



Investigación original

Validez, fiabilidad y consistencia interna de tres instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud en personas con fibromialgia, Colombia

Jaiberth Antonio Cardona-Arias^{a,b,c,*}, Angélica María Hernández-Petro^b
y Vanessa León-Mira^c

^aEscuela de Microbiología, Universidad de Antioquia y Universidad Cooperativa de Colombia, sede Medellín, Colombia

^bGrupo de investigación Salud y Sostenibilidad, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

^cFacultad de Medicina, Universidad Cooperativa de Colombia, sede Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de septiembre de 2013

Aceptado el 27 de enero de 2014

Palabras clave:

Psicometría

Calidad de vida

Salud

Fibromialgia

R E S U M E N

Introducción: Hasta donde se sabe, en Colombia no existen estudios que evalúen las propiedades psicométricas de instrumentos que miden la calidad de vida relacionada con la salud en fibromialgia.

Objetivo: Analizar la validez y la fiabilidad de dos instrumentos genéricos y uno específico de calidad de vida relacionada con la salud en personas con fibromialgia en Medellín, Colombia.

Materiales y métodos: Se realizó una evaluación de tres escalas de calidad de vida relacionada con la salud, en 100 personas con fibromialgia, Medical Outcome Study Short Form, World Health Organization Quality of Life y Fibromyalgia Impact Questionnaire. Se calcularon proporciones, fiabilidad por el α de Cronbach y la consistencia interna, la validez discriminante y la validez convergente/divergente a través de correlaciones de Pearson en SPSS 21.0®.

Resultados: 92% fueron mujeres, se encontró mayor frecuencia de adulto medio, personas casadas o en unión libre, con estudios de primaria, estrato social 3, con ocupación en oficios del hogar y el 94% estaba afiliado al régimen contributivo de salud. El α de Cronbach fue superior a 0,7 en las dimensiones evaluadas; la consistencia interna y la validez discriminante presentaron un porcentaje de éxito de 100%. En la validez convergente/divergente se observó que los conceptos de calidad de vida relacionada con la salud de los tres instrumentos son similares o congruentes.

Conclusión: Los tres instrumentos presentan una excelente validez y fiabilidad para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en personas con fibromialgia en Colombia.

© 2013 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.

Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jaiberthcardona@gmail.com (J.A. Cardona-Arias).

Validity, reliability and internal consistency of three health related quality of life measurement tools in patient with fibromyalgia in Colombia

A B S T R A C T

Keywords:

Psychometrics
Quality of Life
Health
Fibromyalgia

Introduction: As far as we know, there are no studies that evaluate the psychometric properties of tools that measure Health Related Quality of Life (HRQoL) in fibromyalgia in Colombia.

Objective: To analyze the validity and reliability of one specific and two generic tools for measuring HRQOL in people with fibromyalgia in Medellín, Colombia.

Materials and methods: An evaluation was carried out using three scales to measure HRQOL in 100 people with fibromyalgia; the Medical Outcome Study Short Form, the World Health Organization Quality of Life, and the Fibromyalgia Impact Questionnaire. Proportions, reliability by the Cronbach α and internal consistency, discriminant validity, and convergent validity/diverging through Pearson correlations were calculated using SPSS 21.0®.

Results: The group consisted of 92% women, most were middle-aged adults, married or cohabiting, with primary school studies, social stratum three, housewives, and 94% with affiliation to a contributory health scheme. The Cronbach α was higher than 0.7 in the dimensions evaluated, with the internal consistency and discriminant validity showing a success rate of 100%. In the validity convergent / divergent, it was noted that the concepts of HRQOL of the three instruments are similar or congruent.

Conclusion: The three measurement tools have excellent validity and reliability to assess HRQoL in people with fibromyalgia in Colombia.

© 2013 Asociación Colombiana de Reumatología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La fibromialgia (FM) es una enfermedad caracterizada por dolor músculo-esquelético difuso y crónico, de etiología desconocida; se asocia con fatiga intensa, alteraciones del sueño, parestesias en extremidades, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefalea y sensación de tumefacción en manos^{1,2}. Su diagnóstico se realiza según los criterios del Colegio Americano de Reumatología, los cuales incluyen dolor difuso por más de tres meses, dolor músculo-esquelético y dolor a la palpación de al menos 11 de 18 puntos dolorosos; cabe aclarar que estos criterios son más clasificatorios que diagnósticos y fueron actualizados en el año 2010^{1,3}.

Su prevalencia puede oscilar entre 0,7% y 5% en la población general, siendo mayor en personas entre 35 y 60 años de edad, con baja escolaridad, niños y adolescentes⁴⁻⁶.

Afecta 9 veces más a mujeres que a hombres, principalmente después de los 20 años⁷. Algunos factores asociados con la enfermedad incluyen el sexo femenino y la edad entre la cuarta y la quinta décadas³.

La fibromialgia constituye un problema de salud pública de primer orden debido a su alta prevalencia, la ausencia de tratamiento curativo, insuficiente conocimiento de las causas y mecanismos que la producen, y la insatisfacción de pacientes y profesionales en el abordaje clínico-terapéutico actual¹. Sumado a ello, es una enfermedad de curso crónico, genera dificultades para trabajar, disminuye el rendimiento en actividades cotidianas, causa alteraciones del sueño y de la

atención, y, en general, afecta el estado de salud, la capacidad física, la actividad intelectual, el estado emocional, la salud mental, las relaciones familiares y sociales; en consecuencia, todas las esferas de la calidad de vida^{1,3,8,9}.

La calidad de vida se refiere a la evaluación global de la satisfacción de un sujeto con su propia vida, en diferentes aspectos o dominios que él considere importantes¹⁰⁻¹². Es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la percepción personal de un individuo sobre su vida, la relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones; con subsunción de la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales¹³. Por su parte, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) hace mayor énfasis a la evaluación, por parte del individuo, de las limitaciones que en diferentes áreas biológicas, psicológicas y sociales le ha procurado el desarrollo de una determinada enfermedad o accidente¹⁴.

La evaluación de la CVRS es fundamental en los pacientes con fibromialgia, puesto que permite realizar una monitorización clínica, determinando con ello las dimensiones más afectadas por esta enfermedad; esto resulta de gran relevancia para conocer el estado de salud de los pacientes, predecir la evolución de la enfermedad y los problemas que puedan generarse de ésta, los beneficios en salud producidos por un tratamiento o por programas de salud, entre otros¹⁵.

Para medir la CVRS se han elaborado múltiples instrumentos genéricos como: *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)* y *Medical Outcome Study Short Form*

(MOSSF-36) y algunos específicos como Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), éstos han presentado excelente validez y fiabilidad en diferentes grupos; sin embargo, en Colombia y específicamente en Medellín, hasta donde se sabe, no se han desarrollado estudios que comparen las propiedades psicométricas de estas tres escalas o instrumentos.

Por lo anterior, se formuló el estudio con el objetivo de analizar la validez y la fiabilidad del WHOQOL-BREF, el MOSSF-36 y el FIQ en personas con fibromialgia de Medellín, Colombia.

La elección de varias escalas de CVRS se debe a que los instrumentos genéricos son aplicables a poblaciones sanas y enfermas, mientras que el específico sólo a personas con fibromialgia; en este sentido, las medidas específicas de CVRS son muy sensibles para detectar cambios y particularidades asociadas a cada enfermedad; sin embargo, presentan las desventajas de restringir la capacidad para detectar efectos imprevistos, no es posible administrarlas a sujetos o poblaciones que no padezcan la enfermedad y los resultados no son comparables con personas con otras entidades clínicas ni con la población general; por ello, en la literatura es muy frecuente hallar estudios en poblaciones enfermas que emplean escalas genéricas, las cuales presentan la ventaja de permitir evaluar y comparar poblaciones con diferentes diagnósticos, establecer valores de referencia, identificar desviaciones en los valores esperados y utilizarse como marco de referencia para establecer objetivos terapéuticos¹⁶⁻¹⁸. Además, los tres instrumentos presentan una conceptualización y forma de medición de la CVRS diferente; el MOSSF-36 evalúa la CVRS desde una concepción funcional, dado que su génesis está vinculada a la evaluación del estado objetivo de salud; el WHOQOL-BREF está focalizado en aspectos subjetivos, como el bienestar y la satisfacción, e incluye un dominio no evaluado con el MOSSF-36 relacionado con el ambiente, y el FIQ evalúa afectaciones específicas derivadas de la enfermedad¹⁶⁻¹⁸.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

De calidad de vida con evaluación de escalas.

Sujetos

El estudio se desarrolló en una muestra no probabilística de 100 sujetos mayores de 18 años con fibromialgia, de ambos sexos, residentes en Medellín, que recibieron atención médica en una institución Prestadora de Servicios de Salud especializada.

Recolección de la información

Se utilizó una fuente de información primaria basada en una encuesta que incluyó dos instrumentos genéricos de medición de la CVRS (MOSSF-36 y WHOQOL-BREF) y un instrumento específico (FIQ); su aplicación fue asistida por encuestadores capacitados y estandarizados.

Evaluación de la calidad de vida

MOSSF-36 (Medical Outcome Study Short Form): Instrumento genérico de medición de la CVRS en la población general y en enfermos, útil para detectar los beneficios en la salud producidos por un tratamiento o programa de salud y para valorar el estado de salud de pacientes individuales; evalúa la CVRS percibida por el sujeto en las últimas 4 semanas, a partir de 36 puntos que se agrupan en 8 dominios: dolor corporal, desempeño emocional, desempeño físico, función física, función social, salud general, salud mental y vitalidad^{19,20}. Permite la comparación de los puntajes obtenidos en diferentes subgrupos frente a la población general, porque en el cálculo del puntaje de los 8 dominios se toma el valor de 50 puntos como referencia para la población estándar²¹. Presenta buena estructura conceptual, confiabilidad, validez, adaptaciones culturales y de lenguaje, y es apropiado para aplicar a la población hispana con fibromialgia²². Genera un puntaje para cada dimensión de 1 a 100; el primero indica peor CVRS.

WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life): Instrumento genérico derivado del WHOQOL-100, que consta de 26 puntos, 24 de ellos generan un perfil de CVRS en 4 dominios: salud física, salud psicológica, ambiente y relaciones sociales; los dos puntos adicionales cualifican la satisfacción con la calidad de vida y la salud. Evalúa las percepciones del individuo acerca de la CVRS en las 2 semanas previas y para enfermedades crónicas puede ampliarse a 4 semanas; es un instrumento que se desarrolló y validó transculturalmente, es útil para comparar la CVRS entre culturas, está centrado en la percepción del individuo sobre diferentes aspectos de su cotidianidad, es aplicable a personas sanas o enfermas y presenta buenas propiedades psicométricas^{18,23}. Al igual que el MOSSF-36, cada dimensión genera un puntaje de 1 a 100, indicando el 1 peor CVRS.

FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire): Es un instrumento específico de medición de la CVRS en fibromialgia que evalúa el impacto de la fibromialgia en 10 dimensiones: 1) capacidad física, 2) posibilidad de realizar el trabajo habitual, 3) el grado de afectación de la actividad laboral remunerada (ausencia laboral); valoración subjetiva de algunos aspectos relevantes del cuadro clínico como 4) dolor, 5) fatiga, 6) sensación de cansancio y 7) rigidez; y tres dominios relacionados con el estado emocional, 8) sentirse bien, 9) ansiedad y 10) depresión. Las 10 dimensiones generan un puntaje de 1 a 10, indicando 1 el mejor resultado de CVRS o menor afectación a causa de la fibromialgia; con ellas se genera un puntaje global en un rango de 1 a 100. Ha sido validado y adaptado en diferentes idiomas, inclusive el español¹⁵. Para que las 3 escalas fuesen comparables, los puntajes del FIQ se modificaron, de modo que 1 indicase el peor resultado; para el puntaje de cada dimensión se aplicó la conversión 11-Puntaje, y para la total 101-Puntaje.

Análisis estadístico

Se realizó la descripción de algunas características demográficas, socio-económicas y de salud del grupo de estudio

mediante el cálculo de proporciones y la descripción de los puntajes de CVRS según los dominios de los 3 instrumentos a través de medidas de resumen.

Se analizaron las propiedades psicométricas de fiabilidad, consistencia interna, validez discriminante y validez convergente/divergente de cada uno de los dominios de los 3 instrumentos. La fiabilidad se evaluó a través del cálculo del alfa de Cronbach, tomándola como satisfactoria cuando su valor fue igual o mayor a 0,7.

La consistencia interna se evaluó a partir del rango de los coeficientes de correlación de Pearson de cada pregunta con el dominio al cual pertenecen; en ésta se estableció el porcentaje de éxito para cada dominio a partir de la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{número de correlaciones punto-dominio mayores de 0,4}}{\text{número total de correlaciones puntos-dominio}} \times 100$$

Para la validez discriminante se determinó el rango de los coeficientes de correlación de Pearson entre las preguntas y los dominios a los cuales no pertenecen; es decir, se estableció cómo cada pregunta presenta una elevada correlación con su dominio y baja con los demás; en ésta el porcentaje de éxito para cada dominio se estableció a partir de la fórmula:

$$\frac{\text{número de coeficientes de correlación punto-dominio al cual no pertenece menores que las correlaciones punto-dominio al cual pertenece}}{\text{número total de correlaciones del punto-dominio al cual no pertenece}} \times 100$$

Además, se evaluó la validez convergente/divergente a través de los coeficientes de correlación de Pearson entre los diferentes dominios de los 3 instrumentos.

En todos los análisis se tomó un nivel de significación estadística de 0,05. Los datos se almacenaron en una base de datos y se analizaron con el programa Statistical Package for the Social Sciences for Windows software SPSS versión 21,0®.

Aspectos éticos

En todas las etapas del proyecto se tuvieron presentes los principios de la Resolución 8430 y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; prevaleció el respeto por la dignidad de los sujetos del estudio y la protección de sus derechos y su privacidad. A los participantes se les informó el propósito, los riesgos y los beneficios del estudio mediante el Consentimiento Informado.

Resultados

En el grupo, 92% fueron mujeres; se encontró mayor frecuencia de adulto medio (45-65 años) casados o en unión libre, con estudios de primaria, estrato socio económico 3, con ocupación en oficios del hogar; el 94% pertenece al régimen contributivo de salud y el 81% presentó alguna comorbilidad (tabla 1). Entre las principales comorbilidades se halló 7% de pacientes con lupus eritematoso sistémico, 16% con artritis reumatoide, 23% con osteoartritis y 4% con espondilitis anquilosante.

Tabla 1 – Descripción del grupo de estudio

	n
<i>Edad</i>	
Adulto joven (20-44 años)	19
Adulto medio (45-65 años)	63
Adulto mayor (> 65 años)	18
<i>Estado civil</i>	
Soltero	18
Casado/unión libre	56
Separado/divorciado/viudo	26
<i>Grado de escolaridad</i>	
Primaria	62
Secundaria	38
<i>Estrato socioeconómico</i>	
Uno	9
Dos	35
Tres	40
Cuatro	12
Cinco	4
<i>Ocupación</i>	
Estudia	2
Trabaja	34
Oficios del hogar	46
Otra actividad	18
<i>Régimen de afiliación en salud</i>	
Subsidiado	6
Contributivo	94
<i>Otra enfermedad</i>	
Sí	81
No	19

En los dominios de CVRS del MOSSF-36, se encontró un mayor puntaje en la función social y el puntaje más bajo fue para el desempeño físico; en el WHOQOL-BREF el puntaje más alto se observó en los dominios de relaciones sociales y ambiente, y el menor en la salud física; y en el FIQ el mayor puntaje lo presentó la dimensión de función física y el menor el dolor (tabla 2).

Se observó una excelente fiabilidad en todas las dimensiones de CVRS evaluadas con los 3 instrumentos, al igual que un excelente porcentaje de éxito en la consistencia interna y la validez discriminante, exceptuando: la consistencia interna de la función física del MOSSF-36 (90%) y de la dimensión de ambiente del WHOQOL-BREF (75%) (tabla 3).

En la validez convergente/divergente se observó que los dominios: salud física, psicológica y ambiental del WHOQOL-BREF presentaron correlación significativa con todos los dominios del MOSSF-36; las relaciones sociales presentaron una correlación significativa con la función social y la salud mental, y entre los 2 instrumentos genéricos las mayores correlaciones fueron: salud física con vitalidad, salud mental, función física y dolor corporal, y salud psicológica con salud mental (tabla 4). En relación con el instrumento específico se halló lo siguiente: i) los dominios de la salud física y psicológica del WHOQOL-BREF presentaron correlación significativa con las dimensiones FIQ, ii) el dominio de ambiente se correlacionó con las dimensiones de FIQ, excepto la ausencia laboral y el cansancio matutino, iii) las relaciones sociales del WHOQOL-BREF se correlacionaron con la función física del FIQ,

Tabla 2 – Descripción de la calidad de vida relacionada con la salud según los dominios de: MOSSF-36, WHOQOL-BREF y FIQ

Dominios	Media ± D.E.	Mediana (Rango intercuartílico)	Rango	% piso ^a	% techo ^b
MOSSF-36					
Dolor corporal	27,2 ± 23,1	22,2 (11,1-44,4)	0-100	20	1
Desempeño emocional	23,7 ± 37,7	0 (0,0-33,3)	0-100	67	15
Desempeño físico	16,7 ± 31,9	0 (0,0-25,0)	0-100	71	10
Función física	38,5 ± 22,6	35 (20,0-50,0)	5-100	2	1
Función social	53,5 ± 32,7	50 (25,0-87,50)	0-100	5	22
Salud general	42 ± 20,3	41,7 (27,1-54,2)	0-96	1	1
Salud mental	49,5 ± 21,7	48 (28,0-64,0)	12-100	1	2
Vitalidad	37,9 ± 21,9	30 (20,0-52,5)	5-100	3	1
WHOQOL-BREF					
Salud física	43,7 ± 18,7	39,3 (28,6-57,1)	4-89	1	2
Salud psicológica	70,9 ± 16,9	70,8 (62,5-83,3)	29-100	2	1
Relaciones sociales	72,7 ± 27,1	75 (50,0-100,0)	0-100	1	34
Ambiente	72,6 ± 12,8	75 (65,6-81,2)	41-100	1	1
FIQ					
Función física	8 ± 2,4	8,1 (6,6-9,7)	1-10	1	17
Sentirse bien	3,7 ± 3,2	2,4 (0,9-6,71)	1-10	44	15
Ausencia laboral	6,5 ± 4,3	7 (1,0-11,0)	1-10	13	16
Trabajo	4,2 ± 3,1	3 (1,0-6,0)	1-10	26	15
Dolor	3 ± 2,3	2 (1,0-4,0)	1-10	31	3
Fatiga	3,3 ± 2,6	3 (2,0-4,0)	1-10	23	9
Cansancio matutino	3,9 ± 3,2	3 (2,0-6,0)	1-10	24	17
Rigidez	6,7 ± 3,7	9,5 (3,0-10,0)	1-10	13	50
Ansiedad	5,5 ± 3,6	5 (2,0-10,0)	1-10	15	33
Depresión	5,2 ± 3,5	4 (2,0-10,0)	1-10	17	27
Puntaje global	40,4 ± 21,5	36,7 (24,4-52,7)	5-92	1	1

DE: Desviación estándar.

^aProporción de personas con el puntaje más bajo.^bProporción de personas con el puntaje más alto.**Tabla 3 – Confiabilidad, consistencia interna y la validez discriminante de: MOSSF-36, WHOQOL-BREF y FIQ**

Dominios	Alfa de Cronbach	Consistencia interna		Validez discriminante	
		Punto-dominio	% éxito	Punto-otro dominio	% éxito
MOSSF-36					
Dolor corporal	0,93	0,89-0,92	100 (2/2)	0,23-0,55	100 (14/14)
Desempeño emocional	0,94	0,82-0,92	100 (4/4)	0,20-0,80	100 (28/28)
Desempeño físico	0,94	0,88-0,89	100 (3/3)	0,21-0,84	100 (21/21)
Función física	0,89	0,25-0,79	90 (9/10)	0,04-0,57	100 (70/70)
Función social	0,97	0,96-0,97	100 (2/2)	0,31-0,54	100 (14/14)
Salud general	0,82	0,60-0,72	100 (6/6)	0,09-0,55	100 (42/42)
Salud mental	0,93	0,76-0,90	100 (5/5)	0,11-0,69	100 (35/35)
Vitalidad	0,91	0,75-0,87	100 (4/4)	0,27-0,65	100 (21/21)
WHOQOL-BREF					
Salud física	0,87	0,43-0,85	100 (7/7)	0,04-0,55	100 (21/21)
Salud psicológica	0,84	0,51-0,73	100 (6/6)	0,16-0,59	100 (18/18)
Ambiente	0,73	0,38-0,62	75 (6/8)	0,06-0,58	96 (23/24)
Relaciones sociales	0,86	0,71-0,85	100 (3/3)	0,01-0,58	100 (9/9)
FIQ					
Puntaje global	0,89	0,46-0,81	100 (10/10)		

%: Porcentaje.

el cansancio matutino, la rigidez, la ansiedad y la depresión, y iv) las mayores correlaciones entre el WHOQOL-BREF y el FIQ fueron: salud física con función física y trabajo, y salud psicológica con ansiedad y depresión (tabla 4).

En la comparación de los dominios del MOSSF-36 y del FIQ se hallaron correlaciones significativas entre el dominio dolor corporal y todas las dimensiones del FIQ, mientras que no se presentó correlación significativa entre desempeño físico

Tabla 4 – Validez convergente/divergente de las dimensiones del WHOQOL-BREF con los dominios del MOSSF-36 y el FIQ

	WHOQOL-BREF			
	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Ambiente
MOSSF-36				
Dolor corporal	0,598**	0,370**	0,156	0,341**
Desempeño físico	0,431**	0,201*	0,148	0,302**
Desempeño emocional	0,345**	0,270**	0,168	0,250*
Función física	0,605**	0,163	0,008	0,204*
Función social	0,493**	0,428**	0,300**	0,332**
Salud general	0,552**	0,445**	0,187	0,285**
Salud mental	0,638**	0,613**	0,240*	0,339**
Vitalidad	0,688**	0,468**	0,188	0,266**
FIQ				
Función física	0,585**	0,342**	0,206*	0,230*
Sentirse bien	0,444**	0,259**	0,123	0,217*
Ausencia laboral	0,339*	0,296	0,104	0,186
Trabajo	0,640**	0,449**	0,163	0,374**
Dolor	0,496**	0,334**	0,156	0,340**
Fatiga	0,426**	0,359**	0,153	0,224*
Cansancio matutino	0,415**	0,363**	0,198*	0,133
Rigidez	0,384**	0,327**	0,289**	0,273**
Ansiedad	0,374**	0,551**	0,268**	0,340**
Depresión	0,533**	0,619**	0,259**	0,322**
Total	0,669**	0,578**	0,293**	0,387**

*p menor a 0,05.
**p menor a 0,01.

Tabla 5 – Validez convergente/divergente de las dimensiones del MOSSF-36 con el FIQ

	MOSSF-36							
	Dolor	Desempeño		Función		Salud		Vitalidad
		Físico	Emocional	Física	Social	General	Mental	
FIQ								
Función física	0,469**	0,469**	0,460**	0,440**	0,445**	0,379**	0,290**	0,351**
Sentirse bien	0,587**	0,373**	0,271**	0,437**	0,498**	0,476**	0,470**	0,513**
Ausencia laboral	0,473**	0,361*	0,403**	0,369*	0,479**	0,300	0,317*	0,255
Trabajo	0,726**	0,397**	0,329**	0,556**	0,529**	0,649**	0,545**	0,595**
Dolor	0,779**	0,402**	0,245*	0,496**	0,462**	0,514**	0,383**	0,455**
Fatiga	0,572**	0,280**	0,197*	0,315**	0,465**	0,450**	0,494**	0,647**
Cansancio matutino	0,492**	0,276**	0,202*	0,306**	0,343**	0,415**	0,370**	0,565**
Rigidez	0,358**	0,229*	0,132	0,318**	0,195	0,248*	0,267**	0,289**
Ansiedad	0,337**	0,189	0,226*	0,050	0,381**	0,421**	0,752**	0,465**
Depresión	0,355**	0,221*	0,217*	0,246*	0,363**	0,430**	0,813**	0,548**
Total	0,720**	0,436**	0,368**	0,498**	0,583**	0,622**	0,711**	0,687**

*p menor a 0,05.
**p menor a 0,01.

y función física con ansiedad, desempeño emocional y función social con rigidez, salud general y vitalidad con ausencia laboral (tabla 5).

Discusión

En este trabajo se analizaron las características descriptivas y psicométricas de las dimensiones de la CVRS de 2 instrumen-

tos genéricos (WHOQOL-BREF y MOSSF-36), y uno específico para pacientes con fibromialgia (FIQ); los cuales son de gran utilidad para medir las consecuencias de la enfermedad y la salud en una gran variedad de grupos poblacionales.

Con respecto a los puntajes de los dominios de los 3 instrumentos, se encontró que el MOSSF-36 presentó el menor puntaje en el desempeño físico; en el WHOQOL-BREF fue la salud física y en el FIQ el dolor; esto pone de manifiesto que la fibromialgia afecta, en mayor medida, los componentes fisi-

cos de la CVRS. Aunque se debe precisar que las diferencias con los puntajes más altos y más bajos de los 3 instrumentos podrían atribuirse al hecho de que la CVRS, si bien es evaluada a partir de conceptos similares, en los 3 instrumentos se incluyen preguntas diferentes y cada dimensión está conformada por ítems distintos^{15,18,21}.

Con respecto al efecto piso, todos los dominios del WHOQOL-BREF lo presentaron en grado bajo; de igual forma el MOSSF-36 (excepto en los dominios dolor corporal, desempeño emocional y físico); sin embargo, el FIQ sólo presentó bajo efecto piso en función física y en el puntaje global; estos hallazgos coinciden con los reportados por Maslić y García, que en el caso del desempeño emocional y físico del MOSSF-36, lo explican por el bajo número de opciones de respuesta que se presentan en dichos dominios^{19,21}.

En todos los dominios del MOSSF-36, del WHOQOL-BREF y del FIQ se observó una elevada confiabilidad, lo que indica que los puntos que componen las dimensiones de cada instrumento están relacionados, presentan una elevada homogeneidad y describen adecuadamente la CVRS de las personas con fibromialgia. Además, la consistencia interna y la validez discriminante fueron excelentes para las dimensiones de los 3 instrumentos, lo que indica que los puntos de cada dominio miden el concepto que pretenden medir y no están midiendo lo que corresponde a otras dimensiones. En la validez convergente/divergente se observó que, en la mayoría de los dominios, se presentaron correlaciones significativas, lo que comprueba que son conceptualmente congruentes.

Estas propiedades psicométricas resultan convergentes con lo informado por García²¹, pero la fiabilidad difiere con el estudio de Maslić en el cual se observó qué dominios presentaron alfa de Cronbach inferiores a 0,8¹⁹. No obstante, se debe precisar que este tipo de estudios son escasos en nuestro medio, a pesar de que los estándares para adaptar y validar escalas han logrado consenso en los últimos años, y de que la medición de CVRS cada vez se hace más necesaria para la práctica clínica, para la investigación y para la evaluación de programas y acciones en salud.

En coherencia con lo anterior, se debe indicar que son pocos los estudios que en el ámbito mundial han comparado las propiedades psicométricas de escalas de CVRS para personas con fibromialgia; uno de los principales fue desarrollado por Esteve y Batlle, pero sólo analizaron el FIQ; en este estudio evaluaron la validez estructural mediante análisis factorial, validez convergente y discriminante, sensibilidad en distintas poblaciones, consistencia interna, reproducibilidad test retest y sensibilidad al cambio, producto de alguna intervención terapéutica considerada eficaz *a priori*²³.

Entre las principales limitaciones del estudio se encontró la no evaluación de propiedades psicométricas importantes, como la reproducibilidad test retest y la sensibilidad al cambio. No obstante dicha limitación, se resalta el hecho de ser un estudio pionero en la comparación psicométrica de las escalas genéricas más empleadas y el mejor instrumento para los pacientes con fibromialgia.

Entre las conclusiones del estudio se destacan: i) la validación de instrumentos para evaluar la CVRS son muy importantes, tanto para el paciente como para los servicios de salud, ya que ayudan a identificar los tratamientos adecuados y a

diseñar, vigilar y evaluar programas de prevención, atención y rehabilitación en salud, ii) para una descripción completa de la CVRS en pacientes con fibromialgia es recomendable la utilización de instrumentos genéricos y específicos; los primeros permiten comparaciones con otras enfermedades y los específicos tienen dominios que son determinantes para evaluar intervenciones en este grupo de pacientes, iii) el estudio evidenció que los 3 instrumentos presentan una excelente validez y fiabilidad para evaluar la CVRS en personas con fibromialgia en Colombia.

Financiación

Universidad de Antioquia, Universidad Cooperativa de Colombia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Rivera J, Alegre C, Ballina F, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin*. 2006;2(Supl1):55-66.
- Santos A, Assumpção A, Matsutani L, Pereira C, Lage L, Marques A. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Fisioter*. 2006;10:317-24.
- Secretaría de Salud de México. Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de fibromialgia en el adulto. 2008 [sitio de Internet; consultado: 16 May 2013]. Disponible en: http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/IMSS_075_08_FIBROMIALGIA_EN_EL_ADULTO/IMSS_075_08_EyR.pdf
- Lauren W. Fibromyalgia: Diagnosing and managing a complex syndrome. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2012;24:184-92.
- Arnold L, Clauw D, Dunegan J, Turk D. A Framework for Fibromyalgia Management for Primary Care Providers. *Mayo Clin Proc*. 2012;87:488-96.
- Cavalcante A, Sauer J, Chalot S, Assumpção A, Lage L, Matsutani L, et al. A Prevalência de Fibromialgia: uma Revisão de Literatura. *Rev Bras Reumatol*. 2006;46:40-8.
- Cardona J, León V, Cardona A. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con fibromialgia, 2012. *Rev Colomb Reumatol*. 2013;20:19-29.
- Martínez J, Atra E, Ferraz M, Silva P. Fibromialgia: aspectos clínicos e socioeconômicos. *Rev Bras Reumatol*. 1992;32:225-30.
- White K, Speenchley M, Harth M, Ostbye T. Comparing selfreported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: the London Fibromyalgia Epidemiology Study. *Arthritis Rheum*. 1999;42:76-83.
- Curtis J, Martin D, Martin T. Patient-assessed health outcomes in chronic lung disease: what are they, how do they help us and where do we go from here? *Am J Respir Crit Care Med*. 1997;156:1032-9.
- Flanagan J. A Research approach to improving our quality of life. *Am Psychol*. 1978;33:138-47.

12. Oleson M. Subjectively perceived quality of life. *Image J Nurs Sch.* 1990;22:187-90.
13. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. Qué calidad de vida. *Foro Mundial de la Salud. Rev Inter Desar Sanit.* 1996;17:385-7.
14. Quiceno J, Vinaccia S. Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. *Psicología y Salud.* 2008;18:37-44.
15. Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández J. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol.* 2004;31:507-13.
16. Velarde E, Avila C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Mex.* 2002;44:448-63.
17. Chen T, Li L, Kochen M. A systematic review: How to choose appropriate health-related quality of life (HRQL) measures in routine general practice? *J Zhejiang Univ Sci.* 2005;6B:936-940.
18. Programme on Mental Health, World Health Organization. WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Switzerland: WHO; 1996 [sitio de Internet; consultado 9 Ago 2013]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
19. Maslić D, Vuletic G. Psychometric evaluation and establishing norms of Croatian SF-36 Health Survey: Framework for subjective health research. *Croat Med J.* 2006;47:95-102.
20. Lugo L, García H, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2006;24:37-50.
21. García HI, Lugo Agudelo LH. Adaptación cultural y fiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en instituciones de salud de Medellín (Colombia). Medellín: Universidad de Antioquia; 2002. p. 4-20.
21. Coons S, Rao S, Keininger D, Hays R. A comparative review of generic quality of life instruments. *Pharmacoeconomics.* 2000;17:13-35.
22. Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español. 3.ª ed. Barcelona: Fundación Lilly; 2002.
23. Esteve J, Batlle E. Evaluación de pacientes con fibromialgia. Estudio comparativo de 4 versiones españolas del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Reumatol Clin.* 2006;2:283-8.