

J. Pérez-Pareja  
C. Borrás  
A. Sesé  
A. Palmer

# Percepción de dolor y fibromialgia

Departamento de Psicología  
Universidad de las Islas Baleares  
Palma de Mallorca

**Introducción.** Los factores psicológicos y los procesos de autorregulación, si bien raramente causan dolor, poseen la entidad suficiente para exacerbarlo y contribuir a su mantenimiento, pero la percepción y las creencias asociadas pueden influir en su afrontamiento y en la sensación de intensidad. La percepción del dolor adquiere especial relevancia en el caso de la fibromialgia, ya que la sensibilidad anormal a la presión digital en los llamados *tender points* constituye el factor principal para su diagnóstico diferencial.

**Método.** Se pretende determinar las diferencias en la percepción del dolor y en las creencias sobre éste que aparecen en un grupo de pacientes con fibromialgia (n = 36), un grupo control con dolor crónico por patología objetivada del aparato locomotor no inflamatoria (n = 44) y otro grupo control formado por personas sanas (n = 31). La percepción y creencias del dolor se evaluaron mediante versiones españolas de los autoinformes *West Haven Yale Multidimensional Questionnaire* (WHYWPI) y *Pain Perceptions and Beliefs Inventory* (PBAPI).

**Resultados.** La diferencia entre pacientes con dolor crónico no se encuentra relacionada con la percepción global del dolor, sino que ésta reside en la mayor percepción del dolor como inhabilitante para realizar actividades cotidianas por parte de los fibromiálgicos. Utilizan estrategias de escape-evitación en su quehacer diario sobre la creencia de que el dolor incapacita y por ello la actividad física debe evitarse.

**Conclusiones.** La percepción y las creencias sobre el dolor pueden ser consideradas relevantes tanto en protocolos de evaluación como en programas de intervención sobre patologías asociadas con dolor crónico.

**Palabras clave:**  
Fibromialgia. Dolor crónico. Percepción. Creencias.

*Actas Esp Psiquiatr* 2005;33(5):303-310

## Pain perception and fibromyalgia

**Introduction.** Although psychological factors and self-regulation processes rarely cause pain they have enough importance to exacerbate pain and contribute to its maintenance. Nevertheless, pain perception and associated beliefs can influence its confrontation and the sensation of intensity. Pain perception in fibromyalgia acquires special relevance due to an abnormal sensitivity to digital pressure on the so-called «tender points». This constitutes the main factor for its differential diagnosis.

**Method.** The aim of the present study is to determine differences in pain perception and associated beliefs that appear between a group of patients with fibromyalgia (n = 36), a control group with chronic pain with objectified non-inflammatory locomotion apparatus pathology (n = 44) and a control group with healthy subjects (n = 31). Pain perception and beliefs concerning pain were assessed using Spanish versions of the following self-reports: *West Haven Yale Multidimensional Questionnaire* (WHYWP) and *Pain Perceptions and Beliefs Inventory* (PBAPI).

**Results.** Results show that the difference between patients with chronic pain is not related to pain global perception, but rather to greater perception of pain as more incapacitating when carrying out every day activities in fibromyalgic patients. In this sense, these people use escape-avoidance strategies in their every day lives believing that pain incapacitates them and therefore that physical activity should be avoided.

**Conclusions.** Measurement of pain perceptions and beliefs could be considered relevant for assessment and for intervention programs on pathologies associated with chronic pain.

**Key words:**  
Fibromyalgia. Chronic pain. Perception. Beliefs.

Correspondencia:  
Albert Sesé  
Edificio Guillem Cifre de Colonia  
Campus Universitario  
Universitat de les Illes Balears  
Ctra. de Valldemossa, km 7,5  
07122 Palma de Mallorca  
Correo electrónico: albert.sese@uib.es

## INTRODUCCIÓN

Los factores psicológicos y los procesos de autorregulación raramente causan dolor. Sin embargo, éstos poseen la

entidad suficiente para exacerbarlo, pudiendo contribuir en el mantenimiento de los trastornos que cursan con dolor, así como influir en el malestar y en la incapacidad asociados con el dolor crónico<sup>1</sup>. Las variaciones observadas en la intensidad del dolor, es decir, en su percepción, y las creencias asociadas al mismo pueden influir en su afrontamiento y en la percepción de su intensidad. De tal modo se asume que dichas variaciones, en gran parte, parecen explicarse por las creencias y actitudes culturales, así como por los estados emocionales<sup>2</sup>. La percepción del dolor crónico, asimismo, se encuentra significativamente relacionada con el *locus* de control del dolor, el cual, a su vez, está directamente relacionado con las estrategias de afrontamiento de dolor utilizadas<sup>3</sup>. Por otra parte, distintos estudios han demostrado que las creencias acerca del dolor (las cuales modulan la intensidad percibida del mismo<sup>4,5</sup>) y las estrategias de afrontamiento están implicadas en el uso de los servicios de salud y en el cumplimiento de las prescripciones médicas<sup>6,7</sup>.

En virtud de los resultados obtenidos en las distintas investigaciones realizadas sobre el tema y dado el estado de conocimiento actual sobre los trastornos de dolor crónico parece clara la implicación de los factores psicosociales. No obstante, si bien los distintos autores coinciden en señalar las variables implicadas en la evolución del dolor crónico, no existe consenso acerca de los instrumentos que deben ser utilizados en su evaluación<sup>8</sup>. Esta situación dificulta enormemente la comparación de los resultados obtenidos, pero esta dificultad es todavía mayor cuando lo que se pretende es la medición de aspectos de carácter eminentemente subjetivo asociados con el dolor, tal es el caso de la percepción del mismo que presenta cada paciente.

Por otra parte, en la fibromialgia, trastorno caracterizado por el padecimiento de dolor crónico musculoesquelético generalizado, benigno, no articular y de causa desconocida<sup>9</sup>, parece cobrar especial relevancia la evaluación de la percepción de dolor. Esta cuestión se justifica por una de las características fundamentales para su diagnóstico; es decir, por la sensibilidad anormal a la presión digital en unas zonas determinadas (*tender points*)<sup>10</sup>.

La otra característica que, de acuerdo con el Colegio Americano de Reumatología<sup>10</sup> constituye un requisito para su diagnóstico, viene definida por la duración del dolor experimentado que debe ser superior a 3 meses y que determina la consideración de la fibromialgia como un trastorno de dolor crónico. Es importante hacer notar, por otra parte, que parecen existir diferencias importantes en la experimentación de respuestas emocionales entre los pacientes fibromiálgicos y los pacientes que padecen otros trastornos de dolor crónico, aspecto que contribuye a la identificación de un perfil específico del paciente con fibromialgia frente a otros trastornos de dolor crónico<sup>11</sup>.

En el presente trabajo se pretende determinar la percepción de dolor y las creencias sobre éste que presenta un grupo de pacientes con fibromialgia y conocer si existen di-

ferencias en dichas variables en comparación con un grupo de pacientes con dolor crónico por patología objetivizada del aparato locomotor y no inflamatoria y otro grupo control formado por personas sanas.

## MÉTODO

Cada uno de los sujetos que formaron parte tanto del grupo con fibromialgia como el grupo de dolor no fibromiálgico (grupo de pacientes con 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 (UMEVI) 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.

En referencia a la descripción de la muestra, tras eliminar del estudio a 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 años (intervalo de confianza [IC] del 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. En consecuencia, el grupo de dolor no fibromiálgico estuvo formado por un total de 44 sujetos, 38 mujeres (86,4 %) y 6 hombres (13,6 %), con una media de edad de 45,8182 años (IC 95 %: 42,9742; 52,4323), y finalmente el grupo control formado por personas sanas estuvo compuesto por un total de 34 sujetos, 31 mujeres (91,2 %) y 3 hombres (8,8 %), con una media de edad de 48,3824 años (IC 95 %: 44,3324; 52,4323) seleccionados de forma aleatoria entre aquellas personas que acudían a los PAC de Santa Ponsa (Calvià) por problemas leves de salud (resfriado, faringitis, etc.) y que cumplieran 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 de la percepción del dolor. Cabe precisar 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 es importante destacar que para la realización del diagnóstico de fibromialgia se siguieron los criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología<sup>10</sup>. 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. Este método, asimismo, permite establecer un diagnóstico diferencial con otros trastornos que han sido denominados fibromialgia secundaria.

Por otra parte, la evaluación de la percepción del dolor se llevó a cabo mediante el *West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire* (WHYWPI) (adaptación española)<sup>12</sup>. Se trata de un instrumento comprensivo multidimensional diseñado para evaluar diferentes variables relevantes en dolor crónico. Atendiendo al marco conceptual de referencia, el WHYWPI considera el dolor como una compleja experiencia subjetiva multidimensional desde una perspectiva cognitivo-conductual, si bien se centra, fundamentalmente, en la dimensión psicosocial del dolor. Por este motivo se aconseja su uso como parte de un protocolo que incluya la evaluación de otras variables subjetivas, conductuales y fisiológicas del dolor.

El WHYWPI original<sup>13</sup> incluye 52 ítems que delimitan tres secciones o subescalas. La sección I, formada por 20 ítems, consta de cinco factores: FI, interferencia del dolor sobre la vida y ausencia de satisfacción con el presente nivel de funcionamiento en cada una de estas tareas; FII, apoyo social percibido; FIII, severidad del dolor y sufrimiento; FIV, autocontrol percibido sobre la vida, y FV, malestar afectivo. La sección II, compuesta por 14 ítems, incluye tres factores: FI, respuestas de castigo; FII, respuestas solícitas, y FIII, respuestas distractoras. Finalmente, la sección III está compuesta por 18 ítems distribuidos en cuatro factores: FI, tareas domésticas; FII, trabajos de jardinería y bricolaje; FIII, actividades fuera del hogar, y FIV, actividades sociales.

La adaptación española del WHYWPI mantiene el mismo número de ítems en las secciones I y II, si bien en la sección III presenta dos modificaciones respecto al original: la eliminación de un ítem por considerarse incluido en otro (el ítem «cortar el césped» se asume implícito en el ítem «tareas de jardín») y la inclusión de un nuevo ítem de respuesta abierta que no se considera en el análisis de resultados, pero que puede resultar de interés en la evaluación clínica del paciente. En la adaptación española, la sección I incluye seis factores: FI, apoyo social percibido; FII, malestar general la semana anterior; FIII, cambios en las relaciones personales; FIV, interferencia del dolor sobre la actividad; FV, cambio en las actividades sociales, y FVI, autocontrol percibido. La sección II incluye el FI, respuestas distractoras; FII, respuestas de ayuda, y FIII, respuestas de expresión de sentimientos negativos, y, por último, la sección III está formada por cuatro factores: FI, tareas del hogar; FII, actividades sociales; FIII, actividades fuera de casa, y FIV, tareas de bricolaje. El WHYMPI

original<sup>13</sup> presenta un valor para el coeficiente alfa de Cronbach entre 0,70-0,90 en sus distintos factores y la adaptación española, por su parte, alcanza valores entre 0,59 y 0,89.

También se utilizó la adaptación española del *Pain Perceptions and Beliefs Inventory* (PBAPI) (1997)<sup>5</sup>. Este inventario, que consta de cuatro factores («constancia del dolor», «dolor como misterio», «autoculpa» y «ausencia de cronicidad») y que presenta una consistencia interna comprendida entre 0,52 y 0,82 en los mencionados factores, incluye 16 ítems que deben ser valorados según una escala politómica graduada de 1 a 4, donde 1 significa «muy en desacuerdo» y 4 «muy de acuerdo») atendiendo al modo de pensar habitual sobre el dolor que presenta la persona que contesta.

La comparación entre las medias de los tres grupos establecidos con relación a la variable percepción del dolor 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. Dado que los datos cumplen con el supuesto de homogeneidad de las variancias (homoscedasticidad), los contrastes *a posteriori* utilizados son los de Bonferroni para la comparación entre el grupo de dolor no fibromiálgico y el grupo de fibromiálgicos y el de Dunnett para la comparación entre los anteriores y el grupo control sin dolor. Los análisis estadísticos han sido realizados mediante el programa SPSS 11.0.

## RESULTADOS

Tomando la percepción del dolor como variable de respuesta en el análisis de la variancia unifactorial (tabla 1) se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos control, dolor y fibromialgia ( $F = 1,449$ ;  $p = 0,240$ ).

Las pruebas *a posteriori* (Dunnett > control) determinan la existencia de diferencias entre el grupo control y el grupo de dolor no fibromiálgico ( $p = 0,001$ ) y entre el grupo control y el grupo de fibromiálgicos ( $p < 0,0001$ ). Sin embargo, no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas (Bonferroni) entre los grupos de dolor no fibromiálgico y fibromiálgico ( $p = 1,000$ ).

En segundo lugar, tomando los valores del WHYMPI como variables de respuesta en el análisis de la variancia unifactorial (tabla 2), se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos control, dolor y fibromialgia, tanto en la sección 1 (impacto del dolor sobre la vida ( $F = 18,761$ ;  $p < 0,0001$ ) como en la sección 3 (realización de actividades diarias comunes) ( $F = 7,137$ ;  $p = 0,001$ ). Sin embargo, la sección 2 (respuesta de la pareja o familiar ante el dolor) no presenta diferencias estadísticamente significativas ( $F = 0,278$ ;  $p = 0,758$ ).

Tabla 1		Análisis de la varianza entre grupos sobre la percepción de dolor					
<b>PBAPI total</b>							
Fuente	SC	gl	MC	F	Significación	Eta <sup>2</sup> parcial	Pot obs <sup>a</sup>
Grupo	417,498	2	208,749	7,983	0,001	0,143	0,950
Error	2.510,341	96	26,149				
Total	2.927,838	98					
<sup>a</sup> Calculada con alfa = 0,05.				Prueba de Levene F = 0,160; gl <sub>1</sub> = 2; gl <sub>2</sub> = 96; p = 0,852.			
Contrastes <i>post hoc</i> PBAPI total Dunnnett y Bonferroni		Diferencias entre medias	Error estándar	Significación	Intervalo de confianza al 95%		
					Límite inferior	Límite superior	
Control	Dolor	-4,0723	1,24179	0,003	-6,8521	-1,2925	
Control	Fibromialgia	-5,0714	1,36668	0,001	-8,1308	-2,0120	
Dolor	Fibromialgia	-0,9992	1,24179	1,000	-4,0250	2,0266	
<b>PBAPI. Constancia del dolor (F1)</b>							
Fuente	SC	gl	MC	F	Significación	Eta <sup>2</sup> parcial	Pot obs <sup>a</sup>
Grupo	373,900	2	186,950	17,486	< 0,0001	0,246	1,000
Error	1.143,955	107	10,691				
Total	1.517,855	109					
<sup>a</sup> Calculada con alfa = 0,05.				Prueba de Levene F = 10,084; gl <sub>1</sub> = 2; gl <sub>2</sub> = 107; p = 0,001.			
Contrastes <i>post hoc</i> Constancia del dolor T3 Dunnnett		Diferencias entre medias	Error estándar	Significación	Intervalo de confianza al 95%		
					Límite inferior	Límite superior	
Control	Dolor	-3,3115	0,88106	0,001	-5,4718	-1,1511	
Control	Fibromialgia	-4,5570	0,78734	<0,0001	-6,5061	-2,6080	
Dolor	Fibromialgia	-1,2456	0,61438	0,132	-2,7476	0,2565	
<b>PBAPI. Dolor como misterio (F2)</b>							
Fuente	SC	gl	MC	F	Significación	Eta <sup>2</sup> parcial	Pot obs <sup>a</sup>
Grupo	130,498	2	65,249	8,566	0,0001	0,141	0,963
Error	792,194	104	7,617				
Total	922,692	106					
<sup>a</sup> Calculada con alfa = 0,05.				Prueba de Levene F = 1,454; gl <sub>1</sub> = 2; gl <sub>2</sub> = 104; p = 0,238.			
Contrastes <i>post hoc</i> Dolor como misterio Dunnnett y Bonferroni		Diferencias entre medias	Error estándar	Significación	Intervalo de confianza al 95%		
					Límite inferior	Límite superior	
Control	Dolor	-1,7697	0,65347	0,024	-3,3598	-0,1796	
Control	Fibromialgia	-2,8606	0,69623	<0,0001	-4,5548	-1,1665	
Dolor	Fibromialgia	-1,0909	0,63557	0,267	-0,4556	2,6374	
<b>PBAPI. Autoculpa (F3)</b>							
Fuente	SC	gl	MC	F	Significación	Eta <sup>2</sup> parcial	Pot obs <sup>a</sup>
Grupo	1,749	2	0,874	0,256	0,775	0,005	0,089
Error	362,288	106	3,418				
Total	364,037	108					
<sup>a</sup> Calculada con alfa = 0,05.				Prueba de Levene F = 0,754; gl <sub>1</sub> = 2; gl <sub>2</sub> = 106; p = 0,473.			
<b>PBAPI. Ausencia de cronicidad (F4)</b>							
Fuente	SC	gl	MC	F	Significación	Eta <sup>2</sup> parcial	Pot obs <sup>a</sup>
Grupo	29,914	2	14,957	2,531	0,084	0,046	0,497
Error	614,591	104	5,910				
Total	644,505	106					
<sup>a</sup> Calculada con alfa = 0,05.				Prueba de Levene F = <sup>1,987</sup> ; gl <sub>1</sub> = 2; gl <sub>2</sub> = 104; p = 0,142.			
SC: suma de cuadrados; MC: media cuadrática; Eta <sup>2</sup> parcial: tamaño del efecto explicado por cada fuente de variación; Pot obs: potencia observada de la prueba.							

Tabla 2		Análisis de la variancia entre grupos sobre el WHYMPI						
<b>WHYMPI. Sección 1 (impacto de dolor sobre la vida)</b>								
Fuente	SC	gl	MC	F	Significación	Eta <sup>2</sup> parcial	Pot obs <sup>a</sup>	
Grupo	14.869,155	2	7.434,578	18,761	<0,0001	0,301	1,000	
Error	34.477,067	87	396,288					
Total	49.346,222	89						
<sup>a</sup> Calculada con alfa = 0,05.				Prueba de Levene F = 5,422; gl <sub>1</sub> = 2; gl <sub>2</sub> = 87; p = 0,006.				
Contrastes <i>post hoc</i> WHYMPI. Sección 1 T3 Dunnett		Diferencias entre medias	Error estándar	Significación	Intervalo de confianza del 95%			
					Límite inferior	Límite superior		
Control	Dolor	-19,6207	5,07528	0,001	-32,0498	-7,1916		
Control	Fibromialgia	-34,3824	4,87226	< 0,0001	-46,4109	-22,3538		
Dolor	Fibromialgia	-14,7617	4,16710	0,003	-25,0492	-4,4742		
<b>WHYMPI. Sección 2 (respuesta de la pareja o familiar ante el dolor)</b>								
Fuente	SC	gl	MC	F	Significación	Eta <sup>2</sup> parcial	Pot obs <sup>a</sup>	
Grupo	151,820	2	75,910	0,278	0,758	0,006	0,093	
Error	23.789,968	87	273,448					
Total	23.941,789	89						
<sup>a</sup> Calculada con alfa = 0,05.				Prueba de Levene F = 0,634; gl <sub>1</sub> = 2; gl <sub>2</sub> = 87; p = 0,533.				
<b>WHYMPI. Sección 3 (realización de actividades diarias comunes)</b>								
Fuente	SC	gl	MC	F	Significación	Eta <sup>2</sup> parcial	Pot obs <sup>a</sup>	
Grupo	3.202,222	2	1.601,111	7,137	0,001	0,141	0,924	
Error	19.517,778	87	224,342					
Total	22.720,000	89						
<sup>a</sup> Calculada con alfa = 0,05.				Prueba de Levene F = 0,693; gl <sub>1</sub> = 2; gl <sub>2</sub> = 87; p = 0,503.				
Contrastes <i>post hoc</i> WHYMPI. Sección 3 Bonferroni y Dunnett		Diferencias entre medias	Error estándar	Significación	Intervalo de confianza del 95%			
					Límite inferior	Límite superior		
Control	Dolor	-12,4163	3,54659	0,002	3,7585	21,0741		
Control	Fibromialgia	-12,8729	4,52034	0,016	1,8380	23,9077		
Dolor	Fibromialgia	-0,4566	4,30559	1,000	-10,0540	10,9672		
SC: suma de cuadrados; MC: media cuadrática; Eta <sup>2</sup> parcial: tamaño del efecto explicado por cada fuente de variación; Pot obs: potencia observada de la prueba.								

En cuanto a las pruebas *a posteriori* (Dunnett > control) sobre la sección 1, los resultados señalan la existencia de diferencias entre el grupo control y el grupo de dolor no fibromiálgico ( $p = 0,001$ ) y entre el grupo control y el grupo de fibromiálgicos ( $p < 0,0001$ ), así como también se han obtenido diferencias estadísticamente significativas (Bonferroni) entre los grupos de dolor no fibromiálgico y fibromiálgico ( $p = 0,003$ ). Finalmente, en cuanto a la sección 3, se han obtenido diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de dolor no fibromiálgico ( $p = 0,002$ ) y también con relación al grupo de fibromiálgicos ( $p = 0,016$ ). Sin embargo, no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de dolor no fibromiálgico y el grupo de fibromiálgicos ( $p = 1,00$ ).

Por último, la tabla 3 incluye los valores de los coeficientes de correlación de Pearson (grado de significación bilate-

ral) entre las puntuaciones de las diferentes secciones del WHYMPI y los factores del PBAPI. Destacan fundamentalmente los valores de los coeficientes de correlación obtenidos por la variable PBAPI 1 («constancia del dolor») con respecto a las variables WHYMPI 1 («impacto vital») ( $r = 0,649$ ;  $p < 0,0001$ ), PBAPI 2 («dolor como misterio») ( $r = 0,477$ ;  $p < 0,0001$ ), de signo positivo, y con respecto a la variable PBAPI 4 («ausencia de cronicidad») ( $r = -0,511$ ;  $p < 0,0001$ ), con la que presenta una relación negativa.

Se han obtenido otras correlaciones significativas destacables sobre «impacto vital» (WHYMPI 1) como «realización de tareas» (WHYMPI 3) ( $r = -0,343$ ;  $p = 0,001$ ) o «dolor como misterio» (PBAPI 2) ( $r = 0,388$ ;  $p < 0,0001$ ). Por último cabe señalar la correlación positiva hallada entre «autoculpa» (PBAPI 3) y «ausencia de cronicidad» ( $r = 0,308$ ;  $p = 0,001$ ).

**Tabla 3** Correlaciones entre los factores del PBAPI y del WHYMPI

		WHYMPI 1	WHYMPI 2	WHYMPI 3	PBAPI 1	PBAPI 2	PBAPI 3	PBAPI 4
		Impacto vital	Respuesta de pareja	Realización de tareas	Constancia del dolor	Dolor como misterio	Autoculpa	Ausencia de cronicidad
WHYMPI 1	Impacto vital	1,000						
WHYMPI 2	Respuesta de pareja	0,297**	1,000					
		0,006						
WHYMPI 3	Realización de tareas	-0,343**	-0,058	1,000				
		0,001	0,601					
PBAPI 1	Constancia del dolor	0,649**	-0,006	-0,210*	1,000			
		<0,0001	0,956	0,049				
PBAPI 2	Dolor como misterio	0,388**	-0,104	-0,136	0,477**	1,000		
		<0,0001	0,342	0,218	<0,0001			
PBAPI 3	Autoculpa	0,054	0,144	-0,116	-0,076	0,052	1,000	
		0,621	0,187	0,289	0,437	0,602		
PBAPI 4	Ausencia de cronicidad	-0,291**	0,192	0,034	-0,511**	-0,142	0,308**	1,000
		0,007	0,079	0,760	<0,0001	0,149	0,001	

\*p &lt; 0,05; \*\*p &lt; 0,01.

## CONCLUSIONES

Según los datos obtenidos en el WHYMPI, el factor que permite discriminar entre los pacientes con fibromialgia y los pacientes con dolor crónico por patología objetivizada del aparato locomotor no se refiere a la percepción sobre el dolor en general, sino que la diferencia reside en la percepción del impacto de éste sobre su vida. Esta cuestión llama especialmente la atención dado el hecho de que no se observan diferencias significativas entre estos dos grupos en la repercusión o interferencia del dolor en la realización de tareas de la vida cotidiana percibida.

Por otra parte, atendiendo a los resultados totales obtenidos en el PBAPI, que ponen de manifiesto diferencias en la percepción del dolor entre el grupo control y los dos grupos de dolor estudiados, pero no así entre el grupo de pacientes con fibromialgia y el grupo de pacientes con dolor crónico por patología objetivizada del aparato locomotor y no inflamatoria, parece que la valoración realizada acerca del padecimiento del dolor no se encuentra determinada por la experiencia del dolor en sí misma.

Al igual que lo hallado por Peyrot<sup>14</sup>, y en contra de lo postulado por el modelo psicogénico, los pacientes que padecen dolor crónico de causa no orgánica (en nuestro caso, fibromialgia) no exhiben mayor número de quejas somáticas que otros pacientes. Por el contrario, nuestros datos sugieren que la percepción del dolor se encuentra altamente relacionada con un aprendizaje social común a los trastornos que cursan con dolor crónico.

Estos datos se ven apoyados, asimismo, por los resultados obtenidos tras la administración del WHYMPI como herramienta psicométrica. No haber obtenido diferencias en la interferencia que supone el dolor en la realización de tareas habituales de la vida diaria entre el grupo de pacientes con fibromialgia y el grupo de dolor no fibromiálgico sugiere la idea de que existe un aprendizaje comportamental común a todos los pacientes que padecen dolor crónico independientemente del tipo de dolor y de la valoración que haga el paciente acerca del impacto que supone el dolor en su vida. En este sentido, los datos permiten conceptualizar el abandono de la realización de tareas en términos de estrategia de escape/evitación del dolor, modulada por la creencia de que el dolor incapacita, motivo por el cual la actividad física debe ser evitada<sup>15</sup>.

Resulta igualmente pertinente hacer referencia a los resultados obtenidos en cada uno de los factores del PBAPI. Así como se observan diferencias entre el grupo control y los pacientes pertenecientes a los otros dos grupos de dolor en cuanto a la constancia del dolor, este factor no permite discriminar entre pacientes fibromiálgicos y pacientes con dolor crónico por patología objetivizada del aparato locomotor. Este hallazgo pone de manifiesto que los pacientes que padecen dolor crónico, sea cual sea su naturaleza, perciben el dolor experimentado como constante en el tiempo. Este resultado, aún lejos de resultar sorprendente, cobra especial relevancia en la medida que los análisis realizados evidencian que ésta constituye una variable altamente relacionada con el impacto vital percibido.



En consecuencia, esta cuestión debería ser tenida en cuenta en la elaboración de programas de intervención dado que, por una parte, las creencias y las estrategias de afrontamiento influyen en la adaptación del paciente al dolor crónico<sup>16</sup> y, por otra, que la constancia del dolor está altamente relacionada con respuestas, tales como ansiedad, problemas físicos en general e intensidad del mismo<sup>17</sup>. En cualquier caso, si bien la constancia percibida del dolor presenta implicaciones a nivel terapéutico, ésta no parece tener repercusión alguna a nivel diagnóstico, puesto que no contribuye al establecimiento de un diagnóstico diferencial de la fibromialgia.

En cuanto a los datos obtenidos en el factor denominado «dolor como misterio» cabe recordar que, si bien se han obtenido diferencias significativas entre el grupo control y los otros dos grupos de dolor en la percepción del dolor como misterio, no se observan diferencias entre el grupo de fibromiálgicos y el de pacientes con dolor crónico por patología objetivizada del aparato locomotor. Esta cuestión llama la atención dada la circunstancia que en el grupo de dolor por patología objetivizada del aparato locomotor sí existe una identificación clara del origen del dolor, pero aun así la atribución del mismo no sólo es externa y estable, tal como sugieren los datos obtenidos en el factor «autoculpa» y en los factores «ausencia de cronicidad» y «constancia del dolor» respectivamente, sino que además el dolor es interpretado como producto del azar o del destino y sin causas que justifiquen su aparición.

Estos hallazgos apuntan hacia la existencia de procesos de autorregulación comunes entre los pacientes con dolor crónico, en cuya adquisición y desarrollo parecen tener mayor peso los factores psicosociales que la propia experiencia. En consecuencia, si bien diversos estudios ponen de manifiesto que las creencias sobre el dolor están determinadas tanto por la experiencia personal previa del paciente como por la observación de personas cercanas que padezcan o hayan padecido dolor, así como por las informaciones provenientes de los agentes de salud y sistemas de comunicación<sup>5,18</sup>, nuestros datos evidencian que la experiencia previa de dolor no permite diferenciar entre fibromialgia y otros tipos de dolor. En otras palabras, la experiencia previa constituiría un factor relevante en la intensidad percibida del dolor, pero no parece tener la entidad suficiente para conformar distintos sistemas de creencias sobre el dolor crónico en función del padecimiento de distintos trastornos de esta naturaleza.

Este aspecto, asimismo, presenta claras implicaciones terapéuticas en el sentido de que en aquella parte de la intervención dirigida a la modificación de las creencias sobre el dolor con el fin de lograr un adecuado ajuste del paciente con dolor crónico, según los datos obtenidos, no se justifica la elaboración de programas específicos para la fibromialgia. Esto es así por cuanto que, si bien pueden existir algunas diferencias entre las creencias de los pacientes fibromiálgicos y las de otros pacientes que padecen dolor crónico, éstas no

resultan significativas. Por el contrario, estos resultados indican que la intervención debería poner énfasis en la modificación de la constancia percibida; esto es así, por una parte, porque, tal como ya se ha señalado, parece constituir el principal factor diferenciador entre los dos grupos de dolor estudiado y, por otra, porque, según nuestros datos, esta variable se encuentra altamente relacionada tanto con el impacto vital percibido ( $r = 0,649$ ;  $p < 0,0001$ ) como con la interferencia del dolor en la realización de tareas, aunque en este caso con menor magnitud ( $r = -0,210$ ;  $p = 0,049$ ).

Finalmente cabe señalar también la relación encontrada entre el factor «dolor como misterio» y el impacto vital percibido ( $r = 0,388$ ;  $p < 0,0001$ ), pero sobre todo el hecho de que «el dolor como misterio» explica casi un 25 % de la variancia observada en la constancia percibida del dolor ( $r = 0,477$ ;  $p < 0,0001$ ). De tal modo, la conceptualización del dolor como misterio por parte de aquellas personas que padecen dolor crónico adquiere un papel determinante en la elaboración de cogniciones sobre el dolor y sus consecuencias. Por tanto, queda patente la necesidad de, por una parte, revisar el tipo de información que se facilita a estos pacientes y, en su caso, modificarla con el fin de que los pacientes con dolor crónico focalicen su atención no tanto en las supuestas causas que explican o justifican el dolor como en aquellos aspectos que pueden contribuir a su correcto manejo, tal es el caso de adquirir un papel activo en el mismo, y, por otra, pone de manifiesto la necesidad de que los programas de intervención del dolor crónico incluyan el entrenamiento en habilidades de control sobre el mismo.

En este sentido también cobra relevancia hacer notar que a la luz de los resultados obtenidos se considera más adecuado el término «dolor injustificado» que «dolor como misterio» puesto que, además de resultar más operativo, refleja mejor los procesos de autorregulación que utilizan los pacientes con dolor crónico en general, así como que recoge otras connotaciones incluidas en el factor «autoculpa» (atribución interna del dolor), el cual no permite discriminar entre los distintos grupos estudiados.

En definitiva, los datos obtenidos en el presente estudio no sólo constatan el papel desempeñado por la percepción y las creencias en los trastornos que cursan con dolor crónico, aportando argumentos que justifican la inclusión de factores psicológicos y comportamentales en el tratamiento del dolor crónico<sup>1</sup>, sino que además identifica aquellos aspectos diferenciadores de las mismas no sólo respecto a la población general, sino también, lo que resulta más relevante, aquellos que permiten discriminar entre distintos grupos de dolor. Pueden así contribuir a la mejora de los procedimientos de evaluación e intervención al permitir elaborar protocolos de evaluación más breves y con mayor poder de discriminación y por tanto elaborar protocolos de intervención igualmente más breves y más eficaces, sobre todo teniendo en cuenta que la eficacia de los programas de intervención multidisciplinarios del dolor se debe, en gran medida, a los cambios producidos en el sistema de creencias sobre el dolor<sup>19</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Turk DC. Perspectives on chronic pain: the role of psychological factors. *Curr Dir Psychol Sci* 1994;3:45-8.
2. Bates MS, Edwards WT, Anderson KO. Ethnocultural influences on chronic pain perception. *Pain* 1993;52:101-12.
3. Der Kuile MM, Linssen ACG, Spinhoven Ph. The development of the multidimensional locus of pain control questionnaire (MLPC): factor structure, reliability and validity. *J Psychopathol Behav* 1994;62:172-9.
4. Williams DA, Thron BE. An empirical assessment of pain beliefs. *Pain* 1989;36:351-8.
5. Ferrer VA, González-Barrón R, Soler E. Evaluación de creencias sobre dolor en pacientes con dolor crónico y su modulación por las experiencias previas. *Cuad Med Psicossom Psiquiatr Enlace* 1997;41:15-26.
6. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Correlates of improvement in multidisciplinary treatment of chronic pain. *J Consult Clin Psychol* 1993;15:387-404.
7. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Lawler BK. Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain* 1994; 57:301-9.
8. Mikail SF, DuBreuil SC, D'Eon JL. A comparative analysis of measures used in the assessment of chronic pain patients. *Psychol Assess* 1993;5:117-20.
9. Fiter J. Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. *JANO* 1999;56: 48-55.
10. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennet RM, Bombardier C, Goldenberg DL. The American College Criteria of Rheumatology. Criteria for classification of fibromyalgia: report of the Multicentre Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
11. Pérez Pareja FJ, Borrás C, Palmer A, Sesé A, Molina F, Gonzalvo J. Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema* 2004;16:415-20.
12. Ferrer VA, González Barrón R, Manassero MA. El West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire: un instrumento para evaluar al paciente con dolor crónico. *Dolor* 1993;8:153-60.
13. Kerns RD, Turk DC, Rudy TE. The West-Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain* 1985;23:345-56.
14. Peyrot M. Biogenic, psychogenic, and sociogenic models of adjustment to chronic pain: an exploratory study. *Int J Psychiatry Med* 1993;23:63-80.
15. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Lawler BK. Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain* 1994; 57:301-9.
16. Jensen MP, Keefe FJ, Lefebvre JC, Romano JM, Turner JA. One and two item measures of pain beliefs and coping strategies. *Pain* 2003;104:453-69.
17. Herda CA, Siergeris K, Basler HD. The pain beliefs and perception inventory: further evidence for a 4 factor structure. *Pain* 1994; 57:85-90.
18. Williams DA, Thorn BE. An empirical assessment of pain beliefs. *Pain* 1989;36:351-8.
19. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Correlates of improvement in multidisciplinary treatment of chronic pain. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:172-9.