

Estructura y adecuación del Inventario de Depresión de Beck en pacientes con fibromialgia

María Isabel Comeche Moreno, José Ortega Pardo, María de la Fe Rodríguez Muñoz, Marta Isabel Díaz y Miguel Ángel Vallejo Pareja
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

El inventario de Depresión de Beck (BDI) es un instrumento ampliamente utilizado para la medida de la depresión en dolor crónico. Sin embargo, no existen estudios que analicen la estructura y adecuación del uso del BDI en estos pacientes. En este trabajo se han realizado análisis factoriales exploratorios y confirmatorios de los resultados del BDI en una muestra de 300 pacientes de fibromialgia. La estructura factorial exploratoria del BDI plantea tres factores que incluyen los síntomas cognitivos, afectivos y somáticos. Los análisis de ecuaciones estructurales realizados para confirmar el ajuste de los datos de esta muestra a los modelos recogidos en la literatura para el dolor crónico no han resultado significativos. Estos resultados parecen señalar que existen diferencias entre las manifestaciones depresivas de este tipo de pacientes y los de dolor crónico. Además, la peculiar estructura del BDI en esta muestra de pacientes parece indicar un solapamiento entre algunos síntomas depresivos y los síntomas de fibromialgia, que podría conducir a una sobreestimación de la ocurrencia de depresión, cuando ésta se mide con el BDI, sesgo que debería ser valorado y modificado.

Structure and adequacy of the Beck Depression Inventory in patients with fibromyalgia. The Beck Depression inventory is a widely used instrument for the measurement of depression in chronic pain. However, there are no studies that analyze the structure and adequacy of the use of the BDI in these patients. In this work, we have carried out exploratory and confirmatory factor analysis of the results of the BDI in a sample of 300 patients with fibromyalgia. The factor structure of the exploratory BDI yields three factors that include cognitive, emotional and somatic symptoms. The structural equation analyses carried out to confirm the fit of the data in this sample with the models of chronic pain presented in the literature were not significant. These results indicate that there are differences between the depressive manifestations of this type of patients and those with chronic pain. In addition, the peculiar structure of the BDI in this sample of patients seems to indicate an overlap between some depressive symptoms and the symptoms of fibromyalgia, which could lead to an overestimation of the occurrence of depression when measured with the BDI, a bias that should be assessed and modified.

La fibromialgia es un trastorno en el que, además del dolor generalizado y difuso, se presentan una gran variedad de síntomas, entre los que destacan el cansancio persistente, los problemas de sueño, la rigidez generalizada, que junto al dolor y el cansancio dificultan la realización del trabajo o las tareas diarias, y los problemas emocionales, sobre todo de tipo depresivo.

La depresión es, sin duda, uno de los trastornos psicológicos más frecuentes y más preocupantes en los pacientes de fibromialgia. Ya en 1990, la Academia Americana de Reumatología (American College of Rheumatology - ACR), al establecer los criterios clasificatorios de la fibromialgia (Wolfe, Smythe, Yunus et al., 1990), señalaba la existencia de antecedentes depresivos en una tercera parte de los pacientes de fibromialgia. Desde entonces, numerosas

investigaciones se han ocupado de estudiar los problemas depresivos en los pacientes de fibromialgia (González, Peñacoba, Velasco et al., 2009; Pérez-Pareja, Borrás, Palmer, Sesé et al., 2004).

A pesar de la profusión de trabajos científicos en este contexto, la prevalencia de problemas depresivos en los pacientes de fibromialgia no está claramente establecida, existiendo una elevada variabilidad en las cifras que los diferentes estudios aportan (Okifuji, Turk y Sherman, 2000), probablemente debida a diferencias en los instrumentos de evaluación utilizados, al nivel de gravedad considerado o al tipo de prevalencia informada. Así, en el estudio de Bennet (2002) se informa de que un 30% de los pacientes presentan depresión en el momento de acudir a consulta. Porcentajes algo más elevados aporta el trabajo de Okifuji y Turk (2003), que informan de un 72%. En todo caso, los porcentajes de depresión encontrados son siempre muy superiores a los informados en otros pacientes de dolor crónico (Gormsen, Rosenberg, Bach y Jensen, 2010).

Respecto a los instrumentos utilizados, el Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory - BDI*) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) es, sin duda, uno de los instrumentos más

sencillos de aplicar y más ampliamente utilizados para evaluar la depresión en pacientes de fibromialgia (Rivera, Alegre, Ballina, Carbonell et al., 2006). Existen numerosos trabajos en los que se utiliza este cuestionario, bien para estudiar las características psicológicas de los pacientes de fibromialgia (Pérez-Pareja et al., 2004), bien como variable dependiente para evaluar la mejoría tras la intervención terapéutica (Redondo, Justo, Moraleda, García-Velayos et al., 2004).

La adecuación del BDI para evaluar la gravedad de la depresión en los pacientes de fibromialgia ha sido cuestionada por algunos autores. Por ejemplo, Burckhardt, O'Reilly, Wiens y Clark (1994) señalaban cómo el uso de muchos de los instrumentos estandarizados de evaluación de la depresión, y en particular el uso del BDI con pacientes de fibromialgia, podía llevar a una sobreestimación de su nivel de depresión ya que algunos de los ítems se refieren, de forma específica, a síntomas de su propia enfermedad. Por este motivo proponían el uso de una versión ajustada, "libre de enfermedad", y que comparada con el BDI estándar parecía ser más específica. En este sentido, el propio Beck, tras realizar la nueva versión de este cuestionario, el BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996), propusieron una nueva modificación del original, el *Beck Depression Inventory Primary Care* (Beck, Guth, Steer y Ball, 1997), destinado a valorar la depresión en pacientes con enfermedades médicas, eliminando para ello aquellos ítems que pudieran referirse a síntomas de enfermedad.

Sin embargo, y a pesar de la existencia de estas versiones ajustadas, su uso en pacientes de fibromialgia no se ha generalizado. Siendo, como ya se ha señalado, el BDI original el instrumento más utilizado para valorar el ánimo depresivo en estos pacientes, como se sigue observando en trabajos recientes (Kulcu, Akbas, Bicakigil et al., 2010; Wilke, Gota y Muzina, 2010) e, incluso, es uno de los instrumentos que se considera consensuado para evaluar la depresión en fibromialgia (Rivera et al., 2006).

Una forma de estudiar si entre los ítems del BDI existe un solapamiento de síntomas entre los de la depresión y los propios de la enfermedad es explorar la estructura de este cuestionario mediante análisis factorial. Como informan Beck, Steer y Garbin (1988), el número de factores que suele aparecer en los diferentes estudios psicométricos que se han llevado con este cuestionario es variable y depende de las muestras estudiadas. La solución factorial más frecuentemente informada es la de 3 factores.

Con pacientes de dolor crónico la estructura factorial más frecuente es también la de tres factores. Así, Williams y Richardson (1993) en su primer trabajo de estudio del BDI en pacientes de dolor crónico, propusieron tres factores llamados "Preocupación por la salud", "Autocrítica" y "Malestar somático". Por su parte, el modelo de Novy, Nelson, Berry y Averill (1995) confirma la existencia de tres factores, en los que se reparten los aspectos cognitivos, afectivos y somáticos del cuestionario de manera jerárquica, denominando al primer factor "Actitud negativa/Suicidio", al segundo "Dificultades funcionales" y al tercero "Manifestaciones fisiológicas". En último lugar, Morley, Williams y Black (2002) plantean tres factores llamados "Autodenigración", "Función física" y "Afecto". Para estos autores el factor de autodenigración que englobaría la visión negativa de uno mismo y el factor relacionado con la función física son los elementos claves del BDI con pacientes de dolor crónico.

Puesto que no existen datos de la estructura factorial del BDI en pacientes de fibromialgia, este trabajo se propone como objetivos, en primer lugar, explorar dicha estructura mediante un análisis fac-

torial exploratorio. En segundo lugar se plantea, mediante un análisis confirmatorio, indagar si los datos de esta muestra de pacientes de fibromialgia se ajustan a alguno de los modelos que previamente se han propuesto para pacientes de dolor crónico. Finalmente, y a la vista de los resultados, se plantea discutir la adecuación del uso de este instrumento en pacientes de fibromialgia.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por un total de 300 pacientes de fibromialgia clasificados según los criterios de la ACR (Wolfe et al., 1990), y todos ellos pertenecientes a la Asociación de Fibromialgia de la Comunidad de Madrid (AFIBROM). La mayor parte de esta muestra eran mujeres (96,7%) frente a solo un 3,3% de hombres, cifras que están en consonancia con los datos sobre la prevalencia de la fibromialgia en población española EPISER (Valverde, Juan, Rivas y Carmona, 2001), así como con aportados por Mas, Carmona, Valverde et al. (2008), quienes cifran la proporción entre mujeres y hombres en aproximadamente 22:1. La media de edad era de 48,9 años (d.t.= 9,44); la duración media de la enfermedad era de 12,2 años (d.t.= 9,82), aunque el tiempo desde que habían sido diagnosticados era mucho menor, con una media de 4,6 años.

Procedimiento

Las personas que participaron en este estudio lo hicieron voluntariamente, dando su consentimiento para participar en una investigación sobre diferentes aspectos de la fibromialgia. La evaluación se realizó en la sede de la Asociación AFIBROM, en sesiones grupales (en grupos de aproximadamente 10 pacientes), en las que inicialmente se daban las instrucciones y se solucionaban las posibles dudas para asegurar la correcta cumplimentación del BDI. Además, en esta sesión los participantes firmaban un consentimiento para que sus datos pudieran ser utilizados con fines de investigación.

Instrumento

En este trabajo se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory - BDI*), (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). El uso de la versión inicial de este inventario obedece al hecho de que ésta era la única disponible en castellano en el momento de iniciar esta investigación; además, y como se ha señalado previamente, a que ésta es la versión más frecuentemente utilizada para valorar síntomas depresivos en los pacientes de fibromialgia.

El BDI es un autoinforme que consta de 21 ítems, destinado a evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. Cada uno de los ítems tiene cuatro alternativas de respuesta, ordenadas de menor a mayor (de 0 a 3 puntos), de las que la persona debe elegir aquella que mejor describa la forma en que se ha sentido la pasada semana. El rango de puntuación del BDI oscila entre 0 y 63 puntos, siendo los puntos de corte según Beck et al. (1988): 0-9 normal, 10-18 leve, 19-29 moderada y 30-63 grave.

Análisis de datos

Para explorar las características del cuestionario se estudiaron los descriptivos de cada uno de los ítems, y se realizó el análisis

factorial exploratorio con rotación varimax método componentes principales, con el programa SPSS 17. La rotación varimax simplifica la interpretación de los factores optimizando la solución por columna. Posteriormente se efectuó un análisis confirmatorio (método máxima verosimilitud) con el programa AMOS 17, analizando en esta muestra los indicadores de ajuste de los modelos teóricos estudiados.

Resultados

Niveles de gravedad de la depresión

Se han obtenido los niveles de gravedad de la muestra en depresión de acuerdo a los criterios de Beck, Steer y Garbin (1988). La mayor parte de los participantes tenía niveles leves (36%) o moderados (38%) de depresión. Solo un 13% de la muestra tendría un nivel normal de estado de ánimo y, a su vez, el mismo porcentaje de personas (13%) presentaba un nivel grave de depresión.

Puntuaciones medias de cada ítem

En la tabla 1 se detallan los estadísticos descriptivos de cada uno de los ítems del BDI. Como puede verse en dicha tabla, los dos ítems en los que las puntuaciones fueron más elevadas son el 17, con una media de 1,71 (escala 0-3) y el 16, con una media de 1,70. Los síntomas descritos en estos dos ítems (“Cansancio o fatiga” y “Problemas de sueño”, respectivamente) coinciden con dos de los síntomas más característicos del síndrome fibromiálgico. Otro de los síntomas más característicos de la fibromiálgia, las

Ítems	Media	Desviación típica
1. Tristeza	,98	,784
2. Pesimismo	,99	,925
3. Fracaso	,59	,824
4. Pérdida placer	1,25	,816
5. Culpa	,67	,830
6. Castigo	,63	1,120
7. Insatisfacción	,57	,554
8. Autocrítica	,74	,836
9. Suicidio	,30	,526
10. Llanto	,95	,983
11. Irritabilidad	,98	,758
12. Pérdida interés	,68	,726
13. Indecisión	,93	,913
14. Aspecto	,79	,970
15. Dificultad trabajar	1,34	,689
16. Sueño	1,70	,900
17. Cansancio	1,71	,723
18. Apetito	,57	,808
19. Pérdida peso	,44	,801
20. Preocupación salud	,99	,682
21. Interés sexo	1,36	1,158

(N= 300, rango de la escala: 0 a 3)

“Dificultades para trabajar” (ítem 15), aparece también con una de las puntuaciones medias más altas (1,34). Asimismo, el último de los ítems (nº 21), que se refiere a la “Pérdida de interés por el sexo”, muestra una puntuación media muy elevada (1,36), aunque en este caso hay que señalar que la variabilidad de las puntuaciones en las respuestas a este ítem es la más elevada de la distribución, con una desviación típica de 1,158. En el sentido contrario, el ítem con menor puntuación es el nº 9, “Pensamientos o deseos de suicidio”, con una media de tan solo 0,30 y, a su vez, con la menor variabilidad de la distribución, representada por una desviación típica de 0,526.

Análisis factorial exploratorio

El primer objetivo consistía en estudiar la estructura factorial del BDI en pacientes de fibromiálgia. Puesto que en pacientes de dolor crónico se informaba básicamente de una estructura factorial de tres factores (Williams y Richardson, 1993) y como, además, ese es el número de factores de los tres modelos que se utilizarán para el análisis confirmatorio (Williams y Richardson, 1993; Novy et al., 1995; Morley et al., 2002), se procedió a realizar el análisis factorial exploratorio, forzando la solución factorial a tres factores. Tras el análisis factorial con rotación varimax aparecieron los tres factores que se detallan en la tabla 2, y que dan cuenta de un 42% de la varianza explicada. El primer factor explica un 18,81% de la varianza total, el segundo un 13,15% y el tercero un

Ítems	Comunalidades	FACTOR 1 Cognitivo-afectivo	FACTOR 2 Somático-afectivo fibromiálgia	FACTOR 3 Somático-afectivo general
1	,485	,494	,458	,176
2	,490	,309	,615	,129
3	,466	,626	,243	,124
4	,347	,448	,262	,278
5	,591	,766	,015	,063
6	,403	,601	,057	,195
7	,467	,612	,304	-,009
8	,560	,728	,055	,163
9	,296	,445	,308	,058
10	,253	,187	,178	,432
11	,401	,252	,117	,569
12	,320	,375	,304	,295
13	,424	,440	,356	,322
14	,348	,531	,347	,095
15	,611	,018	,768	,143
16	,286	,129	,344	,388
17	,580	,131	,730	,173
18	,477	,204	,083	,655
19	,541	-,180	-,085	,708
20	,317	,267	,493	-,059
21	,157	,273	,185	,218

Nota: Se resaltan en negrita los coeficientes con valor de .33 o superior.
KMO= .901; Prueba de esfericidad de Bartlett; Chi-cuadrado:1510,836 (.000)

10,03%. El análisis para explorar la adecuación muestral (KMO y Barlett) de los datos nos indica que, por un lado, el índice KMO tiene valores cercanos a 1 y la prueba de esfericidad ha resultado significativa.

El primer factor, que es el que mayor peso explicativo tiene, carga la mayor parte de los ítems de contenido cognitivo y alguno de contenido afectivo. Considerando solo los ítems con un coeficiente superior a 0,33, los componentes de este primer factor serían: tristeza, fracaso, pérdida de placer, culpa, castigo, insatisfacción, autocrítica, suicidio, pérdida de interés, indecisión y aspecto físico. Dadas las características de estos 11 componentes, este factor se ha etiquetado como: "Cognitivo-Afectivo". Aunque este primer factor es el que agrupa al mayor número de ítems, sin embargo, la puntuación media de dichos ítems, 0,74, es la más baja de los tres factores, como puede verse en la tabla 3.

Los factores 2 y 3 engloban una serie de ítems de contenido somático y afectivo. El más relevante para este estudio es el Fac-

tor 2, que, junto a algunos aspectos afectivos característicos de la depresión como la tristeza, el pesimismo o la indecisión, encuadra diversos síntomas y problemas derivados del padecimiento de la fibromialgia (dificultad para trabajar, cansancio, problemas de sueño, preocupación por la salud), por lo que se ha etiquetado como "Somático/Afectivo - Fibromialgia". Un aspecto relevante de este factor es que la media de sus puntuaciones es la más elevada de los tres factores: 1,25.

Finalmente, el tercer factor engloba solo 5 ítems, 3 de contenido somático (problemas de sueño, pérdida de apetito y pérdida de peso) y 2 afectivos (llanto e irritabilidad), por lo que se le ha denominado como "Somático/Afectivo - General". La puntuación media es de 0,92. Asimismo, se realizó una prueba T mediante la que se comprobó que las diferencias de las medias entre los tres factores son estadísticamente significativas.

Análisis confirmatorio

Como se señaló en la introducción, el segundo objetivo consistía en estudiar el ajuste de los datos de esta muestra de pacientes de fibromialgia a los modelos que previamente se habían propuesto para pacientes de dolor crónico, realizando para ello un análisis confirmatorio. Los datos descriptivos de cada uno de los factores de los tres modelos de dolor crónico que se ponían a prueba en este trabajo se presentan en la tabla 4.

Como puede apreciarse, el modelo elaborado por Morley et al. (2002) plantea tres factores: Autodenigración ($\alpha = 0,66$); Función física ($\alpha = 1,19$) y Afecto ($\alpha = 0,85$). En este modelo, el segundo factor, denominado Función física, es el factor con la media de puntuaciones más elevada.

El modelo de Williams y Richardson (1993) arroja los siguientes datos: Preocupación por la salud ($\alpha = 0,93$); Autocrítica ($\alpha = 0,66$) y Malestar somático ($\alpha = 1,15$). Este último factor, que recoge los aspectos relacionados con el malestar somático, es el factor con la media más alta.

En el tercero de los modelos (Novy et al., 1995) el factor de Actitud negativa ($\alpha = 0,76$). El segundo factor, Dificultades en la acción, es el que ofrece la media de puntuaciones más elevada ($\alpha = 1,15$). El último factor, que recoge las Manifestaciones fisiológicas propias de los pacientes de dolor crónico, ofrece asimismo una media bastante elevada ($\alpha = 1,08$).

En la tabla 5 se muestran los resultados del análisis confirmatorio, detallándose los índices de ajuste de los tres modelos de dolor crónico a la muestra de pacientes de fibromialgia. Como puede verse en dicha tabla, ninguno de los tres modelos ofrece un ajuste, estadísticamente significativo, con los datos de la muestra de este estudio.

	Media	Desviación típica	α	T
F1	0,74	0,52	0,83	24,66*
F2	1,25	0,54	0,67	40,18*
F3	0,92	0,50	0,57	31,54*

* $p < .001$

Modelo	Factores	Media	Desviación típica	α
Morley, Williams y Black (2002)	Autodenigración	0,66	0,59	,74
	Función física	1,19	0,46	,62
	Afecto	0,85	0,46	,68
Williams y Richardson (1993)	Preocupación por la salud	0,93	0,49	,74
	Autocrítica	0,66	0,59	,77
	Malestar somático	1,15	0,47	,57
Novy, Nelson, Berry y Averill (1995)	Actitud negativa-Suicidio	0,76	0,49	,83
	Dificultades en la acción	1,15	0,55	,47
	Manifestaciones fisiológicas	1,08	0,48	,57

Estadísticos de ajuste	χ^2 (g.l.)	p	CMIN/DF	RMSEA*	CFI**	NFI**
Williams y Richardson, 1993	213,361(149)	,000	1,432	,038	,949	,852
Novy, Nelson, Berry y Averill, 1995***	-	-	1,734	,050	,899	,796
Morley, Williams y Black, 2002	285,271(186)	,000	1,534	,042	,927	,820

* El índice RMSEA debe ser inferior a 0,5
 ** Los índices como el CFI y el NFI deben ser cercanos a 1 o al menos superiores a 0,95
 *** El programa no pudo calcular el estadístico chi-cuadrado, por lo que directamente se descarta la significación de este modelo para esta muestra

Discusión y conclusiones

Desde la primera revisión de la literatura planteada por Goldenberg (1987), la presencia de problemas depresivos en los pacientes de fibromialgia ha representado un elemento de interés en este ámbito de investigación. Por este motivo resulta sorprendente que, hasta el momento, no existiera ningún trabajo en el que se estudiaran las características y estructura de uno de los instrumentos más utilizados para valorar el grado de afectación de la depresión en pacientes de fibromialgia, el BDI.

Un simple repaso a los datos descriptivos del BDI en esta muestra (tabla 1) ya revelan algunas de las características. En primer lugar, es destacable que tres de los ítems con las puntuaciones medias más elevadas sean, precisamente, aquellos que se refieren a tres de los síntomas que, junto al dolor, son de los más característicos del síndrome fibromiálgico: el cansancio, los problemas de sueño y las dificultades para trabajar (que suele ser una consecuencia del padecimiento de los otros síntomas). Estos tres ítems son, exactamente, los que Burckhardt et al. (1994) eliminaban del cuestionario original en su propuesta de utilizar un BDI “libre de enfermedad” con el objetivo de mejorar la especificidad del cuestionario; propuesta que no ha sido tenida en cuenta en las investigaciones posteriores. Asimismo, aunque uno de estos tres ítems, el que recoge las dificultades laborales, ha sido eliminado en la nueva versión de este cuestionario (el BDI-II), sin embargo, los otros dos, que son precisamente de los que tienen las puntuaciones medias más elevadas, siguen formando parte de esta nueva versión, que también se ha utilizado en algunas de las investigaciones recientes con pacientes de fibromialgia (Osada, Oka, Isomura et al., 2011).

Para estudiar el posible solapamiento entre los ítems del BDI que reflejan los síntomas depresivos y los que son propios de la fibromialgia, en este estudio se ha procedido a explorar la estructura de dicho cuestionario mediante análisis factorial. Los resultados aportan una estructura de tres factores, similar a la encontrada en pacientes de dolor crónico (Williams y Richardson, 1993; Novy et al., 1995; Morley et al., 2002), pero con algunas peculiaridades que parecen más características de los pacientes de fibromialgia. Así, el primer factor encuadra la mayor parte de los ítems de contenido cognitivo y afectivo, por lo que, al igual que hicieron sus autores (Beck et al., 1996), se ha etiquetado como: “Cognitivo-Afectivo”. Aunque este factor es el que más cantidad de ítems agrupa, sin embargo, es en el que las puntuaciones de los pacientes son más bajas, no llegando la puntuación media a 0,75, en una escala que va de 0 a 3.

Aunque los dos factores restantes agrupan diversos ítems de contenido somático y afectivo, por lo que a ambos se les ha adjudicado la etiqueta global de “Somático-Afectivo”, sin embargo, presentan diferencias relevantes para el estudio de la fibromialgia que deben ser remarcadas. Como se señaló en la tabla 2, el tercer factor encuadra diversos ítems de contenido somático y afectivo que suelen ser característicos de las personas con problemas depresivos, por lo que se etiquetó como “Somático-Afectivo / General”.

El aspecto más destacable de la estructura factorial encontrada son los contenidos del segundo factor. Este factor encuadra aspectos afectivos característicos de la depresión (tristeza, pesimismo e indecisión), junto a diversos síntomas propios de la fibromialgia (cansancio/fatiga y problemas de sueño), así como diversas preocupaciones o dificultades que podrían considerarse como repercusiones derivadas de su padecimiento (dificultad para trabajar y

preocupación por la salud). Otro aspecto destacable es que recoge el ítem 2, “Pesimismo”, que en muestras de pacientes con otras afecciones médicas (Arnau, Meagher, Norris y Bramson, 2001) se había encuadrado en el factor Cognitivo-Afectivo. Un simple vistazo a los contenidos de dicho factor sugiere, de forma intuitiva, que esas afirmaciones (sentirse desanimado respecto al futuro, sentir que las cosas no van a mejorar) podrían considerarse como una más de las repercusiones del padecimiento de la fibromialgia. Por todo ello, este factor puede considerarse como característico de este tipo de pacientes, y ha sido etiquetado como “Somático-Afectivo / Fibromialgia”.

Al revisar los tres modelos en pacientes de dolor crónico se observa que, en términos generales, presentan dos factores de corte más cognitivo-afectivo y al menos uno marcadamente fisiológico o somático que suele ser el que tiene una mayor media de puntuaciones. Por el contrario, el modelo que ha resultado del análisis factorial exploratorio ofrece un único factor cognitivo-afectivo y dos factores con claros componentes somáticos y afectivos, de los que uno de ellos recoge de forma específica los síntomas más característicos de la fibromialgia, siendo además el factor que ofrece una mayor media de puntuaciones. Esta simple comparación parece confirmar, también de forma intuitiva, la falta de ajuste estadístico observada entre los modelos de dolor crónico y los datos de esta muestra de pacientes de fibromialgia. En este sentido, los datos estarían indicando que en la fibromialgia el componente somático tiene todavía más fuerza que en otros síndromes del dolor crónico; asimismo, y como han señalado otros autores (Castell, Cascón, Salvat et al., 2008; Pérez-Pareja et al., 2004), apuntan claramente a que la fibromialgia, pese a ser un síndrome de dolor crónico, tiene características diferenciadoras que merecen ser tenidas en cuenta.

Un posible aspecto a considerar es la influencia de la variable sexo. Los datos de esta muestra, en concordancia con los estudios epidemiológicos realizados en población española (Mas et al., 2008), señalan la elevada proporción de mujeres frente a hombres. Esta diferencia, que hasta ahora no ha sido considerada, podría ser un aspecto interesante a controlar en futuras investigaciones, como queda patente en el trabajo realizado por Miró, Diener, Martínez et al. (2012).

Los datos de esta muestra confirman, tal como inicialmente señalaran Burckhardt et al. (1993), el peligro de sobreestimación del ánimo depresivo que supone la utilización del BDI en pacientes de fibromialgia. Efectivamente, ya que la mayor parte de los ítems del Factor 2 (o “Somático-Afectivo/Fibromialgia”) recoge síntomas propios de los pacientes de fibromialgia, con independencia de su nivel de estado ánimo, si se utiliza la medida de estos síntomas para el cálculo de la puntuación de depresión de dichos pacientes, se introduce un sesgo de sobreestimación que debería ser valorado y corregido.

Una conclusión evidente de este trabajo es la necesidad de nuevas investigaciones que permitan establecer unos adecuados criterios para la evaluación del ánimo depresivo en pacientes de fibromialgia utilizando el BDI, pero sin el peligro de sobreestimación señalado. En este sentido, las propuestas hasta ahora disponibles, además de no haber tenido la adecuada acogida entre los investigadores, parecen no ser lo suficientemente satisfactorias. Por una parte, la propuesta inicial de Burckhardt et al. (1993) de un BDI ajustado o libre de enfermedad, aunque específico para pacientes de fibromialgia, no ofrece según los propios autores una buena sensibilidad, por lo que sería necesario establecer los puntos de corte adecuados que mejoraran ese aspecto. Por otra parte, la versión

elaborada por el equipo de Beck de forma específica para pacientes con afecciones médicas (Beck et al., 1997), el BDI-PC (o Primary Care), no parece haber sido probado (ni en el trabajo original ni en investigaciones posteriores) con pacientes de fibromialgia, por lo que no existen datos sobre la adecuación de su uso con este tipo de pacientes. Por todo ello, debe insistirse en la necesidad de

realizar nuevas investigaciones que, en la línea de lo aportado por los trabajos previos y por los datos de esta investigación, e intentando maximizar sensibilidad y especificidad, ofrezcan directrices específicas para seguir usando (o dejar definitivamente de utilizar) el BDI en la evaluación del estado de ánimo de los pacientes de fibromialgia.

Referencias

- Arnau, R.C., Meagher, M.W., Norris, M.P., y Bramson, R. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychology, 20*(2), 112-119.
- Beck, A.T., Rush A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Guth, D., Steer, R.A., y Ball, R. (1997). Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behaviour Research and Therapy, 35*(8), 785-791.
- Beck, A.T., Steer, R., y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Co.
- Beck, A.T., Steer, R., y Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*(1), 77-100.
- Bennett, R.M. (2002). Rational management of fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics of North America, 28*, 13-15.
- Burckhardt, C.S., O'Reilly, C.A., Wiens, A.N., y Clark, S.R. (1994). Assessing depression in fibromyalgia patients. *Arthritis Care & Research, 7*(1), 35-39.
- Castel, A., Cascón, R., Salvat, M., Sala, J., Padrol, A., Pérez, M., y Rull, M. (2008). Rendimiento cognitivo en pacientes con dolor crónico: con fibromialgia versus sin fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española de Dolor, 6*, 358-370.
- Goldenberg, D.L. (1987). Fibromyalgia syndrome: An emerging but controversial condition. *Jama, 257*(20), 2782-2787.
- González, J.C., Peñacoba, C., Velasco, L., López-López, A., Mercado, F., y Bartola, P. (2009). Recursos cognitivos de percepción de control, procesos de estrés/recuperación y malestar afectivo en fibromialgia. *Psicothema, 21*(3), 359-368.
- Gormsen, L., Rosenberg, R., Bach, F.W., y Jensen, T.S. (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain, 14*, e1-e8.
- Kulcu, D., Akbas, B., Bicakigil, M., Gulsen, G., y Yazuber, G. (2010). The reliability and validity of the Turkish version of the fibrofatiigue scale. *Journal of Musculoskeletal Pain, 18*(2), 159-166.
- Mas, A.J., Carmona, L., Valverde, M., Ribas, R., y Episer Study Group (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia in function and quality of life in individuals from the general population: Results from a nationwide study in Spain. *Clinical Experimental Rheumatology, 26*, 519-526.
- Miró, E., Diener, F.N., Martínez, M.P., Sánchez, A.I., y Valenza, M.C. (2012). La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema, 24*, 10-15.
- Morley, S., Williams, A., y Black, S. (2002). A confirmatory analysis of the Beck Depression Inventory in chronic pain. *Pain, 99*, 289-298.
- Novy, D., Nelson, D., Berry, L., y Averill, P. (1995). What does the Beck Depression Inventory measure in chronic pain?: A reappraisal. *Pain, 61*, 261-270.
- Okifuji, A., y Turk, D. (2003). Fibromyalgia syndrome: Prevalent and perplexing. *Pain Clinical Updates IASP, 11*(3), 1-4.
- Okifuji, A., Turk, D., y Sherman, J.J. (2000). Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: Why aren't all patients depressed? *Journal of Rheumatology, 27*, 212-219.
- Osada, K., Oka, H., Isomura, T., Nakamura, I., Tominaga, K., et al. (2011). Development of the Japanese version of The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Psychometric assessments of reliability and validity. *International Journal of Rheumatic Diseases, 14*(1), 74-80.
- Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F., y Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema, 16*(3), 415-420.
- Redondo, J.R., Justo, C., Moraleda, F., Velayos, Y.G., Puche, J.J., Zubero, J., Hernández, T., Ortells, L.C., y Vallejo, M.A. (2004). Long-term efficacy of therapy in patients with fibromyalgia: A physical exercise-based program and a cognitive-behavioral approach. *Arthritis & Rheumatism: Arthritis Care & Research, 51*(2), 184-192.
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J.J., Martínez, F.G., Tornero, J., Vallejo, M.A., y Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre fibromialgia. *Reumatología Clínica, 2*, 55-66.
- Valverde, M., Juan, A., Rivas, B., y Carmona, L. (2001). Fibromialgia. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Ed.: Sociedad Española de Reumatología. Madrid: MSD, 77-91.
- Wilke, W.S., Gota, C.A., y Muzina, D.J. (2010). Fibromyalgia and bipolar disorder. A potencial problem? *Bipolar Disorders, 12*(5), 514-520.
- Williams, A.C., y Richardson, P. (1993). What does BDI measure in chronic pain? *Pain, 55*, 259-266.
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, P.L., y Tugwell, P. (1990). The American College of Rheumatology 1990, criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the multicentre criteria committee. *Arthritis Rheum, 33*, 160-172.