

EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA FIBROMIALGIA

M. de Gracia Blanco¹

M. Marcó Arbonès¹

J. Ruiz Martín²

F. Garabieta Urquiza³

⁽¹⁾ Departament de Psicologia. Universitat de Girona

⁽²⁾ Centro de Psicología Óptim. Girona

⁽³⁾ Fisioterapeuta

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es la adaptación y validación en población española del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ; Burckhardt, Clark, y Bennett, 1991). El FIQ mide el funcionamiento físico, la interferencia de la enfermedad en el trabajo, el dolor, la fatiga, el cansancio matutino, la rigidez, la ansiedad, y la depresión. La versión traducida y adaptada del FIQ se administró a 41 mujeres diagnosticadas de fibromialgia. Se recogió información de todas las pacientes acerca de la severidad del trastorno, evaluado a partir de una escala analógico-visual, así como los síntomas más relevantes de la enfermedad (dolor, fatiga, ansiedad). Los resultados

obtenidos indican que la consistencia interna del FIQ, calculada a partir de alfa de Cronbach, es aceptable ($\alpha = 0.93$). El análisis factorial de la escala muestra una estructura de dos factores, con un porcentaje de varianza total explicada de un 81,3%. Se obtuvieron correlaciones positivas aunque moderadas, entre los ítems del FIQ con las escalas de Depresión, la Ansiedad y el Índice de Severidad General del SCL-90-R (Derogatis, 1994). La versión adaptada del FIQ es un instrumento fiable y válido para medir la afectación funcional y el estado de salud en mujeres españolas con fibromialgia.

Palabras clave: FIBROMIALGIA, DOLOR, VALIDACIÓN DE FIQ

SUMMARY

The main aim of this work is to validate a Spanish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ; Burckhardt, Clark, y Bennett, 1991). The FIQ measures physical functioning, work status, depression, anxiety, sleep, pain, stiffness, fatigue, and well being. The translated and adapted version of the questionnaire was administered to 41 women who suffered fibromyalgia (FM). All patients were asked about the presence and severity assessed by visual analog scale, of relevant FM symptoms (pain, fatigue, anxiety). Internal consistency of the scale has been calculated using the Cronbach alpha coefficient of reliability, and results show that it is admissible ($\alpha = 0.93$). The factorial analysis of the scale shows a bifactor structure, with a 81,3% percentage of explained total variance. Significant correlations were obtained between the FIQ and SCL-90-R General Severity Index, Depression, and Anxiety (Derogatis, 1994). We conclude that the FIQ is a reliable and valid instrument for measuring functional disability and health status in Spanish women with FM.

Key words: FIBROMYALGIA, PAIN, VALIDATION OF FIQ

La fibromialgia es un trastorno de la modulación del dolor de etiología y patogénesis poco claras. Aunque no hay acuerdo entre los autores, se han barajado diversas teorías sobre sus causas, se

ha señalado una baja actividad MAO plaquetaria (Almay, 1987), un déficit de serotonina (van Houdenhove y cols., 1994), trastornos afectivos (Hudson y Pope, 1989) y alteraciones del sueño (Harding, 1998).

Con la introducción la pasada década de criterios eficaces para el diagnóstico de fibromialgia (Smythe, 1979), numerosos estudios han documentado las características principales del síndrome (Yunus y cols., 1991), que se puede definir como una forma de reumatismo no articular caracterizada por un dolor musculoesquelético difuso, de evolución crónica, con rigidez matinal generalizada, fatiga, sueño poco reparador y múltiples puntos sensibles al contacto en unas zonas anatómicas concretas (Yunus y cols., 1981). En sus inicios la fibromialgia puede presentarse como un dolor articular periférico. Reilly y cols. (1992) hallaron que el 54,5% de los pacientes diagnosticados de fibromialgia acudían por primera vez a consulta por dolores en manos y/o muñecas. En la mayoría de los casos no parece haber una causa física para los síntomas; las articulaciones, los músculos, y los nervios del cuerpo son normales, no apareciendo infecciones o lesiones a las que atribuirle las causas.

Desde el punto de vista epidemiológico, es uno de los trastornos musculo-esqueléticos crónicos más comunes, representando entre un 10% y un 20% de las atenciones de consulta reumatológica. A estos porcentajes hay que añadir que según Albornoz y cols. (1997) representa también un 2-5% de las consultas en atención primaria, y un 5-8% en las consultas de los servicios hospitalarios. La fibromialgia tiene una mayor incidencia en mujeres con un 80%-90% de los casos diagnosticados, y una edad de inicio comprendida entre los 25 y los 45 años. La prevalencia de este síndrome entre las enfermedades de tipo reumatológico es del 20%, situándose en la población general en torno al 2% (Cathebras, Lauwers y Rousset, 1998). También se ha señalado, que las personas que padecen fibromialgia tienen una tendencia mayor a repetir las visitas al médico que las que tienen otras enfermedades articulares mucho más graves (Fitzcharles y Esdaile, 1997).

A diferencia de la artritis, en el cuadro fibromiálgico no hay signos histológicos de inflamación y no se ven afectadas directamente las articulaciones del cuerpo (Álvarez y cols. 1996). Este ha sido uno

de los principales motivos por el que diferentes investigadores han acentuado en el papel que juegan los aspectos psicopatológicos en el estudio de la fibromialgia (Dailey y cols., 1990).

En general, la gravedad de la sintomatología fibromiálgica puede variar de un día a otro, afectando diferentes partes del cuerpo. En algunos casos el dolor puede ser muy severo e incluso incapacitante (Goldenberg, 1987), mientras que en otros sólo ocasiona un leve malestar. Del mismo modo, la fatiga generalizada que se presenta asociada a la fibromialgia, puede ir desde un ligero cansancio hasta la fatiga total. También se asocia con frecuencia a cefaleas, colon irritable (Hudson y cols., 1992), enfermedad de Raynaud (sensibilidad al frío, sobretodo en los dedos de las manos), parestesias (entumecimiento u hormigueo que se manifiesta principalmente en las extremidades), poca tolerancia al ejercicio físico, sensación subjetiva de hinchazón, alteración de la circulación periférica en función de los factores ambientales, dermatografismo o cambio del color de la piel al rascarse, síndrome premenstrual, síndrome uretral femenino y alteraciones de tipo emocional (Martín, Doutón y Rojo, 1997) y de tipo cognitivo. En consecuencia, el cuadro puede verse agravado por los esfuerzos físicos, la fatiga, el frío, la humedad, el estrés, los cambios climáticos, y determinadas posturas mantenidas durante largo tiempo, tanto en el trabajo como en las tareas domésticas.

Los pacientes con fibromialgia suelen quejarse de dificultad para concentrarse (algo que refieren como 'lentitud mental'), lapsos de memoria, confusión al hablar o escribir, torpeza o tendencia a dejar caer cosas, unos síntomas que tienden a cambiar de un día para otro (Landro, Stiles y Sletvold, 1997). El tratamiento es sintomático y las respuestas también varían mucho de un paciente a otro, por lo que es frecuente que se tengan que probar varios tipos de tratamiento antes de establecer el más satisfactorio. Por este motivo, algunos autores (Masi y Ynus, 1990; Bennet, 1993) recomiendan un tratamiento de enfoque multidisciplinar, que implique la colaboración de una variedad de profesionales como reumatólogos, fisioterapeutas y/o psicólogos. A pesar de ello, hasta el momento no se conoce un tratamiento eficaz, y solo una tercera parte de los pacientes presenta una buena respuesta a algún tratamiento ya sea farmacológico o no (Goldenberg, 1989).

Aunque no se ha determinado todavía la etiología orgánica de la fibromialgia, algunas investigaciones han aportado evidencia de que los factores psicológicos pueden tener un papel importante en su inicio y mantenimiento (Boissevain y McCain, 1991). Como han señalado Pastor y cols. (1995) no se trataría con ello de buscar causas psicológicas, sino de identificar los posibles factores psicológicos que pueden estar asociados y de qué forma, a la sintomatología del síndrome fibromiálgico.

Debido en muchos casos a la temprana aparición del cuadro fibromiálgico y las incomodidades o incapacidades que provoca en las actividades de la vida diaria, los pacientes fibromiálgicos presentan con mayor frecuencia estados emocionales displacenteros, en forma de sintomatología depresiva y trastornos de ansiedad (Valdés, 1997). En algunas investigaciones, lo anterior se ha mostrado también asociado a trastornos de la personalidad (Pergiacomi y cols., 1989; Krag y cols., 1994). En general, la fibromialgia presenta una comorbilidad psiquiátrica más alta que otras enfermedades reumatológicas (Ruiz y cols., 1997). Así, las manifestaciones dolorosas y el número de puntos sensibles correlacionan con medidas generales de malestar, tales como la fatiga, problemas de sueño y depresión. Diversos estudios han examinado dicha comorbilidad en estos pacientes utilizando entrevistas diagnósticas estructuradas y estableciendo comparaciones con la artritis reumatoide (Hudson y cols., 1985). Estas investigaciones muestran un amplio y consistente porcentaje de trastornos psiquiátricos asociados al síndrome fibromiálgico, superior al resto de enfermedades reumatológicas. Hudson y cols. (1985), al comparar la incidencia de trastornos afectivos entre pacientes con fibromialgia primaria (no asociada a otras enfermedades) y pacientes con artritis reumatoide, hallaron que el 71% de los pacientes fibromiálgicos mostraban algún tipo de sintomatología depresiva, frente a un 14% de incidencia en los pacientes con artritis reumatoide. El hecho de que la fibromialgia implique una afectación tanto física como psicológica (Ahles y cols., 1991; Yunus y cols., 1991), hace que el tratamiento deba ir dirigido a ambos aspectos. En este sentido, se ha sugerido que las estrategias de intervención deben incluir: a) un diagnóstico precoz que permita prevenir la inactividad y otras conductas comunes a este tipo de trastornos cró-

nicos dolorosos; b) un programa estructurado para mejorar el afrontamiento y reducir la sensación de falta de apoyo o desamparo; y c) una evaluación inicial psicopatológica que permita conocer la salud mental del paciente (Goldenberg y cols. 1995).

Por otra parte, la mayoría de los pacientes muestran algún tipo de incapacidad física (Bennet y cols., 1989) agravada o, en algunos casos, debida a la falta de ejercicio físico, una inactividad que también propicia el empeoramiento de otros síntomas fibromiálgicos (Bennet y cols., 1989; McCain y cols., 1988; Horven, Stiles y Vogel, 1996). En este sentido, algunas investigaciones han constatado que la práctica de actividad física puede ser eficaz para aliviar los dolores musculares, ya que mantiene el tono muscular, aumentando así la movilidad y la capacidad cardiovascular, y son especialmente indicados los ejercicios aeróbicos de baja intensidad (p.e. ejercicios en piscina de agua caliente, caminar, etc.) (McCain y cols., 1988; Horven, Stiles y Vogel, 1996) y de flexibilidad (básicamente estiramientos realizados a través de ejercicios tipo yoga o *tai-chi*) (Martin y cols., 1996). Como concluyen Martin y cols. (1996) el ejercicio físico puede ser de ayuda a corto plazo en la mejora de la sintomatología fibromiálgica, aunque la eficacia del ejercicio a largo plazo no parece tan clara, por lo que debe ir dirigido a prevenir la inactividad física y mejorar la salud general de los pacientes (Horven, 1996).

Numerosos trabajos han constatado que el apoyo psicológico es esencial para ayudar a los pacientes a controlar toda la gama de síntomas que presenta el cuadro, y para promover los cambios necesarios en su comportamiento y estilo de vida (Nielson, Walker y McCain, 1992; Goldenberg y cols., 1994). Dicho apoyo puede conseguirse mediante terapia de grupo o con una asistencia psicológica individualizada. En este último caso, se han utilizado con resultados positivos técnicas cognitivo-conductuales, que van desde estrategias de afrontamiento activas (Goldenberg y cols., 1994; Rodríguez-Parra, Esteve y López, 2000), control del estrés (p.e. desensibilización sistemática, relajación autógena) hasta el entrenamiento en técnicas de biofeedback electromiográfico (Ferraccioli y Ghirelli, 1987).

Además, es importante poder identificar los factores específicos que mantienen el dolor, lo intensifican o reducen en vistas a mejorar

cada tratamiento, sobre todo los de tipo psicológico. Así, los factores comportamentales, sociales y cognitivos son especialmente relevantes al modular la percepción del dolor crónico, por lo que se ha insistido en la importancia de determinar las asociaciones entre los factores psicológicos y la experiencia de dolor en estos pacientes (Pastor y cols., 1993; Pastor y cols., 1995). Dependiendo de la relación entre ambos, se podrá hablar entonces de un mayor o menor grado de incapacidad funcional, caracterizada como un deterioro autopercebido, tanto físico, como emocional, familiar, social o profesional, que da como resultado unos determinados cambios psicosociales, unos comportamientos y unas respuestas emocionales negativas para la persona afectada. Por este motivo, la evaluación de los componentes de afectación física, psicológica y social o laboral de los pacientes es especialmente importante, no sólo en el diagnóstico inicial, sino en las evaluaciones sucesivas que se realizan de forma paralela a los tratamientos, en especial los centrados en aspectos cognitivo-conductuales.

Hay diversos instrumentos psicométricos que se utilizan para valorar la incapacidad funcional y estado de salud en pacientes con enfermedades reumáticas. Algunos son: el *Health Assessment Questionnaire* (HAQ; Pincus y cols., 1983) - del que existe una adaptación española (Esteve, Batlle y Reig, 1993) realizada con una muestra de pacientes afectados de artritis reumatoide -, y el *Arthritis Impact Measurement Scales* (AIMS; Meenam, Gertman y Mason, 1980), adaptado al castellano por Pastor (1992) en un estudio de pacientes con fibromialgia, en el que se adecuaron las instrucciones y algunos ítems a las características propias del trastorno. Junto a estos instrumentos comúnmente empleados en la valoración de la gravedad de la fibromialgia, cada investigador suele incluir como parte de su protocolo de evaluación otras preguntas más específicas dirigidas a valorar la severidad de los síntomas, generalmente a partir de escalas analógico-visuales.

Como sostienen Burckhardt y cols. (1991), aunque ambos instrumentos son válidos y fiables para diferentes grupos de enfermedades reumáticas, los estudios de validez y fiabilidad de ambos se han realizado en grupos de pacientes con grados muy diversos de enfermedades reumáticas. Exceptuando el mencionado trabajo de

adaptación del AIMS realizado por Pastor (1992), en la mayoría de estudios se emplean dichos cuestionarios sin haber analizado sus propiedades psicométricas, ni la adecuación de los ítems a una enfermedad con un cuadro diferenciado del resto de trastornos reumáticos (Mannerkorpi y Ekdahl, 1997).

En un intento de suplir estas carencias y de proporcionar un instrumento específico, breve y fácil de aplicar para la evaluación el estado de salud y la afectación funcional de pacientes con fibromialgia, Burckhardt y cols., (1991) desarrollaron el *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ). Como indican sus autores, el objetivo inicial era obtener un instrumento que valorara de forma rápida los niveles de afectación física, psicológica, social y global de los pacientes. En su construcción se partió de interacciones clínicas con pacientes, de trabajos existentes sobre las características principales del trastorno, y de los instrumentos existentes en el campo de la reumatología, sobre todo el AIMS y el HAQ. Los resultados psicométricos obtenidos por sus autores indican que el instrumento tiene una fiabilidad test-retest aceptable (con correlaciones que oscilan entre 0.56 para el dolor y 0.95 para el funcionamiento físico) y ha sido utilizado de forma eficaz en numerosas investigaciones, tanto de tipo farmacológico (Goldenberg y cols., 1996) como psico-social (Goldenberg y cols., 1994). El FIQ es específico para población femenina, dada la mayor prevalencia del síndrome fibromiálgico en mujeres que en hombres (en una relación de 5:1).

El FIQ ha tenido un amplio eco entre los especialistas y ha sido traducido y adaptado a diferentes idiomas (Buskila y Neumann, 1996; Hedin y cols., 1995; Offenbaecher y cols., 2000).

Teniendo en cuenta este marco de referencia, el objetivo principal de este artículo es adaptar al español el FIQ, y evaluar su fiabilidad y validez en una muestra de pacientes con fibromialgia.

MÉTODO

Instrumentos

El FIQ está formado por un total de 10 ítems. El primero mide el funcionamiento físico y está compuesto por diez subítems que se

valoran de 0 a 3 puntos, donde 0 indica “*siempre soy capaz de...*” y 3 “*nunca soy capaz de...*”, cada uno de los ítems hace referencia a diferentes actividades de la vida diaria como: “*ir de compras*”, “*pasear por el barrio*” “*conducir*”, etc. La puntuación total del ítem funcionamiento físico se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en las 10 preguntas que lo componen.

Los dos ítems siguientes hacen referencia a la situación laboral, recogándose en el primero el número de ausencias laborales debidas a la fibromialgia durante la semana anterior a la evaluación, y en el segundo el número de días que se sintió bien en esa semana. Finalmente, los últimos 7 ítems miden, respectivamente, la interferencia de la enfermedad en el trabajo, el dolor, la fatiga, el cansancio matutino, la rigidez, la ansiedad, y la depresión. Todos ellos se valoran en una escala Likert de 0 (p.e. no me he sentido tensa) a 10, donde 10 representa el grado de deterioro máximo (p.e. me he sentido muy tensa) (ver anexo).

La traducción del FIQ fue realizada por los autores y posteriormente revisada por un traductor especializado que no tenía ningún conocimiento previo de la misma. Se realizaron las siguientes adaptaciones culturales: a) “*vacuum a rug*” se cambió por “*limpiar el suelo*”, “*walking several blocks*” se sustituyó por “*pasear por el barrio*”, y “*do yard work*” por “*hacer trabajos ligeros de casa*”.

Como medida de la sintomatología psicológica se utilizó el *Symptom Checklist-90-R* (SLC-90-R; Derogatis, 1994), un inventario multidimensional de 90 ítems, autoadministrado, que valora el malestar psicológico a partir de nueve dimensiones de primer orden y tres índices globales. Su utilización en protocolos de evaluación de la sintomatología psicológica en pacientes con fibromialgia, ha sido avalada por diversos estudios (Clark y cols., 1985; Goldenberg y cols., 1995). Para este trabajo se utilizaron las escalas que valoran las dimensiones Ansiedad, Somatización, Depresión, y el Índice de Severidad General (GSI).

Siguiendo el procedimiento de adaptación del FIQ utilizado por Buskila y Neumann (1995), se elaboró de forma específica una escala analógico-visual (VAS) para valorar la sintomatología fibromiálgica. La escala VAS se construyó a partir de dos de los ítems que forman el *Brief Pain Inventory* (BPI; Cleeland, 1989), que

valoran la interferencia del dolor en diferentes actividades de la vida diaria (AVD) (p.e. actividad general, capacidad para caminar), y el ítem que valora el dolor actual. La escala VAS se completó con dos ítems más que valoran el bienestar general del paciente en la última semana y la valoración subjetiva de la severidad del trastorno. Todos los ítems se valoraban en una escala milimetrada de 10 cm, con un rango de 0 a 10 puntos, donde 10 representa el grado de deterioro máximo.

Se recogieron también datos sobre el número y el tipo de tratamientos recibidos que finalmente no se incluyeron en la investigación, ya que fue imposible determinar la mayoría de ellos de forma precisa, sobre todo en aquellos pacientes con una evolución más larga. El 73% de las pacientes reconocían que habían seguido de forma intermitente tratamientos de medicinas alternativas (p.e. acupuntura, dietas) o bien se habían automedicado, un comportamiento que como han señalado Fitzcharles y Esdaille (1997), es frecuente en estos pacientes, algo que estos autores atribuyen a la cronicidad del trastorno y a la falta de eficacia de los tratamientos.

Muestra

La muestra del estudio estuvo formada por 41 mujeres con una edad media de 47 años (desv. típica= 8,83), y con una evolución de la enfermedad de 8,68 años (desv. típica=1,44) provenientes de diversos centros de rehabilitación funcional y de gabinetes psicológicos con programas específicos de atención y apoyo a este tipo de pacientes. Todos los sujetos de la muestra tenían un nivel de escolarización básico. El 70,7% (n= 29) de la muestra trabajaba fuera de casa, el 4,8 % (n=2) estaba de baja laboral y el 24,3 % (n=10) se declaraba ama de casa.

Todas las pacientes tenían un diagnóstico médico previo de fibromialgia primaria, que seguía los criterios establecidos por el *American College of Rheumatology* (Wolfe y cols. 1990): un dolor músculo-esquelético persistente de más de tres meses de duración, y la presencia de, al menos, 5 puntos dolorosos concretos ('*tender points*') identificados mediante presión digital (ejerciendo una presión digital moderada de alrededor 4 kgrs/cm²).

Procedimiento

Todas las pacientes -tanto si eran atendidas en los centros de rehabilitación como en los gabinetes- eran informadas en la primera sesión de la finalidad de la investigación y se solicitaba su colaboración y conformidad en la realización del estudio. A continuación, cumplimentaban un breve historial biográfico que incluía cuestiones referidas a los antecedentes de su enfermedad. Posteriormente cumplimentaban el FIQ, el SCL-90-R y la escala analógico visual. La duración media de la evaluación fue de 45 minutos.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestran los datos descriptivos generales para cada uno de los ítems que forman el FIQ y los coeficientes de correlación ítem-total (no se incluyeron en este último análisis los ítems referidos al número de días que se sintieron bien y las ausencias laborales). De acuerdo con el procedimiento seguido en el estudio original, en primer lugar se realizó el análisis de consistencia interna de los 10 sub-ítems que valoran el funcionamiento físico, obteniéndose un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de $\alpha=0,84$. En segundo lugar, se halló el coeficiente de fiabilidad para los 7 ítems restantes, que fue de $\alpha=0,92$. Finalmente, se tipificó el valor medio de los 10 sub-ítems que valoran el funcionamiento físico en un rango de 0 a 10 puntos, y se incluyó como un solo ítem en el análisis de fiabilidad junto a los 7 ítems restantes. El coeficiente de fiabilidad para el total de la escala fue de $\alpha=0,93$.

En la tabla 2, se muestran los datos del análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax (normalización Kaiser) de los ítems de la escala adaptada. El criterio para la selección de los factores fue que tuvieran un valor propio superior a 1 y que explicaran un porcentaje mínimo de la varianza total del 75%. Los ítems se agruparon en dos factores; el primer factor, que explica el 69,26 % de la varianza total, recoge aquellos ítems que valoran el dolor, la depresión, la rigidez y, en menor medida, la pérdida de destrezas laborales (interferencia en el trabajo) y el cansancio matutino. El segundo factor explica el 12,10 % de la varianza y

agrupa los ítems referidos a la ansiedad, funcionamiento físico general y fatiga. El total de la varianza explicada por ambos factores es de un 81,36%.

Tabla 1.- Descriptivos y correlaciones ítem-total para cada uno de los ítems del FIQ

Ítems FIQ			Correlación
	Media	Desv	ítem-total
Funcionamiento físico ⁽¹⁾	4.56	1.83	0.74
Interferencias trabajo	4.60	2.39	0.81
Dolor	5.31	1.83	0.81
Fatiga	6.09	2.36	0.77
Cansancio matutino	7.14	2.17	0.84
Rigidez	6.02	2.32	0.82
Ansiedad	4.24	1.81	0.66
Depresión	3.78	1.79	0.71
Días sintió bien	5.06	1.81	
Días ausencias laborales	0.67	0.55	

(1): este ítem es la media de los 10 sub-ítems que lo forman y se ha tipificado en un rango de 0 a 10

FIQ: *Fibromyalgia Impact Questionnaire*

Tabla 2.- Análisis factorial: pesos factoriales, valores propios, varianza explicada y comunalidades de los ítems del FIQ

Ítems FIQ	Factor 1	Factor 2	Comunalidades
Dolor	0.89		0.88
Depresión	0.88		0.81
Rigidez	0.80		0.81
Interferencias trabajo	0.72		0.76
Cansancio matutino	0.68		0.79
Ansiedad		0.89	0.83
Funcionamiento Físico		0.84	0.81
Fatiga		0.77	0.78
Valor propio	5.54	0.96	
% varianza explicada por cada componente	69.26%	12.10%	

FIQ: *Fibromyalgia Impact Questionnaire*

Teniendo en cuenta la comunalidad de las variables de la solución factorial, los dos ítems mejor representados por los dos factores extraídos son dolor, y ansiedad con una saturación de la misma cuantía y comunalidades similares.

El análisis de la validez concurrente del FIQ se determinó mediante las correlaciones entre las puntuaciones de los ítems del FIQ y las puntuaciones de los ítems criterio de la escala analógico-visual (VAS). Las correlaciones obtenidas indican una aceptable fiabilidad externa de todos los ítems. Por otra parte, un mayor número de ausencias laborales correlaciona con una menor sensación de bienestar general, con una mayor autoevaluación de la severidad del trastorno, una mayor afectación de las actividades de la vida diaria (AVD) y una mayor sensación de dolor. Además, el número de días que se han sentido bien se muestra discretamente asociado a una mayor sensación de bienestar general (tabla 3).

Tabla 3.- Correlaciones ítem FIQ y escala analógica

Ítems FIQ	Ítems VAS			
	Bienestar general	Dolor (actualmente)	Impacto en las AVD	Severidad del trastorno
Funcionamiento físico	-0.61*	0.63*	0.76*	0.72*
Interferencia trabajo	-0.52*	0.60*	0.70*	0.74*
Dolor	-0.81*	0.61*	0.70*	0.58*
Fatiga	-0.60*	0.58*	0.76*	0.73*
Cansancio matutino	-0.76*	0.63*	0.62*	0.62*
Rigidez	-0.82*	0.76*	0.72*	0.70*
Ansiedad	-0.51*	0.58*	0.45*	0.54*
Depresión	-0.68*	0.62*	0.76*	0.55*
Días sintió bien	0.33**	-0.10	-0.21	-0.19
Días ausencias laborales	-0.79*	0.67*	0.79*	0.71*

* p<0.01

FIQ: *Fibromyalgia Impact Questionnaire*

** p<0.05

AVD: Actividades de la vida diaria

En la tabla 4 se muestran las correlaciones entre los ítems del FIQ y las escalas del SCL-90-R que valoran Ansiedad, Somatización, Depresión, y el Índice de Severidad General (GSI). Como se puede observar, una mayor afectación en el funcionamiento físico global correlaciona de forma moderada y positiva con los indicadores del SCL-90-R severidad general, sintomatología depresiva, ansiedad y somatización.

Del mismo modo, el dolor y la fatiga se muestran asociadas positivamente con las puntuaciones obtenidas en las escalas del SCL-90-R Somatización, y el Índice de Severidad General (GSI). A pesar de la poca variabilidad recogida por el ítem que valora tristeza y depresión del FIQ, se observa una correlación positiva con las escalas Somatización, Depresión y GSI del SCL-90-R. Por el contrario, y debido a la poca variabilidad que puede aportar un solo ítem o al tamaño de la muestra de estudio, no hay ninguna correlación entre el ítem del FIQ que valora tensión y nerviosismo con las puntuaciones de las escala de ansiedad del SCL-90-R. Por otro lado, el número de días que los pacientes dicen que se han sentido bien, esta negativamente asociado a los indicadores de afectación psicológica.

Tabla 4.- Correlaciones FIQ con los indicadores psicopatológicos SCL-90-R

Ítems FIQ	Escalas SCL-90-R			
	Somatización	Depresión	Ansiedad	GSI
Funcionamiento físico	0.58*	0.58*	0.47*	0.64*
Interferencias trabajos	0.20	0.18	0.05	0.27
Dolor	0.34**	0.31	0.12	0.40**
Fatiga	0.40**	0.36**	0.14	0.46*
Cansancio matutino	0.07	0.06	-0.07	0.18
Rigidez	0.12	0.11	-0.04	0.20
Ansiedad	0.04	0.10	0.05	0.15
Depresión	0.39**	0.38**	0.17	0.44*
Días sintió bien	-0.40**	-0.39**	-0.31	-0.40**
Días ausencias laborales	0.15	0.11	-0.04	0.23

* $p < 0.01$

** $p < 0.05$

FIQ: *Fibromyalgia Impact Questionnaire*

SCL-90-R: *Symptom Checklist-90-Revised*

GSI: *Global Severity Index*

CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo era adaptar el FIQ con una muestra de mujeres afectadas de fibromialgia. El FIQ es un instrumento que valora de forma rápida los niveles de afectación física, psicológica, social y global en dichos pacientes. A diferencia de otros instrumentos existentes (AIMS y HAQ) utilizados en un amplio rango de trastornos reumáticos, el FIQ se ha desarrollado de forma específica para la evaluación del síndrome fibromiálgico.

La consistencia interna total del instrumento es elevada ($\alpha=0.93$), lo que permite afirmar que los componentes de la escala valoran el mismo constructo. Las correlaciones moderadamente altas con los ítems de la escala VAS indican una validez de constructo de la escala adaptada similar a la del estudio original de Burckhardt y cols. (1991).

El análisis factorial del FIQ condensa la información obtenida en dos factores que reflejan dos dimensiones relevantes del cuestionario, la primera está definida principalmente por la intensidad del dolor fibromiálgico y la depresión o tristeza referida por el paciente. La segunda dimensión recoge fundamentalmente el nivel de tensión, ansiedad y nerviosismo asociado positivamente con una mayor afectación del funcionamiento físico global.

Finalmente, las correlaciones entre la FIQ y la sintomatología psicológica -valorada a través del SCL-90-R- señalan una asociación significativa entre el grado de afectación de la enfermedad y el distrés psicológico. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en el trabajo de Goldenberg y cols (1995), que hallaron una asociación significativa entre el distrés psicológico, evaluado con el SCL-90-R, y la severidad del trastorno, la afectación del funcionamiento físico general, todo ello asociado también a la necesidad de ayuda o apoyo y la falta de habilidades para afrontar el trastorno. También Dwigth y cols. (1998) y Walker y cols. (1997) encontraron una ansiedad más elevada en los pacientes con fibromialgia comparados, respectivamente, con controles y con pacientes reumáticos. Otros trabajos también han hallado una asociación entre un mayor grado de afectación funcional y una mayor sintomatología depresiva (Celiker y cols., 1997; Martínez y cols. 1995), llegando en algunos estudios,

a obtener una puntuación situada dentro del rango considerado como depresión moderada valorada con el *Beck Depression Inventory* (Martín y cols. 2000).

Como apuntan Burckhardt y cols., (1991) conviene señalar que la brevedad del cuestionario podría comprometer hasta cierto punto la información obtenida, sobre todo la referente a los indicadores de malestar psicológico, dado que sólo hay un ítem para valorar depresión y ansiedad. Sin embargo, tanto en el estudio original, como en las diferentes adaptaciones del FIQ mencionadas anteriormente, o en otras investigaciones realizadas con este cuestionario (p.e. Bennett y cols, 1996), los datos obtenidos indican una elevada correlación entre los ítems que valoran el malestar psicológico del FIQ y las escalas que valoran depresión y ansiedad de otros instrumentos. Por ejemplo, Burckhardt y cols., (1991) en el estudio de desarrollo de la escala hallaron, respectivamente, correlaciones de 0,73 y 0,76 con las subescalas de la AIMS que valoran ansiedad y depresión, y que están constituidas por varios ítems (p.e. 6 ítems en el caso de la subescala de depresión del AIMS). En nuestro caso, a pesar de hallar un correlación positiva, moderadamente baja ($r=0,38$), entre el ítem que valora depresión del FIQ y la escala de Depresión de SCL-90-R, no se encontró ninguna correlación significativa entre el ítem ansiedad del FIQ y la escala de Ansiedad del SCL-90-R. Algo que, pensamos, puede atribuirse al tamaño de la muestra de estudio.

La adaptación española del FIQ presentada en este trabajo muestra unas aceptables propiedades psicométricas, tanto de fiabilidad interna como de validez externa, por lo que puede considerarse un instrumento útil para valorar la afectación funcional y psicológica producida por el síndrome fibromiálgico. Como se ha indicado recientemente, el FIQ es una medida sensible que permite identificar las mejoras clínicas y discriminar entre pacientes que refieren mejorías de los que no, por lo que se ha recomendado su inclusión en protocolos de evaluación clínica de la fibromialgia (Dunkl y cols., 2000).

Se recomienda, no obstante, confirmar los resultados con muestras más amplias donde se recojan variables socio-demográficas identificadas como relevantes por otros estudios, se ha señalado una correlación significativa entre los años de educación y las puntua-

ciones VAS y FIQ, pero no con la edad y duración de los síntomas (Goldenberg y cols., 1995). También se recomienda la realización de pruebas de estabilidad temporal test-retest y la confirmación de la estructura factorial obtenida..

BIBLIOGRAFÍA

- Ahles, T.A., Khan, S.A., Yunus, M.B. (1991). Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis and subjects without pain: A blind comparison of DSM-III diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1721-1726.
- Albornóz, J., Povedano, J., Quijada, J., de la Iglesia, J. L., Fernández, A., Pérez-Vilchez, D., García-López, A. (1997). Características clínicas y sociolaborales de la fibromialgia en España: descripción de 193 pacientes. *Revista Española de Reumatología*, 24, 38-44.
- Almay, B. (1987). Clinical characteristics of patients with idiopathic pain syndromes. Depressive symptomatology and patient pain drawing. *Pain*, 29, 335-346.
- Álvarez, B., Alonso, J. L., Alegre, J., Viejo, J. L., Marañón, A. (1996). Síndrome de fibromialgia: características clínicas de las pacientes españolas. *Revista Española de Reumatología*, 23, 76-82.
- Bennett, R. M., Clark, S. R., Goldberg, L., Nelson, D., Bonafede, R. P., Porter, J. (1989). Aerobic fitness in patients with fibrositis. A controlled study of respiratory gas exchange and xenon clearance from exercising muscle. *Arthritis Rheumatology*, 32, 454-460.
- Bennett, R. M. (1993). A multidisciplinary approach to treating fibromyalgia. En H. Vaeroy, H. Merskey. (Eds.), *Pain Research and Clinical Management in fibromyalgia and myofascial pain* (Vol.6, pp.393-410). Amsterdam: Elsevier.
- Bennett, R. M., Burckhardt, C. S., Clark, S. R., O'Reilly, C. A., Wiens, A. N., Campbell, S. M. (1996). Group treatment of fibromyalgia: a 6 month outpatient program. *Journal of Rheumatology*, 23 (3), 521-528.
- Boissevain, M. D., McCain, G. A. (1991). Toward an integrated understanding of fibromyalgia syndrome. II. Psychological and phenomenological aspects. *Pain*, 45, 239-248.
- Burckhardt, C. S., Clark, S. R., Bennett, R. M. (1991). The fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and validation. *The Journal of Rheumatology*, 18 (5), 728-733.

- Buskila, D., Neumann, L.** (1996). Assessing functional disability and health status of women with fibromyalgia: validation of a Hebrew version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *The Journal of Rheumatology*, 23 (5), 903-906.
- Cathebras, P., Lauwers, A., Rousset, H.** (1998). Fibromyalgia: A Critical Review. *Ann Medicine Interne*, 149 (7), 406-414.
- Celiker, R., Borman, P., Öktem, F., Gökçe-Kutsal, Y., Basgöze, O.** (1997). Psychological disturbance in Fibromyalgia: relation to pain severity. *Clinical Rheumatology*, 16 (2), 179-184.
- Clark, S., Campbell, S. M., Forehand, M. E., Tindall, E. A., Bennett, R. M.** (1985). Clinical characteristics of fibrositis. II. A 'blinded', controlled study using standard psychological test. *Arthritis Rheumatology*, 28, 132-137.
- Cleland, C. C.** (1989). Brief Pain Inventory BPI-SP (Spanish version), Pain Research Group, Department of Neurology, University of Wisconsin-Madison.
- Dailey, P. L., Bishop, G. D; Russell, J., Fletcher, E. M.** (1990). Psychological stress and the Fibrositis/Fibromyalgia Syndrome. *Journal of Rheumatology*, 17 (10), 1380-1385.
- Derogatis, L. R.** (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual* (3rd ed.) Minneapolis.
- Dunkl, P. R., Taylor, A. G., McConnell, G. G., Alfano, A. P., Conaway, M.R.** (2000). Responsiveness of fibromyalgia clinical trial outcome measures. *The Journal of Rheumatology*, 27 (11), 2683-2691.
- Esteve-Vives, J., Batlle-Gualda, E., Reig, A.** (1993). Spanish version of the Health Assessment Questionnaire: reliability, validity and transcultural equivalency. *The Journal of Rheumatology*, 20 (12), 2116-2122.
- Ferraccioli, G., Ghirelli, L.** (1987). EMG-biofeedback training in fibromyalgia syndrome. *The Journal of Rheumatology*, 14, 820-825.
- Fitzcharles, M.A., Esdaile, J.M.** (1997). Nonphysician practitioner treatments and fibromyalgia syndrome. *The Journal of Rheumatology*, 24, 937-940.
- Goldenberg, D.** (1987). Fibromyalgia syndrome. An emerging but controversial condition. *JAMA*, 257, 2782-2787.
- Goldenberg, D.** (1989). Treatment of fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin N Am*, 15, 61-71.
- Goldenberg, D., Kaplan, K. H., Nadeau, Mg., Brodeur, C., Smith, S., Schmid, C. H.** (1994). A controlled study of a stress-reduction, cognitive behavioral treatment program in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2 (2), 53-66.
- Goldenberg, D., Mossey, C. J., Schmid, C. H.** (1995). A model to assess severity and impact of fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 22 (12): 2313-2318.

- Goldenberg, D., Mayskiy, M., Mossey, C., Ruthazer, R., Schmid, C. (1996). A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheumatism*, 39, 1852-1859.
- Harding, S. M. (1998). Sleep in fibromyalgia patients: subjective and objective findings. *American Journal Medicine Science*, 315 (6), 367-76.
- Hedin, P. J., Hamne, M., Burckhardt, C. S., Engstrom-Laurent, A. (1995). The fibromyalgia Impact Questionnaire, a Swedish translation of a new toll for evaluation of the fibromyalgia patient. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 24 (2): 69-75.
- Horven, S. (1996). Fibromyalgia outcome: the predictive values of symptom duration, physical activity, disability pension, and critical life events. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (1), 235-243.
- Horven, S., Stiles, T. C., Vogel, P. A. (1996). Effects of Aerobic exercise versus stress management treatment in fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 25: 77-86.
- Hudson, J., Pope, H. G. (1989). Fibromyalgia and psychopathology: Is fibromyalgia a form of affective spectrum disorder? *Journal of Rheumatology*, 16 (19), 15-22.
- Hudson, J., Goldenberg, D., Pope, H. G., Keck, P. E., Schlesinger, L. (1992). Comorbidity of Fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *American Journal of Medicine*, 92, 363-367.
- Hudson, J. I., Hudson, M. S., Pliner, L, F. (1985). Fibromyalgia and major affective disorder: A controlled phenomenology and family history study. *American Journal of Psychiatry*, 142, 441-446.
- Krag, N. J., Norregard, J., Larsen, J. K., Danneskiold-Samsoe, B. (1994). A blinded, controlled evaluation of anxiety and depressive symptoms in patients with fibromyalgia, as measured by standardized psychometric interview scales. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, 370-375.
- Landro, N. I., Stiles, T. C., Sletvold, H. (1997). Memory Functioning in Patients with Primary Fibromyalgia and Depression on Healthy Controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 297-306.
- Mannerkorpi, K., Ekdahl, C. (1997). Assessment of functional limitation and disability in patients with fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 26, 4-13.
- Martin, L., Nutting, A., MacIntosh, B. R., Edworthy, S. M., Butterwick, D., Cook, J. (1996). An exercise program in the treatment of fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 23, 1050-1053.
- Martín, L. M., Doutón, R., Rojo, J. E. (1997). Sistema osteomuscular. En J. E. Rojo, E. Cirera. (Eds.), *Interconsulta psiquiátrica*, (pp. 311-322). Barcelona: Masson.

- Martín, M^a .J., Luque, M., Solé, P., Mengual, A., Granados, J.** (2000). Aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 27, 12-18.
- Martínez, J. E., Ferraz, M. B., Fontana, A. M., Atra, E.** (1995). Psychological aspects of Brazilian women with fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (2), 167-174.
- Masi, A. T., Ynus, M. B.** (1990). Fibromialgia - which is the best treatment? A personalized, comprehensive, ambulatory, patient-involved management program. *Clinical Rheumatology*, 4, 333-70.
- McCain, G. A., Bell, D. A., Mai, F. M., Halliday, P. D.** (1988). A controlled study of the effects of a supervised cardiovascular fitness training program on the manifestations of primary fibromyalgia. *Arthritis Rheumatology*, 31, 1135-1141.
- Meenan, R. F., Gertman, P. M., Mason, J. H.** (1980). Measuring health status in arthritis: the Arthritis Impact Measurement Scales. *Arthritis Rheumatology*, 23, 146-152.
- Nielson, W. R., Walker, C., McCain, G. A.** (1992). Cognitive behavioural treatment of fibromyalgia syndrome: Preliminary findings. *Journal of Rheumatology*, 19, 98-103.
- Offenbaecher, M., Waltz, M., Schoeps, P.** (2000) Validation of a German version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-G). *Journal of Rheumatology*, 27 (8), 1984-1988.
- Pastor, M. A.** (1992). Determinantes psicosociales del dolor crónico en pacientes con fibromialgia. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Alicante.
- Pastor, M. A., Salas, E., López, S., Rodríguez, J., Sánchez, S., Pascual, E.** (1993). Patient beliefs about their lack of pain control in primary fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 32, 484-489.
- Pastor, M. A., López, S., Rodríguez, J., Juan, V.** (1995). Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y fibromialgia. *Psicothema*, 7 (3), 627-639.
- Pergiacomi, G., Blasetti, P., Berti, C., Ercolani, M., Cervini, C.** (1989). Personality pattern in reumatoid arthritis and fibromyalgic syndrome. Psychological investigation. *Journal of Rheumatology*, 48, 288-293.
- Pincus, T., Summey, J. A., Soraci, S. A., Wallston, K. A., Hummon, N. P.** (1983). Assessment of patient satisfaction in activities of daily living using a modified Stanford health assessment questionnaire. *Arthritis Rheumatology*, 26, 1346-1353.
- Reilly, P. A., Littlejohn, G. O.** (1992). Peripheral arthralgic presentation of fibrositis/fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 19, 281-283.

- Rodríguez-Parra, M. J., Esteve, R., López, A.E. (2000). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y modificación de conducta*, 107 (26), 391-418.
- Ruiz, R., Muñoz, M., Pérula de Torres, L., Aguayo, M. A. (1997). Biopsychosocial features of patients with widespread chronic musculoskeletal pain in family medicine clinics. *Family Practice*, 14 (3), 242-248.
- Smythe, H. A. (1979). Non-articular rheumatism and psychogenic musculoskeletal syndromes. En D. J. McCarty, (Ed.), *Arthritis and Allied Conditions* (pp. 881-891). Philadelphia: Lea and Febiger.
- Valdés, M. (1997). El dolor. En J. E. Rojo, E. Cirera, (Eds.), *Interconsulta psiquiátrica* (pp.461-468). Barcelona: Masson.
- van Houdenhove, B., Vasquez, G., Neerinckx, E. (1994). Tender points or tender patients? The value of psychiatric in depth interview for assessing and understanding psychopathological aspects of fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 13 (3), 470-474.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennet, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. (1990). The American College of Rheumatology, criteria for the classification of fibromyalgia: report multicenter criteria committee. *Arthritis Rheumatology*, 34, 160-172.
- Yunus, M., Masi, A. T., Calabro, J. J., Miller, K.A., Feigenbaum, S. L. (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheumatology*, 11, 151-71.
- Yunus, M. B., Ahles, T. A., Aldag, J. C., Masi, A. T. (1991). Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis Rheumatology*, 34, 15-21.

ANEXO ítems del FIQ
(Fibromyalgia Impact Questionnaire)

- 1- Es Usted capaz de:
 - Ir de compras
 - Lavar y tender la ropa
 - Preparar la comida
 - Lavar a mano platos y otros utensilios
 - Limpia el suelo
 - Hacer la cama
 - Pasear por el barrio
 - Visitar a amigos y familiares
 - Hacer trabajos ligeros de casa
 - Conducir

- 2- Durante los últimos 7 días ¿Cuántos se ha encontrado bien?

- 3- ¿Cuántos días de la semana pasada faltó al trabajo debido a la fibromialgia? (Si no realiza ningún trabajo fuera de casa, deje esta pregunta en blanco)

- 4- Si fue a trabajar ¿en qué grado el dolor o los síntomas de la fibromialgia interfirieron en la realización de su trabajo?

- 5- ¿Qué intensidad de dolor ha sentido?

- 6- ¿Qué grado de cansancio ha sentido?

- 7- ¿Cómo se siente cuando se levanta por la mañana?

- 8- ¿Qué grado de rigidez ha tenido?

- 9- ¿Se ha sentido tenso, nervioso o ansioso?

- 10- ¿Se ha sentido deprimido o triste?