

Dagmar Keller¹
Manuel de Gracia²
Ramón Cladellas³

Subtipos de pacientes con fibromialgia, características psicopatológicas y calidad de vida

¹Hospital Santa Caterina
Unitat de Recerca
Institut d'Assistència Sanitària (IAS)
Salt, Girona

²Departamento de Psicología
Facultad de Educación y Psicología
Universidad de Gerona (España)

³Unidad de Psicología Básica
Departamento de Psicología Básica,
Evolutiva y de la Educación
Universidad Autónoma de Barcelona

Introducción. El objetivo principal de este trabajo fue identificar subgrupos de pacientes con fibromialgia (FM) a partir de una herramienta clínica de uso frecuente, el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ).

Metodología. Un total de 66 mujeres con diagnóstico de FM participaron en este estudio. Mediante un análisis de conglomerados jerárquico de ítems seleccionados del FIQ (dolor, fatiga, cansancio matutino, rigidez, ansiedad y síntomas depresivos), se identificaron 2 subgrupos de pacientes con FM.

Resultados. El grupo de FM tipo I mostró niveles muy elevados de fatiga, cansancio matutino y ansiedad, y niveles altos en rigidez articular, dolor y síntomas depresivos. El grupo de FM tipo II presentó un predominio de niveles moderados de fatiga y cansancio matutino, con niveles moderadamente bajos de dolor y rigidez articular, junto a un nivel bajo en depresión y ansiedad.

Conclusiones. El grupo de FM tipo I se caracteriza también por tener una baja calidad de vida relacionada con la salud, especialmente en reacciones emocionales y aislamiento social, junto a una mayor afectación de la esfera psicopatológica que la presentada por el grupo de FM tipo-II.

Palabras clave:
Fibromialgia, Subgrupos, Calidad de vida relacionada con la salud, Psicopatología.

Actas Esp Psiquiatr 2011;39(5):273-9

Subtypes of patients with fibromyalgia, psychopathological characteristics and quality of life

Introduction. The main goal of this work was to identify subgroups of patients with fibromyalgia (FM) by

Correspondencia:
Manuel de Gracia
Departamento de Psicología
Facultad de Educación y Psicología
Universidad de Gerona (España)
Plza. Sant Domènec, 9,
17071 Gerona.
Correo electrónico: manuel.gracia@udg.es

means of a frequently used clinical tool, the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ).

Methodology. A total of 66 women diagnosed with FM participated in the study. Two subgroups of patients were identified by analysis of a hierarchical cluster of selected items from the FIQ (pain, fatigue, morning tiredness, stiffness, anxiety and depressive symptoms).

Results. The type I FM-group had very high levels of fatigue, morning tiredness and anxiety, and high levels of joint stiffness, pain and depressive symptoms, while the type II FM-group had predominantly moderate levels of fatigue and morning tiredness, with moderate low levels of pain and stiffness along with a low level of depression and anxiety.

Conclusions. Type I FM-group also had lower health-related quality of life, especially through emotional reactions and social isolation as well as more psychopathological affections than presented by type II FM-group.

Keywords:
Fibromyalgia, Subgroups, Health related quality of life, Psychopathology.

IDENTIFICACIÓN DE CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS Y AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN SUBGRUPOS DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA

La fibromialgia (FM) es una enfermedad multidimensional de etiología hasta el momento desconocida, que se caracteriza por dolor osteoarticular crónico generalizado que el paciente localiza frecuentemente en zonas del aparato locomotor. Otras manifestaciones clínicas comunes que presentan los pacientes con FM en grado variable son: fatiga intensa, alteraciones del sueño, parestesias en extremidades,

rigidez articular, cefaleas y sensación de tumefacción en las manos, además de sintomatología depresiva y ansiedad y problemas cognitivos (disminución de la capacidad de concentración y pérdidas de memoria)¹.

La prevalencia en España de la FM se estima en un 2,4% de la población general mayor de 20 años, lo que representa en valores absolutos que en España hay unas 700.000 personas afectadas por la FM. La prevalencia en hombres se estima en un 0,2%, frente a un 4,2% en las mujeres, lo que supone una relación de prevalencia hombre-mujer de 1:21. Por edades, la FM se manifiesta en todos los grupos de edad estudiados, con una prevalencia máxima entre los 40 y los 49 años (4,9%), y es escasamente frecuente en mayores de 80 años². No obstante, la diversidad sintomatológica del cuadro de FM y las dificultades para llegar a un diagnóstico preciso afectan directamente al consenso sobre su prevalencia, que difiere según los estudios, barajándose cifras de un 2-4% en la población general, entre un 2-6% en las consultas de atención primaria, llegando hasta un 10-20% en las consultas de reumatología³.

Desde hace más de una década se ha intentado identificar a partir de criterios clínicos, distintos subgrupos de este síndrome, diferenciando entre fibromialgia primaria con y sin depresión y la denominada fibromialgia secundaria, basándose en consideraciones y aplicaciones terapéuticas distintas.

El complejo perfil clínico observado en los pacientes con FM indica un trastorno muy heterogéneo. La variabilidad en la intensidad de los síntomas relacionados con el cuadro de FM, que incluye diferencias en el funcionamiento psicológico^{2, 4}, una reactividad cardiovascular alterada⁵, y una percepción distorsionada del dolor^{3, 4, 6} avalan la heterogeneidad del cuadro. Estudios recientes han hallado que las diferencias individuales mostradas por los pacientes en remisión de la sintomatología, también permiten diferenciar el perfil funcional de estos pacientes. Más recientemente, se ha hallado que una combinación de indicadores psicológicos y de sensibilidad al dolor permitían diferenciar mejor a distintos subgrupos de pacientes con FM⁷. El análisis cluster permitió identificar tres subgrupos de pacientes diferentes con un perfil psicopatológico bien definido: un subgrupo de pacientes con fibromialgia caracterizado por un predominio de índices elevados en los indicadores de depresión y ansiedad; un grupo con predominio de factores cognitivos de catastrofismo y bajo control sobre el dolor y, por último, un tercer grupo con una mayor reactividad sensorial al dolor (hiperalgesia y percepción dolorosa). Cada perfil permite identificar diferentes estrategias con las que los pacientes afrontan el dolor y que requerirían de un enfoque terapéutico específico. Otros estudios han identificado también tres subgrupos de pacientes con similares características⁸. Los autores denominaron al primero 'disfuncional', con la ansiedad como problema principal. El segundo subgrupo compuesto por pacientes con un elevado sufrimiento interpersonal, que

presentarían problemas psiquiátricos asociados. Finalmente, un tercer grupo de personas con una estrategia adaptativa de afrontamiento.

Se ha propuesto una forma empírica de clasificación de la FM basada especialmente en el perfil psicopatológico del paciente, que incluye el grupo 1 (sin enfermedad psiquiátrica), el grupo 2 (FM con depresión), el grupo 3 (depresión con FM) y el grupo 4 (FM debida a somatización)⁸.

En una reciente revisión sistemática de la literatura⁹ se identificó los siguientes subgrupos clasificatorios en el paciente que cumple los criterios vigentes de FM, pacientes sin ninguna enfermedad concomitante (FM tipo I), pacientes con enfermedades crónicas reumáticas y autoinmunitarias (FM tipo II), pacientes con grave alteración en la esfera psicopatológica (FM tipo III) y pacientes que simulan el padecimiento de la FM (FM tipo IV).

Los estudios multifactoriales de enfoque biopsicosocial de la FM muestran que los pacientes tienen significativamente más problemas de tipo psicológico que los controles sanos y que los pacientes con trastornos de dolor crónico como la artritis reumatoide¹⁰. En general, estos pacientes muestran también más trastornos de tipo emocional, unas estrategias de afrontamiento al dolor más pobres y una red de apoyo social más limitada que los controles sanos estudiados. Algunos estudios indican que un 47% de los pacientes con FM tiene un trastorno de ansiedad, mientras que otros estudios indican que un 50% presentan un cuadro depresivo¹. Los estudios también señalan que existe una correlación entre indicadores de psicopatología con la duración de la enfermedad y el dolor¹¹. La FM tiene un importante impacto en la calidad de vida relacionada con la salud, mayor incluso que otras enfermedades crónicas como la artritis reumatoide o la artrosis. El impacto sobre la vida familiar es especialmente importante, afectando a las actividades de la vida diaria y a las relaciones sociales⁶.

Siguiendo la metodología propuesta por de Souza et al.¹² para la identificación de subgrupos de pacientes con diferentes perfiles de FM, el objetivo de este estudio es, a) identificar posibles diferencias en indicadores de calidad de vida relacionada con la salud y b) identificar las posibles diferencias en indicadores globales de psicopatología entre subgrupos de pacientes con diferentes grados de afectación de FM.

Se utilizó el Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (FIQ) para identificar subgrupos de pacientes con FM. El FIQ es un cuestionario adecuado para la formación de agrupaciones, se administra rápidamente y evalúa las principales características clínicas de la FM¹². Es importante destacar que el FIQ evalúa los síntomas psicológicos y físicos, lo que permite una medición amplia de los diferentes indicadores de FM.

MATERIAL Y MÉTODO

Pacientes

Las pacientes fueron reclutadas a través de los centros de atención primaria y de las asociaciones locales de pacientes con fibromialgia. Se realizó un muestreo no aleatorio por selección intencionada de todos los candidatos posibles de la población de estudio. Criterios de inclusión: diagnóstico clínico reumatológico de fibromialgia según el American College of Rheumatology¹³, capacidad para entender y responder a los cuestionarios, firma del consentimiento informado. Criterios de exclusión: *diagnóstico de enfermedad física o psiquiátrica*. Pacientes que, en opinión del investigador, sea improbable que puedan cumplir el protocolo del estudio. Pacientes que estén participando en un ensayo clínico. Pacientes con un litigio laboral no resuelto relacionado con la fibromialgia.

La muestra final de estudio estuvo formada por 66 mujeres diagnosticadas de FM, con edades comprendidas entre los 28 y los 62 años (ME=47,18; DE=8,52), y una media de duración de la enfermedad de 4,42 años (DE=1,72). El 75% de las pacientes estaban casadas (n=54), un 8,3% (n=6) separadas, un 5,6% (n=4) viudas y un 2,8% (n=2) solteras. Un 6,9% de la muestra no tenía estudios, mientras que un 66,6% (n=48) tenía estudios primarios, un 12,5% secundarios y un 5,6% superiores (n=4). El 59,1% (n=39) de las pacientes no trabajaba en el momento de la evaluación.

Instrumentos

Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)¹⁴⁻¹⁶. Se trata de un cuestionario formado por 10 ítems. El primero mide el funcionamiento físico y está compuesto por diez subítems que se valoran de 0 a 3 puntos, donde 0 indica "siempre soy capaz de..." y 3 "nunca soy capaz de...", cada uno de los ítems hace referencia a diferentes actividades de la vida diaria como: "ir de compras", "pasear por el barrio" "conducir", etc. Los dos ítems siguientes hacen referencia a la situación laboral, recogiendo en el primero el número de días de dicha semana en los que se sintió bien, y en el segundo el número de ausencias laborales debidas a la fibromialgia durante la semana anterior a la evaluación. Finalmente, los últimos 7 ítems miden, respectivamente, la interferencia de la enfermedad en el trabajo, el dolor, la fatiga, el cansancio matutino, la rigidez, la ansiedad, y la depresión. El FIQ tiene una fiabilidad test-retest aceptable (con correlaciones que oscilan entre 0,56 para el dolor y 0,95 para el funcionamiento físico) y ha sido utilizado de forma eficaz en numerosas investigaciones, tanto de tipo farmacológico¹⁷ como psico-social¹⁸. El FIQ es específico para mujeres, dada la mayor prevalencia del síndrome fibromiálgico en mujeres que en hombres.

El *Nottingham Health Profile* (NHP)^{19,20}. Es un instrumento genérico de calidad de vida relacionada con la salud que evalúa el sufrimiento ("distress") físico, psicológico y social asociado a problemas médicos, sociales y emocionales. Consta de 38 ítems de respuesta dicotómica (Si/No) pertenecientes a seis dimensiones de la salud: energía (3 ítems), dolor (8 ítems), movilidad física (8 ítems), reacciones emocionales (9 ítems), sueño (5 ítems), y aislamiento social (5 ítems). Las puntuaciones de cada dimensión son los porcentajes de respuestas afirmativas siendo el recorrido de las mismas de 0 (ningún sufrimiento) a 100 (máximo nivel de sufrimiento), para cada dimensión. Se obtienen así 6 puntuaciones diferentes, correspondientes a cada una de las dimensiones del cuestionario, que proporcionan un perfil del estado de salud percibida del paciente²¹.

Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)^{22, 23}. Es un cuestionario autoaplicado multidimensional compuesto por 90 ítems. El cuestionario proporciona información de 9 dimensiones de sintomatología psicopatológica (somatización, obsesivo-compulsiva, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo), y 3 escalas generales: el Índice Global de Severidad (GSI), el Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI) y el Índice de Sintomatología Positiva Total (PST). Los índices de fiabilidad de la adaptación española del SCL-90-R están entre 0,77 y 0,90. El SCL-90-R muestra una elevada sensibilidad diagnóstica, de entre el 80 y el 90%, y una especificidad entre el 20 y el 60%.

Procedimiento

El protocolo de estudio junto con la hoja de consentimiento informado fueron aprobados por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Institut d'Assistència Sanitaria (CEIC-IAS) del Hospital Santa Caterina (Salt, Gerona). Se obtuvo el consentimiento informado de cada paciente participante. La administración del protocolo de evaluación fue individual y heteroaplicada. Todos los participantes seleccionados completaron el protocolo de estudio.

Análisis de datos

Análisis descriptivo de las variables de estudio. Se realizó un análisis de conglomerados jerárquico para identificar subgrupos de FM. Las agrupaciones se crearon con las puntuaciones obtenidas en seis de los siete ítems del FIQ. Estos ítems incluyen dolor clínico, fatiga, cansancio matutino, rigidez articular, ansiedad y síntomas depresivos. El séptimo ítem (cómo interfiere el dolor en el trabajo) no se incluyó en el análisis de conglomerados ya que un 59,1 % de las pacientes no trabajaba en el momento de la evaluación.

La matriz de distancias de disimilaridad entre los centroides se obtuvo a través de la distancia euclídea al cua-

Tabla 1	Descriptivos de las variables de estudio	
	ME	DE
FIQ		
dolor	6,88	2,36
fatiga	8,26	1,86
cansancio matutino	8,26	2,32
rigidez articular	7,35	2,32
ansiedad	7,48	2,71
síntomas depresivos	6,98	2,84
NHP		
energía	88,88	26,38
dolor	82,40	22,91
movilidad física	54,11	22,74
reacciones emocionales	59,97	27,48
Sueño	59,74	28,44
aislamiento social	35,92	29,76
SCL-90-R		
somatización	2,43	0,71
obsesivo-compulsiva	2,17	0,85
sensibilidad interpersonal	1,48	0,90
depresión	2,30	0,87
ansiedad	1,73	0,88
ansiedad fóbica	1,12	0,96
ideación paranoide	1,28	0,96
psicoticismo	0,96	0,76
índice global de severidad (GSI)	1,77	0,74
índice de distrés de síntomas positivos (PSDI)	2,38	0,57
índice de sintomatología positiva Total (PST)	63,87	16,78

FIQ: Fibromialgia Impact Questionnaire. NHP: Nottingham Health Profile; SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised

drado, recomendable cuando las variables son homogéneas y medidas en unidades similares²⁴. Se utilizó el método de Ward para determinar qué participantes se asignaban a cada agrupación. Este método minimiza la varianza intra-grupo y genera conglomerados más pequeños y homogéneos²⁵. Como reglas de parada para la determinación del número óptimo de conglomerados se utilizó la combinación del índice de Calinski y Harabas²⁶, la maximización de la silueta media²⁷ y la detección del codo de la curva de representación²⁸. Se realizó un análisis discriminante para estudiar

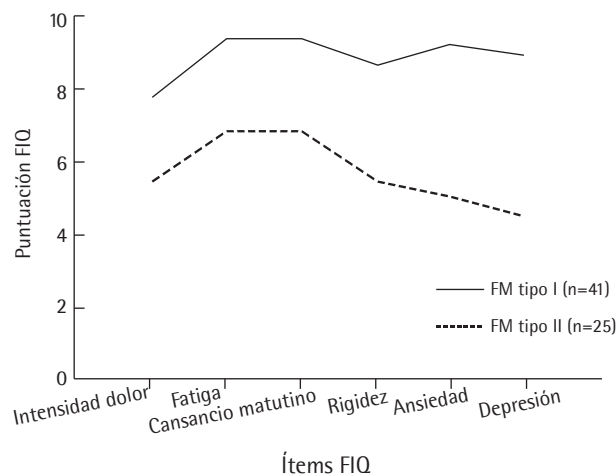


Figura 1

Agrupaciones creadas a partir de los ítems del FIQ. Puntuación media de los ítems para cada agrupación: FM tipo I y FM tipo II

el peso relativo de cada ítem en la discriminación entre los grupos de pacientes con FM, y un análisis multivariante de la varianza (MANOVA) de las variables de estudio de calidad de vida relacionada con la salud (NHP) y de las variables psicopatológicas estratificadas por grupos de FM, se aplicaron contrastes univariados para comparaciones entre grupos. No se incluyó en los análisis la dimensión 'dolor' del NHP ya que se evalúa de forma específica en el FIQ. En los análisis multivariados se incluyeron únicamente los índices globales de psicopatología de SCL-90-R.

RESULTADOS

Las características de la muestra y la puntuación media de cada uno de los instrumentos utilizados se muestran en la tabla 1. Para el FIQ sólo se muestran las puntuaciones medias de las 6 subescalas utilizadas en el análisis de agrupación.

El análisis de conglomerados identificó 2 grupos de pacientes con perfiles diferenciados (Figura 1). En la tabla 2 se muestra la puntuación media y desviación de las variables de estudio para cada agrupación. El primer grupo (FM-I) incluyó a 41 pacientes con niveles muy elevados de fatiga, cansancio matutino y ansiedad, y niveles altos en rigidez articular, dolor y síntomas depresivos. El segundo grupo (FM-II) formado por 25 pacientes se caracteriza por un perfil con predominio de niveles moderados de fatiga y cansancio matutino, con niveles moderadamente bajos de dolor y rigidez articular, junto a un nivel bajo en depresión y ansiedad.

Tras la formación de agrupaciones, se realizó un análisis discriminante para estudiar el peso relativo de cada ítem en

Subescalas FIQ	FM tipo I (n=41) ME(DE)	FM tipo II (n=25) ME (DE)	Coeficientes de clasificación de la función		
			Saturación	FM tipo I	FM tipo II
Intensidad dolor	7,88(2,01)	5,24(1,96)	0,39	1,08	0,72
Fatiga	9,20(0,98)	6,72(1,96)	0,51	2,85	2,35
Cansancio matutino	9,20(1,14)	6,72(2,90)	0,36	1,06	0,79
Rigidez articular	8,56(1,07)	5,36(2,46)	0,54	-0,17	-0,23
Ansiedad	9,12(0,90)	4,80(2,56)	0,78	1,498	0,69
Depresión	8,73(1,16)	4,12(2,42)	0,78	1,841	0,78
Constante				-36,86	-16,09

	FM tipo I (n=41) ME (DE)	FM tipo II (n=25) ME(DE)	F _{univariado} ;p	d' tamaño del efecto (%)
energía	95,12(14,06)	78,64 (37,15)	6,57;p<0,013	0,66(21)
movilidad física	60,05(19,56)	44,38(24,57)	8,19;p<0,006	0,75 (35)
reacciones emocionales	70,16(22,54)	43,26(27,02)	19;p<0,000	1,12 (62)
sueño	67,51(27,23)	47,00(26,14)	9,07;p<0,004	0,78(44)
aislamiento social	48,91(28,46)	14,60(16,95)	29,78;p<0,000	1,41 (100)
SCL-90-R				
GSI	2,01(0,72)	1,37 (0,60)	13,45;p<0,001	0,96(47)
PST	69,24(13,85)	55,08 (17,69)	13,12;p<0,001	0,93(26)
PSDI	2,54(0,57)	2,11(0,45)	10,04;p<0,002	0,83(20)

la discriminación entre los grupos de FM. La función discriminante obtenida fue significativa ($\chi^2=80,84$; $gl=6$, $p<0,0001$). Todas las correlaciones (saturación de cargas) superiores a 0,35 se consideraron buenos predictores de la función discriminante. Los resultados de los análisis de la función discriminante muestran que los síntomas depresivos, la ansiedad y la rigidez articular diferencian mejor los dos grupos de FM, que la fatiga, el dolor o el cansancio matutino (tabla 2).

El análisis multivariante mostró que los resultados para el conjunto combinado de indicadores de salud percibida e índices generales de psicopatología fueron significativos entre grupos de FM ($F_{\text{multivariado}} = 4,91$, $P = 0,0001$). La combinación lineal de las variables dependientes explicó un 42% de las diferencias entre grupos. Los análisis univariados mostraron diferencias significativas entre grupos de FM en todas

las variables dependientes. Para la interpretación de estos estadísticos se siguieron los criterios propuestos por Cohen²⁹ para interpretar el tamaño del efecto tipificado (valores < 0,20 representarían un cambio pequeño; un valor de 0,50 representa un cambio moderado, y un valor superior a 0,80 supone un cambio elevado) (tabla 3).

El tamaño del efecto observado fue elevado en la variable reacciones emocionales y aislamiento social, y moderado en el resto de variables de estudio.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos apoyan la presencia de distintos subgrupos entre mujeres con FM. Los subgrupos se

identificaron a través de un análisis de conglomerados con ítems seleccionados del FIQ. Basándose en este análisis, las pacientes con FM pueden dividirse en dos grupos: FM-Tipo I y FM-Tipo II. Un 62,2% de las pacientes de la muestra pertenecía a FM-Tipo I. El perfil de las pacientes de este grupo mostró niveles muy elevados de fatiga, cansancio matutino y ansiedad, y niveles altos en rigidez articular, dolor y síntomas depresivos. El grupo de FM-Tipo II constituido por el 37,8% de la muestra, presentó un predominio de niveles moderados de fatiga y cansancio matutino, con niveles moderadamente bajos de dolor y rigidez articular, junto a un nivel bajo en sintomatología ansiosa y depresiva. Las comparaciones entre grupos de FM de los indicadores de calidad de vida relacionados con la salud, mostraron una peor salud percibida en todas las dimensiones para los pacientes del grupo FM-Tipo I. Las reacciones emocionales frente a la enfermedad y el aislamiento social fueron las dimensiones del NHP con un mayor tamaño del efecto y mayor porcentaje relativo de cambio. Respecto a las diferencias en las variables psicopatológicas entre grupos, el grupo FM-Tipo I mostró más alteración en la esfera psicopatológica con una mayor gravedad (GSI) e intensidad de los síntomas percibidos (PSDI), y un mayor número de síntomas psicopatológicos, independientemente de su gravedad (PST), que los observados en el grupo FM-Tipo II.

Coincidiendo con otros estudios⁷, los datos obtenidos sugieren que la heterogeneidad diagnóstica que caracteriza a los pacientes con FM puede ser debida a diferencias significativas en la sintomatología ansiosa y depresiva. Estas diferencias pueden interpretarse como la existencia de más síntomas de ansiedad o depresión asociada en los pacientes de FM-Tipo I, pero no en los de Tipo II, a pesar de que estos también tienen niveles altos de dolor, cansancio y rigidez articular⁴. El grupo de pacientes de FM-Tipo I presenta un mayor impacto en la calidad de vida, especialmente en el estado emocional y en las relaciones sociales, mostrando un mayor aislamiento social, resultados que coinciden parcialmente con los hallados en otras investigaciones³⁰⁻³².

Las conclusiones de este estudio apoyan la existencia de perfiles diferenciados de pacientes con FM descritos en otras investigaciones, con características similares a los hallados en este estudio^{8, 12}.

En general, nuestro estudio coincide en destacar que la heterogeneidad que caracteriza a la FM se debe principalmente a diferencias en la sintomatología ansiosa y depresiva, junto a una mayor afectación de la esfera psicopatológica. Estas diferencias se pueden considerar como una evidencia de que estas sintomatologías pueden ser indicadoras de comorbilidad psiquiátrica en los pacientes con FM-Tipo I, aunque no en los pacientes con FM-Tipo II. La comorbilidad psiquiátrica es frecuente en diferentes enfermedades orgánicas crónicas (p.e. enfermedad coronaria, diabetes o hipertensión pulmonar). No obstante, en ocasiones en la práctica clínica

se sigue cuestionando la organicidad de la FM y se entiende ésta como una forma de depresión enmascarada. Los perfiles hallados en nuestro estudio permiten sostener que la sintomatología psiquiátrica no estaría presente en todos los pacientes con FM. Aunque si lo estaría, pero en diferente grado, la hiperalgesia, la fatiga y la rigidez articular característica de la FM.

Los resultados de este estudio apoyan también la necesidad de personalizar y optimizar los tratamientos farmacológicos^{33, 34}, aunque la hiperalgesia, rigidez y cansancio, comunes a ambos perfiles, podría abordarse con los tratamientos habituales en los dos subtipos de FM.

Una limitación de este estudio es la serie relativamente corta de pacientes y el tipo de muestro realizado, que limita la generalización de los resultados y puede afectar al riesgo de sobreajuste de los conglomerados obtenidos. No obstante, los elevados tamaños de los efectos permiten sostener que los resultados reflejan las verdaderas diferencias intergrupo halladas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rivera J. Evidencias terapéuticas en fibromialgia. *Reumatología Clínica* 2006;2:34-7.
2. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población española. Madrid: Sociedad Española de Reumatología, 2001.
3. Giménez J, Guitart J. Prevalencia de puntos dolorosos tipo fibromialgia en una población reumatológica. Evaluación de diversas variables. *Rev Soc Esp Dolor* 1999;6:412-9.
4. Thieme K, Turk D, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationships to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine* 2004;66:837-84.
5. Price D, Staud R. Neurobiology of fibromyalgia syndrome. *J Rheumatology* 2005;75:22-8.
6. Crofford L. The relationship of fibromyalgia to neuropathic pain syndromes. *J Rheumatology* 2005;75:41-5.
7. Giesecke T, Williams D, Harris R, Cupps T, Tian X, Tian T, et al. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis Rheum* 2003;48:2916-22.
8. Müller W, Schneider E, Stratz T. The classification of fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int* 2007;27:1005-10.
9. Belenguer R, Ramos M, Siso A, Rivera, J. Clasificación de la fibromialgia: revisión sistemática de la literatura. *Reumatología Clínica* 2009;5(2): 55-62.
10. Porter S, Gatchel R, Robinson R, Deschner M, Posamentier M, Polatin P, et al. Biopsychosocial profiles of different pain diagnostic groups. *Journal Pain* 2006;7(5):308-18.
11. Epstein S, 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.
12. de Souza J, Goffaux P, Julien N, Potvin S, Charest J, Marchand S. Fibromyalgia subgroups: profiling distinct subgroups using the Fibromyalgia Impact Questionnaire. A preliminary study. *Rheumatol Int* 2009;29(5):509-15.

13. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
14. Burckhardt C, Clark S, Bennett R. The fibromyalgia impact questionnaire (FIQ): development and validation. *J. Rheumatol* 1991;18:728-33.
15. de Gracia M, Marcó M, Ruiz J, Garabieta F. Evaluación de los aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Análisis y Modificación de Conducta* 2001;27:959-80.
16. Esteve J, Rivera J, Salvat M, de Gracia M, Alegre C. Propuesta de una revisión de consenso del Fibromialgia Impact Questionnaire (FIQ) para población española. *Reumatología Clínica* 2007;3:21-4.
17. 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;39:1852-9.
18. Goldenberg D, Kaplan H, Nadeau M, Brodeur C, Smith S, Schmid C. A controlled study of a stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain* 1994;2:53-66.
19. Hunt S, McKenna S, McEwen J, Williams J, Papp E. Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med* 1981;15A:211-29.
20. Alonso J, Anto J, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990;80:704-8.
21. Badia X, Salamero M, Alonso J, Ollé A. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A., 1999.
22. Derogatis L. The SCL-90-R. Clinical Psychometric Research. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1975.
23. González de Rivera J. Versión española del SCL-90-R. Madrid: TEA, 2002.
24. Aldenderfer M, Blashfield R. Cluster analysis. Beverly Hills: Sage Press, 1984.
25. Milligan G, Cooper M. An examination of procedures for determining the number of clusters in a data set. *Psychometrika* 1985;50:159-79.
26. Calinski T, Harabasz J. A dendrite method for cluster analysis. *Communications in Statistics* 1974;3(1):1-27.
27. Kaufman L, Rousseeuw P. Finding groups in data. An introduction to cluster analysis. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc., 1990.
28. Salvador S, Chan Ph. Determining the number of clusters-segments in hierarchical clustering-segmentation algorithms. Technical Report CS-2003-18. Department of Computer Sciences: Florida Institute of Technology, 2003.
29. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.
30. Marques A, Ferreira E, Matsutani L, Pereira C, Assumpcao A. Quantifying pain threshold and quality of life of fibromialgia patients. *Clin Rheumatol* 2005;24:266-71.
31. Raak R, Hurtig I, Wahren L. Coping strategies and life satisfaction in subgrouped fibromyalgia patients. *Biol Res Nurs* 2003;4:193-202.
32. González E, Elorda J, Failde I. Comorbilidad psiquiátrica y fibromialgia. Su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes. *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38(5):295-300.
33. Turk D. The potential of treatment matching for subgroups of patients with chronic pain: lumping versus splitting. *Clin J Pain* 2005;21:44-55.
34. Alegre de Miguel C, Garcia Campayo J, Tomás Flórez M, Gómez Arguelles JM, Blanco Tarrío E, Gobbo Montoya M, et al. Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38(2):108-20.