

Evaluación psicométrica en fibromialgia

A. Pascual López*, J. García Campayo**, S. Lou***, J.A. Ibáñez***

Resumen

La correcta evaluación psicológica de la fibromialgia es fundamental para establecer un adecuado tratamiento y reconocer los aspectos psicosociales implicados en la enfermedad. En este artículo revisamos los cuestionarios desarrollados para la evaluación de la fibromialgia en diversas áreas: screening de la enfermedad en población general, evaluación de cambios clínicos, medición de la calidad de vida y del estado de salud, evaluación de los trastornos psicológicos asociados y afrontamiento de la fibromialgia y del dolor crónico.

Palabras clave: Fibromialgia. Evaluación psicológica. Calidad de vida. Afrontamiento.

Summary

A correct psychological assessment in fibromyalgia is necessary in order to establish a adequate treatment and to recognize the psychosocial aspects involved in the disorder. In this article we review the questionnaires validated for the assessment of fibromyalgia in several areas: screening of the illness in general population, assessment of clinical changes, measurement of the quality of life and health status, assessment of the psychological disorders and coping strategies in fibromyalgia and chronic pain patients.

Key words: Fibromyalgia. Psychological assessment. Quality of life. Coping.

*Psicóloga. Becaria FIS de la REPEP (Red Española de Psiquiatría de Enlace y Psicosomática). Hospital Universitario Miguel Servet.

**Psiquiatra. Profesor Asociado Universidad de Zaragoza y Hospital Universitario Miguel Servet.

***Médico de Familia. Centro de Salud de Utebo, Zaragoza.

Correspondencia: Dr. D. Javier García Campayo
Servicio de Psiquiatría.
Hospital Universitario Miguel Servet.
Avda Isabel La Católica 1
50009 Zaragoza
E-mail: jgarcamp@arrakis.es

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una enfermedad reumatólica crónica, de etiología desconocida, que afecta a un 2-4% de la población española (1) y que se caracteriza por la presencia de dolor generalizado, presente al menos durante tres meses, y dolor a la presión de al menos 11 de los 18 puntos gatillo o *tender points* (2), descritos en esta enfermedad y situados en el occipucio, zona cervical baja, trapecio, supraespinoso, segunda costilla, epicóndilo, glúteo, trocánter mayor y rodillas. La fibromialgia suele acompañarse, con frecuencia, de un aumento de la fatigabilidad, cansancio, rigidez matutina y alteraciones del sueño. Suelen aparecer, además, trastornos del estado de ánimo (principalmente ansiedad y depresión), así como cefaleas, dismenorrea y síndrome del intestino irritable.

El diagnóstico de fibromialgia produce a quien la padece un impacto psicosocial importante, ya que deberá aprender a adaptarse a la nueva situación impuesta por la enfermedad a nivel personal, familiar y sociolaboral. Actualmente, se desconoce la etiología del trastorno, por lo que los tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, van exclusivamente dirigidos a paliar los síntomas y a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La fibromialgia es una enfermedad que se ha empezado a diagnosticar en los últimos años, sien-

do escasos los trabajos que describen los instrumentos existentes para su evaluación. Este artículo pretende ser uno de los primeros en español que aborde este tema en profundidad. Los instrumentos psicológicos que presentamos a continuación están dirigidos a evaluar el impacto de la fibromialgia en los pacientes desde diversas perspectivas:

1. *Screening* de la enfermedad en población general.
2. Evaluación de cambios clínicos durante el transcurso de la enfermedad.
3. Medición de la calidad de vida y del estado de salud.
4. Evaluación de los trastornos psicológicos asociados.
5. Afrontamiento de la fibromialgia y del dolor crónico.

I.- *Screening* de fibromialgia en la población general

El primer estudio epidemiológico sobre fibromialgia en población general fue realizado en Suecia en 1989 (3). Desde entonces, se han llevado a cabo diversos estudios de prevalencia en Europa (4, 5), Sudáfrica (6), Israel (7) y Estados Unidos (8). Sin embargo, la mayoría de los trabajos sólo estimaban la prevalencia de la enfermedad, lo que no permitía observar el curso de la fibromialgia en la comunidad.

Anexo 1

The London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire (LFESSQ)

Criterios de Dolor

En los últimos tres meses:

1. ¿Ha tenido dolor en músculos, huesos o articulaciones, que durase al menos una semana?
2. ¿Ha tenido dolor en hombros, brazos o manos? ¿En que lado: derecho, izquierdo o ambos?
3. ¿Ha tenido dolor en piernas o pies? ¿En que lado: derecho, izquierdo o ambos?
4. ¿Ha tenido dolor en el cuello, pecho o espalda?

Criterios de fatiga

1. Durante los tres últimos meses, ¿se ha sentido a menudo cansado o fatigado?
2. ¿Le limita significativamente el cansancio o la fatiga en sus actividades?

El screening positivo para dolor requiere la respuesta positiva a los cuatro ítems de dolor y que además los dolores se localicen en ambos lados del cuerpo.

El screening positivo para la fatiga crónica y debilitante requiere la respuesta positiva para los dos ítems de fatiga.

El *London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire (LFESSQ)* (9) es un cuestionario diseñado para detectar la fibromialgia en encuestas de población general (anexo 1). El LFESSQ está compuesto por 4 ítems relacionados con el dolor crónico y 2 con la fatiga. Las cuatro cuestiones sobre el dolor fueron seleccionadas de acuerdo a los criterios del American College of Rheumatology (2), y hacen referencia a la presencia de dolor continuo durante una semana en los tres meses precedentes. Los ítems referidos a la presencia de fatiga, fueron añadidos tras una exhaustiva revisión de publicaciones sobre fibromialgia, debido a que la fatiga y el cansancio han sido referidos por una inmensa mayoría de pacientes con fibromialgia en estudios clínicos. El LFESSQ ha sido validado en población inglesa como instrumento de screening sensible para la detección de fibromialgia en población general, siendo capaz de distinguir la fibromialgia de la artritis reumatoide. Sus valores de sensibilidad fueron, para el caso del dolor un 100% (intervalo de confianza al 95%, 90,3%–100%), mientras que para los criterios de dolor y fatiga la sensibilidad fue de un 93,5% (intervalo de confianza al 95%, 83,8%–100%). Los valores de especificidad en dicho estudio fueron, en los controles con artritis reumatoide, del 53,3% para el dolor (35,4%–71,2%) y del 80% para el dolor y fatiga (65,7%–94,3%), mientras que la especificidad en controles sanos fue del 100% (90%–100%).

Sin embargo, el LFESSQ no ha sido validado para su uso en niños o pacientes institucionalizados ni para ser usado como instrumento para confirmar la fibromialgia. No existe validación española.

II.- Evaluación de cambios clínicos durante el transcurso de la enfermedad

Actualmente se desconoce la etiología de la fibromialgia (FM) y, por tanto, no existen pruebas médicas que valoren con fiabilidad la evolución de los pacientes. Por ello, es necesario el desarrollo de instrumentos psicológicos con el objetivo de medir, de una manera fiable, los cambios producidos en la evolución de la enfermedad con el tiempo. La *FibroFatigue Scale* (10) es una escala heteroaplicada dirigida a evaluar los cambios en el desarrollo y severidad de la fibromialgia

y el síndrome de fatiga crónica (SFC). Dicha escala está compuesta por 12 ítems: medida del dolor, tensión muscular, fatiga, dificultades de concentración, fallos de memoria, irritabilidad, tristeza, trastornos del sueño, molestias autonómicas e intestino irritable, dolor de cabeza y experiencias subjetivas de infección. La *FibroFatigue Scale* parece ser un instrumento fiable y válido con capacidad para controlar la severidad y los cambios durante el tratamiento de pacientes con FM / SFC. No existe validación española.

III.- Medición de la calidad de vida y estado de salud

La calidad de vida en fibromialgia es un aspecto clave porque se ha relacionado con el uso de estrategias adaptativas y la percepción de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria en estos pacientes (11). La calidad de vida ha sido ampliamente estudiada en esta enfermedad: En un estudio realizado por Wolfe et al. (12), se analizaron mediante el *EuroQol* pacientes con diversos trastornos reumáticos (artritis reumatoide, osteoartritis y fibromialgia), encontrando menor calidad de vida en los pacientes con fibromialgia que en los otros dos grupos de pacientes. Del mismo modo, cuando se comparan pacientes con fibromialgia con controles sanos, se encuentran niveles significativamente menores de calidad de vida en los pacientes con fibromialgia (13). El cuestionario más utilizado para evaluar calidad de vida en fibromialgia ha sido el *EuroQol*, instrumento genérico ampliamente empleado a nivel internacional y del que existe validación española.

Existen varios instrumentos para evaluar estado de salud y funcionamiento físico en esta enfermedad. El más utilizado es el *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (14) (FIQ; Burckhardt et al., 1991) que es una herramienta desarrollada para evaluar el estado de salud actual de las mujeres con síndrome de fibromialgia. El FIQ es un instrumento autoaplicado compuesto por 10 ítems que miden funcionamiento físico, funcionamiento laboral, la depresión, ansiedad, sueño, dolor, rigidez, fatiga y bienestar. Este instrumento posee una adecuada fiabilidad y validez, lo que justifica su uso en la práctica clínica y en investigación (anexo 3). Actualmente el FIQ ha sido validado para su utilización en Suecia (15),

Israel (16), Alemania (17), Turquía (18), Corea (19), Italia (20) y Francia (21), encontrándose en todos estos países que el FIQ es un instrumento fiable y válido para evaluar el estado de salud y el funcionamiento físico en pacientes diagnosticados de fibromialgia. Aunque existe una validación en español (22), es metodológicamente incorrecta, desde el punto de vista psicométrico, por su reducido tamaño muestral. En el anexo 2 incluimos una traducción no validada de nuestro grupo de una de las subescalas del FIQ.

Un instrumento muy específico para evaluar el estado de salud es el *Clinical Health Assessment Questionnaire (CLINHAQ)* (23), que incluye escalas de discapacidad funcional, impotencia, ansiedad y depresión, así como la evaluación del actual estado de salud y su satisfacción con él. Este instrumento ha sido validado en pacientes con fibromialgia en Israel, encontrándose que el CLINHAQ es un instrumento fiable y válido para evaluar el estado de salud y el funcionamiento psicológico en mujeres con fibromialgia.

Otro instrumento utilizado para evaluar el estado de salud y el funcionamiento físico, es el *Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS2)*. El AIMS2 ha sido evaluado en población con fibromialgia de Israel (Neumann, 1999) (24),

obteniéndose de moderada a alta correlación entre las subescalas del AIMS2 (excepto autocuidado) y las medidas de funcionamiento físico, calidad de vida, severidad de la sintomatología propia de la fibromialgia y número de puntos gatillo. Por tanto, el AIMS2 puede ser considerado un instrumento válido y fiable para su utilización en la evaluación del estado de salud y el funcionamiento físico en fibromialgia.

La evaluación del daño funcional mediante cuestionarios autoaplicados juega un importante papel en la mayoría de las enfermedades reumáticas. Sin embargo, las propiedades psicométricas de los tests no habían sido estudiadas en fibromialgia. En un estudio realizado por Wolfe et al. (25) se analizaron cinco escalas funcionales (Fibromyalgia Impact Questionnaire FIQ, cuatro versiones del Health Assessment Questionnaire HAQ y el Medical Outcome Survey Short Form SF - 36) mediante el análisis de Rasch, que permite evaluar la idoneidad de un cuestionario. Los resultados indicaron que el FIQ sistemáticamente subestima el daño funcional, ya que incluye actividades que normalmente no son llevadas a cabo. Además, todos los cuestionarios tienen problemas debido a que no poseen una estructura unidi-

Anexo 2

Fibromyalgia Impact Questionnaire (Subescala de "Functional Ability")

Instrucciones: Por favor, rodee el número que mejor describe cómo se sintió durante la semana pasada. Si usted no realiza habitualmente alguna de las actividades preguntadas, deje la pregunta sin contestar.

Posibilidades de respuesta: siempre (0), la mayoría de las veces (1), ocasionalmente (2) y nunca (3).

¿Fue capaz de hacer las siguientes actividades?

- a. Ir de compras
- b. Hacer la colada utilizando la lavadora.
- c. Preparar las comidas.
- d. Lavar los platos o utensilios de cocina a mano.
- e. Pasar el aspirador por las alfombras.
- f. Hacer las camas.
- g. Caminar varias manzanas.
- h. Visitar a los amigos y familiares.
- i. Realizar trabajos de jardinería*
- j. Conducir el coche.

• Ítem con connotaciones culturales, bastante específico de Gran Bretaña por la elevada frecuencia de casas unifamiliares con jardín. Sería discutible su inclusión en una validación española.

Puntuación: División de la puntuación total entre el número de ítems contestados.

mensional y que algunos ítems resultan ambiguos para pacientes con fibromialgia. Debido a estos hallazgos, Wolfe desarrolla un nuevo cuestionario más adecuado para pacientes con fibromialgia, basado en el cuestionario HAQ, el **FHAQ**, que posee unas adecuadas propiedades psicométricas.

IV.- Evaluación de los trastornos psicológicos asociados

Los trastornos psicológicos forman una parte importante de la fibromialgia, aunque sólo un pequeño porcentaje de pacientes presenta trastornos psiquiátricos mayores (26). En diversos estudios, se ha observado que el diagnóstico de episodios depresivos, tanto actuales como pasados, es más frecuente en los pacientes con fibromialgia (71%), comparados con grupos control (12%). Estudios similares a los anteriores demuestran que la depresión influye en la percepción del dolor musculoesquelético, haciendo que éste se perciba con mayor intensidad. Algo similar ocurre con respecto a los trastornos de ansiedad siendo en estos pacientes más frecuentes, con un porcentaje del 26%.

Debido al solapamiento de síntomas existente entre las enfermedades médicas, como la fibromialgia y trastornos psiquiátricos como la depresión, se hace necesaria la utilización de instrumentos psicométricos focalizados en los aspectos cognitivos. El **Hospital Anxiety and Depression Scale** (27) (HADS; Zigmond et al., 1983) (28) está dirigido a evaluar la depresión y la ansiedad sin confundir la sintomatología somática propia de la depresión y la ansiedad con la enfermedad médica que el paciente padece. Este cuestionario autoaplicado consta de 14 ítems, y está integrado por dos subescalas de 7 ítems, una dirigida a evaluar la depresión y otra de ansiedad. Existe una versión validada en España, desarrollada por Herrero et al. (2003) (29), que posee una buena consistencia interna y validez externa, con favorable sensibilidad y especificidad para identificar casos de depresión y ansiedad.

Otro instrumento dirigido a evaluar la depresión en pacientes con enfermedades médicas es el **Beck Depression Inventory for Primary Care** (30) (BDI-PC; Beck et al., 1997), que evalúa la depresión desde un punto de vista cognitivo. Este instru-

mento es un cuestionario autoaplicado de 7 ítems dirigido a la detección de la depresión en pacientes e incluye aspectos afectivos (2 ítems: anhedonia y tristeza) y cognitivos (5 ítems: ideación suicida, pesimismo, ideas de fracaso, autocrítica, insatisfacción con uno mismo). Parker y Hilton desarrollan un nuevo instrumento para la detección de la depresión en pacientes médicos basado solamente en el constructo cognitivo, y utilizan el HADS y el BDI-PC como escalas de referencia o comparación. Dicho instrumento posee dos escalas, una primera versión de 16 ítems (31) y posteriormente una segunda versión con 10 ítems (forma breve; DMI-10) y 18 ítems (forma extendida; DMI-18) que parecen ser útiles para el screening de la depresión en pacientes médicos (32).

Con el objetivo de seleccionar las escalas de medida más adecuadas para evaluar los cambios de humor en fibromialgia Gowans et al. (2002) (33) llevó a cabo un estudio controlado de ejercicio físico de 23 semanas de duración. Los resultados obtenidos señalan al Beck Depression Inventory Cognitive (BDI cognitive), State Trait Anxiety Inventory (STAI) y Mental Health Inventory (MHI-5) como los más indicados para este fin.

V.- Afrontamiento en fibromialgia

Los pacientes con fibromialgia experimentan una disminución en la participación en actividades tanto profesionales como de ocio, debido a la invalidez que produce la enfermedad, aspecto que intentan modificar los programas de tratamiento multimodal (34).

El **Chronic Pain Coping Inventory (CPCI)**, desarrollado por Jensen et al. (35) proporciona la medida en que los pacientes utilizan estrategias de afrontamiento activas (ejercicios, estiramientos, relajación, etc.) o pasivas (descansar, pedir ayuda, etc.), y es utilizado en programas multidisciplinarios de tratamiento. El uso de estas medidas permite la investigación de: (1) el mantenimiento de estrategias de afrontamiento adaptativas post-tratamiento; (2) la relación entre el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas y el funcionamiento en la vida diaria; y (3) la relación entre las estrategias de afrontamiento adaptativas y el resultado del tratamiento. Sin embargo, el CPCI no evalúa la contribución del modo de realizar los afrontamientos, es decir,

cómo utilizan estrategias de afrontamiento los pacientes con dolor para adaptarse a él de una forma adecuada. El CPCI es un cuestionario de 65 ítems que evalúa 11 dimensiones de afrontamiento, incluyendo 6 respuestas focalizadas en la enfermedad (vigilancia al dolor, descanso, solicitud de ayuda, uso de medicamentos opioides, uso de AINES, uso de sedantes/hipnóticos), 4 respuestas bien focalizadas (relajación, perseverancia en las tareas, ejercicios/estiramientos, afrontamiento de pensamientos automáticos negativos) y una que entraña el soporte de los demás (búsqueda de apoyo social).

Con el propósito de incluir la medida en que los pacientes con fibromialgia adaptaban las actividades y afrontamientos al dolor, Nielson et al. (2001) (36) desarrollaron una escala específica para ser aplicada como parte del CPCI. A esta escala se la denominó *Escala de Adaptación Progresiva al Dolor* (“pacing”). El conjunto de ítems desarrollados en esta escala se basó en las observaciones clínicas sobre lo que los pacientes hacían cuando realizaban sus actividades a un ritmo adecuado. Los ítems fueron escritos para incluir conductas como ir lento, tomarse descansos, mantener un ritmo regular y descomponer las tareas en partes más sencillas de realizar. Además, fueron redactados de manera que se diferenciaron de los ítems de la escala “perseverancia en las tareas” del CPCI, que medía la tendencia a continuar con las tareas ignorando el dolor. Los ítems finalmente escritos fueron seis. Esta escala no validada en español, resulta especialmente útil en la práctica clínica y por eso incluimos una traducción no validada de nuestro grupo (anexo 3).

La atención al dolor y el miedo al sufrimiento son factores frecuentemente asociados a las enfermedades que, como la fibromialgia, producen dolor crónico. Eccleston y Crombez (37), dando explicación a la relación existente entre la atención al dolor y la experiencia de dolor, introducen el *Modelo Cognitivo-Afectivo de la función interruptora del dolor*. Desde un punto de vista evolutivo, la atención es definida como selección para la acción, con el propósito intrínseco de la huída. La experiencia del dolor produce la interrupción automática de la atención, hecho que depende de factores como la intensidad del dolor, la novedad, la predictibilidad, la sensación de amenaza y factores relacionados con el entorno del dolor, como el arousal emocional. Este modelo cognitivo de la interrupción del dolor asume que, como consecuencia del dolor, la atención se dirige automáticamente hacia éste. Esta excesiva atención al dolor es lo que se denomina *hipervigilancia*.

El concepto de hipervigilancia fue introducido por primera vez por Chapman (38), que lo definió como un constante escaneo del cuerpo para analizar e identificar cualquier síntoma físico a nivel corporal y, más específicamente, síntomas dolorosos. El incremento de la atención hacia el dolor y otras señales somatosensoriales es definido como *hipervigilancia específica*, mientras que cuando la atención es dirigida hacia estímulos neutros, se le denomina *hipervigilancia general*. En pacientes con fibromialgia, se ha planteado el modelo de hipervigilancia del dolor, que hace que estos pacientes tengan una más alta sensibilidad al dolor, con un menor umbral de tolerancia, lo que se ha denominado “estilo de amplifi-

Anexo 3 Ítems de la Pacing Scale

Pacing Scale

Ítem 7. Puedo hacer más yendo un poco más lento y dándome descansos ocasionales.

Ítem 18. Me concentro en ir de forma lenta y continua debido a mi dolor.

Ítem 34. Descompongo las tareas en partes manejables para poder seguir haciendo las cosas a pesar del dolor.

Ítem 45. Voy de forma lenta y continua para distraerme de mi dolor.

Ítem 58. Continúo con mis actividades yendo de forma lenta pero continua.

Ítem 67. Cuando voy a un paso razonable (ni demasiado rápido ni demasiado lento) el dolor me impide menos continuar lo que estaba haciendo.

cación perceptiva” (39). El *Pain Vigilance and Awareness Questionnaire* (PVAQ; McCracken, 1997) (40) fue desarrollado como una amplia medida de la atención al dolor, que podía ser aplicado en diferentes poblaciones que sufren dolor. El PVAQ es un cuestionario compuesto por 16 ítems donde los sujetos preguntados deben considerar su conducta a lo largo de las últimas dos semanas e indicar la frecuencia (en una escala de 0 - 5, nunca-siempre) en que cada ítem describe su conducta.

El PVAQ se ha aplicado a pacientes con dolor crónico de espalda (21), encontrando una buena consistencia interna y adecuada fiabilidad test-retest. Más aún, las puntuaciones obtenidas en el PVAQ correlacionaban positivamente con la auto-conciencia corporal medida mediante el *Body Consciousness Questionnaire* de Miller *et al* (41) y negativamente con la ignorancia al dolor evaluada mediante el *Coping Strategies Questionnaire* de Rosenstiel and Keefe (42), lo que avala su validez de constructo. Por otro lado, la validez de criterio del PVAQ fue confirmada por el hecho de que los pacientes que referían una mayor vigilancia al dolor, informaban a su vez de mayores niveles de intensidad dolorosa, distress emocional, discapacidad psicosocial y más visitas al médico debido al dolor (incluso cuando se controlaron la severidad del dolor y las variables sociodemográficas).

En población con fibromialgia, destaca el estudio llevado a cabo por Roelofs (43) con población danesa, dirigido a evaluar las propiedades psicométricas del PVAQ en pacientes con dolor crónico. Para ello se utilizaron tres grupos de pacientes. El primer grupo consistió en 200 pacientes daneses con fibromialgia y fue utilizado para el análisis factorial exploratorio, mientras que la segunda muestra, compuesta por 201 pacientes daneses con fibromialgia, fue utilizada para el análisis factorial confirmatorio. En cuanto al tercer grupo, éste consistió en un grupo de 276 pacientes americanos con varios diagnósticos relacionados con el dolor (ej: fibromialgia, artritis, dolor de cuello) que eran atendidos en una clínica del dolor en Chicago.

El análisis factorial distinguió dos factores en el caso de la fibromialgia. El primero se referiría a la “atención al dolor”, mientras que el segundo fue interpretado como “atención a los cambios

del dolor”. El análisis factorial confirmatorio analizó dos muestras independientes (pacientes daneses diagnosticados de fibromialgia y pacientes americanos con distintos diagnósticos relacionados con el dolor), mostrando propiedades psicométricas satisfactorias y replicando el análisis factorial.

Con respecto a la validez convergente, el PVAQ obtuvo una alta correlación con constructos de otras escalas psicométricas como la *Pain Catastrophizing Scale* (44) (PCS), *Pain Anxiety Symptoms Scale* (45) (PAAS) y *Tampa Scale of Kinesiophobia* (46) (TSK), siendo esta correlación mayor en el caso de la “subescala de atención al dolor”. Esto orientaría a que la otra subescala, la de “atención a los cambios del dolor”, valora un constructo original que no es medido por otros cuestionarios.

Como conclusión, existen evidencias suficientes de que el PVAQ es un instrumento válido y fiable para medir la vigilancia al dolor en pacientes con fibromialgia. Para su uso en investigación y en la práctica clínica es recomendada la utilización de cualquiera de sus dos presentaciones: la puntuación total del PVAQ o las dos subescalas obtenidas (16 ítems) en el estudio de Roelofs *et al.* (el soporte para la subescala “intrusión”, definida como la existencia de pensamientos repetitivos e imágenes o impulsos que aparecen de manera intrusiva e incontrolada por el sujeto, resultó inconsistente).

Otro aspecto importante es la evaluación del dolor en los pacientes con fibromialgia. Diversos instrumentos se han utilizado para valorar el dolor (*Escala Analógica Visual*, *Pain Rating*, *Present Pain* y número de palabras tomadas del *McGill Pain Questionnaire*), así como la intensidad de éste, obtenida mediante un examen físico de los puntos gatillo (*tender points*), llegando a la conclusión de que el mejor instrumento para evaluar el dolor en pacientes con FM es la *Escala Analógica Visual* (47).

CONCLUSIONES

La elevada prevalencia y el enorme impacto sanitario de la fibromialgia requieren un correcto seguimiento de esta enfermedad, para lo cual se necesitan instrumentos psicométricos adecuados. Existen diversos tests diseñados para evaluar la

fibromialgia con adecuadas propiedades psicométricas, sin embargo, la mayoría no se encuentran validados en nuestro país. Es necesario un esfuerzo en este sentido para la evaluación objetiva de los aspectos clínicos de la fibromialgia y la evaluación de la efectividad de programas de tratamiento con dichos pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Proyecto financiado por el Instituto de Salud Carlos III: Red Temática de Investigación Cooperativa en Psiquiatría de Enlace y Psicosomática G03/128.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Valverde M, Juan A, Ribas B, Benito Urbina JC, Carmona I, y grupo de trabajo EPISER 2000.:** Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER 2000 [resumen]. Revista Española de Reumatología 2000; 27: 157.
2. **Wolfe J, Smythe HA, Yunus Mb, et al.:** American College of Rheumatology 1990. Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multi-center Criteria Committee. Arthritis and Rheumatism 1990; 33: 160-172.
3. **Jacobsson L, Lindgarde F, Manthorpe R.:** The commonest rheumatic complaints of over 6 weeks' duration in a twelve month period in a defined Swedish population. Scand J Rheumatol 1989; 18: 361-8.
4. **Makela M, Heliovaara M.:** Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. Brithis Medical Jorunal 1991; 303; 216-9.
5. **Forseth KO, Gran JT.:** The prevalence of fibromyalgia among women aged 20-49 years in Arendal, Norway. Scandinavian Jorunal of Rheumatology 1992; 21: 74-8.
6. **Lyddell C, Meyers OL.:** The prevalence of fibromyalgia in a South African community. Scandinavian Journal of Rheumatology 1992; Suppl 94: 8.
7. **Buskila D, Press J, Gedalia A, et al.:** Assessment of nonarticular tenderness and prevalence of fibromyalgia in children. The Journal of Rheumatology 1993; 20: 386-70.
8. **Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L.:** The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. Arthritis and Rheumatism 1995; 38: 19-28.
9. **White KP, Harth M, Speecheley M, Ostbye T.:** Testing an Instrument to Screen for Fibromyalgia Syndrome in General Population Studies: The London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire. The Journal of Rheumatology 1999; 26 (4): 880-884.
10. **Zachrisson O, Regland B, Jahreskog M, Kron M, Gottfries CG.:** A rating scale for fibromyalgia and chronic fatigue syndrome (the FibroFatigue Scale). Journal of Psychosomatic Research. 2002 Jun; 52 (6): 501-9.
11. **Lindberg L, Iwarsson S.:** Subjective quality of life, health, I -ADL ability and adaptation strategies in fibromyalgia. Clinical Rehabilitation 2002. Sep; 16 (6): 675-83.
12. **Wolfe F, Hawley DJ.:** Measurement of the quality of life in rheumatic disorders using the Euroqol. British Journal of Rheumatology 1997; 36: 786-793.
13. **Martínez JE, Barauna Filho IS, Kubokawa K, Pedreira IS, Machado LA, Cevalco G.:** Evaluation of the quality of life in Brazilian women with fibromyalgia, through the medical outcome survey 36 item short-form study. Disability and Rehabilitation 2001 Jan 20; 23(2): 64-8.
14. **Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM.:** The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. The Journal of Rheumatology 1991 May; 18 (5): 728-33.
15. **Hedin PJ, Hamne M, Burckhardt CS, Engstrom-Laurent A.:** The Fibromyalgia Impact Questionnaire, a Swedish translation of a new tool for evaluation of the fibromyalgia patient. Scandinavian Journal of Rheumatology 1995; 24 (2): 69-75.
16. **Buskila D, Neumann L.:** Assessing functional disability and health status of women with fibromyalgia: validation of a Hebrew version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. The Journal of Rheumatology 1996 May; 23 (5): 903-6.
17. **Offenbaecher M, Waltz M, Schoeps P.:** Validation of a German version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-G). The Journal of Rheumatology 2000 Aug; 27 (8): 1984-8.
18. **Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G.:** The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. Rheumatology International 2000 Dec; 20 (1): 9-12.
19. **Kim YA, Lee SS, Park K.:** Validation of a Korean version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. Journal of Korean Medical Science 2002 Apr; 17 (2): 220-4.
20. **Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Fiorini T, Panni B, Randisi G, Turiel M, Carrabba M.:** Validation of an Italian version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ -I). Clinical and Experimental Rheumatology 2003 Jul-Aug; 21 (4): 459-64.
21. **Perrot S, Dumont D, Guillemin F, Pouchot J, Coste J.:** Quality of life in Women with Fibromyalgia Syndrome: Validation of the QIF, the French Version

- of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *The Journal of Rheumatology* 2003 May; 30 (5): 1054-9.
22. **De Gracia Blanco M, Marcó Arbonés M, Ruiz Martín J.:** Evaluación de los aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Psiquiatría.com* [Revista en línea] Febrero 2001 [citado de 15 de noviembre de 2003]; 1: [2 pantallas]. Disponible en: URL: <http://www.psiquiatría.com/articulos/psicosomatica/2278>.
 23. **Neumann L, Press J, Glibitzki M, Bolotine A, Rubinow A, Buskila D.:** CLINHAQ scale-validation of a Hebrew version with fibromyalgia. *Clinical Health Assessment Questionnaire. Clinical Rheumatology* 2000; 19 (4): 265-9.
 24. **Neumann L, Dudnik Y, Bolotin A, Buskila D.:** Evaluation of a Hebrew version of the revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS2) in patients with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology* 1999 Aug; 26 (8): 1816-21.
 25. **Wolfe F, Hawley DJ, Goldenberg DL, Russell JJ, Buskila D, Neumann L.:** The assessment of functional impairment in fibromyalgia (FM): Rasch analyses of 5 functional scales and the development of the FM Health Assessment Questionnaire. *The Journal of Rheumatology* 2000. Aug; 27 (8): 1989-99.
 26. **Alda M, García Campayo J, Pascual A, Olmedo M.:** Aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Monografías de Psiquiatría* 2003 Julio-Septiembre; XV (4): 32-40.
 27. **Johnston M, Pollard B, Hennessey P.:** Construct validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale with clinical populations. *Journal of Psychosomatic Research*. 2000 Jun; 48 (6): 579-84.
 28. **Zigmond AS, Snaith RP.:** The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983; 67: 361-370.
 29. **Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A.:** A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry* 2003 Jul-Aug; 25 (4): 277-83.
 30. **Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R.:** Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behaviour Research Therapy* 1997 Aug; 35 (8): 785-91.
 31. **Parker G, Hilton T, Hadzi-Pavlovic D, Bains J.:** Screening for depression in the medical ill: the suggested utility of a cognitive-based approach. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001 Aug; 35 (4): 474-80.
 32. **Parker G, Milton T, Bains J, Hadzi-Pavlovic D.:** Cognitive-based measures screening for the depression in the medical ill: the DMI-10 and the DMI-18. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002 Jun; 105 (6): 419-26.
 33. **Gowans SE, DeHueck A, Abbey SE.:** Measuring exercise-induced mood changes in fibromyalgia: a comparison of several measures. *Arthritis and Rheumatism* 2002. Dec 15; 47 (6): 603-9.
 34. **Mason LW, Goolkasian P, McClain GA.:** Evaluation of a multimodal treatment program for fibromyalgia. *Journal of Behavioural Medicine* 1998; 21 (2).
 35. **Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Strom SE.:** The Chronic Pain Coping Inventory: development and preliminary validation. *Pain* 1995; 60: 203-216.
 36. **Nelson WR, Jensen MP, Hill ML.:** An activity pacing scale for the chronic pain coping inventory: development in a sample of patients with fibromyalgia syndrome. *Pain* 89 (2001) 111-115.
 37. **Eccleston C, Crombez G.:** Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin* 1999; 125: 356-366.
 38. **Chapman CR.:** Pain: the perception of noxious events. En: Sternbach RA, editor. *The psychology of pain*, New York, NY: Raven Press, 1978. pp. 169-202.
 39. **McDermid AJ, Rollman GB, McCain GA.:** Generalized hypervigilance in fibromyalgia: evidence of perceptual amplification. *Pain* 1996 Aug; 66 (2-3): 133-44.
 40. **Mc Cracken LM.:** "Attention" to pain in persons with chronic pain: a behavioural approach. *Behaviour and Therapy* 1997; 28: 271-284.
 41. **Miller LC, Murphy R, Buss AH.:** Consciousness of body: private and public. *Journal of Personality and Social Psychology* 1981; 41: 397-406.
 42. **Rosenstiel AK, Keefe FJ.:** The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983; 17: 33-44.
 43. **Roelofs J, Peters ML, McCracken L, Vlaeyen JW.:** The pain vigilance and awareness questionnaire (PVAQ): further psychometric evaluation in fibromyalgia and other chronic pain syndromes. *Pain* 2003. Feb; 101 (3): 299-306.
 44. **Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J.:** The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment* 1995; 7: 524-532.
 45. **McCracken LM, Zayfert C, Gross RT.:** The pain anxiety symptoms scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain* 1992; 50: 67-73.
 46. **Miller RP, Kori SH, Todd DD.:** The Tampa Scale. Unpublished Report, FL, Tampa FL, 1991.
 47. **Bigatti SM, Cronan TA.:** A comparison of pain measures used with patients with fibromyalgia. *Journal of Nursing Measurement* 2002 Spring-Summer; 10 (1): 5-14.