

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 Psicologia, 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 círculo alrededor del número que mejor describa **su capacidad** para realizar las siguientes tareas durante la **última semana**.

	Siempre	Bastantes veces	En ocasiones	Nunca
1-Es Usted capaz de:	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 ¿Cuántos se ha encontrado bien?

1 2 3 4 5 6 7

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

1 2 3 4 5

INSTRUCCIONES: Haga un círculo 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 fibromiálgia 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 (BIP-Sp)

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

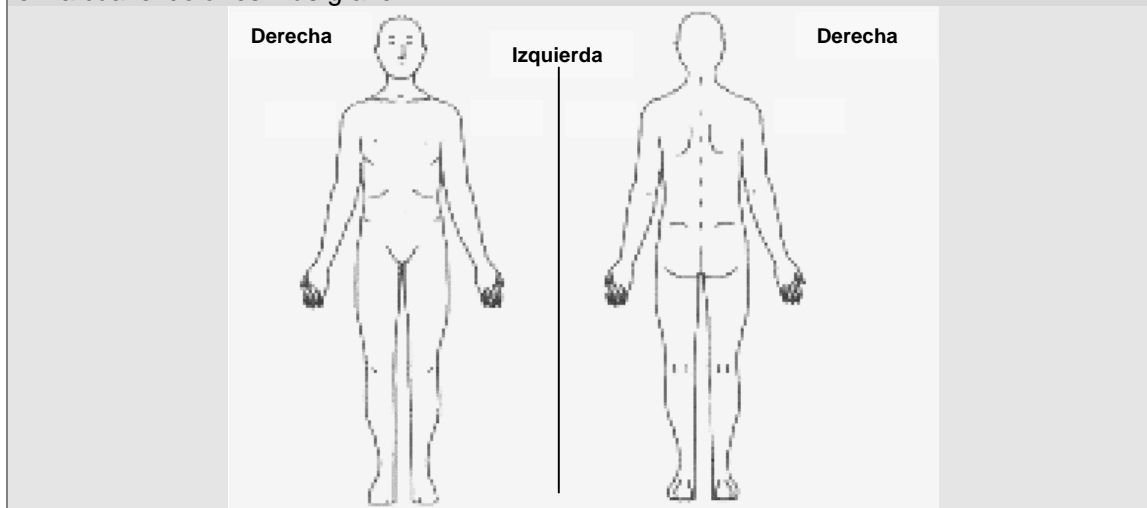
INSTRUCCIONES: Por favor, lea atentamente y conteste a las siguientes preguntas.

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 →

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 mas 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

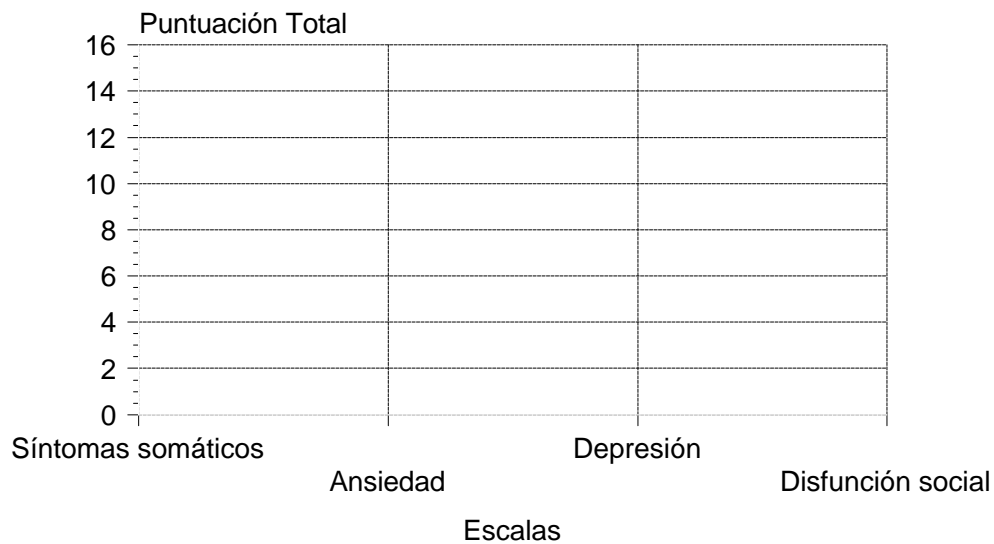
GHQ-28	TOTAL
ANS	
DEP	
SOM	
DISSOC	

Observaciones:

Perfil de puntuaciones totales

GHQ-28

Perfil



	Síntomas somáticos de origen psicológico	Ansiedad	Depresión	Disfunción social
Total				