

SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Barbosa Torres, Carlos

Doctorando Universidad de Extremadura

Cubo Delgado, Sixto

Prof. Titular Universidad de Extremadura

Vicente Castro, Florencio

Catedrático Universidad Extremadura

Email: carlosbt92@gmail.com

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v2.967>

Fecha de Recepción: 13 Enero 2017

Fecha de Admisión: 1 Abril 2017

RESUMEN:

En el presente trabajo encontramos un estudio sobre la variable simulación de síntomas en pacientes con fibromialgia en relación con otras variables psicológicas como calidad de vida, depresión y ansiedad al igual que la gradación del dolor. El estudio se realizó con un total de 40 pacientes todos diagnosticados con fibromialgia por los criterios de la Asociación Americana de Reumatología. Los instrumentos utilizados fueron, el Inventario Estructurado de Simulación de síntomas (SIMS), el Graded Chronic Pain Scale y el SF-36 Health Survey (SF-36v2) o Cuestionario autogestionado de Salud SF-36. Los resultados expuestos muestran que existen relación entre la simulación de síntomas dolor crónico pero no con la calidad de vida. La simulación de síntomas en pacientes con fibromialgia es un fenómeno muy complejo que depende de varios métodos de control entre los que cabe destacar la utilización de screening como el SIMS apoyados con importantes exámenes físicos y psicológicos por expertos.

Palabras clave: Fibromialgia, dolor crónico, simulación de síntomas.

SUMMARY:

In this paper we find a study about the variable of simulation of symptoms in fibromyalgia syndrome regarding to other psychological variables such as quality of life, depression, anxiety as well as gradation of pain. The study was performed with 40 patients, all diagnosed with fibromyalgia by the criteria of the American Rheumatology Association. The instruments used were the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS), the Graded Chronic Pain Scale and SF-36 Health Survey (SF-36v2). The results show that there is a relationship between the simulation of symptoms and chronic pain but not with quality of life. The simulation of symptoms in patients with fibromyal-

SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

gia is a very complex phenomenon that depends on several methods of control among which it is possible to emphasize the use of screening like the SIMS supported with important physical and psychological examinations by experts.

Key words: Fibromyalgia, chronic pain, symptom simulation.

INTRODUCCIÓN

Un estudio realizado en 26 países mostró la prevalencia mundial de la fibromialgia bajo los criterios de la ACR. Se estimó que un 2,7% de la población presentaban los criterios para ser diagnosticados de fibromialgia (Queiroz, 2013). En la población española, la prevalencia oscila entre un 2,3-2,4% (Branco, Bannwarth, Failde, Abello Carbonell, Blotman&Spaeth, 2010).

Si atendemos a las características sociodemográficas el síndrome de fibromialgia es más común en mujeres que en hombres, con un nivel socioeconómico bajo, de áreas rurales (Queiroz, 2013). La fibromialgia es un síndrome generalizado asociado con múltiples síntomas que abarcan desde problemas del sueño, fatiga o cansancio crónico, alteraciones en la cognición hasta una gama amplia de síntomas somáticos (Mease, Arnold, Choy, Clauw, Crofford&Glass, 2009). Su principal característica es dolor músculo-esquelético difuso, de origen no articular y crónico que se manifiesta en puntos corporales específicos (Garg y Deodhar, 2012)

Las personas que padecen fibromialgia pueden sufrir una amplia sintomatología (Fitzcharles, Ste-Marie, Goldenberg, Pereira,Abbey&Choiniere, 2013). Pueden presentar dolores durante al menos tres meses consecutivos y es uno de los principales síntomas de esta enfermedad. La fatiga es otro de los síntomas más comunes en este tipo de pacientes llegando a ser un gran elemento incapacitador en la vida diaria, al igual que la falta de sueño o el sueño poco reparador.

El dolor crónico, que afecta entre un 17.25 y un 23.4% de la población española adulta (Casals & Samper, 2004), es una experiencia desagradable de más de 6 meses de evolución (Merskey & Bogduk, 1994), tiene como inicio un dolor agudo y su valor biológico es nulo, destrozando física, mental y socialmente a la persona que lo padece. No existe relación entre la magnitud del daño y el dolor que experimenta el sujeto ,respondiendo escasamente a los tratamientos del daño físico (Miró, 2003),

El dolor crónico no solo afecta de forma directa en la calidad de vida, sino que afecta a las actividades de la vida diaria y aumenta significativamente el absentismo laboral, produciendo un gran impacto socioeconómico (Breivik,Collett,Ventafriidda&Cohen, 2006). Tienen dificultades para realizar multitareas y realizar largos desplazamientos, (Jones, Rutledge, Jones, Matallana&Rooks, 2008).

Según los estudios publicados por Mittenberg, Patton, Canyock y Condit (2002), el 37.7% de las personas diagnosticadas con fibromialgia presenta simulación de síntomas. Las patologías que más suelen puntuar en simulación, tanto en test como en evaluación de expertos, son las que presentan una sintomatología difícilmente relacionable con su origen orgánico objetivo (Capilla Ramirez, GonzalezOrdi, Santamaria, 2010). Este hecho se agrava cuando el paciente se encuentra en una situación de litigio (Harris, Murgatroyd, Cameron, Young y Solomon, 2009). Sin tener en cuenta al paciente que simula síntomas, el síndrome de fibromialgia genera unos costes mucho mayores que otras enfermedades en el sistema sanitario español (Rivera, Rejas, Esteve-Vives, y Vallejo, 2009).

OBJETIVO

Observar si se produce alguna diferencia entre las personas que puntúan más alto en simulación de síntomas en relación con otras variables como la calidad de vida y el dolor crónico.

Hipótesis:

Hipótesis 1: Las personas con mayor puntuación en la variable simulación de síntomas, presentan peor puntuación en la dimensión de calidad de vida.

Hipótesis 2: Las personas que puntúan más alto en la variable simulación de síntomas, puntúan más alto en la variable gradación del dolor crónico.

MÉTODOS

Se trata de un estudio experimental realizado gracias a la colaboración de varias asociaciones de fibromialgia y a la Unidad del Dolor de Badajoz. La participación fue totalmente voluntaria y se les administró un consentimiento informado escrito. Los datos fueron tratados completamente de forma anónima y a los participantes se les dio la oportunidad de abandonar el estudio con toda libertad.

PARTICIPANTES

El estudio se realizó con 40 participantes de los cuales 36 fueron mujeres y 4 hombres, con una edad comprendida entre los 31 y los 70 años. La selección de la muestra dentro de cada asociación estuvo marcado por los criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión:

Tener entre 16 años o más. Si el paciente es menor deberá presentar la autorización de un tutor. Tengan FMS bajo los criterios de la ACR (American College of Rheumatology).

No tener otros problemas de salud como problemas coronarios, diabetes mellitus, padecer o haber padecido cáncer o alcoholismo.

INSTRUMENTOS

La información se obtuvo mediante una entrevista con los participantes donde cumplieron los instrumentos seleccionados.

El **Inventario Estructurado de Simulación de síntomas (SIMS)** es un cuestionario cuyo objetivo es la detección de síntomas simulados de carácter psicopatológico y neuropsicológico. La adaptación española fue realizada por González-Ordi y Santamaría (2009). La consistencia interna (Coeficiente Alfa de Cronbach) dio resultados muy buenos, obteniendo una puntuación total de 0.94.

El **GradedChronicPainScale** es un cuestionario formado por 7 ítems en formato Likert (11 puntos), cuyo rango total es de 0 a 70 puntos. La versión actualizada en 2010 convierte el cuestionario inicial en una escala de 8 ítems, llamada Graded Chronic Pain Scale 2.0 (GCPS) (Von Korff., 2011). La Escala de gradación del dolor crónico posee una alta consistencia interna, el de Cronbach fue de 0,87, similar al que presentan las versiones en otros idiomas, y el coeficiente de correlación intraclass fue 0,81. Como conclusión se obtiene que la versión española de la escala de gradación del dolor crónico parece ser un instrumento válido, fiable y útil para medir de forma precoz el dolor crónico en la práctica clínica en Atención Primaria en España (Ferrer-Peña, R., et al.2015).

El **SF-36 HealthSurvey** (SF-36v2) o Cuestionario autogestionado de Salud SF-36, fue desarrollado por Ware y Sherbourne (1992). El SF-36 es una escala ampliamente utilizada de 8 dimensiones que se administra para determinar los impactos de varias enfermedades reumatológicas, incluyendo FMS, en la salud física y social de los pacientes (Da Costa et al 2000). La adaptación española fue desarrollada por Alonso, Prieto y Antó (1995) y su objetivo principal es evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Para obtener las puntuaciones de las dimensiones los ítems son codificados y transformados en una escala entre 0 y 100 puntos, lo que corresponde a “el peor estado de salud posible” y “el mejor estado de salud posible” respectivamente (Arostegui Madariaga, Núñez-Antón, 2008).

SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

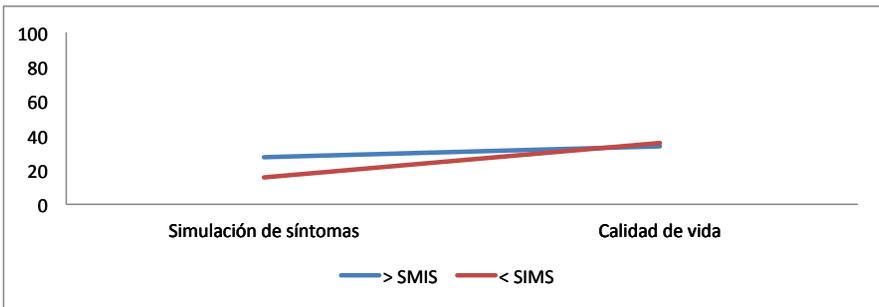
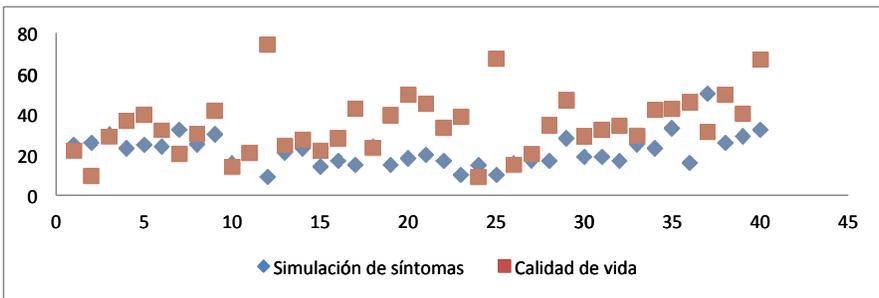
RESULTADOS

El proceso seguido para realizar el análisis inferencial ha sido el siguiente:

1. Representamos la tendencia de los resultados a través de una gráfica.
2. Con respecto al análisis de los datos, para saber si se debía realizar una prueba paramétrica o no paramétrica se aplicaron los siguientes estadísticos:
 - A. Kolmogorov-Smirnov, para contrastar la hipótesis nula de que la distribución teórica en la población es normal.
 - B. Rachas, para contrastar la hipótesis nula de que la distribución teórica en la población es aleatoria.
 - C. Levene, no se realizará para contrastar la hipótesis nula relacionada con la igualdad de las varianzas entre las diferentes variables analizadas debido a que son muestras equivalentes.
3. En el caso de que en algunos de los supuestos anteriores no sea estadísticamente significativo, se aplicará directamente una prueba no paramétrica.
4. Se da respuesta al contraste realizado de la hipótesis nula y por tanto de la hipótesis de trabajo.
6. Cuando aparezca una variable definida con la abreviación "vcc" significa que la variable es cuantitativa continua.
7. El valor utilizado en los gráficos será el valor teórico. En el caso de que se realice un gráfico con dos valores teóricos distintos, se representará el de mayor valor.

A continuación se analizará hipótesis por hipótesis.

Hipótesis. 1: Las personas con mayor puntuación en la variable simulación de síntomas, presentan peor puntuación en la dimensión de calidad de vida.



En esta hipótesis se ha realizado el análisis estadístico con las puntuaciones totales, mientras que para su representación gráfica se ha realizado una gráfica de las puntuaciones totales y otra gráfica, dividiendo la muestra y sus puntuaciones para su mejor comprensión.

Tabla: 1
Descriptive Statistics

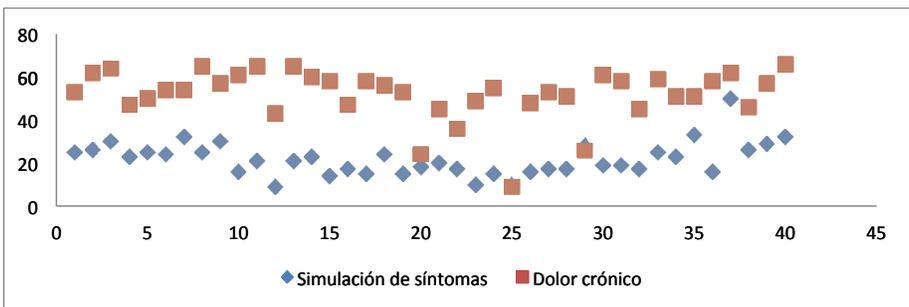
Variables	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Malingered Symptomatology	0	9	21,80	7,740
Quality of life	0	9,00	74,38	14,60009
Valid N (listwise)	0			

Al utilizar como datos las puntuaciones percentiles, aplicaremos directamente la prueba no paramétrica R de Spearman.

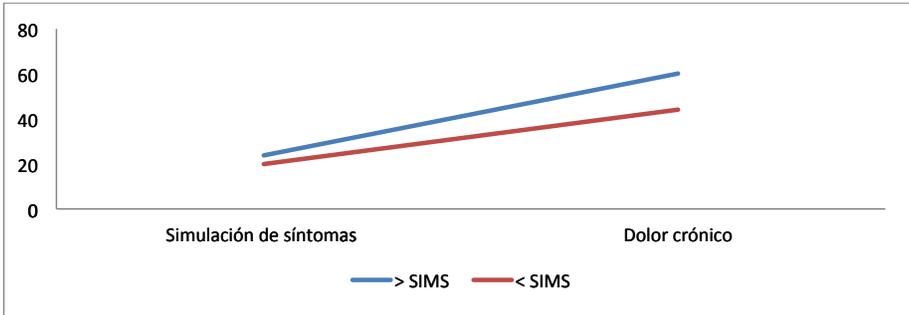
Tabla: 2
Correlations

Variable	Malingered Symptomatology	Quality of life
Malingered Symptomatology	Pearson Correlation	1
	Sig. (1-tailed)	,320
	N	40
Quality of life	Pearson Correlation	-,076
	Sig. (1-tailed)	,320
	N	40

Aceptamos la hipótesis nula ($p > 0,05$). Rechazamos la hipótesis de trabajo
 Hipótesis 2: Las personas que puntúan más alto en la variable simulación de síntomas, puntúan más alto en la variable gradación del dolor crónico.



SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA



En esta hipótesis se ha realizado el análisis estadístico con las puntuaciones totales, mientras que para su representación gráfica se ha realizado una gráfica de las puntuaciones totales y otra gráfica, dividiendo la muestra y sus puntuaciones para su mejor comprensión.

*Tabla: 3
Descriptive Statistics*

variables	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Malingered Symptomatology	40	9	50	21,80	7,740
Chronic Pain	40	9	66	52,05	11,782
Valid N (listwise)	40				

*Tabla: 4
Tests of Normality*

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
Structured Inventory of Malingered Symptomatology TOTAL	,107	40	,200*
Graded Chronic Pain Scale PRE	,150	40	,024

*. This is a lower bound of the true significance

.a. Lilliefors Significance Correction

Tabla: 5
Runs Test

Variables	Malingered Symptomatology	Chronic Pain
Test Value ^a	21	54
Cases < Test Value	19	19
Cases >= Test Value	21	21
Total Cases	40	40
Number of Runs	13	18
Z	-2,393	-,787
Asymp. Sig. (2-tailed)	,017	,431

a. Median

Tabla: 6

Variable:	vcc	Test K-S	Test Rachas	Tipo de Prueba
Structured Inventory of Malingered Symptomatology TOTAL	Sí	,009	,017	R de Spearman
Graded Chronic Pain Scale PRE	Sí	,000	,431	

No se cumple el requisito de aleatorización, aplicamos la prueba estadística no paramétrica R de Spearman.

Tabla: 7
Correlations

		Malingered Symptomatology	Chronic Pain
Spearman's rho	Malingered Symptomatology	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (1-tailed)	,319*
	Pain Scale	Correlation Coefficient	,319*
		Sig. (1-tailed)	,022
		N	40

*. Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Rechazamos la hipótesis nula ($p \leq 0.05$). Aceptamos hipótesis de trabajo

SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Como resultado principal observamos que el 72,5% de los pacientes observados presentaban simulación de síntomas. En relación al objetivo no se han encontrado evidencias de la relación entre simulación de síntomas y la variable calidad de vida. A pesar de este hecho, al comparar la variable simulación de síntomas y dolor crónico, encontramos datos significativos. Se puede observar que los pacientes que puntúan más alto en simulación de síntomas presentan más puntuaciones en el test de dolor crónico.

CONCLUSIONES

A raíz de los resultados expuestos, podemos observar que los pacientes que puntúan más alto en dolor crónico presentan más puntuaciones en el test de simulación de síntomas. Con estos datos se abre el debate sobre si estos pacientes simulan completamente su sintomatología o simplemente tienden a exagerar una sintomatología existente pero cualitativamente menor.

El 72,5% de los pacientes presentaban, según el cuestionario de simulación de síntomas (SIMS), sospechas de simulación y sólo 11 de los 40 sujetos (27,5%) no poseían simulación de síntomas. Este dato se contradice con el propuesto por Mittenberg, Patton, Canyock y Condit (2002) en el que exponían que los pacientes simuladores era el 37,7%, por lo que este hecho pone en duda dos procesos.

El primer proceso que pone en duda es el propio diagnóstico. Que el 72,5% de los pacientes diagnosticados de fibromialgia presenten simulación de síntomas no es un marcador muy adecuado, es decir, la presencia tan alta de sospecha de simulación en pacientes que han pasado bajo los criterio clínico de profesionales llama mucho la atención. Teniendo en cuenta que para que se diagnostique con el síndrome de fibromialgia, el paciente debe pasar por un largo y tedioso procedimiento, no solo burocrático sino también médico, con las consiguientes evaluaciones.

El segundo proceso que pone en duda es la prueba elegida para la detección de la simulación. A pesar de poseer un Alfa de Cronbach de 0.94, sorprende el alto porcentaje de simuladores. Por una parte es posible que como variable extraña se encuentre un gran número de personas que simulan sus síntomas. Por otra parte puede que la simple administración de un cuestionario sea insuficiente para emitir un juicio de simulación, como ya apuntan los autores de la prueba (Gonzalez Ordi, 2012).

La falta de relación entre las variables simulación de síntomas y la variable calidad de vida y sus dimensiones, puede ser debido a diversos factores, entre ellos, que la prueba seleccionada para la simulación de síntomas no posea la sensibilidad adecuada para ese tipo de pacientes. Se seleccionó este cuestionario debido a que presenta una dimensión llamada "Deterioro Neurológico" que evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas de tipo neurológico ilógicos o muy atípicos (González-Ordi y Santamaría, 2009). Estos resultados coinciden con los expuestos por Capilla Ramirez, GonzalezOrdi y Santamaria (2013) donde exponen que no se encuentran puntuaciones discriminantes entre pacientes litigantes y no litigantes tras la aplicación del screening. Como conclusión a este apartado y en relación a los objetivos, no podemos señalar que haya resultados significativos entre la Simulación de Síntomas y la Calidad de Vida, pero sí con la variable dolor crónico.

Hay que tener en cuenta posibles variables externas que puede afectar a los resultados del estudio, ya que a pesar de utilizar cuestionarios con suficientes avales métricos pueden que sus resultados estén bajo la influencia de fenómenos como la deseabilidad social. Es nuestro deber señalar que el ambiente de estudio puede influir en esta variable. En el mundo de la clínica no se busca a las personas que presentan unos síntomas malintencionados o simulados, al contrario que en ambientes periciales. En nuestro contexto, el ambiente de laboratorio que podemos crear para la recogida de información puede reunir un poco de ambos ámbitos, el clínico y el pericial, ya que en

cierto modo, este tipo de pacientes han estado de forma tradicional en constante duda por parte de las autoridades sanitarias.

La evaluación de pacientes con este tipo de patologías es muy compleja y requiere más de un instrumento de medida complementado con exhaustivos exámenes físicos. Se requiere una anamnesis de los síntomas del enfermo, la interferencia con su vida personal y social, la evaluación de los factores psicológicos y psiquiátricos es primordial. Identificar los factores agravantes y las enfermedades que comorbidizan con fibromialgia y expresar qué deriva de esta. Un examen físico del aparato locomotor en general, neurológico, cardíaco, respiratorio, autónomo y endocrino. No existen hoy en día pruebas de laboratorio específicas para los pacientes con fibromialgia, aunque es importante estudiar otros cuadros clínicos que puedan reproducir síntomas similares. Al igual que pasa con las pruebas de laboratorio no existen pruebas de imagen que especifique este diagnóstico, sin embargo hay muchos estudios que han intentado clarificar un marcador específico (Williams, Clauw & 2009; Harris, Sundgren, Craig, Kirshenbaum, Sen, Napadow, et al. 2009).

Probablemente como en la mayoría de los casos la explicación del fenómeno de simulación de síntomas que aparece en esta investigación, sea multifactorial y una conjunción de fenómenos ayude a explicar el aumento en la simulación, teniendo en cuenta los complejos del trastorno, sería bueno realizar un estudio comparativo sobre las similitudes y las diferencias de pacientes simuladores en diferentes trastornos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 HealthSurvey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *MedClin*, 104, 771-6.
- Arostegui Madariaga, I. y Núñez Antón, V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística Española*, 50(167), 147-192.
- Branco, J. C., Bannwarth, B., Failde, I., AbelloCarbonell, J., Blotman, F., Spaeth, M., et al. (2010) Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Semin Arthritis Rheum*, 39(6), 448-53.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal Of Pain*, 10(4), 287-287. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Capilla Ramirez, GonzalezOrdi y Santamaria (2013). Fibromialgia: ¿exageración o simulación?. *Clínica y Salud*, 24, 185-195.
- Capilla Ramirez, P. y Gonzalez Ordi, H. y Santamaria, P. (2010). *Tasas de Prevalencia de simulación de síntomas en población española*. Comunicación presentada en el VIII Congreso Iberoamericano de Psicología. Oviedo, 20-24 de Junio.
- Casals, M. & Samper, D. (2004). Samper Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *RevSocEsp Dolor*, 11, 260-269
- Da Costa, D., Dobkin, P.L., Fitzcharles, M.A., Fortin, P.R., Beaulieu, A., Zummer, M., et al. (2000). Determinants of health status in fibromyalgia: a comparative study with systemic lupus erythematosus. *The Journal of Rheumatology*, 27, 65-72.
- Ferrer Peña, R., Gil Martínez, A., Pardo Montero, J., Jiménez Penick, V. Gallego Izquierdo, T. y La Touche, R. (2015). Adaptación y validación de la Escala de Gradación del dolor crónico al español. *ReumatolClin*, (3)12, 130-8.
- Fitzcharles, M., Shir, Y., Ablin, J., Buskila, D., Amital, H., Henningsen, P., & Häuser, W. (2013). Classification and Clinical Diagnosis of Fibromyalgia Syndrome: Recommendations of Recent Evidence-Based Interdisciplinary Guidelines. *Evidence-Based Complementary And Alternative*

SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

- Medicine*, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/528952>.
- Garg, N. & Deodhar, A. (2012). New and modified fibromyalgia diagnostic criteria: Ambiguity, uncertainty, and difficulties complicate diagnosis and management. *J MusculoskelMed*, 29, 1–5.
- González Ordi, H y Santamaría, P. (2009). *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas*. Madrid: TEA Ediciones.
- González Ordi, H., Santamaría, P. y Capilla, P. (2012). *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar*. Madrid: TEA Ediciones.
- Harris, I. A., Murgatroyd, D., Cameron, I., Young, J. M. y Solomon, M. J. (2009). The effect of compensation on health care utilisation in a trauma cohort. *The Medical Journal of Australia*, 190, 619-22.
- Jones, J., Rutledge, D., Jones, K., Matallana, L., & Rooks, D. (2008). Self-Assessed Physical Function Levels Of Women with Fibromyalgia. *Women's Health Issues*, 18(5), 406-412. <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2008.04.005>
- Mease, P., Arnold, L. M., Choy, E. H., Clauw, D. J., Crofford, L. J., Glass, J. M., et al. (2009). Fibromyalgia síndrome module at OMERACT 9: domain construct. *J Rheumatol*.36 (10), 2318-29.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). Classification of chronic pain, 2nd. Ed. Seattle, WA:IASP Press.
- Miró, J. (2003). Dolor crónico. *Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao, España: Desclée de Brower.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E., & Condit, D. (2002). Base Rates of Malingering and Symptom Exaggeration. *Journal Of Clinical And Experimental Neuropsychology (Neuropsychology, Development And Cognition: Section A)*, 24(8), 1094-1102. <http://dx.doi.org/10.1076/jcen.24.8.1094.8379>
- Queiroz, L. P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*, 17(8), 356.
- Rivera, J., Rejas, J., Esteve-Vives, J. y Vallejo, M. A. (2009). Costes económicos asociados al diagnóstico de fibromialgia en España. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 16, 417-418.
- Von Korff, M. (2011) Health services methods. En: Turk DC, Melzack R, editores. Handbook of pain assesment. 3rd ed (pp. 455–73) New York: Guilford Press.
- Ware J. E. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(6), 473-83.
- Williams, D., & Clauw, D. (2009). Understanding Fibromyalgia: Lessons from the Broader Pain Research Community. *The Journal Of Pain*, 10(8), 777-791. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2009.06.001>