



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

PSICOPATOLOGÍA Y PERSONALIDAD EN PACIENTES CON
FIBROMIALGIA Y SU RELACIÓN CON LA SEVERIDAD DEL
DOLOR Y DISCAPACIDAD

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

P R E S E N T A :

DRA. ANA TERESA BALLESTEROS MONTERO

ASESOR TEÓRICO:
DR. ALEJANDRO DÍAZ ANZALDÚA

ASESOR METODOLÓGICO:
DRA. DANIELA MEDIETA CABRERA

COTUTORÍA:
MTRA. MARÍA ISABEL BARRERA VILLALPANDO

MEXICO, D.F.

2008

ÍNDICE

	Paginas.
RESUMEN	5
CAPITULO I. ANTECEDENTES.....	7
I. Introducción	8
1. Epidemiología	8
2. Definición	9
II. Etiología	11
1. Periférica	11
2. Central	11
a. Psiquiátrica.....	11
b. Neurofisiológica.....	12
3. Genética.....	13
4. Hormonal.....	13
III. Manifestaciones clínicas.....	14
1. Clasificación.....	14
IV. Diagnóstico.....	16
V. Psicopatología en fibromialgia.....	19
VI. Trastornos de personalidad.....	23
VII. Trastornos de personalidad en fibromialgia	25
VIII. Tratamiento de fibromialgia	28
1. Tratamiento farmacológico.....	29
2. Otros tratamientos.....	30
3. Tratamiento multimodal.....	30
CAPITULO II. METODOLOGIA.....	31
I. Justificación	32
II. Planteamiento del problema	32
III. Objetivos.....	33

IV. Material y método.....	33
1. Tipo de estudio.....	33
2. Pacientes.	33
3. Criterios de inclusión.	34
4. Criterios de exclusión.	34
5. Procedimiento.	34
6. Variables.....	35
V. Validez y confiabilidad de los instrumentos.....	36
1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).....	36
2. Entrevista Estructurada Clínica para los Trastornos de Personalidad para el DSM IV (SCID II).....	37
3. Lista de síntomas- 90 Revisada. Versión en español (SCL-90).....	40
4. Cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ).....	41
5. Escala Visual Análoga (EAV).....	43
6. Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS II).....	43
7. Inventario de Depresión de Beck (BDI)	44
8. Escala de desesperanza de Beck (BDEI)	47
9. Inventario de ansiedad de Beck (BAI).....	48
10. Confiabilidad de pruebas aplicadas.....	50
VI. Analisis estadístico.....	51
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	52
I. Características sociodemográficas.....	53
II. Severidad de fibromialgia	54
III. Psicopatología en pacientes con fibromialgia.....	55
1. Severidad de psicopatología en pacientes con fibromialgia.....	55
2. Trastornos psiquiátricos en pacientes con fibromialgia	55
3. Depresión, ansiedad y desesperanza (triada de Beck) en pacientes con fibromialgia.....	56
IV. Trastornos de personalidad en pacientes con fibromialgia.....	57
V. Relación entre severidad de psicopatología y rasgos de personalidad en pacientes con fibromialgia.....	60
VI. Relación entre severidad de fibromialgia y rasgos de personalidad.....	62

VII. Relación entre severidad de la fibromialgia y la severidad de psicopatología en pacientes con fibromialgia	63
CAPITULO IV DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	64
I. Discusión.....	65
II. Conclusiones.....	76
III. Bibliografía.....	77
ANEXOS.....	87
Anexo I: Tabla A.....	87
Anexo II .Tabla B.....	87
Anexo III: MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).....	88
Anexo IV: Entrevista Estructurada Clínica para los Trastornos de Personalidad para el DSM IV (SCID-II)	111
Anexo V: Lista de síntomas- 90 Revisada. Versión en español (SCL-90).....	119
Anexo VI: Cuestionario de impacto de la FMG (FIQ).....	123
Anexo VII: Escala Visual Análoga (EVA).....	124
Anexo VIII: Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS II).....	124
Anexo IX: Inventario de Depresión de Beck (BDI)	128
Anexo X: Escala de desesperanza de Beck (BDEI)	130
Anexo XI: Inventario de ansiedad de Beck (BAI).....	131
Anexo XII: Hoja de datos demográficos y clínicos (HDC).....	132
Anexo XIII: Consentimiento informado.....	133
Anexo XVI: Adendum Comité de Ética INPRFM.....	134
Anexo XV: Aceptación Comité de Ética INPRFM	135

RESUMEN

Antecedentes

La fibromialgia (FMG) es un padecimiento de reciente descripción, al cual no se le ha dado una explicación precisa, y que todavía permanece oculto para muchas personas, incluso para profesionales de la salud. El diagnóstico se basa en los criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR), que consisten en la presencia de dolor generalizado presente durante al menos 3 meses; y dolor a la presión de al menos 11 de los 18 puntos elegidos denominados *puntos gatillo o tender points*; así como ausencia de alteraciones radiológicas y analíticas.

Se ha encontrado asociación entre la presencia de FMG y eventos de vida adversos, personalidad, estilos de vida, y estrés postraumático. En cuanto a la patogenia, se han encontrado ligas neurobiológicas entre el estrés y los síntomas de FMG, entre los que destacan el dolor crónico y la fatiga

Algunos estudios han reportado prevalencias elevadas de trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida y actuales, entre los cuales se encuentran los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y algunos trastornos somatomorfos como la hipocondriasis.

Existen pocos estudios que determinen la presencia de rasgos de personalidad y trastornos de personalidad en pacientes con FMG. Los pacientes son descritos con frecuencia como: exigentes, cuidadosos, ordenados, honestos, responsables, morales y meticulosos en todos los aspectos de su vida. También es característico encontrar rasgos depresivos en ellos, aunque esto último no se sabe si es un rasgo innato de su personalidad o una manifestación psicológica de adaptación al dolor crónico

Objetivos:

Describir el perfil de severidad de la psicopatología en pacientes con FMG. Determinar la frecuencia de pacientes con FMG que cumplen criterios para trastornos psiquiátricos y trastornos de personalidad. Determinar si existe relación entre la severidad de la fibromialgia y la severidad de psicopatología. Determinar si existe relación entre la severidad de la fibromialgia y los rasgos de personalidad. Determinar si existe relación entre la severidad de la psicopatología y los rasgos de personalidad.

Método: Se incluyeron 29 pacientes del sexo femenino, mayores de 18 años y menores de 65 años, con diagnóstico de FMG realizado por reumatólogo del Instituto Nacional de Cardiología (INC), de acuerdo a los criterios establecidos por el ACR (Colegio Americano de Reumatología). Las pacientes fueron reclutadas del Instituto Nacional de Cardiología y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz (INPRFM). Se aplicaron las siguientes escalas: MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI); Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS II); la versión en español de la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos de Personalidad del DSM-IV (SCID II); Lista de síntomas-90, versión en español (SCL-90); Cuestionario de impacto de la FMG (FIQ); Escala análoga visual de dolor (EAV); Inventario de depresión de Beck (BDI); Inventario de ansiedad de Beck (BAI); Inventario de desesperanza de Beck (BDEI).

Resultados

El perfil de severidad de la psicopatología en pacientes con FMG mostró mayores puntajes en las dimensiones de somatización, depresión y obsesividad-compulsividad.

La frecuencia de pacientes con FMG que cumplieron criterios para trastornos psiquiátricos fue del 62% para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, 31% para el trastorno de ansiedad generalizada, 10.3% para el trastorno de angustia con agorafobia

Encontramos una prevalencia significativa de trastorno de personalidad obsesivo compulsivo (48.2%), depresivo (24.1%) y los trastornos evitativo, pasivo agresivo, esquizoide y narcisista (cada uno, 17.2%).

Los trastornos de personalidad con mayor incidencia (particularmente en trastorno evitativo de la personalidad) en las pacientes estudiadas, se correlacionaron con una calidad de vida menor y mayor severidad de la FMG.

Discusión

La fibromialgia es una enfermedad que cada vez es más tomada en cuenta debido a su prevalencia y al grado de discapacidad que genera en los pacientes. Sin embargo todavía es insuficiente el conocimiento sobre ésta y la importancia que se le da.

La FMG es, todavía, una entidad clínica controversial, a pesar de ser incluida dentro de las enfermedades reumatológicas, queda en duda si no cabría mejor en otras ramas de la medicina. Particularmente se ha propuesto que pudiera entrar dentro de los padecimientos psiquiátricos, ya que se ha considerado por algunos autores como una forma de depresión somatizada o un trastorno de somatización con síntomas depresivos. En el presente trabajo queda claro que varios de los síntomas de fibromialgia son compartidos por otros trastornos psiquiátricos y que la coocurrencia de sintomatología psiquiátrica y de rasgos y trastornos de personalidad es mayor a los encontrados en la población general. Es necesario realizar futuros estudios con una muestra más amplia y representativa para corroborar los resultados de la presente investigación.

CAPÍTULO

I.

ANTECEDENTES

I. INTRODUCCION

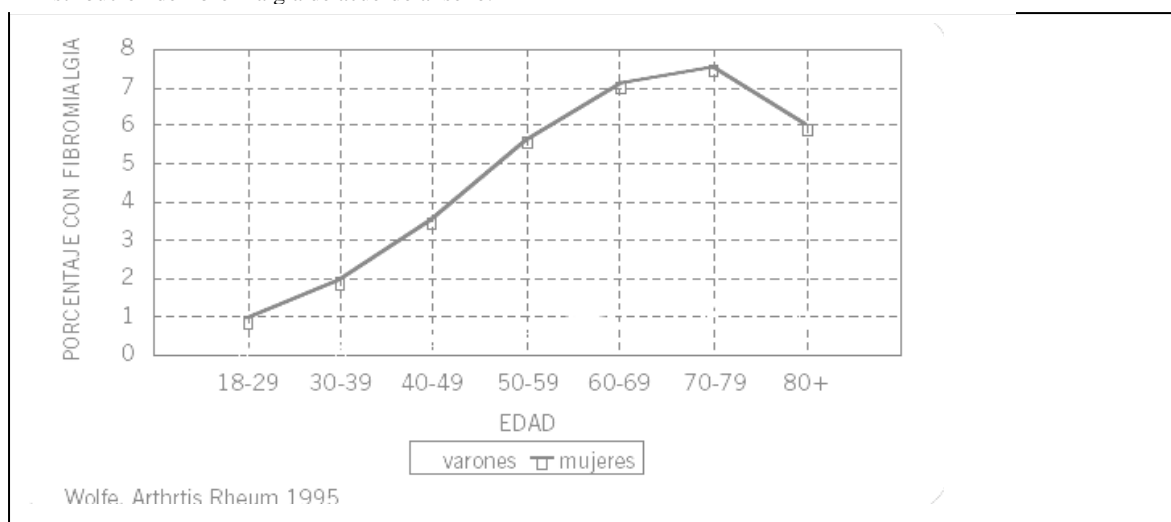
La fibromialgia (FMG) es un padecimiento de reciente descripción, al cual no se le ha dado una explicación precisa, y todavía permanece oculta para muchas personas, incluso profesionales de la salud. Debe de ser considerada algo más que una enfermedad músculoesquelética; el estudio clínico debe ir más allá del dolor, la fatiga y síntomas similares.

1. Epidemiología

La FMG es una entidad frecuente en la práctica médica cotidiana y se ha calculado una prevalencia de 10% entre la población femenina entre 20 y 49 años y del 10-20% en la consulta de reumatología (la segunda causa después de la osteoartrosis); ocho a nueve de cada diez pacientes son mujeres alrededor de los 40 años¹.

En un estudio realizado en Cataluña, se encontró que una prevalencia de fibromialgia en la población general de 11.6% de acuerdo a los criterios de Yunus o un 5% siguiendo los criterios de la ACR. En una muestra de población compuesta por 1.322 personas que cumplían los criterios de Yunus y con un intervalo de edad de 18 a 73 años, el 88% eran mujeres y el 11% varones; la prevalencia en ambos sexos era del 6.65%; la prevalencia en hombres era del 0.75%; la prevalencia en mujeres era del 5.9%. En mujeres la prevalencia era más alta en el intervalo de edad comprendido entre los 60-69 años y la más baja en el intervalo de los 18-29 años; en los varones, la distribución era similar².

Grafica 1
Distribución de fibromialgia de acuerdo al sexo.



Los estudios poblacionales realizados en Suecia informan de una prevalencia de un 1%, y los realizados en Noruega del 10.5%. En la consulta del reumatólogo, de un 14 a un 20% de los pacientes tienen como primer diagnóstico la fibromialgia. Es más frecuente en mujeres (73-88%) con una media de edad en el momento inicial que varía entre 34 y 57 años dependiendo de la población estudiada. El American College of Rheumatology (ACR) cifra la edad media de inicio en 49 años; el 89% de los pacientes son mujeres; el 91.3% de raza caucásica, el 5% hispana y el 1% negra. En un estudio de Wolfe y cols (1995)¹⁹ (Grafica 1), la fibromialgia es 8 veces más frecuente en mujeres que en hombres, y tiene una prevalencia de 2% (3.5% en mujeres y 0.5% en hombres)²

2. Definición

Entidad patológica caracterizada por dolores difusos, con puntos selectivos de dolor (“tender points”), descrita por primera vez por Gowers en 1904, aunque con el término de Fibrositis³. Hench utilizó por primera vez el término FMG en 1975 para resaltar la existencia de fenómenos dolorosos musculares y la ausencia de signos inflamatorios.

Yunus propuso en 1984 que la FMG, junto con otras entidades, podía agruparse dentro del síndrome disfuncional (Síndrome de intestino irritable, síndrome de fatiga crónica, síndrome de piernas inquietas, cefalea tensional, etc.), debido a las siguientes características comunes: a) Síntomas como fatiga y sueño no reparador. b) Predominio en mujeres. c) Ausencia de lesiones físicas demostrables. c) Mejoría con tratamiento farmacológico de acción central serotoninérgicos y/o noradrenérgicos. Con base en lo anterior se sugirió que en estos procesos había una disfunción neuroendócrina e inmune⁴.

El hecho de que en 1990 el American College of Rheumatology, estableciera criterios de muy alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico y clasificación de la FMG, ha sido determinante para su aceptación y asentamiento clínico de forma general en el ámbito de la medicina.

En 1992 la FMG fue definida como un estado doloroso no articular que afectaba predominantemente a los músculos; estas características principales fueron enunciadas como dolor generalizado y una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos. (Consensus Document on Fibromyalgia. 1993)².

El término FMG describe un síndrome clínico en el que el dolor músculo esquelético difuso es el síntoma principal y la presencia de puntos dolorosos característicos determinados por la exploración física. En forma paralela al dolor, los pacientes aquejan fatiga inexplicable, alteraciones del sueño, rigidez matutina subjetiva, parestesias diversas, síntomas de colon irritable, cefalea, trastornos vestibulares, síntomas genitourinarios y cambios en el tono afectivo. Se ha asociado el inicio y/o las exacerbaciones de los síntomas con estrés, traumatismos, cambios en el clima o en el ambiente, falta de sueño y actividad física. En la actualidad existen elementos para considerar a la FMG como una entidad real e identificable, lo cual es respaldado por los criterios existentes para establecer el diagnóstico⁵.

El dolor crónico como componente esencial de la FMG, representa una experiencia vital que afecta la esfera psíquica y social del paciente que le lleva a sentir desamparo y desesperanza, asociados a una resistencia a cualquier tipo de tratamiento. Es característico que haya quejas multisistémicas vagas asociadas a la falta de hallazgos patológicos, así como la negación de problemas psicosociales.

Estos pacientes con frecuencia rechazan que su enfermedad pueda tener un componente psiquiátrico, aunque hay evidencia contundente de psicopatología, ya que la mayoría de sus síntomas (alteración del sueño, astenia, etc.) son síntomas cardinales de la depresión. Esta enfermedad puede ser considerada como una entidad clínica del espectro afectivo con manifestaciones físicas. Al buscar la posible asociación con sucesos que hayan sido traumáticos en la historia biográfica del paciente, se ha podido comprobar que es una entidad más frecuente en aquellos sujetos que han sufrido malos tratos o abuso sexual en la infancia y cuentan con historia de abuso de drogas.

No se puede afirmar que la FMG sea una enfermedad psiquiátrica ya que estas asociaciones no aparecen en el 100% de los casos, y por tanto, hay ocasiones en las que no se sabe si la alteración psicológica precede a las manifestaciones físicas de la FMG o es consecuencia de ellas. Lo que sí parece claro es que el dolor crónico tiene un componente afectivo y que está íntimamente ligado con afectividad negativa como la ansiedad y la depresión.

II. ETIOLOGÍA

No se sabe la causa, aunque el conocimiento de los mecanismos para la percepción del dolor es cada vez mejor entendido. En el estudio sobre la evidencia etiopatogénica de la FMG con el estrés cotidiano, se ha encontrado asociación con eventos de vida adversos, personalidad, estilos de vida, y estrés postraumático. En cuanto a la patogenia, se han encontrado ligas neurobiológicas entre el estrés y los síntomas de FMG, entre los que destacan el dolor crónico y la fatiga.⁶ Se consideran seis teorías como las más aceptadas con respecto a la etiología de la FMG.

1. Periférica

La localización de los síntomas en los músculos y estructuras adyacentes, ha hecho pensar que el defecto principal está en esas estructuras, así como de otros elementos de identificación fisiopatológica como cambios en las miofibrillas, presencia de inflamación, fibrosis y complejos inmunes. Al respecto se han descrito cambios morfológicos a nivel muscular probablemente ligados a la fibromialgia denominadas fibras “*ragged-red*”, “*rubber band*” y fibras apolilladas, que orientaban hacia una causa muscular del proceso. Además se objetivaron cambios funcionales, sobre todo disminución de fuerza muscular y cambios tróficos. Un hallazgo frecuente es la dificultad de estos pacientes para relajar sus músculos, lo que puede ser motivo de fatiga y dolor muscular, aunque no se han demostrado cambios electrofisiológicos que lo corroboren. Otros factores que se han implicado son alteraciones a nivel de la microvascularización, con disminución del número capilares por cm² disminución de niveles de enzimas oxidativas, y disminución de niveles⁷

2. Central.

Se refiere a la existencia de anormalidades que tienen que ver con el funcionamiento del sistema nervioso central e intervienen con el procesamiento, percepción y señalización del dolor, fatiga, y otros parámetros psicofisiológicos⁶. Bajo esta denominación se incluyen las siguientes posibilidades:

a. Psiquiátrica

La creencia más diseminada es que se trata de una depresión enmascarada o una forma aberrante de somatización, una forma equivocada de registrar las posibles sensaciones de dolor Según Hudson y Pope (1992)²⁵ existe depresión en el 18 a 36% de los pacientes con FMG, aunque esta cifra coincide con lo observado en problemas reumatológicos como la artritis reumatoide y

enfermedades dolorosas crónicas. De la misma manera, se encuentran trastornos de ansiedad y personalidad con mayor frecuencia en los individuos con FMG que en casos controles, sin que esté decidido si esto se debe a la cronicidad del dolor, a la incertidumbre que acompaña a la FMG, o bien a rasgos existentes que predisponen al individuo a manifestar este complejo sintomático. Según Wallace (1997)⁸ la mayoría de manifestaciones psicológicas pueden ser consideradas aspectos del dolor crónico, argumentando que los pacientes con dolor crónico presentan alteraciones del funcionamiento psicosocial relacionados con el abuso de fármacos, funcionamiento físico bajo, dependencia de la psicoterapia pasiva, aumento del desamparo y desesperanza, elevada resistencia al tratamiento, conflicto emocional con personas del entorno, abandono de actividades psicosociales y cambios emocionales y afectivos negativos.

En un estudio publicado por Walker y cols. (1997)⁹ se compararon 36 sujetos con FMG y 33 con artritis reumatoide para encontrar diferencias en abuso físico, emocional, sexual y negligencia. Se encontraron mayores prevalencias en los sujetos con FMG, en todas las formas de victimización tanto adulta como infantil o ambas. A pesar de que el maltrato en la infancia se encontró como un riesgo para padecer FMG, formas particulares de maltrato (Ej.: abuso sexual por sí mismo) no tuvo efectos específicos. Las experiencias de abuso en la adultez, sin embargo, mostraron una fuerte relación con dolor no explicable. La severidad del trauma se correlacionó significativamente con medidas de la invalidez física, estrés psiquiátrico, adaptación a la enfermedad, personalidad y calidad de sueño en los pacientes con FMG⁹.

b. Neurofisiológica

Montoya y cols (2005)¹⁰ llevaron a cabo potenciales evocados mediante estimulación táctil no dolorosa, en un grupo de pacientes con FMG, y se compararon con pacientes con dolor musculoesquelético. Se encontró una modulación afectiva anormal del procesamiento somatosensorial cerebral de estímulos no dolorosos en los pacientes con FMG, especialmente cuando las señales somáticas provenían dentro de un contexto de estímulos hostiles. También encontraron que parece existir una deficiencia de serotonina (mediador importante del dolor). Se han encontrado niveles reducidos del triptofano (precursor) y de su metabolito el ácido 5-hidroxiindolacético, lo cual pudiera explicar porqué algunos pacientes responden a fármacos que aumentan los niveles de serotonina¹⁰.

McBeth y cols (2005)¹¹, demostraron que los pacientes con dolor crónico tanto establecido como no comprobable ó “psicológico”, presentaban anormalidades en la función del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA), específicamente un incremento en los niveles en sangre y saliva de cortisol, los cuales se encontraban más elevados en los pacientes con FMG en

comparación con pacientes con somatización y controles. Ellos encontraron alteraciones en el eje HPA relacionado con estrés emocional y además que el dolor puede tener asociación con anormalidades en ese mismo eje¹¹. Anderberg y cols (2000)¹² encontraron incremento de los niveles de oxitocina en pacientes con FMG, y sugirieron que dicho neuropéptido, en colaboración con otros neuropéptidos y neurotransmisores, juega un papel en la integración de procesos fisiopatológicos involucrados en los síntomas de la FMG: los ejes relacionados al estrés, los sistemas monoaminérgicos y los péptidos que tienen que ver en el procesamiento del dolor¹².

3. Genética

Se ha encontrado evidencia de que los polimorfismos de los genes de los sistemas serotoninérgicos y catecolaminérgicos se asocian a la patofisiología de la FMG, y que determinadas condiciones se asocian con ciertos rasgos de personalidad. Se cree que varios genes operan juntos para promover el desarrollo de este síndrome¹³.

Buskila y Neumann (2005)¹⁴ sugirieron que la FMG puede tener características patofisiológicas que tienen un componente heredable. Estudios en familiares sugieren que los factores genéticos y familiares juegan un papel importante en la etiopatogenia de esta enfermedad, ya que se ha encontrado que tanto pacientes como familiares coinciden en la presencia de polimorfismos de genes en los sistemas serotoninérgicos y de catecolaminas relacionados a la patofisiología de la FMG y condiciones relacionadas, los cuales, además, se encuentran asociados a ciertos rasgos de la personalidad¹⁴.

4. Hormonal

Bagge y cols (1998)¹⁵ encontraron alteraciones a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, plantearon que el desbalance a estos niveles podría justificar la teoría de “síndrome relacionado al estrés” (ya que muchos cuadros se manifiestan tras situaciones de estrés emocional o físico), así como alteraciones en neurotransmisores como péptido de calcitonina, noradrenalina, endorfinas, dopamina, histamina y ácido gamma amino butírico (GABA), o déficit en hormona de crecimiento¹⁵. Se han descrito anormalidades hormonales tales como una respuesta exagerada en la liberación de prolactina ante el estímulo con hormona liberadora de tirotropina (TRH), niveles bajos de somatomedina C, así como una asociación con hipotiroidismo. La mayor prevalencia de la FMG en mujeres hace pensar que otras hormonas (estrógenos) pudieran participar en su expresión clínica.¹⁵ Sin embargo, la hipótesis más aceptada sobre el origen de la FMG es la multitietológica, que incluye factores genéticos, factores del sistema nervioso central, periféricos y fisiológicos¹⁶.

I. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La FMG se presenta de manera característica en mujeres en edad reproductiva, quienes refieren dolor musculoesquelético difuso y generalizado y a la exploración física manifiestan dolor a la presión en puntos localizados, así como cansancio, fatiga extrema, sueño no reparador, rigidez articular matutina, cefalea, depresión, ansiedad, tensión, síntomas de colon irritable, parestesias diversas, sensación de debilidad, fatiga extrema. Con menor frecuencia puede encontrarse dismenorrea, dolor precordial, mareo, poliaquiuria y resequead de piel y mucosas.¹⁷ Martínez, González y Crespo (2003)³ reportaron las siguientes prevalencias en cuanto a la sintomatología más característica: Dolor (100%), rigidez (76-84%) matutina o posterior a reposo, alteraciones del sueño (56-72%), fatiga (57-92%) y parestesias (puede ser el inicio).

Algunos autores han sostenido que las alteraciones en el sueño pueden jugar un papel determinante en la fisiopatología de la FMG. Los trastornos del sueño se encuentran en el 80% de quienes la padecen, lo cual puede estar relacionado también a la alta incidencia de síntomas depresivos. Al respecto Rains y cols (2002)¹⁸ compararon características psicológicas y del sueño en pacientes que presentaban síndromes dolorosos crónicos y los compararon con sujetos sanos sin dolor, ambos grupos presentaban alteraciones en el electroencefalograma (EEG) caracterizadas por intrusión de ondas alfa durante el sueño. Encontraron que el 40% de los pacientes que tenían una anomalía de ondas alfa durante el sueño también presentaban dolor crónico. Sin embargo los pacientes con dolor crónico evidenciaban patrones de alteración de sueño y características psicológicas similares a los de algunos pacientes psiquiátricos sin dolor crónico. En base a lo anterior concluyeron que las intrusiones de ondas alfa en el EEG durante el dormir no se relacionan a características psicológicas y que difícilmente tienen un significado etiológico en los síntomas dolorosos en pacientes con dolor crónico¹⁸.

1. Clasificación

La FMG puede ser clasificada de acuerdo a las zonas afectadas y su origen como: regional, primaria y secundaria. La FMG regional, se denomina también FMG localizada o más frecuentemente síndrome miofacial. En este caso, el dolor está circunscrito a una zona anatómica y por tanto limitado a puntos contiguos. La FMG primaria se caracteriza por dolor difuso y puntos dolorosos a la presión en múltiples localizaciones en ausencia de una condición

concomitante o subyacente que pudiera explicar los signos y síntomas músculo-esqueléticos del paciente. La FMG secundaria está relacionada con una enfermedad definida como puede ser la artritis reumatoide activa o el hipotiroidismo, cuyo tratamiento lleva consigo la mejoría del proceso fibromiálgico¹. Sin embargo, por el grado de afectación la posibilidad de clasificación es tan amplia como personas padezcan el proceso, ya que la intensidad de las manifestaciones clínicas es muy variable³.

IV. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en los criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR), que consisten en la presencia de dolor generalizado presente durante al menos 3 meses (afectando el lado izquierdo y derecho del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, además del esqueleto axial); y dolor a la presión de al menos 11 de los 18 puntos elegidos denominados *puntos gatillo o tender points* y ausencia de alteraciones radiológicas y analíticas.

La exploración física, incluyendo la neurológica, únicamente revela los llamados “puntos dolorosos” manifiestos cuando se hace presión en puntos anatómicos precisos, con una fuerza de 4 kgs. “Hasta que la uña del dedo se pone blanca”. Se han definido 18 puntos dolorosos: occipital, en la inserción de los músculos suboccipitales; trapecios, en su punto medio; supraespinoso; glúteos, en el cuadrante supero externo; trocánter mayor; cervical bajo o anterior, en la cara anterior de C5-C6; segundas articulaciones condroesternales; epicóndilo externo (bilateral); y rodilla, sobre la zona anserina (cara interna). El diagnóstico se realiza cuando al menos 11 de los 18 puntos resultan positivos, sin embargo en la práctica se ha visto que este criterio más bien debe tener aplicación epidemiológica y que bastan 5-8 puntos para afirmar la existencia de FMG. Según los autores estos criterios tienen una sensibilidad del 88.4% y una especificidad del 81.6%.¹⁹

Yunus y cols. (1994)²⁰ determinaron la presencia de criterios obligatorios, mayores y menores. Los obligatorios son dolor generalizado o rigidez prominente en tres partes anatómicas del cuerpo por 3 meses o más, y la ausencia de otras causas de dolor; los mayores incluyen al menos 5 puntos dolorosos consistentes; los menores incluyen la modulación de los síntomas mediante actividad física o condiciones climáticas, agravamiento de los síntomas por el estrés, sueño no reparador, fatiga o cansancio. El diagnóstico se establece cuando al menos se cumplen todos los criterios obligatorios, un criterios mayor y tres menores.²⁰

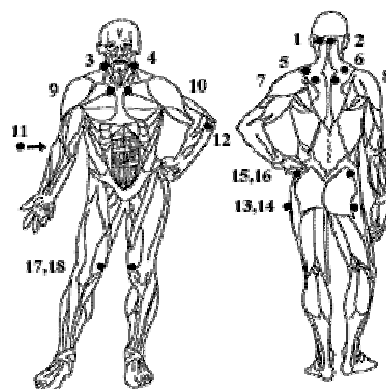


Figura 2
Puntos dolorosos

La FMG es un trastorno que se traslapa ampliamente con otros trastornos somáticos funcionales, particularmente con el síndrome de fatiga crónica. A pesar de que la etiología y

patogénesis exactas no se conocen, se ha sugerido que el estrés puede jugar un papel muy importante en este síndrome.²¹ La FMG puede coexistir con otras enfermedades reumáticas como la artritis reumatoide, la osteoartritis, el lupus eritematoso sistémico generalizado, algunas miopatías y otras condiciones³.

Se ha sugerido incluir a la FMG dentro de los síndromes somáticos funcionales (SSF) como un conjunto de entidades cuya característica común es la presencia de más síntomas, discapacidad y sufrimiento, que anomalías demostrables en la función o estructura orgánica. Tal como exponen Wessley, Neummaun y cols. (1999)²², la similitud clínica y terapéutica entre estos síndromes permite clasificarlos dentro del término genérico de SSF. Su hipótesis se fundamenta en el hecho de que pacientes diagnosticados con un síndrome de los mencionados presentaba criterios de inclusión en otro. Asimismo mencionan la existencia de una fuerte asociación entre los síntomas somáticos y el estrés emocional. Afirman que la frecuencia de pacientes con SSF alcanza el 20% en atención primaria. Otros estudios sugieren una elevada prevalencia de pacientes con síndromes médicamente inexplicables. En este sentido aparecen las dificultades a la hora de clasificar a dichos pacientes dentro de las especialidades médicas y la confusión que ello genera. Los elementos comunes a todos los síndromes somáticos funcionales son: Heterogeneidad clínica con síntomas que también son frecuentes en la población sana²².

Existe un alto grado de solapamiento de síntomas, incluso en un mismo individuo. Los estudios han mostrado la existencia de una asociación entre: a) fibromialgia, fatiga crónica e intestino irritable. b) hipersensibilidad química múltiple y síndrome por estrés de repetición. c) hipersensibilidad química múltiple, intestino irritable y síndrome de la guerra del golfo. Así mismo se ha encontrado mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos que las poblaciones generales y síntomas refractarios al tratamiento médico y a las medidas paliativas; suelen presentarse como pequeños brotes esporádicos en grupos pequeños que conviven en estrecho contacto y se difunden a otros grupos con un perfil de riesgo similar previa alarma y atención por los medios de comunicación. Existen mecanismos similares en la génesis y el mantenimiento de todos ellos. Fisiopatología próxima al espectro afectivo y/o disregulación de respuestas al estrés del sistema nervioso central. Mecanismos similares en la génesis y mantenimiento. En cada especialidad de medicina se puede encontrar algún síntoma somático funcional: en neurología cefalea tensional, gastroenterología síndrome de colon irritable, cardiología dolor precordial, estomatología la disfunción temporomandibular, en ginecología dolor premenstrual y dolor

pélvico crónico, en alergología síntoma de sensibilidad química múltiple y en reumatología fibromialgia.²²

Algunos pacientes con trastornos psiquiátricos como hipocondría, conversión, somatización o psicosis pueden confundirse con FMG. Sin embargo, el cuadro psiquiátrico es habitualmente evidente y hay franca desproporción entre los síntomas y la situación del paciente y la respuesta a la exploración física habitualmente es errática.

Existen pocos hallazgos a la exploración física general, en el sistema musculoesquelético la movilidad articular, el balance muscular y la exploración neurológica son normales, no se encuentran signos inflamatorios articulares. Lo que se obtiene con frecuencia es hiperalgesia generalizada que se acentúa al presionar sobre las prominencias óseas y uniones músculo-tendinosas (entesopatía). No existen pruebas complementarias (de laboratorio ni gabinete) que apoyen el diagnóstico. Se deben realizar una serie de pruebas con el fin de descartar otros diagnósticos diferenciales: Hemograma completo, química sanguínea (incluyendo calcio, enzimas musculares, anticuerpos antinucleares, factor reumatoide), velocidad de sedimentación globular, hormonas tiroideas¹.

V. PSICOPATOLOGIA EN FIBROMIALGIA

Algunos estudios han reportado prevalencias elevadas de trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida y actuales, entre los cuales se encuentran los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y algunos trastornos somatomorfos como la hipocondriasis. Estudios que comparan a pacientes con FMG contra aquellos con artritis reumatoide proveen resultados discrepantes. Sayar y cols (2004)²³ obtuvieron una muestra de 50 sujetos con FMG, 20 con artritis reumatoide y 42 controles sanos, a los cuales se les interrogó acerca de síntomas de ansiedad, depresión, intensidad del dolor y discapacidad. Reportaron que niveles altos de sintomatología ansiosa se asociaron de manera importante con FMG, mientras que los niveles altos de sintomatología depresiva se encontraron con mayor frecuencia en artritis reumatoide²³.

Epstein y cols (1999)²⁴ reportaron la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con FMG, cuyos resultados se exponen en la tabla 1.

Tabla 1. Prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos en pacientes con FMG

Trastorno	A lo largo de la vida %	Actual %
Depresión	68	22
Distimia	0	10
Trastorno de angustia	16	7
Fobia simple	16	12

Epstein SA y cols (1999)

Tanto Hudson y cols. (2004)²⁵, como Arnold y cols. (2006)²⁶, reportaron un mismo estudio en donde buscaron la prevalencia de trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida. Entre los resultados más significativos se reportó una prevalencia de 61.5% para el trastorno depresivo mayor, 28.2% para trastorno de angustia, 23.1% para trastorno por estrés postraumático, 21.8% para abuso o dependencia de otras sustancias, 21.8% para fobia simple y 20.5% para fobia social, como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con FMG.

Trastorno	%	Trastorno	%
Trastorno depresivo mayor	61.5	Anorexia	3.9
Trastorno de angustia	28.2	Trastorno por atracón	3.9
Trastorno por estrés postraumático	23.1	Abuso o dependencia de alcohol	3.9
Abuso o dependencia de otras sustancias	21.8	Bulimia	2.6
Fobia simple	21.8	Hipocondriasis	1.3
Fobia social	20.5	Esquizofrenia	1.3
Trastorno bipolar	12.8	Trastorno por somatización	1.3
Trastorno obsesivo compulsivo	6.4	Agorafobia sin trastorno de pánico	1.3
Trastorno de ansiedad generalizada	5.1	Trastorno distimico	1.3

Hudson JI y cols. 2004.

Arnold LM y cols. 2006.

Otro trabajo presentado por Sayar y cols. (2004)²³, encontró que la expresión de enojo y ansiedad predecían la intensidad del dolor y una mayor prevalencia de alexitimia, depresión y dolor en pacientes con FMG²⁷.

Hallberg (1998)²⁷ reportó el antecedente frecuente de pérdida de seres significativos, responsabilidades tempranas, problemas sociales y sentimientos de desesperanza en pacientes con FMG. También encontró factores “perpetuadores”, como beneficios laborales y atención familiar, relacionados con la persistencia del dolor. Este autor propone la existencia de factores intrapsíquicos y psicosociales, que apoyan la hipótesis de que los sujetos con estilos de apego “inseguro” representan de manera significativa a las personas que padecen dolor crónico²⁷.

Raphael y cols. (2004)²⁸ basaron su investigación en dos teorías acerca de la coexistencia frecuente de depresión en pacientes con FMG: Por un lado consideraron a la FMG como parte del espectro clínico de la depresión, y por el otro consideraron a la depresión como una consecuencia de padecer FMG. Al estudiar pacientes con FMG y sus familiares, en comparación con controles y familiares de éstos, encontraron que la hipótesis más consistente era el considerar a la FMG como parte del espectro del trastorno depresivo, ya que éste último y la FMG se encontraron con factores compartidos de riesgo familiar²⁸.

En un estudio de Moreno y Montaña (2000)²⁹, se obtuvo una muestra de 27 pacientes con FMG que se comparó con controles y se les aplicó el cuestionario “Ko’s” de salud mental, en los pacientes con FMG se encontraron mayores índices de hipocondriasis, depresión, ansiedad y compulsión, y menor índice de independencia. Los pacientes con FMG presentaron una prevalencia de 52% de depresión mayor; el inicio de la depresión mayor ocurrió antes del inicio de FMG (por alrededor de 5.5 años en promedio) en el 36% de los pacientes; a mayor severidad de la depresión, fueron más numerosos los puntos dolorosos²⁹.

Un estudio que evalúa la calidad de vida y ansiedad en FMG realizado por Pagano, Matsutani y cols. (2004)³⁰, quienes encontraron una peor calidad de vida y mayor nivel de ansiedad entre pacientes con FMG comparados con controles sanos, mostrando diferencias estadísticamente significativas³⁰.

Sin embargo, existen datos contradictorios con respecto a la asociación de somatización y depresión en pacientes con FMG; algunos estudios consideran a la FMG en el espectro de la depresión, o bien la describen como un trastorno por somatización; en otros estudios consideran a la depresión y a la FMG como entidades completamente separadas, argumentando la escasa ocurrencia de síntomas depresivos en algunos pacientes con FMG; tal es el caso de Kirmayer y cols.(1998)³¹ quienes reportaron un estudio con 20 pacientes que padecían FMG y los compararon con 23 pacientes con artritis reumatoide. Se les evaluó la presencia de sintomatología depresiva y somática: dolor, disfunción física, y tendencia a amplificar los síntomas somáticos. Los pacientes con FMG reportaron mayor intensidad de los síntomas somáticos, niveles equivalentes de dolor y menor disfunción física, en comparación con el grupo de artritis reumatoide. No se observaron diferencias entre ambos grupos en cuanto a la preocupación por la enfermedad y la tendencia a amplificar los síntomas somáticos. La preocupación por la enfermedad se correlacionó de manera significativa con la sintomatología para ambos grupos pero solo con el grupo de FMG se correlacionó con la disfunción física. Los resultados sugieren que la invalidez en los síndromes somáticos funcionales puede estar determinada por la preocupación de tener una enfermedad grave.

Los sentimientos de vulnerabilidad y aprensión acerca de tener una enfermedad de origen desconocido puede contribuir a que los pacientes que sufren de FMG en las limitaciones en sus actividades, la dificultad para sostener un esfuerzo en el trabajo y a estrés somático diverso. También encontraron que los pacientes con FMG no difirieron de manera significativa en cuanto a la presentación de síntomas depresivos o el diagnóstico de trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida respecto a los pacientes con artritis reumatoide. Reportaron la presencia más frecuente de síntomas somáticos de origen oscuro, múltiples intervenciones quirúrgicas y

búsqueda de ayuda en pacientes con FMG. La ansiedad puede presentarse como modelo de una respuesta disfórica excesiva, proporcionando una mala impresión o interpretación del dolor generalizado³¹.

En un estudio del 2005 realizado por Jochims y cols (2005)³², se investigó la forma de procesar el dolor en pacientes con trastorno límite de la personalidad, FMG, y trastorno por estrés postraumático; se encontró que los patrones neurofisiológicos y neuropsicológicos eran diferentes. Los estudios experimentales encontraron desensibilización en los umbrales de dolor en pacientes con trastorno límite de la personalidad, mientras que en los pacientes con FMG se encontró un patrón opuesto³².

Hallberg y cols (1995)²⁷ compararon 36 sujetos con FMG y 33 con artritis reumatoide para encontrar diferencias en antecedentes de formas de victimización como abuso físico, emocional, sexual y negligencia. En los sujetos con FMG se encontraron mayores prevalencias en todas las formas de victimización tanto en la vida adulta como en la infancia o bien en ambas. A pesar de que el maltrato en la infancia se encontró como un riesgo para padecer FMG, formas particulares de maltrato (vg. abuso sexual) no tuvieron efectos significativos por sí mismas. Las experiencias de abuso en la adultez, sin embargo, mostraron una fuerte asociación con dolor inexplicable. La severidad del trauma se correlacionó significativamente con medidas de invalidez física, estrés emocional, adaptación a la enfermedad, personalidad y calidad de sueño en los pacientes con FMG²⁷

VI. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

A partir del DSM-III, los trastornos de la personalidad se han incluido en tres grupos: el *extraño o excéntrico* (esquizotípico, esquizoide y paranoide); el *ansioso o temeroso* (por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo), y el *grupo dramático, emocional o caótico* (límite, histriónico, narcisista y antisocial). Estas categorías están basadas en las similitudes descriptivas más que en la etiología o en los criterios externos de validación, como la historia familiar o la respuesta al tratamiento. Existe controversia sobre si los trastornos de la personalidad están mejor clasificados como dimensiones o como categorías (Hales, 2003)³³.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, en su cuarta versión con revisión de texto (DSM-IV-TR)³⁴, los trastornos de la personalidad son patrones de rasgos inflexibles y desadaptativos que provocan malestar subjetivo, deterioro social o laboral significativo, o ambas cosas. Estos rasgos también deben apartarse de las expectativas culturales, o de la norma, y esta desviación debe ponerse de manifiesto en más de una de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de control de impulsos, de necesidad de gratificación y de forma de relacionarse con los demás.

Los criterios generales para un trastorno de la personalidad según el DSM-IV-TR son los siguientes:

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

(1) Cognición (vg. formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos), (2) afectividad (vg. la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional), (3) actividad interpersonal, (4) control de los impulsos. B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales. C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta. E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental. F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (vg. una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (vg. traumatismo craneal)³⁵.

Shea y cols. (2003)³⁵ estimaron que los trastornos de la personalidad son relativamente frecuentes en la población general, con una prevalencia del 10-13%. También encontraron que el 30-50% de pacientes ambulatorios de consulta médica general presentaron un trastorno de la personalidad y el 15% de los hospitalizados ingresaron básicamente por problemas relacionados a un trastorno de personalidad; casi la mitad de los pacientes restantes presentaba también un trastorno de la personalidad comórbido que afectaba de manera notable su respuesta al tratamiento³⁵.

Los trastornos de personalidad son frecuentes en pacientes psiquiátricos; según el DSM-IV-TR³⁴, la prevalencia del trastorno paranoide de la personalidad es del 0.5-2.5% en la población general, del 10-20% en los hospitales psiquiátricos y del 2-10% en los pacientes psiquiátricos ambulatorios. El trastorno esquizoide de la personalidad es poco frecuente en el entorno clínico. Se ha descrito que el trastorno esquizotípico de la personalidad se observa aproximadamente en el 3% de la población general. La prevalencia total del trastorno antisocial de la personalidad en las muestras de población general es aproximadamente del 3% en los varones y del 1% en las mujeres; las estimaciones de prevalencia de este trastorno en poblaciones clínicas psiquiátricas han variado entre el 3 y el 30%, dependiendo de las características predominantes de las muestras; en los lugares de tratamiento de abuso de sustancias y en la cárcel o en el marco forense, se han encontrado cifras de prevalencia incluso más elevadas. Se estima que la prevalencia del trastorno límite de la personalidad es de alrededor del 2% de la población general, del 10 % entre los sujetos vistos en los centros ambulatorios de salud mental y del 20% entre los pacientes psiquiátricos internados; en poblaciones clínicas con trastornos de personalidad, el trastorno limítrofe se sitúa entre el 30 y el 60% de prevalencia.

Los datos limitados que proporcionan los estudios en la población general sugieren una prevalencia del trastorno histriónico de la personalidad aproximadamente del 2-3%. Las estimaciones de la prevalencia del trastorno narcisista de la personalidad oscilan entre el 2 y el 16% en la población clínica y son menos del 1% en la población general. La prevalencia del trastorno de la personalidad por evitación en la población general está entre el 0.5 y el 1%.; este trastorno se ha reportado en el 10% de los pacientes ambulatorios vistos en las clínicas de salud mental. El trastorno de la personalidad dependiente está entre los trastornos de la personalidad encontrados con más frecuencia en las clínicas de salud mental. Los estudios que han utilizado evaluaciones sistemáticas sugieren una prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad del 1% en muestras de población general y del 3-10% en los individuos que acuden a clínicas de salud mental.

Pocos estudios se han realizado para detectar la prevalencia de trastornos de la personalidad en población hispana. López, Paez y cols. (1997)³⁶ obtuvieron una muestra de 98 sujetos a los que se les aplicó el PDQ-R se encontró una prevalencia de trastornos de personalidad del 28.6%.

VII. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN FIBROMIALGIA

Debido a la dificultad en el diagnóstico de la FMG, el paciente suele realizar un peregrinaje por los distintos servicios médicos en busca de una orientación terapéutica adecuada que, en muchos casos, les resulta difícil de encontrar. Esta situación ha llevado a los investigadores a cuestionarse sobre la existencia de un patrón de personalidad peculiar que condicione o se relacione con la aparición de esta patología, así como sobre su eventual asociación con los factores psicológicos y sociológicos del paciente.

Existen pocos estudios que determinen la presencia y frecuencia de trastornos de personalidad en los pacientes con FMG en la literatura actual, además de ser un padecimiento poco estudiado por especialistas en psiquiatría, siendo mas bien abordado por médicos generales y reumatólogos.

Según Hernández y cols. (1997)³⁷ los enfermos afectos de FMG suelen ser exigentes, cuidadosos, ordenados, honestos, responsables, morales y meticulosos en todos los aspectos de su vida y también es característico encontrar rasgos depresivos en ellos, aunque esto último no se sabe si es un rasgo innato de su personalidad o es una manifestación psicológica de adaptación al dolor crónico³⁷.

La vivencia del dolor en la FMG se asocia a las características de la personalidad del paciente. Así aquellos pacientes que viven el dolor con tensión emocional, ansiedad y depresión lo experimentan con mayor intensidad y generalmente no responden al tratamiento farmacológico; por el contrario, aquellas personas que desarrollan conductas adaptativas positivas como la creencia en sus posibilidades para superarlo, expresan niveles más bajos de dolor.

Hasset y cols. (2000)³⁸ encontraron en pacientes con FMG una personalidad con antecedentes de eventos traumáticos infantiles, con tendencia a la pasividad, pesimismo, desesperanza, dependencia, negación y atribución de la disfunción psicosocial a los problemas físicos. Encontró también un elevado catastrofismo en estos pacientes, y concluyó que estas

creencias pueden jugar un papel importante en el dolor y la depresión. Presentaban sentimientos de inutilidad, fracaso, hostilidad e ideación de muerte (13%)³⁸.

Algunos hallazgos hasta ahora incluyen una asociación significativa entre determinados rasgos y trastornos de la personalidad en pacientes con FMG; Leu y cols (1992)³⁹, realizaron un estudio en 27 pacientes con FMG y 23 controles, encontrando puntajes significativamente mayores en los sujetos con FMG de hipocondriasis, depresión, ansiedad, compulsiones, y menor independencia.³⁹

Netter y cols. (1998)⁴⁰ compararon tres grupos de pacientes: con FMG, con dolor crónico y sujetos sanos, a quienes les estudiaron síntomas psicósomáticos y rasgos de personalidad. Se obtuvieron puntajes altos en depresión, ansiedad y estrés, sin embargo los puntajes de depresión fueron más altos en los pacientes que no presentaban síntomas somáticos añadidos. Sujetos con altos niveles de neuroticismo y sujetos con FMG, compartieron la característica de presentar alta sensibilidad subjetiva al dolor y bajos umbrales para la percepción del mismo. Los niveles de cortisol y prolactina como respuesta ante la estimulación con hormona liberadora de corticotropina (CRH) y hormona liberadora de tirotrópina (TRH) respectivamente, también fueron medidos en los tres grupos, encontrando niveles más elevados de ambas hormonas en los pacientes con FMG en comparación con pacientes con alto grado de neuroticismo, sin FMG. Tanto los pacientes con FMG, como los pacientes con alto neuroticismo sin FMG presentaron dificultad para adaptarse; los autores explican este hallazgo por la gran dificultad para cambiar de un estado de actividad a otro y de readaptarse a niveles basales después de respuestas endocrinas o fisiológicas al estrés de ambos grupos. Esta propuesta puede reflejarse en las fluctuaciones circádicas de los síntomas físicos en pacientes con FMG⁴⁰.

Thieme, Turk y Flor (2005)⁴¹ llevaron a cabo un estudio en el que analizaron una muestra de 115 pacientes con FMG, los cuales fueron asociados en 3 grupos basados en las respuestas del Multidimensional Pain Inventory (MPI): disfuncionales, con distrés interpersonal y adaptados funcionalmente. Se encontraron diagnósticos de psicopatología en el 74.8%, de todos los participantes, entre los cuales los subgrupos de disfuncionales y distrés interpersonal presentaron más ansiedad. Los adaptados funcionalmente mostraron escasa comorbilidad. En cuanto a los diagnósticos de trastornos de personalidad, solo el 8.7% los presentaron. Estos hallazgos sugieren que la FMG no es un diagnóstico homogéneo, ya que muestra proporciones variables de ansiedad y depresión asociadas a características psicosociales determinadas⁴¹.

Hallberg LR, Carlsson y cols. (1998)²⁷ en un estudio realizado con 22 pacientes mujeres entre 22 y 60 años de edad con FMG, buscaron la “vulnerabilidad psicosocial y fuerzas

preservadoras” de la FMG. Encontraron presencia de una historia de vida complicada o caótica; siete que habían perdido a su madre por fallecimiento a una edad temprana, divorcio o adopción; dos que perdieron un hijo por muerte. Varias pacientes tenían la creencia de que sus padres nunca las habían amado y que sus necesidades eran autosatisfechas, otras tuvieron una responsabilidad importante de manera temprana en su vida y trabajaron desde muy jóvenes. También se encontraron problemas sociales en los familiares de primer grado como abuso de etanol, violencia y enfermedades psiquiátricas en uno o ambos padres: Dos mujeres fueron agredidas físicamente por su padre; se encontró de manera característica una sensación de pérdida de control y de poder en general, así como sentimientos de incertidumbre; tres mujeres tuvieron periodos previos de anorexia nervosa o abuso de etanol, y dos de ellas tuvieron un intento de suicidio previo. Todas las pacientes se percibían como sanas excepto por los síntomas dolorosos. También se incluyó la categoría de “perseverancia compensadora”, con alusión a altos estándares de ambición, sociabilidad e hiperactividad, pero con percepción de insuficiencia e incertidumbre. Así mismo se encontró una visión pesimista de la vida en todas las pacientes estudiadas, la mayoría tuvieron dificultades para describir el origen del dolor crónico y de sus síntomas. La manera de lidiar con su padecimiento de estas mujeres era en gran parte el intentar reducir sus compromisos para manejar de mejor manera su situación, sin embargo tuvieron dificultad para encontrar los límites de sus capacidades, los planes a futuro y expectativas a largo plazo eran escasos o inexistentes, lo anterior en relación a la gran demanda de energía y tiempo ejercidos por el padecimiento²⁷.

Blumenstiel y Eich (2003)¹⁶, encontraron asociaciones significativas de pacientes con FMG con ciertos rasgos de la personalidad, eventos traumáticos y procesos psicodinámicos en base a trastornos depresivos y trastornos somatomorfos. En los rasgos caracterológicos, se encontró influencia importante de aspectos como evitación del daño, invalidez física posterior, actitudes hacia la enfermedad y los tratamientos, factores sociales, relaciones interpersonales y estrategias de afrontamiento. Kendall y cols. (2002)⁴² investigaron la relación entre la tensión muscular percibida, la actividad electromiográfica (AEMG) y los rasgos de personalidad en 36 pacientes con FMG. Encontraron correlación de la tensión muscular percibida (pero que no se reflejaba en la AEMG) con rasgos ansiosos de la personalidad. Con base a lo anterior propusieron que los pacientes con FMG reportaban tensión muscular que debía expresar un malestar subjetivo relacionado más con una percepción, que con una alteración fisiológica comprobable⁴². Sin embargo todavía es controversial la existencia de determinados rasgos y/o trastornos de personalidad en las pacientes con FMG.

VIII. TRATAMIENTO

La base principal del tratamiento es el establecimiento de una buena relación médico-paciente. Como en todas las enfermedades dolorosas crónicas, los pacientes con FMG se sienten frecuentemente frustrados y es común que busquen diversas opiniones médicas y no médicas, para lograr alivio de sus síntomas. El médico tratante debe explicar la naturaleza benigna del padecimiento en relación al aparato locomotor (no habrá deformidad ni invalidez), pero sin dejar de enfatizar la repercusión que tiene sobre el bienestar y sobre la vida cotidiana del paciente, este debe saber que “no está enfermo de los nervios” sino que percibe el dolor con mayor intensidad que otras personas y que además de medicamentos y apoyo del médico, pueda vencer el estrés, las dificultades del ambiente, la depresión, la ansiedad y la tensión física y emocional. El médico no debe buscar resolver todo con analgésicos y otros medicamentos como tranquilizantes o antidepresivos; quizá obtenga algún alivio pero este será parcial y transitorio. La actividad física es fundamental; el paciente debe ser estimulado para hacer de forma sistemática y constante ejercicio. Gowans y cols.⁴³ en un estudio realizado en el 2004, evaluaron la función física y el estado anímico en sujetos con FMG con actividad física regular, durante 6 a 12 meses. Se encontró que el ejercicio puede mejorar de manera significativa la funcionalidad física, el estado anímico, la severidad de la sintomatología y aspectos de autoeficacia⁴³.

Se han propuesto diversos abordajes terapéuticos de la FMG que van desde diversos tratamientos farmacológicos, diferentes manejos psicoterapéuticos hasta medicina alternativa, los cuales han tenido resultados controversiales.

Al respecto Dijkstra y cols. (2001)⁴⁴ evaluaron la efectividad de la terapia cognitivo-conductual para la adquisición de habilidades para lidiar con el dolor en 321 pacientes con FMG. Se encontró que la disponibilidad para adoptar este tipo de autocontrol contribuía significativamente al éxito de dicho método, de modo que en los individuos que mostraron mayor disposición, los niveles de dolor y fatiga disminuyeron considerablemente.⁴⁴ Es importante considerar que los pacientes deben mostrar motivación y confianza acerca del método terapéutico utilizado, ya que esto determina de manera notable el éxito del mismo. Para decidir el manejo de los pacientes es necesario considerar las características individuales y el entorno sociocultural⁴⁴.

1. Tratamiento farmacológico

Los fármacos que con mas frecuencia se han utilizados para el tratamiento de FMG son los antidepresivos tricíclicos, sobre todo la amitriptilina, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (en particular fluoxetina y paroxetina), y otros con mecanismo de acción dual (duloxetina). También se ha reportado mejoría con otros tipos de medicamentos: Stratz y cols. (2003)⁴⁵ comprobaron que la administración del antagonista del receptor 5-HT₃, Tropicetrón, en dosis de 5 mg/día, disminuía el dolor en pacientes con FMG y depresión.

Se ha sugerido que ciertos síntomas de la FM responderían mejor a los fármacos que intervienen en la regulación del sistema serotoninérgico. Goldenberg y cols (1996)⁴⁶ demostró la efectividad del uso de amitriptilina y fluoxetina, en monoterapia y en combinación a dosis de (20 mg/d y 25 mg/d respectivamente), en el tratamiento de la FMG. Encontrando mejoría significativa para el dolor, el sueño y la valoración global del paciente, lo cual se duplicó al combinar ambos fármacos. Esto podría explicarse al balance de la recaptación serotonina/norepinefrina/dopamina. Dwight y cols. (1998)⁴⁷ realizaron un estudio en donde se establece a la venlafaxina como un medicamento eficaz para el tratamiento de la FMG, además demostraron que la existencia de antecedentes de padecer trastornos de ansiedad o depresivos predican una buena respuesta al tratamiento. Sin embargo otros autores han encontrado buenos resultados con antidepresivos en pacientes sin la coexistencia de trastornos depresivos. La nortriptilina y los inhibidores de la monoaminoxidasa han mostrado superioridad para el tratamiento de FMG respecto al placebo, aunque presentaban mayores efectos adversos³. La moclobemida mostró mejoría en la valoración global, disminución del cansancio, y mejoría en los trastornos del sueño en comparación con placebo. Sin embargo, otro estudio realizado por

Olin y cols. (1998)³ en pacientes con FMG sin enfermedad psiquiátrica no encontraron mejoría con el uso de moclobemida, en cambio al administrarles ritanserina (bloqueo receptor 5-HT₂) hubo mejoría significativa en cuanto al cansancio matutino y de la cefalea. Otros fármacos estudiados son los Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y las benzodiacepinas (algunas de ellas usadas como relajantes musculares), pero la mejoría clínica es escasa. El tramadol ofrece alivio significativo del dolor, pero sin modificar los puntos

FMG presentan niveles bajos de somatomedina C (marcador indirecto de secreción baja de la hormona de crecimiento); los niveles bajos de esta hormona dan lugar a disminución de la energía, disforia, malestar general, desacondicionamiento físico, debilidad muscular e intolerancia al frío. Bennet y cols. (1998)⁴⁸ estudiaron el efecto de la hormona del crecimiento

como tratamiento en pacientes con fibromialgia, encontrando mejoría significativa a los 9 meses, aunque empeoraban 1-3 meses después de finalizarlo³.

1. Otros tratamientos

Otras terapias que han mostrado resultados benéficos son las alternativas, entre las cuales se encuentran la fisioterapia, quiromasajes, acupuntura y ejercicio aeróbico. Así como otras técnicas como el biofeedback electromiográfico, alivio miofascial, terapia craneosacral, osteopatía, ejercicios de estiramiento, entrenamiento postural, terapia ocupacional, terapia de relajación y dieta saludable. Sin embargo es necesario que se lleven a cabo ensayos clínicos bien diseñados y controlados, que permitan delimitar su verdadera eficacia ya que es posible que el efecto placebo esté jugando un papel importante.

3. Tratamiento multimodal

Este tipo de modalidad es el que se propone como el mas completo y efectivo, y consiste en combinar fármacos (sobre todo la combinación fluoxetina-amitriptilina), con terapia cognitivo conductual u tratamientos alternativos: conferencias, terapia conductual, técnicas para reducir el estrés, ejercicios aeróbicos y sesiones de apoyo para familiares; visitando de forma regular e individual al paciente, con una duración de 3 semanas a 6 meses. Bennett y cols. (1996)⁴⁸ así como Turk, Mason y cols. (1998)³ encontraron un beneficio significativo con esta modalidad de tratamiento, aunque los resultados fueron variables y el costo es un limitante considerable.

III. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Alvarez B, Valdivieso J, Alegre J, Viejo J, Marañón A. Síndrome de fibromialgia : características clínicas de las pacientes españolas. Rev Esp Reumatol 1996; 23: 76-82.
- ² Gutiérrez E.; Ballina J. Fibromialgia Reunión de expertos, Concepto y datos epidemiológicos; Salamanca: 2001 15-21.
- ³ Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Monsalve V, Bayona MJ, de Andrés J. Fibromyalgia: diagnosis and treatment. Current knowledge. Rev Soc Esp Dolor 2004; 11: 430-443.
- ⁴ Martínez E., González O. y Crespo J. M.. Fbromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. Salud mental 2003; 3(4):1-8.
- ⁵ Carrera J., Valenzuela A., García A.: Características clínicas y criterios diagnósticos de la fibromialgia. Rev. Esp. Reumatol 2000; 27: 421-25
- ⁶ Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome. An emerging but controversial condition. JAMA 1987; 257: 2782-2782.
- ⁷ Lindh M, Johansson G, Hedberg M, Hennig GB, Grimby G. Muscle fiber characteristics, capillaries and enzymes in patients with fibromyalgia and controls. Scand J Rheumatol 1995; 24 (1): 34-7.
- ⁸ Wallace DJ. The fibromyalgia syndrome. Ann Med. 1997; 29: 9-21.
- ⁹ Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, Katon WJ. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. Psychosom Med 1997; 59: 572-577 .

-
- ¹⁰ Montoya P, Sitges C, García-Herrera M, Izquierdo R, Truyols M, Blay N et al. Abnormal affective modulation of somatosensory brain processing among patients with fibromyalgia. *Psychosom Med* 2005; 67: 957–963
- ¹¹ McBeth J, Chiu Y, Silman AJ, Ray D, Morriss R, Dickens C, Macfarlane J. Hypothalamic-pituitary-adrenal stress axis function and the relationship with chronic widespread pain and its antecedents. *Arthritis Res Ther* 2005; 7(5): 992–1000.
- ¹² Anderberg UM, Liu Z, Berglund L, Nyberg F. Elevated plasma levels of neuropeptide Y in female fibromyalgia patients. *Eur J Pain* 1999;3(1):19-30.
- ¹³ Albornoz J, Povedano J, Quijada J, De la Iglesia JL, Fernández A, Pérez Vélchez D et al. Características clínicas y sociolaborales de la FMG en España: descripción de 193 pacientes. *Rev Esp Reumatol* 1997; 24: 38-44.10bis.
- ¹⁴ Buskila D, Neumann L. Genetics of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep* 2005 Oct;9(5):313-315.
- ¹⁵ Bagge E, Bengtsson BA, Carlsson L, Carlsson J.. Low growth hormone secretion in patients with fibromyalgia –a preliminary report on 10 patients and 10 controls. *J Rheumatol* 1998 Jan; 25(1): 145-48.
- ¹⁶ Blumenstiel K, Eich W. Psychosomatic aspects in the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Schmerz* 2003 Dec;17(6):399-404.
- ¹⁷ Elrod Joe M. Natural aids for overcoming FMG and other related disorders. En *Supplements for fibromyalgia*. 1a ed. Woodland publishing; 1998. p. 5-30.
- ¹⁸ Rains JC, Penzien DB. Sleep and chronic pain: challenges to the alpha-EEG sleep pattern as a pain specific sleep anomaly. *J Psychosom Res* 2003 Jan;54(1):77-83.

¹⁹ Wolf F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bomardier C, Goldenberg DL. et al. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria comitee. *Arthritis Reum* 1990 Feb; 33(2): 160-72.

²⁰ Yunus MB. Fibromyalgia syndrome: clinical features and spectrum. En Pillemer SR editores. *The fibromialgia syndrome: current research and future directions in epidemiology, pathogenesis, and treatment*. New York: Haworth Medical Press; 1994. p. 23-9.

²¹ Houdenhove V, Egle U. Fibroyalgia: A stress disorder? Piecing the piopsychosocial puzzle together. *Psycother Psychosom* 2004; 73(5): 265-75.

²² Wessley S, Numnaun C, Sharpe M. Functional somatic syndromes; one or many? *Lancet* 1999; 353:1784-8.

²³ Sayar K, Gulec H, Topbas M, Kalyoncu A. Affective distress and fibromialgia. *Swiss Med Wkly* 2004; 134(17-18):248-53.

²⁴ Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L et al. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics* 1999; 40(1):57-63.

²⁵ Hudson JI, Arnold LM, Keck PE, Auchenbach MB, Pope HG. Family study of fibromyalgia and affective spectrum disorder. *Biol Psychiatry* 2004, 56(11):884-891.

²⁶ Arnold LM, Hudson JI, Keck PE, Auchenbach MB, Javaras KN, Hess EV. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(8): 1219-25

²⁷ Hallberg LR, Carlsson SG. Psychosocial vulnerability and maintaining forces related to fibromyalgia. In-depth interviews with twenty-two female patients. *Scand J Caring Sci* 1998; 12(2): 95-103.

-
- ²⁸ Raphael KG, Janal MN, Nayak S, Schwartz JE, Gallagher RM. Familial aggregation of depression in fibromyalgia: A community-based test of alternate hypotheses. *Pain* 2004; 110(1-2): 449-460.
- ²⁹ Moreno I, Montaña A. “Aspectos psíquicos y psiquiátricos de la fibromialgia”. *Rev. Esp. Reumatol.* 2000; 27: 436-41.
- ³⁰ Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA, Marques AP and Pereira CA. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Med J* 2004; 122(6): 252-258.
- ³¹ Kirmayer LJ, Robbins JM and Kapusta MA. Somatization and depresión in fibromyalgia syndrome. *AM J Psychiatry* 1998; 145(8): 950-954.
- ³² Jochims A, Ludascher P, Bohus M, Treede RD, Schmahl C. Pain processing in patients with borderline personality disorder, fibromyalgia, and post-traumatic stress disorder. *Schmerz* 2006 Apr; 20(2):140-50.
- ³³ Hales R. E, Yudofsky S. C, Talbott J. A. *Tratado de psiquiatría American Psychiatric Press.* 2^a ed. Edit. Ancora S.A.. Barcelona 1996.p 669-86
- ³⁴ American Psychiatric Association. “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th Edition Text Revision”. American Psychiatric Association 2000.
- ³⁵ Shea MT, Zlotnick C, Dolan R, Warshaw MG, Phillips KA, Brown P et al. Personality disorders, history of trauma, and posttraumatic stress disorder in subjects with anxiety disorders. *Compr Psychiatry* 2003; 41(5): 315-25.
- ³⁶ López J, Páez F, Apiquian R, Sánchez M, Fresán A .Revisión del diagnóstico de la Personalidad (PDQ-R). *Salud Mental* 1997; 68: 532-60.
- ³⁷ Hernández M. Estudio de la personalidad psicológica de los pacientes con fibromialgia. *Rheuma* 1997.

-
- ³⁸ Hasset AL, Cone JD, Patella SJ and Sigal LH. The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 2000; 43:11.
- ³⁹ Leu CC, Chiueh CM, Chuo LJ, Lan JL. Personality characteristics of patients with fibromyalgia. *Clin Med J* 1992;49(4):264-70.
- ⁴⁰ Netter P, Hennig J. The fibromyalgia syndrome as a manifestation of neuroticism? *Z Rheumatol* 1998; 57(2): 105-108.
- ⁴¹ Thieme K, Turk DC and Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: Relationship to somatic and psychosocial variables. *Curr Rheumatol Rep* 2005; 7(5):365-370.
- ⁴² Kendall SA, Elert J, Ekselius L and Gerdle B. Are perceived muscle tension, electromyographic hyperactivity and personality traits correlated in the fibromyalgia syndrome? *Rehabil Med* 2002; 34(2): 73-79.
- ⁴³ Gowans SE, Dehueck A, Voss S, Silaj A, Abbey SE. Six-month and one-year followup of 23 weeks of aerobic exercise for individuals with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2004; 51(6):890-8.
- ⁴⁴ Dijkstra A, Vlaeyen JW, Rijnen H, Nielson W. Pain. Readiness to adopt the self-management approach to cope with chronic pain in fibromyalgic patients. *Pain* 2001; 90(1-2): 37-45.
- ⁴⁵ Stratz T, Varga B, Muller W. The influence of depression on the effect of tropisetron in the therapy of fibromyalgia. *Rheumatol* 2003; 62(1):39-41.
- ⁴⁶ Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C, Ruthazer. R, Schmid C. A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1996; 39:11.
- ⁴⁷ Dwight M, Arnold L, O'Brien H y cols. An open clinical trial of venlafaxine treatment of fibromyalgia. *Psychosomatics* 1998; 39(1): 14-7.

⁴⁸ Bennett RM, Burckhardt CS, Clark SR, O'Reilly CA, Wiens AN, Campbell SM. Group treatment of fibromyalgia: a 6-month outpatient program. *J Rheumatol* 1996; 23: 521-8.

CAPÍTULO

II.

METODOLOGÍA

I. JUSTIFICACION

La FMG es una realidad clínica, aunque no está tan claramente reconocida como una entidad nosológica ya que no se ajusta al modelo clásico médico, es decir, no cumple los postulados de Koch. También es cierto que dicho modelo médico no ha podido explicar adecuadamente los trastornos que están superpuestos entre lo psíquico y lo somático.

La etiología de la FMG es incierta y poco clara, por lo tanto hacer investigación en este campo, nos ayuda a entender mejor este padecimiento.

Existe evidencia de la presencia de psicopatología en fibromialgia, pero no hay información sobre la relación entre la severidad de la psicopatología con la severidad de la fibromialgia como tampoco respecto a la relación con los rasgos de personalidad; lo cual hace necesario investigar al respecto para poder entender mejor esta patología.

Hasta el momento pocos estudios han reportado las características de la personalidad y psicopatología en pacientes con FMG y sus resultados no han sido concluyentes; en México, a nuestro conocimiento, no se tienen estudios en pacientes con fibromialgia en los que se aborde psicopatología y personalidad.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es el perfil de severidad de la psicopatología en pacientes con FMG?
- ¿Cuál es la frecuencia de diagnósticos psiquiátricos y trastornos de personalidad en pacientes con FMG?
- ¿Existe relación entre la severidad de la fibromialgia y la severidad de la psicopatología?
- ¿Existe relación entre la severidad de la fibromialgia y los rasgos de personalidad?
- ¿Existe relación entre la severidad de la psicopatología y los rasgos de personalidad?

III. OBJETIVOS

- I. Determinar las características sociodemográficas del grupo de pacientes con FMG.
- II. Describir la severidad de la FMG. La severidad de FMG se conformó por los siguientes rubros: Número de puntos dolorosos, Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia en la calidad de vida (FIQ) y tiempo de evolución de la FMG; la Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS II) y Escala Análoga Visual (EAV).
- III. Determinar la frecuencia de psicopatología en pacientes con FMG (mediante la aplicación del MIN)
- IV. Determinar la severidad de ansiedad y depresión [mediante la aplicación de los cuestionarios componentes de la triada de Beck: Inventario de depresión de Beck (BDI), Inventario de ansiedad de Beck (BAI).: Inventario de desesperanza de Beck (BDEI).]
- V. Determinar las frecuencias y porcentajes de trastornos de la personalidad mediante los diagnósticos obtenidos a partir de la aplicación del SCID II (consideradas como variables nominales).
- VI. Establecer la relación entre la severidad de la FMG [conformada por Número de puntos dolorosos, FIQ y tiempo de evolución de la FMG; WHO/DAS II y EAV] y los rasgos de personalidad (considerados como variables ordinales al utilizar el número de criterios en el SCID II en cada trastorno de personalidad).
- VII. Determinar la relación entre la severidad de FMG [conformada por Número de puntos dolorosos, FIQ y tiempo de evolución de la FMG; WHO/DAS II y EAV] y la severidad de psicopatología (mediante el SCL 90).

IV. MATERIAL Y MÉTODO

1. Tipo de estudio:

Descriptivo y trasversal.

2. Pacientes:

En el presente estudio se incluyeron pacientes que acudieron al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez y al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz (INPRFM) de acuerdo a los criterios de inclusión referidos mas adelante.

El presente estudio es una rama derivada de un proyecto principal titulado “Programa de intervención multimodal en pacientes con fibromialgia”, realizado también en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM).

3. Criterios de inclusión:

Pacientes del sexo femenino, mayores de 18 años y menores de 65 años, con diagnóstico de FMG de acuerdo a los criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR), que consisten en la presencia de dolor generalizado durante al menos 3 meses (afectando el lado izquierdo y derecho del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, además del esqueleto axial); y dolor a la presión de al menos 11 de los 18 puntos elegidos denominados *puntos gatillo* o *tender points*³.

Dichos pacientes fueron enviados al INPRFM en donde fueron evaluados por médico adscrito a la consulta externa, previa aceptación y firma de consentimiento informado.

4. Criterios de exclusión:

Pacientes con incapacidad para contestar las preguntas y presencia de trastornos psicóticos.

5. Procedimiento

A los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se les realizó una evaluación clínica psiquiátrica por un médico adscrito al servicio de consulta externa de este instituto para determinar el diagnóstico psiquiátrico mediante la aplicación del MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Posteriormente se canalizó a los pacientes con médico residente de psiquiatría para el llenado de una hoja de datos demográficos y clínicos generales y psiquiátricos (para medir evolución y tratamiento psiquiátrico y médico general actual).

El diagnóstico de FMG fue realizado por un reumatólogo del Instituto Nacional de Cardiología, quien llenó una hoja de datos clínicos específicos para FMG (número de puntos dolorosos y tiempo de evolución de la FMG). Personal clínico capacitado (psicólogo y residente de psiquiatría) aplicó la Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS II) y la versión en español de la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos de Personalidad del DSM-IV (SCID II).

Además los pacientes contestaron los siguientes instrumentos autoaplicables: Lista de Síntomas-90, versión en español [Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90)], Cuestionario de Impacto de la FMG [Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)], Escala Análoga Visual de Dolor (EAV), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), e Inventario de Desesperanza de Beck (BDEI).

6. Variables.

Tabla 3. Variables, tipo de variables e instrumentos.

Variabes	Tipo de Variable	Instrumento*
Fibromialgia		
Números de puntos dolorosos (NPD).	Dimensional.	HDC
Impacto en la calidad de vida de la FMG.	Ordinal.	FIQ
Tiempo de evolución (TEF).	Dimensional.	HDC
Severidad del dolor.	Ordinal.	EAV
Discapacidad.	Ordinal.	WHO/DAS II
Tratamiento médico.	Nominal.	HDC
Psiquiátricas.		
Diagnóstico psiquiátrico.	Nominal.	MINI
Diagnóstico de Trastorno de personalidad.	Nominal y ordinal.	SCID II
Severidad de psicopatología	Ordinal.	SCL 90
Severidad de síntomas depresivos.	Ordinal.	BDI
Severidad de síntomas ansiosos.	Ordinal.	BAI
Tratamiento psiquiátrico farmacológico.	Nominal.	HDC
Severidad de síntomas de desesperanza.	Ordinal.	BDEI

* **HDC:** Hoja de datos demográficos y clínicos. **FIQ:** Cuestionario de impacto de la FMG. **TEF:** Tiempo de evolución de FMG. **EAV:** Escala análoga visual de dolor. **WHO/DAS II:** Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud. **MINI:** MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. **SCID II:** Entrevista clínica estructurada para diagnóstico de trastornos de personalidad del DSM IV. **SCL 90:** Lista de síntomas-90 revisada. **BDI:** Inventario de depresión de Beck. **BAI:** Inventario de ansiedad de Beck.. **BDEI:** Inventario de desesperanza de Beck.

La variable de trastornos de personalidad se consideró como nominal para obtener las variables descriptivas (frecuencias y porcentajes). Se consideró ordinal al utilizar el número de criterios los puntajes para cada trastorno del SCID II.

1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) ¹

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada, heteroaplicada, que fue desarrollada de manera conjunta por psiquiatras y clínicos (Sheehan, Lecrubier y cols⁵²) de EUA y Francia, para los trastornos del CIE 10 y DSM IV. Su uso se enfoca a la detección y/u orientación diagnóstica de los 17 principales trastornos psiquiátricos.

La MINI está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

La versión en español de la MINI fue validada por Ferrando, Bobes y cols.²

Corrección e interpretación: Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen o no los criterios diagnósticos. Tiene un tiempo de administración breve (15 minutos [min]. aproximadamente).

Este instrumento fue diseñado para cumplir con la necesidad de una entrevista estructurada corta, pero precisa para estudios clínicos multicéntricos y estudios epidemiológicos y para ser usada como el primer paso en resultados de rastreo en escenarios clínicos que no se encontraran dentro de un protocolo de investigación estructurado. No se requiere de entrevistadores especializados. Se basa en la existencia de trastornos actuales. Para cada trastorno se dan una o dos preguntas de tamizaje que descartan el diagnóstico cuando se responden de manera negativa.

En el estudio realizado por Sheehan y cols.,(1997)⁵¹ se obtuvo una muestra de 346 pacientes (296 psiquiátricos y 50 no psiquiátricos); a quienes se les administró la MINI y la Entrevista diagnóstica compuesta internacional (Composite International Diagnostic Interview) [CIDI] (estándar de oro). 42 pacientes fueron entrevistados por 2 investigadores entrenados para utilizar ambos instrumentos. La duración media de la entrevista fue de 21 minutos para el MINI y de 92 minutos para las secciones correspondientes del CIDI.

La validez de criterio externo fue determinada por medio de kappa para encontrar la concordancia entre estos dos instrumentos. Los resultados fueron $k = 0.35$ a 0.82 (en general la

concordancia para la mayoría de los diagnósticos fue buena, excepto para trastorno de ansiedad generalizada $k=0.35$ y fobia simple 0.43))

La sensibilidad y especificidad fueron buena a muy buena para todos los diagnósticos, excepto para fobia simple (sensibilidad de 0.46), agorafobia (sensibilidad: 0.59). La confiabilidad interevaluador fue de $k=0.81$ a 1 , y para prueba- re prueba fue de $k=0.35$ a 1 . (En general la confiabilidad prueba-re prueba fue buena excepto para episodio de manía ($k=0.35$))

2. Entrevista Estructurada Clínica para los Trastornos de Personalidad para el DSM IV (Versión en español)

Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID II)³

Los orígenes del SCID-II se remontan a las etapas iniciales de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III (SCID), durante las cuales un módulo específico para los trastornos de la personalidad, desarrollado por el Dr. Jeffrey Jonas del Hospital McLean, fue incluido en la versión del SCID de 1984. En 1985, el módulo de los trastornos de la personalidad del SCID fue reformulado separadamente por una serie de razones, como la longitud del módulo, el interés renovado en la investigación de los trastornos de la personalidad, y los requisitos específicos para la evaluación de las características de la personalidad. En 1986 el SCID-II fue actualizado para el DSM-III-R y se incorporó una nueva estrategia, basada en un cuestionario de personalidad con funciones de selección o cribado. Una vez realizados los estudios de campo que establecieron la confiabilidad del SCID-II (First y cols. 1999⁵³), la versión definitiva del SCID-II para los trastornos de la personalidad del DSM-III-R fue publicada por la American Psychiatric Press, Inc. en 1990 como un componente del SCID. Tras la publicación del DSM-IV en 1994, se inició la revisión del SCID-II para el DSM-IV. Con la ayuda de la Dra. Lorna Benjamín, muchas de las preguntas del SCID-II fueron reformuladas para que reflejaran mejor la experiencia interior del sujeto. Esta versión definitiva del SCID-II para el DSM-IV en su versión inglesa fue publicada en 1997 por la American Psychiatric Press. (First y cols. (1999)⁵³).

Cobertura del SCID-II

El SCID-II cubre los 10 trastornos de la personalidad del DSM-IV, así como el trastorno de la personalidad no especificado, el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad y el trastorno depresivo de la personalidad, que se incluyen en el Apéndice B del DSM-IV y que también pueden ser diagnosticados con el SCID-II. Generalmente se utiliza la versión completa el SCID-II; sin embargo, también es posible emplear sólo aquellas secciones que se refieren a trastornos de la personalidad que sean de especial interés para el clínico o el investigador.

La SCID-II puede usarse para formular diagnósticos de Eje II, de forma tanto categórica (presente o ausente) como ordinal (reseñando el número de criterios de trastorno de personalidad para cada diagnóstico que han sido codificados. (First y cols, 1999)⁵³.

La estructura básica del SCID-II es similar a la del SCID para trastornos del Eje I. Fue elaborada a partir del formato de entrevista clínica habitual, comienza con una breve revisión que caracteriza el comportamiento y las relaciones habituales del sujeto, proporcionando información sobre su capacidad de autorreflexión. Posteriormente aparecen cada uno de los 10 trastornos de la personalidad específicos y las 2 categorías del apéndice: trastorno de la personalidad por evitación, trastorno de la personalidad por dependencia, trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, trastorno depresivo de la personalidad, trastorno paranoide de la personalidad, trastorno esquizotípico de la personalidad, trastorno esquizoide de la personalidad, trastorno histriónico de la personalidad, trastorno narcisista de la personalidad, trastorno límite de la personalidad y trastorno antisocial de la personalidad. El orden de los trastornos de la personalidad en el SCID-II difiere del de la clasificación del DSM-IV. (First y cols, 1999)⁵³.

Del mismo modo que ocurre en el SCID para trastornos del eje I, el SCID-II consta de tres columnas: la de la izquierda contiene las preguntas de la entrevista, la central enumera los criterios diagnósticos del DSM-IV, y la de la derecha tiene por objetivo puntuar los reactivos.

Cada criterio de trastorno de la personalidad se puntúa: <?>, <1>, <2> o <3>.

? = Información inadecuada para codificar el criterio: 1, 2 o 3.

1 = Ausente o Falso

Ausente. El síntoma descrito en el criterio se halla claramente ausente.

Falso. El enunciado del criterio es claramente falso.

2 = Subumbral

El umbral del criterio casi se alcanza, pero no completamente.

3 = Umbral o Verdadero

Umbral. El umbral para alcanzar el criterio se cumple según el mínimo exigido, o con holgura.

Verdadero. El enunciado del criterio es verdadero.

(First y cols, 1999)⁵³.

Confiabilidad y validez

No hay datos disponibles sobre la confiabilidad o la validez del SCID-II para el DSM-IV, aunque existen varios estudios que han investigado la confiabilidad de su predecesora, el SCID-

II para el DSM-III-R. Se llevó a cabo un estudio de confiabilidad prueba-reprueba sobre el SCID-II para el DSM-III-R como parte de un estudio multicéntrico de fiabilidad de el SCID para trastornos del eje II⁵³. Las entrevistas del SCID-II fueron administradas por dos entrevistadores distintos en dos ocasiones diferentes (con dos semanas de diferencia) a 284 sujetos en 4 centros de pacientes psiquiátricos y 2 centros de pacientes no psiquiátricos. En los primeros, los valores kappa fluctuaron entre 0,24 para el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y 0,74 para el trastorno histriónico de la personalidad, con un valor kappa promedio de 0,53. En los centros no psiquiátricos, sin embargo la coincidencia fue considerablemente menor, con un valor kappa promedio de 0,38. La duración media del tiempo de administración fue de 36 minutos. (First y cols, 1999)⁵³.

Los índices de confiabilidad obtenidos por otros investigadores con el SCID-II han variado considerablemente, aunque han igualado o superado los obtenidos por Malow y cols. (1989)⁴, tras administrar únicamente las secciones del SCID-II relativas a los trastornos antisocial y límite de la personalidad, informaron de la confiabilidad de 29 casos seleccionados de una muestra más amplia de pacientes ingresados por dependencia de cocaína u opiáceos. Mediante un diseño prueba-reprueba (la segunda entrevista fue realizada 48 horas después de la primera), obtuvieron un valor kappa de 0,87 para el trastorno límite de la personalidad (prevalencia de 16%) y 0,84 para el trastorno antisocial de la personalidad (prevalencia de 15%). O'Boyle y Self (1990)⁵ investigaron la confiabilidad prueba-reprueba (tiempo medio entre entrevistas =1.7 días) empleando el SCID-II con una muestra de 18 pacientes ingresados. Se calculó un valor kappa de 0.74 para la presencia de cualquier trastorno de la personalidad (tasa base de al menos un trastorno de la personalidad 55 %). (Weiss y cols. (1995))⁶ First y cols. (1999)⁵³ estudiaron la confiabilidad prueba-reprueba de 12 meses en 31 pacientes cocainómanos y obtuvieron un valor kappa de 0,46.

La validez del SCID-II ha sido investigada de varias formas. La validez concurrente fue demostrada por Hueston y cols. (1996)⁷ en un estudio que indicaba que, en un grupo de pacientes de atención primaria, un diagnóstico de trastorno de la personalidad mediante el SCID-II estaba asociado a menor nivel de funcionamiento, menor satisfacción con la atención sanitaria y mayor riesgo de depresión y consumo de alcohol. La mayor parte de los estudios que comparan el SCID-II con otros procedimientos para evaluar la personalidad son difíciles de interpretar a causa de la ausencia de un *estándar de oro*. Por ejemplo, Hyler y cols. (1992)⁸ obtuvieron un nivel de concordancia de valores *kappa* entre el SCID-II y el *Personality Disorder Examination*

(Loranger y cols, 1987)⁹ situado entre 0,20 y 0,55 (media 0,36) y entre el PDQ-R (un cuestionario auto complementado) y el SCID-II entre 0,20 y 0,53 (media 0,38). Kennedy y cols. (1995)¹⁰ sin embargo, obtuvieron escasa coincidencia entre el SCID-II y el Inventario Multiaxial Clínico de Millon (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*) (MCMI), otro instrumento de auto aplicación para evaluar trastornos de la personalidad. (First y cols, 1999)⁵³.

3. Lista de síntomas- 90 Revisada. Versión en español

Symptom Checklist-90-Revised, (SCL-90)¹¹

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico.

Cada uno de los 90 reactivos que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se le evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM). 2) Obsesiones y compulsiones (OBS). 3) Sensibilidad interpersonal (SI). 4) Depresión (DEP). 5) Ansiedad (ANS). 6) Hostilidad (HOS). 7) Ansiedad fóbica (FOB). 8) Ideación paranoide (PAR). 9) Psicoticismo (PSIC). 10) Índice global de severidad (IGS)

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades para leer es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los reactivos en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

Evaluación e interpretación del inventario.

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada reactivo y dividir ese total por el número de reactivos respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (media = 50 y D.T. = 10).
- 4) Se considera indicativa de una persona en riesgo toda puntuación T igual o superior a 65.

5) Indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 80.

Confiabilidad: Los coeficientes de consistencia interna (α de Cronbach) han sido reportados para las subescalas del SCL-90-R y los índices a lo largo de distintas poblaciones de pacientes. Por ejemplo, los coeficientes alfa en dos estudios (uno con 209 voluntarios sintomáticos y otro con 103 pacientes psiquiátricos externos) variaron de 0.79 a 0.90. Los coeficientes de consistencia interna para el SCL-90-R generalmente han sido adecuados a lo largo del rango de grupos de pacientes e intervalos prueba-reprueba. Un estudio con un intervalo prueba-reprueba de una semana tuvo un rango de $r= 0.78-0.90$; un segundo estudio con intervalo de 10 semanas entre pruebas tuvo un coeficiente de correlación de 0.68 a 0.80⁵⁵.

En un estudio realizado por Lara, Espinosa y cols (2005)¹², se entrevistaron 289 mujeres, 131 de ellas deprimidas, 96 pertenecientes a la comunidad y 62 con trastorno temporomandibular. El promedio (desviación estándar) de la edad fue similar en los tres grupos: 36 (10), 37.7 (5.5), 37.6 (11.9) respectivamente. Se determinó la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach. Los resultados de este análisis mostraron una elevada consistencia interna de las nueve subescalas del instrumento. A excepción de la subescala de síntomas paranoides en las mujeres de la comunidad, y en las mujeres con depresión, los coeficientes alpha de todas las subescalas en los 3 grupos, fueron superiores a 0.8.

Validez .Derogatis y cols (1976)¹³ reportaron correlaciones entre las dimensiones primarias para el SCL-90-R y tres grupos de puntuaciones del Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (MMPI) (vg., escalas clínicas estándar, escalas de contenido de Wiggins y escalas analíticas de grupos de Tryon). Los resultados demostraron que las nueve dimensiones de síntomas primarios del SCL-90-R correlacionaron significativamente en una manera convergente con puntuaciones parecidas a los constructos del MMPI de todos los sistemas de puntuaciones.

4. Cuestionario de impacto de la FMG⁵⁴

Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)

El FIQ es una herramienta específica para medir el impacto del síndrome fibromiálgico en la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes que lo padecen. Evalúa de manera específica el estado, progresión y pronóstico de pacientes con FM midiendo los aspectos del estado de salud actual que se consideran más afectados por esta enfermedad. El puntaje máximo es de 100 y a mayor puntaje mayor impacto de la enfermedad en el individuo.

Fue desarrollado en 1980 por clínicos de Oregon (Oregon Health & Science University) en un intento de capturar el espectro total de los problemas relacionados a la FMG y las respuestas a la terapia. Fue publicado por primera vez en 1991 y desde entonces ha sido ampliamente utilizado como un índice de eficacia terapéutica. Se ha mostrado que tiene una Buena validez de constructo, características de prueba-reprueba confiables y buena sensibilidad en demostrar un cambio terapéutico. El cuestionario original fue modificado en 1997 y 2002, para reflejar la experiencia con el instrumento y para clarificar sistema de puntaje. El FIQ ha sido traducido a 8 idiomas, y las versiones obtenidas han mostrado características operativas similares a la versión en español. Consta de 11 reactivos que valoran: capacidad física, posibilidad de realizar el trabajo habitual, repercusión sobre la actividad laboral remunerada, dolor, fatiga, rigidez, sensación de cansancio, ansiedad y depresión¹⁴.

Confiabilidad: Burkhardt y cols (1991)¹⁵ encontraron la confiabilidad prueba-reprueba por medio de correlaciones con cada reactivo del FIQ, se obtuvo un rango de 0.56 para dolor hasta 0.95 para funcionalidad física por periodos de tiempo de 61 semanas. Los coeficientes de correlación con las Arthritis Measurement Scales (AIMS) tuvieron un rango entre 0.61 a 0.91 por intervalos de 23 semanas⁶⁵

La validación al idioma español fue realizada por Monterde y cols, (2004)¹⁶. La traducción del FIQ original a la lengua castellana fue realizada por un traductor oficial. El documento resultante fue de nuevo traducido al inglés por otro traductor. Se compararon los 2 documentos y se elaboró un documento en castellano consensuado por el grupo de investigadores y los traductores, así se obtuvo el Spanish FIQ (S-FIQ). Participaron 41 mujeres afectadas del síndrome de FMG (SFM). Se exploró la validez del S-FIQ. Para comparar el S-FIQ con otra prueba ya validada al español se administró el S-FIQ y el Cuestionario de Salud SF-36. Para analizar la reproducibilidad, se pidió a los pacientes que completaran el S-FIQ 7 días más tarde. Se realizaron algunas adaptaciones culturales para obtener el S-FIQ final. El valor del coeficiente de correlación intraclase del S-FIQ total fue de 0,81. Las puntuaciones S-FIQ se correlacionaban con las del SF-36. El S-FIQ mantuvo las propiedades metodológicas de la versión original, se puede usar como herramienta de medida en pacientes de lengua española con SFM⁶⁶.

En un estudio de Pagano, Matsutani y cols (2004)³¹ se evaluaron 80 pacientes, 20 con FMG y 20 controles, a quienes se les aplicaron 2 cuestionarios para evaluar la calidad de vida FIQ y SF-36, concluyendo que el de mayor eficacia era el FIQ debido a que el SF-36 presentó de manera significativa menor especificidad.

5. Escala Visual Análoga

Visual Analogue Scale (EAV)¹⁷

Consta de una línea horizontal de 100 mm., marcada con “sin dolor” en un extremo y “el peor dolor imaginable” en el otro. Al paciente se le pide que marque sobre esta línea donde se encuentra la intensidad de su dolor. La distancia de “sin dolor” a la marca numérica del paciente cuantifica el dolor. La EAV es un método simple, eficiente y muy poco intrusivo, que se correlaciona bien con otros métodos confiables¹⁸.

La confiabilidad de la escala análoga visual de dolor agudo fue evaluada por Bijur y cols (2000)¹⁹ obteniendo coeficientes de correlación interna de 0.97 (ICC) con intervalos de confianza de 95% [95% CI = 0.96 to 0.98]. El análisis Bland-Altman mostró que el 50% de medidas pareadas era de 2 mm entre una a otro, 90% dentro de los 9 mm, y 95% dentro de 16 mm.

Validez: En un estudio realizado por Carlsson (1983) se comparó una escala análoga visual absoluta y otra comparativa, respecto a los factores que afectaban la confiabilidad y validez de los estimados de dolor: Encontraron que la EVA absoluta era menos sensible a los sesgos que la comparativa, con un coeficiente de correlación promedio $r=0.67$ y $p=0.05$; y que, por lo tanto es preferible en la practica clínica²⁰.

6. Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud

World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO/DAS II)²¹

Elaborada por la Organización Mundial de la Salud. Evalúa El nivel de funcionamiento de los enfermos mentales y se administra de manera heteroaplicada.

La WHO/DAS II es un instrumento sencillo que fue desarrollado para la valoración clínica de las limitaciones que presentan los enfermos psiquiátricos graves. Consta de 7 reactivos que se agrupan en 3 apartados. El período cubierto por la valoración se puede elegir entre actual y pasado (último mes, último año), también facilita la posibilidad de que el propio investigador delimite el período de tiempo más conveniente.

Está formada por áreas específicas de funcionamiento, incluyen 4 reactivos que evalúan las siguientes áreas de la vida del sujeto: cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento en la familia, funcionamiento en el contexto social en general.

También incluye un apartado de capacidades específicas que permite al clínico registrar las habilidades específicas del paciente que sean relevantes para su manejo y cuidado.

El clínico valora las limitaciones que presenta el paciente, teniendo en cuenta el funcionamiento normal esperado en una persona del mismo sexo, edad y situación sociocultural. Las puntuaciones para cada uno de los reactivos pueden oscilar entre 0 y 5. La propia escala proporciona definición de los reactivos y los criterios operativos de las puntuaciones. Los criterios operativos de las puntuaciones son:

0: Ninguna discapacidad; el funcionamiento del paciente se adecua a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural: no existe discapacidad en ningún momento (0 %).

1: Discapacidad mínima; existe desviación de la norma en una o más de las actividades o funciones (vg: “paciente ligeramente discapacitado por algún tiempo” [20 %]).

2: Discapacidad obvia: existe desviación llamativa de la norma, interfiriendo con la adaptación social (vg: “paciente ligeramente discapacitado bastante tiempo o moderadamente discapacitado durante un corto tiempo” [40 %]).

3: Discapacidad seria: existe desviación muy marcada de la norma en la mayoría de las actividades y funciones (vg: “paciente moderadamente discapacitado bastante tiempo o gravemente discapacitado algún tiempo” [60 %]).

4: Discapacidad muy seria: existe desviación muy marcada de la norma en todas las actividades y funciones (vg: “paciente gravemente discapacitado la mayoría del tiempo o moderadamente discapacitado todo el tiempo” [80 %]).

5: Discapacidad máxima: la desviación de la norma ha alcanzado un punto crítico (vg: “paciente gravemente discapacitado todo el tiempo” [100 %]).

Es una escala descriptiva que proporciona una puntuación total y puntuaciones en cada una de las 4 dimensiones. A mayor puntuación, mayor discapacidad.

7. Inventario de Depresión de Beck (BDI) ²²

Instrumento autoaplicable, inicialmente diseñado para administrarse mediante entrevista. Realizado por Beck A. T., Ward C.H, Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. Evalúa la gravedad del cuadro depresivo, contiene 21 reactivos. Indaga fundamentalmente sobre los síntomas clínicos depresivos y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Dentro de las escalas de depresión, es la que mayor porcentaje de reactivos cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck.

Otro elemento distintivo es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Existen varias versiones de diferente extensión: Una versión más extensa de 42 reactivos, en la que el orden de los reactivos ha sido modificado de tal forma que empieza por los reactivos más neutros como dolores de cabeza y apetito. Una versión más breve de 13 reactivos.

Interpretación:

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Tristeza | 12. Aislamiento social |
| 2. Pesimismo | 13. Indecisión |
| 3. Sensación de falla | 14. Cambios en la imagen corporal |
| 4. Disatisfacción | 15. Lentitud psicomotriz |
| 5. Culpa | 16. Insomnio |
| 6. Expectativa de castigo | 17. Fatiga |
| 7. Descontento hacia uno mismo | 18. Pérdida de apetito |
| 8. Autoreproche | 19. Pérdida de peso |
| 9. Ideación suicida | 20. Preocupación somática |
| 10. Llanto | 21. Bajo nivel de energía |
| 11. Irritabilidad | |

El BDI ha sido adaptado y validado al castellano por Conde y Usuarios. (1975)²³

Corrección e interpretación: En la versión de 21 reactivos el valor de cada uno de las respuestas a cada uno de los reactivos es distinto y se refiere a continuación (el valor de cada una de las opciones de respuesta sigue el orden en que aparecen en el cuestionario).

Reactivo 1: 2 (“esta tristeza me produce...”); 0 (“no me encuentro triste”); 1 (“me siento algo triste y deprimido”); 3 (“ya no puedo soportar esta pena”); 2 (“tengo siempre como una pena encima”).

En la versión abreviada (13 reactivos) los valores de las 4 opciones de respuesta son iguales en todos los reactivos: la primera respuesta vale 0 puntos; la segunda vale 1 punto; la tercera vale 2, y la cuarta vale 3 puntos. Proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en cada uno de los reactivos.

La versión de 21 reactivos no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

- Posible negación de depresión, fingir estar bien: <0-4 puntos.

- Personas sin depresión: 05 – 09 puntos.
- Depresión mínima: puntuación media de 10 puntos.
- Depresión leve a moderada 10 - 18 puntos.
- Depresión moderada 19 - 29 puntos.
- Depresión severa 30 - 40 puntos.
- Depresión muy severa > 40 puntos.
 - Personas gravemente deprimidas, sugiriendo posible exageración de la depresión, posiblemente personas con trastorno de personalidad histriónico o límite. Sin embargo estos niveles de depresión son posibles.
- Depresión leve: puntuación media de 18.
- Depresión moderada: puntuación media de 25.
- Depresión grave: puntuación media de 30 puntos.

En la versión de 13 reactivos los puntos de corte propuestos son:

0-4: Depresión ausente o mínima.

5-7: Depresión leve.

8-15: Depresión moderada.

> 15: Depresión grave.

Confiabilidad: La consistencia interna para el BDI varía desde coeficientes alfa de 0.73 a 0.92 con un promedio de 0.86 para poblaciones psiquiátricas y de 0.81 para población general. (Beck, Steer, y Garbin, 1988²⁴). Groth-Marnat (1990)⁷⁰ reportó una confiabilidad prueba-reprueba similar en la forma corta de 13 reactivos, de 0.48 a 0.86, dependiendo del intervalo entre la reprueba y el tipo de población.

La confiabilidad mostró una correlación entre la entrevista de 21 reactivos y la de reactivos de 0.89 a 0.97, lo que indica que la forma corta es un sustituto aceptable de la forma larga (Beck, Rial, y Rickels, 1974)²⁵.

Validez : Un meta-análisis de estudios que revisaban las propiedades psicométricas por Richter, Werner, Heerlim, Kraus, y Sauer (1998)²⁶ reportó validez alta en cuanto al contenido y

en la diferenciación entre sujetos deprimidos y no deprimidos. El contenido del BDI fue obtenido mediante un consenso de clínicos respecto a pacientes deprimidos (Beck et al., 1961)²⁷. Los reactivos del BDI son consistentes con 6 de las 9 categorías del DSM III para el diagnóstico de depresión (Groth-Marnat, 1990)²⁸.

La validez concurrente obtenida mediante la correlación de los datos obtenidos mediante el interrogatorio directo de sintomatología clínica de depresión y el BDI, varía desde 0.62 a 0.66 (Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993)²⁹. Mediciones clínicas para pacientes psiquiátricos son reportadas como altas a moderadas que van de 0.55 a 0.96 $r=.72$ (Beck et al., 1988). La validez de constructo evaluada por Groth-Marnat (1990)⁷⁰ reportó controversia en si el BDI debe ser medida como variable de estado o de rasgo.

El análisis discriminativo encontró que la versión traducida al español del BDI muestra una validez discriminativa alta para los síntomas depresivos (Bonicatto, Dew, Soria (1998)³⁰).

8. Escala de desesperanza de Beck (BDEI)³¹

Escala autoaplicable diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, la expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro, bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir éxito en su vida. Las puntuaciones en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio. Está diseñado para ser contestado por personas de 17 a 80 años. Consta de 20 reactivos a los que el individuo ha de responder verdadero o falso. Las respuestas señaladas como verdadero en los reactivos 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen un punto, las señaladas como falso en esos reactivos valen cero puntos. Las respuestas señaladas como falso en los reactivos, 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen un punto, y las señaladas como verdadero en esos reactivos, valen cero puntos.

Corrección e interpretación: Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en tres factores distintos:

- Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro)
- Factor motivacional (pérdida de motivación)
- Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro)

La puntuación total se obtiene sumando todos los reactivos. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20.

La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los reactivos 1, 6, 13, 15, y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.

La puntuación en el factor motivacional se obtiene al sumar los reactivos 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17, y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.

La puntuación en el factor cognitivo se obtiene al sumar los reactivos 4, 7, 8, 14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.

En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:
Riesgo bajo de cometer suicidio 0-8:

- 0-3: ninguno o mínimo.
- 4-8: leve.

Riesgo alto de cometer suicidio 9-20:

- 9-14 moderado.
- 15-20 alto.

Validez: Se correlaciona de manera moderada con el BDI, sin embargo se le ha encontrado mayor utilidad para predecir la ideación o comportamiento suicidas.

Confiabilidad: Beck A (1988) encontró coeficientes de confiabilidad interna razonablemente altos (Pearson $r = .82$ a $.93$), pero los coeficientes de confiabilidad prueba-reprueba resultaron menores (0.69 después de una semana y 0.66 después de 6 semanas).

9. Inventario de ansiedad de Beck (BAI)³²

Este inventario realizado por Aaron T. Beck se diseñó para diferenciar la ansiedad de depresión en individuos adultos, su tiempo de aplicación es de 5 a 10 min. Este instrumento tiene la ventaja de poder ser utilizado en la clínica y con propósitos de investigación. La escala consiste en 21 reactivos, cada uno de los cuales describen un síntoma característico de ansiedad. Se le pregunta al sujeto que tanto le han afectado los síntomas en la semana previa, en una escala del 0 al 3. Los puntajes son sumados para obtener un rango desde 0 a 63. Para la validación de este instrumento se obtuvo una muestra total de 1,086 pacientes, 456 hombres y 630 mujeres, de centro de terapia cognitiva de Philadelphia.

Interpretación: Una suma total de 0-21 indica ansiedad ausente o leve; 22-35 ansiedad moderada, > 36 ansiedad severa.

Confiabilidad: En un estudio realizado por Fernandez, Malcarne y cols (2004) estudiaron una población multicultural de estudiantes conformada por 2,703 americanos caucásicos y 1,110 latinos. La confiabilidad mediante los coeficientes de consistencia interna para el BAI y el BDI fue buena, todas las alfas fueron mayores a 0.82. Los estudiantes latinos tuvieron un puntaje más alto que los estudiantes americanos caucásicos en ambas escalas, y las mujeres obtuvieron puntajes mayores en comparación con los hombres. Estos resultados sostienen la confiabilidad, validez y equivalencia cultural de estas medidas de síntomas depresivos y ansiosos. La escala obtenida mostró una alta consistencia interna y correlaciones del total de reactivos que tuvieron un rango de 0.3 a 0.71. Una subpoblación de pacientes (n=83) completaron el BAI en la línea basal y a la semana, encontrando una correlación entre ambas de 0.75.

En otro estudio realizado por Contreras y cols. (2004)³³ se evaluaron dos grupos, uno caucásico y uno latino a quienes se les aplicó el cuestionario BAI encontrando una confiabilidad de 0.89 (α cronbach) en ambos grupos.

Validez: Las correlaciones del BAI con escalas clínicas autoaplicables fueron significativas. Las correlaciones del BAI con la escala de ansiedad de Hamilton y la escala de depresión de Hamilton fueron de 0.51 y 0.25 respectivamente. La correlación del BAI y el inventario de depresión de Beck (BDI) fue de 0.48. La validez discriminativa y convergente para diferenciar a los grupos de diagnóstico homogéneo y heterogéneo resultó significativa.

10. Confiabilidad de pruebas aplicadas

Tabla 4. Confiabilidad prueba-reprueba y consistencia interna de las escalas aplicadas.

Escala	Confiabilidad prueba-reprueba	Consistencia interna (α Cronbach)
MINI	*0.35 a 1 (Promedio 0.76) ⁵²	0.3 a 1 (promedio 0.92) ⁵²
SCID II	*0.46 ⁵⁵ *0.53 (Centros psiquiátricos) *0.38 (Centros no psiquiátricos) *0.74 ⁵⁴	
SCL-90	*0.68-0.90 ⁵⁷	0.79 a 0.90 ⁵⁷ 0.8 ⁶² .
FIQ	**0.56 (dolor) **0.95 (funcionalidad física) ⁶⁴	0.86 ⁶⁵
EVA	**0.96 to 0.98 ⁶⁹	
WHO/DAS II	**0.48 a 0.86 ⁷⁰	
BDI	**0.70 ⁶⁴	0.86 y 0.81 (poblaciones psiquiátricas y no psiquiátricas respectivamente) ⁶⁴
BAI		0.37 a 0.71 0.89 ⁷⁵
BDEI	*** (0.69 a 1 semana y 0.66 a 6 semanas). ***0.82 a 0.93	
<p><i>MINI: MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. SCID II: Entrevista clínica estructurada para diagnóstico de trastornos de personalidad del DSM IV. SCL 90: Lista de síntomas-90 revisada FIQ: Cuestionario de impacto de la FMG. EAV: Escala análoga visual de dolor. WHO/DAS II: Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud. BDI: Inventario de depresión de Beck. BAI: Inventario de ansiedad de Beck.. BDEI: Inventario de desesperanza de Beck.</i></p>		
<p>52.-Sheehan D, Lecrubier Y y cols. European Psychiatry 1997; 12: 224-231. (37). 54.-. First M. B y cols.. Ed Masson. 1999. 55. Weiss y cols 1995. 57.-. American Psychiatric Association 2000. 64.-. Burkhardt y cols (1991). 65.-. Beck, Steer, y Garbin, 1988. 70.-Groth-Marnat (1990). 76.- Dale R. y cols. 2007. 64.-Beck et al.,1988. 75.-. Contreras S, Behavioral Sciences. 2004; 26: 446. 69. Bijur y cols (2000)</p>		
<p>* Kappa (k) ** Coeficiente de consistencia interna (CCI) *** Coeficiente de correlación de Pearson (r)</p>		

VI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- I. Se realizó un análisis descriptivo, mediante el cálculo de las frecuencias y porcentajes, de las características sociodemográficas en las pacientes con FMG.
- II. Se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de la severidad de la FMG [conformada por número de puntos dolorosos, Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia en la calidad de vida (FIQ) y tiempo de evolución de la FMG; la Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS II) y Escala Análoga Visual (EAV)]
- III. Se determinaron las frecuencias y porcentajes de la psicopatología en pacientes con FMG.
 1. Se obtuvo la severidad de obtenidos a partir de la aplicación del SCL-90.
 2. Se establecieron los diagnósticos de trastornos psiquiátricos en pacientes con FMG mediante la aplicación del MINI.
 3. Se obtuvo la severidad de depresión y ansiedad mediante los cuestionarios componentes de la triada de Beck: Inventario de depresión de Beck (BDI), Inventario de ansiedad de Beck (BAI).: Inventario de desesperanza de Beck (BDEI).
- IV. Se determinaron las frecuencias y porcentajes de trastornos de la personalidad mediante los diagnósticos obtenidos a partir de la aplicación del SCID II (consideradas como variables nominales).

Los resultados del análisis descriptivo se reportaron por medio de frecuencias, promedios, y desviaciones estándar.

- V. Se determinó la relación entre la severidad de la psicopatología (mediante la aplicación del SCL 90) y los rasgos de personalidad (considerados como variables ordinales al utilizar el número de criterios en el SCID II en cada trastorno de personalidad).
- VI. Se determinó la relación entre la severidad de la FMG [conformada por Número de puntos dolorosos, FIQ y tiempo de evolución de la FMG; WHO/DAS II y EAV] y los rasgos de personalidad (considerados como variables ordinales al utilizar el número de criterios en el SCID II en cada trastorno de personalidad).
- VII. Se determinó la relación entre la severidad de FMG [conformada por Número de puntos dolorosos, FIQ y tiempo de evolución de la FMG; WHO/DAS II y EAV] y la severidad de psicopatología (mediante el SCL 90) utilizando la correlación de Spearman.

BIBLIOGRAFIA

¹ Lecrubier Y, Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI et al. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-II. *European Psychiatry*. 1997; 12: 232-241.

² Bobes, J., González, M.P., Bascarán, M.T. y Ferrando, L. (1998). Instrumentos de evaluación: Escalas de detección, de gravedad y discapacidad y de calidad de vida. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Dir.). Barcelona. Masson.

³ First M. B., Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamín L. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II). Masson. 1999.

⁴ Malow RM, West JA, Williams JL. Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:1067–1071.

⁵ O'Boyle M, Self D. A comparison of two interviews for DSM-III-R personality disorders. *Psychiatry Res* 1990;32(1):85-92.

⁶ Weiss R., Najavits L., Muenz L., Hufford C.. Twelve-month test-retest reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders in cocaine-dependent patients. *Comprehensive Psychiatry* 1995; 36(5): 384-389

⁷ Hueston WJ, Mainous AG, Schilling R. Patients with personality disorders: functional status, health care utilization, and satisfaction with care. *J Fam Pract* 1996 Jan;42(1):54-60.

⁸ Hyler SE, Skodol AE, Oldham JM, Kellman HD. Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: A replication in an outpatient sample. *Compr Psychiatry* 1992; 33 (2): 73-77.

⁹ Loranger AW, Susman VL, Oldham JM, Russakoff LM: The Personality Disorder Examination: A preliminary report. *J Pers Disord* 1987; 1:1-13.

¹⁰ Del Río. C, Torres I, Borda M. Comorbilidad entre bulimia y nerviosa purgative y trastornos de personalidad según el Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI-II) *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2002; 2(3). 425-438.

¹¹ American Psychiatric Association “Handbook of Psychiatric Measures”. American Psychiatric Publishing Group, 2000.

¹² Lara C, Espinosa I, Cárdenas ML, Fócil M, Cavazos J. Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental* 2005; 28 (3).

¹³ Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry* 1976; 128: 280-289.

¹⁴ Bennett R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): A review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clin Exp Rheumatol* 2005; 23(5-39): 154-162.

¹⁵ Burkhardt CS, Clark SR, Bennet RM. The fibromyalgia impact Questionnaire: Development and validation. *J.Rheumatol.*1991; 18: 728-733.

¹⁶ Monterde S. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reum* 2004;31(9); 507 – 513.

¹⁷ De la Torre R. Guía práctica del dolor agudo postoperatorio. 1a. ed. Madrid Arán. 2001: 11-43.

¹⁸ Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet.* 1974;9;2(7889):1127-31.

¹⁹ Bijur P, Silver W, Gallagher MA, Gallagher J. Reliability of the Visual Analog Scale for Measurement of Acute Pain. *Acad Emerg Med* 2000;8 (12): 1153-1157,

²⁰ Carlsson A. Assessment of Chronic Pain. I. Aspects of the Reliability and Validity of the Visual Analogue Scale. *Pain*. 1983; 16: 87-101

²¹ WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). Genève:WHO, 1988.

²² Beck P. Rating scales for mood disorders: Applicability, consistency and construct validity. *Acta Psychiatr Scand*. 1988; 78 (345): 45-55.

²³ Conde C, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiat Psicol Med* 1975; 12: 217-36.

²⁴ Beck AT., Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1988; 8(1): 77-100.

²⁵ Beck AT, Rial WY and Ricketts K. Short form of Depression Inventory: Cross-validation. *Psychol Rep* 1974; 34(3): 1184-1186.

²⁶ Richter P, Werner J, Heerlien A., Kraus A, Sauer H. On the validity of the Beck Depression Inventory; A review. *Psychopathology*. 1998; 31(3): 160-168.

²⁷ Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J and Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-571.

²⁸ Groth-Marnat G. The handbook of psychological assessment. 2nd ed. John Wiley & Sons, New York. 1990.

²⁹ Foa EB, Riggs, Dancu CVS AND Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post traumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 1993; 6 (4): 459-473.

³⁰ Bonicatto S, Dew AM, Soria JJ. Analysis of the psychometric properties of the Spanish version of the Beck Depression Inventory in Argentina. *Psychiatry Res*. 1998; 79(3): 277-285.

³¹ Beck, A.T, Weissman, Lester D, Trecler L. The measurement of pessimism. The hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42: 861-865.

³² Beck A T and Steer. Manual for the Beck Anxiety Inventory. San Antonio Tx:Psychological corporation. 1990.

³³ Contreras S, Fernandez S, Malcarne V, Ingram R and Ruiz V. Reliability and Validity of the Beck Depression and Anxiety Inventories in Caucasian Americans and Latinos. Hispanic Journal of Behavioral Sciences. 2004; 26: 446.

CAPÍTULO

III.

RESULTADOS

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Se obtuvo una muestra de 29 pacientes con un promedio de edad de 45.28 años \pm 9.5, con un rango de 24 a 65 años. El 58.6% de las pacientes fueron casadas y el 20.7% solteras. En promedio las pacientes tenían 2 hijos, con un rango de cero a cuatro hijos. En cuanto a la escolaridad el nivel fue mayor al encontrado en la población general, los mayores porcentajes los ocuparon los siguientes: Preparatoria 24.1%, secundaria 17.2 %, carrera técnica 17.2% y únicamente 6.9% tuvo estudios de primaria; ninguna de las pacientes resultó ser analfabeta. La ocupación mas frecuente fue la del hogar con un 72.4% y el 17.2% realizaba alguna actividad laboral fuera del hogar. La religión católica representó el 89.7% de las pacientes (Tabla 5).

Tabla 5. Características sociodemográficas.

	Frecuencia	Porcentaje %
Edo Civil n29		
Casada	17	58.6
Soltera	6	20.7
Unión libre	5	17.2
Divorciada	1	3.4
Total	29	100.0
Ocupación		
Hogar	21	72.4
Trabajo fuera del hogar	5	17.2
Estudiante	2	6.9
Ninguna	1	3.4
Total	29	100.0
Religión		
Católica	26	89.7
Cristiana	1	3.4
Testigo de Jehová	1	3.4
Atea	1	3.4
Total	29	100.0
Escolaridad		
Primaria	2	6.9
Secundaria	5	17.2
Preparatoria	7	24.1
Licenciatura incompleta	3	10.3
Carrera técnica	5	17.2
Licenciatura	5	17.2
Postgrado	2	6.9
Total	29	100.0

Respecto al uso de medicamentos el 86.2 % tomaba analgésicos, 15% benzodiazepinas, 13.7% neuromoduladores y el 95.5 % utilizaba antidepresivos. Estos últimos a dosis subterapéuticas para depresión o trastornos de ansiedad y recetados en su mayoría por médicos no psiquiatras.

El 37.9% fue víctima de abuso sexual y el 51.7% adquirió responsabilidades tempranas durante la infancia y/o adolescencia.

II. SEVERIDAD DE FIBROMIALGIA

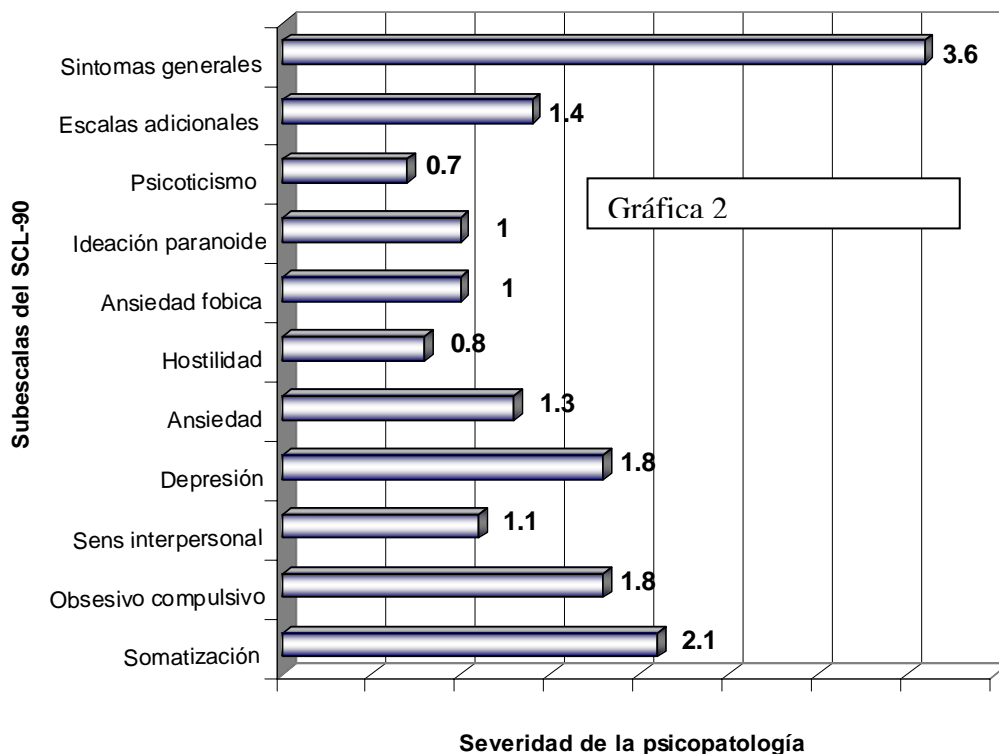
En la tabla 6 se muestran los resultados obtenidos al evaluar la severidad de la FMG, mediante datos cuantitativos. Las pacientes presentaron un promedio de 15.4 número de puntos dolorosos (NPD) y el tiempo de evolución de la fibromialgia (TTF) tuvo un rango de 1 a 20 años.

La escala análogo visual (EVA) también mostró un rango de variabilidad considerable con una calificación mínima de 2 y máxima de 10, con un promedio de 6.64. La escala de discapacidad de la OMS (WHO/DAS II) tuvo una puntuación promedio de 332.82, y un rango de 195 a 437. El Cuestionario de impacto de FMG (FIQ) tuvo un promedio de 53.26, y un rango de 20 a 78.

Tabla 6. Severidad de fibromialgia.

Escalas y Medidas*	Promedio (de)	Rango
Número de puntos dolorosos	15.45 (1.72)	12-18
Tiempo transcurrido del inicio de la FMG en años	7.34(5.79)	1-20
Escala análoga visual (EVA)	6.64(2.48)	2-10
Cuestionario de impacto de la FMG (FIQ)	53.26(14.9)	20-78
Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud.(WHO/DAS II)	332.8(64.8)	195-437

III. PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA



Gráfica 2
Severidad de psicopatología en pacientes con fibromialgia de acuerdo al SCL-90 (Lista de síntomas-90 revisada).

1. Severidad de psicopatología en pacientes con fibromialgia.

En cuanto a los datos obtenidos del SCL-90 las dimensiones que mostraron una mayor severidad fueron la de síntomas generales (3.6), somatización (2.1), depresión (1.8) y obsesividad-compulsividad (1.8) (Gráfica 2).

1. Trastornos psiquiátricos en pacientes con fibromialgia

El 62 % de las pacientes cumplieron con los criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor en el momento actual y el 24 % pasado; el segundo trastorno que mostró mayor prevalencia fue el de trastorno de ansiedad generalizada con un porcentaje de 31% en el momento actual y 3.4% pasado (Tabla 7).

Tabla 7. Trastornos psiquiátricos pasados y actuales más frecuentes en pacientes con fibromialgia.

Diagnósticos	Actual		Pasado	
	n	%	n	%
Trastorno depresivo mayor	18	62	7	24
Trastorno de ansiedad generalizada	9	31	1	3.4
Trastorno de angustia con agorafobia	3	10.3	1	3.4
Distimia	2	6.8	0	0
Trastorno obsesivo compulsivo	1	3.4	0	0

3. Depresión, ansiedad y desesperanza (triada de Beck) en pacientes con fibromialgia .

Los resultados obtenidos acerca de los síntomas depresivos y ansiosos presentaron una intensidad de leve a moderada. El inventario de depresión de Beck tuvo un puntaje promedio de 20.39 con un rango de 7 a 46 (ausente o mínima a grave). El inventario de ansiedad de Beck obtuvo un puntaje promedio de 24.93 y un rango de 5 a 55. El inventario de desesperanza de Beck mostró un puntaje promedio de 19.32 con un rango de 8 a 34 (bajo a alto riesgo) (Tabla 8).

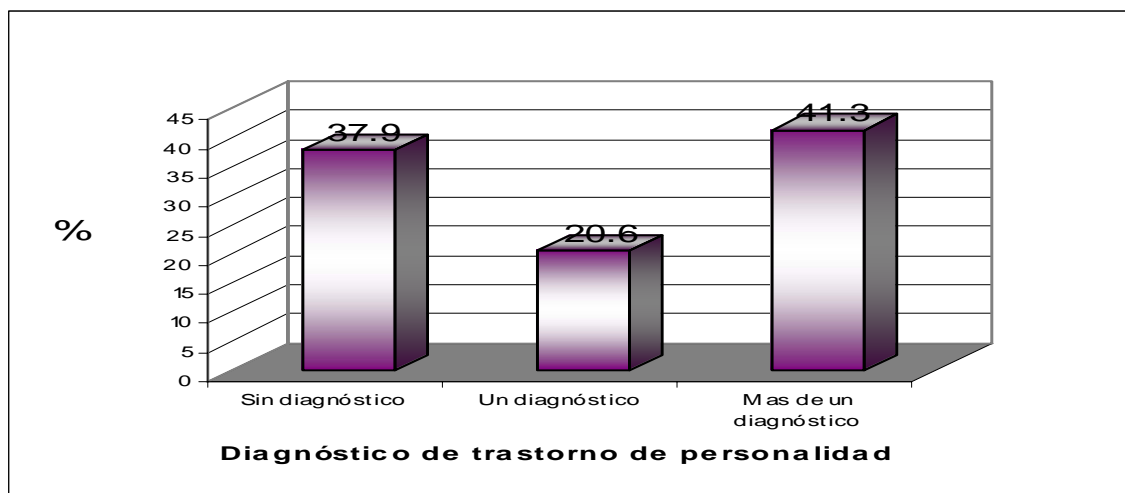
Tabla 8. Síntomas psiquiátricos en pacientes con fibromialgia.

Escalas y Medidas	Promedio (de)	Rango
BDI	20.3 (10.3)	7-46
BAI	24.9 (13.3)	5-55
BDE	19.3 (10.3)	8-34

BDI: Inventario de depresión de Beck. **BAI:** Inventario de ansiedad de Beck. **BDEI:** Inventario de desesperanza de Beck.

IV. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Mediante la aplicación del SCID-II se encontró que el 61.9 % tuvieron uno o mas diagnósticos y el 37.9% no cumplieron con criterios para un diagnóstico de trastornos personalidad(gráfica 3).



Gráfica 3
Trastornos de personalidad en pacientes con fibromialgia de acuerdo a la Entrevista clínica estructurada para diagnóstico de trastornos de personalidad del DSM IV. (SCID II).

En la grafica 3 se muestran los diagnósticos de trastornos de personalidad, y en la tabla 9 tanto los diagnósticos con los puntajes subumbrales de los trastornos de personalidad obtenidos al evaluar a las pacientes con FMG mediante el SCID II. De las 29 pacientes, 17.2% (5) cumplieron con los criterios para trastorno de la personalidad evitativo (4 reactivos puntuados con “3” en el rubro correspondiente), y 13.8% (4) puntuaron 3 reactivos como “3”, encontrándose en un rango subumbral. El 31% (9) no presentaron ninguna característica de dicho trastorno.

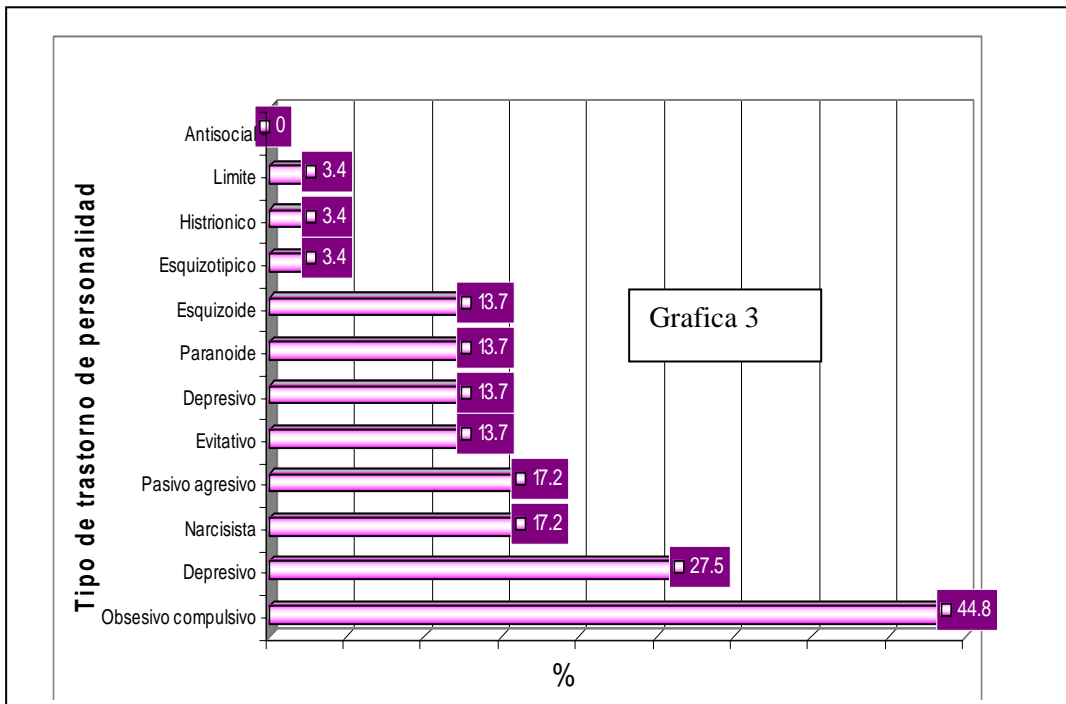
El 13.8% (4) tuvieron el diagnóstico de trastorno de personalidad dependiente (5 o más reactivos puntuados con “3”), ninguno se encontró en el rango subumbral. El 41.1 % no presentaron ningún reactivo positivo.

El trastorno de personalidad obsesivo compulsivo ocupó el mayor porcentaje en cuanto a diagnóstico y rasgos de personalidad, cumpliendo con el número de reactivos para realizar el diagnóstico (4 o más) el 48.2% (14), el 13.8% (4) se encontraron en el rango subumbral (3 reactivos positivos) y únicamente el 10.3% (3) no tuvieron algún reactivo positivo.

En cuanto al trastorno de personalidad pasivo agresivo el 17.2% (5) cumplieron con los criterios para realizar el diagnóstico (4 o mas reactivos puntuados con “3”), 17.2% (5) se

encontraron en el límite subumbral (3 reactivos puntuados con “3”), y el 27.6% (8) no tuvieron ningún reactivo positivo (puntuado con “3”).

El 24.1% (7) tuvo el diagnóstico de trastorno de personalidad depresivo, con un puntaje de 5 reactivos o más positivos. El 13.8% (4) se encontraron en el rango subumbral (4 reactivos positivos) y 31% (9) no puntuaron positivo en ningún reactivo.



Tipo de trastornos de personalidad en pacientes con fibromialgia según en SCID II
Gráfica 3.

Los pacientes estudiados presentaron el diagnóstico de trastorno de personalidad paranoide en un 13.8% (4), con un puntaje de 4 o más reactivos positivos, un puntaje subumbral de 13.8% (4) y 27.6% (8) no presentaron algún reactivo positivo.

Ningún paciente cumplió con los criterios requeridos para hacer el diagnóstico de trastorno de personalidad esquizotípico (5 o más reactivos positivos) y únicamente en 3.4% (1) se encontró en el rango subumbral. El 55.2% (16) no tuvieron ningún reactivo positivo.

El 17.2% (5) presentaron trastorno de personalidad esquizoide, con un puntaje de 4 o más reactivos positivos, únicamente el 3.4% (1) se encontró en el límite subumbral. El 34.5% (10) no puntuaron positivo para ningún reactivo.

Únicamente el 3.4% (1) reunió los criterios para trastorno de personalidad histriónico, ninguna se encontró en el límite subumbral, y el 69 % (20) no puntuaron positivo para algún reactivo.

Cumplieron criterios para trastorno de personalidad narcisista el 17.2% de los pacientes (5) con un puntaje de 5 o mas reactivos positivos, y el 10.3% (3) alcanzaron el límite subumbral. 34.5% (10) no presentaron ningún reactivo positivo.

El diagnóstico de trastorno de personalidad limite se pudo integrar en el 3.4% (1), puntuando positivo en 5 o mas reactivos, y el 6.9% (2) se encontraron en el límite subumbral (4 reactivos positivos). El 48.3% (14) no tuvieron ningún reactivo positivo.

El trastorno de personalidad antisocial fue el que menor puntaje obtuvo, ningún paciente cumplió con los criterios diagnósticos, solamente el 3.4% (1) tuvo un reactivo positivo, y el resto 96.6% (28) no presentaron algún reactivo positivo al respecto.

El trastorno de personalidad no especificado no se encontró en ningún paciente.

En la tabla 9 se incluyen los porcentajes de los trastorno de personalidad y los puntajes subumbrales.

En cuanto a los resultados obtenidos respecto a los trastornos de personalidad, es importante señalar que, a pesar de que en algunos casos no se llegó a reunir el puntaje necesario para el diagnóstico, el presentar puntajes positivos en el rango subumbral les confiere rasgos significativos de personalidad a los pacientes, que pueden influir en su entendimiento global y su tratamiento. (Tabla 9).

Tabla 9. Trastornos de Personalidad según SCID II.

(Únicamente se muestran las correlaciones moderadas).

Trastorno de Personalidad	Diagnóstico		Subumbral	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Evitativo	5	17.2	4	13.8
Dependiente	4	13.8	0	0
Obsesivo Compulsivo	14	48.2	4	13.8
Pasivo Agresivo	5	17.2	5	17.2
Depresivo	7	24.1	4	13.8
Paranoide	4	13.8	4	13.8
Esquizotípico	0	0	1	3.4
Esquizoide	5	17.2	10	34.5
Histriónico	1	3.4	0	0
Narcisista	5	17.2	3	10.3
Limite	1	3.4	2	6.9
Antisocial	0	0	0	0
No especificado	0	0	0	0

V. RELACIÓN ENTRE SEVERIDAD DE PSICOPATOLOGÍA Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Se realizaron correlaciones entre severidad de la psicopatología y FMG con los rasgos de personalidad, considerando esta última variable como ordinal al tomar en cuenta el número de resultados positivos para cada trastorno obtenidos al aplicar el SCID II.

En las tablas 10 y 11 se pueden ver las correlaciones encontradas entre los trastornos de personalidad y psicopatología. Las que resultaron significativas. Se encontraron las siguientes correlaciones que fueron de magnitud moderada:

El trastorno de personalidad evitativo mostró correlación positiva con las dimensiones de somatización, sensibilidad interpersonal, depresión y hostilidad.

El trastorno de personalidad dependiente presentó correlaciones significativas, pero también de leve intensidad, con las dimensiones de depresión y hostilidad.

El trastorno obsesivo compulsivo presentó correlación positiva únicamente con la dimensión de hostilidad.

El trastorno pasivo agresivo presentó correlación positiva con todas las dimensiones excepto con obsesividad y compulsividad.

El trastorno depresivo mostró correlación con las dimensiones de sensibilidad interpersonal y hostilidad.

El trastorno paranoide presentó correlación con somatización, obsesividad y compulsividad, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica, ansiedad, ideación paranoide y psicoticismo.

El trastorno esquizoide presentó correlación con somatización, obsesividad y compulsividad, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ansiedad, ideación paranoide y psicoticismo.

El trastorno histriónico no presentó ninguna correlación.

El trastorno narcisista únicamente mostró correlación con la dimensión de hostilidad

El trastorno límite presentó correlación positiva con somatización, obsesividad y compulsividad, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ansiedad, ideación paranoide y psicoticismo.

Tabla 10. Relación entre severidad de psicopatología y rasgos de personalidad en pacientes con fibromialgia. (Correlación de Spearman). (1ª parte)

SCID II	SCL 90			
	Somatización	Obsesividad-Compulsividad	Sensibilidad Interpersonal	Depresión
Evitativo	.55**	-	.48*	.43(*)
Dependiente	-	-	-	.42(*)
Pasivo Agresivo	.53(**)	-	.56(**)	.48(**)
Depresivo	-	-	.43(*)	-
Paranoide	.44(*)	.38(*)	.63(**)	.56(**)
Esquizotípico	.59(**)	.57(**)	.46(*)	.44(*)
Limite	.39(*)	.41(*)	.42(*)	.44(*)

* p= 0.05.

** p= 0.01.

Tabla 11. Relación entre severidad de psicopatología y rasgos de personalidad en pacientes con fibromialgia. (Correlación de Spearman). (2ª parte)

SCID II	SCL 90				
	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad Fóbica	Ideación Paranoide	Psicoticismo
Evitativo	-	.39(*)	-	.37(*)	.48(**)
Dependiente	-	.52(**)	-	-	-
Obsesivo Compulsivo	-	.51(**)	-	-	-
Pasivo Agresivo	.50(**)	.60(**)	-	.58(**)	.55(**)
Depresivo	-	.44(*)	-	-	-
Paranoide	.54(**)	.70(**)	-	.61(**)	.50(**)
Esquizotípico	.57(**)	.53(**)	-	.68(**)	.53(**)
Narcisista	-	.47(**)	-	-	-
Limite	.49(**)	.45(*)	.39(*)	.54(**)	.48(**)

* p= 0.05.

** p= 0.01.

VI RELACIÓN ENTRE SEVERIDAD DE FIBROMIALGIA Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA.

En la tabla 12 se muestra la relación de la severidad de fibromialgia con los rasgos de personalidad según SCID II.

El FIQ presentó una correlación positiva con los trastornos de personalidad evitativo, dependiente, pasivo agresivo y narcisista.

La EVA mostró correlación positiva con los trastornos de personalidad evitativo y paranoide.

El WHO DAS los trastornos de personalidad depresivo.

El Número de puntos dolorosos tuvo una correlación positiva con el trastorno evitativo de la personalidad.

Tabla 12. Relación entre severidad de fibromialgia y rasgos personalidad según SCID II (Correlación de Spearman)

SCID II	FIQ	EVA	WHO/DAS II	NPD
Evitativo	.387(*)	.499(**)	-	.405(*)
Dependiente	.453(*)	-	-	-
Pasivo Agresivo	.431(*)	-	-	-
Depresivo	-	-	.477(*)	-
Paranoide	-	.440(*)	-	-
Narcisista	.411(*)	-	-	-

* p= 0.05.

** p= 0.01.

I. RELACIÓN ENTRE SEVERIDAD DE FIBROMIALGIA Y SEVERIDAD DE PSICOPATOLOGÍA

Como se muestra en la tabla 13, se encontró correlación positiva entre FIQ y hostilidad. El WHO/DAS II y el tiempo de inicio desde el inicio de la FMG, no presentaron ninguna correlación con las dimensiones del SCL 90.

La EVA se relacionó positivamente con somatización.

El número de puntos dolorosos tuvo una relación positiva con las dimensiones de depresión, psicoticismo y el índice de síntomas positivos.

Tabla 13. Relación entre severidad de fibromialgia y severidad de psicopatología en pacientes con fibromialgia (Correlación de Spearman).

SCL90	FIQ	WHO/DAS II	EVA	NPD	TTF
Somatización	-	-	.410(*)	-	-
Depresión	-	-	-	.417(*)	-
Hostilidad	.409(*)	-	-	-	-
Psicoticismo	-	-	-	.395(*)	-

* $p= 0.05$.

** $p= 0.01$.

CAPÍTULO

IV.

DISCUSIÓN

Y

CONCLUSIONES

I. DISCUSION

Las características sociodemográficas de los pacientes incluídas en el presente trabajo son congruentes con lo reportado por Martínez y cols (1995)¹ y Epstein y cols (1990)²³. [Anexo 1]. Sin embargo es importante hacer notar que existen ciertas diferencias en cuanto a la manera en la que los resultados fueron reportados en los distintos estudios. En el presente estudio la población se obtuvo de entornos clínicos y fue de 29 pacientes de los cuales aproximadamente la mitad acudían a Instituto Nacional de Psiquiatría y la otra mitad al Instituto Nacional de Cardiología; a diferencia de la muestra estudiada por Martínez⁷¹, que fue de 39 pacientes y se obtuvo en un hospital general de Sao Pablo (Brasil). En cuanto a la edad los resultados correspondieron: en este estudio encontramos una edad promedio de 45.28 años, 43.1 años en el estudio de Martínez y 46.5 años en el estudio de Epstein.

El estado civil concuerda con lo reportado en los 2 estudios referidos respecto a que la mayoría de los pacientes fueron mujeres casadas, sin embargo en los datos de Martínez no se tomó en cuenta la unión libre, y en el estudio que presentamos no encontramos viudez, por lo que es difícil hacer una comparación precisa.

La ocupación fue similar a lo encontrado por Epstein en cuanto a que el mayor porcentaje lo ocupó el dedicarse al hogar con un 68% en comparación con 72.4% en el presente trabajo. La siguiente ocupación que tuvo mayor porcentaje fue el trabajo fuera del hogar con 17.2% en el presente estudio y 31.9% según Martínez. Sin embargo en el estudio realizado por este último únicamente tomó en cuenta el ser profesionistas, y en este estudio también se consideró a quienes, aunque no tenían una profesión, tuvieran algún empleo fuera del hogar, además el estudio de Martinez no contempló a los sujetos sin ocupación ni a los estudiantes.

La escolaridad fue el rubro que obtuvo mayores discrepancias y dificultades para compararlas, en el estudio de Martínez hubo 12.7% de analfabetismo, mientras que en nuestro estudio no hubo ninguna paciente analfabeta. Además en nuestro estudio reportamos pacientes con primaria, secundaria y preparatoria, mientras que en el de Martínez únicamente se consideró preparatoria incompleta sin incluir los otros rubros, tampoco incluyeron licenciatura incompleta, carrera técnica ni postgrado, lo cual si hicimos en el presente trabajo. El número de años de

escolaridad fue mayor en las pacientes de este estudio (19.4 años) en comparación con el citado por Epstein (14.9 años).

En cuanto a la edad de diagnóstico encontramos que ocurrió a los 37.7 años (rango de 22 - 54 años) lo cual fue similar a lo reportado por Epstein con una edad de diagnóstico de 40.5 años (rango de 30.1-50.9 años)

Epstein reportó datos sociodemográficos similares a los encontrados en este estudio, aunque únicamente se obtuvo información sobre edad, estado civil, años de estudios y sexo. En cuanto a este último se encontró 95% de mujeres, lo cual es comparable con el presente estudio en donde el 100 % fueron mujeres, aunque hay que resaltar que en los criterios de nuestro estudio solo se incluyeron pacientes del sexo femenino.

Otro aspecto relevante en cuanto a lo encontrado en este trabajo es el antecedente de abuso sexual o físico en el 37.9% de los pacientes, lo cual coincide con los datos encontrados en la literatura. Davis y cols.(2005)² publicaron un meta-análisis en donde encontraron evidencia de que los individuos que fueron abusados o recibieron un trato negligente en la infancia, tenían mayor riesgo de presentar dolor crónico en la adultez en comparación con sujetos que no habían sufrido dichas experiencias. Walter y cols. (1997),³ reportaron una influencia considerable en cuanto al antecedente de abuso físico, emocional, sexual y negligencia, con la presencia de síntomas dolorosos no explicables por causas médicas.

Es importante considerar que con frecuencia la víctima de abuso niega éste, sobre todo en las primeras entrevistas (que es cuando se preguntaron dichos antecedentes) o algunas lo mantienen reprimido o le restan importancia consciente como mecanismo de defensa. En la mayoría de las víctimas de abuso (sobre todo abuso sexual), la exteriorización de tales eventos se presenta después de muchos años de ocurrido este, aún llevando un proceso psicoterapéutico, y no es infrecuente que permanezcan ocultos. Esto es explicable en una sociedad predominantemente machista en donde la mujer es vista como un ser inferior, culpabilizado y satanizado. Tanto el reconocimiento como la verbalización del abuso implican librar múltiples barreras y complejos esquemas socioculturales interiorizados.⁴

En base a lo antes planteado, podemos inferir que el porcentaje de pacientes con FMG que han sufrido de algún tipo de abuso, puede ser mayor al referido por ellas mismas y que sería

de utilidad el realizar tales preguntas después de un tiempo suficiente de trabajo terapéutico, en un ambiente de mayor confianza y conocimiento mutuo.

En cuanto a las características clínicas y calidad de vida en pacientes con FMG estas presentaron un promedio de 15.4 puntos dolorosos, lo cual es congruente con lo reportado por Barrera y Cortés (2005)⁵ quienes encontraron un promedio de 16.3 puntos dolorosos por cada paciente, en una población de 10 pacientes mexicanos (9 mujeres y 1 hombre).

Se ha sugerido que el número de puntos dolorosos (NPD) puede estar relacionado con la severidad de la fibromialgia. Wolf (1997)⁶ realizó un estudio con 627 pacientes externos de la consulta de reumatología, encontrando que los puntos dolorosos se encontraban relacionados de manera lineal con variables de fibromialgia y estrés, y que no existía incremento o alteración de la fibromialgia o el estrés asociados con niveles altos de puntos dolorosos.

Fassbender y cols (1997)⁷ estudiaron un grupo de 30 pacientes con fibromialgia y 26 con depresión mayor. Los pacientes con fibromialgia tuvieron, marcadamente, mayor número de puntos dolorosos (16.5) en comparación con el grupo de depresión mayor (1.3). En contraste, los síntomas depresivos y funcionales estuvieron presentes en ambos grupos, y algunos pacientes depresivos (26%) también sufrían de dolor clínico. Un incremento en la sensibilidad al dolor a la presión, distingue claramente a los pacientes con fibromialgia en comparación con los de depresión, aunque exista un traslape de otros síntomas

La escala análogo visual (EVA) también mostró un rango de variabilidad considerable con una calificación mínima de 2 y máxima de 10, en promedio 6.64. La escala de discapacidad de la OMS (WHO/DAS) reflejó un grado moderado de discapacidad, con una puntuación promedio de 332.82, y un rango de 195 a 437. Lo anterior fue similar a lo encontrado en el Cuestionario de impacto de FMG (FIQ) que también reveló un moderado impacto en la calidad de vida de las pacientes, con un promedio de 53.26, y un rango de 20 a 78 (tomando en cuenta que la mayor puntuación equivale a una mayor afectación en la calidad de vida de la paciente, y 100 es la más alta).

El tiempo de evolución de la FMG y la psicopatología se mencionan en pocos artículos lo cual es importante ya que repercute en la discapacidad resultante. El tiempo transcurrido en este estudio tuvo un rango de 1 a 20 años, lo cual probablemente influya con el grado de discapacidad

de cada paciente, ó, por otra parte, a la habituación de las pacientes a la enfermedad, y la existencia o no de tratamientos previamente utilizados. Es de esperar que a mayor tiempo de evolución de la fibromialgia haya un mayor número de visitas innecesarias a médicos (que, a su vez, genera gastos excesivos), así como procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios, y, finalmente, la realización de un diagnóstico tardío; lo cual repercute en una mayor severidad de los síntomas y una menor calidad de vida para el paciente.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en las pacientes estudiadas fue similar a lo reportado por otros estudios, particularmente en los realizados por Hudson y cols²⁵ y por Epstein y cols²⁴ quienes encontraron prevalencias de trastornos psiquiátricos considerablemente mayores en el momento de la evaluación que los reportados a lo largo de la vida. El diagnóstico con mayor prevalencia fue el trastorno depresivo mayor, con cifras similares en el presente estudio, el de Hudson²⁵ y Epstein²⁴ (62%, 61.5% y 68% respectivamente). El siguiente trastorno con mayor prevalencia, al igual que en los estudios de Hudson y Epstein, fue el trastorno de angustia con agorafobia (10.3% en el presente estudio, 28.2 en el estudio de Hudson y 16% en el estudio de Epstein) (Anexo II)

Thieme, Turk y Flor (2005)⁴¹ encontraron trastornos psiquiátricos en el 74.8%, lo cual también coincide con los hallazgos del presente trabajo (61.9%).

Un aspecto que también debe ser tomado en cuenta, con respecto al manejo integral de estos pacientes, es el evaluar el afecto, ya que este puede tener una repercusión significativa en la mejoría de los pacientes. Por lo cual es pertinente hacer mención de un estudio llevado a cabo por Zautra, Johnson y Davis (2005)⁸ en el cual utilizaron una muestra de 124 pacientes con osteoartritis, 124 pacientes con FMG y 124 con ambos; encontraron que elevaciones semanales de dolor y estrés predecían la presencia de afecto negativo. En contraste la presencia de afecto positivo tanto semanal como promedio, resultó en menores niveles de dolor y estrés.

Se ha asociado el bienestar psicológico con la invalidez en mujeres con FMG. Schleicher y cols (2005)⁹ llevaron a cabo un estudio en el cual se examinó el bienestar psicológico en 125 mujeres, 57 con FMG, 20 con artritis reumatoide y 48 controles sanos. Las mujeres con FMG reportaron menor bienestar psicológico en comparación con los otros 2 grupos. Además a mayor bienestar psicológico se encontró menor invalidez y fatiga, aunque no hubo diferencias en dolor. También se encontró una correlación positiva entre el afecto positivo y una mayor

autoaceptación, manejo del ambiente, propósitos en la vida y relaciones interpersonales más adecuadas. De acuerdo al estudio referido es importante la identificación de afecto negativo y trastornos afectivos en general en pacientes con FMG para poder tratarlos y de este modo mejorar su calidad de vida.

Así mismo podemos agregar, como punto importante, la necesidad de investigar la presencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con FMG ya que, como hemos visto, gran porcentaje de estos pacientes los presentan y su tratamiento oportuno puede mejorar considerablemente su evolución global.

Los resultados obtenidos acerca de los síntomas depresivos y ansiosos mostraron una intensidad de leve a moderada. El inventario de depresión de Beck tuvo un puntaje promedio de 20.39 que corresponde a una depresión moderada con un rango de 7 a 46 (depresión ausente o mínima a grave). Lo cual es mayor a lo reportado por Barrera y cols⁸⁶ con un puntaje promedio de 14.7 y un rango de 6.2 a 23.2. El inventario de ansiedad de Beck obtuvo un puntaje de 5 a 55 (ansiedad ausente o leve a severa) en promedio 24.93 que corresponde a ansiedad moderada. El inventario de desesperanza de Beck mostró un rango de 8 a 34 (bajo a alto riesgo) y un promedio de 19.32 que corresponde a un riesgo alto de cometer suicidio. Lo anterior resulta alarmante, aunque es preciso resaltar nuevamente el hecho de que estas pacientes fueron captadas de centros médicos de atención de tercer nivel en donde los padecimientos que se tratan generalmente son mas complicados y/o graves, la mitad acudían al INPRFM, en donde era esperable encontrar mayor prevalencia de trastornos depresivos y por consiguiente mayor riesgo suicida. Sin embargo, no deja de ser un hallazgo importante, que da pie a otros estudios con muestras más representativas.

Respecto a los trastornos de personalidad, en el presente estudio se obtuvo una prevalencia de 61.9%, lo cual es comparable con lo reportado por Martínez y cols. (1995)⁴ quienes encontraron una prevalencia de 63.8% de trastornos de personalidad en pacientes con FMG. Sin embargo existen resultados discordantes con nuestros hallazgos, tal es el caso de Thieme, Turk y Flor. (2005)⁴¹ quienes únicamente encontraron trastornos de personalidad en el 8.7% de pacientes con fibromialgia. Es probable que dichas diferencias se deban, como se ha mencionado previamente, al origen de la muestra de los pacientes estudiados.

Existen pocos estudios que analicen la presencia de rasgos o trastornos de personalidad en pacientes con FMG, sin embargo los datos existentes en la literatura corresponden con los

nuestros. En el presente estudio encontramos una prevalencia significativa de trastorno de personalidad obsesivo compulsiva (48.2%), depresiva (24.1%) y los trastornos evitativo, pasivo agresivo, esquizoide y narcisista (cada uno, 17.2%). En cuanto a las características de personalidad, nosotros concordamos con lo encontrado en algunos estudios como por ejemplo el realizado por Hernandez. (1997)³⁷, en donde se describen a las pacientes con FMG con rasgos predominantemente obsesivos de la personalidad (rígidas, exigentes, cuidadosas, ordenadas, honestas, responsables, morales y meticulosas). Hasset y cols. (2000)³⁸ las describen con rasgos mas bien depresivos y ansiosos (tendencia a la pasividad, pesimismo, negación y atribución de la disfunción psicosocial a los problemas físicos).

Leu y cols. (1992)³⁹ aplicaron el cuestionario Ko's (una versión china para evaluar trastornos de personalidad, en base al SCID II), también reportaron características de personalidad compatibles con los del presente estudio, describieron altos índices de hipocondriasis, depresión, ansiedad y compulsión, y menores de independencia. A pesar de que el cuestionario utilizado es distinto, se basó en el SCDI II por lo que, de alguna manera, pueden ser comparables. Además es importante estudiar las características de personalidad entre distintas culturas, que en este caso parecen ser equiparables, lo cual no es difícil de entender sabiendo que el dolor es universal y las enfermedades también lo son, aunque no los enfermos.

Hallberg, Carlsson y cols (1998)²⁷. encontraron pacientes con FMG que tenían altas expectativas sobre su persona, con sensación de fuerza interna y elevada autocrítica. Se describieron a si mismas como altamente efectivas y exitosas en toda sus actividades, tanto en la casa como el hogar; a pesar de lo cual se sentían insatisfechas y con baja autoestima. Así mismo se encontró una visión de la vida pesimista en todas las pacientes estudiadas. Kendall SA y cols (2002)¹⁰ encontraron principalmente rasgos ansiosos de la personalidad, lo cual también es compatible con lo encontrado por nuestra investigación.

Barrera y Cortés (2005)⁸⁶ aplicaron el inventario de personalidad de Eysenck a pacientes con fibromialgia y hallaron puntuaciones elevadas en neuroticismo (60 ± 8) y de menor intensidad en extroversión. Además encontraron un promedio de 1.8 ± 1.1 trastornos de personalidad por paciente, siendo los de mayor frecuencia el trastorno histriónico, límite, pasivo agresivo y esquizoide (en orden de importancia), lo cual aparentemente es discordante en cuanto

a los trastorno de personalidad encontrados en el presente estudio, sin embargo concuerda notablemente con nuestros diagnósticos de personalidad subumbrales.

Otro hallazgo que es importante mencionar es la percepción común de que los rasgos de personalidad se habían modificado en los periodos premórbidos a comparación de los mórbidos. Varias pacientes refirieron un patrón de comportamiento premórbido rígido, con dificultad para delegar responsabilidades y realizar actividades recreativas, perfeccionismo, tendencia a realizar listas y notas, preocupaciones frecuentes; sin embargo posterior al desarrollo de los síntomas característicos de la FMG, dichos rasgos se percibían menos frecuentes e intensos, e incluso en algunos casos se referían “más libres y tranquilas”. Evidentemente estos resultados son extraídos de una valoración subjetiva de cada paciente examinado, sin embargo, llama la atención la frecuencia con la que se obtuvieron respuestas similares. En base a lo anterior, quizás sea arriesgado hacer aseveraciones contundentes, aunque es posible realizar inferencias hipotéticas. Se podrían entender estos cambios en los rasgos de personalidad, recordando lo común de la existencia de algún tipo de abuso durante la infancia y la adquisición de responsabilidades tempranas, así como la frecuencia con la que las pacientes fueron criadas en ambientes hostiles. Ante tales condiciones las personas afectas de FMG pudieran haberse sobrecargado aún mas de responsabilidades y de problemas que fueran mermando su salud emocional y física, generando a su vez agudización de sus rasgos de personalidad, que en muchos casos resultaron en patrones disfuncionales (trastornos), y posteriormente, contribuyeron al desarrollo de FMG.

Pudiera ser esto, como lo refieren varios autores entre ellos Raphael y cols. (2004)²⁸. una forma en la cual se expresaría el malestar de los que padecen FMG, sustituyéndose el malestar físico y emocional en uno distinto en donde predominarían los síntomas físicos Elrod (1998)¹⁷ propusieron que la presencia de un ánimo depresivo tiene una correlación negativa con la percepción de sus conflictos (cuanto mayor es la depresión, menor es la tendencia a negar sus problemas emocionales). De este modo los rasgos disfuncionales de carácter se atenúan al no ser ya un medio tan importante para la liberación del malestar.

Otra posible explicación sería el que las experiencias adversas experimentadas a lo largo de la vida, incluyendo maltrato y estresores importantes y crónicos, llegarían a tal intensidad que la persona tendría que liberarse de todo esto, “descansar”, un “punto de quiebre” en donde un sujeto con una personalidad tendiente a la obsesividad, no pudiera hacer frente a su *superyo*, y tuviera que hacer uso de otros mecanismos, quizás somatizando, o enfermando.

La relación entre psicopatología y rasgos de personalidad en pacientes con FMG, aunque de leve a moderada intensidad, resultó significativa, lo cual era esperable de acuerdo a las características de cada trastorno. Enfocándonos a los trastornos que obtuvieron un mayor puntaje, en orden de importancia, encontramos al trastorno obsesivo y depresivo, y posteriormente los trastornos evitativo, pasivo agresivo, esquizoide y narcisista. Todos tuvieron una correlación moderada con la dimensión de hostilidad, la cual representa la tendencia a la irritabilidad y dificultad para controlar la ira. Esto es importante en cuanto al abordaje y tratamiento. El que exista hostilidad es algo que esperamos de pacientes que han sido mal tratadas por diversos médicos y no médicos, así como familiares, y, por supuesto, que sufren de dolor y fatiga crónica de difícil control (aún haciendo el diagnóstico y dando tratamiento oportuno).

La sensibilidad interpersonal tuvo correlaciones moderadas con varios de los trastornos de personalidad preponderantes (trastorno evitativo, depresivo, pasivo agresivo y esquizoide). Esta es una dimensión del SCL-90 que se refiere a la capacidad de tener contacto con otras personas, de convivir y ser asertivo, así como el grado en el que le afectan los comentarios y actitudes de la gente que le rodea, y finalmente la capacidad de adaptarse a su entorno y su calidad de vida. Este rubro también resulta entendible en relación a las características de estas pacientes, conociendo que son personas que muchas veces actúan para agradar a los demás, son inseguras y vulnerables, aunque muchas veces aparentan lo contrario.

La somatización es la tendencia a manifestar el malestar emocional en malestar físico, e incluye dolor en cualquier parte del cuerpo, debilidad, mareo, náuseas, parestesias, etc. Esta dimensión se correlacionó de manera positiva con los trastornos evitativo, pasivo-agresivo y esquizoide.

Podría llamar la atención que la dimensión de obsesividad-compulsividad no presentó correlación alguna con el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, sin embargo, es importante recalcar que lo medido en el SCL-90 es la severidad de psicopatología y se ubicaría en el eje I de acuerdo al DSM.IV TR, en contraste el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo se ubicaría dentro del eje II en donde se encuentran los trastornos de personalidad y el retraso mental. Se ha reportado que únicamente de 15 a 35% de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo en eje I presentan rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos premórbidos en eje II, de modo que los resultados que encontramos en este estudio son congruentes con los datos referidos.

Es remarcable que los rasgos de personalidad estuvieron presentes en un gran porcentaje de pacientes; los rasgos de algunos trastornos de personalidad se correlacionaron con una calidad de vida menor y una mayor severidad de la FMG, se obtuvieron correlaciones positivas con el FIQ, EVA y WHO/DAS II. Particularmente el trastorno que mostró mayores puntajes en las escalas mencionadas fue el trastorno de personalidad evitativo, el cual estuvo presente en el 17.2% de las pacientes, lo que resulta importante tomar en cuenta para lograr mayor beneficio en el tratamiento de las pacientes con FMG.

Al realizar las correlaciones entre psicopatología y variables clínicas de la FMG podemos ver resultados congruentes con lo antes encontrado. La hostilidad nuevamente alcanzó un lugar importante al presentar correlación positiva con el FIQ, dejando ver que existe un mayor impacto en la calidad de vida de la FMG en las pacientes con mayores niveles de hostilidad. Probablemente tenga relación con el hecho de que la hostilidad también se encuentra presente en diversos trastornos de personalidad. Otra dimensión que se relacionó previamente con trastornos de personalidad es la de somatización que, a su vez, se asoció a mayores puntajes en la EVA, lo cual no es sorprendente ya que uno de los factores principales que incluye la somatización es la presencia de dolor. El número de puntos dolorosos se relacionó con depresión y psicoticismo, lo que nos hace pensar que al haber mayor severidad de FMG se presentan síntomas depresivos y si estos fuesen severos pudieran incluso asociarse a síntomas psicóticos.

En los estudios realizados por Pagano y cols. (2004)³⁰ y Moreno y Montaña (2000)²⁹, no se relacionó la severidad de FMG con la presencia de síntomas depresivos aunque si se encontró que la mayor puntuación en el FIQ se relacionaba con un mayor grado de psicopatología, lo cual puede resultar de cierto valor para realizar estudios posteriores que tomen en cuenta cada una de las dimensiones.

Es fundamental el realizar un abordaje multidisciplinario para el tratamiento de estas pacientes debido a que, como se mencionó en los antecedentes, la FMG es un padecimiento respecto al cual todavía no se conoce la causa y cuya naturaleza es sumamente compleja. Existe importante dificultad para realizar el diagnóstico, en parte por la vaguedad de los síntomas y la similitud de estos con muchas otras afecciones tanto orgánicas como psiquiátricas. Otros factores que pueden contribuir al subdiagnóstico son la falta de evidencias paraclínicas que puedan corroborar la presencia de la FMG, así como la escasez de información acerca de esta enfermedad tanto en población general como en profesionistas e incluso los mismos médicos. La

minoría de estos pacientes logra acceder al sitio adecuado en donde se les pueda dar el diagnóstico correcto, pero aún teniendo la certeza del diagnóstico, el tratamiento todavía es paliativo y poco efectivo. Lo anterior evidentemente tiene que ver con el desconocimiento de la enfermedad, y por lo tanto de su tratamiento; pero también con el hecho de que es una enfermedad que representa un reto para los médicos, y que generalmente es tratada por reumatólogos; lo ideal sería un manejo multidisciplinario donde participaran otros especialistas y profesiones de la salud como psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas y nutriólogos.

En cuanto a las limitaciones de este estudio se pueden mencionar las siguientes.

Una de las principales fue un número pequeño de pacientes estudiadas; esto se debió sobre todo a la dificultad para identificar la FMG.

Este estudio se llevó a cabo de manera transversal, lo cual, evidentemente, hizo más complicado el poder evaluar objetivamente los rasgos y en caso de existir, los trastornos de personalidad, que efectivamente hubieran estado presentes a lo largo de la vida, y que no se encontrasen influidos por la percepción actual de cada paciente. También es casi imposible evitar el sesgo que implica el padecer de FMG.

El efecto de los tratamientos utilizados en cada paciente no fue analizado, lo cual pudo haber influido en la severidad de la FMG y en la presencia de psicopatología al momento de la evaluación.

Otro aspecto relevante es que el tiempo de evolución en las pacientes tuvo un amplio rango (de 1 a 20 años) lo cual hace difícil la comparación entre cada individuo.

Los instrumentos autoaplicables pueden considerarse como una ventaja ya que pueden facilitar la recolección de datos y la libre expresión de la sintomatología de los pacientes. Además de que no está de por medio el sesgo del observador. Sin embargo se pudo haber presentado un mal desempeño de los pacientes al responder las escalas por el exceso de estas, lo cual pudiera generar resultados desviados, influidos por el cansancio resultante; aun más si tomamos en cuenta que estudiamos pacientes frágiles, con síntomas de fatiga crónica, con dolor y malestar general, todos los cuales pueden influir en su concentración y atención.

La evaluación de los trastornos de personalidad realizado mediante los criterios con el SCID II es cuestionable ya que efectúa el diagnóstico de varios trastornos de personalidad en un solo paciente, lo cual no es congruente con lo encontrado clínica, por lo tanto hubiera sido

benéfico el contar con un instrumento que pudiera dar un diagnóstico mas preciso, sin embargo hasta el momento no contamos con alguno de estas características. Existen otros instrumentos como el ITC (Inventario de temperamento y carácter de Clonninger) y Big five (Los 5 grandes), sin embargo éstos no realizan diagnósticos de personalidad, únicamente evalúan la presencia de rasgos o dimensiones de personalidad y temperamento.

Otro factor que podría resultar de utilidad es el entrevistar a familiares de las pacientes, con quienes se pudieran verificar los síntomas y completar datos faltantes que con frecuencia suelen ocultar los pacientes.

A partir de las correlaciones llevadas a cabo en este estudio, solo podemos encontrar una asociación más no una relación causal entre las variables.

Únicamente se incluyeron mujeres, sería interesante estudiar población masculina, que aunque presenta con mucho menor prevalencia la FMG, podría dar datos relevantes para entender mejor a este padecimiento.

La población estudiada no es representativa ya que se obtuvo de una muestra clínica proveniente de instituciones de tercer nivel; sería útil estudiar una población proveniente de otros niveles de atención médica e incluso de población general.

II. CONCLUSIONES

En conclusión podemos decir que cumplimos con los objetivos planteados al principio del estudio:

El perfil de severidad de la psicopatología en pacientes con FMG mostró mayores puntajes en las dimensiones de somatización, depresión y obsesividad-compulsividad.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con FMG en este estudio fue alta, siendo tres los principales diagnósticos: 62% trastorno depresivo mayor, 31% trastorno de ansiedad generalizada y 10.3% trastorno de angustia con agorafobia

Encontramos una prevalencia significativa de trastorno de personalidad obsesivo compulsivo (48.2%), depresivo (24.1%), seguidos de los trastornos evitativo, pasivo agresivo, esquizoide y narcisista, cada uno con una prevalencia de 17.2%.

Estos trastornos de personalidad encontrados como más prevalentes (particularmente el trastorno evitativo de la personalidad), se correlacionaron con una calidad de vida menor y una mayor severidad de la FMG.

La FMG es todavía una entidad clínica controversial. A pesar de ser incluida dentro de las enfermedades reumatológicas, queda en duda si no debería ser también estudiada y abordada por otras ramas de la medicina. En el presente estudio encontramos datos que sustentan la relación de los trastorno psiquiátricos y la fibromialgia; algunos autores la han considerado como una forma de depresión somatizada o un trastorno de somatización con síntomas depresivos.

La FMG es una enfermedad que cada vez es más tomada en cuenta debido a su prevalencia y al grado de discapacidad que genera en los pacientes. Sin embargo todavía es insuficiente el conocimiento y la importancia que se le da a este padecimiento. Es trascendente estudiar más a fondo esta enfermedad, tomando en cuenta la comorbilidad médica, psiquiátrica y características de personalidad de quienes la sufren. Estos factores influyen de manera directa en la evolución, tratamiento y calidad de vida de quienes padecen FMG.

Es fundamental estudiar a mayor profundidad y de manera multidisciplinaria la FMG para lograr un mayor entendimiento de esta y por lo tanto otorgar el mayor beneficio a los pacientes que la padecen.

¹ Martínez JE, Bosi M, Matos FA, Atra E.. Psychological aspects of brazilian women with fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*. 1995; 39(2): 167-174.

² Davis DA, Luecken LJ, Zautra AJ. Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *Clin J Pain*. 2005; 21(5):398-405.

³Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, Katon WJ. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect *Psychosomatic Medicine* 1997;59.

⁴ Bustos L. La Formación de género: El impacto de la socialización a través de la educación. En México. Consejo Nacional de Población. *Antología de la Sexualidad humana*. México, D.F, Consejo Nacional de Población, nov. 1994. p.267-99.

⁵ Barrera IM, Cortés JF, Guerrero H, Aguirre A. La fibromialgia: ¿Un síndrome somático funcional o una nueva conceptualización de la histeria? *Análisis cuali-cuantitativo*. *Salud Mental* 2005; 28(6): 41-50.

⁶ Wolfe F. The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Ann Rheum Dis*. 1997; 56: 268-271.

⁷ Fassbender K, W. Samborsky M, Kellner W, Müller and Lautenbacher S. Tender points, depressive and functional symptoms: Comparison between fibromyalgia and major depression. *J Clin Rheumatol* 1997; 16 (1): 6-79

⁸ Zautra AJ, Johnson LM, Davis MC. Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73(2): 212-20.

⁹ Schleicher H, Alonso C, Shirtcliff EA, Muller D, Loevinger BL, Coe CL. In the face of pain: The relationship between psychological well-being and disability in women with fibromialgia. *Curr Pain Headache Rep.* 2005; 9(6): 399-404.

¹⁰ Kendall SA, Elert J, Ekselius L, Gerdle B. Are perceived muscle tension, electromyographic hyperactivity and personality traits correlated in the fibromyalgia syndrome? *Rehabil Med.* 2002; 34(2): 73-79.

III. BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez B, Valdivieso J, Alegre J, Viejo J, Marañón A. Síndrome de fibromialgia : características clínicas de las pacientes españolas. *Rev Esp Reumatol* 1996; 23: 76-82.
2. Gutiérrez E.; Ballina J. Fibromialgia Reunión de expertos, Concepto y datos epidemiológicos; Salamanca: 2001 15-21.
3. Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Monsalve V, Bayona MJ, de Andrés J. Fibromyalgia: diagnosis and treatment. Current knowledge. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 430-443.
4. Martínez E., González O. y Crespo J. M.. Fbromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud mental* 2003; 3(4):1-8.
5. Carrera J., Valenzuela A., García A.: Características clínicas y criterios diagnósticos de la fibromialgia. *Rev. Esp. Reumatol* 2000; 27: 421-25
6. Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome. An emerging but controversial condition. *JAMA* 1987; 257: 2782-2782.
7. Lindh M, Johansson G, Hedberg M, Hennig GB, Grimby G. Muscle fiber characteristics, capillaries and enzymes in patients with fibromyalgia and controls. *Scand J Rheumatol* 1995; 24 (1): 34-7.
8. Wallace DJ. The fibromyalgia syndrome. *Ann Med.* 1997; 29: 9-21.
9. Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, Katon WJ. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosom Med* 1997; 59: 572-577 .

10. Montoya P, Sitges C, García-Herrera M, Izquierdo R, Truyols M, Blay N et al. Abnormal affective modulation of somatosensory brain processing among patients with fibromyalgia. *Psychosom Med* 2005; 67: 957–963
11. McBeth J, Chiu Y, Silman AJ, Ray D, Morriss R, Dickens C, Macfarlane J. Hypothalamic-pituitary-adrenal stress axis function and the relationship with chronic widespread pain and its antecedents. *Arthritis Res Ther* 2005; 7(5): 992–1000.
12. Anderberg UM, Liu Z, Berglund L, Nyberg F. Elevated plasma levels of neuropeptide Y in female fibromyalgia patients. *Eur J Pain* 1999;3(1):19-30.
13. Albornoz J, Povedano J, Quijada J, De la Iglesia JL, Fernández A, Pérez Vílchez D et al. Características clínicas y sociolaborales de la FMG en España: descripción de 193 pacientes. *Rev Esp Reumatol* 1997; 24: 38-44.10bis.
14. Buskila D, Neumann L. Genetics of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep* 2005 Oct;9(5):313-315.
15. Bagge E, Bengtsson BA, Carlsson L, Carlsson J.. Low growth hormone secretion in patients with fibromyalgia –a preliminary report on 10 patients and 10 controls. *J Rheumatol* 1998 Jan; 25(1): 145-48.
16. Blumenstiel K, Eich W. Psychosomatic aspects in the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Schmerz* 2003 Dec;17(6):399-404.
17. Elrod Joe M. Natural aids for overcoming FMG and other related disorders. En *Supplements for fibromyalgia*. 1a ed. Woodland publishing; 1998. p. 5-30.
18. Rains JC, Penzien DB. Sleep and chronic pain: challenges to the alpha-EEG sleep pattern as a pain specific sleep anomaly. *J Psychosom Res* 2003 Jan;54(1):77-83.

19. Wolf F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bomardier C, Goldenberg DL. et al. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria comitee. *Arthritis Reum* 1990 Feb; 33(2): 160-72.
20. Yunus MB. Fibromyalgia syndrome: clinical features and spectrum. En Pillemer SR editores. *The fibromialgia syndrome: current research and future directions in epidemiology, pathogenesis, and treatment*. New York: Haworth Medical Press; 1994. p. 23-9.
21. Houdenhove V, Egle U. Fibroyalgia: A stress disorder? Piecing the piopsychosocial puzzle together. *Psycother Psychosom* 2004; 73(5): 265-75.
22. Wessley S, Numnaun C, Sharpe M. Functional somatic syndromes; one or many? *Lancet* 1999; 353:1784-8.
23. Sayar K, Gulec H, Topbas M, Kalyoncu A. Affective distress and fibromialgia. *Swiss Med Wkly* 2004; 134(17-18):248-53.
24. Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L et al. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics* 1999; 40(1):57-63.
25. Hudson JI, Arnold LM, Keck PE, Auchenbach MB, Pope HG. Family study of fibromyalgia and affective spectrum disorder. *Biol Psychiatry* 2004, 56(11):884-891.
26. Arnold LM, Hudson JI, Keck PE, Auchenbach MB, Javaras KN, Hess EV. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(8): 1219-25
27. Hallberg LR, Carlsson SG. Psychosocial vulnerability and maintaining forces related to fibromyalgia. In-depth interviews with twenty-two female patients. *Scand J Caring Sci* 1998; 12(2): 95-103.

28. Raphael KG, Janal MN, Nayak S, Schwartz JE, Gallagher RM. Familial aggregation of depression in fibromyalgia: A community-based test of alternate hypotheses. *Pain* 2004; 110(1-2): 449-460.
29. Moreno I, Montaña A. "Aspectos psíquicos y psiquiátricos de la fibromialgia". *Rev. Esp. Reumatol.* 2000; 27: 436-41.
30. Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA, Marques AP and Pereira CA. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Med J* 2004; 122(6): 252-258.
31. Kirmayer LJ, Robbins JM and Kapusta MA. Somatization and depresión in fibromyalgia syndrome. *AM J Psychiatry* 1998; 145(8): 950-954.
32. Jochims A, Ludascher P, Bohus M, Treede RD, Schmahl C. Pain processing in patients with borderline personality disorder, fibromyalgia, and post-traumatic stress disorder. *Schmerz* 2006 Apr; 20(2):140-50.
33. Hales R. E, Yudofsky S. C, Talbott J. A. *Tratado de psiquiatría* American Psychiatric Press. 2ª ed. Edit. Ancora S.A.. Barcelona 1996.p 669-86
34. American Psychiatric Association. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th Edition Text Revision". American Psychiatric Association 2000.
35. Shea MT, Zlotnick C, Dolan R, Warshaw MG, Phillips KA, Brown P et al. Personality disorders, history of trauma, and posttraumatic stress disorder in subjects with anxiety disorders. *Compr Psychiatry* 2003; 41(5): 315-25.
36. López J, Páez F, Apiquián R, Sánchez M, Fresán A .Revisión del diagnóstico de la Personalidad (PDQ-R). *Salud Mental* 1997; 68: 532-60.

37. Hernández M. Estudio de la personalidad psicológica de los pacientes con fibromialgia. *Rheuma* 1997.
38. Hasset AL, Cone JD, Patella SJ and Sigal LH. The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 2000; 43:11.
39. Leu CC, Chiueh CM, Chuo LJ, Lan JL. Personality characteristics of patients with fibromyalgia. *Clin Med J* 1992;49(4):264-70.
40. Netter P, Hennig J. The fibromyalgia syndrome as a manifestation of neuroticism? *Z Rheumatol* 1998; 57(2): 105-108.
41. Thieme K, Turk DC and Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: Relationship to somatic and psychosocial variables. *Curr Rheumatol Rep* 2005; 7(5):365-370.
42. Kendall SA, Elert J, Ekselius L and Gerdle B. Are perceived muscle tension, electromyographic hyperactivity and personality traits correlated in the fibromyalgia syndrome? *Rehabil Med* 2002; 34(2): 73-79.
43. Gowans SE, Dehueck A, Voss S, Silaj A, Abbey SE. Six-month and one-year followup of 23 weeks of aerobic exercise for individuals with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2004; 51(6):890-8.
44. Dijkstra A, Vlaeyen JW, Rijnen H, Nielson W. Pain. Readiness to adopt the self-management approach to cope with chronic pain in fibromyalgic patients. *Pain* 2001; 90(1-2): 37-45.
45. Stratz T, Varga B, Muller W. The influence of depression on the effect of tropisetron in the therapy of fibromyalgia. *Rheumatol* 2003; 62(1):39-41.

46. Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C, Ruthazer. R, Schmid C. A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1996; 39:11.
47. Dwight M, Arnold L, O'Brien H y cols. An open clinical trial of venlafaxine treatment of fibromyalgia. *Psychosomatics* 1998; 39(1): 14-7.
48. Bennett RM, Burckhardt CS, Clark SR, O'Reilly CA, Wiens AN, Campbell SM. Group treatment of fibromyalgia: a 6-month outpatient program. *J Rheumatol* 1996; 23: 521-8.
49. Lecrubier Y, Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI et al. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-II. *European Psychiatry*. 1997; 12: 232-241.
50. Bobes, J., González, M.P., Bascarán, M.T. y Ferrando, L. (1998). Instrumentos de evaluación: Escalas de detección, de gravedad y discapacidad y de calidad de vida. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Dirs.). Barcelona. Masson.
51. First M. B., Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamín L. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II). Masson. 1999.
52. Malow RM, West JA, Williams JL. Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:1067–1071.
53. O'Boyle M, Self D. A comparison of two interviews for DSM-III-R personality disorders. *Psychiatry Res* 1990;32(1):85-92.
54. Weiss R., Najavits L., Muenz L., Hufford C.. Twelve-month test-retest reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders in cocaine-dependent patients1. *Comprehensive Psychiatry* 1995: 36(5): 384-389

55. Hueston WJ, Mainous AG, Schilling R. Patients with personality disorders: functional status, health care utilization, and satisfaction with care. *J Fam Pract* 1996 Jan;42(1):54-60.
56. Hyler SE, Skodol AE, Oldham JM, Kellman HD. Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: A replication in an outpatient sample. *Compr Psychiatry* 1992; 33 (2): 73-77.
57. Loranger AW, Susman VL, Oldham JM, Russakoff LM: The Personality Disorder Examination: A preliminary report. *J Pers Disord* 1987; 1:1-13.
58. Del Río. C, Torres I, Borda M. Comorbilidad entre bulimia y nerviosa purgative y trastornos de personalidad segun el Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI-II) *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2002; 2(3). 425-438.
59. American Psychiatric Association “Handbook of Psychiatric Measures”. American Psychiatric Publishing Group, 2000.
60. Lara C, Espinosa I, Cárdenas ML, Fócil M, Cavazos J. Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental* 2005; 28 (3).
61. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry* 1976; 128: 280-289.
62. Bennett R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): A review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clin Exp Rheumatol* 2005; 23(5-39): 154-162.
63. Burkhardt CS, Clark SR, Bennet RM. The fibromialgia impact Questionnaire: Development and validation. *J.Rheumatol.*1991; 18: 728-733.

64. Monterde S. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reum* 2004;31(9): 507 – 513.
65. De la Torre R. Guía práctica del dolor agudo postoperatorio. 1a. ed. Madrid Arán. 2001: 11-43.
66. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet*. 1974;9;2(7889):1127-31.
67. Bijur P, Silver W, Gallagher MA, Gallagher J. Reliability of the Visual Analog Scale for Measurement of Acute Pain. *Acad Emerg Med* 2000;8 (12): 1153-1157,
68. Carlsson A. Assessment of Chronic Pain. I. Aspects of the Reliability and Validity of the Visual Analogue Scale. *Pain*. 1983; 16: 87-101
69. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). Genève:WHO, 1988.
70. Beck P. Rating scales for mood disorders: Applicability, consistency and construct validity. *Acta Psychiatr Scand*. 1988; 78 (345): 45-55.
71. Conde C, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiat Psicol Med* 1975; 12: 217-36.
72. Beck AT., Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1988; 8(1): 77-100.
73. Beck AT, Rial WY and Ricketts K. Short form of Depression Inventory: Cross-validation. *Psychol Rep* 1974; 34(3): 1184-1186.
74. Richter P, Werner J, Heerlien A., Kraus A, Sauer H. On the validity of the Beck Depression Inventory; A review. *Psychopathology*. 1998; 31(3): 160-168.

75. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J and Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-571.
76. Groth-Marnat G. *The handbook of psychological assessment*. 2nd ed. John Wiley & Sons, New York. 1990.
77. Foa EB, Riggs, Dancu CVS AND Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post traumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 1993; 6 (4): 459-473.
78. Bonicatto S, Dew AM, Soria JJ. Analysis of the psychometric properties of the Spanish version of the Beck Depression Inventory in Argentina. *Psychiatry Res*. 1998; 79(3): 277-285.
79. Beck, A.T, Weissman, Lester D, Trecler L. The measurement of pessimism. The hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42: 861-865.
80. Beck A T and Steer. *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio Tx:Psychological corporation. 1990.
81. Contreras S, Fernandez S, Malcarne V, Ingram R and Ruiz V. Reliability and Validity of the Beck Depression and Anxiety Inventories in Caucasian Americans and Latinos. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 2004; 26: 446.
82. Martínez JE, Bosi M, Matos FA, Atra E.. Psychological aspects of brazilian women with fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*. 1995; 39(2): 167-174.
83. Davis DA, Luecken LJ, Zautra AJ. Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *Clin J Pain*. 2005; 21(5):398-405.

84. Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, Katon WJ. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect *Psychosomatic Medicine* 1997;59.
85. Bustos L. La Formación de género: El impacto de la socialización a través de la educación. En México. Consejo Nacional de Población. Antología de la Sexualidad humana. México, D.F, Consejo Nacional de Población, nov. 1994. p.267-99.
86. Barrera IM, Cortés JF, Guerrero H, Aguirre A. La fibromialgia: ¿Un síndrome somático funcional o una nueva conceptualización de la histeria? Análisis cuali-cuantitativo. *Salud Mental* 2005; 28(6): 41-50.
87. Wolfe F. The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Ann Rheum Dis.* 1997; 56: 268-271.
88. Fassbender K, W. Samborsky M, Kellner W, Müller and Lautenbacher S. Tender points, depressive and functional symptoms: Comparison between fibromyalgia and major depression. *J Clin Rheumatol* 1997; 16 (1): 6-79
89. Zautra AJ, Johnson LM, Davis MC. Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73(2): 212-20.
90. Schleicher H, Alonso C, Shirtcliff EA, Muller D, Loevinger BL, Coe CL. In the face of pain: The relationship between psychological well-being and disability in women with fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.* 2005; 9(6): 399-404.
91. Kendall SA, Elert J, Ekselius L, Gerdle B. Are perceived muscle tension, electromyographic hyperactivity and personality traits correlated in the fibromyalgia syndrome? *Rehabil Med.* 2002; 34(2): 73-79

ANEXOS

ANEXO I

Tabla A. Características sociodemográficas en el presente estudio *versus* las reportadas por Martínez Ey cols y Epstein SA y cols.

	Presente estudio	Martínez y cols.	Epstein y cols
Edad (años)	45.28	43.1	46.5
Estado civil %			
Casada	58.6	72.3	58.9
Soltera	20.7	8.5	
Unión libre	17.2		
Divorciada	3.4	8.5	
Viuda	0	10.6	
Ocupación			
Trabajo fuera del hogar	17.2	31.9 (profesionistas)	
Hogar %	72.4		68
Estudiante	6.9	0	
Ninguna	3.4	0	
Escolaridad %			
Analfabeta	0	12.7	
Primaria	6.9		
Secundaria	17.2		
Preparatoria incompleta		82.9	
Preparatoria	24.1	2.1	
Licenciatura incompleta	10.3		
Carrera técnica	17.2		
Licenciatura	17.2	2.1	
Postgrado	6.9		
Años de escolaridad	19.4		14.9
Edad de diagnóstico años (rango)	37.7 (22 -54)		40.5 (30.1-50.9)

ANEXO II

Tabla B. Trastornos psiquiátricos

Diagnósticos	<i>Hudson JI y cols. 2004</i>	<i>Epstein y cols. 1999.</i>		Presente estudio	
	Actual %	Actual %	Previos %	Actual %	Previos %
Trastorno depresivo mayor	61.5	68	22	62	24
Trastorno de ansiedad generalizada	5.1	0	0	31	3.4
Trastorno de angustia con agorafobia	28.2	16	7	10.3	3.4
Distimia	1.3	0	10	6.8	0
Trastorno obsesivo compulsivo	6.4	0	0	3.4	0

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

Nombre del paciente: _____	Número de protocolo: _____
Fecha de nacimiento: _____	Hora en que inició la entrevista: _____
Nombre del entrevistador: _____	Hora en que terminó la entrevista: _____
Fecha de la entrevista: _____	Duración total: _____

<i>Módulos</i>	<i>Periodo explorado</i>	<i>Cumple los criterios</i>	<i>DSM-IV</i>	<i>CIE-10</i>
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9 296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

PRESENTACIÓN:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

CONVENIOS:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (➡) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

Frasas entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse sí en la MINI. La MINI Plus tiene preguntas que explora estos problemas.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A. University of South Florida Institute for Research in Psychiatry 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel.: +1 813 974 4544 Fax: +1 813 974 4575 e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu	Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S. INSERM U302 Hôpital de la Salpêtrière 47, boulevard de l'Hôpital F. 75651 París, Francia Tel.: +33 (0) 1 42 16 16 59 Fax: +33 (0) 1 45 85 28 00 e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr	Laura Ferrando, M.D. IAP Velázquez, 156, 28002 Madrid, España Tel.: +91 564 47 18 Fax: +91 411 54 32 e-mail: iap@lander.es	Marelli Soto, M.D. University of South Florida 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel.: +1 813 974 4544 Fax: +1 813 974 4575 e-mail: mon0619@aol.com
--	--	--	--

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

Nombre del paciente: _____ Número de protocolo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Hora en que inició la entrevista: _____
 Nombre del entrevistador: _____ Hora en que terminó la entrevista: _____
 Fecha de la entrevista: _____ Duración total: _____

Módulos	Periodo explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
	Riesgo: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

A. Episodio depresivo mayor

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNAY CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

B. Trastorno distímico

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	<input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	18
B3	Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	25
	¿CODIFICÓ SÍ EN B4?			

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

C. Riesgo de suicidio

			Puntos:
	Durante este último mes:		
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO SÍ	10
	A lo largo de su vida:		
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO SÍ	4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO
DE SUICIDIO

NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

D. Episodio (hipo)maníaco

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFÍQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?			NO	SÍ	
D3	<p>SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:</p>				
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			NO	SÍ	

D4

¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

NO

SÍ

12



HIPOMANÍACO



MANÍACO

¿CODIFICÓ NO EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO

SÍ

EPISODIO HIPOMANÍACO

ACTUAL

PASADO

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO

SÍ

EPISODIO MANÍACO

ACTUAL

PASADO

E. Trastorno de angustia

(→ SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
			<i>Trastorno de angustia de por vida</i>		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	NO	SÍ	
			<i>Crisis actual con síntomas limitados</i>		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18
			<i>Trastorno de angustia actual</i>		

F. Agorafobia

F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ	19
----	--	----	----	----

SI F1 = NO, RODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.

F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SÍ	20
----	--	----	----	----

Agorafobia actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO
DE ANGUSTIA
sin agorafobia
ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO DE
ANGUSTIA
con agorafobia
ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?

NO SÍ

AGORAFOBIA ACTUAL
sin historial de
trastorno de angustia

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	NO	SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	NO	SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	NO	SÍ	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SÍ	4

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ⇒ H4	SÍ	1						
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)										
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO ⇒ H4	SÍ	2						
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SÍ obsesiones	3						
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ compulsiones	4						
	¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	NO ⇒	SÍ							
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	NO ⇒	SÍ	5						
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	6	TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL		
NO	SÍ	6								
TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL										

J. Abuso y dependencia de alcohol

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	➡ NO	SÍ	1
----	---	---------	----	---

J2 En los últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|--|----|----|---|
| a | ¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber? | NO | SÍ | 2 |
| b | ¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado?
¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA. | NO | SÍ | 3 |
| c | ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado? | NO | SÍ | 4 |
| d | ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado? | NO | SÍ | 5 |
| e | ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos? | NO | SÍ | 6 |
| f | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol? | NO | SÍ | 7 |
| g | ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales? | NO | SÍ | 8 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO	➡ SÍ
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL	

J3 En los últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|---|----|----|----|
| a | ¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa?
¿Esto le ocasionó algún problema?
CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS. | NO | SÍ | 9 |
| b | ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)? | NO | SÍ | 10 |
| c | ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público? | NO | SÍ | 11 |
| d | ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas? | NO | SÍ | 12 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SÍ
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

I1	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	➡ NO	SÍ	1
I2	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	➡ NO	SÍ	2
I3	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	➡ NO	SÍ	
I4	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I4?	➡ NO	SÍ	
I5	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?			

NO	SÍ	14
ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL		

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

K1	a	¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> NO SÍ </div>
----	---	--	--

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, *speed*, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, *speedball*.

Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.

Inhalantes: pegamento, éter, óxido nitroso (*laughing gas*), *amyl* o *butyl nitrate* (*poppers*).

Marihuana: hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.

Tranquilizantes: Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown» Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: _____

b. SI EXISTE USO CONCURRENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)

K2 Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

a	¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?	NO	SÍ	1
---	--	----	----	---

b	¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor?	NO	SÍ	2
---	---	----	----	---

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

c	¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	3
---	---	----	----	---

d	¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado?	NO	SÍ	4
---	---	----	----	---

e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?

ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO SÍ

**DEPENDENCIA
DE SUSTANCIAS
ACTUAL**

Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

3 a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCACIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8
b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?

ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO SÍ

**ABUSO DE SUSTANCIAS
ACTUAL**

L. Trastornos psicóticos

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE **SÍ** SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPENSIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

				EXTRAÑOS		
Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.						
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?	NO	SÍ	SÍ	1
NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.						
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ ⇒ L6	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	SÍ	3
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ ⇒ L6	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	NO	SÍ	SÍ	5
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.						
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ ⇒ L6	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	SÍ	7
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ ⇒ L6	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	NO	SÍ	SÍ	9
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.						
	b	Si SÍ : ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO	SÍ		11
LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:						
Si SÍ : ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?				SÍ		
	b	Si SÍ : ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ ⇒ L8b	12

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13
	b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:					
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	NO SÍ TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL		
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	NO SÍ 18 TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	→	NO	SÍ
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA: Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	NO SÍ 19 TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		

M. Anorexia nerviosa

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1	a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pulgadas
	b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> libras
	c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg	
			➔	NO Sí

En los últimos 3 meses:

M2		¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	➔	NO	SÍ	1
M3		¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	➔	NO	SÍ	2
M4	a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?		NO	SÍ	3
	b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?		NO	SÍ	4
	c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	➔	NO	SÍ	5
M5		¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	➔	NO	SÍ	
M6		SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	➔	NO	SÍ	6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso															
Pies/pulgadas	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Libras	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cm	144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre estatura/peso															
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15% por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la *Metropolitan Life Insurance Table of Weights*.

N. Bulimia nerviosa

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	➡ NO	SÍ	7				
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	➡ NO	SÍ	8				
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	➡ NO	SÍ	9				
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	➡ NO	SÍ	10				
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	➡ NO	SÍ	11				
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a N8	SÍ					
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12				
N8	¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	
NO	SÍ							
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL								
	¿CODIFICÓ SÍ EN N7?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL	
NO	SÍ							
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL								

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	➡ NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	➡ NO	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	NO	➡ SÍ	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	➡ NO	SÍ	4
O3		CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS. En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:			
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ	5
	b	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
	e	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10
		¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?			

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEAR CON UN CÍRCULO NO)

P1 Antes de cumplir los 15 años:

a	¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SÍ	1
b	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SÍ	2
c	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SÍ	3
d	¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SÍ	4
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SÍ	5
f	¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SÍ	6
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?	NO	SÍ	

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

P2 Después de cumplir los 15 años:

a	¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SÍ	7
b	¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SÍ	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?	NO	SÍ	9
d	¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?	NO	SÍ	10
e	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SÍ	11
f	¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SÍ	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

Instrucciones

Estas preguntas son acerca del tipo de persona que es Ud. en general (es decir, cómo se ha sentido o comportado normalmente durante muchos años). Rodee con un círculo la palabra «SÍ» si la pregunta se adapta a Ud. completamente o en general, o bien rodee con un círculo la palabra «NO» si no se adapta a Ud. Si no entiende alguna pregunta o no está seguro de la respuesta, déjela en blanco.

1.	¿Ha evitado trabajos o tareas que implicaban tener que tratar con mucha gente?	<u>NO</u>	SÍ	CP4
2.	¿Evita entablar relación con otras personas a menos que esté seguro de que les va a caer bien?	<u>NO</u>	SÍ	CP5
3.	¿Le resulta difícil ser «abierto» incluso con las personas con las que mantiene una relación cercana?	<u>NO</u>	SÍ	CP6
4.	¿Le preocupa con frecuencia ser criticado o rechazado en situaciones sociales?	NO	<u>SÍ</u>	CP7
5.	¿Fiermáne o generalmente callado cuando conoce a gente nueva?	NO	<u>SÍ</u>	CP8
6.	¿Cree Ud. que no es tan bueno, tan listo o tan atractivo como la mayoría de las personas?	<u>NO</u>	SÍ	CP9
7.	¿Le da miedo intentar cosas nuevas?	NO	SÍ	CP10
8.	¿Necesita Ud. dejarse aconsejar y desangustiar mucho por parte de otras personas antes de poder tomar decisiones cotidianas, como qué ropa ponerse o qué pedir en un restaurante?	<u>NO</u>	SÍ	CP11
9.	¿Depende Ud. de otras personas para controlar áreas importantes de su vida, como asuntos económicos, el cuidado del los hijos o decisiones sobre dónde y cómo vivir?	NO	SÍ	CP12
10.	¿Le resulta difícil mostrarse en desacuerdo con otras personas incluso cuando considera que están equivocadas?	NO	SÍ	CP13
11.	¿Le cuesta empezar o realizar tareas cuando no hay nadie que le ayude?	NO	SÍ	CP14
12.	¿Se ha ofrecido con frecuencia voluntario para realizar tareas desagradables?	<u>NO</u>	SÍ	CP15
13.	¿Se siente Ud. generalmente incómodo cuando está solo?	<u>NO</u>	SÍ	CP16

14.	Cuando finaliza una relación íntima, ¿siente Ud. que tiene que encontrar inmediatamente a otra persona que le cuide?	NO	SÍ	CP17
15.	¿Le preocupa mucho que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo?	NO	SÍ	CP18
16.	¿Es Ud. la clase de persona que se fija en los detalles, el orden y la organización o a la que le gusta hacer listas y agendas?	NO	SÍ	CP19
17.	¿Tiene problemas a la hora de finalizar tareas o trabajos debido a que emplea demasiado tiempo tratando de hacer las cosas de forma perfecta?	NO	SÍ	CP20
18.	¿Le parece a Ud. o a otras personas que está tan dedicado a su trabajo (o estudios) que no le queda tiempo para nadie más, o simplemente para divertirse?	NO	SÍ	CP21
19.	¿Tiene Ud. unos valores muy estrictos sobre lo que está bien y lo que está mal?	NO	SÍ	CP22
20.	¿Le cuesta a Ud. mucho tirar las cosas porque algún día podrían serle útiles?	NO	SÍ	CP23
21.	¿Le cuesta dejar que otras personas le ayuden a menos que hagan las cosas exactamente como Ud. quiere?	NO	SÍ	CP24
22.	¿Le cuesta a Ud. mucho gastar dinero en Ud. mismo o en otros, incluso teniendo suficiente?	NO	SÍ	CP25
23.	¿Está a menudo tan seguro de tener razón que no le importa lo que digan los demás?	NO	SÍ	CP26
24.	¿Le han comentado otras personas que es Ud. tozudo o rígido?	NO	SÍ	CP27
25.	Cuando alguien le pide que haga algo que Ud. no quiere hacer, ¿dice que sí pero luego lo hace despacio o mal?	NO	SÍ	CP28
26.	Cuando no quiere hacer algo, ¿suele simplemente «olvidarse» de hacerlo?	NO	SÍ	CP29
27.	¿Siente con frecuencia que los demás no le comprenden o que no aprecian lo mucho que Ud. hace?	NO	SÍ	CP30
28.	¿Está Ud. a menudo de mal humor y tiende a discutir?	NO	SÍ	CP31

29.	¿Le ha parecido a Ud. que la mayoría de sus jefes, profesores, supervisores, médicos y personas supuestamente expertas en realidad no lo son?	NO	SÍ	CP32
30.	¿Piensa a menudo que no es justo que otras personas tengan más que Ud.?	NO	SÍ	CP33
31.	¿Se queja Ud. a menudo de haber tenido más mala suerte de lo normal?	NO	SÍ	CP34
32.	¿Rechusa a menudo con enfado hacer lo que quieren los demás, y luego se siente mal y se disculpa?	NO	SÍ	CP35
33.	¿Se siente habitualmente infeliz, o como si la vida no fuese agradable?	NO	SÍ	CP36
34.	¿Cree Ud. ser una persona básicamente incapaz y con frecuencia no se siente bien consigo mismo?	NO	SÍ	CP37
35.	¿Se descalifica a sí mismo con frecuencia?	NO	SÍ	CP38
36.	¿Piensa mucho en cosas malas que han sucedido en el pasado o se preocupa por las que podrían suceder en el futuro?	NO	SÍ	CP39
37.	¿Juzga a menudo a los demás con dureza y les encuentra defectos con facilidad?	NO	SÍ	CP40
38.	¿Cree Ud. que la mayoría de las personas no son buenas?	NO	SÍ	CP41
39.	¿Espera Ud. casi siempre que las cosas vayan mal?	NO	SÍ	CP42
40.	¿Se siente Ud. a menudo culpable de cosas que ha hecho o dejado de hacer?	NO	SÍ	CP43
41.	¿Tiene a menudo que estar alerta para evitar que los demás abusen de Ud. o le hieran?	NO	SÍ	CP44
42.	¿Pasa Ud. mucho tiempo preguntándose si puede fiarse de sus amigos o compañeros de trabajo?	NO	SÍ	CP45
43.	¿Cree Ud. que es mejor no dejar que otras personas sepan mucho sobre Ud. porque podrían utilizar la información en su contra?	NO	SÍ	CP46
44.	¿Detecta Ud. a menudo amenazas o insultos ocultos en lo que la gente dice o hace?	NO	SÍ	CP47

45.	¿Es Ud. la clase de persona que guarda rencor o tarda mucho tiempo en perdonar a las personas que le han insultado o menospreciado?	NO	SÍ	CP48
46.	¿Hay muchas personas a las que no puede perdonar por algo que le hicieron o le dijeron hace mucho tiempo?	NO	SÍ	CP49
47.	¿Con frecuencia se enfada o se pone furioso cuando alguien le critica o le insulta de alguna manera?	NO	SÍ	CP50
48.	Ha sospechado a menudo que su pareja le era infiel?	NO	SÍ	CP51
49.	Cuando está en público y ve personas hablando, ¿a menudo le parece que están hablando de Ud.?	NO	SÍ	CP52
50.	¿Tiene con frecuencia la impresión de que cosas que no poseen ningún significado especial para la mayoría de la gente de hecho contienen en realidad un mensaje especial para Ud.?	NO	SÍ	CP53
51.	Cuando está entre la gente, ¿tiene a menudo la sensación de que lo están observando o mirando fijamente?	NO	SÍ	CP54
52.	¿Ha sentido alguna vez que podría hacer que sucedieran cosas simplemente formulando un deseo o pensando en ellas?	NO	SÍ	CP55
53.	¿Ha tenido experiencias personales de tipo sobrenatural?	NO	SÍ	CP56
54.	¿Cree tener un «sexto sentido» que le permite conocer y predecir cosas que otros no pueden?	NO	SÍ	CP57
55.	¿Le ha parecido a menudo como si los objetos o las sombras fueran realmente personas o animales, o que los ruidos fueran en realidad voces de personas?	NO	SÍ	CP58
56.	¿Ha tenido la sensación de que alguna persona o fuerza se hablaba alrededor de Ud., aunque no podía ver a nadie?	NO	SÍ	CP59
57.	¿Ve con frecuencia auras o campos de energía alrededor de las personas?	NO	SÍ	CP60
58.	¿Hay muy pocas personas a las que se sienta próximo aparte de su familia inmediata?	NO	SÍ	CP61
59.	Se siente con frecuencia nervioso cuando está con otras personas?	NO	SÍ	CP62
60.	¿Es poco importante para Ud. si tiene o no relaciones personales?	NO	SÍ	CP63

61.	¿Prefiere Ud. casi siempre hacer las cosas solo y no con otras personas?	NO	SÍ	CP64
62.	¿Podría estar satisfecho sin tener jamás ninguna relación sexual con otra persona?	NO	SÍ	CP65
63.	¿Hay realmente muy pocas cosas que le proporcionen placer?	NO	SÍ	CP66
64.	¿Le es totalmente indiferente lo que otras personas piensen de Ud.?	NO	SÍ	CP67
65.	¿Cree que no hay nada que le ponga ni muy contento ni muy triste?	NO	SÍ	CP68
66.	¿Le gusta ser el centro de atención?	NO	SÍ	CP69
67.	¿Coquetea mucho?	NO	SÍ	CP70
68.	¿Se da cuenta a menudo de que se está comportando de forma seductora con otras personas?	NO	SÍ	CP71
69.	¿Trata de llamar la atención a través de su forma de vestir o su aspecto físico?	NO	SÍ	CP72
70.	¿Se muestra a menudo como una persona dramática y pintoresca?	NO	SÍ	CP73
71.	¿Cambia a menudo de opinión según las personas con las que esté o según lo que acabe de leer o ver en la televisión?	NO	SÍ	CP74
72.	¿Tiene Ud. muchos amigos a los que se siente muy próximo?	NO	SÍ	CP75
73.	¿Considera que a menudo los demás no saben apreciar su talento o sus cualidades?	NO	SÍ	CP76
74.	Le han comentado otras personas que tiene una opinión demasiado elevada de sí mismo?	NO	SÍ	CP77
75.	¿Piensa mucho en que algún día alcanzará el poder, la fama o el reconocimiento?	NO	SÍ	CP78
76.	¿Pasa Ud. mucho tiempo pensando que algún día disfrutará del romance perfecto?	NO	SÍ	CP79
77.	Cuando tiene un problema, ¿insiste casi siempre en ver al máximo responsable?	NO	SÍ	CP80

78.	¿Considera Ud. que es importante dedicar el tiempo a personas especiales o influyentes?	NO	<u>SÍ</u>	CP81
79.	¿Es muy importante para Ud. que la gente le preste atención o le admire de alguna manera?	NO	<u>SÍ</u>	CP82
80.	¿Cree Ud. que no es necesario respetar ciertas reglas o convenciones sociales si suponen un obstáculo en su camino?	NO	<u>SÍ</u>	CP83
81.	¿Considera Ud. que es la clase de persona que merece un trato especial?	NO	<u>SÍ</u>	CP84
82.	¿A menudo le resulta necesario aprovecharse de otros para conseguir lo que quiere?	NO	<u>SÍ</u>	CP85
83.	¿Tiene con frecuencia que anteponer sus necesidades a las de otras personas?	NO	<u>SÍ</u>	CP86
84.	¿Espera a menudo que otras personas hagan lo que les pide sin vacilar, por ser Ud. quien es?	NO	<u>SÍ</u>	CP87
85.	¿A Ud. realmente no le interesan los problemas y sentimientos de los demás?	NO	<u>SÍ</u>	CP88
86.	¿Se han quejado algunas personas de que Ud. no les escucha o de que no se preocupa por sus sentimientos?	NO	<u>SÍ</u>	CP89
87.	¿Tiene a menudo envidia de otras personas?	<u>NO</u>	<u>SÍ</u>	CP90
88.	¿Cree Ud. que los demás a menudo le envidian a Ud.?	<u>NO</u>	<u>SÍ</u>	CP91
89.	¿Le parece que hay muy pocas personas que merezcan que Ud. les dedique su tiempo y atención?	<u>NO</u>	<u>SÍ</u>	CP92
90.	Se ha puesto furioso con frecuencia cuando ha creído que alguien a quien realmente quería iba a abandonarle?	NO	<u>SÍ</u>	CP93
91.	Las relaciones con las personas que verdaderamente quiere, ¿tienen muchos altibajos extremos?	NO	<u>SÍ</u>	CP94
92.	¿Cambia a veces de repente su sentido de quién es Ud. o hacia dónde va?	NO	<u>SÍ</u>	CP95
93.	¿Cambia a menudo dramáticamente su sentido de quién es?	NO	<u>SÍ</u>	CP96

94.	¿Es Ud. diferente con diferentes personas o en diferentes situaciones, de tal manera que a veces no sabe quién es Ud. en realidad?	NO	<u>SÍ</u>	CP97
95.	¿Se han producido muchos cambios bruscos en sus metas, planes profesionales, creencias religiosas, etc.?	NO	SÍ	CP98
96.	¿Ha hecho a menudo cosas impulsivamente?	NO	<u>SÍ</u>	CP99
97.	¿Ha tratado de hacerse daño o matarse, o ha amenazado con hacerlo?	NO	SÍ	CP100
98.	¿Alguna vez se ha cortado, quemado o herido a sí mismo a propósito?	NO	SÍ	CP101
99.	¿Experimenta Ud. muchos cambios repentinos de estado de ánimo?	NO	SÍ	CP102
100.	¿Se siente con frecuencia vacío por dentro?	NO	SÍ	CP103
101.	¿Tiene Ud. a menudo arranques de cólera o se enfurece tanto que pierde el control?	NO	SÍ	CP104
102.	Cuando se enfada, ¿golpea Ud. a las personas o arroja objetos?	NO	SÍ	CP105
103.	¿Se pone muy furioso incluso por cosas sin importancia?	NO	<u>SÍ</u>	CP106
104.	Cuando se halla bajo una gran tensión, ¿se vuelve suspicaz con otras personas o se siente <u>especialmente distante y ausente?</u>	NO	SÍ	CP107
105.	Antes de los 15 años, ¿intimidaba o amenazaba a otros niños?	NO	SÍ	CP108
106.	Antes de los 15 años, ¿provocaba Ud. peleas?	NO	SÍ	CP109
107.	Antes de los 15 años, ¿hirió o amenazó a alguien con un arma, como por ejemplo un palo, una piedra, una botella rota, una navaja o una pistola?	NO	SÍ	CP110
108.	Antes de los 15 años, ¿torturó deliberadamente a alguien o le causó dolor y sufrimiento físico?	NO	SÍ	CP111
109.	Antes de los 15 años, ¿torturó o hirió a animales a propósito?	NO	SÍ	CP112
110.	Antes de los 15 años, ¿robó, atracó o arrebató por la fuerza algo a alguien amenazándole?	NO	<u>SÍ</u>	

111. Antes de los 15 años, ¿forzó a alguien a tener relaciones sexuales con Ud., a desvestirse delante de Ud. o a tocarle sexualmente? NO
112. Antes de los 15 años, ¿provocó algún incendio? NO
113. Antes de los 15 años, ¿destruyó deliberadamente cosas que no eran suyas? NO
114. Antes de los 15 años, ¿irrumpió en casas, otros edificios o coches de otras personas? NO
115. Antes de los 15 años, ¿mentía mucho o estafaba a otras personas? NO
116. Antes de los 15 años, ¿robaba cosas (sin enfrentarse con la víctima) o falsificaba la firma de otras personas? NO
117. Antes de los 15 años, ¿se escapó de casa y pasó la noche fuera? NO
118. Antes de los 13 años, ¿permanecía mucho tiempo fuera de casa y llegaba mucho más tarde de la hora permitida? NO
119. Antes de los 13 años, ¿faltaba a menudo a clase? NO

ANEXO V

SCL-90-R

L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer Varón

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto
 Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a
 Casado Separado En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
4. Sensación de mareo o desmayo.
5. Falta de interés en relaciones sexuales.
6. Criticar a los demás.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho

CUESTIONARIO DE IMPACTO DE FIBROMIALGIA

1.- En la última semana cuando pudo realizar:	Siempre	Mayoría de las veces	Ocasionalmente	Nunca
• Ir de compras	0	1	2	3
• Lavar (a mano o en lavadora).	0	1	2	3
• Preparar alimentos	0	1	2	3
• Lavar platos / cocinar	0	1	2	3
• Aspirar / barrer	0	1	2	3
• Tender camas	0	1	2	3
• Caminar varias cuadras	0	1	2	3
• Visitar amigos o familiares	0	1	2	3
• Trabajar (labores domésticas)	0	1	2	3
• Manejar un automóvil	0	1	2	3
• Subir escaleras	0	1	2	3

2.- De los siete días de la semana pasada, ¿Cuántos se sintió bien?

0 1 2 3 4 5 6 7

3.- ¿Cuántos días de la semana pasada no pudo realizar sus actividades cotidianas (trabajo o labores domésticas) debido a la fibromialgia?

0 1 2 3 4 5 6 7

4.- Al realizar sus actividades cotidianas, ¿cuánto dolor u otros síntomas interfirieron con su capacidad para realizarlas?

Sin problema _____ Gran dificultad

5.- ¿Qué tan intenso ha sido su dolor?

Sin dolor _____ Dolor intenso

6.- ¿Qué tan cansado ha estado?

Sin cansancio _____ Muy cansado

7.- ¿Cómo se siente al levantarse en la mañana?

Despierta descansado _____ Despierta muy cansado

8.- ¿Qué tanta rigidez ha tenido?

Sin rigidez _____ Muy rígido

9.- ¿Qué tan tenso, nervioso o ansioso se ha sentido?

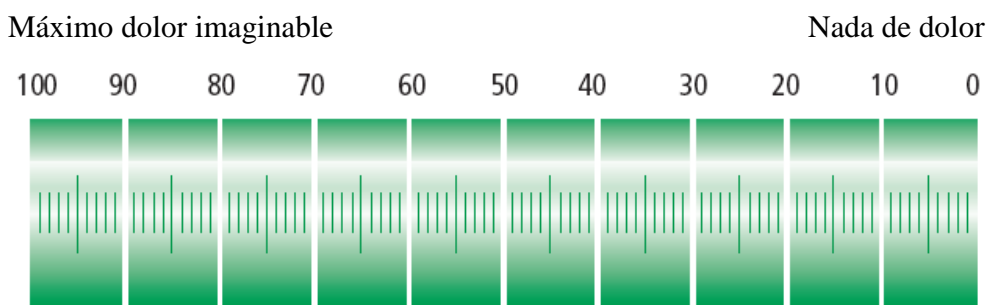
Sin tensión _____ Muy tenso

10.- ¿Qué tan deprimido o triste se ha sentido?

Sin depresión _____ Muy deprimido

ANEXO VII

ESCALA ANÁLOGA VISUAL



ANEXO VIII



12.1.1. WHODAS-II (versión de 36 ítems)

1

ÁREA 1. COMPRENSIÓN Y COMUNICACIÓN						
Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre <i>comprensión y comunicación</i> .						
MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2 SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA): MUESTRE LA TARJETA #3, PREGUNTE: ¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad? Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS SEGÚN CÓDIGO (A-E)						
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
	<i>Ninguna</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Severa</i>	<i>Extrema/ No puede hacerlo</i>	<i>Código días</i>
D1.1 <i>Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?</i>	1	2	3	4	5	— D1.1 días
D1.2 <i>Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?</i>	1	2	3	4	5	— D1.2 días
D1.3 <i>Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?</i>	1	2	3	4	5	— D1.3 días

ÁREA 2. CAPACIDAD PARA MOVERSE EN SU ALREDEDOR/ENTORNO

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades a la hora de *moverse en su alrededor/entorno*.

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA):

MUESTRE LA TARJETA #3, PREGUNTE: ¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?

Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS SEGÚN CÓDIGO (A-E)

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ No puede hacerlo	Código días
D2.1 <i>Estar de pie durante largos períodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?</i>	1	2	3	4	5	_____ D2.1 días
D2.2 <i>Ponerse de pie cuando estaba sentado/a?</i>	1	2	3	4	5	_____ D2.2 días
D2.3 <i>Moverse dentro de su casa?</i>	1	2	3	4	5	_____ D2.3 días

ÁREA 3. CUIDADO PERSONAL

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades en su *cuidado personal*.

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA):

MUESTRE LA TARJETA #3, PREGUNTE: ¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?

Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS SEGÚN CÓDIGO (A-E)

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ No puede hacerlo	Código días
D3.1 <i>Bañarse (lavarse todo el cuerpo)?</i>	1	2	3	4	5	_____ D3.1 días
D3.2 <i>Vestirse?</i>	1	2	3	4	5	_____ D3.2 días
D3.3 <i>Comer?</i>	1	2	3	4	5	_____ D3.3 días

ÁREA 4. RELACIONARSE CON OTRAS PERSONAS

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades para *relacionarse con otras personas*.

Por favor, recuerde que sólo le estoy preguntando acerca de dificultades debidas a problemas de salud física (tales como enfermedades o lesiones), problemas mentales o emocionales (o de los nervios), o problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTÚA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA):

MUESTRE LA TARJETA #3, PREGUNTE: ¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?

Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS SEGÚN CÓDIGO (A-E)

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ No puede hacerlo	Código días
D4.1 <i>Relacionarse con personas que no conoce?</i>	1	2	3	4	5	— D4.1 días
D4.2 <i>Mantener una amistad?</i>	1	2	3	4	5	— D4.2 días
						—

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS SE PUNTEA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA):

MUESTRE LA TARJETA #3, PREGUNTE: ¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad? Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS SEGÚN CÓDIGO (A-E)*Debido a su estado de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:*

	<i>Ninguna</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Severa</i>	<i>Extrema/ No puede hacerlo</i>	<i>Código días</i>
D5.8 Llevar a cabo su <i>trabajo</i> diario?	1	2	3	4	5	D5.8 días
D5.9 Realizar <i>bien</i> las tareas más importantes de su trabajo?	1	2	3	4	5	D5.9 días
D5.10 <i>Acabar</i> todo el trabajo que necesitaba hacer?	1	2	3	4	5	D5.10 días
D5.11 Acabar su trabajo tan rápido como era necesario?	1	2	3	4	5	D5.11 días
D5.12 ¿Ha tenido que <i>reducir su nivel</i> de trabajo debido	No 1					

ÁREA 6. PARTICIPACIÓN EN SOCIEDAD

Ahora voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con su *participación en la sociedad*, y con el *impacto que su problema de salud ha tenido sobre usted y su familia*. Es posible que algunas de estas preguntas se refieran a problemas que comenzaron hace más de un mes. Sin embargo, es importante que a la hora de contestarlas se refiera exclusivamente a lo ocurrido durante los últimos 30 días. De nuevo le recuerdo que al contestar a cada una de las siguientes preguntas piense en los problemas de salud mencionados con anterioridad: problemas físicos, problemas mentales o emocionales (o de los nervios), o problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2

TENGA EN CUENTA QUE EN LAS PREGUNTAS DE ESTA ÁREA NO SE PIDE QUE SE ESPECIFIQUE EL NÚMERO DE DÍAS.

En los últimos 30 días:

	<i>Ninguna</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Severa</i>	<i>Extrema/ No puede hacerlo</i>
D6.1 ¿Cuánta dificultad ha tenido para <i>participar</i> , al mismo nivel que el resto de las personas, en <i>actividades de la comunidad</i> (p. ej., fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	1	2	3	4	5
D6.2 ¿Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	1	2	3	4	5
D6.3 ¿Cuánta dificultad ha tenido para <i>vivir con dignidad</i> (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	1	2	3	4	5

5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
 - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - No me encuentro triste
 - Me siento algo triste y deprimido
 - Ya no puedo soportar esta pena
 - Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo
 - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - No espero nada bueno de la vida
 - No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso
 - He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
 - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - No me considero fracasado
 - Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción
 - Ya nada me llena
 - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - No estoy especialmente insatisfecho
 - Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa
 - A veces me siento despreciable y mala persona
 - Me siento bastante culpable
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo
 - Presiento que algo malo me puede suceder
 - Siento que merezco ser castigado
 - No pienso que esté siendo castigado
 - Siento que me están castigando o me castigarán
 - Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo
 - Estoy descontento conmigo mismo
 - No me aprecio
 - Me odio (me desprecio)
 - Estoy asqueado de mí
 - Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación
 - No creo ser peor que otros
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas
 - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - Siento que estaría mejor muerto
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - Tengo planes decididos de suicidarme
 - Me mataría si pudiera
 - No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto
 - No lloro más de lo habitual
 - Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad

- No estoy más irritable que normalmente
- Me irrito con más facilidad que antes
- Me siento irritado todo el tiempo
- Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

12. Aislamiento social

- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- Me intereso por la gente menos que antes
- No he perdido mi interés por los demás
- He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

13. Indecisión

- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- Tomo mis decisiones como siempre
- Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

14. Imagen corporal

- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- Me siento feo y repulsivo
- No me siento con peor aspecto que antes
- Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

15. Capacidad laboral

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en nada
- Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- No trabajo tan bien como lo hacía antes

16. Trastornos del sueño

- Duermo tan bien como antes
- Me despierto más cansado por la mañana
- Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
- Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

17. Cansancio

- Me canso más fácilmente que antes
- Cualquier cosa que hago me fatiga
- No me canso más de lo normal
- Me canso tanto que no puedo hacer nada

18. Pérdida de apetito

- He perdido totalmente el apetito
- Mi apetito no es tan bueno como antes
- Mi apetito es ahora mucho menor
- Tengo el mismo apetito de siempre

19. Pérdida de peso

- No he perdido peso últimamente
- He perdido más de 2,5 kg
- He perdido más de 5 kg
- He perdido más de 7,5 kg

20. Hipocondría

- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- Estoy preocupado por dolores y trastornos
- No me preocupa mi salud más de lo normal
- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21. Libido

- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- He perdido todo mi interés por el sexo
- Apenas me siento atraído sexualmente
- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

6.1. Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7. Mi futuro me parece oscuro	V	F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19. Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

ANEXO XI

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

BAI

NOMBRE
 EDAD
 OCUPACIÓN

SEXO
 EDO. CIVIL

FECHA

INSTRUCCIONES: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcado con una X según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
Entumecimiento hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilitamiento de las piernas				
Dificultad para relajarse				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debido al calor)				

ANEXO XII

HOJA DE LLENADO DE DATOS DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS
(HDC)

Num	NOMBRE	EXPEDIENTE	TELEFONO	EDAD	EDO CIVIL	ESCOLARIDAD	TRABAJO	EJERCICIO	RELIGION
1									
2									
3									
4									
...29									

Num	# HIJOS	APETITO	SUEÑO	CALIF DOLOR	CALIF DISCAPACIDAD	TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE FMG	TRATAMIENTOS	ANALGESICOS
1								
2								
3								
4								
...29								

Num	ESTUDIOS LAB Y GAB	DIAGNÓSTICO PSIQUIATRICO	SINTOMAS psiquiatricos ACTUALES	ABUSO, FISICO SEXUAL y otros (Infancia).	ABUSO, FISICO SEXUAL y otros.(adultez)	RESPONSABILIDADES TEMPRANAS
1						
2						
3						
4						
...29						

Num	ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES	ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES PSIQUIATRICOS	USO DE SUSTANCIAS	TCE con PEA	EEG	Otros
1						
2						
3						
4						
...29						

ANEXO XIII

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Este documento proporciona la información relacionada con su participación en el proyecto de investigación titulado **“Programa de intervención multimodal en pacientes con fibromialgia”**, el cual tendrá como sede el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM).

El propósito de esta investigación es evaluar la eficacia de la terapia cognitivo conductual en pacientes con fibromialgia. La Terapia Cognitivo Conductual es un modelo de tratamiento a corto plazo, activo y que ha mostrado utilidad para la fibromialgia. Enseña a las personas a dirigir y controlar sus respuestas mentales, emocionales y conductuales en relación a su sintomatología mediante un conjunto de técnicas de relajación y de modificación de conducta. Entiendo que mi participación consistirá primeramente en acudir con un reumatólogo del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, quien valorará el diagnóstico de fibromialgia. En caso positivo, acudiré al Instituto Nacional de Psiquiatría donde se me realizará una evaluación psicológica consistente en una entrevista y la aplicación de cuestionarios y posteriormente recibiré un total de 12 sesiones de tratamiento cognitivo-conductual que duran aproximadamente dos horas cada una, asistiendo dos veces por semana. Una vez finalizadas las sesiones de tratamiento se me realizarán nuevamente la aplicación de los cuestionarios así como a los tres y seis meses de concluido el tratamiento. Estoy informada de que estas pruebas y el tratamiento no me implican riesgo alguno.

Estoy enterada de que mi participación en esta investigación es totalmente voluntaria y puedo abandonar la investigación en el momento en que así lo decida y esto no afectará el tratamiento y la atención que se me pudiera brindar en el INPRFM. Además, estoy informado que durante el tratamiento se reducirá un nivel socioeconómico.

Se me ha mencionado que los beneficios de participar en esta investigación pueden incluir desde la reducción en la intensidad, duración y/o frecuencia de dolor y del cansancio hasta la reincorporación parcial o total a mi vida laboral, social y familiar. También se me ha comentado que las técnicas empleadas en la han sido probadas ampliamente y que los investigadores responsables tienen amplia experiencia en el padecimiento así como de que esta investigación cuenta con los criterios éticos y de análisis de beneficios y riesgos de la misma que caracterizan a toda investigación clínica.

Estoy informada también de que como parte del padecimiento de la fibromialgia, si se llegara a presentar sintomatología que requiera otra intervención no considerada en esta investigación o se requiera cambio en mi tratamiento farmacológico será canalizada de inmediato a fin de recibir el mayor beneficio posible.

La confidencialidad de la información sobre mi persona será protegida por la investigadora responsable y se empleará únicamente con fines terapéuticos y de investigación.

Se me ha solicitado que mantenga la toma de mis medicamentos tal como me lo ha indicado mi médico tratante (reumatólogo y/o psiquiatra) dirigiéndome a él (ella) en caso de dudas. Asimismo, durante el período de la investigación me comprometo a cumplir con las indicaciones que para el efecto se me formulen.

En el caso de tener alguna duda con el curso del tratamiento podré dirigirme con:

Mtra. Psic. Ma. Isabel Barrera al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRF). Teléfonos: 56 55 2811, 56 55 7999, 56 55 7120 y 56 55 7101 ext. 325 o 327 en un horario de 8:00 a 15:00 hrs.

Además podré comunicarme con el Dr. Manuel Martínez Lavín G., Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” Teléfono 55 73 2911 ext. 1175 en un horario de 9:00 a 13:00 hrs.

Habiendo sido informada de la investigación y aclaradas mis dudas sobre la misma, firmo de acuerdo para participar en ella:

PACIENTE

Nombre, firma y fecha

TESTIGO

TESTIGO

Nombre, firma y fecha

Nombre, firma y fecha

NOTA: La carta de consentimiento informado se hizo de manera general par el protocolo de investigación número 2329, debido a que el presente trabajo de tesis se realizo de manera conjunta. Se solicitó autorización al Comité de Bioética mediante un adendum, el cual fue autorizado. (En los siguientes anexos se muestra el adendum y la carta de aceptación).

ANEXO XIV

ADENDUM AL PROTOCOLO NÚMERO: 2329

Miembros del Comité de Ética

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz

Mtra. Beatriz Camarena

Por medio de la presente me permito informarle que en el consentimiento informado realizado en el protocolo original 2329 se encontraba contemplada la aplicación de las escalas SCL-90 y SCIDI II las cuales serán utilizadas en el proyecto denominado “Psicopatología y personalidad en pacientes con fibromialgia y su relación con la severidad del dolor y discapacidad”, lo cual además fue explicado a las pacientes del mismo protocolo

Sin más por el momento, aprovecho para mandar un cordial saludo y agradecer su atención.

Atentamente.

Ana Teresa Ballesteros Montero

Residente de 4º año de psiquiatría

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz.

Mtra. Psic. Maria Isabel Barrera Villalpando.

Unidad de Psicofisiología aplicada

Departamento de psicología

Dirección de Servicios clínicos

Instituto nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Investigación principal.

ANEXO

XV



Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Comité de Ética en Investigación

2 de julio de 2007.

M. en Psic. María Isabel Barrera Villalpando
Investigador Principal
P r e s e n t e

Estimada M. en Psic. Barrera,

Por medio de la presente me permito informarle que el *Adendum* denominado: "Psicopatología y personalidad en pacientes con fibromialgia y su relación con la severidad del dolor y discapacidad", que se desprende de su proyecto original titulado: "Programa de intervención multimodal en pacientes con fibromialgia" ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requerimientos éticos y metodológicos establecidos.

Atentamente

M. en C. Beatriz Camarena M.
Presidenta del Comité de Ética
en Investigación.

C.e.p.: Dr. Carlos Berlanga Cisneros, Secretario Técnico del Comité de la Investigación Científica.