

Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia

Personality traits, coping strategies, and pain in fibromyalgia diagnosed patients

Ana Milena Gaviria¹, Stefano Vinaccia¹, Japcy Margarita Quiceno¹, Karolyna Martínez², Mónica Yépez², Caterine Echevarria², Francoise Contreras³ y Ricardo Pineda⁴

RESUMEN

El propósito de este estudio fue describir las características de personalidad, estrategias de afrontamiento y el dolor percibido en un grupo de pacientes con diagnóstico de fibromialgia, y observar si existe relación entre estas variables. Para ello, se utilizó el Inventario de Personalidad de Eysenck, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, el McGill Pain Questionnaire y la Escala Visual Análoga. Se encontraron relaciones significativas entre algunas estrategias de afrontamiento, que mostraron un patrón de respuesta coherente, lo que denota la solidez de este constructo. De igual forma, el índice global de dolor correlacionó significativamente con sus tres sub-índices, lo que confirma su multidimensionalidad. La personalidad no correlacionó con dolor ni con afrontamiento, sin ser claro si la discrepancia obedece a diferencias metodológicas o, por el contrario, reevalúa la asociación entre tales variables.

Palabras clave: Fibromialgia; Estrategias de afrontamiento; Características de personalidad; Dolor crónico.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze the relation among characteristics of personality, coping strategies and perceived pain in fibromyalgia diagnosed patients, as well as to observe if there are relations between such variables. There were used the Eysenck Personality Inventory, the Coping Scale, the McGill Pain Questionnaire, and the Analog Visual Scale. Significant correlations were found among some coping strategies, showing a coherent response pattern, which confirms the solidity of this construct. Likewise, the global index of pain significantly correlated with its three sub-indexes, which confirms its multidimensionality. Personality traits do not correlate nor with pain neither with coping. Is it not clear if this discrepancy was due to methodological differences or, in the other hand, reevaluates the association between such variables.

Key words: Fibromyalgia; Coping strategies; Personality traits; Chronic pain.

¹ Universidad de San Buenaventura, Apartado Aéreo 81240, tel. y fax 511-36-00, Medellín, Antioquia, Colombia. Artículo recibido el 27 de marzo y aceptado el 26 de mayo de 2006.

² Pontificia Universidad Bolivariana, Campus de Laureles Circular 1 No. 70-01, Tel: +(574) 415 9015, Medellín, Colombia.

³ Universidad de Santo Tomás, Carrera 9 Número 51-11, Bogotá, Colombia.

⁴ Clínica Universitaria Bolivariana, Carrera 72a No 78b-50, 4415900, Medellín, Colombia.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas se definen como desórdenes del sistema músculo-esquelético que comprometen su función en diferentes grados. La fibromialgia (FM) pertenece a este tipo de enfermedades, tiene una prevalencia de 4% en la población general y representa la tercera parte de las consultas de reumatología (Carrera, Valenzuela y García, 2000; Moreno y Montaña, 2000). Su síntoma principal es un dolor generalizado, especialmente intenso en la columna vertebral y en las grandes articulaciones (hombro, rodilla, cadera), rigidez intensa al levantarse, alteraciones del sueño, sensación de cansancio la mayor parte del día, parestias (sensación de hormigueo) en las porciones distales de las extremidades, y sensación subjetiva de hinchazón que no se evidencia con técnicas diagnósticas ni en la exploración física (Carrera y cols., 2000).

El dolor crónico, principal síntoma de esta enfermedad, se define como cualquier dolor persistente que se fija de manera arbitraria (Loeser, Butler, Chapman, Turk y Bonica, 2001) y constituye una experiencia sensorial y emocional desagradable, sea real o potencial, relacionada con daño a los tejidos que persiste de forma continua o intermitente durante más de tres meses (Pérez-Pareja, Borrás, Sesé y Palmer, 2005). El hecho que el dolor persista aumenta la posibilidad de que ciertos factores psicosociales y ambientales contribuyan de manera importante a la perturbación emocional del paciente (Pérez-Pareja y cols., 2005), lo que a su vez podría incrementar su percepción de dolor.

El dolor crónico constituye un estado de tensión sostenida que el individuo suele percibir como amenazante, pues tiene importantes repercusiones laborales, económicas, familiares, sociales y sexuales, entre otras. En esta condición los pacientes deben poner en marcha una serie de mecanismos que les permitan paliar los daños producidos por el suceso estresante, los cuales han sido llamados "estrategias o estilos de afrontamiento", definidos como aquellos intentos cognoscitivos y conductuales en constante cambio que le hacen posible al individuo manejar exigencias internas o externas que considera como restrictivas o que rebasan sus recursos (Lautenbacher, Rollman y McCain, 1994).

Cabe aclarar que el uso de estrategias de afrontamiento no siempre es positivo, incluso cuando se tenga éxito en eliminar el estresor, pues el proceso en sí mismo conlleva una fatiga que puede llegar a tener iguales consecuencias negativas que el mismo estresor. Las demandas prolongadas de respuestas de afrontamiento agotan la capacidad psíquica y limitan los recursos de la persona (Kosek y Hansson, 1997).

Se ha evidenciado que las personas con dolor crónico varían ampliamente en sus creencias sobre esta experiencia y en las formas de afrontarlo, lo que guarda una estrecha relación con la adaptación a la situación. Las creencias de los pacientes pueden ir desde la capacidad percibida para controlar el dolor, hasta la tendencia a concebirlo en forma catastrófica; en este último caso se aprecia una mayor tendencia a manifestar disfunciones físicas y psicosociales (Lázaro, Boch, Torrubia y Baños, 1994).

Gatchel y Weisberg (2000) sostienen que la vivencia del dolor en pacientes con FM dependerá de las características de personalidad del paciente; aquellos que lo viven con tensión emocional, ansiedad y depresión suelen experimentarlo con mayor intensidad y generalmente no responden al tratamiento farmacológico; por el contrario, quienes desarrollan conductas adaptativas positivas, como la creencia en sus posibilidades para superarlo, experimentan niveles más bajos. Montoya, Pauli, Batra y Wiederman (2005) encontraron que los pacientes con FM mostraron un elevado nivel de catastrofismo (o creencias pesimistas) y señalaron que estas creencias desempeñan un papel importante en el referido dolor, los estados depresivos, los sentimientos de inutilidad y fracaso y la aversión e ideación acerca de la muerte.

Varios autores sostienen que existe relación entre las estrategias de afrontamiento y ciertas variables de personalidad (Palmero y Fernández-Abascal, 1999; Ramírez, Esteve y López, 2001), definidas estas como un patrón de conducta, pensamientos y sentimientos únicos y relativamente estable de los individuos (Barón, 1996), que constituyen un conjunto de características o rasgos biológicos y de aprendizaje que se reflejan en la forma de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de cada individuo (Millon y Davis, 1998).

Se asume que los patrones de personalidad en pacientes con dolor crónico condicionan en gran medida la forma de vivenciar el dolor. También se ha afirmado que los perfiles de personalidad podrían tener influencia en el resultado terapéutico, en la respuesta a los tratamientos empleados, e incluso en la ausencia de respuesta en determinadas ocasiones. Dicha relación ha sido estudiada a partir de los trabajos pioneros de Hanvik (1951), quien observó que los pacientes crónicos con dolor funcional de espalda mostraban elevaciones en algunas escalas del Multiphasic Minnesota Personality Inventory (MMPI). Posteriormente, se ha apreciado que los pacientes con dolor crónico, al ser comparados con quienes sufren de dolor agudo, manifiestan con mayor frecuencia la llamada “triada neurótica”, al tiempo que suelen tener menor respuesta al tratamiento (Sherman, Camfield y Arena, 1995); otros autores han hallado que el perfil psicológico de tales pacientes tiene una puntuación elevada en cuanto a depresión, hipocondriasis y trastorno histriónico de la personalidad (Ediger, 1993). Ballina, Martín, Iglesias, Hernández y Cuello (1995) hallaron en los pacientes un índice neurótico significativo, una autoimagen débil y un índice de psicoticismo elevado.

No obstante, se han hecho diversas críticas a las descripciones clínicas obtenidas con el MMPI en las personas con dolor crónico (Reich, Tupin y Abramowitz, 1983). Entre ellas se ha indicado que el MMPI fue un instrumento diseñado para obtener perfiles en pacientes psiquiátricos y no para población con dolor crónico. En este sentido, aunque los resultados del MMPI son limitados e impiden llegar a conclusiones definitivas, se ha podido establecer que los pacientes con dolor crónico exhiben un mayor desajuste emocional que la población normal y que los pacientes con dolor agudo. Los síntomas que más aparecen junto al dolor crónico son los depresivos, ansiosos, extravertidos e hipocondríacos (Fiter, 1999).

De forma paralela, se han realizado estudios con distintas versiones de los cuestionarios de Eysenck (Eysenck Personality Inventory [EPI]) (Eysenck y Eysenck, 1964, 1968) para examinar las características de personalidad en los pacientes con dolor crónico, en los cuales se ha encontrado una relación significativa entre altos niveles de neuroticismo y estilo de afrontamiento orien-

tado hacia el catastrofismo que predicen una adaptación deficiente. De hecho, parece que el uso de este tipo de estrategias de afrontamiento modula la relación entre el neuroticismo y el malestar psicológico (Ramírez y cols., 2001).

Dada la tendencia de las personas con alto neuroticismo a experimentar emociones angustiosas, negativas y con baja autoestima, algunos autores consideran que los individuos que lo sufren pueden exhibir un patrón de pensamientos catastróficos sobre todos los aspectos de su vida. Estas emociones negativas pueden propiciar cambios físicos que incluso pueden contribuir a la progresión de la enfermedad. Lorenzen (1994) observó que los pacientes con alto neuroticismo reportaban altas frecuencias de síntomas físicos, aunque en los registros de dolor se observaban frecuencias menores.

De igual forma, Eysenck y Eysenck (1964, 1968) observaron que los pacientes con dolor crónico obtuvieron medias más elevadas en la Escala de Neuroticismo que los controles normales, y que correlacionaba negativamente con el umbral del dolor y positivamente con el uso de analgésicos (Keefe y Bonk, 1999). Otros estudios encontraron resultados similares al comparar pacientes con dolor crónico orgánico y psicógeno (Loeser y cols., 2001).

Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fificol y Rowc (1988) observaron en pacientes reumáticos que las puntuaciones altas de neuroticismo se asociaron con mayor angustia, intensidad del dolor y síntomas depresivos. Posteriormente, McCain (1996) halló que las puntuaciones altas de neuroticismo se asociaron con menor satisfacción en la calidad de vida, probablemente por los pensamientos catastróficos de estas personas. Ciertas investigaciones desarrolladas por Eysenck (1994) también evidenciaron puntuaciones elevadas de neuroticismo asociadas con incrementos en la conducta desadaptada de enfermedad; de igual forma, este autor encontró que los pacientes con alto neuroticismo mostraron mayor discapacidad, somatización e intensidad del dolor (Eysenck, 1994).

Ballina y cols. (1995), por su parte, han observado que los pacientes con FM manifestaban ciertas características comunes, como ser exigentes, cuidadosos, ordenados y meticulosos en todos los aspectos de su vida, y que también era

característico encontrar en ellos rasgos depresivos. Se ignora si esto último es un rasgo de su personalidad o una manifestación psicológica de adaptación al dolor crónico, el cual a su vez tiene un componente afectivo íntimamente ligado con la ansiedad y la depresión (Moreno y Montaña, 2000).

La extroversión es otra característica de personalidad que ha demostrado tener relación con la percepción de dolor y otros estados emocionales asociados con la enfermedad. Los estudios clásicos de Eysenck (1967) y Eysenck y Eysenck (1968) descubrieron que los pacientes extrovertidos presentaban mayor tolerancia al dolor que los introvertidos. No obstante, Ramírez y Valdivia (2003) observaron que los pacientes con puntuaciones altas en extraversión y neuroticismo tuvieron mayor requerimiento de analgésicos luego de una cirugía y mostraron mayores niveles de dolor postoperatorio que los pacientes introvertidos. Resultados similares obtuvieron Rodríguez, Esteve y López (2000), quienes observaron que los pacientes extrovertidos requerían más analgésicos y recibían más medicación después de una cirugía que los introvertidos.

Sin embargo, otra serie de estudios indican que la extraversión es una variable protectora del dolor, útil en el tratamiento. Se ha visto que aunque los pacientes extrovertidos manifiestan más su conducta de dolor, informan menos problemas en su estilo de vida que los pacientes introvertidos (Moreno y Montaña, 2000), y que altas puntuaciones en extroversión también muestran relación con menor incapacidad física y emocional. Estos autores señalan que ello se debe probablemente a que la extroversión puede servir como atenuante de la influencia del neuroticismo en los estados del dolor (Ballina y cols., 1995). Otros autores como Ediger (1993) argumentan que las personas extrovertidas, al ser más sociables, tienen mayor soporte social, mientras que las introvertidas suelen permanecer más aisladas, por lo que sugieren que en el tratamiento del dolor crónico —sobre todo de pacientes introvertidos— se debe incluir el soporte social, la expresión de sentimientos y la actividad social.

MÉTODO

Participantes

Se realizó un muestro no probabilístico de 43 pacientes (86% mujeres y 14% hombres), con diagnóstico diferencial de FM basado en el criterio del Colegio Americano de Reumatología (Wolfe, Smtye, Yunos y Bennet 1990), que asistían a consultas de control en el servicio de reumatología de la Clínica Universitaria Bolivariana de la ciudad de Medellín, Colombia. Los pacientes decidieron participar voluntariamente en el estudio, para lo cual se contó con su consentimiento informado.

Instrumentos

Inventario de personalidad de Eysenck (EPI). Este instrumento, desarrollado originalmente por Eysenck y Eysenck (1964) y con versión española de Sánchez-Turet (1973), tiene 72 ítems que evalúan tres dimensiones de la personalidad: extroversión vs. introversión, neuroticismo vs. estabilidad y psicoticismo vs. normalidad. En el primer caso, el polo de extroversión caracteriza a un sujeto como expansivo, sociable, activo, vital, despreocupado, a quien le agradan las emociones fuertes y, por ende, las busca; el polo de introversión define a sujetos tranquilos, reservados, introspectivos, ordenados y con tendencia al pesimismo.

En el segundo caso, el polo de neuroticismo delimita a sujetos con labilidad emocional, ansiedad y tensión, por lo que son individuos irracionales con frecuentes alteraciones somáticas; el polo de estabilidad, a su vez, caracteriza a sujetos calmados, controlados y equilibrados.

Finalmente, en la tercera dimensión, el polo de psicoticismo distingue a sujetos solitarios, problemáticos, crueles, insensibles y agresivos, mientras que el polo de normalidad, por su parte, identifica a sujetos empáticos, sociables, creativos y sensibles.

Escala de Estrategias de Afrontamiento (EEC-R). Basada en la Coping Scale, de Lazarus y Folkman (1984), cuya versión española fue desarrollada por

Chorot y Sandín (1991), evalúa catorce estrategias de afrontamiento: búsqueda de alternativas, conformismo, control emocional, evitación emocional, evitación comportamental, evitación cognitiva, reacción agresiva, expresión emocional abierta, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y profesional, religión, refreno del afrontamiento y espera.

Cuestionario de Dolor de McGill. Desarrollado originalmente por Melzack (1975), y en la versión española de Lázaro y cols. (1994), constituye un instrumento útil para la evaluación de aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor, como son localización, cualidad del dolor (agrupa varias categorías que a su vez forman cuatro grandes índices: sensorial, emocional, evaluativo y global), propiedades temporales e intensidad. En cada una de las categorías, se considera un dolor leve si el individuo puntúa entre 1 y 39, moderado entre 40 y 79, y grave entre 80 y 100.

Escala Visual Análoga (VAS). Es ésta una medida unidimensional del dolor que permite hacer una valoración subjetiva de la intensidad de dolor referido por el paciente en el momento actual. Consta de una escala en la cual el paciente escoge una puntuación de entre 0 y 10; 0 indica ausencia de dolor, y 10 el peor dolor que le es posible experimentar o imaginar. Se considera leve

si puntúa entre 1 y 3, moderado si se ubica entre 4 y 7, y grave si lo hace entre 8 y 10.

Procedimiento

Los pacientes, quienes acudían a consulta externa en la unidad de reumatología de la Clínica Universitaria Bolivariana, fueron informados acerca de los objetivos de la investigación previo diagnóstico médico. Una vez recibida la información, se solicitó su anuencia para participar en la investigación, comentándoles acerca del secreto ético de la información y que no obtendrían remuneración económica alguna; se les hizo saber que podrían retirarse cuando así lo quisieran. Una vez obtenido el consentimiento informado, se llenó la ficha de datos sociodemográficos y se les entregaron los instrumentos.

RESULTADOS

Tal como se puede apreciar en la Tabla 1, la muestra estuvo compuesta en su gran mayoría por mujeres; su estado civil fue principalmente casados, y en menor proporción solteros o viudos. Se trató de pacientes con un nivel medio y superior de escolaridad y con un nivel bajo de desempleo.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Variable		Frec. (%)	Variable		Frec. (%)
Género	Mujer	37 (86.0)	Ocupación	Desempleado	6 (14.0)
	Hombre	6 (14.0)		Empleado	10 (23.3)
Edad	40-50	16 (37.2)		Independiente	14 (32.6)
	51-60	24 (55.8)		Pensionado/ jubilado	7 (16.3)
	61-70	3 (7.0)		Otro	6 (14.0)
Estado civil	Soltero	7 (16.3)		Nivel educativo	Primaria
	Casado	22 (51.2)	Secundaria		17 (39.5)
	Unión libre	3 (7.0)	Técnico/ universitario y posgrado		15 (34.9)
	Separado	4 (9.3)			
	Viudo	7 (16.3)			

Tabla 2. Medidas de tendencia central de las puntuaciones obtenidas en estrategias de afrontamiento y personalidad.

Variable	Media	Moda	D. S	Variable	Media	Moda	D. S
Extraversión	9.42	10	2.745	Expresión emocional abierta	24.49	20	6.434
Neuroticismo	9.60	7	3.606	Reevaluación positiva	31.47	28	7.076
Psicoticismo	3.93	3	2.640	Búsqueda de apoyo social	27.58	34	9.171
Mentira / ansiedad social	14.19	13	2.946	Búsqueda de apoyo profesional	31.63	39	8.958
Solución de problemas	32.23	27	6.845	Religión	31.95	28	7.135
Conformismo	21.86	22	5.303	Refrenar afrontamiento	31.53	33	6.235
Control emocional	28.35	29	5.182	Espera	18.23	20	5.677
Evitación emocional	26.42	30	6.423	Evitación cognitiva	21.91	25	7.476
Evitación comportamental	24.72	22	5.671	Reacción agresiva	15.63	7	6.473

En la Tabla 2 se presentan las medidas de tendencia central de las puntuaciones obtenidas en cada una de las variables evaluadas.

De acuerdo con los resultados del EPI, la media obtenida por los participantes en cada una de las escalas extraversión, neuroticismo y psicoticismo se encuentra bastante cercana a la media ofrecida en los baremos (10, 8 y 3, respectiva-

mente). Por el contrario, la media de la variable mentira y ansiedad social puntuó 14.19, superando el límite superior de la escala, que es 13.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, se observa que la muestra estudiada supera ampliamente los baremos ofrecidos para hombres y mujeres (Tabla 3).

Tabla 3. Comparación entre las puntuaciones medias obtenidas por los pacientes con FM y los baremos de la prueba en cada categoría.

Estrategias de afrontamiento	Baremos		FM	Estrategias de afrontamiento	Baremos		FM
	Hombre	Mujer			Hombre	Mujer	
Solución de problemas	27.8	27.5	32.23	Expresión emocional abierta	23.1	24.8	24.49
Conformismo	18.9	20.3	21.86	Reevaluación positiva	25.3	25.4	31.47
Control emocional	27.2	27.1	28.35	Búsqueda de apoyo social	23.3	25.3	27.58
Evitación emocional	23.5	23.6	26.42	Búsqueda de apoyo profesional	18.4	18.6	31.63
Evitación comportamental	21.3	21.4	24.72	Religión	21.4	23.8	31.95
Evitación cognitiva	19.8	20.8	21.91	Refrenar afrontamiento	25.4	26.4	31.53
Reacción agresiva	15.3	16.7	15.63	Espera	17.1	17.3	18.23

Como puede observarse en la Tabla 3, los participantes de la muestra superaron de manera importante las puntuaciones medias ofrecidas en los baremos, salvo en algunas categorías en las que fue bastante similar (reacción agresiva y expresión emocional abierta); en ningún caso la puntuación fue notablemente inferior. Vale la pena destacar que algunas puntuaciones superaron de manera particularmente amplia la media de los baremos; tal es el caso de la religión, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo profesional y refreno del afrontamiento, las cuales indican una percepción alta sobre estas variables como estrategias de afrontamiento en esta población.

En la Tabla 4 se ofrecen las puntuaciones obtenidas en los dos instrumentos para evaluar el dolor. Con respecto a la intensidad (VAS), se puede observar que la puntuación media obtenida por la

muestra es considerada como moderada (muy próxima al límite máximo de este nivel, que es 7); sin embargo, atendiendo a la moda, la puntuación alcanzada fue 8, lo que indica un nivel grave de dolor (rango 8-10).

Este nivel es superior al hallado en el Cuestionario de Dolor de McGill, en el que los pacientes mostraron en todas sus dimensiones un dolor leve, pues sus puntuaciones medias se ubicaron en este rango (entre 1 y 39). La puntuación mayor fue la obtenida en el índice sensorial del dolor, y le siguen el emocional y el valorativo. Consecuentemente, el índice global de dolor se ubica en la escala como leve. No obstante, en este último caso la moda supera ampliamente la media, alcanzando una puntuación que se ubica dentro del rango de dolor moderado (40-79).

Tabla 4. Medidas de tendencia central de las puntuaciones obtenidas en la escala VAS y el Cuestionario de Dolor de McGill.

Variable	Media	Moda	D. S.
Intensidad del dolor	6.95	8	2.654
Índice sensorial del dolor	19.44	23	3.838
Índice global del dolor	37.30	42	6.420
Índice emocional del dolor	7.70	8	1.319
Índice valorativo del dolor	2.51	3	1.222

Atendiendo a sus frecuencias, en el índice global de dolor se observa que casi dos terceras partes de los participantes se ubicaron en el rango de dolor leve (1-39) y los restantes en el moderado, cuyo límite fue 49, sin alcanzar a llegar al límite superior de este rango (40-79).

Análisis correlacional de las variables estudiadas

Para observar la relación entre variables, se utilizó la correlación de Pearson, aplicada a las variables de personalidad, dolor y estrategias de afrontamiento, encontrándose sólo correlaciones significativas en las variables que aparecen en la Tabla 5.

Tabla 5. Correlaciones significativas encontradas entre las puntuaciones de las escalas aplicadas.

	Control emocional	Solución de problemas	Refrenar afrontamiento	Índice sensorial del dolor	Índice afectivo del dolor	Índice evaluativo del dolor
Reevaluación positiva	.532	.616	.556	–	–	–
Índice global del dolor	–	–	–	.866	.531	.624

No se hallaron relaciones significativas entre la variable dolor con personalidad, ni de ésta con las estrategias de afrontamiento, pero sí entre algunas

estrategias de afrontamiento entre sí; tal es el caso de la reevaluación positiva, que correlacionó con control emocional, solución de problemas y refreno

del afrontamiento. El índice global de dolor correlacionó de manera significativa con sus subíndices sensorial, afectivo y evaluativo.

DISCUSIÓN

En un nivel descriptivo, se observa que las puntuaciones medias obtenidas por los pacientes con FM en las escalas extraversión y psicoticismo del EPI fueron similares a la media ofrecida en los baremos de la prueba (10 y 3, respectivamente); sin embargo, la puntuación media en neuroticismo fue considerablemente mayor con respecto a dichos baremos y a la obtenida en estudios previos realizados con pacientes con artritis reumatoide, en quienes la puntuación media fue 8.93 en esta escala. La media de las variables mentira y ansiedad social supera ampliamente la ofrecida en los baremos y el límite superior de la escala, lo que podría indicar –atendiendo a este valor– que se trata de una muestra de pacientes con un alto índice de mentiras y ansiedad social.

De igual forma, las puntuaciones obtenidas en las estrategias de afrontamiento fueron más altas que las ofrecidas en los baremos del instrumento; algunas muestran similitud, pero en ningún caso fueron inferiores, tal como ocurrió en estudios previos con pacientes con artritis reumatoide (Vinaccia, Tobón, Moreno, Cadena y Anaya, 2005).

Con respecto al dolor percibido, la media de intensidad de dolor descrito por los pacientes denota que se trata de un grupo con dolor moderado (rangos de 4 y 7); empero, atendiendo a la moda, la puntuación alcanzada indica un nivel grave de dolor. De acuerdo con los resultados del estudio, esta medida unidimensional del dolor no corresponde a las puntuaciones obtenidas en valoraciones más amplias, como las ofrecidas por el Cuestionario de Dolor de McGill, en el que el índice global de dolor corresponde a un nivel leve (rango de 1-39), puntuación afectada principalmente por los índices sensoriales del dolor, el emocional y el valorativo. Aunque estos índices muestran diferencias importantes entre sí, ninguno alcanzó el nivel de moderado, sino leve. En estudios previos (Vinaccia y cols., 2005) con pacientes diagnosticados con artritis, se observó una contribución similar de las dimensiones al índice global de do-

lor. Estos resultados denotan la dificultad metodológica de evaluar el dolor, no sólo porque depende completamente del autorreporte del sujeto, sino porque dicha estimación se ve afectada necesariamente por factores psicológicos que determinan la intensidad y características que la definen.

Con respecto a la asociación entre las variables estudiadas, se vio que el índice global de dolor correlacionó de manera significativa con sus subíndices sensorial, evaluativo y afectivo, lo que demuestra claramente la multidimensionalidad del dolor y lo acertado de estudiarlo de manera integral. También se observa su escasa correspondencia con la intensidad de dolor referido cuando se le estudia con instrumentos unidimensionales, tales como las escalas del VAS. Los resultados de este estudio permiten verificar la solidez de la definición de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2000), que señala que el dolor es, además de una percepción corporal, una experiencia emocional que forma parte del proceso de adaptación, para el cual el sujeto genera diversos comportamientos.

Algunas estrategias de afrontamiento mostraron asociaciones significativas entre sí, manifestando un patrón de respuesta adaptativo, coherente en sus dimensiones. Entre ellas, la reevaluación positiva (percepción optimista en la que el paciente identifica los aspectos positivos, que contribuyen a tolerar el problema) correlacionó con el control emocional (estrategia en la que el paciente busca modificar las reacciones emocionales a partir de un punto de vista más racional, lo que disminuye los niveles de estrés, ansiedad y dolor), con la solución de problemas (análisis de las diferentes alternativas para enfrentar el problema, evaluando tanto lo positivo como lo negativo de la situación y su viabilidad) y con refreno del afrontamiento (aclaración de la eficacia de las alternativas antes de enfrentar el problema). Como puede apreciarse, la correlación encontrada en las estrategias de afrontamiento denota la solidez del constructo al ser estudiado en pacientes con FM.

Aunque varios estudios han hallado una relación significativa entre los estilos de afrontamiento y la experiencia de dolor (Loeser y cols., 2001; Moreno y Montaña, 2000) con las características de personalidad (Eysenck, 1994; Ramírez y cols., 2001), y entre éstas con la experiencia de dolor

(Gatchel y Weisberg, 2000), en este estudio tales relaciones no fueron significativas.

Dada la escasa correspondencia entre los resultados obtenidos en este análisis con los presentados en la literatura —que incluso también son diversos—, se sugiere revisar con mayor detalle tales

estudios, tener en cuenta su similitud metodológica y observar si las diferencias se deben a ello o, por el contrario, se reevalúa la asociación entre estas variables, la que ha sido observada desde estudios pioneros como los de Hanvik (1951), Petrie (1960), Eysenck (1967) y Eysenck y Eysenck (1968).

REFERENCIAS

- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifeicol, J. y Rowc, J. (1988). Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 1, 71-77.
- American Psychiatric Association (2000). *Handbook of psychiatric measures*. Washington, D.C.: APA.
- Ballina, G.F.J., Martín, L.P., Iglesias, G.A., Hernández, M.R. y Cueto, E.A. (1995). La fibromialgia. Revisión clínica. *Revista Clínica Española*, 195, 326-334.
- Barón, R. (1996). *Psicología*. México: Prentice Hall.
- Carrera, J., Valenzuela, A. y García, A. (2000). Características clínicas y criterios diagnósticos de la fibromialgia. *Revista Española de Reumatología*, 7, 421-425.
- Chorot, P. y Sandín, B. (1991). Escala de estrategias de coping. *Memorias del III Congreso de Evaluación Psicológica*. Barcelona, 25-28 de septiembre.
- Ediger, B. (1993). *Coping with fibromyalgia*. Toronto: LRH Publications.
- Eysenck, H. (1994). *Tabaco, personalidad y estrés*. Barcelona: Herder.
- Eysenck, H.J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1964). *Eysenck Personality Inventory*. London: University of London Press.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1968). *Manual for the Eysenck Personality Inventory*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Fiter, J. (1999). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. *JANO, Medicina y Humanidades*, 56, 48-55.
- Gatchel, R. y Weisberg, J.N. (2000). *Personality characteristics of patients with pain*. New York: Guilford Press.
- Hanvik, L.J. (1951). MMPI profiles in patients with low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 15, 350-353.
- Keefe, F.J. y Bonk, V. (1999). Valoración psicosocial del dolor en pacientes con artritis reumatoide. En *Rheumatic Disease Clinics of North America* (Ed.): *Manejo del dolor en las enfermedades reumáticas*. Madrid: Panamericana.
- Kosek, E. y Hansson, P. (1997). Modulatory influence on somatosensory perception from vibration and heterotopic noxious conditioning stimulation (HNCS) in fibromyalgia patients and healthy subjects. *Pain*, 70, 41-51.
- Lautenbacher, S., Rollman, G.B. y McCain, G.A. (1994). Multi-method assessment of experimental and clinical pain in patients with fibromyalgia. *Pain*, 59, 45-53.
- Lázaro, C., Boch, F., Torrubia, R. y Baños, J.E. (1994). The development of a Spanish questionnaire for assessing pain: Preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment*, 10, 145-150.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Loeser, J., Butler, S.H., Chapman, C., Turk, D. y Bonica, C. (2001). *Terapéutica del dolor*. México: Mc Graw-Hill.
- Lorenzen, I. (1994). Fibromyalgia: a clinical challenge (review). *Journal of Internal Medicine*, 235, 199-203.
- McCain, G.A. (1996). A cost-effective approach to the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 22, 323-349.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.
- Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Montoya, P., Pauli, P., Batra, A. y Wiederman, G. (2005). Altered processing of pain-related information in patients with fibromyalgia. *European Journal of Pain*, 9, 293-303.
- Moreno, I. y Montaña, A. (2000). Aspectos psíquicos y psiquiátricos de la fibromialgia. *Revista Española de Reumatología*, 27, 436-441.
- Palmero, E. y Fernández-Abascal, E. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- Pérez-Pareja, J. Borrás, C., Sesé, A. y Palmer, A. (2005). Percepción del dolor y fibromialgia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 303-310.

- Petrie, A. (1960). Some psychological aspects of pain and the relief of suffering. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 86, 13.
- Ramírez, M., Esteve, R. y López, A. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor. *Anales de Psicología*, 17, 129-137.
- Ramírez, C. y Valdivia, I. (2003). Evaluación del funcionamiento diario de pacientes con dolor crónico. *Psicología Conductual*, 11, 283-291.
- Reich, J., Tupin, J. y Abramowitz, S. (1983). Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1495-1498.
- Rodríguez, M.J., Esteve, R. y López, A. (2000). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36, 391-418.
- Sánchez-Turet, M. (1973). *EPI cuestionario de personalidad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sherman, R., Camfield, M. y Arena, J. (1995). The effect of presence or absence of low back pain on the MMPI's conversion, v. *Military Psychology*, 1, 729-738.
- Vinaccia, S., Tobón, S., Moreno S.P., E., Cadena, J. y Anaya, J.M. (2005). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 45-60.
- Wolfe, F., Smyte, H.A., Yunos, M.B. y Bennet, A. (1990). Criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the Multi-centre Criteria Committee. *Arthritis & Rheumatism*, 33, 160-172.