Psicothema, 1995. Vol. 7, nº 3, pp. 627-639
ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG

EVOLUCIÓN EN EL ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE FACTORES PSICOLÓGICOS Y FIBROMIALGIA

Mª Ángeles Pastor Mira, Sofía López Roig, Jesús Rodríguez Marín y Verónica Juan Quilis
Universidad de Alicante

Este trabajo tiene como objetivo revisar la investigación psicosocial realizada durante la última década en la fibromialgia (F), uno de los síndromes de dolor crónico de origen reumático más comunes en la clínica cotidiana. En primer lugar, el interés fundamental de esta investigación ha sido la búsqueda de causalidad psicológica para el síndrome, sin que se hayan logrado resultados concluyentes al respecto. En segundo lugar, este trabajo pone de relieve la escasez de trabajos que estudian las cuestiones más actuales de la investigación psicosocial en el dolor crónico. En tercer lugar, durante la década revisada, no se ha estudiado el impacto psicosocial de la F, ni la contribución de los factores psicosociales a la experiencia de dolor del síndrome.

Evolution in study of the relationship between psychological factors and fibromyalgia. This work studies the psychosocial research in Fibromyalgia conducted during the last decade. First, we observed that this research was focused on the study of the psychological causes for the syndrome and its results are not consistent. Second, there are few studies considering the most current issues of the psychosocial research in chronic pain. The psychosocial impact of fibromyalgia and the contribution of the psychosocial factors to its chronic pain experience were not explored.

Entre las enfermedades que cursan con dolor crónico, el grupo de patologías reumáticas quizá sea uno de los más representativos. El dolor suele ser el síntoma más frecuente y su alivio la demanda más común. Además, en algunos casos, puede llegar a ser el problema principal, tal y como ocurre en los enfermos con síndrome fibromiálgico o fibromialgia (F). La F constituye un cuadro de dolor crónico en varias regiones articulares, con fatiga y rigidez, no explicables por la exploración articular, y con ausencia de otra enfermedad sistémica.

Existen varias razones que justifican el interés por el estudio de factores psicológicos en la F. Entre ellas, la ineficacia de los tratamientos empleados en su remisión, la falta de acuerdo sobre su etiología, la ausencia de datos clínicos que apoyen la existencia de patología orgánica, la importancia del dolor como síntoma principal y la aparente relevancia de factores psicológicos en el mantenimiento del síndrome.

Actualmente, existe una gran polémica respecto a su definición y tratamiento. Inicialmente se dio una búsqueda más o me-

Correspondencia:
Departamento de Psicología de la Salud
Campus de San Juan. Universidad de Alicante
Ap. Correos 374. 03080 Alicante. Spain

nos exhaustiva de causas orgánicas que explicaran sus síntomas y, ante su ausencia, se sugirió su posible origen psicológico. Este debía ser patológico y, por tanto, la búsqueda se dirigió a problemas psiquiátricos, además de proponer la existencia de una personalidad fibrosítica (Smythe, 1972). Es sorprendente como, a pesar de las semejanzas entre la F y otros síndromes de dolor crónico sin patología orgánica establecida, la investigación psicológica en el primer caso se ha desarrollado más lentamente, además de no traspasar las fronteras del campo reumatológico. Frente al interés en otros problemas de dolor por los procesos de adaptación y por su impacto psicosocial, en la F ha dominado la búsqueda de alteraciones psicológicas que explicasen su sintomatología. Además, en la clínica cotidiana se han asumido conclusiones sobre la patología psicológica de los enfermos sobre la base de resultados poco concluyentes. Dado que es en la década precedente cuando se inicia el estudio sistemático sobre la F, y que lo ocurrido en ese período es en gran parte responsable de la situación comentada, el objetivo de este trabajo es revisar la investigación psicológica realizada en la mencionada década.

Procedimiento

No existe la palabra clave "Fibromyalgia" en el "Psychological Abstract". Por tanto, sólo utilizamos la base de datos MEDLINE en CD-ROM. La estrategia de búsqueda se realizó a partir del descriptor "fibromialgia", y de su combinación con depresión, ansiedad, personalidad, apoyo social, psicopatología, adaptación psicológica, locus de control y psicología. Hay que señalar, por un lado, que los artículos se clasifican desde lo específico a lo general (lo cual explica que bajo el descriptor de psicopatología sólo aparezca un artículo) y, por otro, que las fechas de búsqueda (período comprendido entre 1980-1991, ambos inclusive) no necesariamente coinciden con las de publicación de los artícu-

Cuadro 1
Resumen búsqueda bibliográfica factores psicosociales y fibromialgia

Año	Depres. (N= 17)			Ansiedad (N= 6)			Personal. (N= 9)			Psicol. (N= 7)			Psicopat. (N= 1)			Apoyo (N= 3)			Adaptac. (N= 3)		
	R	E	?	R	E	?	R	E	?	R	E	?	R	E	?	R	E	?	R	E	?
1980					1*			1													
-82					1																
1983																					
1984					1**			1													
1985			2		1											1					
1986		1	1					1					1								
1987								1			2										
1988		1						1		1	1									1	
1989	4	2			1*		1	3		2											
1990		1*			1					1										1	
		1**																			
1991	1	2*															2			1	
Total	5	9	3		6		1	8		4	3		1			1	2			3	

* Farmacología; ** n= 1; R: artículo de revisión; E: empírico; ?: Imposible clasificarlos. No hay datos suficientes en la búsqueda ni se pudo conseguir el artículo.

los por razones de edición del material informático. Por ésto, ampliamos la fecha en MEDLINE a 1991 y de este modo incluimos todos los artículos publicados en 1990.

Encontramos 445 trabajos sobre el síndrome, de los cuales 46 se ocupan de temas relacionados con la psicología y la psiquiatría. En el cuadro 1 se puede ver su distribución según el descriptor utilizado. Hay que destacar que en el término "psicología" se incluyen temas como intervención psicológica o biofeedback, y que "adaptación psicológica" es sinónimo de afrontamiento. Además, hay que mencionar que en algunos casos el contenido del artículo no se corresponde con el descriptor utilizado. Así, un artículo sobre afrontamiento no se puede considerar como tal porque es una revisión de 100 consultas psiquiátricas de diferentes enfermedades reumáticas (Darby y Schmidt, 1988). Igualmente, un artículo sobre apoyo social, es un trabajo de revisión de varios temas psicológicos en enfermos con artritis (Bradley, 1985).

Finalmente, cabe señalar que, a pesar de que la base de datos MEDLINE recoge un total de 42 revistas en el área de psicología (además de las existentes en las de comportamiento y psicosomática), sólo hemos encontrado un artículo en revistas de la materia (Gaston-Johansson, Gustafsson, Felldin y Sanne, 1990).

Hemos organizado el trabajo en dos apartados. En el primero tratamos los estudios que han comparado factores psicológicos entre la F y otros problemas reumáticos. Dado el elevado número de artículos de revisión y opinión que existe sobre este tema, algo desproporcionado en relación al de empíricos, combinamos nuestra revisión con algunas de sus afirmaciones; además, terminamos el apartado con las críticas y sugerencias que aparecen en estos artículos, sobre los trabajos que han intentado establecer características psicológicas específicas de la F. En el segundo apartado exponemos los estudios que se han ocupado de la relación entre factores psicológicos y experiencia de dolor en la F.

Análisis comparativo de factores psicológicos entre la fibromialgia y otros problemas reumáticos

¿Existe una patología psicológica específica del síndrome?

Hay cinco estudios empíricos que intentan responder a esta pregunta. Tres de ellos utilizan el MMPI y el resto una entrevista estructurada (DIS). Dejando a un lado las críticas al MMPI, los resultados obtenidos son concluyentes respecto a la existencia de diferencias significativas entre la F y sus diferentes grupos control en los rasgos de histeria, hipocondríasis y psicastenia; y respecto a su ausencia en los de manía y masculinidad/feminidad (Payne, Leavitt, Garron y cols., 1982; Ahles, Yunus, Riley, Bradley y Masi, 1984; Wolfe, Cathey, Kleinheksel y cols., 1984). Sin embargo, no lo son en los rasgos de depresión (Ahles y cols., 1984; Wolfe, Cathey, Kleinheksel y cols., 1984), desviación psicopática (Payne y cols., 1982; Wolfe, Cathey, Kleinheksel y cols., 1984), introversión social (Ahles y cols., 1984; Wolfe, Cathey, Kleinheksel y cols., 1984) y paranoia (Payne y cols.,1982; Wolfe, Cathey, Kleinheksel y cols.,1984) (entre paréntesis los autores que han obtenido puntuaciones más altas para la F) (tabla 1). Así pues, no se han encontrado diferencias ni en todos los rasgos ni respecto a todos los grupos control, lo cual debería haber limitado las conclusiones sobre la presencia de alteraciones psicológicas en el síndrome.

Tabla 1
Comparación variables psicológicas en la fibromialgia y otras enfermedades reumáticas (a)

Autores	SF	Grupo Control	Medidas	Result.	Análisis Estad.	Procedim.
Dailey, Bishop y Fletcher (1990)	28	20 AR 28 Norm.	HS: Estrés Diario LES: Estrés A. Vitales DUS: A. Moderadores estrés ISSB: Tot. Apoyo Social Apoyo S. Informativo Apoyo S. Emocional Apoyo S. Tangible	* = = = = = =	MANCOVA ANCOVA (n. educativo y de ingresos), Test (T) Duncan	SF: Consecutivos Controles. Equiparados. Autoadministrado y Entrevista.
Gaston-Johansson y cols. (1990)	31	30 AR	Cuestionario «ad hoc»: Frecuencia apoyo Atención especial Satisfacción apoyo	 * = *	T. Pitman. T. Mantel	Consecutivos. Autoadministrado. Contacto por correo y voluntarios. Criterio selección AR: sexo, tiempo enfermedad, capacidad funcional.
Uveges, Parker, Smarr y cols. (1990)	25	22 AR	HS: Nº estresores diarios Gravedad estresor WCS: Afrontamiento SCL90-R: Indice Distrés Somatización Obses.-Compuls. Sensibilidad Inter. Depresión Ansiedad Hostilidad Fobia Ideación Paranoide Psicoticismo Indice Distrés: síntomas positivos Total sínt. positivos	* * = * * = = * = = = = * * *	One-way MANOVA One-way ANOVA (corrección Bonferroni). One-way MANCOVA (nº est. diarios) en SCL90-R	Citados por teléfono o en clínica, elegidos desde hª clínica. Criterios exclusión.
Alfici, Sigal y Landau (1989)	40	20 AR	Entrevista: Hª de depresión Quejas hipocondríacas Negación Masoquismo Alexitimia Dependencia y pasividad Idealización relaciones familiares Rasgos obsesivo-compulsivos «workalcoholism» Zung: Depresión	 * * = = = * * * * *	T. significación de diferencias dos proporciones independientes.	SF: Referidos durante un año a la consulta reumatológica. AR: Mujeres, equiparadas por edad. Autoadministrado y entrevista.
Quimby, Block y Gratwick (1988)	43	23 RPB 30 AR 29 0A	BDI: Depresión STAI-R: Ansiedad EPI: Neuroticismo Extraversión 16PF: Personalidad PILL: Síntomas físicos menores EN: Valoración del médico alteración emocional	= = = = = * (AR, OA) * (AR, OA)	MANOVA Comparaciones «post hoc» univariadas.	Todos clínica privada. De 66 RPB iniciales separan SF y no SF. AR y OA equiparados por sexo con grupo total reumatismo partes blandas (RPB). Autoadministrado.
Kirmayer, Robbins y Kapusta (1988)	20	23 AR	DIS: Depresión mayor Somatización CES-D: Depresión SCL90: Somatización	= = = *	Chi^2 Hotelling'sT²	Consulta reumatológica. Consecutivos. Excluidos los que pensión por discapacidad o gestionándola. Entrevista.

Tabla 1
Continuación

Autores	SF	Grupo Control	Medidas	Result.	Análisis Estad.	Procedim.
Scudds, Rollman, Hart y McCain (1987)	20	20 AR 20 vol. sanos comunidad	BPI: Hipocondríasis Depresión Ansiedad Introversión social Negación Problemas Interperson. Desviación Social Ideas persecutorias Alteración pensamiento Expresión impulsos Desviación	* * (Vol.) * (Vol.) * (Vol.) = = = = = = =	ANOVA T. Duncan	Externos cons. reumatológica. Consecutivos. Equiparados por edad y sexo.
Ahles, Yunus y Masi (1987)	45	29 AR 31 sanos	Zung: Depresión	* (sanos)	One-way ANOVA. Newman-Keuls	G. Control: amigos, vecinos, parientes SF.
Hudson y cols. (1985)	31	14 AR 41 sanos	DIS: Trastorno afectivo mayor Hamilton: depresión	* (AR, san.) * (AR)	t Student. Fisher.	Consecutivos. Externos. Cons. reumatológica. G. control sanos: parientes SF.
Clark y cols. (1985)	22	22 med. general	STAI: Ansiedad-Estado Ansiedad-Rasgo BDI: Depresión SCL90-R: Indice Distrés Somatización Obses.-Compuls. Sensibilidad Interper. Depresión Ansiedad Hostilidad Fobia Ideación Paranoide Psicoticismo	= = = = = = = = = = = = =	t Student	Pacientes ambulatorios medicina general. Ambos grupos seleccionados después de cumplimentar cuestionario síntomas. G. Control equiparado en edad, sexo y raza. Autoadministrado.
Wolfe y cols. (1984)	46 32	43 AR < > 37 AR	MMPI: Hipocondríasis Depresión Histeria Desviación psicopática Introversión social Paranoia Psicastenia Manía, sinceridad Masculinidad/Femine. AIMS: Depresión Ansiedad MHLC: Interno Poder de Otros Azar FILE: Estrés familiar Escala automotivación	* (A, B, C) * (C) * (A, C) * (A) * (B, C) * (A) * (A) = * (A) * (A) = = = = =	ANOVA y ANCOVA (controlando edad y sexo)	Selec. fichero sistema información 32 SF 2º con diagnóstico AR. 37 AR equiparados a SF 2º en edad, sexo y nº «tender joints» 43 AR no equip. Externos. Comp. entre grupos: – A: SF 1º/AR no equiparados. – B: SF 2º/AR equiparados. – C: SF 2º/AR no equiparados. En las compar. con los AR no equip., sólo constan los result. del ANCOVA
Wolfe, Cathey y Kleinhek-sel (1984)	38	242 AR	AIMS: Ansiedad Depresión	* =	Wilcoxon	Seleccionados fichero sistema información de 280 AR. Externos. Autoadministrado.

Tabla 1
Continuación

Autores	SF	Grupo Control	Medidas	Result.	Análisis Estad.	Procedim.
Ahles y cols. (1984)	45	30 AR 32 Norm.	MMPI: Hipocondríasis Depresión Histeria Psicastenia Esquizofrenia Introversión social Manía, sinceridad, paranoia, desviación psicop., Mascul./Femin. LEI: Estrés acontec. vitales AAS: Asertividad Agresividad	* (A, B, C) * (B, C) * (A, B, C) * (A, B) * (A, B) * (B) = * (A, B) = =	MANOVA, ANOVA. T. Newman-Keuls. Chi².	Pacientes ambulatorios. Consecutivos. G. control normales: amigos, vecinos, parientes SF. Comparaciones entre grupos: - A: SF/AR - B: SF/Norm. - C: AR/Norm.
Payne y cols. (1982)	30	30 AR 30 mixto reumatic.	MMPI: Hipocondríasis Depresión Histeria Psicastenia Esquizofrenia Desviación psicopática Paranoia Introversión social Manía, Masculi./Femen.	* (mix.) = * (mix.) * (AR) * (AR, mix.) * (mix.) * (AR, mix.) = =	t Student	Hospitalizados. Excluidos los de nivel educativo inferior a noveno grado. Grupos equiparados en tamaño y edad.

(a): En el caso de que las diferencias no sean con todos los grupos implicados, entre paréntesis el grupo con el que es significativa la diferencia. Además, cuando no consta forma administración cuestionarios es porque no hay información en el trabajo. Salvo que se especifique otra cosa, todos los pacientes son ambulatorios. *: SF puntuaciones significativamente mayores; =: Ausencia diferencias significativas; <>: equiparados entre sí. HS: Hassless Scale; LES: Life Experiencies Survey; DUS: Daily Uplifts Scale; ISSB: Inventory of Socially Supportive Behaviors; DIS: Diagnostic Interview Schedule; CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; SCL90: Symptom Checklist-90; BPI: Basic Personality Inventory; BDI: Beck Depression Inventory; STAI: Spielberger State and Trait Anxiety Inventory; PILL: Pennebaker Index of Limbic Languidness; LEI: Homes-Rabe Life Events Inventory; AAS: Bakker Assertiveness-Agressiveness Scale.

Los dos estudios que han utilizado la DIS para llegar a diagnósticos según criterios del DSM-III, han presentado resultados opuestos. Mientras que uno de ellos obtuvo mayor porcentaje del diagnóstico de trastorno afectivo mayor en la F respecto a sus controles (Hudson, Hudson, Pliner,Goldenberg y Pope, 1985), el otro, no encontró diferencias (Kirmayer, Robbins y Kapusta, 1988). Además, en el último trabajo, la mayoría de enfermos con F no cumplieron los criterios diagnósticos del DSM-III aunque como grupo informaron mayor número de síntomas. Los autores sugieren estudiarlos sin buscar un diagnóstico psiquiátrico.

El factor común de todos los estudios sobre patología psicológica en la F es el acuerdo respecto a que:

1. Existen problemas metodológicos que afectan a las conclusiones obtenidas, centrados en la selección muestral y en el tipo de instrumentos. En concreto, el uso del MMPI en poblaciones reumáticas ha sido muy criticado puesto que algunos de sus items reflejan patología orgánica más que psiquiátrica (Smythe, 1984; Goldenberg, 1987, 1988, 1989a, 1989b; Hudson y Pope, 1989; Leavitt y Katz, 1989; Merskey, 1989; Turk y Flor, 1989).

2. No se puede concluir que la F sea un trastorno psiquiátrico o que éste sea su

causa. Es posible que exista y agrave el cuadro, pero de igual forma que podría ocurrir en cualquier enfermedad (Bradley, 1989; Hudson y Pope, 1989; Merskey, 1989, 1990; Bennett, 1990). En las conclusiones de los artículos de revisión sobre patología psicológica y F, algunos autores señalan su presencia, concretandola en diagnósticos de depresión mayor (Goldenberg, 1989a; Hudson y Pope, 1989), alexitimia (Ortega, Larrodé, López, Elena y Urbina, 1990), y trastorno por somatización (Hudson y Pope, 1989). Otros afirman que no existe evidencia de que la F sea un trastorno histérico o por somatización (Goldenberg, 1989a), y otros señalan la ausencia de datos concluyentes (Goldenberg, 1988; Turk y Flor, 1989). Como hemos visto, las mayores puntuaciones de los enfermos con F no han sido significativas respecto a todos los grupos control ni en todos los rasgos. Por ejemplo, en los estudios de revisión algunos autores han hablado de diferencias en la "tríada neurótica", evaluada con el MMPI, aunque de los tres estudios que utilizan este instrumento uno de ellos sólo las encontró en hipocondríasis e histeria pero no en depresión (Payne y cols., 1982). Finalmente, Goldenberg (1989b) afirma también que está por resolver la cuestión planteada al principio puesto que, en estudios que no han utilizado el MMPI, no se han obtenido diferencias respecto a otros enfermos reumáticos (Wolfe, Cathey, Kleinheksel y cols., 1984; Clark, Campbell, Forehand, Tindall y Bennett, 1985).

¿Existe un perfil psicológico específico del enfermo con F?

No se han obtenido diferencias significativas en la mayoría de los rasgos psicológicos estudiados (tabla 1). Así, no se han encontrado ni en ansiedad-rasgo (Clark y cols., 1985; Quimby, Block y Gratwick, 1988), ni en neuroticismo ni extraversión, ni en los factores de personalidad del 16PF (Quimby y cols, 1988) (tabla 1). Aunque un trabajo encontró diferencias en introversión social, depresión y ansiedad, sólo fueron significativas con el grupo de voluntarios sanos; la F sólo puntuó significativamente más alto respecto a los dos grupos control utilizados en hipocondríasis (Scudss,Rollman, Harth y Mc Cain, 1987) (tabla 1).

Por tanto, y de acuerdo con otros autores, afirmamos que no existen datos objetivos que apoyen la existencia de un perfil psicológico en la F (Goldenberg, 1986; Turk y Flor, 1989; Bossivain y McCain, 1991). Aunque algunos señalan la existencia de resultados no concluyentes (Goldenberg, 1988; Turk y Flor, 1989), o de problemas metodológicos en la investigación (Goldenberg, 1989a), y aunque en una revisión se concluye confirmando la asociación entre problemas psicológicos y F (Bossivain y McCain, 1991), la mayoría de los trabajos de revisión afirma que si bien existe apoyo empírico para la presencia de problemas psicológicos en el síndrome, éstos no tienen porque ser parte integrante del mismo, ni tienen que ocurrir siempre, ni de la misma forma en todos los enfermos (Wolfe, 1988; Buckelew, 1989; Goldenberg, 1989b; Merskey, 1989; Turk y Flor, 1989; Bennett, 1990).

¿Existe una respuesta emocional diferente ante su enfermedad?

Los resultados tampoco son coincidentes en todas las variables de impacto emocional estudiadas (cuadro 2). En tres trabajos se utilizó el SCL90-R, que evalúa la existencia de síntomas organizados en nueve factores, obteniendo, además un índice general de distrés (tabla 1). Clark y cols. (1985), no encontraron diferencias en

ninguna de las variables anteriores. Kirmayer y cols. (1988) sólo evaluaron la escala de somatización y sí las obtuvieron. Uveges,Parker, Smarr y cols. (1990) también lo hicieron en somatización, depresión y psicoticismo, así como en los índices de distrés y de síntomas positivos (tabla 1).

Es difícil establecer conclusiones respecto a las variables de ansiedad y depresión, debido a los pocos estudios sobre el tema (cuadro 2) y a la variedad de instrumentos de medida y de muestras (tabla 1). Respecto a la depresión, Uveges y cols. (1990) obtuvieron puntuaciones más altas para la F, mientras que en el estudio de Wolfe, Cathey y Kleinheksel (1984) esto sólo fue así en la F primaria. En el caso de la F secundaria no encontraron diferencias, de acuerdo con los resultados de otro de sus trabajos (Wolfe,Cathey, Kleinheksel y cols., 1984). También se han obtenido diferencias significativas respecto a enfermos con artritis reumatoidea (Hudson y cols., 1985; Alfici, Sigal y Landau, 1989). Sin embargo, en el primer estudio, la F no puntuó significativamente diferente de sus controles sanos (Hudson y cols., 1985). En el trabajo de Ahles, Yunus y Masi (1987) la situación fue justo la inversa, los enfermos con F tuvieron puntuaciones de depresión mayores respecto a un grupo de personas sanas, pero no respecto a otros enfermos reumáticos (tabla 1). Tampoco se han obtenido diferencias significativas con enfermos de medicina general (Clark y cols., 1985), o reumáticos (Kirmayer y cols., 1988; Quimby y cols., 1988).

Por tanto, tal y como afirman Bossivain y McCain (1991), no hay resultados concluyentes respecto a la mayor presencia de depresión en estos enfermos. Aunque parece que existe una mayor prevalencia de síntomas depresivos respecto a controles sanos, ésto no es así cuando los comparamos con otras poblaciones de enfermos (Goldenberg, 1989a, 1989b).

Cuadro 2
Resumen por variables de interés de los trabajos que comparan variables psicológicas en la fibromialgia (a)

Variables	Diferencias significativas	
	SI	NO
Depresión	Uveges, Parker y cols., 1990. Alfici, Sigal y Landau, 1989. Ahles, Yunus y Masi, 1987. Hudson y cols., 1985. Wolfe, Cathey, Kleinheksel y cols., 1984.	Quimby, Block y Gratwick, 1988. Kirmayer, Robbins y Kapusta, 1988. Clark y cols, 1985. Wolfe, Cathey, Kleinheksel y cols., 1984.
Ansiedad	Wolfe y cols., 1984. Wolfe, Cathey, Kleinheksel y cols., 1984.	Uveges, Parker y cols., 1990. Clark y cols., 1985.
Afrontamiento		Uveges, Parker y cols., 1990.
Apoyo social	Gaston-Johansson y cols., 1990.	Dailey y cols., 1990.
Distrés	Uveges, Parker y cols., 1990.	Clark y cols., 1985.

(a) Excluidos rasgos de personalidad y variables psiquiátricas.

Tres trabajos se han ocupado de la ansiedad, y dos de ellos han encontrado diferencias respecto a enfermos con artritis reumatoidea (Wolfe y cols., 1984; Wolfe, Cathey, Kleinheksel y cols., 1984). Sin embargo, en el último, la diferencia sólo existió en el grupo de F primaria. Clark y cols. (1985) no las obtuvieron en ansiedad-estado comparando con un grupo control de enfermos de medicina general.

¿Presentan diferencias en otras variables psicológicas?

De todas las evaluadas, sólo se han obtenido diferencias en percepción de estrés y apoyo social (tabla 1). Respecto a la pri-

mera, Ahles y cols. (1984) encontraron que la F puntuó más alto que sus controles en una escala de estrés por acontecimientos vitales. Sin embargo, Dailey, Bishop, Russell y Fletcher (1990) sólo obtuvieron diferencias en la mayor percepción de estrés cotidiano producido por pequeños "disgustos". Este resultado coincide con el de Uveges y cols. (1990) en cuanto al mayor número de estresores diarios referido por un grupo de F comparado con otro de artritis reumatoidea, así como a su percepción de mayor gravedad de los mismos. Wolfe, Cathey, Kleinheksel y cols. (1984) no obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos en el estrés referido al medio familiar (tabla 1). Así pués, parece ser que el único resultado coincidente es la presencia de mayor estrés cotidiano en estos enfermos.

Los trabajos que han evaluado variables de apoyo social (Dailey y cols., 1990; Gaston-Johansson y cols., 1990) y afrontamiento (Uveges y cols., 1990), no han obtenido diferencias entre la F y la artritis reumatoidea, salvo en el estudio de Gaston-Johansson y cols. (tabla 1). En éste, los enfermos con F percibieron que eran ayudados por sus amigos y familiares con mayor frecuencia que su controles, y además se mostraron significativamente más satisfechos e informaron recibir mayor ayuda práctica y mayor cuidado para no realizar esfuerzos físicos y psicológicos. Por el contrario, no hubo diferencias entre los once restantes tipos de apoyo (hacen pequeñas cosas por mí, asumen mis tareas, me aconsejan, etc.) (Gaston-Johansson y cols., 1990). Este estudio tiene algunos problemas relacionados con el cuestionario utilizado y el análisis estadístico, que limitan sus conclusiones. Por un lado, emplean una medida elaborada al efecto que evalúa diferentes aspectos que, según los autores, se relacionan con la F (sentimientos sobre uno mismo, preocupación por el dolor, síntomas psicosomáticos, actividades cotidianas, factores relacionados con el trabajo, expectativas futuras y apoyo social), y aunque se ofrece una estimación sobre la fiabilidad, no hay datos sobre validez. Por otro lado, como los propios autores indican, debido al gran número de variables utilizadas y de análisis (establecen diferencias item a item), la posibilidad de cometer errores tipo I es alta. En cualquier caso, y respecto al papel del apoyo social y del afrontamiento en la F, no disponemos de suficientes trabajos para poder establecer conclusiones.

Coincidimos con otros autores en la necesidad de más estudios sistemáticos en este área (Buckelew, 1989), pero dirigidos a valorar la relación de los factores psicológicos con la experiencia de dolor, y a determinar si es diferente a la encontrada en otros problemas de dolor crónico reumático o no reumático. Además, también es necesario estudiar variables cognitivo-comportamentales y sociales que juegan un papel relevante en la adaptación a la experiencia de dolor crónico.

Finalmente, nos parece importante recordar que el padecimiento de un problema crónico como es la F tiene, desde luego, un impacto psicológico. En este sentido, se sugiere considerar su importancia en el síndrome (Wolfe, 1988) y estudiar su posible influencia en el resto de variables resultado (Goldenberg, 1989a).

Problemas de la investigación y perspectivas futuras

Los problemas mencionados con mayor frecuencia respecto a la investigación anterior, son los siguientes:

1. Utilización de instrumentos validados para enfermos psiquiátricos. Podría ser que los grados de patología obtenidos estén reflejando actividad de la enfermedad. Se plantea adaptar su uso a poblacio-

nes de dolor crónico (Goldenberg, 1986, 1989a, 1989b; Hudson y Pope, 1989; Turk y Flor, 1989), y apoyar la evaluación con entrevistas estructuradas realizadas de forma ciega y con controles (Hudson y Pope, 1989).

2. Variabilidad de las muestras de enfermos y controles en los estudios (Goldenberg, 1986, 1989a). Esta podría ser una causa de las incoherencias detectadas (Turk y Flor,1989).

3. Existencia de un sesgo de selección (Masi y Yunus, 1986; Goldenberg, 1989b; Merskey, 1989; Hudson y Pope, 1989; Wolfe, 1990). Las muestras están compuestas por enfermos que acuden a tratamiento reumatológico, después de haber pasado por diferentes servicios médicos. Estos enfermos podrían tener mayores problemas psicológicos que los atendidos en centros de asistencia primaria o los que nunca han acudido a consulta médica. Por tanto, la presencia de patología psicológica podría ser independiente del síndrome, pero ser muy frecuente en los enfermos atendidos en servicios especializados y, además, ser ésta la causa de las diferencias encontradas cuando se compara la F con otros problemas reumáticos (Hudson y Pope, 1989; Wolfe, 1990). Según estos autores, el problema se podría resolver utilizando muestras de enfermos con F no atendidas en los servicios de salud. Sin embargo, pensamos que el problema sólo se plantea cuando se intenta determinar si hay causas psicológicas del síndrome. Puede ser igualmente interesante establecer las diferencias entre poblaciones reumáticas en un determinado ámbito asistencial sin realizar generalizaciones a otros ámbitos. Además, también puede ser útil determinar las asociaciones entre los factores psicológicos y la experiencia de dolor de esas poblaciones.

4. Hudson y Pope (1989) proponen estudiar diferentes muestras de F (enfermos que acuden a atención primaria y a clínicas especializadas, y enfermos que no han buscado asistencia médica). Wolfe (1990) subraya la necesidad de realizar estudios en la última muestra, pues con ésto se podría obtener información crítica respecto a la etiología, a las características de los enfermos y a su tratamiento. Además, sugiere realizar estudios longitudinales.

5. Algunos autores sugieren sustituir la comparación de medias entre las muestras, por la utilización de puntos de corte que separen a los enfermos que cumplen con el criterio de enfermedad psiquiátrica de los que no lo hacen (Merskey, 1989), o utilizar técnicas como el análisis cluster para identificar subgrupos de enfermos con perfiles psiquiátricos similares (Goldenberg, 1989b).

6. Necesidad de estudiar factores comportamentales, sociales y cognitivos que han demostrado su importancia en el dolor crónico, y que modulan su percepción (Bennett, 1990). Su ausencia en la investigación psicológica sobre la F puede haber aumentado la confusión existente (Turk y Flor, 1989).

7. Finalmente, Wolfe (1990) enumera las siguientes exigencias metodológicas: describir los métodos, utilizar cuestionarios en vez de entrevistas clínicas, evaluar de forma ciega la exploración física, utilizar criterios psicométricos también para los datos físicos, calcular el tamaño muestral y el poder estadístico para evitar errores tipo II y, cuando se maneje más de una variable resultado, utilizar una estadística que evite los errores tipo I.

Relación entre factores psicológicos y experiencia de dolor

El número de trabajos que se ocupa de este tema en la F, es realmente bajo (tabla 2). En el estudio de Dailey y cols. (1990), de las cuatro variables psicosociales eva-

luadas (tabla 1), sólo el estrés por acontecimientos cotidianos se relacionó con el impacto psicológico (ansiedad y depresión) (tabla 2). Por su parte, Hawley, Wolfe y Cathey (1988) intentaron determinar qué datos clínicos propios de la F se asociaban con la percepción de la gravedad del problema. Sus resultados mostraron que la intensidad del dolor y el grado de depresión fueron los dos determinantes más importantes. Este es un dato que nos parece importante para el diseño de intervenciones psicológicas en el síndrome. Sin embargo, dada la escasez de estudios, volvemos a plantear la necesidad de mayor investigación al respecto.

Tabla 2
Asociación factores psicológicos y experiencia de dolor en el síndrome fibromiálgico

Autores	SF	Dolor/ impacto	Resultado	Análisis estadístico
Dailey, Bishop, Russell y Fletcher (1990)	28	AIMS: dolor Disc. física Disc. psicol.	0 0 + (Estrés diario: HS)	Correlación
Hawley, Wolfe y Cathey (1988)	75	Gravedad enfermedad	+ (Ansiedad, depresión: AIMS)	Correlación parcial (dolor)

+= Relación significativa de signo positivo; 0= no hay relación significativa: AIMS: Arthritis Impact Measurement Scales; EV: Escala verbal; HS: Hassless Scale.

Conclusiones

Hemos observado una evolución en el estudio de la relación factores psicológicos y F. Detectamos tres fases con diferentes contenidos de investigación. Después de un período inicial (1980-1986), en el que los trabajos sugerían la presencia de problemas psicológicos en el síndrome (depresión, ansiedad y problemas de personalidad), aparecen las primeras críticas, en una fase donde abundan los trabajos de revisión y de opinión. Estas, se dirigían a la utilización de instrumentos validados en poblaciones psiquiátricas, y a los problemas de selección muestral que no se habían considerado en las conclusiones obtenidas, así como en su generalización.

Durante los años 1987-1989, los trabajos se centran tanto en cuestiones empíricas, como en revisiones teóricas de años precedentes (n=8; de las cuales siete aparecen en el año 1989). Además, coincidiendo con lo que podemos llamar período de reflexión, a partir de esta segunda mitad de los 80 y hasta 1990, hay una mayoría de investigación epidemiológica y clasificatoria, junto con estudios centrados en la búsqueda de alteraciones fisiológicas. Parece que, de nuevo, el énfasis se hace en "lo físico", al no obtener datos concluyentes sobre lo que se buscaba: causas psicológicas que explicaran el síndrome.

Finalmente, durante 1990, se publican cuatro artículos psicológicos en las revistas de reumatología que hasta el momento tienen el mayor volúmen de publicaciones sobre el tema. Estos trabajos recogen el interés de la investigación psicológica actual, centrándose en el estudio del estrés, y de variables moduladoras de la adaptación a la situación crónica. No se trata de buscar causas psicológicas, sino de identificar los factores psicológicos que pueden estar asociados, y de qué forma, a la sintomatología del síndrome.

Todo ello, sugiere que el estudio de cuestiones psicológicas en la F, al menos el de las más actuales en el área de las enfermedades crónicas, se inicia en esta década. Desde nuestro punto de vista, los trabajos publicados en 1990 marcan el comienzo de un nuevo interés en este área.

Referencias

Ahles, T.A., Yunus, M.B., Riley, S.D., Bradley, J.M. y Masi, A.T. (1984).Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism, 27* (10), 1102-1105.

Ahles, T.A., Yunus, M.B., Masi, A.T. (1987). Is chronic pain a variant of depressive disease'?. The case of primary fibromyalgia syndrome. *Pain, 29,* 105-11.

Alfici, S., Sigal, M. y Landau, M. (1989). Primary Fibromyalgia Syndrome. A variant of depressive disorder?. *Psychotherapie and Psychosomatics, 52,* 156-161.

Bennett, R.M. (1990). Myofascial pain syndromes an the fibromyalgia syndrome: a comparative analysis. En J.R. Fricton y E.Awad (eds.), *Myofascial Pain and Fibromyalgia. Advances in Pain Research and Therapy* (pp.43-65).Raven Press.

Boissevain, M.D. y McCain, G.A. (1991).Toward an integrated understanding of fibromyalgia syndrome. II. Psychological and phenomenological aspects. *Pain, 45* (3), 239-248.

Bradley, L.A. (1985). Psychological aspects of arthritis. *Bulletin of Rheumatic Diseases, 35* (4), 1-12.

Bradley, L.A. (1989). Cognitive-behavioral therapy for primary fibromyalgia. *Journal of Rheumatology* (Suppl.19), *16,* 131-136.

Buckelew, S.P. (1989). Fibromyalgia: a rehabilitation approach. A review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 68* (1), 37-42.

Clark, S., Campbell, S.M., Forehand, M.E., Tindall, E.A. y Bennett, R.M. (1985). Clinical characteristics of fibrositis. II. A blinded controlled study using standard psychological tests. *Arthritis and Rheumatism, 28,* 132-137.

Dailey, P.A., Bishop, G.D., Russell, J. y Fletcher, E.M. (1990). Psychological stress and the Fibrositis/Fibromyalgia Syndrome. *The Journal of Rheumatology, 17* (10), 1380-1385.

Darby, P.L. y Schmidt, P.J. (1988). Psychiatric consultations in rheumatology: A review of 100 cases. *Canadian Journal of Psychiatry, 33* (4), 290-293.

Gaston-Johansson, F., Gustafsson, M., Felldin, R. y Sanne, H. (1990). A comparative study of feelings, attitudes and behaviors of patients with fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Social Science and Medicine, 31* (8), 941-947.

Goldenberg, D.L. (1986). Psychologic studies in fibrositis. *American Journal of Medicine, 81,* 67-70.

Goldenberg, D.L. (1987). Fibromyalgia syndrome. An emerging but controversial condition. *JAMA, 257* (20), 1792-1797.

Goldenberg, D.L. (1988). Research in fibromyalgia: past, present y future.*The Journal of Rheumatology, 15* (6), 992-996. - Goldenberg, D.L. (1989a). An overview of psychologic studies in fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology, 16* (Suppl.19), 12-14.

Goldenberg, D.L. (1989b). Psychiatric and psychologic aspects of fibromyalgia syndrome. *Rheumatic Disease Clinics of North America, 15* (1), 105-114.

Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (1943). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory. NY, the Psychological C.

Hawley, D.J., Wolfe, F. y Cathey, M.A. (1988). Pain, functional disability, and psychological status:a 12-month study of severity in fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology, 15* (10), 1551-1556.

Hudson, J.I., Hudson, M.S., Pliner, L.F., Goldenberg, D.L. y Pope, H.G. (1985). Fibromyalgia and major affective disorder: a controlled phenomenology and family history study. *American Journal of Psychiatry, 142* (4), 441-446.

Hudson, J.I. y Pope, H.G. (1989). Fibromyalgia and psychopathology: is fibromyalgia a form of "affective spectrum disorder"?. *The Journal of Rheumatology, 16* (Suppl.19), 15-22.

Kirmayer, L.J., Robbins, J.M. y Kapusta, M.A. (1988). Somatizacion and depression in fibromyalgia syndrome. *American Journal of Psychiatry, 145* (8), 950-954.

Leavitt, F. y Katz, R.S. (1989). Is the MMPI invalid for assessing psychological disturbance in pain related organic conditions?. *The Journal of Rheumatology, 16* (4), 521-526.

Masi, A.T., y Yunus, M.B. (1986). Concept of illness in populations as applied to fibro-

myalgia syndromes. *The American Journal of Medicine, 81* (Suppl. 3A), 19-25.

Merskey, H. (1989). Physical and psychological considerations in the classification of fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology, 16* (suppl. 19), 72-79.

Merskey, H. (1990). Psychosocial factors and muscular pain. En J.R. Fricton y E. Awad (eds.), *Myofascial Pain and Fibromyalgia. Advances in Pain Research and Therapy*, (pp. 213-225). New York: Raven Press.

Ortega Esteban, M.A., Larrodé, C., López, J., Elena, A. y Benito Urbina, S. (1990). Fibromialgia y patología psíquica. *Dolor & Inflamación, 3* (7), 340-344.

Payne, T.C., Leavitt, F., Garron, D.C., Katz, R.S., Golden, H.E., Glickman, P.B. y Vanderplate, C. (1982). Fibrositis and psychologic disturbance. *Arthritis & Rheumatism,25* (2), 213-17.

Quimby, L.G., Block, S.R. y Gratwick, G.M. (1988). Fibromyalgia: generalized pain intolerance and manifold symptom reporting. *The Journal of Rheumatology, 15* (8), 1264-1270.

Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J. y cols. (1980). NIMH Diagnostic Interview Schedule,Version II. Rockville, Md.

Scudds, R.A., Rollman, G.B., Harth, M. y Mc Cain, G.A. (1987). Pain perception and personality measures as discriminators in the classification of fibrositis. *The Journal of Rheumatology, 14* (3), 563-569.

Smythe, H.A. (1972). Nonarticular rheumatism and the fibrositis syndrome. En J.L. Hollander y D.J. Mc Carty (eds.), *Arthritis and allied conditions* (pp. 874-884). Philadelphia: Lea y Febiger.

Smyhte, H.A. (1984). Problems with the MMPI. Editorial. *The Journal of Rheumatology, 11* (4), 417-418.

Turk, D.C. y Flor, H. (1989). Primary fibromyalgia is greater than tender points: toward a multiaxial taxonomy. *The Journal of Rheumatology, 16* (suppl. 19), 80-86.

Uveges, J.M., Parker, J.C., Smarr, K.L., McGowan, J.F., Lyon, M.G., Irvin, W.S., Meyer, A.A:, Buckelew, S.P., Morgan, R.K., Delmonico, R.L., Hewett, J.E. y Kay, D.R. (1990). Psychological symptoms in primary fibromyalgia syndrome: relationship to pain, life stress, and sleep disturbance. *Arthritis and Rheumatism, 33* (8), 1279-1283.

Wolfe, F. (1988). Fibromyalgia: whither treatment?. *The Journal of Rheumatology, 15* (7), 1047-1049.

Wolfe, F. (1990). Methodological and statistical problems in the epidemiology of fibromyalgia. En J.R. Fricton y E.Awad (eds.), *Myofascial Pain and Fibromyalgia. Advances in Pain Research and Therapy* (pp.147-163). New York:Raven Press.

Wolfe, F., Cathey, M.A. y Kleinheksel, S.M. (1984). Fibrositis (Fibromyalgia) in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology, 11* (6), 814-818.

Wolfe, F., Cathey, M.A., Kleinheksel, S.M., Amos, S.P., Hoffman, R.G., Young, D.Y. y Hawley, D.J. (1984). Psychological status in primary fibrositis and fibrositis associated with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology, 11* (4), 500-506.

Aceptado el 30 de noviembre de 1994