

Fibromialgia y emociones negativas

Javier Pérez-Pareja, Carmen Borrás, Alfonso Palmer, Albert Sesé, Felicidad Molina* y Juana Gonzalvo*
Universidad de las Islas Baleares y * Unidad Médica Evaluadora de Valoración de Incapacidades (INSS Illes Balears)

Dos síntomas frecuentes en pacientes diagnosticados de fibromialgia son la ansiedad y la depresión. Éstos no parecen ser la causa pero agravan sus síntomas principales y pueden ser claves en su diagnóstico. El objetivo de este estudio es corroborar la relación fibromialgia, y ansiedad y depresión, y verificar si los pacientes presentan un perfil específico en la manifestación de las mismas. Para ello se han comparado las respuestas de ansiedad y depresión de un grupo de 36 pacientes fibromiálgicos frente a otro grupo de 44 sujetos con dolor crónico no fibromiálgico, y otro grupo control de 34 personas sin dolor crónico. Todos los sujetos fueron evaluados a través de un procedimiento de doble ciego incluyendo la evaluación mediante tests en ansiedad y depresión. Los resultados indican la existencia de un perfil específico en pacientes fibromiálgicos en depresión y ansiedad que permite una mejor caracterización del síndrome y puede contribuir a su diagnóstico diferencial.

Anxiety and depression are some of the most frequent symptoms that the diagnosed patients of fibromyalgia suffer. These dysfunctions don't seem to be the cause but they increase their main symptoms and constitute a singular characteristic in their diagnosis. The objective of this study was to corroborate the existent relationship between anxiety and depression in people with fibromyalgia, as well as to verify if these patients present a specific profile for this pathology. The answers of anxiety and depression of a group of 36 patient with fibromyalgia have been compared with another group of 44 subject with non-fibromiálgic chronic pain, and with a third group of 34 healthy people (control). All subjects were evaluated through a double blind procedure, using anxiety and depression questionnaires. Results indicate the existence of a specific profile in patients with fibromyalgia regarding anxiety and depression that allows a better characterization of this pathology and therefore can contribute to their differential diagnosis.

La evaluación del dolor, dado el carácter subjetivo del mismo, puede resultar una tarea altamente dificultosa para los profesionales de la salud, sobre todo atendiendo al hecho de que su experiencia, además de suponer un problema tanto a escala individual como social, se encuentra modulada por aspectos físicos, emocionales y cognitivos (Masedo y Esteve, 2002; Turk y Rudy, 1987), así como por factores psicosociales (Bates, 1987).

La presencia continuada del dolor, principal característica del dolor crónico, puede afectar la vida del paciente; destacando, en este sentido, los cambios en su estilo de vida y en su estado emocional, de manera que las modificaciones producidas por el dolor, que son a la vez efectos y mantenedores de éste, deben ser consideradas en su evaluación (Ferrer, González-Barrón y Manassero, 1993).

En virtud de esta cuestión, una clara línea de investigación viene constituida por los trabajos centrados en el estudio de la posible relación entre dolor y determinadas variables de personalidad y respuestas emocionales, encontrándose, por una parte, evidencias empíricas que apoyan la teoría según la cual existe una alta re-

lación entre algunos rasgos de personalidad y dolor crónico (Ramírez y Esteve, 2001); y, por otra, una elevada incidencia del estado de ánimo deprimido entre los pacientes con dolor, asumiéndose con frecuencia que éste es el causante de aquél (Camacho y Anarte, 2003; Forseth, Husby, Gran y Forre, 1999). En consecuencia, la identificación de los factores de naturaleza psicológica implicados en el dolor puede contribuir a la mejora de los procedimientos de evaluación del trastorno y, por tanto, de su tratamiento (Nicholas y Wright, 2001).

Entre los trastornos de dolor, dadas sus características e implicaciones, merece especial atención la fibromialgia; trastorno definido como un síndrome reumatológico caracterizado por dolor generalizado que se considera crónico y cuyo síntoma principal es la sensibilización central que se manifiesta con un dolor difuso que afecta a todo el cuerpo (Rotés-Querol, 2003). En la etiología de este síndrome se han propuesto factores de naturaleza periférica (Demitrack, 1998), central (Aaron y Buchwald, 2001; Lowe, 1997; Rusell, Orr, Littman, Vipraio, Alboukrek y Michalek, 1994) y emocional (Demitrack, 1998; Masedo y Esteve, 2002; Pastor, López-Roig, Rodríguez-Marín y Juan, 1995). En este sentido, si bien se reconoce la implicación de variables emocionales, especialmente la ansiedad y la depresión, en su padecimiento, encontrándose que el 30% de pacientes con fibromialgia presentan depresión en el momento que acuden a consulta y un 60% en algún momento de su historia clínica (Bennett, 2002), no queda claro el alcance de las mismas tanto en su etiología como en su manteni-

miento, cuestión que, al menos en parte, pudiera deberse a la falta de protocolos de evaluación estandarizados para tal efecto.

El objetivo del presente trabajo se centra en intentar corroborar la relación existente entre ansiedad y depresión, como emociones negativas, en personas fibromiálgicas, y comprobar si estas personas presentan un perfil específico en la manifestación de las mismas. Para ello se ha comparado las respuestas de ansiedad y depresión de un grupo de personas diagnosticadas de fibromialgia frente a otro grupo diagnosticado de dolor crónico por patología objetivizada del aparato locomotor y no inflamatoria, y otro grupo de personas sin ninguna patología ni dolor crónicos.

Sujetos y métodos

Cada uno de los sujetos que formaron parte tanto del grupo con fibromialgia como del grupo de dolor no fibromiálgico—dolor crónico por patología objetivizada del aparato locomotor y no inflamatoria—recibieron el diagnóstico por los correspondientes facultativos de los Centros de Atención Primaria (PAC) de Mallorca. Una vez realizado este primer diagnóstico, dos médicos de la Unidad Médica Evaluadora de Valoración de Incapacidades (UMEDI) del INSS de les Illes Balears realizaron, mediante un procedimiento de doble ciego, una nueva evaluación atendiendo a los criterios señalados en los protocolos internacionales de reumatología; diagnóstico que, posteriormente, sobre el mismo protocolo era confirmado o no por un reumatólogo externo.

Tras eliminar del estudio todas aquellas personas con diagnósticos previos de enfermedad mental se obtuvo una muestra final de pacientes con fibromialgia formada por 36 sujetos, 31 mujeres (86,1%) y 5 hombres (13,9%), con una media de edad de 49.3056 (IC 95%= 46.5392+52.0719). Una vez obtenida esta muestra, se seleccionaron los sujetos del grupo de dolor no fibromiálgico y del grupo control según un procedimiento de apareamiento atendiendo a las características sociodemográficas de cada uno de los componentes del grupo experimental. De tal forma, el grupo formado por pacientes con dolor crónico por patología objetivizada del aparato locomotor y no inflamatoria estuvo compuesto por un total de 44 sujetos, 38 mujeres (86,4%) y 6 hombres (13,6%), con una media de edad de 45.8182 (IC 95%= 42.9742+52.4323), mientras que el grupo control, formado por personas normales, es decir, sin ningún dolor o patología crónica, quedó conformado por un total de 34 sujetos, 31 mujeres (91,2%) y 3 hombres (8,8%), con una media de edad de 48.3824 (IC 95%= 44.3324+52.4323), seleccionadas de forma aleatoria entre aquellas personas que acudían a los Servicios de Atención Primaria (PAC) de Santa Ponsa (Calviá) por problemas leves de salud (resfriado, faringitis, etc.), y que cumplían los criterios de apareamiento con el grupo de dolor fibromiálgico. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en cuanto a la edad, y en los tres grupos se distribuye normalmente, hecho comprobado tras la aplicación de las pruebas de normalidad correspondientes.

Una vez realizada la exploración médica, se procedió a la evaluación psicológica de las respuestas emocionales objeto de estudio mediante pruebas psicométricas. Cabe señalar en este sentido que dicha evaluación—realizada en el Departamento de Psicología de la Universitat de les Illes Balears (UIB) y en el PAC de Santa Ponsa—se practicó a todos los sujetos pertenecientes a cada uno de los tres grupos mencionados por evaluadores que, en el momento de la evaluación, desconocían el diagnóstico y, por tanto, a qué grupo pertenecía la persona evaluada.

En cuanto a los procedimientos e instrumentos de evaluación utilizados cabe señalar que para la realización del diagnóstico de fibromialgia se siguieron los criterios establecidos por el American College of Rheumatology (Wolfe, Smythe, Yunus, Bennet, Bombardier y Goldenberg 1990). Éste es un método de evaluación elaborado para la clasificación de pacientes a efectos de homogeneizar la investigación de este síndrome y que, si bien su finalidad no es diagnóstica, constituye el método más utilizado en la práctica clínica debido a la ausencia de procedimientos que hayan demostrado su superioridad. Asimismo, permite establecer un diagnóstico diferencial con otros trastornos que han sido denominados como fibromialgia secundaria.

Por otra parte, la evaluación psicológica correspondiente se realizó mediante pruebas psicométricas. Concretamente, para la evaluación de la ansiedad se utilizó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1988). Este instrumento es un autoinforme para la evaluación multidimensional e interactiva de la ansiedad que permite la evaluación de los tres sistemas de respuesta—cognitivo, fisiológico y motor—y del rasgo general de ansiedad, así como la evaluación de cuatro áreas situacionales o rasgos específicos: ansiedad ante la evaluación (FI), ansiedad interpersonal (FII), ansiedad fóbica (FIII) y ansiedad ante las situaciones de la vida cotidiana (FIV). Este inventario, en un formato S-R, está basado en el modelo interactivo de Endler (Endler y Okada, 1975), y en el modelo del triple sistema de respuesta de Lang (Lang, 1968, 1971). El ISRA, con un alfa igual a 0.91, ha demostrado una elevada capacidad de discriminación en el estudio de distintos trastornos psicofisiológicos.

Con el objeto de evaluar el estado de ánimo deprimido se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Vázquez y Sanz, 1997). El BDI, con un alfa que alcanza valores entre 0.76 y 0.95, evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos atendiendo a la gravedad/intensidad de los mismos en un marco temporal que incluye desde la semana previa hasta el momento de aplicación. Su contenido se refiere, fundamentalmente, al componente cognitivo, si bien igualmente incluye sintomatología depresiva manifestada en el sistema de respuesta fisiológico y motor. Este instrumento presenta una adecuada capacidad de cribado, así como una buena sensibilidad al cambio resultante de los tratamientos tanto farmacológicos como psicológicos.

La comparación entre las medias de los tres grupos establecidos con relación a la variable depresión y a todos los componentes considerados sobre la variable ansiedad se ha llevado a cabo mediante la aplicación de análisis de la variancia unifactorial. Para ello se ha comprobado el supuesto de homogeneidad de variancias mediante la prueba de Levene, y posteriormente se ha estimado el tamaño del efecto, la potencia observada y los intervalos de confianza sobre las diferencias entre las medias. Los contrastes a posteriori utilizados son los de Bonferroni y Dunnett bajo cumplimiento de homoscedasticidad, y el contraste T3 de Dunnett bajo escenario de heteroscedasticidad. Los análisis estadísticos han sido realizados mediante el programa SPSS 11.0.

Resultados

En cuanto a la variable depresión (Tabla 1) no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos control, dolor y fibromialgia ($F= 1.449$, $p= 0.240$).

Tabla 1
Análisis de la variancia Grupos × Depresión

Depresión							
Fuente	SC	gl	M. cuad.	F	Sig.	Eta ² parcial	Pot. obs ^a
Grupo	308.997	2	154.499	1.449	0.240	0.310	0.303
Error	9599.282	90	106.659				
Total	9908.280	92					

^a Calculada con alfa= 0.05; Prueba de Levene F= 0.379 gl₁= 2 gl₂= 90 p= 0.686

Por lo que respecta a la ansiedad, en primer lugar, sobre la ansiedad total se han encontrado diferencias estadísticamente significativas (F= 14.937, p<0.0001), y las pruebas a posteriori determinan la existencia de diferencias entre el grupo control y el grupo de fibromialgia (p<0.0001), así como entre los grupos dolor y fibromialgia (p= 0.004), pero no hay diferencias entre el grupo control y el grupo de dolor no fibromiálgico (p= 0.292). En todos los casos se obtiene mayor nivel de ansiedad total por parte de los fibromiálgicos. En cuanto a la ansiedad de naturaleza cognitiva, se han hallado diferencias significativas (F= 7.609, p= 0.001) entre los grupos control y fibromialgia (p= 0.009), pero no alcanzan significación las diferencias entre control y dolor (p= 0.398), y dolor y fibromialgia (p= 0.057). En ansiedad fisiológica aparecen diferencias significativas (F= 21.843, p<0.0001) entre los grupos control y fibromialgia (p<0.0001), y dolor y fibromialgia (p<0.0001), pero no entre control y dolor (p= 0.504). Por último, en cuanto a la ansiedad motora, se han obtenido diferencias estadísticamente significativas (F= 15.648, p<0.0001) entre los grupos control y fibromialgia (p= 0.001), y dolor y fibromialgia (p= 0.003), pero no entre los grupos control y dolor (p= 0.436). Los resultados completos se muestran en la Tabla 2.

Por lo que respecta a los factores específicos de la ansiedad considerados en el estudio, y en cuanto a la ansiedad ante la evaluación (F1), se han obtenido diferencias estadísticamente significativas (F= 16.551, p<0.0001) entre los grupos control y fibromialgia (p<0.0001), y dolor no fibromiálgico y fibromialgia (p= 0.001), mientras que no alcanza significación estadística la diferencia entre los grupos control y dolor no fibromiálgico (p= 0.529). En el componente de ansiedad ante las situaciones de relación interpersonal (F2) se han obtenido diferencias (F= 10.411, p<0.0001) entre los grupos control y dolor no fibromiálgico (p= 0.046), y control y fibromialgia (p= 0.001), y no alcanza significación la diferencia entre los grupos dolor y fibromialgia (p= 0.056). En cuanto a la ansiedad fóbica (F3) se han encontrado diferencias significativas (F= 15.209, p<0.0001) entre los grupos control y fibromialgia (p<0.0001), y dolor y fibromialgia (p= 0.001), y no alcanza significación estadística la diferencia entre el grupo control y el grupo de dolor no fibromiálgico (p= 0.547). Por último, en ansiedad ante las situaciones de la vida cotidiana (F4) se han obtenido diferencias estadísticamente significativas (F= 21.352, p<0.0001) entre los grupos control y fibromialgia (p<0.0001), y dolor y fibromialgia (p<0.0001), y no es significativa la diferencia entre el grupo control y el grupo de dolor no fibromiálgico (p= 0.793). Los datos completos se muestran en la Tabla 3.

Tabla 2
Análisis de la variancia Grupos × Ansiedad (total, cognitiva, fisiológica y motora)

Ansiedad total							
Fuente	SC	gl	M. cuad.	F	Sig.	Eta ² parcial	Pot. obs ^a
Grupo	480926.378	2	240463.189	14.937	<0.0001	0.251	0.999
Error	1432770.372	89	16098.544				
Total	1913696.750	91					

^a Calculada con alfa= 0.05; Prueba de Levene F= 10.028 gl₁= 2 gl₂= 89 p<0.0001

Contrastes post hoc T3 Dunnett	Diferencias entre medias	Error estándar	Significación	IC al 95%	
				Límite inf.	Límite sup.
Control Dolor	-35.0171	21.58581	0.292	-88.0097	17.9755
Control Fibromialgia	-177.9658	41.32959	<0.0001	-279.2904	-74.3433
Dolor Fibromialgia	-142.9487	40.73482	0.004	-245.2956	-40.6019

Ansiedad cognitiva

Fuente	SC	gl	M. cuad.	F	Sig.	Eta ² parcial	Pot. obs ^a
Grupo	43387.058	2	21693.529	7.609	0.001	0.143	0.940
Error	259456.314	91	2851.168				
Total	302843.372	93					

^a Calculada con alfa= 0.05; Prueba de Levene F= 8.898 gl₁= 2 gl₂= 91 p<0.0001

Contrastes post hoc T3 Dunnett	Diferencias entre medias	Error estándar	Significación	IC al 95%	
				Límite inf.	Límite sup.
Control Dolor	-14.8643	10.37356	0.398	-40.3974	10.6688
Control Fibromialgia	-54.7143	17.19654	0.009	-97.5277	-11.9009
Dolor Fibromialgia	-39.8500	16.27595	0.057	-80.6613	0.9613

Ansiedad fisiológica

Fuente	SC	gl	M. cuad.	F	Sig.	Eta ² parcial	Pot. obs ^a
Grupo	344132.428	2	172066.214	21.843	<0.0001	0.317	1.000
Error	740485.655	94	7877.507				
Total	1084618.082	96					

^a Calculada con alfa= 0.05; Prueba de Levene F= 5.087 gl₁= 2 gl₂= 94 p= 0.008

Contrastes post hoc T3 Dunnett	Diferencias entre medias	Error estándar	Significación	IC al 95%	
				Límite inf.	Límite sup.
Control Dolor	-22.2595	17.60618	0.504	-65.3363	20.8174
Control Fibromialgia	-142.7488	24.70866	<0.0001	-204.1268	-81.3707
Dolor Fibromialgia	-120.4893	25.46330	<0.0001	-183.4844	-57.4942

Ansiedad motora

Fuente	SC	gl	M. cuad.	F	Sig.	Eta ² parcial	Pot. obs ^a
Grupo	66858.425	2	33429.213	15.648	<0.0001	0.252	0.999
Error	198677.200	93	2136.314				
Total	265535.625	95					

^a Calculada con alfa= 0.05; Prueba de Levene F= 17.514 gl₁= 2 gl₂= 93 p<0.0001

Contrastes post hoc T3 Dunnett	Diferencias entre medias	Error estándar	Significación	IC al 95%	
				Límite inf.	Límite sup.
Control Dolor	-8.4536	6.16938	0.436	-23.5557	6.6486
Control Fibromialgia	-62.3904	14.88754	0.001	-99.8320	-24.9488
Dolor Fibromialgia	-53.9368	14.97439	0.003	-91.5508	-16.3228

Tabla 3

Análisis de la variancia Grupos × Factores específicos de ansiedad (F1, F2, F3 y F4)

F1 Ansiedad ante evaluación							
Fuente	SC	gl	M. cuad.	F	Sig.	Eta ² parcial	Pot. obs ^a
Grupo	100269.291	2	50134.646	16.551	<0.0001	0.265	1.000
Error	278684.393	92	3029.178				
Total	378953.684	94					
^a Calculada con alfa= 0.05; Prueba de Levene F= 11.383 gl ₁ = 2 gl ₂ = 92 p<0.0001							
Contrastes post hoc T3 Dunnett		Diferencias entre medias	Error estándar	Significación	IC al 95%		
					Límite inf.	Límite sup.	
Control	Dolor	-12.4643	10.14884	0.529	-37.3836	12.4550	
Control	Fibromialgia	-77.6071	16.84949	<0.0001	-119.5028	-35.7115	
Dolor	Fibromialgia	-65.1429	16.35072	0.001	-105.9331	-24.3526	
F2 Ansiedad interpersonal							
Fuente	SC	gl	M. cuad.	F	Sig.	Eta ² parcial	Pot. obs ^a
Grupo	6576.766	2	3288.383	10.411	<0.0001	0.183	0.986
Error	29375.390	93	315.864				
Total	35952.156	95					
^a Calculada con alfa= 0.05; Prueba de Levene F= 13.244 gl ₁ = 2 gl ₂ = 93 p<0.0001							
Contrastes post hoc T3 Dunnett		Diferencias entre medias	Error estándar	Significación	IC al 95%		
					Límite inf.	Límite sup.	
Control	Dolor	-7.1750	2.88776	0.046	-14.2642	-0.0858	
Control	Fibromialgia	-21.4308	5.44637	0.001	-35.2309	-7.6306	
Dolor	Fibromialgia	-14.2558	5.80103	0.056	-28.7755	0.2639	
F3 Ansiedad fóbica							
Fuente	SC	gl	M. cuad.	F	Sig.	Eta ² parcial	Pot. obs ^a
Grupo	42827.050	2	21413.525	15.209	<0.0001	0.244	0.999
Error	132350.063	94	1407.979				
Total	175177.113	96					
^a Calculada con alfa= 0.05; Prueba de Levene F= 9.191 gl ₁ = 2 gl ₂ = 94 p<0.0001							
Contrastes post hoc T3 Dunnett		Diferencias entre medias	Error estándar	Significación	IC al 95%		
					Límite inf.	Límite sup.	
Control	Dolor	-8.3138	6.92060	0.547	-25.2632	8.6196	
Control	Fibromialgia	-50.5567	10.90630	<0.0001	-77.7339	-23.3794	
Dolor	Fibromialgia	-42.2429	11.13119	0.001	-69.8911	-14.5946	
F4 Ansiedad vida cotidiana							
Fuente	SC	gl	M. cuad.	F	Sig.	Eta ² parcial	Pot. obs ^a
Grupo	24913.473	2	12456.737	21.352	<0.0001	0.310	1.000
Error	55422.731	95	2136.314				
Total	80336.204	97					
^a Calculada con alfa= 0.05; Prueba de Levene F= 10.905 gl ₁ = 2 gl ₂ = 95 p<0.0001							
Contrastes post hoc T3 Dunnett		Diferencias entre medias	Error estándar	Significación	IC al 95%		
					Límite inf.	Límite sup.	
Control	Dolor	-3.2667	3.94680	0.793	-12.9230	6.3896	
Control	Fibromialgia	-37.0310	7.46398	<0.0001	-55.6991	-18.3628	
Dolor	Fibromialgia	-33.7643	7.48869	<0.0001	-52.4791	-15.0494	

Discusión

El hecho de no haber encontrado diferencias significativas en depresión entre los tres grupos estudiados está de acuerdo con lo indicado por autores como Galgo, Sánchez-Montero y Cabrera (2002), que señalan que la depresión puede preceder o acompañar a la fibromialgia aunque no constituye un factor implicado en la etiología del síndrome. Por el contrario, los datos sugieren que la existencia de relación entre fibromialgia y depresión pudiera tratarse de una cuestión de comorbilidad, o bien el estado de ánimo deprimido pudiera ser una consecuencia del padecimiento de fibromialgia. En todo caso, estas cuestiones deberían ser estudiadas en mayor profundidad mediante instrumentos específicos; y, al menos, de momento, deberían considerarse únicamente como hipótesis explicativas de los resultados obtenidos.

Con todo, la última hipótesis señalada se vería refrendada por los principios de aprendizaje. Según este modelo, el estado de ánimo deprimido en fibromiálgicos sería la consecuencia de las interferencias del dolor y de otros síntomas del síndrome en la vida cotidiana, tal es el caso de la fatiga persistente, en términos de no poder realizar las actividades que hasta el momento habían sido habituales (pérdida de reforzadores), así como de la anticipación del dolor produciendo inhibición comportamental con el mismo resultado, la pérdida de reforzadores. Sin embargo, esta cuestión si bien permitiría diferenciar a los pacientes con fibromialgia de la población normal, no permitiría diferenciar a éstos de otros grupos que padecen otros trastornos que decurren con dolor crónico.

Los resultados obtenidos pueden tener importantes implicaciones para la práctica profesional. Por una parte, si la depresión no es una causa, sino una consecuencia de la fibromialgia, da lugar a la elaboración de programas de prevención específicos de la depresión en dicho trastorno; y, por otra, a nivel del diagnóstico inicial, parece más adecuada la realización de una evaluación del estado de ánimo deprimido que de depresión mayor: primero, por una simple cuestión de coste tanto para el profesional de la salud como para el propio paciente; segundo, porque una de las principales cuestiones diferenciadoras entre estos trastornos del estado de ánimo es el aspecto temporal, de modo que la detección temprana de un estado de ánimo deprimido puede orientar adecuadamente su tratamiento y prevenir la aparición de la depresión como un trastorno mental mayor; y tercero, el uso del BDI como paso previo, al permitir diferenciar entre los pacientes que presentan depresión y los que no puede orientar una evaluación psicológica más específica en aquellos casos en los que resulte pertinente.

Finalmente, como hipótesis explicativa de los datos obtenidos, es importante apuntar la posibilidad de que la depresión en pacientes con fibromialgia obedeciera más al modelo de indefensión aprendida, sobre todo teniendo en cuenta que la fibromialgia se caracteriza precisamente por el desconocimiento general de su etiología; es decir, no existe una patología orgánica que la explique, cuestión que sitúa al paciente en una posición de incertidumbre ante la que poco o nada puede hacer. Por ello, esta cuestión se encuentra más relacionada con las respuestas de ansiedad que con la denominada depresión mayor.

En otro orden de cosas y con relación a la variable ansiedad cabe recordar que en el presente trabajo se han encontrado diferencias significativas que sugieren que los pacientes con fibromialgia presentan un nivel de ansiedad-rasgo o respuesta general de ansiedad significativamente superior al observado en el grupo de pacientes con dolor no fibromiálgico y en el grupo control. Según es-

te hallazgo se puede asumir que la ansiedad constituye una característica diferenciadora de los pacientes con fibromialgia. La aparición de un mero nivel de severidad de este trastorno, a priori, no parece resultar muy relevante en la práctica clínica; no obstante, mediante la utilización del ISRA se han podido determinar otros aspectos diferenciadores del grupo fibromiálgico respecto a los otros grupos estudiados.

Concretamente, los resultados obtenidos en las respuestas de ansiedad manifestadas de forma cognitiva indican que éstas parecen ser una característica común a cualquier tipo de dolor crónico y si bien esta variable permite diferenciar a estos pacientes de la población normal no permite discriminar entre pacientes con distintos trastornos de dolor crónico. Es decir, la ansiedad se encuentra relacionada con la experiencia de dolor, aunque la cognición de naturaleza ansiosa relacionada con la misma es independiente del tipo de dolor.

Sin embargo, las diferencias encontradas entre el grupo con fibromialgia y el grupo de dolor por patología objetivizada del aparato locomotor y no inflamatoria y entre el grupo de pacientes fibromiálgicos y el grupo control, así como no haber observado diferencias entre el grupo de dolor y el grupo control en la manifestación fisiológica y motora de la ansiedad sugieren la existencia de un perfil diferenciado en los pacientes con fibromialgia. De tal modo, y haciendo referencia específica a la ansiedad, el criterio diferenciador entre ambos tipos de dolor crónico reside en la obtención, por parte de los fibromiálgicos, de mayores puntuaciones en las respuestas de ansiedad expresadas de forma fisiológica y motora.

La identificación de un perfil específico de los pacientes con fibromialgia, al identificar igualmente las técnicas de tratamiento de ansiedad más adecuadas y eficaces en función de la naturaleza de las respuestas de ansiedad manifestadas, aporta los elementos necesarios para la elaboración de programas de intervención específicamente dirigidos a esta población con un alcance mayor que aquellos más generales. En consecuencia, la incorporación de estos aspectos en los programas de reducción de ansiedad, conocido el círculo dolor-ansiedad-tensión-dolor, no sólo supondría una clara mejora en el estado emocional de estos pacientes, sino también una significativa reducción del dolor.

Por otra parte, y en cuanto a las distintas áreas situacionales generadoras de ansiedad contempladas en el ISRA, es importante hacer notar que los resultados obtenidos en el FI, que se refiere a la ansiedad ante la evaluación o ante la asunción de responsabilidades, indican que no todos los pacientes con dolor presentan ansiedad ante esta situación. Únicamente los pacientes fibromiálgicos presentan ansiedad ante la evaluación o asunción de responsabilidades, lo que implica que los programas de intervención de dolor crónico solamente necesitan contemplar su tratamiento cuando se orienten específicamente a personas fibromiálgicas.

En este mismo sentido se han observado claras diferencias en el FIII y en el FIV (ansiedad fóbica y ansiedad ante las situaciones de la vida cotidiana, respectivamente). Estos datos, por una parte, están de acuerdo con los encontrados por Peters, Roelofs y Vlaeyen (2001), que indican que los pacientes con dolor crónico pre-

sentan un elevado miedo (concretamente al dolor, el cual parece relacionado con la hipervigilancia del paciente sobre su propio cuerpo), pero además permiten diferenciar entre distintos tipos de dolor atendiendo a la intensidad del miedo experimentado; y, por otra, dada la clara interferencia que supone el síndrome en la vida cotidiana de quien lo padece, haber encontrado mayores niveles de ansiedad ante lo cotidiano en estos pacientes puede resultar poco sorprendente. Sin embargo, la importancia de los datos obtenidos en las distintas áreas situacionales reside en que ponen de manifiesto que los pacientes fibromiálgicos presentan una ansiedad muy señalada en algunos aspectos: evaluación o asunción de responsabilidades, elementos fóbicos y la vida cotidiana.

Por el contrario, no se han hallado diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad manifestada ante las situaciones de relación interpersonal (FII) entre ambos grupos de dolor, aunque sí de cada uno de los grupos en comparación con el grupo normal. En este sentido, sería razonable hipotetizar que tal como señalan los modelos del llamado apoyo social, la atención que reciben los pacientes con dolor (fibromiálgico y no fibromiálgico) por parte de sus familias y allegados constituirían un refuerzo que, por tanto, las relaciones interpersonales no son percibidas como elementos potencialmente ansiógenos. Aunque, desde otra perspectiva, podrían reforzar simultáneamente los comportamientos de dependencia y del rol de «enfermo».

A modo de conclusión general, y en cuanto a la depresión, los datos obtenidos señalan que la relación con el dolor crónico se puede referir, o bien a un vínculo de comorbilidad, o bien a que la depresión aparece como un fenómeno producido a consecuencia del padecimiento del dolor a lo largo del tiempo (Camacho y Anarte, 2003; Ferrer et al., 1993; Galgo et al., 2002; Turk, Monarch y Williams, 2002). En cuanto a la ansiedad, en coincidencia con trabajos anteriores que sostienen la existencia de una relevante relación con el dolor crónico (McCracken e Iverson, 2001; Turk et al., 2002; Zvolensky, Goodie, McNeil, Sperry y Sorrell, 2001), la aportación fundamental del presente estudio se centra en la identificación de un perfil de ansiedad específico que presentan los pacientes con fibromialgia frente a pacientes con otros diagnósticos que decurren con dolor crónico. Ello puede contribuir a la mejora de la evaluación del síndrome, ya que puede aportar índices relevantes para su diagnóstico diferencial.

Agradecimientos

Queremos dejar constancia de nuestro mayor agradecimiento y aprecio a las personas sin cuya colaboración este trabajo no hubiera podido realizarse:

Raúl Izquierdo Rodríguez, Evaluador Jefe. Unidad Médica de Valoración de Incapacidades (UMEVI). INSS de les Illes Balears.

Manel García Herrera (Ph.D.), Valoración de incapacidad permanente. UMEVI-INSS de les Illes Balears.

Alfredo Sebastián, Médico de familia del PAC (Centro de Atención Primaria) de Santa Ponsa.

Miguel Pericás Alemany, Traumatólogo. Policlínica Miramar.

Referencias

- Aaron L.A. y Buchwald, D. (2001). A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Annals of Internal Medicine*, 134, 868-881.
- Bates, M.S. (1987). Ethnicity and pain: a bioconductual model. *Social Science Medicine*, 24, 47-50.
- Bennett, R.M. (2002). Rational management of fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 28, 13-15.
- Camacho, L. y Anarte, M.T. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema*, 15 (3), 464-470.
- Demitrack, M.A. (1998). Evidence for and pathophysilogic implications of hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840, 684-697.
- Endler, N.S. y Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: the S-R Inventory of General Trait Anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 319-329.
- Ferrer, V., González-Barrón, R. y Manassero, M.A. (1993). El West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire: un instrumento para evaluar al paciente con dolor crónico. *Dolor*, 8, 153-160.
- Forseth, K.O., Husby, G., Gran, J.T. y Forre, O. (1999). Prognostic factors for the development of fibromyalgia in women with self-reported musculoskeletal pain. *Journal of Rheumatology*, 26 (11), 2.458-2.467.
- Galgo, A., Sánchez-Montero, M. y Cabrera, R. (2002). Diagnóstico de la fibromialgia. *JANO*, 1422 (62), 63-66.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior problems in heating a construct. En Shlien (Ed.) *Research in Psychotherapy III*. Washington: American Psychological Association.
- Lang, P.J. (1971). The application of psychological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. En Bergin A.E. y Gardfield, S.L. (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Willey.
- Lowe, J.C. (1997). Thyroid status of 38 fibromyalgia patients: Implications for the etiology of fibromyalgia. *Clinical Bulletin of Myofascial Therapy*, 2 (1), 36-41.
- Masedo, A.I. y Esteve, M.R. (2002). La naturaleza afectiva del dolor crónico. *Psicothema*, 14 (3), 511-515.
- McCracken, L.M. y Iverson, G.L. (2001). Predicting complaints of impaired cognitive functioning in patients with chronic pain. *Journal of Pain Symptom Management*, 21 (5), 392-396.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A.R. (1988). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*. Madrid: TEA Editores.
- Nicholas, M. y Wright, M. (2001). Management of acute and chronic pain. En Milgrom, J. y Burrows, G.D. (Eds.) *Psychology and Psychiatry: Integrative medical practice*. New York: Willey & Sons.
- Pastor, M.A., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J. y Juan, V. (1995). Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y Fibromialgia. *Psicothema*, 7 (3), 627-639.
- Peters, M.L., Roelofs, J. y Vlaeyen, J.W. (2001). Pain-related fear and hypervigilance in chronic pain patients. *Nederlandsch tijdschrift voor de psychologie*, 56 (5), 197-207.
- Ramírez, C., Esteve, R. y López-Martínez, A.E. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*, 17 (1), 129-137.
- Rotés-Querol, J. (2003). La fibromialgia en el año 2002. *Revista Española de Reumatología*, 30 (4), 145-149.
- Rusell, I.J., Orr, M.D., Littman, B., Vipraio, G.A., Alboukrek, D. y Michalek, J.E. (1994). Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, 37, 1.593-1.601.
- Turk, D.C., Monarch, E.S. y Williams, A.D. (2002). Psychological evaluation of patients diagnosed with fibromyalgia syndrome: a comprehensive approach. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 28, 219-233.
- Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1987). Assessment of cognitive factors in chronic pain: a worthwhile enterprise? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (6), 760-768.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennet, R.M., Bombardier, C. y Goldenberg, D.L. (1990). The American College of Rheumatology. Criteria for classification of fibromyalgia: report of the Multicentre Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33, 160-172.
- Zvolensky, M.J., Goodie, J.L., McNeil, D.W., Sperry, J.A. y Sorrell, J.T. (2001). Anxiety sensitivity in the prediction of pain-related fear and anxiety in a heterogeneous chronic pain population. *Behavior Research Therapy*, 39 (6), 683-696.