionarios mediante el *alpha* de Cronbach siendo de 0,78 para ambos.

Respecto a la CV medida a través del NHP destacan los valores registrados en las dimensiones “Energía” y “Dolor” donde la media supera los 65 puntos. Por detrás de ambas dimensiones, se sitúa la no despreciable afectación de las dimensiones “Sueño” y “Movilidad física” que se sitúan entre los 40 y 50 puntos. La dimensión menos afectada es la que corresponde al “Aislamiento social” donde tan sólo se registran 13,7 puntos de media (Tabla II).

En cuanto a los valores registrados en el análisis con el cuestionario SF-36 (Tabla III), la dimensión de mayor afectación es la correspondiente a los “Problemas físicos” que apenas supera los 14 puntos. Es también relevante e interesante la afectación registrada en las áreas “Dolor”, “Vitalidad” y “Percepción de la Salud General” en que ninguna supera los 35 puntos. El área de menor afectación es la correspondiente a los problemas emocionales con 58 puntos.

Tabla I - Descriptivos variables sociodemográficas de la muestra de estudio. N = 27.

Variable Categorias	N	%	Media (SD)	IC 95%
Sexo				
Hombres	2	92,6		
Mujeres	25	7,4		
Edad (años)			50,5 (7,9)	47,5 a 57,3
Tiempo desde el diagnóstico			5,4 (4,6)	3,56 a 7,21
Número de hijos			1,44 (0,97)	1,06 a 1,83
Estado civil				
Soltero	1	14,8		
Casado	21	77,8		
Separado/Divorciado	1	3,7		
Viudo	1	3,7		
Profesión				
Ama de casa	10	37		
Funcionar./Administrativ	13	48,1		
Sector Servicios	2	7,4		
Otros	2	7,4		
Tratamiento farmacológico para FM				
Si	23	85,2		
No	4	14,8		

FM: fibromialgia

Tabla II - Descriptivos del cuestionario Perfil de Salud de Nottingham.

	Media (SD)	IC 95%	Rango
Energía (3 ítems)	67,9 (8,0)	51,4-84,4	0,0-100,0
Dolor (8 ítems)	65,9(5,8)	54,1-77,8	0,0-100,0
Movilidad Física (8 ítems)	42,8(3,4)	35,8-49,9	10,6-76,5
Reacciones Emocionales (9 ítems)	34,6(4,6)	25,1-44,2	0,0-83,6
Sueño (5 ítems)	47,5(7,0)	33,1-61,9	0,0-100,0
Aislamiento Social (5 ítems)	13,7(3,3)	6,9-20,5	0,0-44,5
Nº de áreas limitadas	4,3(0,4)	3,5-5,1	0,0-7,0

Tabla III - Descriptivos del cuestionario de Salud SF36.

	Media (SD)	IC 95%	Rango
Función Física (10 ítems)	45,7(18,7)	38,3-53,1	20,0-90,0
Problemas Físicos (4 ítems)	13,9(29,7)	2,1-25,6	0,0-100,0
Problemas Emocionales (3 ítems)	58,0(45,8)	39,9-76,2	0,0-100,0
Salud Mental (5 ítems)	55,0(15,8)	48,7-61,2	28,0-88,0
Función Social (2 ítems)	48,6(17,8)	41,6-55,6	12,5-75,0
Dolor (2 ítems)	30,0(18,7)	22,6-37,4	0,0-67,5
Vitalidad (4 ítems)	32,6(18,5)	25,3-39,9	5,0-70,0
Percepción de la Salud General (5 ítems)	34,8(16,6)	28,2-41,4	5,0-75,0
Cambios de salud en el tiempo (1 ítem)	47,2(28,0)	36,1-58,3	0,0-100,0

En el estudio entre la edad y las distintas dimensiones de ambos cuestionarios no se obtiene ninguna relación estadísticamente significativa excepto con la dimensión “Dolor” del SF-36 ($r=-0,414$; $p=0,03$). Tampoco se registra correlación alguna con el número de hijos.

Con el fin de conocer el grado en que la enfermedad afecta a la CV de los sujetos, se realiza una comparación de la media de los valores obtenidos en cada uno de los dominios del cuestionario SF-36 y los presentados por otro estudio⁽⁶⁾ en la población general española, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en todos los dominios del SF-36 ($p \leq 0,001$) (Tabla IV).

Tabla IV - Estudio comparativo de la calidad de vida medida con el cuestionario de Salud SF-36 entre la población española y la muestra de pacientes con fibromialgia.

	Presente estudio Media (SD)	Ayuso et al. Media (SD)	Significación*
Función Física (10 ítems)	45.7(18.7)	94,4(12,8)	$p < 0,001$
Problemas Físicos (4 ítems)	13.9(29.7)	91,1(25,76)	$p < 0,001$
Problemas Emocionales (3 ítems)	58.0(45.8)	90,2(25,8)	$p = 0,001$
Salud Mental (5 ítems)	55.0(15.8)	77,7 (17,3)	$p < 0,001$
Función Social (2 ítems)	48,6(17.8)	96,0(14,1)	$p < 0,001$
Dolor (2 ítems)	30.0(18.7)	82,35(18,5)	$p < 0,001$
Vitalidad (4 ítems)	32.6(18.5)	70,0(18,5)	$p < 0,001$
Percepción de la Salud General (5 ítems)	34.8(16.6)	80,0(24,8)	$p < 0,001$

*prueba t para una muestra

El análisis de correlación (correlaciones de Pearson) entre los dominios de ambos cuestionarios, señaló en todos los casos relaciones inversas, muchas de ellas estadísticamente significativas (Tabla V). Entre ellas cabe destacar la correlación inversa entre la dimensión “Energía” del NHP con la dimensión “Vitalidad” del SF-36; las correlaciones de la dimensión “Dolor” del NHP con las dimensiones “Función física”, “Dolor” y “Vitalidad” del SF-36; la correlación entre la dimensión “Movilidad física” del NHP con la dimensión “Función física” y “Problemas físicos” del SF-36 y las correlaciones entre la dimensión “Reacciones emocionales” del NHP con las dimensiones “Salud mental”, “Problemas emocionales” y “Percepción de la salud general” del SF-36.

Pese a que la afectación sobre la CV que produce la FM resulta evidente tras la observación de los datos descriptivos de ambos cuestionarios y con el fin de discutir cuál de los dos instrumentos era más sensible a los cambios que sobre la CV produce la FM, se transformaron los valores del NHP en una escala inversa (0-100, donde 100 señalase la mejor CV) (Tabla VI). En dicha transformación se obtiene que ambas escalas señalan puntuaciones similares para los dominios “Dolor”-“Dolor”, y “Energía”-“Vitalidad”, sin embargo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones “Movilidad física” y “Función física”, “Movilidad física” y “Problemas físicos”, “Reacciones emocionales” y “Salud mental”, de tal manera que se

Tabla V - Correlaciones entre las dimensiones del Cuestionario de Salud SF36 y el Perfil de Salud de Nottingham.

SF36	Perfil de Salud de Nottingham					
	Energía	Dolor	Movilidad física	Reacciones emocionales	Sueño	Aislamiento social
Función Física	-0,571**	-0,601**	-0,453*	-0,227	-0,3	-0,119
Problemas físicos	-0,563**	-0,484*	-0,443*	-0,224	-0,298	-0,197
Dolor	-0,577**	-0,539**	-0,295	-0,443*	-0,223	-0,273
Función Social	-0,427*	-0,535**	-0,294	-0,502**	-0,242	-0,423*
Salud Mental	-0,414*	-0,445*	-0,369	-0,756**	-0,425*	-0,571**
Problemas emocionales	-0,344	-0,449*	-0,218	-0,531**	-0,282	-0,535**
Vitalidad	-0,711**	-0,642**	-0,414*	-0,328	-0,201	-0,212
Percepción Salud General	-0,516**	-0,554**	-0,393*	-0,602**	-0,460*	-0,457*

Correlación de Pearson.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla VI - Comparación entre dimensiones análogas del Cuestionario de Salud SF36 y las del Perfil de Salud de Nottingham.

NHP	Media	Inversa (100-Media)	Significación*	SF36	Media
Energía (3 ítems)	67,9	32,1	p=0.936	Vitalidad (4 ítems)	32,6
Dolor (8 ítems)	65,9	34,1	p=0.413	Dolor (2 ítems)	30,0
Movilidad Física (8 ítems)	42,8	57,2	p=0.001	Función Física (10 ítems)	45,7
Movilidad Física (8 ítems)	42,8	57,2	p=0.000	Problemas Físicos (4 ítems)	13,9
Reacciones Emocionales (9 ítems)	34,6	65,4	p=0.005	Salud Mental (5 ítems)	55,0
Reacciones Emocionales (9 ítems)	34,6	65,4	p=0.331	Problemas Emocionales (3 ítems)	58,0
Aislamiento Social (5 ítems)	13,7	86,3	p=0.000	Función Social (2 ítems)	48,6

*Prueba t para muestras relacionadas

obtuvieron puntuaciones más sensibles a la afectación de la enfermedad con el cuestionario SF-36.

Al dividir la muestra en dos grupos de sujetos, a partir de la dimensión “Problemas emocionales” del SF-36 (cuando el valor es menor o mayor de 50 puntos) según presenten o no disfunción psicológica⁽¹⁹⁾, observamos que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de sujetos en las dimensiones “Dolor” y “Percepción de la Salud General”.

DISCUSIÓN

La CV de los enfermos con FM está gravemente afectada^(6,7,10) cuando se le compara con la población española sana de referencia⁽¹⁷⁾, siendo las dimensiones más afectadas las correspondientes a “Dolor”, “Problemas físicos”, “Vitalidad” y “Percepción de la Salud General”.

No se comparan los valores del “Cuestionario de Nottingham” con la población general, dado que no se ha

encontrado población española de referencia; y, es que el NHP es poco sensible a problemas menores de salud, población joven y población general sana, dada la elevada proporción de resultados con 0 puntos al no explorar cuestiones de salud positivas⁽²⁰⁾.

Los valores de nuestra muestra respecto al análisis de la CV con el NHP son ligeramente inferiores a los reportados por otro estudio⁽¹²⁾ excepto en la dimensión "Energía". Aunque en cualquier caso los valores evidencian una importante afectación en la CV de estos sujetos, las diferencias entre ambos estudios pueden venir dadas por la región geográfica, la forma de reclutar la población, o incluso, la forma en la que se administra el cuestionario, que en aquel caso fue en forma de entrevista.

En el análisis del SF36 y su comparación con otros estudios, los datos corroboran de nuevo el importante deterioro en la CV de los pacientes con FM. Los valores obtenidos en nuestra muestra son muy similares a los reportados por otras investigaciones^(10,21), en estudios llevados a cabo en Holanda⁽¹⁰⁾ y España⁽²¹⁾ respectivamente, siendo la dimensión más afectada en todos los casos la correspondiente a los "Problemas físicos" seguida por la del "Dolor". La afectación a nivel físico que padecen estos pacientes contrasta con la escasez de signos clínicos evidenciados en la evaluación física de los mismos.

Son numerosos los estudios que manifiestan el deterioro o discapacidad emocional presentada por los enfermos de FM^(9,21,22); en nuestro estudio la media de las puntuaciones en las dimensiones al respecto de ambos cuestionarios no supera los 50 puntos, siendo el porcentaje de sujetos que superan los 50 puntos en el NHP o que no llegan a los 50 puntos en el SF-36 de 22,2% y 40% respectivamente.

Pese a los buenos resultados en la medición de la CV apuntados en la literatura a través de un instrumento específico como es el FIQ⁽²³⁾, cuyo análisis sólo aporta un valor, el NHP y el SF-36 arrojan datos interesantes de la afectación de la FM sobre la CV clasificada por dimensiones. Dada la concomitancia apuntada reiteradamente entre dolor y problemas psicológicos⁽²⁴⁾ en que uno lleva a los otros y viceversa⁽²⁵⁾. Resulta oportuno utilizar en el análisis de la CV de la FM un instrumento en el que se incluyan ambos aspectos.

A partir de los resultados encontrados, al igual que otro estudio⁽¹⁹⁾, podemos afirmar que la disfunción física presente en los enfermos de FM es independiente de los problemas emocionales, sin embargo no podemos afirmar lo mismo respecto al dolor, la función social o la percepción general de salud.

Los datos actuales manifiestan, una vez más, el deterioro importante que sobre la CV tiene la FM. Teniendo en cuenta que los pacientes que muestran peor CV ven su

enfermedad como grave, con importantes consecuencias económicas y sociales. El abordaje terapéutico de este tipo de enfermedad exige una amplia perspectiva biopsicosocial. El SF36 y el NHP son instrumentos válidos e interesantes en el análisis de la CV en enfermos con FM ya que permiten un análisis por dimensiones.

CONCLUSIONES

La fibromialgia produce un importante deterioro de la calidad de vida y que es posible valorarla por dimensiones a través de los cuestionarios NHP y SF36.

REFERENCIAS

1. Carmona L, Ballina J, Gabruel R, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the peral population of Spain: results from national survey. *Ann Rheum Dis.* 2001; 60: 1040-5.
2. Valverde M, Juan A, Rivas B, Carmona L. Fibromialgia. En: Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: Msd y Sociedad Española de Reumatología; 2001. p. 77-91.
3. Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández-Ballart J. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol.* 2004; 31(9): 507-13.
4. Mease P. Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures and treatment. *J Rheumatol.* 2005;Suppl 32:2063.
5. Giesecke T, Williams DA, Harris RE, Cupps TR, Tian X, Tian TX et al. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis Rheum.* 2003; 48:2916-22.
6. Birtane M, Uzunca K, Tastekin N, Tuna H. The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis by using the SF-36 Health Survey. *Clin Rheumatol.* 2007;26:679-84.
7. Burkhardt CS, Clark SR, Bennett RM. Fibromyalgia and quality of life. A comparative analysis. *J Rheumatol.* 1993;20:475-9.
8. Rivera J, Alegre C, Ballina J, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin.* 2006;2 Supl 1:555-66.

9. Ubago-Linares MC, Ruiz-Pérez I, Bermejo-Pérez MJ, Olry de Labry-Lima A, Hernández-Torres E, Plazaola-Castaño J. Analysis of the impact of fibromyalgia on quality of life: associated factors. *Clin Rheumatol*. 2008; 27:613-9.
 10. Verbunt JA, Pernot D, Smeets R. Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. *Health Qual Life Outcomes*. 2008;6.
 11. Fallon J, Bujak DI, Guardino S, Weinstein A. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a useful tool in evaluating patients with post-Lyme disease syndrome. *Arthritis Care Res*. 1999; 12:42-7.
 12. Bosch Romero E, Saenz Moya N, Valls Esteve M, Vinolas Valer S. Study of quality of life of patients with fibromyalgia: impact of a health education programme. *Aten Primaria*. 2002;30(1):16-21.
 13. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum*. 1990; 33:
 14. Alonso J, Anto JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health*. 1990;80:704-8.
 15. Prieto L, Alonso J, Viladrich MC, Antó M. Scaling the Spanish Version of the Nottingham Health Profile: Evidence of limited value of item weight. *J Clin Epidemiol*. 1996;49:31-8.
 16. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La version española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin*. 1995;104:771-6.
 17. Ayuso-Mateos JL, Lasa L, Vázquez-Barquero JL, Oviedo A, Díez-Maurique JF. Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish versión of the SF-36. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;99:26-32.
 18. Programa FAES AP. Cuestionarios y escalas de valoración psicosocial en Atención Primaria. [CD-ROM]. FAES FARMA y grupo Drecs, 2003.
 19. Oswald J, Salemi S, Michel BA, Sprott H. Use of the Short-Form-36 Health Survey to detect a subgroup of fibromyalgia patients with psychological dysfunction. *Clin Rheumatol*. 2008; 27:919-21.
 20. Kind P, Carr-Hill R. The Nottingham Health Profile: a useful tool for epidemiologists?. *Soc Sci Med*. 1987;25:905-10.
 21. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. The Health Institute: Boston; 1993.
 22. Colangelo N, Bertinotti L, Nacci F, Conforti ML, Beneforti E, Pignone A, et al. Dimensions of psychological dysfunction in patients with fibromyalgia: development of an Italian questionnaire. *Clin Rheumatol*. 2004;23:102-8.
 23. Pagano T, Matsutani LA, Ferreira BA, Marques AP, de Branganca, Pereira CA. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Med J*. 2004;122:252-8.
 24. Macfarlane GJ, Morris S, Hunt IM, Benjamin S, McBeth J, Papageorgiou AC, et al. Chronic widespread pain in the community: the influence of psychological symptoms and mental disorder on healthcare seeking behavior. *J Rheumatol*. 1999;26:413-9.
 25. Magni G, Moreschi C, Rigatti-Luchini S, Merskey, H. Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain*. 1994;56:289-97.
- Endereço primeiro autor:**
Ana Maria Martín Nogueras
E.U. de Enfermería y Fisioterapia.
Campus Miguel de Unamuno.
Avda. del Campo Charro, s/n.
37007 Salamanca - Espanha
E-mail: anamar@usal.es
- Endereço para contato:**
Juliana Maria de Sousa Pinto
Calle Las Salesas, 12, 4°C - 37005
Salamanca - Espanha
E-mail: jumsp@hotmail.com