

## Síntomas afectivo-conductuales y estrategias de afrontamiento del dolor en pacientes con fibromialgia (FM)

### Affective - behavioral symptoms and coping strategies of pain in patients with fibromyalgia (FM)

Melissa Gelves-Ospina<sup>1</sup>, Ernesto Barceló Martínez<sup>2</sup>, Erick Orozco-Acosta<sup>3</sup>, Néstor Fabián Román<sup>4</sup>, Ricardo F. Allegri<sup>5</sup>

#### Resumen

**Objetivo:** La fibromialgia (FM) es un síndrome de dolor crónico generalizado, asociado a alteraciones emocionales y comportamentales. El objetivo de este estudio fue identificar los síntomas afectivo-conductuales y las estrategias cognitivas de afrontamiento en la percepción de dolor de pacientes con FM.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal, con análisis de casos y controles, con una muestra de dos grupos de mujeres, en la ciudad de Barranquilla (Colombia): 34 con diagnóstico de FM y 30 controles, a quienes se les realizó evaluación de síntomas psicológicos y de percepción de dolor.

**Resultados:** Los pacientes con FM presentan significativamente mayores síntomas afectivo-conductuales (ansiedad, depresión, insomnio, somatización y disfunción social) que los sujetos controles ( $p < 0.001$ ), así como una tendencia a utilizar la retirada social como estrategia de afrontamiento ( $p < 0.005$ ). De acuerdo con el análisis factorial, la percepción de dolor y los síntomas afectivo-conductuales en pacientes con FM se agruparon en un mismo factor, lo cual demostró interdependencia de las variables.

**Conclusiones:** Los síntomas afectivo-conductuales se asocian a la percepción de dolor y se relacionan con la utilización de estrategias pasivas y centradas en la emoción como mecanismo para afrontar la experiencia de dolor.

<sup>1</sup> Psicóloga. Ph.D. Esp. Trastornos Cognitivos y del aprendizaje. Docente investigador Grupo GIINCO, Universidad de la Costa (Colombia). Instituto Colombiano de Neuropedagogía, ICN. (Colombia). [mgelves1@cuc.edu.co](mailto:mgelves1@cuc.edu.co)

<sup>2</sup> MD. Ph.D., neurólogo, neuropsicólogo. Docente investigador, Universidad de la Costa (Colombia). Director científico, líder del Grupo internacional de investigación neuroconductual (GIINCO), Instituto Colombiano de Neuropedagogía, ICN (Colombia). [erbarcelo@yahoo.com](mailto:erbarcelo@yahoo.com)

<sup>3</sup> Magíster en Estadística Aplicada. Ingeniero industrial. Docente tiempo completo, Facultad de Ingeniería, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla (Colombia). [eorozco15@unisimonbolivar.edu.co](mailto:eorozco15@unisimonbolivar.edu.co)

<sup>4</sup> MD. Ph.D. Psiquiatra. Docente investigador Grupo GIINCO, Universidad de la Costa (Colombia). [faromanmd@gmail.com](mailto:faromanmd@gmail.com)

<sup>5</sup> MD. Ph.D. Neurólogo, Psiquiatra. Docente investigador Grupo GIINCO. Docente Investigador, Universidad de la Costa (Colombia). [rallengri@fleni.org.ar](mailto:rallengri@fleni.org.ar)

Fecha de recepción: 22 de agosto de 2017  
Fecha de aceptación: 10 de octubre de 2017

**Palabras clave:** dolor, fibromialgia, estrategias de afrontamiento, síntomas afectivos, síntomas conductuales.

### Abstract

**Objective:** *Fibromyalgia (FM) is a syndrome of chronic widespread pain associated with emotional and behavioral disorders. The purpose of the study was to identify the affective-behavioral symptoms and cognitive coping strategies involved in the perception of pain in patients with FM.*

**Material and methods:** *A cross-sectional study was performed, with analysis of cases and controls, with a sample of two groups of women, in the city of Barranquilla (Colombia). Affective-behavioral symptoms and cognitive coping strategies were assessed in 34 patients with FM and 30 controls matched by age and educational level.*

**Results:** *Our findings indicate greater affective and behavioral symptoms in patients with FM (anxiety, depression, insomnia, somatization and social dysfunction) ( $p < 0.001$ ) and a tendency to use social withdrawal as a coping strategy ( $p < 0.005$ ). According to factor analysis, pain perception and affective-behavioral symptoms were grouped in a single factor, demonstrating interdependence between variables.*

**Conclusions:** *The affective-behavioral symptoms are associated with perception of pain and are related to the use of passive strategies, and focused on emotion as a mechanism to confront the experience of pain.*

**Keywords:** Pain, fibromyalgia, coping strategies, affective symptoms, behavioral symptoms.

## INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM), uno de los síndromes de dolor crónico más estudiado en la actualidad, se caracteriza principalmente por el dolor musculoesquelético difuso y generalizado derivado de causas no inflamatorias (1). De acuerdo con los criterios de clasificación de 1990 del Colegio Americano de Reumatología (ACR, del inglés American College of Rheumatology), el diagnóstico es clínico y está relacionado con la presencia de un umbral doloroso disminuido, en 11 de 18 puntos anatómicos sensibles al dolor, con al menos 3 meses de evolución (2,3).

La FM también se caracteriza por la presencia de otros síntomas asociados, como: astenia, sueño no reparador, fatigabilidad, rigidez matutina, parestesias y alteraciones en el estado de ánimo (4,5). Teniendo en cuenta esto, en 2010 la ACR plantea una nueva forma de evaluar las caracte-

terísticas de la enfermedad y la gravedad de los síntomas, sin que esto requiera de un examen físico de los puntos sensibles. Estos criterios de clasificación incluyen: 1) dolor generalizado, medido por el número de regiones dolorosas reportado, y 2) síntomas cognitivos y somáticos; presentes de manera recurrente en los últimos 3 meses (6).

Asimismo, diversas investigaciones reportan mayores indicadores de estrés psicológico en sujetos con FM, asociados a síntomas de ansiedad y depresión (3,7), que se relaciona con un peor pronóstico de la enfermedad (8) a un detrimento en el estado de salud general (9). Se considera que el estado de ánimo depresivo puede ser tanto una consecuencia del dolor a largo plazo como también un catalizador del círculo vicioso evidenciado en diferentes formas de dolor crónico como la FM (10).

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, la percepción de dolor no es igual en todos los individuos, dado que está íntimamente ligada a factores intrínsecos, relacionados con las creencias personales, los juicios y el repertorio de afrontamiento (11). De acuerdo con Folkman y Lazarus (12), el afrontamiento es entendido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales utilizados frente a situaciones de estrés. Se relaciona con la anticipación del dolor, el catastrofismo y cuadros de ansiedad y depresión en pacientes con FM (13). Igualmente, otros autores relacionan estos factores con el nivel de aceptación y funcionalidad (14), la capacidad de resiliencia (15) y el impacto del estrés percibido en la severidad de los síntomas en estos pacientes (16).

El objetivo de este trabajo fue estudiar la presencia de síntomas afectivo-conductuales y las estrategias cognitivas de afrontamiento en la percepción de dolor de pacientes con FM.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño.** Este estudio se realizó mediante un diseño correlacional - causal, de corte transversal con análisis de casos y controles.

**Población y muestra.** Fueron incluidas 64 mujeres seleccionadas de manera intencional asumiendo dos criterios de corte no probabilístico. a) Grupo de Casos: selección de 34 pacientes con diagnóstico de FM mediante juicio de experto y b) Grupo Control: 30 sujetos sin ningún tipo de patología seleccionados mediante criterios de emparejamiento por edad, escolaridad y sexo, en función del grupo de casos.

La muestra de casos fue escogida de la población de pacientes que asistían al Instituto Colombiano de Neuropedagogía (Barranqui-

lla, Colombia). Todos los sujetos firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

Los criterios de inclusión de los pacientes con FM fueron: Personas con diagnóstico de fibromialgia de acuerdo con los criterios de diagnóstico del American College of Rheumatology (6), edad comprendida entre los 30 y 67 años, escolaridad de 5 años o más, y no tener diagnóstico de enfermedades del tejido conectivo o antecedentes de enfermedad cerebrovascular (ECV), traumatismo craneoencefálico, trastornos psiquiátricos, retraso mental o trastornos de aprendizaje a nivel premórbido, evidenciado en historia clínica mediante entrevista semiestructurada.

## TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para el estudio propuesto se seleccionaron los siguientes instrumentos:

1. Escala Visual Analógica del Inventario de Dolor de McGill (17): se usó como una escala evaluativa de la intensidad de dolor percibido.
2. Escala de ansiedad de Hamilton (18) y el Inventario de depresión de Beck (19, 20): utilizados para medir el grado de intensidad de los síntomas de ansiedad y depresión.
3. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) (21,22), el cual evalúa los síntomas somáticos, la ansiedad, el insomnio, la disfunción social, y la depresión, se utilizó como medida de auto percepción de salud mental.
4. Inventario de Estrategias de afrontamiento (23,24): compuesto por ocho estrategias con las que se evalúa la autoeficacia del afrontamiento perci-

bida por el sujeto para hacerles frente a los problemas. Las estrategias evaluadas son: Resolución de problemas, Autocrítica, Expresión Emocional, Pensamiento Desiderativo, Apoyo Social, Reestructuración Cognitiva, Evitación de Problemas y Retirada Social.

En este estudio se hizo además un análisis de consistencia interna mediante de pruebas de fiabilidad para escalas tipo Likert (Alfa de Cronbach) y dicotómicas (Kuder & Richarson), y se encontró índices por encima de 0.8 y 0,9, considerados como aceptable (ver tabla 1). y acorde con estudios reportados anteriormente (18, 20,22, 24).

**Tabla 1.** Estadísticos de Confiabilidad de las escalas aplicadas

Instrumento	Estadísticos	
	Alfa de Cronbach	Kuder & Richarson
Inventario de depresión de Beck	0,922	-
Escala de ansiedad de Hamilton	0,945	-
Cuestionario de Salud General de Goldberg	-	0,945
Inventario de Estrategias de afrontamiento	0,815	-

**Fuente:** datos tabulados por los autores.

**Análisis estadístico.** Los datos fueron analizados utilizando el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS versión 20). En una primera fase se realizó un análisis comparativo de las variables psicológicas mediante la prueba no paramétrica U de Mann – Witney. Posteriormente se efectuó un análisis correlacional con el estadístico de Sperman para establecer las relaciones entre las variables de estudio. Luego, mediante el Paquete Estadístico R versión 3.3.1 se llevó a cabo un análisis factorial en fase exploratoria y confirmatoria para determinar niveles de influencia (causalidad) entre las variables.

**Consideraciones éticas.** Los autores declaran que los procedimientos realizados se acogieron a las normas éticas para investigaciones en seres humanos: Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 2008 y la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, y se clasificó esta investigación como de riesgo mínimo. Todos los sujetos que estuvieron dispuestos a participar firmaron un consentimiento informado.

## RESULTADOS

Se evaluó a 64 mujeres, divididas en dos grupos de estudio: grupo control (30 sujetos) y grupo de casos, con FM (34 sujetos). En el grupo con FM la edad promedio fue de 52 años (DE=8,9), habían cursado entre 5 y 12 años de escolaridad (M=10,29 DE=2,759) y pertenecían en promedio a un nivel socioeconómico 4 (M=3,94 DE=1,063), que en una escala de 1 a 6 corresponde a un nivel medio. Para el grupo control, la edad media fue de 48 años (M=48,61 DE=11,130), los años de escolaridad cursados en promedio fue de 11,79 (DE=0,650) y también pertenecían a un nivel socioeconómico medio (M=4,06 DE=1,478). No se encontraron diferencias significativas en relación con las variables de edad, estrato socioeconómico y grado de escolaridad.

El análisis comparativo de las variables psicológicas entre los dos grupos de estudio; muestra diferencias estadísticamente significativas (tabla 2), principalmente en: ansiedad, depresión, insomnio, síntomas somáticos y disfunción social. Además se observa que el grupo de casos, a diferencia del grupo control, utiliza la herramienta cognitiva de retirada social (subescala de Retirada social) como estrategia de afrontamiento. La mayoría de estas diferencias son de gran magnitud, evidenciadas en el valor absoluto de los efectos mayor que 0,5 (tabla 2).

**Tabla 2.** Comparación de las variables psicológicas entre los grupos

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	P-Valor	Efecto (r)
Depresión de Beck	131,50	692,50	-5,1197	0,0000	-0,6400
Ansiedad de Hamilton	96,00	657,00	-5,5850	0,0000	-0,6981
Dolor de McGill	25,50	586,50	-6,7267	0,0000	-0,8408
Cuestionario de Goldberg					
Síntomas somáticos	102,00	663,00	-5,6123	0,0000	-0,7015
Ansiedad e Insomnio	195,50	756,50	-4,3386	0,0000	-0,5423
Disfunción social	222,50	783,50	-4,1874	0,0000	-0,5234
Depresión de Beck	308,00	869,00	-3,3946	0,0007	-0,4243
Estrategias de afrontamiento					
Retirada social	317,50	878,50	-2,6136	0,0090	-0,3267

**Referencia:** \* Prueba U de Mann-Whitney con significancia de 0.05.

**Fuente:** datos tabulados por los autores.

**Tabla 3.** Correlaciones entre síntomas afectivo-conductuales y estrategias de afrontamiento en grupo control

	ResProb	AutoCrit	ExpEmoc	PensDes	ApoyoSoc	RestrCog	EvitProb	RetSoc
Beck Dep	-,075	,520**	,142	,110	-,013	-,428*	-,266	-,012
Ham Ans	,040	,410*	,109	,099	-,057	-,307	-,225	,150
Sint Som	,020	,433*	,327	-,108	,018	-,210	-,263	-,044
Ans Ins	-,146	,395*	,304	-,125	-,105	-,271	-,297	,077
Dis Soc	,034	,427*	,247	-,005	,055	-,248	-,145	,053
Depres	,054	,331	-,166	-,025	,074	-,112	-,034	,005

\* Correlación significativa al 95 %

\*\* Correlación significativa el 99 %

Convenciones.

Beck Dep: Escala de Depresión de Beck; Ham Ans: Ansiedad de Hamilton; Sint Som: Síntomas somáticos Goldberg; Ans Ins: Ansiedad-Insomnio Goldberg; Dis Soc: Disfunción social Goldberg; Depres: Depresión Goldberg; ResProb: Resolución de problemas; AutoCrit: Autocrítica; ExpEmoc: Expresión emocional; PensDes: Pensamiento desiderativo; ApoyoSoc: Apoyo social; RestrCog: Reestructuración cognitiva, EvitProb: Evitación de problemas, RetSoc: Retirada social

**Fuente:** datos tabulados por los autores.

**Tabla 4.** Correlaciones entre síntomas afectivo-conductuales y estrategias de afrontamiento en grupo con fibromialgia

	ResProb	AutoCrit	ExpEmoc	PensDes	ApoyoSoc	RestrCog	EvitProb	RetSoc
Beck Dep	,280	,277	,143	,085	,030	-,111	-,148	,103
Ham Ans	,425*	,349	,343	,170	-,136	-,107	-,031	,232
Sint Som	,075	,030	,087	-,169	,038	-,005	,069	-,177
Ans Ins	,256	,273	,133	,226	,054	,132	,128	,018
Dis Soc	,331	,121	,081	,112	-,039	-,022	-,049	-,131
Depres	,151	,149	,228	,300	-,084	-,395*	-,221	-,056

\* Correlación significativa al 95 %

\*\* Correlación significativa el 99 %

Convenciones.

Beck Dep: Escala de Depresión de Beck; Ham Ans: Ansiedad de Hamilton; Sint Som: Síntomas somáticos Goldberg; Ans Ins: Ansiedad-Insomnio Goldberg; Dis Soc: Disfunción social Goldberg; Depres: Depresión Goldberg; ResProb: Resolución de problemas; AutoCrit: Autocrítica; ExpEmoc: Expresión emocional; PensDes: Pensamiento desiderativo; ApoyoSoc: Apoyo social; RestrCog: Reestructuración cognitiva, EvitProb: Evitación de problemas, RetSoc: Retirada social.

**Fuente:** datos tabulados por los autores.

El análisis correlacional (Sperman) entre las variables afectivo-conductuales y las estrategias de afrontamiento (cognitivas) demuestra correlaciones estadísticamente significativas en los dos grupos: en el grupo control se encontró correlación positiva entre la autocrítica y los síntomas de ansiedad (escala de Hamilton), depresión (escala de Beck); síntomas somáticos, ansiedad-insomnio y disfunción social (cuestionario de Goldberg). Contrario a lo encontrado entre los síntomas de depresión (Escala de Beck) y la estrategia de reestructuración cognitiva (correlación negativa). En el grupo de casos con FM se encontró correlaciones negativas entre depresión y reestructuración cognitiva y positivas entre resolución de problemas y ansiedad.

Posteriormente se realizó un análisis factorial exploratorio con rotación Varimax para extraer los diferentes factores; por el método de componentes principales se tuvo una medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin de 0.774, y la prueba de esfericidad de Bartlett generó un estadístico Chi-cuadrado de 463.74,

con un Valor P de 0.000, el cual sugiere que el análisis es apropiado para los datos.

Seguidamente se realizó el análisis factorial confirmatorio, que tomó como referencia dos factores: síntomas afectivo-conductuales y estrategias de afrontamiento, demostró que las estimaciones del modelo en su mayoría son significativas (tabla 5), lo mismo que los indicadores de ajuste: Chi-cuadrado de 59.08 ( $P$ -Valor= 0.0520, grado de libertad = 43) y razón entre el Chi-cuadrado y los grados de libertad = 1.3795. La significancia del modelo se reafirma al observar otros indicadores utilizados que evalúan la bondad del ajuste y son sensibles al tamaño de la muestra: índice de ajuste comparativo (CFI=0.9540), índice de Tucker-Lewis (ITL o NNFI=0.9412), índice de ajuste normalizado (NFI=.8540) e índice de ajuste incremental (IAI=0.9555). La mayoría de estos valores, por encima de 0.93, reafirman la significancia del modelo; de igual manera como sucede con la raíz del residuo cuadrático promedio de aproximación (RMSEA=0.0770), el cual fue significativo por debajo de 0.08.

**Tabla 5.** Estimaciones del modelo de ecuaciones estructurales

	Estimado	Error estándar	Valor Z	Valor-p
Beck Dep<--- Síntomas afectivo-conductuales	0,858	0,102	8,404	0,000
Dol.McGill<--- Síntomas afectivo-conductuales	0,709	0,112	6,348	0,000
Ans Ins<--- Síntomas afectivo-conductuales	0,825	0,105	7,891	0,000
Depres<--- Síntomas afectivo-conductuales	0,673	0,114	5,918	0,000
Dis Soc<--- Síntomas afectivo-conductuales	0,859	0,102	8,407	0,000
Sint Som<--- Síntomas afectivo-conductuales	0,833	0,104	8,014	0,000
Ham Ans<--- Síntomas afectivo-conductuales	0,849	0,103	8,263	0,000
AutoCrit<--- Estrategias de Afrontamiento	0,930	0,158	5,894	0,000
ExpEmoc<--- Estrategias de Afrontamiento	0,351	0,136	2,591	0,000
PensDes<--- Estrategias de Afrontamiento	0,394	0,136	2,898	0,000
Ret Soc<--- Estrategias de Afrontamiento	0,482	0,138	3,505	0,000
Síntomas afectivo-conductuales <--> Estrategias Afrontamiento	0,434	0,126	3,453	0,000

**Convenciones:** Beck Dep: Escala de Depresión de Beck; Ham Ans: Ansiedad de Hamilton; Dol. McGill: Escala Dolor de McGill; Ans Ins: Ansiedad-Insomnio; Goldberg; Depres: Depresión Goldberg.

**Fuente:** datos tabulados por los autores.

En referencia a la tabla 5 el análisis factorial demuestra que la percepción de dolor y los síntomas afectivo-conductuales, específicamente ansiedad-insomnio, depresión, disfunción social y síntomas somáticos, se agruparon en un mismo factor, lo cual demuestra interdependencia de estas variables en los pacientes con FM. Asimismo, en relación con el factor de estrategias de afrontamiento se identifica una mayor utilización de las estrategias de autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo y retirada social, y se destaca la influencia bidireccional encontrada entre estas estrategias con los síntomas afectivo-conductuales descritos anteriormente.

## DISCUSIÓN

Los pacientes con FM presentan síntomas afectivo-conductuales, aparición de rasgos depresivos y ansiosos, concomitantes con insomnio,

síntomas somáticos y disfunción en la esfera social en el contexto del dolor generalizado de los pacientes.

La presencia de estos síntomas es determinante del mantenimiento y la exacerbación del dolor de manera dependiente (25); sin embargo, desde la evolución misma de la enfermedad aún se discute si dicha relación puede ser de tipo causal, de comorbilidad o secundaria al mismo síntoma de dolor, como síntoma central de la enfermedad (25). De esta manera, queda planteada la necesidad de realizar más estudios de tipo longitudinal que permitan comprender mejor el curso y pronóstico de esta enfermedad.

Por otra parte, al evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas ante situaciones adversas encontramos que los pacientes con FM, a diferencia de los sujetos controles, utilizan significativamente la retirada social. La utilización de

esta estrategia conlleva de manera importante a un distanciamiento de amigos, familiares, compañeros y personas significativas (24), e indica que existe una tendencia a la evitación de situaciones de estrés y al aislamiento, como un recurso inadecuado de afrontamiento en este grupo de pacientes. Este resultado también es consistente con los mayores indicadores de disfunción social evidenciados en los resultados de la escala de Salud general de Goldberg en el grupo de casos. Estudios anteriores resaltan la evitación social y la conducta de desenganche “behavioral disengagement” como mecanismos que llevan al sujeto a reducir sus esfuerzos por solucionar la situación de estrés (26).

Los hallazgos muestran en el grupo control, una correlación positiva entre la autocrítica como estrategia de afrontamiento y los síntomas de depresión, ansiedad, síntomas somáticos, insomnio y disfunción social, como indicadores emocionales. La autocrítica, entendida como una tendencia a la autoinculpación por la ocurrencia o manejo inadecuado de una situación estresante, podría tender a reforzar creencias negativas disfuncionales sobre sí mismo; a diferencia de la reestructuración cognitiva, que se relaciona en ambos grupos, de manera negativa con síntomas depresivos, lo cual indica que el uso de esta estrategia cognitiva, disminuye los síntomas de depresión, partiendo del hecho de que su uso implica la modificación del significado de la situación estresante (27). Estos resultados sugieren que el uso de estrategias adaptativas encaminadas a la resolución de problemas permite minimizar los efectos del agente estresor afrontándolo de manera directa (27).

De manera particular, en los casos de FM se encontró una correlación positiva entre la estrategia de resolución de problemas y los síntomas de ansiedad, lo cual puede ser explicado por la manera específica de intentar resolver

una situación problemática, que implica la necesidad de iniciar una movilización activa de recursos cognitivos y conductuales, con el objetivo de disminuir el impacto de tal situación, lo cual podría generar incertidumbre y angustia en la persona, independientemente del resultado del proceso. Estos hallazgos ameritan más estudios controlados que permitan clarificar esta relación.

Los resultados del modelo de ecuaciones estructurales evidencian una relación de causalidad bidireccional entre los síntomas afectivo-conductuales y las estrategias de afrontamiento, e indican que estos factores se hayan directamente relacionados y se influyen mutuamente. Asimismo, las estrategias más utilizadas por los pacientes con FM fueron las de tipo pasivas y centradas en la emoción (Autocrítica, Expresión emocional, Pensamiento desiderativo y Retirada social). Lo anterior sugiere que la utilización de estrategias de afrontamiento de tipo “desadaptativas” predice la aparición de síntomas afectivo-conductuales y una mayor percepción de dolor, lo cual ha sido reportado en estudios previos que señalan que el uso de estrategias pasivas genera cuadros clínicos de ansiedad y depresión, así como lo una visión catastrófica de la situación estresante (28). Esto indica la importancia de evaluar e identificar el repertorio cognitivo y conductual de los pacientes con FM, con el fin de ofrecer opciones de tratamiento individualizados de mayor eficacia y estabilidad a lo largo del tiempo.

Por otra parte, en el análisis factorial se evidencia una relación causal bidireccional entre la percepción de dolor, cuantificada a través de la escala de McGill y los síntomas afectivo-conductuales, lo cual indica que ambas variables interactúan de manera interdependiente. Igualmente, de acuerdo con el mismo modelo de análisis utilizado, se puede deducir que



existe una relación indirecta entre la percepción de dolor y las estrategias de afrontamiento de tipo pasivas utilizadas por los pacientes con FM. Esto es congruente con lo encontrado en estudios anteriores, en los que observaron que la intensidad de síntomas de ansiedad y depresión son directamente proporcionales a la evitación de actividades de la vida diaria; relacionado probablemente con la utilización de estrategias cognitivas de tipo pasivo en este grupo de pacientes (29).

## CONCLUSIONES

A manera de conclusión es importante destacar que la relación de influencia encontrada entre los síntomas afectivo-conductuales con la percepción de dolor, y esta, a su vez, relacionada de manera indirecta con las estrategias de afrontamiento, nos indica que en la percepción del dolor existe previamente un proceso valorativo de dicha situación identificada como amenazante, que permite predecir, a su vez, la respuesta y el ajuste emocional frente a dicha experiencia. En los pacientes con FM esta respuesta está caracterizada por la utilización de estrategia cognitivo-conductuales poco adaptativas centradas en la emoción, tal como la retirada social, autocrítica y la expresión emocional.

Los hallazgos de este trabajo plantean posibilidades complementarias de abordaje no farmacológico para el manejo de la fibromialgia que deberán ser explorados en trabajos futuros, basados en estrategias cognitivas, emocionales y conductuales, permitiendo así establecer objetivos terapéuticos más específicos y medibles a partir de un enfoque integral, considerando tanto los aspectos somáticos y clínicos como los aspectos psicológicos y sociales de complejidad creciente en la evolución de la fibromialgia.

**Agradecimientos:** Este artículo ha sido derivado del proyecto de Joven investigador titulado "Relación entre niveles de cortisol y variables neuropsicológicas y emocionales en pacientes con fibromialgia". Los autores agradecen el apoyo en el desarrollo de este estudio, la colaboración del equipo de profesionales y sus pacientes.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

**Financiación:** este estudio fue financiado por el programa de Jóvenes investigadores e innovadores de Colciencias (Colombia) y el Instituto Colombiano de Neuropedagogía.

## REFERENCIAS

1. Avila LA, de Araujo Filho GM, Guimarães EF, Gonçalves LC, Paschoalin PN, Aleixo FB. Characterization of the pain, sleep and alexithymia patterns of patients with fibromyalgia treated in a Brazilian tertiary center. *Rev Bras Reumatol.* 2014; 54(5):409-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2014.03.017>.
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum.* 1990; 33(2):160-172. Disponible en: [https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/1990\\_Criteria\\_for\\_Classification\\_Fibro.pdf](https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/1990_Criteria_for_Classification_Fibro.pdf)
3. Gormsen L, Rosenberg R, Bach FW, Jensen TS. Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *Eur J Pain.* 2010; 14(2):127-28. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.03.010>.
4. Ruiz M, Nadador V, Fernández J, Hernández J, Riquelme I, Benito G. Dolor de origen muscular: dolor miofascial y fibromialgia. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2007; 14 (1):36-44. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v14n1/revision1.pdf>
5. García-Campayo J, Rodero B. Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. *Reumatol Clin.*

- 2009; 5(S2):9-11. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/aspectos-cognitivos-afectivos-del-dolor/articulo/S1699258X09001454/>
6. Wolfe F, Clauw D, Fitzcharles M, Goldenberg D, Katz R, Mease P, Russell A, Russell J, Winfield J, Yunus M. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care Res.* 2010; 62(5):600-610. <http://dx.doi.org/10.1002/acr.20140>
  7. Ramiro F de S, Lombardi Júnior I, da Silva RC, Montesano FT, de Oliveira N R, Diniz RE et al. Investigation of stress, anxiety and depression in women with fibromyalgia: a comparative study. *Rev Bra Reumatol.* 2014; 54(1):27-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbre.2014.02.003>
  8. Segura-Jiménez V, Álvarez-Gallardo IC, Carbonell-Baeza A, Aparicio, VA, Ortega FB, Casimiro AJ et al. Fibromyalgia has a larger impact on physical health than on psychological health, yet both are markedly affected: The al-Ándalus project. *Semin Arthritis Rheum.* 2015; 44(5):563-70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2014.09.010>
  9. Martínez E. Fibromyalgia and the old dilemma: theory vs. Practice. *Psychol Neurosci.* 2014; 7(1):9-14. <http://dx.doi.org/10.3922/j.psns.2014.1.03>
  10. Jensen K. More than half of patients in a large fibromyalgia study have a depressive trait style and report more severe symptom profiles. *Scand J Pain.* 2014; 5 (3):159-160. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2014.05.009>
  11. González M. Dolor crónico y psicología: Actualización. *Rev Med Clin Condes.* 2014; 25(4):610-617. Disponible en: [http://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imágenes/PDF%20revista%20m%3%a9dica/2014/4%20Julio/2\\_Ps\\_Margarita-Gonz-ilez.pdf](http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imágenes/PDF%20revista%20m%3%a9dica/2014/4%20Julio/2_Ps_Margarita-Gonz-ilez.pdf)
  12. Nava C, Ollua P, Vega, C, Soria R. Inventario de estrategias de afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud.* 2010; 20(2):213-220. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Carlos-Nava-Quiroz.pdf>
  13. Brown CA, El-Deredy W, Jones AK. When the brain expects pain: common neural responses to pain anticipation are related to clinical pain and distress in fibromyalgia and osteoarthritis. *Eur J Neurosci.* 2014; 39(4):663-72. <http://dx.doi.org/10.1111/ejn.12420>.
  14. Rodero B, Casanueva B, Luciano JV, Gili M, Serrano-Blanco A, García-Campayo J. Relationship between behavioural coping Strategies and Acceptance in patients with fibromyalgia syndrome: elucidating targets of interventions. *BMC Musculoskelet Disord.* 2011; 12:143. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-12-143>.
  15. Trillos E. Resiliencia en fibromialgia: relación con otras variables psicológicas y Neurofisiológicas. Tesis doctoral. España, Universidad de Zaragoza, Facultad de medicina; 2013. Disponible en: <http://www.fibromialgia.pro/wp-content/uploads/2013/11/93..pdf>
  16. González-Ramírez MT, García-Campayo J, Landero-Hernández R. El papel de la teoría transaccional del estrés en el desarrollo de la fibromialgia: un modelo de ecuaciones estructurales. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011; 39(2):81-7. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/estres-62/el-papel-de-la-teoria-transaccional-del-estres-en-el-desarrollo-de-la-fibromialgia-un-modelo-de-ecuaciones-estructurales/#>
  17. Melzack R. The Mc Gill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain.* 1975; 1:277-99. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(75\)90044-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(75)90044-5)
  18. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E, Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)* 2002; 118(13):493-499. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)
  19. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring

- depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4: 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
20. Sanz J, Perdigón AL, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*. 2003; 14(3):249-280. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>
  21. Goldberg D, Williams P. Cuestionario de salud general GHQ. (General Health Questionnaire). *Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson; 1996.
  22. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol med*. 1986; 16:135-140. <https://doi.org/10.1017/S0033291700002579>
  23. Tobin DL, Holroyd K A, Reynolds RV, Kigal JK . The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*. 1989; 13:343-361. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01173478>.
  24. Cano FJ, Rodríguez L, García J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007; 35(1):29-39.
  25. Thieme K, Turk DC, Gracely RH, Maixner W, Flor H. The relationship among psychological and psychophysiological characteristics of Fibromyalgia patients. *The Journal of Pain*. 2015; 16 (2):186 – 196. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2014.11.009>
  26. Revuelta Evrard E, Segura Escobar E, Paulino Tevar J. Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista Sociedad Española de Dolor*. 2010;17(7):326 – 332. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v17n7/revision1.pdf>.
  27. De Tommaso M, Federici A, Loiacono A, Delussi M, Todarello O. Personality profiles and coping styles in migraine patients with fibromyalgia comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*. 2014; 55(1):80-86. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.08.006>
  28. Gantiva C, Viveros A, Dávila A, Salgado M. Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psicología: avances de la disciplina*. 2010;4(1): 63-70. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224086006.pdf>.
  29. Peñarroya Baulés A, Ballús-Creus C, Pérez Martínez J. Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2011;18: 77-83. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v18n2/original1.pdf>.
  30. Vallejo MA, Rivera J, Esteve-Vives J, Rodríguez-Muñoz MF, Grupo ICAF. Uso del cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar la ansiedad y la depresión en pacientes con fibromialgia. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012; 5(2):107-114. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-pdf-90123496-S300>.