



# Fibromialgia

## Protocolo de Evaluación Psicológica de la Fibromialgia

**Elaborado por:** M. de Gracia, M. Marcó y J. Ruiz (1998)

Departament de Psicologia, Facultat de Ciències de l'Educació, Universitat de Girona.

© Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), C. S. Burckhardt et al, (1991). Adaptado por M. de Gracia, M. Marcó y J. Ruiz (1998). Departament de Psicología, Universitat de Girona.

© Brief Pain Inventory (BPI), C. C. Cleeland (1989).

© General Health Questionnaire (GHQ-28), D. P. Golberg (1972)



**Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)**

Nombre:	NHC:
Apellidos:	Nº Sesión
Edad:	Fecha _____ / _____ / _____

**Observaciones:**



### Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)

**INSTRUCCIONES:** Haga un circulo alrededor del número que mejor describa su **capacidad** para realizar las siguientes tareas durante la **última semana**.

	Siempre	Bastantes veces	En ocasiones	Nunca
<b>1-Es Usted capaz de:</b>	0	1	2	3
♦Ir de compras	0	1	2	3
♦Lavar y tender la ropa	0	1	2	3
♦Preparar la comida	0	1	2	3
♦Lavar a mano platos y otros utensilios	0	1	2	3
♦Limpiar el suelo	0	1	2	3
♦Hacer la cama	0	1	2	3
♦Pasear por el barrio	0	1	2	3
♦Visitar a amigos y familiares	0	1	2	3
♦Hacer trabajos ligeros de casa	0	1	2	3
♦Conducir	0	1	2	3

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

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**INSTRUCCIONES:** Haga un circulo alrededor del número que mejor describa sus **sensaciones** durante la **última semana**.

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

No fue ningún problema

Fue una gran dificultad

**5- ¿Qué intensidad de dolor ha sentido?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún dolor

Dolor muy intenso

**6- ¿Qué grado de cansancio ha sentido?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún cansancio

Mucho cansancio

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Muy descansado

Muy cansado

**8- ¿Qué grado de rigidez ha tenido?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ninguna rigidez

Mucha rigidez

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

No me he sentido tenso

Me he sentido muy tenso

**10- ¿Se ha sentido deprimido o triste?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

No me he sentido deprimido

Me he sentido muy deprimido

**Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas ↑**



**Brief Pain Inventory (BPI-Sp)**

Nombre:	NHC:
Apellidos:	Nº Sesión
Edad:	Fecha _____ / _____ / _____

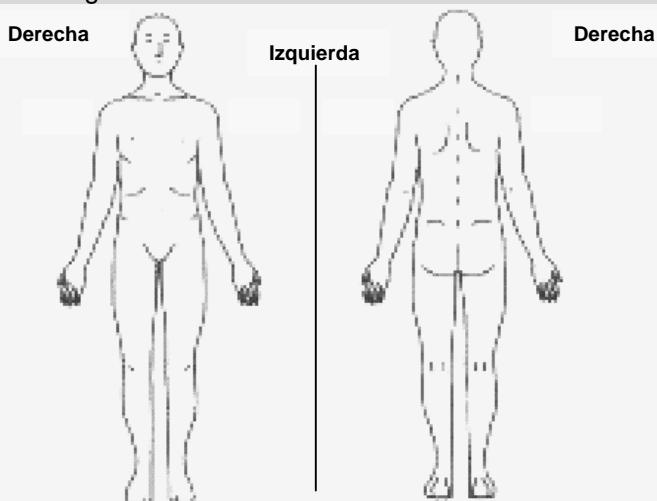
**INSTRUCCIONES:** Por favor, lea atentamente y conteste a las siguientes preguntas.

**1-** Todos hemos tenido dolor alguna vez en nuestra vida (por ejemplo, dolor de cabeza, contusiones, dolores de dientes). ¿En la actualidad, ha sentido un dolor distinto a estos dolores comunes?

**1. Si**

**2. No**

**2-** Indique en el dibujo, con un lápiz, donde siente dolor. Indique con una 'X' la parte del cuerpo en la cual el dolor es más grave.



**3-** Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad **máxima** de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

**4-** Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad **mínima** de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

**5-** Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad **media** de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

**6-** Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad de su dolor **actual**.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

Por favor, vuelva la página y continúe →

**7- ¿Qué tratamiento o medicamento recibe para su dolor?**

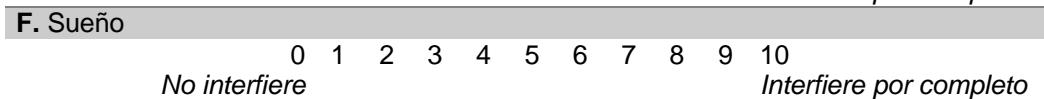
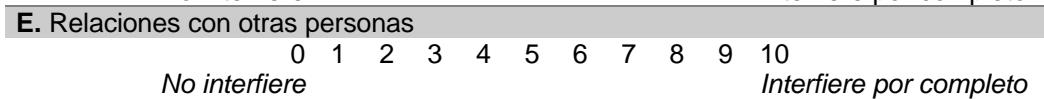
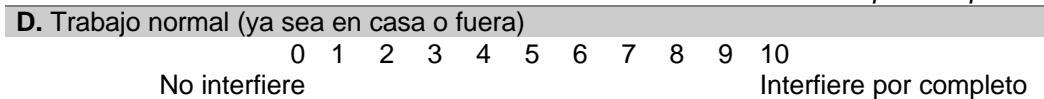
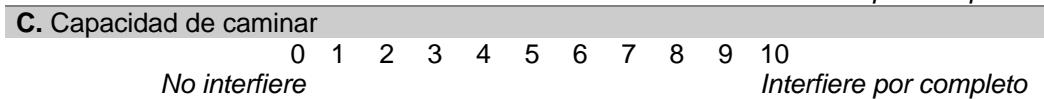
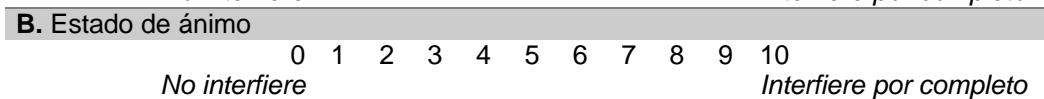
-----

**8- ¿En las últimas 24 horas, cuánto alivio ha sentido con el tratamiento o con el medicamento? Indique con un círculo el porcentaje que mejor se adapta a su alivio.**

Indique con un círculo el porcentaje que mejor se adapta a su alivio.

<b>0%</b>	<b>10%</b>	<b>20%</b>	<b>30%</b>	<b>40%</b>	<b>50%</b>	<b>60%</b>	<b>70%</b>	<b>80%</b>	<b>90%</b>	<b>100%</b>
Ningún alivio										Alivio total

**9- Haga un círculo alrededor del número que mejor describe la manera en que el dolor ha interferido, durante las últimas 24 horas, en su:**



Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas 

#### **Observaciones:**



**General Health Questionnaire (GHQ-28)**

Nombre:	NHC:
Apellidos:	Nº Sesión
Edad:	Fecha _____ / _____ / _____

**INSTRUCCIONES:** La intención de este cuestionario es conocer si ha tenido algunas molestias o trastornos y como ha estado su salud en las últimas semanas. A continuación hallará 28 preguntas referidas a su salud. Por favor, léalas con detenimiento y conteste a todas las preguntas, simplemente marcando con un [X] las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido usted. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

1- ¿Se ha sentido perfectamente bien y en plena forma?			
Mejor de lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
2- ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
3- ¿Se ha notado agotado y sin fuerzas para nada?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
4- ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
5- ¿Ha padecido dolores de cabeza?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
6- ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza o de que la cabeza le va a estallar?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
7- ¿Ha tenido oleadas de calor o de escalofríos?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
8- ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
9- ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
10- ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
11- ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
12- ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
13- ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
14- ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
15- ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?			
Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
16- ¿Le cuesta mas tiempo hacer las cosas?			
Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
17- ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?			
Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual

**Por Favor, vuelva la página y continúe →**



**General Health Questionnaire (GHQ-28)**

**18- ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?**

Más satisfecho que lo habitual      Aproximadamente lo mismo      Menos satisfecho que lo habitual      Mucho menos satisfecho

**19- ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?**

Más tiempo que lo habitual      Igual que lo habitual      Menos útil que lo habitual      Mucho menos útil que lo habitual

**20- ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?**

Más que lo habitual      Igual que lo habitual      Menos que lo habitual      Mucho menos capaz que lo habitual

**21- ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales cada día?**

Más que lo habitual      Igual que lo habitual      Menos que lo habitual      Mucho menos capaz que lo habitual

**22- ¿Ha pensado que Ud. es una persona que no vale nada?**

No, en absoluto      No más que lo habitual      Bastante más que lo habitual      Mucho más que lo habitual

**23- ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?**

No, en absoluto      No más que lo habitual      Bastante más que lo habitual      Mucho más que lo habitual

**24- ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?**

No, en absoluto      No más que lo habitual      Bastante más que lo habitual      Mucho más que lo habitual

**25- ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?**

Claramente, no      Me parece que no      Se me ha cruzado por la mente      Claramente lo he pensado

**26- ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?**

No, en absoluto      No más que lo habitual      Bastante más que lo habitual      Mucho más que lo habitual

**27- ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?**

No, en absoluto      No más que lo habitual      Bastante más que lo habitual      Mucho más que lo habitual

**28- ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?**

Claramente, no      Me parece que no      Se me ha cruzado por la mente      Claramente lo he pensado

**Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas**

GHQ-28	TOTAL
ANS	
DEP	
SOM	
DISSOC	

**Observaciones:**

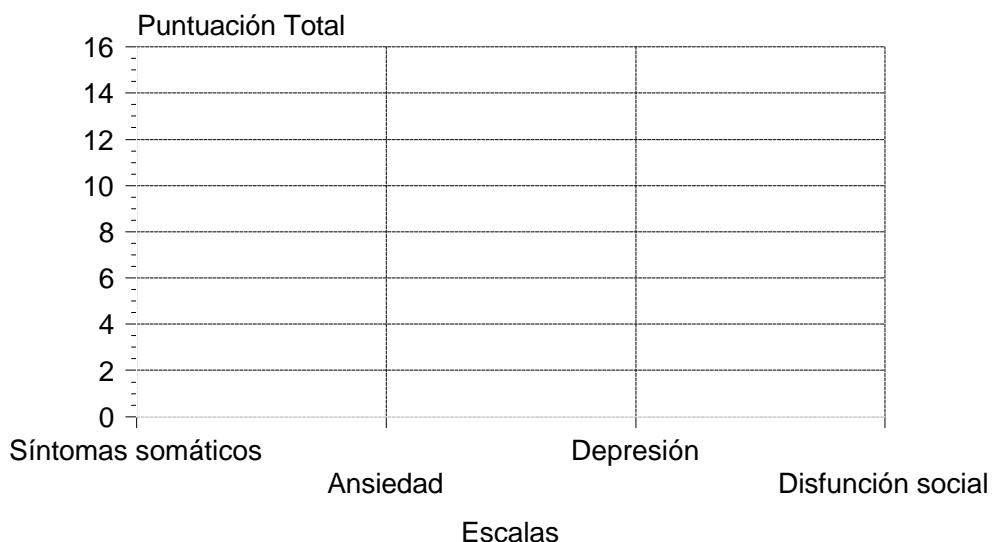


General Health Questionnaire (GHQ-28)

Perfil de puntuaciones totales

## GHQ-28

### Perfil



	Síntomas somáticos de origen psicológico	Ansiedad	Depresión	Disfunción social
<b>Total</b>				