

MÁSTER PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

TRABAJO FIN DE MÁSTER



UNIVERSIDAD DE JÁEN

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Ansiedad y Percepción del Dolor en Fibromialgia.

Alumna: Gloria Ruiz Sandoval

Tutora: Ángeles Pulgar Buendía

Febrero, 2016

INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN	4
1. FIBROMIALGIA.....	4
1.1. Historia.....	4
1.2. Definición.....	4-5
1.3. Epidemiología.....	5-6
1.4. Etiología.....	6-8
1.5. Características Clínicas de la Fibromialgia.....	8-11
1.6. Evaluación.....	12
1.7. Diagnóstico.....	12-13
1.8. Tratamiento.....	14-15
1.9. Ajuste Emocional y Expectativas de Autoeficacia en Fibromialgia.....	16-17
1.10. Calidad del Sueño y Dolor en Fibromialgia.....	17-18
1.11. Impacto de la Fibromialgia en la Calidad de Vida.....	18-19
1.12. Fibromialgia y Alteraciones en el estado de ánimo	19-20
2. JUSTIFICACIÓN.....	21
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	22
4. PARTICIPANTES.....	23
4.1. Selección de la Muestra.....	23
4.2. Descripción de la Muestra.....	23
5. DISEÑO.....	24
6. PROCEDIMIENTO.....	24-25
7. METODOLOGÍA.....	25
7.1. INSTRUMENTOS.....	25
7.1.2. Cuestionario de Salud SF-36.....	25-26
7.1.3. Cuestionario del Dolor McGill (MPQ).....	26-27
7.1.4. Escala de Autoestima de Rosenberg	27
7.1.5. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD).....	27-28
7.1.6. Calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI).....	28-29
7.1.7. Índice de Dolor Generalizado y Escala de Gravedad de los Síntomas.....	29
7.1.8. Cuestionario de Impacto de Fibromialgia FIQ-S.....	30
7.1.9. Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes.....	30-31
8. ANALISIS DE DATOS.....	31
9. RESULTADOS.....	31
9.1.1. Variables sociodemográficas y Nivel de Ansiedad.....	31-32
9.1.2. Calidad de Vida relacionada con la salud y Nivel de Ansiedad.....	32
9.1.3. Sintomatología Dolorosa y Nivel de Ansiedad.....	33
9.1.4. Calidad del Sueño y Nivel de Ansiedad.....	33-34
9.1.5. Eventos Vitales Estresantes y Nivel de Ansiedad.....	34
10. DISCUSIÓN.....	35-37
11. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	37-38
12. LINEAS FUTURAS DE ACTUACIÓN.....	38
13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	38-48
14. ANEXOS.....	49
14.1. Instrumentos Utilizados.....	49-61
14.2. Consentimiento Informado.....	62
14.3. Solicitud de Comisión Ética	

.....	64-65
14.5. Autorización para la Publicación de Trabajos Fin de Máster en TAUJA.....	66-67

Ansiedad y Percepción del Dolor en Fibromialgia.

Ángeles Pulgar Buendía y Gloria Ruiz Sandoval.

Universidad de Jaén.

Resumen

La Fibromialgia es una enfermedad, cuya evolución y desarrollo cursa con dolor crónico, estrechamente relacionada con trastornos psicológicos, siendo uno de los más frecuentes la ansiedad. Su tratamiento es difícil y complejo. Las causas de dicha asociación no son bien conocidas, pero se han realizado numerosos estudios en los que se intenta explicar dicha relación. El objetivo del presente estudio, es reflejar la asociación existente entre la Fibromialgia, los niveles de ansiedad y si estos afectan en la percepción del dolor. Para ello, se han comparado las respuestas de ansiedad de un grupo de 22 pacientes con diagnóstico de Fibromialgia de la ciudad de Jaén, evaluándose la ansiedad y otras variables asociadas a dicha enfermedad, tales como el estado de ánimo depresivo, autoestima, calidad de vida, dolor percibido, calidad del sueño, impacto de la enfermedad y eventos vitales estresantes, mediante el uso de diferentes instrumentos de evaluación específicos para ello. Los resultados indican la existencia de un perfil ansioso, observándose en aquellas personas con niveles superiores en ansiedad una percepción del dolor más intensa.

Fibromyalgia is a disease whose evolution and development presents with chronic pain, closely related to psychological disorders, one of the most common anxiety. Treatment is difficult and complex. The causes of this association are not well understood, but numerous studies have been conducted in which attempts to explain the relationship. The aim of this study is to reflect the association between fibromyalgia, anxiety levels and whether they affect the perception of pain. To do this, we have compared the anxiety responses of a group of 22 patients diagnosed with fibromyalgia city of Jaen, evaluating anxiety and other variables associated with the disease, such as depressed mood, self-esteem, quality of life, perceived pain, sleep quality, impact of the disease and stressful life events, using different assessment tools specific to it. The

results indicate the existence of an anxious profile observed in those with higher anxiety levels in a perception of intense pain.

INTRODUCCIÓN

1. FIBROMIALGIA

1.1. Historia

Atendiendo exclusivamente a su etimología, se puede deducir suficiente información sin conocer mucho acerca de la enfermedad, de esta forma, en 1976, Hensch propuso que el término fibromialgia, provenía de la raíz fibro (fibra), myo (músculo), algos (dolor) e ia (condición), para resaltar la importancia de los fenómenos dolorosos y la ausencia de datos inflamatorios (Casanueva, B., 2007).

Actualmente, se trata de una enfermedad reconocida por la Organización Mundial de la Salud (desde 1992), en el II congreso Mundial de Dolor Miofascial y Fibromialgia celebrado en Copenhague, en el cual se emitió un documento oficial sobre Fibromialgia, conocido como la declaración de Copenhague (Quintner, 1992). En este documento se sintetizaron los resultados del panel de expertos internacionales de acuerdo con las decisiones tomadas. En 1993 la OMS tipificó la enfermedad en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) con el código M79.0 (Reumatismo, inespecífico).

También ha sido reconocida en 1994 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (I.A.S.P.) y clasificada dentro del grupo de Síndromes Relativamente Generalizados en su apartado 9 como Síndrome de dolor Miofascial difuso con el código X33 X8a, resultando, por tanto, una enfermedad universalmente aceptada (Casanueva, 2007).

1.2. Definición

Si se trata de buscar una definición, para encuadrar esta enfermedad, se podría comenzar por decir que la Fibromialgia (FM), hoy en día es considerada como un Síndrome (SFM). Esta enfermedad, se ha observado que se caracteriza por la presencia de un Dolor Músculo-Esquelético, el cual se produce de una forma peculiar y característica, que ha hecho que se pueda acotar de forma más específica dicha enfermedad, permitiendo de este modo un diagnóstico más preciso y estable, debido a

esto y a la gran cantidad de observaciones que se han hecho de los pacientes que padecen esta enfermedad, es posible afirmar que dicho dolor se refleja de forma generalizada, difusa y crónica, tratándose este de un dolor de origen no articular, que como cabe imaginar, no es la única característica visible de esta enfermedad, ya que es posible observar en ella una combinación de varios síntomas, como puede ser la presencia de dolor ante una determinada presión ejercida en múltiples puntos dolorosos, que se encuentran a su vez asociados a un bajo umbral para el dolor, en esta línea también es necesario destacar, que se produce una cierta fatiga crónica, rigidez matutina, así como ciertos trastornos en la calidad del sueño y alteraciones emocionales en el estado de ánimo, destacando sobre todo en este aspecto síntomas ansiosos-depresivos, este conjunto de variables son las que definen de forma general a la Fibromialgia.

Por otra parte, Casanueva (2007) refleja la definición de Goldenberg como un síndrome caracterizado por dolor músculo esquelético generalizado, difuso y crónico, en el que se demuestra dolor en puntos característicos denominados puntos dolorosos o “tender points”, sin evidencia de sinovitis o miositis, con datos exploratorios de laboratorio y radiológicos irrelevantes y en el que existen hallazgos de utilidad diagnóstica pero no esenciales para el mismo, entre los que se incluyen fatiga, alteraciones del sueño, cefalea, síndrome del colon irritable, parestesias, ansiedad y depresión.

1.3. Epidemiología

En relación con su epidemiología se ha podido observar una prevalencia estimada de Fibromialgia en los países desarrollados de entre el 1% y el 4% (Clawn, 2001).

Si se revisa la literatura acerca de esta enfermedad, es posible encontrar diversos estudios que hablan de su prevalencia e impacto en la población. Según el estudio EPISER, de la Sociedad Española de Reumatología sobre la prevalencia e impacto de las enfermedades reumatológicas en población adulta española, y siguiendo los criterios de clasificación de la ACR se puede afirmar que la Fibromialgia es una enfermedad frecuente en España con una prevalencia del 2,4% de la población general mayor de 20 años. Esto supone que más de 700.000 pacientes en España están afectados por este síndrome (Carmona, Ballina, Gabriel y Laffon, 2001).

En relación con su prevalencia por sexos se estima que aparece entre las mujeres con un 4,2% frente a un 0,2% en los varones, observándose por tanto una relación mujer: varón de 21:1. Sin embargo no se encuentran diferencias tan marcadas en cuanto a la mayor prevalencia en el sexo femenino, cuando se comparan los datos que afectan a la población infantil y juvenil (Reid, Lang y McGrath, 1997).

En cuanto a las observaciones encontradas por grupos de edad, la Fibromialgia aparece con una prevalencia entre los 40 y 49 años, siendo infrecuente que se produzca en personas que superan los 80 años de edad.

Estos datos, hacen posible tener una idea general, acerca del impacto que supone esta enfermedad en la población.

1.4. Etiología

En la actualidad la falta de identificación de mecanismos fisiopatológicos hace que siga existiendo desconocimiento acerca de su etiología. Sin embargo, cada vez existen mayor número de investigaciones que con sus hallazgos tratan de esclarecer ofreciendo importante información sobre los posibles mecanismos que actúan en la Fibromialgia.

Partiendo del documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia (Rivera et al., 2006), se presenta a continuación un resumen de estos:

Historia Clínica y Familiar

Se ha observado que el riesgo de padecer la enfermedad entre los familiares de pacientes con Fibromialgia es 8,5 veces mayor que en otras poblaciones (Arnold et al., 2004).

En relación con las familias, parece encontrarse que el estado de salud general y los factores psicológicos son semejantes en los sujetos con y sin Fibromialgia, lo que hace pensar que puede haber una base genética que contribuya a la aparición de la enfermedad.

En este sentido, hay indicios de que algunos fenotipos genéticos es posible encontrarlos de forma más frecuentes en el Síndrome Fibromiálgico, como es el caso

del gen que regula la expresión de la enzima catecol-o-metil-transferasa o el gen regulador de la proteína transportadora de la serotonina.

Existen también factores comunes que comparten estas personas y que podrían actuar por tanto como predisponentes a la enfermedad, entre estos destacan: Antecedentes de situaciones traumáticas en la infancia, trastornos del estado de ánimo y/o trastornos de ansiedad.

Factores Neurológicos

Cuando se observan las biopsias se han encontrado diversas alteraciones morfológicas y funcionales de músculo y de tejidos blandos en estos pacientes.

Existen además evidencias de alteraciones en el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal (HHA) que, a su vez, podría ser origen de algunos trastornos observados en estos pacientes, pero no se sabe muy bien si es causa o efecto de la Fibromialgia.

Un hallazgo más consistente es la disfunción del sistema nervioso autónomo, que explicaría satisfactoriamente algunas de las manifestaciones clínicas frecuentes. Aun así, tampoco está claro si esta disfunción es la consecuencia de una alteración de los neuromoduladores del SNC.

Factores Inflamatorios y Autoinmunitarios

En relación con los factores inflamatorios y autoinmunitarios se han encontrado grandes concentraciones de citocinas, receptores solubles, péptidos proinflamatorios, reactantes de fase aguda y anticuerpos presentes en algunos pacientes con Síndrome Fibromiálgico, lo que apunta hacia la posibilidad de un proceso inflamatorio o autoinmunitario en la Fibromialgia.

Últimos hallazgos

Datos recientes indican que estos pacientes tienen un umbral más bajo y necesitan estímulos de menor intensidad para provocarles dolor. Debido a una posible alteración de los mecanismos de procesamiento del dolor, probablemente mediada por un desequilibrio en los neuromoduladores del SNC.

Además, las técnicas de neuroimagen aportan información acerca de una disminución de flujo sanguíneo cerebral en ciertas zonas, como las áreas frontales y

dorso laterales de ambos hemisferios, el tálamo, la cabeza del núcleo caudado, el tegmento pontino inferior, el córtex parietal superior y elgyrus rectalis.

Uno de los hallazgos más consistentes en los estudios sobre la Fibromialgia ha sido un incremento de la sustancia P en el líquido cefalorraquídeo. Este péptido favorece la transmisión de los estímulos dolorosos. También se han hallado alteraciones en la presencia de otros neurotransmisores cerebrales, como la serotonina, la noradrenalina, la encefalina y el ácido gamma-amino-butírico. En la actualidad, el significado de estas alteraciones centra la mayor parte de las investigaciones sobre la etiopatogenia de la Fibromialgia.

1.5.Características Clínicas de la Fibromialgia.

Si se observan las características clínicas de la enfermedad una a una y el conjunto de síntomas que la engloban, es posible que permita entender y delimitar de forma más precisa la enfermedad para su diagnóstico, observando además con ello el alcance que puede tener para quienes la padecen.

El Síndrome de Fibromialgia se presenta con una gran cantidad de síntomas y signos que lo caracterizan: Dolor Crónico Difuso, Fatiga, Alteraciones del sueño, Síntomas sensoriales, Motores y Vegetativos, Síntomas Neurológicos, Síntomas Afectivos y Síntomas Músculo Esqueléticos.

Dolor Crónico

El Dolor generalizado se encuentra como el síntoma principal, es el que define la enfermedad y está presente en todos los casos.

Las personas que padecen Fibromialgia experimentan un dolor que puede ser caracterizado por abarcar de forma general todo el cuerpo o a la mitad de este (parte derecha o izquierda, por encima o por debajo de la cintura...) sin poder referirlo adecuadamente a zonas concretas o metaméricas por lo que es difuso con preferencias ocasionales por determinadas áreas. Así pues, la presencia de dolor generalizado en la columna vertebral y en los miembros es el dato que predomina en la mayoría de los pacientes, por lo que las zonas que se han encontrado clínicamente con mayor dolor subjetivo son específicamente, la región lumbar, cervical, hombros, caderas, rodillas, manos y pared torácica, y en menor medida codos, tobillos y muñecas. El dolor se

produce sobre estructuras musculares (músculos paraespinales, trapecios, elevadores escápula, cuadrado lumbar, glúteos, etc.) y acompañándose de tensión o contracturas de estos músculos (Casanueva, 2007).

Se trata de un dolor continuo, que se experimenta en forma de tirantez o agarrotamiento, variable en intensidad (de intenso a insoportable), que va cambiando a lo largo del día (intenso al levantarse, mejora a medida que avanza el día y vuelve a empeorar a la tarde-noche). Existiendo factores que lo pueden intensificar tales como, mantener una misma posición, cargar peso, inquietud o nerviosismo e incluso los cambios en el tiempo (Rivera et al., 2006).

Fatiga

La fatiga, es más habitual que se dé al levantarse o al finalizar el día, antes de que se produzca el dolor o al mismo tiempo que se da este, incluso puede encontrarse en forma de crisis que duren uno o dos días. Algunas personas aun tratándose de la misma enfermedad, presentan un síndrome de fatiga crónica que no mejora, y que predomina por encima del dolor que se padece (Wolfe, Hawley y Wilson, 1996).

Alteración del Sueño

Las alteraciones del sueño (dificultad para conciliarlo, sueño agitado, superficial, entrecortado, pocas horas seguidas de sueño...) son características también en estos pacientes y como los síntomas anteriores también se observan variaciones de un caso a otro, a veces se puede producir por tener problemas para dormir como consecuencia del dolor que se presenta o despertarse varias veces en la noche a consecuencia de la aparición de este, haciendo que el sueño, por tanto, no sea reparador generalmente para estas personas, lo que les lleva a tener la sensación de no haber descansado. Además, parece correlacionar con la percepción del dolor que tiene el paciente. En general la existencia de un sueño no reparador se presenta entre el 80% y el 100% de los casos (Casanueva, 2007).

Rizzi et al. (2004) encontraron que la microestructura del sueño se encuentra afectada debido a la experiencia del dolor reduciendo de este modo la eficiencia del sueño, produciendo un sueño más ligero, con patrones de ciclos alternativos y respiraciones irregulares.

En este sentido, los resultados del estudio de Nicassio, Moxham, Schuman y Gevirtz (2002) señalan la importancia de la calidad del sueño como variable moduladora en la Fibromialgia, encontrando que el dolor del día anterior y la calidad del sueño por la noche predice la fatiga del día siguiente.

Síntomas Sensoriales, Motores y Vegetativos

También suelen experimentar síntomas tales como, sensación de hormigueos en manos o piernas y cierta intolerancia al ruido. Principalmente por la mañana al levantarse, sobre todo en las manos al realizar movimientos, con sensación de hinchazón, otras veces los pacientes padecen parestesias difusas, de predominio distal y sin causa correlacional.

La rigidez está presente habitualmente y puede afectar a diversas regiones, sobre todo en la columna cervical, región lumbar y caderas (Yunus, Masi y Aldag, 1989). Se ha observado que hay cierta ritmicidad en cuanto a la intensidad de la rigidez, siendo en la mayoría de los casos más acusada por la mañana y por la tarde- noche (Casanueva, 2007).

Con respecto a la sensación de hinchazón, a menudo, la mitad de los casos se queja de sensación de hinchazón frecuentemente en manos (Casanueva, 2007).

Las parestesias difusas y el entumecimiento de manos y pies, crónico o recurrente suele afectar a las zonas distales de los miembros superiores y en ocasiones se relaciona con el comienzo de la enfermedad (Simms y Goldenberg, 1988).

Síntomas Neurológicos

Las cefaleas, ya sean de tipo difuso o tensional, son habituales y se suelen relacionar directa o indirectamente con espasmo cervical y tensión muscular o con dolor occipital. Se presentan de manera habitual en el 80% de los casos (Gómez- Argüelles y Anciones, 2009).

También se ha encontrado una elevada prevalencia de migraña en los pacientes con fibromialgia, caracterizada por crisis de cefalea pulsátil uni o bilateral, que suele ir

asociada a fotofobia y síntomas viscerales, náuseas o vómitos (Marcus, Bernstein y Rudy, 2005).

Se puede observar, cuando el paciente experimenta mayor dolor, que existe una pequeña merma en la atención, puesto que se distraen con más facilidad, así como en la memoria más reciente y en encontrar la palabra adecuada en el desarrollo de conversaciones. A pesar de ello no se alteran otras funciones superiores (Gómez-Argüelles y Anciones, 2009).

Síntomas Afectivos

Se producen alteraciones emocionales del estado de ánimo tales como ansiedad, depresión o distimia, a consecuencia del dolor y cuya gravedad dependerá en gran medida de la incapacidad que produzca la enfermedad.

Por ello, se llega a la conclusión de que la Fibromialgia no es un diagnóstico homogéneo, sino que muestra proporciones variables de comorbilidad entre ansiedad y depresión, dependientes de las características psicosociales de los pacientes, demostrando la importancia de no evaluar solo el dolor difuso y el número de puntos dolorosos, sino también las alteraciones afectivas, enfocando el tratamiento tanto en la disfunción física como en la emocional (Thieme, Turk, y Flor, 2004).

Esta idea se hace patente en el documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la Fibromialgia que entiende la enfermedad como la suma de diferentes subtipos clínicos, con características sintomáticas específicas y necesidades terapéuticas distintas (Miquel et al., 2010).

Síntomas Músculo- Esqueléticos

Se observa que, con frecuencia, la enfermedad se presenta inicialmente con dolor articular periférico, fundamentalmente en manos y muñecas. En un estudio sobre las características clínicas de pacientes diagnosticados de fibromialgia, un 49,2% se quejaban de múltiples artralgiás o dolores articulares (Xie y Ye, 1997). Parece ser que las artralgiás crónicas podrían considerarse un rasgo de la Fibromialgia (Casanueva, 2007).

Otros síntomas

Además de todos estos síntomas mencionados, cabe destacar que se ha encontrado en una alta proporción de personas que padecen Fibromialgia Síndrome de colon irritable y dispepsia funcional, pareciendo indicar un mecanismo patogénico común en estas personas para estos problemas endocrinos.

1.6. Evaluación

Para la evaluación inicial de un enfermo con Fibromialgia se recomienda seguir los siguientes apartados: (Rivera et al., 2006).

1. Anamnesis de los síntomas del enfermo, la interferencia con su vida personal, familiar y laboral, y las exigencias socio-laborales.
2. Evaluación de los factores psicológicos y psiquiátricos
3. Identificar los factores agravantes y la comorbilidad asociada
4. Examen físico: general, del aparato locomotor, neurológico, cardíaco, respiratorio, autonómico y endocrino
5. Laboratorio. No existe ningún examen específico para la Fibromialgia. Sin embargo, es importante estudiar la existencia de otros cuadros clínicos que puedan producir síntomas similares o complicar su evolución.
6. Pruebas de imagen. No hay ninguna prueba específica que ayude al diagnóstico, aunque es importante descartar aquellas enfermedades concomitantes.

1.7. Diagnóstico

Los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología 1990 para el Síndrome de Fibromialgia son:

1. Historia de dolor generalizado de más de 3 meses de duración, de forma continua, en ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura y dolor en el esqueleto axial, raquis cervical o tórax anterior.

2. Dolor a la palpación de al menos 11 de los 18 puntos simétricos siguientes: occipital, cervical bajo, trapecio, supraespinoso, segundo espacio intercostal en la unión conostocondral, epicóndilo, glúteo, trocánter mayor y rodilla (figura 1). El criterio para la palpación digital establece que debe ser realizada con una fuerza de 4 kilogramos. Para que un “punto gatillo” pueda ser considerado como positivo en el examen físico, el sujeto debe indicar que la palpación de este fue dolorosa.

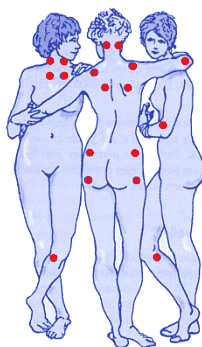


Figura 1. Descripción de los 18 “puntos gatillo”

Este dolor, se produce debido a que este tipo de pacientes presentan un umbral disminuido para el dolor, que se refleja de forma amplia tras la exploración.

Actualmente, se asumen además los nuevos criterios diagnósticos para la Fibromialgia de la ACR 2010. Según señala Wolfe et al., 2010 estos nuevos criterios serían los que se presentan a continuación:

1. Índice de dolor generalizado (WPI) y escala de severidad de los síntomas (SS Score). Las puntuaciones han de ser $WPI \geq 7$ y $SS \geq 5$ o bien $WPI 3-6$ y $SS \geq 9$ para ser considerado diagnóstico de fibromialgia.
2. Los síntomas han de estar presentes, en un nivel similar, durante los últimos tres meses.
3. El enfermo no tiene otra patología que pueda explicar el dolor.

Los criterios establecidos por el ACR 1990, no son útiles para el seguimiento cronológico de los pacientes; además puede hacer que erróneamente dejen de cumplirse los criterios requeridos para el diagnóstico debido a la pérdida de un punto o área dolorosa por cualquier razón o incluso por una mejoría sintomática (Fitzcharles et al., 2003).

Por lo tanto, se podría decir que los criterios del ACR 2010 son superiores y resultan fáciles de aplicar en la medida que constituyen una manera simple de evaluar el estado de salud general en pacientes con Fibromialgia. Además, permiten descubrir una depresión concomitante y detectar el Síndrome de Fibromialgia en pacientes que tienen otras enfermedades. De todos modos, hasta que se lleven a cabo estudios comparativos, es conveniente utilizar ambos criterios diagnósticos sin omitir el examen físico (Wolfe et al., 2010).

1.8. Tratamiento

Dadas las características del Síndrome de Fibromialgia, resulta complicado establecer un tratamiento único y definitivo. Por lo tanto, en relación con el tipo de tratamiento que se suele aplicar dependerá mucho del caso individualizado de la persona con Fibromialgia, destacando en estos tratamientos el carácter preventivo de algunos síntomas y paliativo de otros, no existiendo un tratamiento establecido de forma general para esta enfermedad.

En la mayoría de los casos el tratamiento es multidisciplinar, siendo los principios básicos que lo componen: la psicoeducación, el tratamiento farmacológico, la realización diaria de ejercicio físico moderado y el tratamiento psicológico. En relación con estos datos se ha encontrado que existe una gran certeza de que la combinación de tratamiento psicológico y ejercicio físico reduce el impacto global de la Fibromialgia en la vida de los pacientes (Goldenberg, Burchhardt, y Crofford, 2004., Nishishinya, Rivera, Alegre, Pereda, y Carbonell, 2006).

Por otra parte, según se ha podido observar en revisiones actuales parece que existen fuertes evidencias de que el tratamiento multimodal disminuye de manera significativa, a corto plazo, la sintomatología dolorosa, la fatiga, las alteraciones emocionales depresivas, las limitaciones de salud relacionadas con la calidad de vida y mejora la autoeficacia para afrontar el dolor, mejorando además la buena forma física. El incremento de esta última variable se mantiene a largo plazo (Häuser, Bernardy, Arnold, Offenbächer, y Schiltenswolf, 2009).

En la misma línea, las estrategias terapéuticas establecidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) son las siguientes:

Tratamiento Farmacológico

No existe en la actualidad un medicamento para el tratamiento de la Fibromialgia aprobado por la Agencia Europea del Medicamento, pero, según la revisión de la SER (Alegre, Pereda, Nishishinya y Rivera, 2005), se recomienda en el tratamiento inicial: analgésicos (Paracetamol, Tramadol o ambos), inductores del sueño/relajantes (Amitriptilina, Ciclobenzaprina, Zolpidem o Zoplicona), antidepresivos (Fluoxetina) y ansiolíticos (Alprazolam y otras benzodiacepinas).

Psicoeducación

El paciente, así como sus familiares, deben ser informados sobre las características del síndrome, tratamiento y pronóstico. Potenciando en la medida de lo posible la confianza en los profesionales y la motivación en la adherencia al tratamiento.

Tratamiento Rehabilitador y Físico

El tratamiento está dirigido fundamentalmente a disminuir la hipertonía muscular y conseguir relajación. Debe ser individualizado y adaptado al paciente. Los métodos utilizados habitualmente son: ejercicio físico aeróbico supervisado, crioterapia local, termoterapia, masoterapia y TENS (estimulación eléctrica transcutánea nerviosa) de baja frecuencia. De todos, el de mayor evidencia de efectividad es el ejercicio físico (Johnson, 2008).

Tratamiento Psicológico.

Su objetivo es controlar los aspectos emocionales de la ansiedad y la depresión, cognitivos, conductuales y sociales, que agravan el cuadro clínico de los pacientes con Fibromialgia (Rivera et al., 2006).

Dentro de los tratamientos psicológicos, basados en la evidencia de la American Psychological Association para el dolor asociado a la enfermedad reumatológica, se encuentra la Terapia Cognitivo-Conductual (Johnson, 2008).

Según un reciente metaanálisis (Glombiewski et al., 2010) los efectos de los tratamientos psicológicos son prometedores y comparables con los efectos a corto plazo de la medicación para la Fibromialgia y de otros tratamientos. Los efectos a largo plazo indican que también son favorables en cuanto a una reducción de la depresión y de la intensidad del dolor en los pacientes con Fibromialgia. Los tratamientos psicológicos significativamente más eficaces, según este estudio, son la Terapia Cognitiva

Conductual y la Relajación con Biofeedback. Otros datos también indican que es importante que se acompañe con información al paciente y ejercicio físico suave con estiramientos, por su efectividad en el bienestar del sujeto con Fibromialgia (Miquel et al., 2010).

1.9. Ajuste Emocional y Expectativas de Autoeficacia en Fibromialgia

De las diferentes variables que influyen en la experiencia de dolor crónico, dentro de las variables psicológicas y más concretamente de las cognitivas, las expectativas de autoeficacia han demostrado cumplir un papel importante.

Partiendo de la teoría del aprendizaje social propuesta por Bandura (1977) se entiende que considerarse con capacidad para realizar diferentes actividades influye en la utilización de estrategias de afrontamiento y en la respuesta emocional frente al dolor. De hecho, se ha señalado que, en pacientes con dolor crónico, las expectativas de autoeficacia pueden llegar a tener una capacidad predictiva sobre el funcionamiento físico mayor que la propia intensidad de dolor (Arnstein, 2000., Meredith, Strong, y Feeney, 2006).

En términos generales, la literatura ha destacado el papel de las estrategias de afrontamiento como mecanismos que interfieren en la mejor o peor adaptación y manejo de la enfermedad, así como del control del estrés producido por esta. Si bien conocida es su influencia es necesario señalar que no todas las estrategias funcionan de la misma manera, siendo las estrategias más efectivas, aquellas que se consideran activas y centradas en el problema ayudando a manejar el dolor de forma más exitosa, mientras que la distracción y el catastrofismo parecen estar relacionadas con un aumento del dolor crónico (Rodríguez-Parra, Esteve, y López, 2000).

Respecto a la relación entre las expectativas de autoeficacia y el empleo de estrategias de afrontamiento, Jensen, Turner y Romano (1991) encontraron una asociación entre los esfuerzos de afrontamiento llevados a cabo por los pacientes y las creencias de los mismos en su capacidad para utilizar estrategias como el ejercicio activo, el reposo, la ignorancia del dolor o la toma de medicación. Además, las

expectativas de autoeficacia no solo parecen incrementar los comportamientos emprendidos para enfrentarse al dolor, sino que podrían influir en el tipo de estrategia utilizada (Asghari y Nicholas, 2001., Brister, Turner, Aaron, y Mancl, 2006., Buescher et al., 1991).

En este sentido, los trabajos anteriores concluyeron que los pacientes de dolor crónico con un alto nivel de autoeficacia parecen conocer y confiar más en estrategias activas como persistencia en la tarea, en detrimento de las pasivas, como descansar. Sin embargo, al caracterizarse este síndrome por una mayor percepción de pérdida de control en comparación con otras patologías reumáticas (Buckhard y Bjelle, 1996) y un significativo empleo de estrategias pasivas (Soucase, Monsalve, Soriano, y De Andrés, 2004), incluso en mayor medida que otros trastornos de dolor crónico (Mellegard, Grossi, y Soares, 2001), podrían ser necesarios más estudios que tuviesen en cuenta otras estrategias de afrontamiento con el fin de ampliar y / o reafirmar el conocimiento sobre dicha relación con las consiguientes repercusiones clínicas o terapéuticas que ello conllevaría.

Con respecto a las reacciones emocionales que aparecen de forma frecuente en la Fibromialgia, han cobrado especial relevancia los trabajos que se centran en la ansiedad y la depresión (Benett, 2002., y Pérez Pareja et al., 2004) consideradas actualmente como patologías asociadas más comunes en este trastorno.

Específicamente, diversos estudios han encontrado que entre los factores emocionales y cognitivos existe una relación parecida a la observada entre autoeficacia y afrontamiento (Altman, 2004., Arnstein, Caudill, Mandl, Norris y Beasley, 1999., Rahman, Ambler, Underwood, y Shipley, 2004). Así, Altman (2004) señaló que, junto al catastrofismo, considerarse con la capacidad para manejar el dolor, y afrontarlo, sería un mediador significativo de la relación entre malestar emocional y dolor.

En relación con estos estudios, es posible decir que, las expectativas de autoeficacia parecen influir sobre estados de ánimo depresivos (Han y Lee, 2005., Sung, Shin, y Lee, 2003). Por tanto, si se tiene en cuenta tanto la relación positiva entre el malestar emocional y el mantenimiento y agravamiento del dolor (Dresh, Polatin y Gatchel, 2002., Kerns, Roserberg, y Jacob, 1994., McCracken, Zayfert, y Gross, 1992., Turk, Okifuji, y Scharff, 1995) y la relación diferencial entre ansiedad, depresión y dolor en fibromialgia (Kurtze, Gundersen y Svebak, 1998., Kurtze y Svebak, 2001.,

Thieme, Turk y Flor, 2004), se hace necesaria una mayor profundización e investigación del tema con el objetivo de obtener un conocimiento más específico acerca de la relación producida entre las alteraciones emocionales y las expectativas de autoeficacia, dada la influencia que estas últimas parecen ejercer sobre las respuestas emocionales características en el dolor crónico.

1.10. Calidad del Sueño y Dolor en Fibromialgia

Aunque el dolor es el síntoma más habitual asociado a la Fibromialgia, y al que se le han dedicado los mayores esfuerzos terapéuticos y de investigación, la mayoría de pacientes con Fibromialgia padecen problemas de sueño y fatiga (Moldofsky, 2008). Además, se observa una mayor gravedad del Síndrome en los pacientes con alteraciones más importantes en el sueño (Theadom y Cropley, 2008).

En algunos estudios efectuados a partir de la década de los setenta, Moldofsky propuso la ‘fibrositis’ (denominación previa de la fibromialgia) como una enfermedad caracterizada por la presencia anómala de ritmo alfa en las ondas delta del sueño lento observado en los registros electroencefalográficos (EEG) de estos pacientes (Moldofsky, 2008). Esta alteración, llamada ‘sueño alfa-delta’, se ha asociado con un mayor número de puntos dolorosos, más duración e intensidad del dolor y una menor duración y eficiencia del sueño (Roizenblatt, Moldofsky, Benedito-Silva y Tufik, 2001).

Otras anomalías destacadas en los registros polisomnográficos (PSG) de la Fibromialgia son la existencia de un grado importante de fragmentación del sueño y la reducción del porcentaje de sueño lento (Roizenblatt, Moldofsky, Silva y Tufik, 2001., Rizzi et al., 2004). La investigación ha demostrado también que las alteraciones del sueño que producen un sueño no reparador, o la privación de sueño, pueden generar dolor músculo esquelético y fatiga (Moldofsky, 2008). Por el contrario, cuando se normaliza la cantidad de sueño de ondas lentas en el ‘rebote’ de sueño (recuperación del sueño perdido) que sigue a una privación de sueño, se incrementan los umbrales de dolor (Moldofsky, 2010).

Asimismo, los estudios clínicos que han utilizado medidas subjetivas, como autoinformes y diarios que analizaban las relaciones entre dolor, sueño, fatiga y otra serie de síntomas en la Fibromialgia, han observado que no sólo el dolor empeoraba el sueño y otros síntomas de la Fibromialgia, sino que también un sueño nocturno poco reparador

se seguía de una vigilia con más dolor y diversos síntomas (Affleck, Urrows, Tennen, Higgins y Abeles, 1996., Nicassio, Moxham, Schuman y Gevirtz, 2002).

Igualmente, se ha observado una relación importante entre la alteración de sueño y el malestar emocional que presentan hasta un 70% de los pacientes con Fibromialgia (Winfield, 2000., Hamilton et al., 2008).

1.11. Impacto de la Fibromialgia en la Calidad de Vida

Los pacientes con fibromialgia informan que su enfermedad produce un impacto importante en sus vidas en cuanto a la limitación de su actividad física, disminución de la actividad intelectual, alteración del estado emocional, relaciones personales deterioradas, desarrollo profesional que normalmente se ven obligadas a dejar y salud mental, haciendo necesario, que el paciente adquiriera una amplia variedad de estrategias de afrontamiento, que le resulten efectivas, para hacer frente a las repercusiones que sufren a consecuencia de la enfermedad (Bernard, Prince y Edsall, 2000).

Existen variables vinculadas al padecimiento de la Fibromialgia, que afectan en la dinámica familiar de los pacientes, aumentando el estrés percibido, provocando cambio de roles en el sistema familiar y/o dificultades de adaptación entre otros. Parece ser que los padres, hermanos y cónyuges de los enfermos tienen peor calidad de vida que los parientes de los enfermos sin fibromialgia, especialmente en los aspectos funcionales del trabajo y el hogar, la independencia y la salud (Neumann y Buskila, 1997).

La vida en pareja se ve afectada en la medida en que se producen cambios dentro del seno familiar, aumentando las responsabilidades en los cónyuges de las personas afectadas, siendo estos los encargados en muchos casos, tanto del trabajo de casa como del cuidado de los hijos. El cambio de roles y hábitos puede derivar a problemas más graves como puede ser una separación o divorcio (Söderberg, Lundman y Norberg, 1999).

Será importante una intervención en este contexto en la medida en que el tratamiento psicológico ayude a modificar creencias irracionales sobre las propias capacidades y ayude al restablecimiento de una identidad ocupacional adecuada generando de este modo unas estrategias de afrontamiento más adaptativas.

1.12. Fibromialgia y Alteraciones en el Estado de Ánimo.

El dolor produce limitaciones en los hábitos de los pacientes, forzándolos a adaptarse, dejando de hacer determinadas tareas o actividades que antes realizaban con naturalidad y sin esfuerzo, lo cual supone pérdidas de reforzadores, todo esto se ve traducido en alteraciones del estado de ánimo, desarrollando en la mayoría de los casos cuadros depresivos necesarios de tratar.

La ansiedad es también un trastorno frecuente en los pacientes con enfermedades crónicas. Se considera que existen diversas formas de expresión de la ansiedad: la ansiedad personal, puede considerarse como una característica estable de la personalidad; la ansiedad situacional, que resulta ser un estilo reactivo a situaciones que comprometen los motivos fundamentales del individuo y la ansiedad patológica, típica de las neurosis, que representa una alteración de la autorregulación personal. Por otra parte, la ansiedad crónica produce tensión muscular y aumento de la receptividad o disminución de la tolerancia al dolor, así como mantenimiento de la sensación dolorosa, una vez cesado el estímulo nociceptivo. El dolor puede generar a su vez, una respuesta de ansiedad patológica y, de hecho, la ansiedad es el factor psicológico que mejor se identifica como respuesta a la experiencia dolorosa (Grau, 1982).

Parece ser que, pese a la controversia que genera, los aspectos psicopatológicos están implicados en la etiología y el curso de la Fibromialgia, aunque el nexo entre estas variables no se ha identificado con suficiente claridad. Lo que sí es aceptado es que el dolor crónico tiene un efecto negativo sobre el humor y que los síntomas depresivos acompañan a la mayoría de las alteraciones médicas de tipo crónico. Existen gran cantidad de estudios que tratan de evidenciar cuál es el papel que juega la depresión y la ansiedad en la Fibromialgia, así como la importancia de los antidepresivos y la Terapia Cognitiva-Conductual en el tratamiento multimodal de esta patología. La consideración que hay que hacer al respecto es que muchos de estos estudios utilizan instrumentos que no controlan todas las variables y, por tanto, tienen que ser interpretados con cautela (Martínez, González y Crespo, 2003).

Los datos sobre comorbilidad de ansiedad y depresión en pacientes con Fibromialgia muestran que el 32,3% presenta un trastorno por ansiedad y el 34,8% un trastorno del estado de ánimo. Estos datos indican una prevalencia, de estos trastornos, tres veces mayor que en la población general (Thieme, Turk, y Flor, 2004).

Se encuentra una alta correlación entre Fibromialgia y los trastornos de ansiedad y depresión, pero no con otras patologías psiquiátricas como indican los resultados del estudio de González-Crespo et al. (2004), en el que se evidencia que el 30% de los sujetos con fibromialgia presentaban depresión, un 20% ansiedad y un 70% un trauma emocional previo, que en el 20% de los casos era un episodio de violencia. Al mismo tiempo, el grado de depresión/ansiedad se relacionaba con mayor respuesta al estrés, datos de severidad de la enfermedad y mayor consumo de recursos económicos.

Por otra parte, se llega a la conclusión de que la Fibromialgia no es un diagnóstico homogéneo, sino que muestra proporciones variables de comorbilidad entre ansiedad y depresión, dependientes de las características psicosociales de los pacientes, siendo de vital importancia evaluar las alteraciones afectivas, enfocando el tratamiento tanto en la disfunción física como en la emocional (Thieme, Turk y Flor, 2004).

2. JUSTIFICACIÓN

Los factores psicológicos que han sido relacionados con una percepción más intensa del dolor y un peor ajuste son el catastrofismo, la ansiedad al dolor, creencias desadaptativas sobre la salud y la enfermedad o la indefensión, mientras que la aceptación, el optimismo y la resiliencia se han asociado con un mejor ajuste a la enfermedad (Jensen, Moore, Bockow, Ehde y Engel, 2011., Keefe, Rumble, Scipio, Giordano, y Perri, 2004., McCracken y Eccleston, 2003).

Tal como apunta Petzke, (2003) la intensidad y la persistencia del dolor es independiente de la coexistencia de una depresión o estrés psicológico concomitante, pero la intensidad del dolor si se relaciona positivamente con la gravedad de la ansiedad. La diferencia entre los resultados de las escalas de estado y rasgo reflejan que la “ansiedad estado” no es secundaria al dolor, pero la “ansiedad rasgo” está posiblemente relacionada con el dolor (Celiker, 1997).

Por lo tanto, como se puede observar uno de los asuntos más relevantes en el estudio del dolor es su relación con los estados emocionales. Siendo de vital importancia la investigación de los ínter vínculos entre el dolor y los estados emocionales negativos como la ansiedad (Martín, 1999)

Pero existe cierta controversia respecto a si la ansiedad aumenta o no la percepción del dolor. En relación a esto hay teorías que lo avalan, entendiendo que, a

mayor nivel de ansiedad, mayor intensidad del dolor percibido es posible que se refleje. (Melzack, 1973).

De acuerdo con esto, pacientes con Fibromialgia parecen tener respuestas de ansiedad mayores, expresada de forma fisiológica y motora. Tener en cuenta estas evidencias puede llevar a diseñar en el futuro programas específicos dirigidos a la reducción de ansiedad (circulo dolor-ansiedad-tensión-dolor) a través de los cuales mejorar el estado emocional y reducir el dolor en estos pacientes (Avia, 1990).

Teniendo en cuenta todas estas razones, en el presente trabajo se proponen los siguientes objetivos e hipótesis.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo general del presente estudio es comprobar si existe asociación entre los niveles de ansiedad y la percepción del dolor en una muestra de pacientes diagnosticados de Fibromialgia.

- Establecer conclusiones acerca de la relación entre ansiedad y percepción del dolor para programar tratamientos futuros que mejoren la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de Fibromialgia.

Objetivos específicos

De acuerdo a las personas diagnosticadas de Fibromialgia utilizadas como grupo muestral:

- ✓ Comprobar si los niveles de ansiedad altos se relacionan con mayores alteraciones en la calidad del sueño.
- ✓ Observar si existen asociaciones entre los niveles altos de ansiedad y la peor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud.
- ✓ Comprobar si se presentan relaciones entre los niveles altos de ansiedad y mayor cantidad de eventos vitales estresantes.

Hipótesis

- ❖ En la medida en que existan mayores niveles de ansiedad, mayor será la intensidad de la sintomatología dolorosa propia del Síndrome Fibromialgico.
- ❖ Cuantos mayores niveles de ansiedad presente el sujeto, mayor será también su alteración del sueño.
- ❖ Cuanto mayores sean los niveles de ansiedad, peores percepciones del estado de salud experimentaran las personas con Síndrome Fibromialgico.
- ❖ En la medida en que exista un mayor nivel de ansiedad mayor será la cantidad de eventos vitales estresantes experimentados por la persona.

4. PARTICIPANTES

4.1. Selección de la Muestra

Para acceder a una muestra de personas diagnosticadas de Fibromialgia se estableció contacto con la Asociación de Fibromialgia en la ciudad de Jaén (AFIXA). Tras exponer el trabajo de investigación que se quería realizar, se propuso llevar a cabo el estudio con las mujeres que forman parte de la Asociación.

La muestra fue seleccionada atendiendo al criterio diagnóstico de Fibromialgia. Todas las participantes habían sido previamente examinadas por un reumatólogo y su diagnóstico de Fibromialgia fue confirmado siguiendo los criterios de clasificación del American College of Rheumatology (Wolfe et al.,1990).

Para la selección de la muestra se informó del estudio a todas las usuarias de la Asociación de Fibromialgia AFIXA que cumplieran este criterio diagnóstico, ofreciéndoles la posibilidad de participar voluntariamente y dotándoles de información pertinente acerca del anonimato de los datos, objetivo del estudio e importancia de cara a tratamientos futuros para la mejora de su calidad de vida. De entre todas las usuarias informadas, fue posible contar con la colaboración de 22 de ellas, siendo estas seleccionadas finalmente como muestra para el estudio.

4.2. Descripción de la Muestra

En relación con la muestra, 22 personas (mujeres) estuvieron interesadas finalmente en formar parte del estudio, a partir de esta muestra se recogieron una serie de datos Sociodemográficos que la describen en cuanto a edad, estado civil, situación laboral y formación como se puede apreciar en la tabla 1.

Tabla 1. Datos Sociodemográficos de la Muestra objeto de estudio.

N (Muestra)	Rango Edad	Estado Civil		Situación Laboral		Formación	
22	42-61	Con Pareja	18	Trabajan	11	Básicos	6
		Sin Pareja	4	Tareas	11	Secundarios	12
				Domésticas		Universitarios	4

5. DISEÑO

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables medidas y un diseño correlacional para comprobar la significación de las asociaciones entre ansiedad (alta/baja) y las distintas variables.

Hay que destacar que no se dispuso para el estudio de un grupo control, por lo que se dividió la muestra de acuerdo a las puntuaciones altas (mayor o igual a 14) y bajas en ansiedad (menor a 14), utilizando la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD). Estableciendo el punto de corte en el percentil 50.

6. PROCEDIMIENTO

Inicialmente, se explicó a todas las usuarias que accedieron a participar en el estudio, el propósito de la evaluación y se les solicitó su consentimiento informado para participar en el estudio. Las participantes accedieron a participar voluntariamente, siendo conocedoras de que sus datos serían tratados de forma anónima, y cumpliendo con los preceptos éticos requeridos en investigación.

Posteriormente, las participantes fueron citadas en la sede provincial de AFIXA (Jaén), disponiendo para ello, de una de las aulas acondicionadas para impartir talleres de Psicoeducación en el centro (mesas y sillas suficientes para acoger a las usuarias). Siguiendo las instrucciones del terapeuta las participantes fueron debidamente

informadas acerca de la cumplimentación de cada una de las pruebas utilizadas para la evaluación.

La evaluación fue autoadministrada de forma colectiva, siguiendo el mismo orden de administración y se desarrolló en una única sesión de aproximadamente 1h 30 min, por lo que dispusieron del tiempo necesario para su cumplimentación, disponiendo además en todo momento de un terapeuta en la sala para resolver las posibles dudas surgidas durante las pruebas.

Por último, se procedió a la corrección de las pruebas utilizadas para la evaluación y a su posterior tratamiento estadístico de cara a establecer los resultados encontrados. Para ello, se utilizó el programa informático IBM SPSS Statistics 19.0.

7. METODOLOGÍA

7.1. Instrumentos

Para la evaluación fueron utilizados diversos instrumentos, con el objetivo de medir variables que han demostrado estar afectadas en pacientes con fibromialgia.

7.1.2. Cuestionario SF36 Sobre el Estado de Salud.

(SF-36: Short form health survey, Ware & Sherbourne, 1992). (Versión española adaptada por Alonso, Prieto, Y Antó, 1995).

Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes clínicos como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.

El SF-36 es, por tanto, un instrumento autoaplicado para evaluar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud, conceptualmente basado en un modelo bidimensional de salud: física y mental.

Consta de 36 ítems que se agrupan en 8 escalas: Funcionamiento físico (FF): Grado en que la salud del individuo limita una serie de actividades físicas. Rol físico

(RF): Evalúa hasta qué punto los problemas de salud física interfirieron con el funcionamiento ocupacional del paciente. Dolor (D): Evalúa tanto el grado de dolor como la interferencia que produce en la vida del paciente. Salud general (SG): Percepción personal del estado de salud. Vitalidad (V): Evalúa nivel de fatiga y energía del paciente. Funcionamiento social (FS): Hace referencia a las limitaciones en la vida socio familiar por problemas de salud. Rol emocional (RE): Evalúa hasta qué punto los problemas emocionales interfirieron con el funcionamiento ocupacional del paciente. Salud mental (SM): Evalúa el estado de ánimo del paciente durante el último mes.

Las 8 escalas se agrupan a su vez en dos medidas Sumatorias: Salud física y Salud Mental. Las escalas que forman la medida sumatoria de salud física son: FF, RF, D, SG y V. Las escalas que forman la medida sumatoria de salud mental son: SG, V, FS, RE y SM.

Los ítems se puntúan con escalas Likert de rango variable que evalúan intensidad o frecuencia, desde 2 valores hasta 6.

En cuanto a las características de las puntuaciones, el rango de las puntuaciones para cada una de las 8 dimensiones oscila entre 0 y 100. No existen puntos de corte; a mayor puntuación, mejor calidad de vida.

Con respecto a las propiedades psicométricas, la versión española del SF-36 es un instrumento aparentemente equivalente al original y con una fiabilidad aceptable. El alfa de Cronbach fue superior a 0,7 en todas las dimensiones (rango de 0,71 a 0,94), excepto en la dimensión de relación social (alfa=0,45). Los coeficientes de correlación intra clase entre las dos administraciones del cuestionario tuvieron un recorrido de 0,58 a 0,99 (Alonso et al., 1995). En general, los estudios publicados sobre las características métricas de la versión española del SF-36 aportan suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad (Vilagut et al., 2005).

7.1.3. Cuestionario del Dolor de McGill. (Melzack, 1975)

El Cuestionario del dolor McGill (MPQ), evalúa aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor, como son localización, cualidad, propiedades temporales e intensidad. Es quizás el cuestionario más utilizado para la evaluación del dolor crónico tanto en práctica clínica como en investigación. Consta de 66 adjetivos que describen el dolor agrupado en 19 subclases. El paciente debe seleccionar el adjetivo de cada

subclase que mejor describe su dolor en ese momento (si ninguno lo describe no elige ningún adjetivo).

Consta de varias partes claramente diferenciadas: Localización del dolor: que suele representarse por una figura esquematizada del cuerpo humano, donde el paciente señala las zonas en las que siente dolor. Calidad del dolor: el paciente debe escoger de entre una amplia lista de tipos de dolor aquellas características que definen el que presenta.

Están agrupados en varias categorías que a su vez forman cuatro grandes grupos: Sensorial, Emocional, Valorativo y Miscelánea.

Se pueden obtener distintos resultados: Intensidad del dolor en el momento actual (PPI). Valoración del dolor en el momento actual mediante escala analógica visual (EAV). Índice de Valoración del dolor (PRI) total y para cada una de las cuatro áreas PRI sensorial, PRI emocional, PRI valorativo y PRI miscelánea. La puntuación se calcula sumando la de cada grupo de palabras que forman cada categoría. Número de palabras elegidas (NWC): suma del número de características del dolor seleccionadas por el paciente.

En relación con la fiabilidad, se obtienen buenos índices correlación entre el PRI y el PPI y entre éstos y el NWC, aunque distintos estudios ofrecen resultados dispares. La fiabilidad test-retest tras 4 semanas oscila entre el 66 y el 80% y tras 3-7 días entre el 50 y el 100%. Respecto a la validez se ha encontrado correlaciones positivas con las puntuaciones de ansiedad, depresión y somatización del Brief Symptoms Inventory y con el Sickness Impact Profile. La sensibilidad al cambio es de 0,82-0,96 para PPI y PRI. También ha demostrado ser capaz de discriminar pacientes tratados con distintos fármacos.

7.1.4. Escala de autoestima de Rosenberg, 1965

Se trata de una prueba autoaplicada, utilizada para explorar la autoestima personal, entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. La escala consta de diez ítems. La escala se corrige teniendo en cuenta la inversión de las puntuaciones en los ítems: 2, 5, 8, 9 y 10.

Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas que va desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo.

Proporciona un índice de autoestima global, la puntuación máxima de la escala es de 40, de este modo puntuaciones de 0-25 indican autoestima baja, de 26-29 autoestima normal y entre 30-40 autoestima buena.

La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0.76 y 0.87 y la fiabilidad es de 0.80. (Moreno y Balaguer, 2000).

7.1.5. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)

Se trata de una Escala autoaplicada diseñada con la intención de crear un instrumento de detección de trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los servicios hospitalarios.

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión está constituida por 14 ítems. Los ítems se agrupan en dos Subescala, cada una de ellas con 7 ítems: Subescala de Ansiedad: está centrada en sus manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud, nervios en el estómago, angustia). Subescala de Depresión: centrada en la anhedonía (disfrute, risa, alegría, torpeza, interés por el aspecto personal, ilusión).

El paciente ha de contestar a cada ítem utilizando una escala tipo Likert que a veces hace referencia a intensidad del síntoma y otras a frecuencia de presentación. En cualquier caso, la escala oscila entre 0 y 3. El marco de referencia temporal es la semana previa. Está adaptada y validada al español.

Para cada Subescala la puntuación se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que la conforman. En ambas Subescala la puntuación obtenida se interpreta de acuerdo a los siguientes criterios: Rango de normalidad (0-7), Caso de ansiedad o depresión (8-10) y Ansiedad o depresión moderada alta (11-21).

Con respecto a la Fiabilidad y Validez teniendo en cuenta la validación española de Herrero y cols. (2003), la consistencia interna arrojó un alpha de Cronbach de 0,90 para la escala completa, 0,84 para la Subescala depresión y 0,85 para la Subescala Ansiedad. Se encontró una especificidad del 87% y una sensibilidad del 72%, cerca del nivel aceptado de 75%. El poder predictivo del modelo total, por tanto, es de 80%.

7.1.6. Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI)

El Cuestionario de Calidad del Sueño Pittsburgh es una prueba autoaplicada, diseñada para evaluar la calidad del sueño en pacientes psiquiátricos. Consta de un total de 24 ítems, aunque el índice de calidad de sueño se calcula basándose sólo en 19 de ellos. Esos 19 ítems se agrupan en siete dimensiones: Calidad de Sueño Subjetiva, Latencia de Sueño, Duración de Sueño, Eficiencia Habitual de Sueño, Perturbaciones del Sueño (tos, ronquidos, calor, frío, necesidad de levantarse para ir al baño), Uso de Medicación para el Sueño, Disfunción Diurna (hipersomnia y cansancio).

La mayor parte de los ítems se contestan utilizando una escala Likert de 4 grados, donde 0 significa ausencia de problemas y 3, problemas graves. El marco de referencia temporal es el mes previo. Los otros 5 ítems de la escala son contestados por el/la compañero/a de habitación/cama, y no se incluyen a la hora de obtener las puntuaciones del Cuestionario. Ha sido adaptada y validada al español por Macías y Royuela (1996).

Proporciona un perfil del sueño (las puntuaciones en cada una de las siete dimensiones) y una puntuación global de calidad del sueño. Las puntuaciones en cada dimensión se obtienen con la media aritmética de las puntuaciones en los ítems que la componen. El valor oscilará entre 0 y 3. La puntuación global se calcula sumando las puntuaciones en las 7 dimensiones; el rango posible va de 0 a 21 (a mayor puntuación peor calidad del sueño).

Para la versión española, la consistencia interna medida con alpha de Cronbach fue de 0,81, el coeficiente de kappa fue de 0,61, la sensibilidad de 88,63%, la especificidad de 74,99% y el valor predictivo de la prueba positiva de 80,66%.

7.1.7. Índice del Dolor Generalizado WPI y Escala de Gravedad de los Síntomas SS score.

En el desarrollo de los nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia, la ACR propone reemplazar el examen físico de los puntos sensibles por el Índice de Dolor General (WPI: *Widespread Pain Index*) y la Escala de Severidad del Síntoma (SS: *Symptom Severity Scale*), estableciéndose los puntos de corte para su diagnóstico: WPI ≥ 7 y SS ≥ 5 o bien WPI 3-6 y SS ≥ 9 .

Se obtienen los siguientes valores:

1) Índice de Dolor Generalizado (WPI). El paciente anota el número de áreas en las que ha tenido dolor durante la última semana. El valor debe estar entre 0 y 19. Es uno de los dos índices requeridos para hacer el diagnóstico de fibromialgia. Quita lo rojo

2) El número de áreas corporales afectadas

3) SS Score, como indicador de tres síntomas (Fatiga, Sueño no reparador y Síntomas cognitivos). Para cada uno de los tres síntomas indicados, se elige el nivel de gravedad durante la pasada semana, en base a una escala tipo Likert que va de 0 a 3. La SS Score es la suma de la gravedad de los tres síntomas más el valor de síntomas somáticos. La puntuación final debe estar entre 0 y 12.

Estos criterios tienen una sensibilidad del 88,4% y una especificidad del 81,1%.

7.1.8. Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (FIQ-S)

(FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire, Burckhardt, Clark, & Bennett, 1991)

(Versión española adaptada por Rivera & González, 2004).

Es un instrumento de autoinforme desarrollado para medir el grado de disfunción que los síntomas de fibromialgia producen en el sujeto con dicho síndrome. Evaluando el grado de incapacitación que los síntomas de dolor Fibromialgico han producido en el sujeto durante la última semana. Está compuesto por 10 ítems correspondientes a 10 escalas: “Funcionamiento Físico”, “Sentirse bien”, “Días de absentismo laboral” y las Escalas analógico visual: “Dificultad en el trabajo”, “Dolor”, “Fatiga”, “Cansancio al levantarse por las mañanas”, “Rigidez”, “Ansiedad” y “Depresión”.

La puntuación de las escalas es transformada para ser expresada en un rango de 0 a 10. Salvo en las escalas analógico visuales, en las que el valor dado por el sujeto en cada una de estas es la puntuación de cada escala. El índice global de impacto se obtiene sumando las puntuaciones transformadas en las diez escalas descritas y fluctúa entre los valores 0 y 100, siendo 100 la máxima disfunción que el síndrome puede causar.

El FIQ-S presenta una consistencia interna de $\alpha = 0.82$, (una buena validez convergente-discriminante), correlaciones significativas ($p < 0.0001$) con diferentes

cuestionarios que evalúan el estado de salud, la calidad de vida o la percepción de dolor, así como correlaciones positivas significativas test retest y una buena sensibilidad al cambio clínico (Bennett, 2005).

7.1.9. Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes Holmes y Rahe, 1976.

La Escala de Holmes de Acontecimientos Vitales Estresantes cuantifica el estrés vital al que está sometido un individuo y que puede favorecer la aparición de enfermedades. Se trata de una escala autoaplicada que consta de 43 acontecimientos vitales y para aplicarla, el sujeto debe seleccionar los sucesos que le han ocurrido en el último año.

Con esta escala se obtienen dos puntuaciones, una referida al número total de eventos vitales estresantes acontecidos en el último año y otra puntuación referida a la puntuación total de estrés vital al que se ha visto sometida durante el último año.

La puntuación total nos indica el riesgo que existe a padecer una enfermedad a consecuencia del estrés. Menos de 150 riesgo bajo, 151- 299 riesgo moderado y por encima de 300 riesgo alto.

Con respecto a la Fiabilidad y validez de la prueba se ha encontrado una fiabilidad test – retest (3 semanas) es de 0,85 y en validez se encuentran correlaciones significativas entre las respuestas a acontecimientos vitales estresantes y los problemas de salud física y mental. Existen correlaciones altas entre las respuestas a acontecimientos vitales estresantes y otras medidas objetivas de sucesos vitales, pero se encuentran correlaciones muy bajas con medidas subjetivas de estrés.

8. ANÁLISIS DE DATOS

El primer paso consistió en corregir todas las pruebas utilizadas para la evaluación, a continuación, se codificaron todas las variables y se introdujeron los resultados en una base de datos del programa SPSS. El paquete estadístico que se utilizó fue el SPSS versión (19.0).

Para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas con respecto a los datos sociodemográficos de las participantes y los niveles de ansiedad, se realizó un análisis estadístico t de Student para muestras independientes (alta/Baja ansiedad) para las variables sociodemográficas: edad, meses de diagnóstico en

fibromialgia y horas de actividad, además de un análisis chi cuadrado de las variables, situación laboral, estado civil y formación.

Posteriormente para comprobar si existía relación entre ansiedad (alta/baja) y las variables medidas a través de los diferentes instrumentos utilizados en el estudio, se procedió a realizar otro análisis estadístico t de Student para muestras independientes. Se estableció un nivel de confianza del 95%.

9. RESULTADOS

9.1. Variables Sociodemográficas y Nivel de Ansiedad

Se calcularon tres Razones de Verosimilitud para relacionar la variable de agrupamiento Ansiedad (alta o baja) con las variables sociodemográficas Situación laboral (trabaja, no trabaja), Estado civil (con o sin pareja) y Formación (estudios básicos, secundarios o universitarios), no encontrándose relación de ninguna de ellas con la ansiedad como puede observarse en la tabla 2.

Tabla 2. Relación entre ansiedad y variables Sociodemográficas

Variables	RV	gl	p
Situación Laboral	3,005	1	0,083
Estado Civil	0,041	1	0,840
Formación	1,879	2	0,391

Igualmente, para analizar las posibles diferencias entre los grupos ansiedad alta o baja, se calcularon tres t de Student para muestras independientes (alta/ baja ansiedad) en las variables sociodemográficas horas de actividad, meses de diagnóstico y edad. No aparecieron diferencias estadísticamente significativas como puede apreciarse en la tabla 3.

Tabla 3. Relación entre ansiedad (alta/baja) y variables Sociodemográficas.

	Ansiedad	Media	Desviación Típica	N	t	p
Horas	Baja	5,25	3,36	12	0,192	0,850
	Alta	5,50	2,75	10		
Meses	Baja	100	39,4	12	-1,81	0,088
	Alta	64,8	49,8	10		
Edad	Baja	54,8	3,9	12	-1,67	0,115
	Alta	50,80	6,6	10		

Nota: **Horas:** horas de actividad, **Meses:** meses de diagnóstico.

9.2. Calidad de Vida Relacionada con la Salud SF-36 y Nivel de Ansiedad.

Se calcularon diez t de Student para muestras independientes (alta/ baja ansiedad) para analizar las posibles diferencias entre los grupos ansiedad alta o baja en las variables calidad de vida relacionada con la salud. Apareciendo diferencias estadísticamente significativas en las variables Rol Emocional y Sumatoria de la Salud Mental percibida como puede observarse en la tabla 4.

Tabla 4. Relación entre las variables Calidad de Vida relacionada con la Salud y Ansiedad (alta/baja).

		Grupo Alta Ansiedad			Grupo Baja Ansiedad			t	p
		Media	Desviación Típica	N	Media	Desviación Típica	N		
SF-36	RE	26,87	7,12	10	41,25	15,77	12	-2.65	0,015
	SSM.	30,28	5,25	10	41,11	13,06	12	-2.45	0,023

Nota: **RE:** Rol Emocional. **SSM:** Sumatoria de Salud Mental Percibida.

9.3. Sintomatología Dolorosa y Nivel de Ansiedad

En relación con las variables que representan sintomatología dolorosa para analizar las posibles diferencias entre estas y los grupos ansiedad alta o baja, se calcularon once t de Student para muestras independientes (alta/ baja ansiedad). Observándose diferencias estadísticamente significativas en las variables dolor sensorial, dolor emocional, dolor global, indicador de fatiga-sueño no reparador-síntomas cognitivos, síntomas somáticos, gravedad de síntomas total e impacto del síndrome Fibromialgico como puede apreciarse en la tabla 5.

Tabla 5. Relación entre ansiedad (alta/baja) y variables de Sintomatología Dolorosa.

		Grupo Alta Ansiedad			Grupo Baja Ansiedad			t	p
		Media	Desviación Típica	N	Media	Desviación Típica	N		
MPQ	PRIS	20,20	5,92	10	14,25	6,00	12	2,33	0,031
	PRIE	4,8	2,09	10	2,83	1,40	12	2,53	0,023
	PRIT	33,80	10,18	10	23,91	9,11	12	2,40	0,026
WPI		15,90	2,37	10	12,08	4,77	12	2,43	0,027

	SSP1	6,50	1,841	10	4,67	2,015	12	2,22	0,038
SS-Score	SSP2	2,50	0,527	10	1,67	0,651	12	3,31	0,003
	SSPT	9,00	1,82	10	6,33	2,30	12	3,024	0,007
FIQ-S		73,8	8,25	10	55,75	18,29	12	3,064	0,007

MPQ: Cuestionario de dolor McGill. **PRIS:** Índice del dolor sensorial, **PRIE:** Índice del dolor emocional, **PRIT:** índice del dolor total. **WPI:** Índice de dolor generalizado. **SS- Score:** Escala de Severidad de los Síntomas. **SSP1:** indicador de fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos, **SSP2:** número de síntomas somáticos marcados, **SSPT:** puntuación total de la escala de gravedad de síntomas, es la suma de la gravedad de los tres síntomas (fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos) más el valor de síntomas somáticos. **FIQ-S:** Impacto del Síndrome Fibromialgico (SFM).

9.4. Calidad del Sueño y Nivel de Ansiedad

Para analizar las posibles diferencias entre los grupos ansiedad alta o baja en las variables que representan calidad del sueño, se calcularon ocho t de Student para muestras independientes (alta/baja ansiedad). Apareciendo diferencias estadísticamente significativas en las variables disfunción diurna, eficiencia habitual del sueño, uso de medicación para dormir y calidad del sueño general como puede observarse en la tabla 6.

Tabla 6. Relación entre ansiedad (alta/baja) y la variable Calidad del Sueño.

		Grupo Alta Ansiedad			Grupo Baja Ansiedad			t	P
		Media	Desviación Típica	N	Media	Desviación Típica	N		
	DFD	2,40	0,699	10	1,58	0,669	12	2,78	0,012
PSQI	EHS	2,90	0,316	10	2,33	0,778	12	2,15	0,044
	UMD	3,00	0,000	10	2,00	1,477	12	2,13	0,046
	PGS	17,80	1,398	10	13,58	4,699	12	2,72	0,013

Nota: **PSQI:** Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. **DFD:** Disfunción diurna, **EHS:** Eficiencia Habitual del Sueño, **UMD:** Uso de Medicación para Dormir, **PGS:** Puntuación Global.

9.5. Eventos Vitales Estresantes y nivel de Ansiedad

Por último, se calcularon tres *t* de Student para relacionar la variable de agrupamiento Ansiedad (alta o baja) con la variable Eventos vitales estresantes, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en la variable número de eventos vitales estresantes y media de eventos vitales estresantes como puede apreciarse en la tabla 7.

Tabla 7. Relación entre ansiedad (alta/baja) y variable Eventos Vitales Estresantes.

		Grupo Alta Ansiedad			Grupo Baja Ansiedad			T	p
		Media	Desviación Típica	N	Media	Desviación Típica	N		
SRSS	MAV	33,02	4,89	10	30,67	11,70	12	0,663	0,515
	NAVE	9,40	3,89	10	3,42	3,029	12	3,96	0,001

Nota: Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes. **MAV**: Media de eventos vitales estresantes, **NAVE**: Número de Acontecimientos Vitales Estresantes.

10. DISCUSIÓN

La intervención en los factores emocionales relacionados con la fibromialgia es de vital importancia para abarcar las diferentes facetas que rodean al paciente en la vivencia de su enfermedad. Se trata de un objetivo básico en aquellos tratamientos interdisciplinarios dirigidos a mejorar la calidad de vida de enfermos de Fibromialgia. Normalmente los tratamientos combinan la terapia física, la terapia ocupacional y el manejo de medicación opiácea o sedativa junto con programas de TCC y Educación e Información. En algunos estudios se ha demostrado la eficacia del tratamiento interdisciplinar en los pacientes con Fibromialgia (Collado et al., 2001., Nielson y Jensen, 2004; Bennett et al., 1996; Worrel et al., 2001; Gelman et al., 2002), obteniendo mejoras en diferentes áreas como el control del dolor, la capacidad de afrontamiento y el cambio de las creencias subyacentes, la capacidad funcional y los síntomas de ansiedad y depresión, además de la reincorporación al puesto de trabajo. Estos programas mantienen sus resultados a los seis meses y al año después de concluido el programa.

En concreto, nuestros resultados reflejan una influencia importante de los niveles de ansiedad en las variables físicas, psicológicas y sociales que acompañan al enfermo con Fibromialgia. Estos datos están en la línea de investigaciones anteriores en las que se ha podido observar la relevancia de la ansiedad dentro de la experiencia del dolor, relacionándose este estado de ánimo con el mantenimiento y exacerbación del dolor crónico (Sternbach, 1975., Lebovits et al., 1996). De este modo la ansiedad ha sido relacionadas con la mayoría de patologías crónicas, tanto en su aspecto psicológico como en su aspecto físico (Fordyce, 1978., Janssen, 1996). Además, los altos niveles de ansiedad y depresión, propios de condiciones de dolor crónico, desencadenan una grave disfunción social y ocupacional (Pavoni et al., 2008).

En relación con el estudio que se ha abordado los resultados en torno a los datos sociodemográficos, sugieren que los grupos son homogéneos con respecto a las variables sociodemográficas recogidas (edad, formación, situación laboral, estado civil, horas de actividad y meses de diagnóstico). Lo que indica que las diferencias encontradas en el estudio son debidas únicamente a la ansiedad.

Por lo tanto, cuando se analizan las posibles diferencias entre los grupos de ansiedad alta o baja en relación con las variables medidas en el presente estudio se encuentra que:

En la variable calidad de vida relacionada con la salud, las personas que pertenecen al grupo alta ansiedad tienen una mayor interferencia emocional en el funcionamiento ocupacional (Rol emocional) y peor percepción de salud mental (Sumatoria de salud mental percibida). Estudios recientes muestran resultados similares indicando que se puede apreciar una asociación negativa entre el estado de salud con la sintomatología de ansiedad y la intensidad del dolor. De tal manera que cuando se consigue disminuir el dolor también disminuyen los niveles de ansiedad y mejoran aspectos del estado de salud del individuo. Además, estos estudios observan que los pacientes con un dolor informado alto perciben una limitación mayor en sus actividades diarias, en su trabajo y valoran que poseen un peor estado de salud general y mental (De Andrés et al., 2004).

Si se observan los resultados obtenidos en relación con las variables que miden la sintomatología y percepción del dolor, se encuentra que estas variables (dolor sensorial, dolor emocional, dolor global, indicador de fatiga-sueño no reparador-

síntomas cognitivos, síntomas somáticos, gravedad de síntomas total e impacto del síndrome Fibromialgico) parecen relacionarse con la sintomatología de ansiedad, de tal forma que a mayor percepción del dolor, mayores son también los síntomas de ansiedad percibidos. Este resultado ya lo habían sugerido otros estudios encontrando que, a mayor nivel de ansiedad, mayor intensidad del dolor percibido es posible que se refleje. (Melzack, 1973). De igual modo Petzke, (2003) apunta que la intensidad del dolor se relaciona positivamente con la gravedad de la ansiedad. La ansiedad puede contribuir al mantenimiento y exacerbación del dolor, manteniendo constante la intensidad de dolor calificándolo como más insoportable. También se han estudiado los círculos viciosos ansiedad-dolor, dónde la ansiedad incrementa la percepción dolorosa, al tiempo que la percepción contribuye al incremento de la ansiedad, facilitando el círculo. (Banks y Kerns, 1996).

Por otra parte, en relación a la variable calidad del sueño. Se ha encontrado que la calidad del sueño esta alterada en aquellas personas que padecen mayor ansiedad, necesitando para mejorar su calidad de sueño el uso de medicación para dormir, presentando mayores disfunciones del sueño durante el día, así como una peor eficiencia a la hora de dormir y una peor calidad del sueño en general con respecto a los que tienen menor puntuación en ansiedad. Varios estudios reflejan que estos problemas son comunes en fibromialgia, observándose una alteración, llamada ‘sueño alfa-delta’, asociada con un mayor número de puntos dolorosos, más duración e intensidad del dolor y una menor duración y eficiencia del sueño (Roizenblatt, Moldofsky, Benedito-Silva y Tufik, 2001). Igualmente, se ha observado una relación importante entre la alteración de sueño y el malestar emocional que presentan hasta un 70% de los pacientes con fibromialgia (Winfield, 2000 y Hamilton et al., 2008). Así como, el alto porcentaje de psicopatología emocional (trastorno de ánimo y de ansiedad), y patología del sueño, coherente con los estudios publicados (Buskila, 2007).

Por último, en relación con la variable eventos vitales estresantes los resultados indican que, a mayor número de acontecimientos vitales estresantes experimentados mayor ansiedad parecen experimentar las pacientes con fibromialgia. Sin embargo, al observar la media no se aprecian estas diferencias, una posible explicación de ello, podría ser que la ansiedad estaría únicamente relacionada en este caso con el número de Eventos vitales estresantes y no con la gravedad de estos. Esto aparece reflejado de forma contradictoria en otros estudios en los que se ha observado que los pacientes con

Fibromialgia no difieren de los controles en cuanto a la cantidad de eventos vitales, aunque ellos perciben los eventos como más estresantes (Gonçalves et al., 2002). Según distintos autores, el comienzo de la enfermedad coincide con la presencia de eventos vitales (Dailey et al., 1990). Además, la Fibromialgia suele asociarse a síntomas que a su vez están asociados al estrés (Bennet, 2004; Dailey et al., 1990), como cefaleas tensionales, colon irritable, etc. y que pueden agravarse o desencadenarse por él. El padecer una enfermedad como la Fibromialgia puede percibirse como un estímulo o factor estresante; de hecho, el dolor se considera como un fuerte estresor que a la vez puede ser generador de una serie de estresores. Es por ello que varios tratamientos abordan esta temática (Reibel et al., 2001; Wigers et al., 1996).

11. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio desarrollado presenta algunas limitaciones que se exponen a continuación:

Por una parte, se considera que la validez externa de esta investigación puede verse disminuida, ya que la muestra con la que se realizó el estudio no es representativa de la población general de personas que padecen Fibromialgia, al extraerla de la Asociación de Fibromialgia de Jaén.

Así mismo, sería interesante disponer de un grupo control de personas sanas para comparar los resultados obtenidos.

También, habría sido recomendable haber llevado a cabo un seguimiento de la muestra en la evaluación de los resultados obtenidos, para ver si se mantiene después de una determinada intervención.

En cuanto a las limitaciones acerca de los instrumentos de medida, sería interesante haber utilizado más pruebas que midieran los niveles de ansiedad y percepción del dolor con el objetivo de haber podido realizar una evaluación más exhaustiva de las variables objeto de estudio.

12. LÍNEAS FUTURAS DE ACTUACIÓN

Como líneas de actuación futuras, dados los resultados encontrados en el estudio, sería interesante abordar un plan de Tratamiento Cognitivo Conductual para ayudar a manejar y reducir la ansiedad, ya que como hemos podido observar esta tiene relación con el dolor que perciben las personas que padecen de Fibromialgia.

El objetivo de estos tratamientos es modificar los aspectos evaluativos y atencionales de la percepción del dolor, dotando al paciente de estrategias que le permitan reducir su ansiedad. Esto a su vez, reduciría los niveles de dolor percibido mejorando por tanto la calidad de vida de los pacientes.

Además, la investigación futura debería analizar los efectos beneficiosos de la Terapia Cognitivo-Conductual sobre la ansiedad de las personas que padecen Fibromialgia, y determinar el alcance que esta mejora pueda tener en otros síntomas presentes en este síndrome.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H., Higgins, P., y Abeles, M. (1996). Sequential daily relations of sleep, pain intensity and attention to pain among women with fibromyalgia. *Pain*, 68, 363-8.

Alegre, C., Pereda, C. A., Nishishinya, B., y Rivera, J. (2005). Revisión sistemática de las intervenciones farmacológicas en la fibromialgia. *Medicina Clínica*, 125, 784-787.

Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J. M. (1995). The spanish version of the SF-36 health survey (the SF-36 health questionnaire): An instrument for measuring clinical results. La versión española del SF-36 Health Survey: un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104 (20), 771-776.

Altman, A. (2004). The impact of self-efficacy, catastrophizing and pain intensity on psychological distress levels in individuals with chronic pain. Dissertation Abstracts International: Section B: *The Science and Engineering*, 65, 474.

Arnold, L. M., Hudson, J. I., Hess, E. V., Ware, A. E., Fritz, D. A., Auchenbach, M. B., y Linsey, O. S. (2004). Family study of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 5(3), 944-952. doi: 10.1002/art.20042.

Arnstein, P., Caudill, M., Mandle, C. L., Norris, A., y Beasley, R. (1999). Self-efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*, 80, 483-491.

Arnstein, P. (2000). The mediation of disability by self-efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disability y Rehabilitation*, 22, 794-801.

Asghari, A., y Nicholas, M.K. (2001). Pain self-efficacy beliefs and pain behavior. A prospective study. *Pain*, 94, 85-100.

Avia, M. D. (1990). El reuma desde el punto de vista psicológico. *Revista española de Terapia del Comportamiento*. Madrid, 8(2), 138- 146.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Banks, S.M., y Kerns, R.D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychol Bull*, 119, 95-110.

Bennett, R.M., Burckhardt, C.S., y Clark, S.R., et al. (1996). Group treatment of fibromyalgia: a 6-month outpatient program. *Journal Rheumatology*, 23, 521-8.

Bennett, R.M. (2002). A raw vegetarian diet for patients with fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports*, 4(4), 284.

Bennett, R. (2004). Fibromyalgia: present to future. *Current Pain Headache Reports*, 8, 379-84.

Bennett, R. (2005). The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23, 154-162.

Bernard, A., Prince, A., y Edsall, P. (2000). Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care y Research*, 13(1), 42-50.

Brister, H., Turner, J. A., Aaron, L. A., y Mancl, L. (2006). Self-efficacy is associated with pain, functioning, and coping in patients with chronic temporomandibular disorder pain. *Journal of Orofacial Pain*, 20, 115-124.

Buckhard, C.S., y Bjelle, A. (1996). Perceived control: A comparison of women with fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and systemic lupus erythematosus using Swedish version of the Rheumatology Attitude Index. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 25, 300-306.

Buescher, K. L., Johnston, J. A., Parker, J. C., Smarr, K. L., Bickelweh, S. P., Anderson, S. K., y Walker, S. E. (1991). Relationship of self-efficacy to pain behaviour. *Journal of Rheumatology*, 18, 968-972.

Burckhardt, C., Clark, S., y Bennett, R. (1991). The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *The Journal of Rheumatology*, 18(5), 728-733.

Buskila, D., y Cohen, H. (2007). Comorbidity of Fibromyalgia and Psychiatric Disorders. *Current Pain Headache Report*, 11, 333-8.

Carmona, L., Ballina, J., Gabriel, R., y Laffon, A. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of The Rheumatic Diseases*, 60 (11), 1040-1045. doi:10.1136/ard.60.11.1040.

Casanueva, B. (2007). *Tratado de Fibromialgia*. Cantabria: Cantabria Imagen.

Celiker, R., Borman, P., Oktem, F., Gokce, K., y Basgoze, O. (1997). Psychological disturbance in fibromyalgia: relation to pain severity. *Clinical Rheumatology*, 16, 179-84.

Collado, A., Torres, A., Arias, A., Cerdá, D., Vilarrasa, R., y Valdés, M., et al. (2001). Descripción de la eficacia del tratamiento multidisciplinar del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Medicina Clínica*, 117, 401-5.

Dailey, P. A., Bishop, G. D., Russell, I. J., y Fletcher, E. M. (1990). Psychological stress and the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 17 (10), 1380-1385.

De Andrés, J., Gómez, P., Monsalve, V., y Soriano, J. F., et al. (2004). VII Reunión de la Sociedad Española del Dolor. En de la SED (ed), *Valoración de la salud (SF-36) y estrategias de afrontamiento al dolor: diferencias en función del tipo de dolor y nivel de dolor informado (EVA)*. Valencia: Sociedad Española del Dolor.

De Miquel, C.A., Campayo, J.G., Flórez, M.T., Arguelles, J.M., Tarrio, E.B., y Montoya, M.G., et al. (2010). Interdisciplinary consensus document for the treatment of fibromyalgia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(2), 108-20.

Dresh, J., Polatin, P.B., y Gatchel, R.J. (2002). Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64, 773-786.

Elton, D., Stanley, G., Burrows, G. (1983). *Psychological control of pain*. Australia: Grune y Stratton. 25-44.

EPIDOR. *Estudio epidemiológico del dolor en España*. (2001). Fundación Grünenthal, Sociedad Española de Reumatología. Madrid: Edipharma.

Fitzcharles, M. (2003). A Study of Standard Care in Fibromyalgia Syndrome: A Favorable Outcome. *Journal of Rheumatology*, 30(1), 154-159.

Fordyce, W.E. (1978). Learning processes in pain. En Sternbach RA (Ed.), *The psychology of pain*. New York: Raven Press.

Gamero, F., Sánchez, G.R., Carbonell, A. J., Tornero, M.J., y Sánchez-Magro, I. (2005). El dolor en las consultas de reumatología españolas: estudio epidemiológico EPIDOR. *Revista Clínica Española*, 4, 157-63.

Gelman, S.M., Lera, S., Caballero, F., y López, M.J. (2005). Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Revista Española de Reumatología*, 32(3), 99-105.

Glombiewski, J. A., Sawyer, A.T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., y Hofmann, S.G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain*, 151, 280-295.

Goldenberg, D.L., Burckhardt, C., y Crofford, L. (2004). Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA*, 292(19), 2388-95.

Gómez-Argüelles, J. M., y Anciones, B. (2009). Prevalencia de síntomas neurológicos asociados a la fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 16(4), 222-229.

González Crespo, M. R., Fernández Dapica, M. P., Mingote, C., Martín, M. A., Campos Arenas, J., Cabello, A., y Mateo, I. (2004). Aspectos Psiquiátricos de los pacientes con fibromialgia. XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología. *Revista Española de Reumatología*, 31(5), 332.

González, E., Elorza, J., y Failde, I. (2010). Comorbilidad psiquiátrica y FM. Su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 295-300.

Grau, J. (1982). *Aspectos psicológicos en la ansiedad patológica*. Tesis para optar por el grado de doctor en Ciencias Psicológicas. Moscú.

Hamilton, N.A., Affleck, G., Tennen, H., Karlson, C., Luxton, D., y Preacher, K.J., et al. (2008). Fibromyalgia: the role of sleep in affect and in negative event reactivity and recovery. *Health Psychology*, 27, 490-7.

Han, S. S., y Lee, S. C. (2005). Effecting factors on depression in patients with fibromyalgia. *Taehan Hakhoe Chi*, 35(1), 87-94.

Häuser, W., Bernardy, K., Uçeyler, N., y Sommer, C. (2009). Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *JAMA*, 301(2), 198-209.

Janssen, S.A., y Arntz, A. (1996). Anxiety and pain: attentional and endorphinergic influences. *Pain*, 66, 145-150.

Jensen, M.P., Turner, J.A., y Romano, J.M. (1991). Self-efficacy and outcome expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. *Pain*, 44, 263-9.

Jensen, M.P., Moore, M.R., Bockow, T.B., Ehde, D.M., y Engel, J.M. (2011). Psychosocial factors and disabilities: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92, 146-160.

Johnson, S.K. (2008). Treatment approaches to fibromyalgia. En S.K. Johnson (ed.), *Medically unexplained illness: gender and biopsychological implications*. (pp. 163-172). Washington: APA.

Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A., y Perri, L. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The Journal of Pain*, 5(4), 195-211

Kerns, R.D., Rosenberg, R., y Jacob, M.C. (1994). Anger expression and chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 57-67.

Kurtze, N., Gudersen, K.T., y Svebak, S. (1998). The role of anxiety and depression in fatigue and patterns of pain among subgroups of fibromyalgia patients. *The British Journal of Medical Psychology*, 7, 185-194.

Kurtze, N., y Svebak, S. (2001). Fatigue and patterns of pain in fibromyalgia: correlations with anxiety, depression and co-morbidity in a female country sample. *The British Journal of Medical Psychology*, 74, 523-537.

Lebovits, A.H., y Bassman, L.E. (1996). Psychological aspects of chronic pain management. En M. Lefkowitz y A. H. Lebovits (Eds.), *A practical approach to pain management*. Boston: Little, Brown y Company. 11, 24-1128.

Macías, J. A., y Royuela, A. (1996). La versión española del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Informaciones psiquiátricas*, 146, 465-472.

Marcus, D. A., Bernstein, C., y Rudy, T. E. (2005). Fibromyalgia and headache: an epidemiological study supporting as part of the fibromyalgia syndrome. *Clinical Rheumatology*, 24, 595-601.

Martínez, E., González, O., y Crespo, J. M. (2003). *Fibromialgia: Definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos*. *Salud Global*. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/descarga_pdf.ats?clave=13102.

Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., Rodríguez-Marín, J., March, M.J., Lledó, A., y López-Roig, S., et al. (1999). Percepción de autoeficacia en dolor crónico: adaptación y validación de la Chronic Pain Self-Efficacy Scale. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 53-75.

Máñez, I., Fenollosa, P., Martínez-Azucena, A., y Salazar A. (2005). Sleep quality, pain and depression in fibromyalgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 491-500.

McCracken, L. M., Zayfert, C., y Gross, R. T. (1992). The pain anxiety symptom scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 50, 67-73.

McCracken, L. M., y Eccleston, C. (2003). Coping o acceptance: what to do about chronic pain?. *Pain*, 105, 197-204.

Melzack, R., Casey, K.L. (1968). The skin senses. En D. Keeshalo (Ed.), *Sensory, motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model*. Thomas Springfield.

Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1 (3), 277-299. doi: 10.1016/0304-3959(75)90044-5.

Mellegard, M., Grossi, G., y Soares, J. F. (2001). A comparative study of coping among women with fibromyalgia, neck/shoulder and back pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8 (2), 103-115.

Meredith, P., Strong, J., y Feeney, J.A. (2006). Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain*, 123, 146-154.

Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2008). Ordenación de Prestaciones. Fibromialgia. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Prestaciones.

Moldofsky, H. (2008). The significance of the sleeping-waking brain for the understanding of widespread musculoskeletal pain and fatigue in fibromyalgia syndrome and allied syndromes. *Joint Bone Spine*, 75, 397-402.

Moldofsky, H. (2010). Rheumatic manifestations of sleep disorders. *Current Opinion in Rheumatology*, 22, 59-63.

Neumann, L., y Buskila, D. (1997). Quality of life and physical functioning of relatives of fibromyalgia patients. *Seminars In Arthritis And Rheumatism*, 26(6), 834-839.

Nicassio, P.M., Moxham, E.G., Schuman, C.E., y Gevirtz, R.N. (2002). The contribution of pain, reported sleep quality and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia. *Pain*, 100, 271-9.

Nielson, W.R., y Jensen, M.P. (2004). Relación entre los cambios en el afrontamiento y el resultado del tratamiento en pacientes con Fibromialgia. *Síndrome de Dolor*, 109 (3), 233-41.

Nishishinya, M., Rivera, J., Alegre, C., y Pereda, C. (2006). Non pharmacologic and alternative treatments in fibromyalgia. *Medicina Clínica*, 127(8), 295-299. doi: 10.1016/S0025-7753(06)72237-0.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10)*. Madrid: Mediator. Park.

Pavoni, J., Banegas, V., Pueyrredón, J., y Salvat, F. (2008) Interdisciplina en dolor crónico: Cambios en el desempeño Ocupacional. *Archivos de Neurología y Neurociencia en Neuropsiquiatría*, 15-,2. 11-18.

Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F., y Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16, 415-420.

Petzke, F., Gracely, R., Park, K., Ambrose, K., y Clauw, D. (2003). What do tender points measure?. Influence of distress on 4 measures of tenderness. *The Journal of Rheumatology*, 30 (3), 567-574.

Quintner, J. (1992). Fibromyalgia: The Copenhagen Declaration. *The Lancet*, 340(8827), 1103.

Rahman, A., Ambler, G., Underwood, M.R., y Shipley, M.E. (2004). Important determinants of self-efficacy in patients with chronic pain musculoskeletal pain. *Journal of Rheumatology*, 31, 1187-1192.

Reibel, D., Greeson, J.M., Brainard, G.C., y Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23, 183–192.

Reid, G., Lang, B., y McGrath, P. (1997). Primary juvenile fibromyalgia: psychological adjustment, family functioning, coping, and functional disability. *Arthritis And Rheumatism*, 40 (4), 752-760.

Rivera, J., y González, T. (2004). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clinical And Experimental Rheumatology*, 22(5), 554-560.

Rivera, J. J., Alegre, C. C., Ballina, F. J., Carbonell, J. J., Carmona, L. L., Castel, B. B., y Collado, A. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. (Spanish). *Reumatologia Clinica*, 255-266.

Rizzi, M., Sarzi-Puttin, P., Atzeni, F., Capsoni, F., Andreoli, A., Pecis, M., y Colombo, S. (2004). Cyclic alternating pattern: A new marker of sleep alteration in patients with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 31(6), 1193-1199.

Rodríguez-Parra, M.J., Esteve, R. y López, A.E. (2000). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 391-418.

Roizenblatt, S., Tufik, S., Goldenberg, J., Pinto, L.R., Hilario, M.O., y Feldman, D. (1997). Juvenile Fibromyalgia: clinical and polysomnographic aspects. *Journal Rheumatology*, 24, 579-585.

Royuela, A., y Macías, J.A. (1997). Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*, 9, 81-94.

Simms, R.W., y Goldenberg D.L. (1988). Symptoms mimicking neurologic disorders in fibromyalgia syndrome. *Journal Rheumatology*, 15, 1271-3.

Söderberg, S., Lundman, B., y Norberg, A. (1999). Luchando por la dignidad: el significado de las experiencias de las mujeres de vivir con la fibromialgia. *Qual Res Salud*, 9 (5), 575-87.

Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J. F., y de Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 11, 353- 359.

Sung, K.W., Shin, I.H., y Lee, K.H. (2003). The factors influencing on depression of patients for fibromyalgia syndrome. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 33, 609-617.

Sternbach, R.A. (1975). Psychological aspects of pain and the selection of patients. *Clinical Neurosurgery*, 21, 323-333.

Theadom, A., Cropley, M., y Humphrey, K. (2007). Exploring the role of sleep and coping in quality of life in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 145-151.

Thieme, K., Turk, D., y Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, 66, 837-844.

Turk, D.C., Okifuji, A., y Scharff, L. (1995). Chronic pain and depression: Role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain*, 61, 93-101.

Valverde, M., Juan, A., Rivas, B., y Carmona, L. (2001). "Fibromialgia". En: Sociedad Española de Reumatología, (ed.), *Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española*. (pp. 77-91). Madrid: Editorial MSD y Sociedad Española de Reumatología.

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., y Santed, R. (2005). The Spanish version of the short form 36 health survey: A decade of experience and new developments. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 19(2), 135-150. doi:10.1157/13074369.

Wigers, S.H., Stiles, T.C., y Vogel, P.A. (1996). Effects of aerobic exercise versus stress management treatment in fibromyalgia. A 4.5-year prospective study. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 25 (2), 7786.

Winfield, J. (2000). Psychological determinants of fibromyalgia and related syndromes. *Current Review of Pain*, 4 (4), 276-286.

Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennet, R.M., Bombardier, C., y Goldenberg, D.L. (1990). The American College of Rheumatology. Criteria for classification of fibromyalgia: report of the Multicentre Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33, 160-172.

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., y Russell, A. S. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care Y Research*, 62(5), 600-610. doi: 10.1002/acr.20140.

Wolfe, F., Hawley, D. J., y Wilson, K. (1996). The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease. *The Journal of Rheumatology*, 23(8), 1407-1417.

Worrel, L.M., Krahn, L.E., Sletten, C.D., y Pond, G.R. (2001). Treating fibromyalgia with a brief interdisciplinary program: Initial outcomes and predictors of response. *Clinical Procedures*, 76, 384-390.

Xie, X., y Ye, C. (1997). Clinical analysis of 120 patients with fibromyalgia. Hunan yike daxue xuebao. *Bulletin of Hunan Medical University*, 22(2), 167-170.

Yunus, M. B., Masi, A.T., y Aldag, J. A. (1989). A controlled study of primary fibromyalgia syndrome: clinical features and association with other functional syndromes. *The Jorunal of Rheumatology*, 16, (suppl. 19), 62-71.

14. ANEXOS

14.1. Instrumentos Utilizados

Cuestionario SF-36 Sobre el Estado de Salud

13.1. Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

1

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:
Excelente 1
Muy buena 2
Buena 3
Regular 4
Mala 5
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
Mucho mejor ahora que hace un año 1
Algo mejor ahora que hace un año 2
Más o menos igual que hace un año 3
Algo peor ahora que hace un año 4
Mucho peor ahora que hace un año 5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar 1 km o más	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Si	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p.ej., le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

	Si	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

13.1. Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud
(Short-Form, SF-36)

2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada 1
Un poco 2
Regular 3
Bastante 4
Mucho 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno 1
Sí, muy poco 2
Sí, un poco 3
Sí, moderado 4
Sí, mucho 5
Sí, muchísimo 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada 1
Un poco 2
Regular 3
Bastante 4
Mucho 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ...se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ...se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

Siempre 1
Casi siempre 2
Algunas veces 3
Sólo algunas veces 4
Nunca 5

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

(Versión española 1.3 - July 15, 1994 por Jordi Alonso, MD, PhD; on behalf of the IQOLA Project.)

Cuestionario de impacto de la Fibromialgia FIQ-S.

CUESTIONARIO DE IMPACTO DE FIBROMIALGIA

Nombre: _____

Fecha: / /

Instrucciones: Para las preguntas de la 1 a la 11, por favor rodee con un círculo el número que mejor describe lo que usted hizo la última semana. Si alguna de la preguntas se refiere a algo que no hace habitualmente, tache la.

	Siempre	Habitualmente	Ocasionalmente	Nunca
Ir a comprar	0	1	2	3
Lava la ropa usando lavadora y secadora	0	1	2	3
Preparar la comida	0	1	2	3
Lavar los platos a mano	0	1	2	3
Pasa la aspiradora por la alfombra	0	1	2	3
Hacer las camas	0	1	2	3
Caminar varios centenares de metros	0	1	2	3
Visitar a los amigos o a los parientes	0	1	2	3
Cuidar el Jardín	0	1	2	3
Conducir un coche	0	1	2	3
Subir las escaleras	0	1	2	3

De los siete días de la semana pasada, ¿cuántos días se sintió bien?

0 1 2 3 4 5 6 7

¿Cuántos días de trabajo (incluidos los quehaceres domésticos) perdió como consecuencia de la fibromialgia?

0 1 2 3 4 5 6 7

Instrucciones: Marque el punto de la línea que refleje mejor cómo se sentía la semana pasada

Mientras usted trabajaba, ¿en qué medida los dolores o síntomas de su fibromialgia interfirieron en su actividad (incluidos trabajos domésticos)?

Sin problemas * 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Ocasionando gran dificultad

¿Cómo ha sido la intensidad de sus dolores?

No tuve dolor * 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 * Tuve dolor muy severo

¿Se ha sentido de cansado?

Nada cansado * 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 * Muy cansado

¿Cómo se ha sentido después de levantarse por las mañanas?

Descansado * 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 * Muy cansado

¿De qué intensidad ha sido su rigidez?

No he tenido rigidez * 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 * Muy rígido

¿Qué grado de ansiedad o nerviosismo ha padecido?

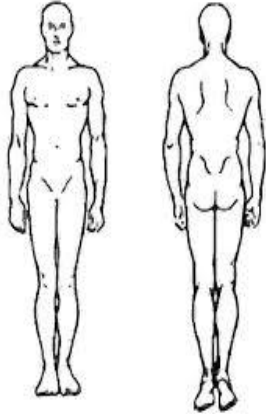
No he estado ansioso * 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Muy ansioso

¿Cómo se ha sentido de deprimido?

No he estado deprimido * 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 * Muy deprimido

Cuestionario del dolor McGill, Melzack 1975.

McGill Pain Questionnaire, MPQ.

Índice sus sentimientos y se sensaciones en el momento actual.		
Temporal I ○ A golpes ○ Continuo	Térmico I - Calor - Como si quemara - Abrasador - Como hierro candente	Tensión emocional - Fastidioso - Preocupante - Angustioso - Exasperante - Que amarga la vida
Temporal II ○ Periódico ○ Repetitivo ○ Insistente ○ Interminable	Térmico II - Frialdad - Helado	Signos vegetativos Nauseoso
Localización I ○ Impreciso ○ Bien delimitado ○ Extenso	Sensibilidad táctil - Como si rozara - Como un hormigueo como si arañara - Como si raspara - Como un escozor - Como un picor	Miedo - Que asusta - Temible - Aterrador
Localización II ○ Repartido ○ Propagado	Consistencia Pesadez	Categoría valorativa - Débil - Soportable - Intenso - Terriblemente molesto
Punción ○ Como un pinchazo ○ Como agujas ○ Como un clavo ○ Punzante ○ Perforante	Miscelánea sensorial I - Como hinchado - Como un peso - Como un flato - Como espasmos	
Incisión ○ Como si cortase ○ Como una cuchilla	Miscelánea sensorial II - Como latidos - Concentrado - Como si pasara corriente - Calambrazos	
Constricción ○ Como un pellizco ○ Como si apretara ○ Como agarrotado ○ Opresivo ○ Como si exprimiera	Miscelánea sensorial III - Seco - Como martillazos - Agudo - Como si fuera a explotar	
Tracción ○ Tirantez ○ Como un tirón ○ Como si estirara ○ Como si arrancara ○ Como si desgarrara		
Indique la expresión que mejor refleja la intensidad del dolor, en su conjunto, en el momento actual. ○ Leve, débil, ligero ○ Moderado, molesto, incomodo ○ Fuerte ○ Extenuante, exasperante ○ Insoportable		
Marque una cruz sobre la línea, indicando cuánto dolor tiene actualmente 		
Sin dolor		Dolor insoportable
PRI-S: _____	PRI-E: _____	PRI-V: _____
PRI-M: _____	PRI-TOTAL: _____	
Número de palabras _____	PPI: _____	EAV (0-10): _____
PRI, Paint rating intensity score; PRI-S, PRI sensorial; PRI-E, PRI emocional; PRI-v, PRI valorativa; PPI, present pain intensity.		

Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)

NOMBRE Y APELLIDOS.....

FECHA.....

Por favor, conteste a los siguientes ítems rodeando con un círculo las respuestas que considere adecuadas:

Respuestas

1= Muy de acuerdo

2= De acuerdo

3=En desacuerdo

4=Muy en desacuerdo

1.Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás	1	2	3	4
2.Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado	1	2	3	4
3.Creo que tengo varias cualidades buenas	1	2	3	4
4.Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	1	2	3	4
5.Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí	1	2	3	4
6.Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7.En general, estoy satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8.Desearía valorarme más a mí mismo	1	2	3	4
9.A veces me siento verdaderamente inútil	1	2	3	4
10.A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

El siguiente cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a saber cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda.
Lea cada pregunta y marque la que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.
No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3) Casi todo el día ☐ 2) Gran parte del día ☐ 1) De vez en cuando ☐ 0) Nunca ☐

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0) Ciertamente igual que antes ☐ 1) No tanto como antes ☐ 2) Solamente un poco ☐ 3) Ya no disfruto con nada ☐

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3) Sí, y muy intenso ☐ 2) Sí, pero no muy intenso ☐ 1) Sí, pero no me preocupa ☐ 0) No siento nada de eso ☐

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0) Igual que siempre ☐ 1) Actualmente algo menos ☐ 2) Actualmente mucho menos ☐ 3) Actualmente en absoluto ☐

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3) Casi todo el día ☐ 2) Gran parte del día ☐ 1) De vez en cuando ☐ 0) Nunca ☐

D.3. Me siento alegre:

0) Nunca ☐ 1) Muy pocas veces ☐ 2) En algunas ocasiones ☐ 3) Gran parte del día ☐

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajado/a:

0) Siempre ☐ 1) A menudo ☐ 2) A veces ☐ 3) Nunca ☐

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3) Gran parte del día ☐ 2) A menudo ☐ 1) A veces ☐ 0) Nunca ☐

A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

0) Nunca ☐ 1) Sólo en algunas ocasiones ☐ 2) A menudo ☐ 3) Muy a menudo ☐

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3) Completamente ☐ 2) No me cuido como debería hacerlo ☐
1) Es posible que no me cuido como debiera ☐ 0) Me cuido como siempre lo he hecho ☐

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3) Realmente mucho ☐ 2) Bastante ☐ 1) No mucho ☐ 0) En absoluto ☐

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0) Como siempre ☐ 1) Algo menos que antes ☐ 2) Mucho menos que antes ☐ 3) En absoluto ☐

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3) Muy a menudo ☐ 2) Con cierta frecuencia ☐ 1) Raramente ☐ 0) Nunca ☐

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0) A menudo ☐ 1) Algunas veces ☐ 2) Pocas veces ☐ 3) Casi nunca ☐

Puntuación HAD-A: 1) < 7 ☐ 2) 8-10 ☐ 3) > 11 ☐ Puntuación HAD-D: 1) < 7 ☐ 2) 8-10 ☐ 3) > 11 ☐

ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTSBURG (BUYSSE Y COLS., 1989)

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Nombre y apellidos: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor

1. Durante el último mes, ¿Cuál ha sido, normalmente, tu hora de acostarte?

APUNTA TU HORA HABITUAL DE ACOSTARTE: _____

2. ¿Cuánto tiempo habrás tardado en dormirte, normalmente, las noches del último mes?

APUNTA EL TIEMPO EN MINUTOS: _____

3. Durante el último mes, ¿a qué hora te has levantado habitualmente por la mañana?

APUNTA TU HORA HABITUAL DE LEVANTARTE: _____

4. ¿Cuántas horas calculas que habrás dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?

(el tiempo puede ser diferente al que permanezcas en la cama).

APUNTA LAS HORAS QUE CREES HABER DORMIDO: _____

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso.
Por favor, conteste TODAS las preguntas.

5. Durante el último mes, cuántas veces has tenido problemas para dormir a causa de: a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora (tacha la que corresponda): ☐ Ninguna vez en el último mes. ☐ Menos de una vez a la semana. ☐ Una o dos veces a la semana. ☐ Tres o más veces a la semana b) Despertarse durante la noche o de madrugada (tacha la que corresponda): ☐ Ninguna vez en el último mes. ☐ Menos de una vez a la semana. ☐ Una o dos veces a la semana. ☐ Tres o más veces a la semana. c) Tener que levantarse para ir al servicio (tacha la que corresponda): ☐ Ninguna vez en el último mes. ☐ Menos de una vez a la semana. ☐ Una o dos veces a la semana. ☐ Tres o más veces a la semana. d) No poder respirar bien (tacha la que corresponda): ☐ Ninguna vez en el último mes ☐ Menos de una vez a la semana ☐ Una o dos veces a la semana ☐ Tres o más veces a la semana e) Toser o roncar ruidosamente (tacha la que corresponda): ☐ Ninguna vez en el último mes ☐ Menos de una vez a la semana ☐ Una o dos veces a la semana ☐ Tres o más veces a la semana	f) Sentir frío (tacha la que corresponda): ☐ Ninguna vez en el último mes ☐ Menos de una vez a la semana ☐ Una o dos veces a la semana ☐ Tres o más veces a la semana g) Sentir demasiado calor: (tacha la que corresponda): ☐ Ninguna vez en el último mes ☐ Menos de una vez a la semana ☐ Una o dos veces a la semana ☐ Tres o más veces a la semana h) Tener pesadillas o “malos sueños” (tacha la que corresponda): ☐ Ninguna vez en el último mes ☐ Menos de una vez a la semana ☐ Una o dos veces a la semana ☐ Tres o más veces a la semana i) Sufrir dolores (tacha la que corresponda): ☐ Ninguna vez en el último mes ☐ Menos de una vez a la semana ☐ Una o dos veces a la semana ☐ Tres o más veces a la semana j) Otras razones (por favor, descríbelas continuación): ☐ Ninguna vez en el último mes ☐ Menos de una vez a la semana ☐ Una o dos veces a la semana ☐ Tres o más veces a la semana
--	--

6. Durante el último mes, ¿cómo valorarías, en conjunto, la calidad de tu sueño?

- ☐ Bastante buena
- ☐ Buena
- ☐ Mala
- ☐ Bastante mala

7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrás tomado medicinas (por tu cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes, ¿cuántas veces has sentido somnolencia mientras conducías, comías o desarrollabas alguna otra actividad?

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes, ¿ha representado para ti mucho problema el “tener ánimos” para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO _____
DURACIÓN DEL SUEÑO _____
ALTERACIONES DEL SUEÑO _____
DISFUNCIÓN DIURNA _____
LATENCIA DEL SUEÑO _____
EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO _____
USO DE MEDICACION PARA DORMIR _____
PUNTUACIÓN GLOBAL _____

10. ¿Tiene usted pareja o compañero/a de habitación?

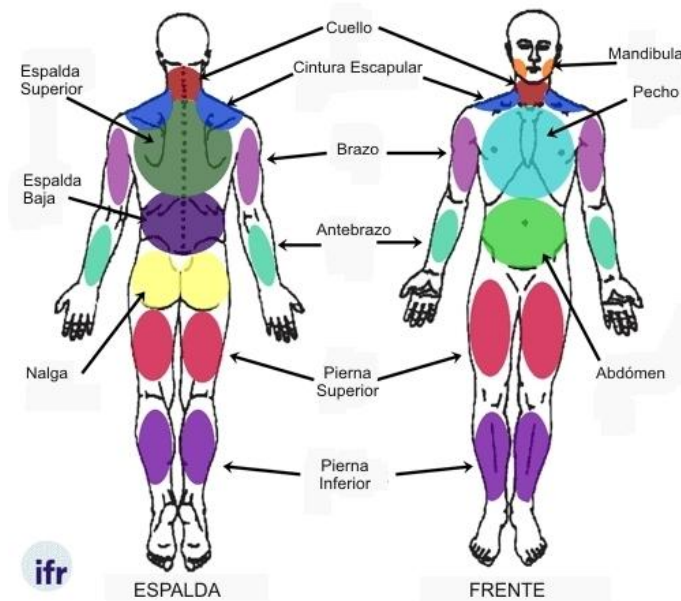
- ☐ No tengo pareja ni compañero/a de habitación
- ☐ Si tengo, pero duerme en otra habitación
- ☐ Si tengo, pero duerme en la misma habitación y distinta cama
- ☐ Si tengo y duerme en la misma cama

Si usted tiene pareja o compañero/a de habitación con el que duerme, pregúntele con qué frecuencia, durante el último mes, ha tenido usted...

- a. Ronquido fuerte
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes
 - ☐ Menos de una vez a la semana
 - ☐ Una o dos veces a la semana
 - ☐ Tres o más veces a la semana
- b. Largas pausas entre las respiraciones mientras dormía
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes
 - ☐ Menos de una vez a la semana
 - ☐ Una o dos veces a la semana
 - ☐ Tres o más veces a la semana
- c. Temblor o sacudidas de las piernas mientras dormía
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes
 - ☐ Menos de una vez a la semana
 - ☐ Una o dos veces a la semana
 - ☐ Tres o más veces a la semana
- d. Episodios de desorientación o confusión durante el sueño
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes
 - ☐ Menos de una vez a la semana
 - ☐ Una o dos veces a la semana
 - ☐ Tres o más veces a la semana
- e. Otro tipo de trastorno mientras dormía, por favor descríballo:

- ☐ No me ha ocurrido durante el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

Índice de Dolor Generalizado – Widespread Pain Index (WPI)



Ponga una cruz sobre cada área en la que ha sentido dolor durante la semana pasada, teniendo en cuenta que no debe incluir dolores producidos por otras enfermedades que sepa que sufre (artritis, lupus, artrosis, tendinitis, etc.):

Cintura Escapular Izquierda		Pierna Inferior Izquierda	
Cintura Escapular Derecha		Pierna Inferior Derecha	
Brazo Superior Izquierdo		Mandíbula Izquierda	
Brazo Superior Derecho		Mandíbula Derecha	
Brazo Inferior Izquierdo		Pecho (Tórax)	
Brazo Inferior Derecho		Abdomen	
Nalga Izquierda		Cuello	
Nalga Derecha		Espalda Superior	
Pierna Superior Izquierda		Espalda Inferior	
Pierna Superior Derecha			

Cuente el número de áreas que ha marcado y anótelos aquí: _____
Observará que el valor WPI oscila entre 0 y 19.

Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score)

SS-Parte 1

Indique la gravedad de sus síntomas durante la semana pasada, utilizando las siguientes escalas, que se puntúan del 0 (leve) al 3 (grave):

1.Fatiga	
☐	0 = No ha sido un problema
☐	1 = Leve, ocasional
☐	2 = Moderada, presente casi siempre
☐	3 = Grave, persistente, he tenido grandes problemas

2.Sueño no reparador	
☐	0 = No ha sido un problema
☐	1 = Leve, ocasional
☐	2 = Moderada, presente casi siempre
☐	3 = Grave, persistente, he tenido grandes problemas

3.Trastornos Cognitivos	
☐	0 = No ha sido un problema
☐	1 = Leve, ocasional
☐	2 = Moderada, presente casi siempre
☐	3 = Grave, persistente, he tenido grandes problemas

Sume el valor de todas las casillas marcadas y anótelos aquí: _____
Observará que el valor SS-Parte 1 oscila entre 0 y 9.

Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score)

SS-Parte 2

Marque cada casilla que corresponda a un síntoma que ha sufrido durante la semana pasada.

	Dolor muscular		Pitidos al respirar (sibilancias)
	Síndrome de Colon Irritable		Fenómeno de Raynaud
	Fatiga / agotamiento		Urticaria
	Problemas de comprensión o memoria		Zumbidos en los oídos
	Debilidad muscular		Vómitos
	Dolor de cabeza		Acidez de estómago
	Calambres en el abdomen		Aftas orales (úlceras)
	Entumecimiento / hormigueos		Pérdida o cambios en el gusto
	Mareo		Convulsiones
	Insomnio		Ojo seco
	Depresión		Respiración entrecortada
	Estreñimiento		Pérdida de apetito
	Dolor en la parte alta del abdomen		Erupciones / Rash
	Nauseas		Intolerancia al sol
	Ansiedad		Trastornos auditivos
	Dolor torácico		Moretones frecuentes (hematomas)
	Visión borrosa		Caída del cabello
	Diarrea		Micción frecuente
	Boca seca		Micción dolorosa
	Picores		Espasmos vesicales

Cuente el número de síntomas marcados, y anótelos aquí: _____

Si tiene 0 síntomas, su puntuación es 0

Entre 1 y 10, su puntuación es 1

Entre 11 y 24, su puntuación es 2

25 o más, su puntuación es 3

Anote aquí su puntuación de la SS-Parte 2 (entre 0 y 3):

Suma de su puntuación SS-Parte 1+ SS-Parte 2 =

Compruebe que la puntuación se encuentre entre 0 y 12 puntos.

Escala de reajuste psicosocial de Thomas Holmes y Richard Rahe, 1976.

Este cuestionario es autoadministrado y se trata de que el encuestado rellene con un círculo el número o números que corren a los acontecimientos que haya padecido en el último año.

Por favor, señale con un círculo aquel o aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido en el último año.

1. Muerte del cónyuge
2. Divorcio
3. Separación
4. Privación de la libertad
5. Muerte de un familiar próximo
6. Enfermedad o incapacidad, graves
7. Matrimonio
8. Perder el empleo
9. Reconciliación de la pareja
10. Jubilación
11. Enfermedad de un pariente cercano
12. Embarazo
13. Problemas sexuales
14. Llegada de un nuevo miembro a la familia
15. Cambios importantes en el trabajo
16. Cambios importantes a nivel económico
17. Muerte de un amigo íntimo
18. Cambiar de empleo
19. Discusiones con la pareja (cambio significativo)
20. Pedir una hipoteca de alto valor
21. Hacer efectivo un préstamo
22. Cambio de responsabilidades en el trabajo
23. Un hijo/a abandona el hogar (matrimonio, universidad)
24. Problemas con la ley
25. Logros personales excepcionales
26. La pareja comienza o deja de trabajar
27. Se inicia o se termina el ciclo de escolarización
28. Cambios importantes en las condiciones de vida
29. Cambio en los hábitos personales
30. Problemas con el jefe
31. Cambio en el horario o condiciones de trabajo
32. Cambio de residencia
33. Cambio a una escuela nueva
34. Cambio en la forma o frecuencia de las diversiones
35. Cambio en la frecuencia de las actividades religiosas
36. Cambio en las actividades sociales
37. Pedir una hipoteca o préstamo menor
38. Cambios en los hábitos del sueño
39. Cambios en el número de reuniones familiares
40. Cambio en los hábitos alimentarios
41. Vacaciones
42. Navidades
43. Infracciones menores de la ley

Nº de AVE:

Puntuación: