

L. Blasco Claros<sup>1</sup>  
 M. Mallo Caño<sup>2</sup>  
 A. Mencía Presa<sup>1</sup>  
 J. Franch Barceló<sup>1</sup>  
 P. Casaus Satamán<sup>1</sup>  
 J. Peña Roca<sup>2</sup>  
 A. Labad Alquezar<sup>3</sup>  
 J. A. Gutiérrez-Zotes<sup>2,3</sup>  
 M. Jarrod Pàmias<sup>2,3</sup>

# Perfiles clínicos en pacientes con fibromialgia que acuden a un centro de salud mental: obtención de un índice predictivo de gravedad psicopatológica

<sup>1</sup>Centro de Salud Mental de Reus

<sup>2</sup>Unidad de Agudos

<sup>3</sup>Departamento de Formación e Investigación

Institut Pere Mata

Hospital Psiquiàtric Universitari

Facultat de Ciències de la Salut i Medicina

Universitat Rovira i Virgili

Reus (Tarragona)

**Introducción.** En los últimos años se ha visto incrementada la demanda asistencial en salud mental de pacientes que presentan fibromialgia y sintomatología psiquiátrica, y no queda claro en la mayoría de los casos si esta patología es primaria o secundaria a la aparición del síndrome. Esto ha hecho plantearse a los profesionales de la salud mental la influencia de distintos factores psicológicos de vulnerabilidad a padecer este síndrome doloroso dada la inespecificidad a nivel etiológico. Bradley et al. (1978) identificaron a través del MMPI distintos perfiles psicopatológicos dentro de síndromes con dolor crónico que posteriormente fueron adaptados por Yunus et al. (1991) para la fibromialgia. En el presente trabajo se estudian los perfiles clínicos en pacientes con fibromialgia.

**Método.** Muestra: 75 pacientes derivados al centro de salud mental que presentan fibromialgia; 55 sujetos control sanos. Instrumentos: STAI-E/R; BDI, MMPI-2, MMPI-2 trastornos de la personalidad, MMPI-2 PSY-5. Análisis estadísticos: estadísticos descriptivos y comparación de medias (*t* de Student). Análisis de clúster confirmatorio. Análisis discriminante de los subgrupos.

**Resultados.** Se obtienen dos patrones diferenciales: grupo A (32%) con un perfil típico del dolor crónico (DC) y grupo B (68%) con un perfil de desajuste psicológico (DP). Mediante el análisis discriminante obtuvimos los coeficientes de las funciones canónicas discriminantes que maximizan las diferencias entre los dos grupos.

**Conclusiones.** Se confirma la clasificación de Bradley obteniendo dos patrones psicopatológicos diferenciales en la muestra de síndrome de fibromialgia estudiada. Se obtiene un índice de perfil psicopatológico en fibromialgia que configura una nueva escala a partir del MMPI-2, que discrimina gravedad psicopatológica en la fibromialgia.

Palabras clave:

Fibromialgia. MMPI-2. Perfiles. Psicopatología. Personalidad. Trastornos de personalidad.

*Actas Esp Psiquiatr* 2006;34(2):112-122

Correspondencia:

Lorena Blasco Claros

Departamento de Formación e Investigación

Institut Pere Mata. Hospital Psiquiàtric Universitari

Ctra. del Institut Pere Mata, s/n

43206 Reus (Tarragona)

Correo electrónico: loblascla@hotmail.com

## Clinical profiles in fibromyalgia patients of the community mental health center: a predictive index of psychopathological severity

**Introduction.** In recent years we have seen an increasing demand for mental health care in patients with fibromyalgia and psychiatric symptoms, although it is not clear if the symptoms are primary or secondary to the presence of the syndrome. This fact has led mental health providers to think that there would be some psychological factors influencing the vulnerability of suffering this painful syndrome, because its etiology is quite non-specific. Bradley et al. (1978) identified different psychopathological profiles within chronic pain syndromes with the MMPI, which were subsequently adapted by Yunus et al. (1991) for fibromyalgia. This present work studied the clinical profile in patients with fibromyalgia.

**Method.** Sample: 75 patients with fibromyalgia from the community mental health center and 55 healthy subjects. Tools: STAI-E/R, BDI, MMPI-2, MMPI-2 personality disorders, MMPI-2 PSY-5. Statistical analysis: descriptive statistics and mean comparison (Student's *t* test). Confirmatory cluster analysis. Discriminative analysis of subgroups.

**Results.** Two different patterns were obtained: group A (32%) with a typical chronic pain profile (CP) and group B (68%) with a psychological maladjustment profile (PM). With the discriminative analysis, we obtained the coefficients of the discriminative canonical functions that maximize the differences between both groups.

**Conclusions.** We confirmed Bradley's classification, obtaining two different psychopathological patterns in the fibromyalgia syndrome sample we studied. We obtained an index of psychopathological profile in fibromyalgia, which would form a new scale, from MMPI-2 for discriminating psychopathological severity in fibromyalgia.

Key words:

Fibromyalgia. MMPI-2. Profile subgroups. Psychopathology. Personality. Personality disorders.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha visto incrementada la demanda en los centros de salud mental de pacientes que acuden con alteraciones emocionales acompañadas de un diagnóstico de fibromialgia. Siendo una patología reumatológica es cada vez más frecuente un tratamiento psicológico y psiquiátrico asociado debido a las repercusiones de este síndrome en el estado de ánimo, ansiedad, calidad de vida y personalidad en los pacientes que la padecen<sup>1</sup>.

Generalmente acuden al servicio de reumatología refiriendo dolor generalizado y persistente sin signos de inflamación articular, con rigidez matinal, debilidad y cansancio, de meses o incluso años de evolución. La mayoría de estos pacientes refieren una historia de peregrinajes asistenciales que intensifica el malestar emocional y el sentimiento de frustración ante las dificultades diagnósticas, unido todo ello al desconocimiento social.

Las enfermedades crónicas, sobre todo aquellas que van acompañadas de procesos dolorosos, suelen coexistir con sintomatología ansioso-depresiva, influyéndose mutuamente ambos procesos<sup>2-4</sup>. Entre todas ellas (artritis reumatoide, artrosis, etc.), sorprendentemente, dada su inespecificidad fisiológica, es la fibromialgia la que más comorbilidad psiquiátrica presenta<sup>5,6</sup>. La fibromialgia implica, de hecho, una afectación física, pero también psicológica, existiendo en la actualidad una controversia entorno al carácter primario (inherente a la enfermedad) o secundario (posterior a la enfermedad) de la sintomatología psicológica en este síndrome, motivo por el cual su estudio suscita interés cada vez más creciente desde la salud mental.

Una revisión del concepto nos remonta al año 1843, donde aparece el primer dato histórico relacionado con el síndrome de la fibromialgia (SFM) cuando Froiep describe la asociación entre reumatismos y puntos dolorosos, proponiéndose en 1904 el nombre de «fibrositis» por Growers<sup>2</sup> para definir el dolor de tipo muscular debido a la inflamación del tejido fibroso. Años más tarde, en 1947, Boland<sup>7</sup> lo denominó «reumatismo psicógeno» al comprobar su asociación constante con la depresión y el estrés, y no fue hasta 1976 cuando Hench<sup>7</sup> acuña el término de «fibromialgia», sustituyendo a los anteriores términos. Posteriormente se define el «síndrome de la fibromialgia» (SFM), requiriendo para el diagnóstico la presencia de 11 de los 18 puntos dolorosos actualmente identificados<sup>8</sup>.

La fibromialgia es un trastorno de la modulación del dolor, de etiología y patogénesis poco claras. Es una forma de reumatismo que se caracteriza por dolor musculoesquelético difuso, no siendo ni articular (artrosis, artritis y lumbalgias) ni localizado (gota, fibritendinitis y epicondilitis) de evolución crónica, con rigidez matinal generalizada, fatiga, sueño poco reparador y múltiples puntos sensibles al contacto en unas zonas anatómicas concretas, también llamados *tender points* o puntos gatillo<sup>9</sup>.

Los criterios diagnósticos establecidos por el American College of Rheumatology (ACR)<sup>8</sup> son: *a)* historia de dolor crónico, generalizado, musculoesquelético de más de 3 meses de duración que afecta a ambos lados del cuerpo, con dolor por encima y por debajo de la cintura pélvica y con presentación de dolor también en el esqueleto axial (tórax, columna cervical, dorsal y lumbar), y *b)* dolor selectivo a la presión digital (4 kg) en 11 de los 18 puntos sensibles o *tender points* localizados principalmente en zonas de unión musculotendinosa de cintura escapular y pelviana, codos y rodillas. El punto ha de ser doloroso a la palpación, no simplemente sensible. El diagnóstico se establece si se cumplen ambos criterios y no existe otra enfermedad sistémica que pudiera ser la causa del dolor subyacente.

En cuanto a los síntomas físicos, la fibromialgia se asocia con frecuencia a cefaleas, alteraciones intestinales (colon irritable, estreñimiento y diarrea), síndrome premenstrual y dismenorrea, vejiga irritable, sensibilidad al frío o fenómeno de Raynaud, parestesias en brazos o piernas, fatiga crónica, rigidez matutina, sensación de entumecimiento, poca tolerancia al ejercicio físico, sensación subjetiva de hinchazón, alteración de la circulación periférica en función de factores ambientales, dermatografismo, etc.<sup>10</sup>.

También se asocia a determinadas manifestaciones psicológicas, como ansiedad, depresión, trastornos del sueño, percepción de malestar general, dificultad de atención y concentración, dificultades mnésicas, somatizaciones, hipochondriasis, así como determinados rasgos de personalidad. En definitiva, el SFM tiende a considerarse como un proceso multifactorial donde intervienen elementos biológicos, psicológicos y sociales cuyo fenómeno central lo constituye una alteración en la modulación del dolor.

Existen varios subtipos de SFM en cuanto a la etiología del dolor: fibromialgia primaria como ausencia de otra enfermedad; fibromialgia secundaria que ocurre en presencia de una enfermedad subyacente (artritis reumatoide, polimialgia reumática, lupus eritematoso y hipotiroidismo) que puede explicar los síntomas fibromiálgicos, los cuales remiten cuando se trata esta enfermedad; fibromialgia asociada o concomitante que ocurre en presencia de otra enfermedad (artrosis) que no puede explicar las manifestaciones generales de la fibromialgia.

En cuanto a la epidemiología<sup>11,12</sup>, es un síndrome que aparece predominantemente en la población de sexo femenino (80-90 %), desconociendo por qué afecta a un sexo más que a otro y con una edad de inicio situada entre los 25 y los 45 años. Las dificultades para llegar a un diagnóstico preciso afectan al consenso sobre la prevalencia en los datos, lo cuales difieren según estudios, barajándose cifras de un 2% en la población general, entre un 2-6% en las consultas de atención primaria, llegando hasta un 10-20% en las consultas de reumatología, siendo, de hecho, uno de los trastornos musculoesqueléticos más comunes. Los estudios sobre las características demográficas tampoco ofrecen un consenso en sus datos.

En la actualidad existen diversas teorías etiológicas, y no se encuentra ningún factor causal capaz de explicar por sí solo este síndrome. Entre otras hipótesis<sup>13</sup> se plantea un déficit de serotonina<sup>14</sup>, baja actividad de la monoaminoxidasa plaquetaria<sup>15</sup>, alteraciones del sueño<sup>16</sup> y trastornos afectivos<sup>17</sup>. Sin embargo, se ha identificado la presencia de ciertos factores, tanto predisponentes como precipitantes del SFM, con un papel importante de los factores psicológicos en ambos casos<sup>2</sup>. De hecho, algunas investigaciones han identificado altos niveles, tanto de ansiedad como de depresión en pacientes con fibromialgia en comparación con un grupo control<sup>18</sup>, utilizando cuestionarios de evaluación psicológica como el *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI)<sup>1</sup> y el *Beck Depression Inventory* (BDI)<sup>1,19</sup> o el Hamilton<sup>18</sup>, respectivamente. También se ha observado la presencia de determinados rasgos de personalidad medidos a través de diferentes cuestionarios<sup>18</sup>. En un estudio llevado a cabo con el EPO (Eysenck, 1975) se encontraron diferencias significativas entre un grupo de fibromialgia y un grupo control en los rasgos de psicoticismo y neuroticismo, siendo en este último las puntuaciones superiores en el grupo de fibromialgia<sup>1</sup>.

En cuanto a los trastornos de la personalidad asociados a la fibromialgia, pocos son los estudios encontrados respecto a este aspecto. Martínez et al<sup>18</sup>, en un estudio con 47 pacientes con fibromialgia y un grupo control sano, observaron una prevalencia de un 68% de trastornos de la personalidad en el grupo de fibromialgia frente a un 8% del grupo control.

El Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI) es uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación psicológica del dolor crónico<sup>20</sup>, ya que sus perfiles pueden utilizarse de formas diferentes, ya sea para discriminar entre casos de dolor orgánico y dolor funcional o psicógeno, para evaluar nivel de incapacidad en estos sujetos como para predecir resultados en los tratamientos<sup>21</sup>. Desde que Hanvik<sup>22</sup> publicara a principios de la década de 1950 uno de los primeros trabajos en esta área, el número de estudios que han utilizado el instrumento se ha incrementado notablemente<sup>21</sup>. Se han obtenido perfiles significativamente más elevados en pacientes con fibromialgia, destacando las puntuaciones en hipocondriasis, histeria y psicastenia, aunque otras investigaciones concluyen que no existen datos objetivos que apoyen la existencia de un perfil psicológico en la fibromialgia<sup>3</sup>. En 1991, Yunus et al.<sup>23</sup> realizaron un estudio con 103 pacientes con fibromialgia a los que les administraron el MMPI. Los resultados los clasificaron en tres categorías a partir de la clasificación realizada originalmente por Bradley (1978)<sup>24</sup> basada en un estudio con pacientes con dolor lumbar crónico, el cual fue el primer intento por identificar empíricamente subgrupos homogéneos de pacientes utilizando técnicas de clúster. Las categorías fueron las siguientes: un primer perfil normal, con puntuaciones en todas las escalas dentro de la franja de la normalidad (puntuaciones  $T < 70$ ); un segundo perfil típico del dolor crónico, con puntuaciones  $T \geq 70$  en una o más de las tres escalas (hipocondriasis, depresión e histeria), y un tercer perfil de desajuste psicológico, con puntuaciones  $T \geq 70$  en cuatro o más escalas. De estos 103 pacientes, 27 ob-

tuvieron un perfil normal, 52 un perfil típico del dolor crónico y 24 un perfil con desajuste psicológico, según la clasificación de Bradley<sup>23</sup>.

En otro estudio se llevó a cabo una comparación de los perfiles de pacientes ambulatorios de fibromialgia primaria con un grupo control, obteniéndose puntuaciones significativas en los primeros en 8 de las 13 escalas del MMPI: infrecuencia, corrección, hipocondriasis, depresión, histeria, psicastenia, esquizofrenia e introversión social, y en comparación con la artritis reumatoide, los pacientes con fibromialgia obtuvieron puntuaciones significativas en 4 de las 13 escalas: hipocondriasis, histeria, psicastenia y esquizofrenia, siendo siempre el grupo de fibromialgia aquel que presentaba un perfil más patológico. En el mismo estudio y según la clasificación de Bradley, del grupo de pacientes ambulatorios con fibromialgia, un 35,6% obtuvieron un perfil normal, el 33,3% el perfil típico del dolor crónico y el 31% un perfil con desajustes psicológicos<sup>25</sup>.

Además existen estudios actuales que utilizan el MMPI para predecir la respuesta a tratamientos específicos<sup>26,27</sup> en este tipo de pacientes, concluyendo que la evaluación de pacientes con fibromialgia no consiste solamente en la aplicación de los criterios diagnósticos de la ACR<sup>8</sup>, sino que debería tenerse en cuenta un criterio psicodiagnóstico dentro de una evaluación psicológica más exhaustiva<sup>28</sup>, ya que puede determinar la respuesta al tratamiento para así poder combinarlo con psicoterapia que ayude a los pacientes a abordar sus problemas psicológicos subyacentes<sup>26</sup>.

Por último cabe destacar que algunas investigaciones recientes<sup>29</sup> también detectan que las pacientes con fibromialgia que cumplen los criterios del ACR no son un grupo homogéneo, sino que difieren en sus síntomas y la expresión de los mismos, según la influencia de distintos factores biológicos, psicológicos y cognitivos, configurándose así diversos subgrupos a través de análisis de clústers, que apoyan la impresión clínica de heterogeneidad grupal en este tipo de pacientes desde una perspectiva biopsicosocial.

El objetivo del presente trabajo es el estudio de los diferentes perfiles clínicos y psicopatológicos característicos de pacientes con fibromialgia que acuden a un centro de salud mental. También pretendemos la obtención de las variables que discriminen entre los distintos perfiles, según la clasificación de Bradley a partir del MMPI-2 (adaptada por Yunus et al. [1991] para el SFM), para así poder operativizar un índice predictivo de gravedad psicopatológica con el objetivo secundario de que ayude a comprender esta patología, a la hora de realizar intervenciones psicoterapéuticas.

## MÉTODO

### Muestra

La muestra estuvo compuesta por 75 sujetos con fibromialgia que acudían a consulta en un centro de salud mental

(69 mujeres), siendo la edad media de 49,03 años y la desviación estándar de 10,09, con un rango mínimo de 25 y máximo de 72 años. El grupo control estuvo compuesto por una muestra de 55 sujetos (50 mujeres) extraídos de la población normal, siendo la edad media de 47,55 años y la desviación estándar de 10,77, con un rango mínimo de 23 y máximo de 73 años. En el grupo control sano se controlaron las variables edad y sexo frente al grupo de fibromialgia, no existiendo de hecho diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos en cuanto a la variable edad ( $p > 0,05$ ).

Los datos sociodemográficos de las dos muestras se recogen en la tabla 1. En cuanto al perfil sociodemográfico de la muestra de fibromialgia, la mayoría son mujeres (92 %) de estado civil casadas (78,4 %), con un nivel de estudios primarios (40,6 %), amas de casa de profesión (50 %) y con una situación laboral de no trabajar (27,9 %) o tener una incapacidad laboral temporal (25 %). Del mismo modo se recogió a nivel clínico el diagnóstico en eje I (DSM-IV-TR) en la muestra de fibromialgia, que estuvo compuesto fundamentalmente por pacientes con distimia (64 %) y trastorno adaptativo mixto (14,7 %).

## Instrumentos

1. *Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory [BDI]*. Beck, 1979. Adaptación española de Vázquez)<sup>30</sup>. Consta de 21 ítems y evalúa la intensidad de la depresión durante la última semana.

2. *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory [STAI]*. Spielberger et al., 1970)<sup>31</sup>. Incluye dos subescalas: ansiedad-rasgo, diseñada originalmente para medir una dimensión estable de la personalidad, y ansiedad-estado, que permite detectar las conductas de ansiedad en la situación actual del paciente. Consta de 40 ítems.

3. *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (Minnesota Personality Inventory-2 [MMPI-2]*. Hathaway y McKlinley, 1989. Adaptación española de Ávila-Espada y Jiménez-Gómez, 1999)<sup>32</sup>. De este cuestionario se utilizan las siguientes escalas:

- Escalas de validez (L, F, K), clínicas (Hs, D, Hy, Pd, Mf, Pa, Pt, Sc, Ma, Si) y de contenido (ANX, FRS, OBS, DEP, HEA, BIZ, ANG, CYN, ASP, TPA, LSE, SOD, FAM, WRK, TRT).
- Escalas para la medida de los trastornos de la personalidad según el DSM-IV (paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, histriónico, narcisista, evitativo, dependiente y obsesivo) a partir de los ítems del MMPI-2 desarrollada por Ben-Porath et al. (Somwaru y Ben-Porath, 1994)<sup>33,34</sup>, escalas que según los autores (comunicación personal, 6-7-2003) quieren que sean asumidas no como escalas de diagnóstico, sino con fin de investigación y para señalar síntomas del trastorno.
- Escalas de los Cinco Factores de la Personalidad Psicopatológica (PSY-5; Harkness y McNulty, 1994)<sup>35,36</sup> que realiza una descripción dimensional de rasgos psico-

patológicos de personalidad agrupados en cinco factores a partir de unos ítems del MMPI-2: agresividad (A), psicoticismo (P), constricción (C), emocionalidad negativa/neuroticismo (N) y emocionalidad positiva/extraversión (E).

| Tabla 1                        | Datos sociodemográficos de la muestra de fibromialgia (FM) y la muestra control (CN) |      |             |      |
|--------------------------------|--|------|-------------|------|
|                                | FM (n = 75)  |      | CN (n = 55) |      |
|                                | Fr   | %    | Fr          | %    |
| <b>Sexo</b>                    |  |      |             |      |
| Mujer                          | 69   | 92,0 | 50          | 90,9 |
| Hombre                         | 6  | 8,0  | 5           | 9,1  |
| <b>Estado civil</b>            |  |      |             |      |
| Soltero/a                      | 7  | 9,5  | 11          | 20,0 |
| Casado/a                       | 58   | 78,4 | 35          | 63,3 |
| Separado/a                     | 4  | 5,4  | 2           | 3,6  |
| Divorciado/a                   | 2  | 2,7  | 1           | 1,8  |
| En pareja                      | 2  | 2,7  | 3           | 5,5  |
| Viudo/a                        | 1  | 1,4  | 3           | 5,5  |
| <b>Nivel de estudios</b>       |  |      |             |      |
| Analfabetos                    | 3  | 4,3  | 0           | 0    |
| Estudios primarios             | 28   | 40,6 | 11          | 20,4 |
| Graduado escolar               | 17   | 24,6 | 12          | 22,2 |
| Bachillerato-FPI               | 11   | 15,9 | 8           | 14,8 |
| COU-FPII                       | 6  | 8,7  | 3           | 5,6  |
| Diplomatura                    | 3  | 4,3  | 14          | 25,9 |
| Licenciatura                   | 1  | 1,4  | 6           | 11,1 |
| <b>Profesión</b>               |  |      |             |      |
| Ama de casa                    | 35   | 50,0 | 22          | 40,7 |
| Trabajador/a no cualificado    | 8  | 11,4 | 2           | 3,7  |
| Trabajador/a cualificado       | 12   | 17,1 | 11          | 20,4 |
| Administrativo/a               | 4  | 5,7  | 4           | 7,4  |
| Funcionario/a                  | 3  | 4,3  | 6           | 11,1 |
| Profesional liberal            | 4  | 5,7  | 3           | 5,6  |
| Empresario/a o autónomo/a      | 4  | 5,7  | 2           | 3,7  |
| Estudiante                     | 0  | 0    | 4           | 7,4  |
| <b>Situación laboral</b>       |  |      |             |      |
| Activo                         | 9  | 13,2 | 31          | 56,4 |
| No trabaja                     | 19   | 27,9 | 22          | 40,0 |
| Desempleo                      | 4  | 5,3  | 2           | 3,6  |
| Incapacidad laboral temporal   | 17   | 25,0 | 0           | 0    |
| Incapacidad laboral permanente | 13   | 19,1 | 0           | 0    |
| Jubilación                     | 6  | 8,8  | 0           | 0    |

## Procedimiento

La muestra fue reclutada en un centro de salud mental (CSM-Reus) en el período 2002-2003, siendo diagnosticadas en primera instancia por un psiquiatra y derivadas posteriormente al servicio de psicología, en donde se les realizó la firma de consentimiento informado, entrevista de recogida de datos y la batería de pruebas. Se establecieron criterios de validez de los protocolos del MMPI-2 para investigación (puntuaciones tipificadas en  $F \geq 120$  o puntuaciones tipificadas en  $L$  o  $K \geq 80$ ; Butcher et al., 1995), no siendo necesario excluir ninguno de ellos.

Los análisis estadísticos aplicados fueron los descriptivos para datos sociodemográficos (frecuencia y porcentaje en aquellas variables cualitativas; media y desviación estándar en las variables de tipo cuantitativo), diferencia de medias ( $t$  de Student) para muestras independientes para las escalas del MMPI-2 (considerándose distintos niveles de significación estadística), análisis de clúster exploratorio y discriminante para la obtención de los grupos subyacentes en la muestra y de la fórmula de coeficientes de las funciones canónicas discriminantes. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.5 para Windows.

## RESULTADOS

De la muestra de fibromialgia ( $n = 75$ ) se obtuvieron dos grupos de pacientes tras realizar el análisis de clúster exploratorio con todas las variables del MMPI-2 en sus diferentes configuraciones: escalas de validez, clínicas, de contenido, de trastornos de personalidad (Somwaru y Ben-Porath, 1994) y de dimensiones de personalidad psicopatológica (PSY-5; Harkness y McNulty, 1994): el grupo A ( $n = 24$ ; 32%), llamado perfil del dolor crónico (DC), y el grupo B ( $n = 51$ ; 68%), conceptualizado como perfil con desajuste psicológico (DP).

La edad media del grupo A es de 47,38 y del grupo B de 49,80, no habiendo diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos en cuanto a la variable edad ( $p > 0,05$ ).

## Ansiedad y depresión en función de los perfiles del MMPI-2

En la tabla 2 se recogen las medias y desviaciones estándar de las puntuaciones directas en el cuestionario de ansiedad estado (STAI-E), ansiedad rasgo (STAI-R) y en el BDI, en los dos grupos de fibromialgia hallados en el análisis de clústers confirmatorio (A y B) y el grupo control (C). Si comparamos los dos grupos de fibromialgia (prueba  $t$  de Student) observamos que existen diferencias estadísticamente significativas en el STAI-estado ( $p \leq 0,01$ ), el STAI-rasgo ( $p \leq 0,001$ ) y en el BDI ( $p \leq 0,001$ ), siendo siempre el grupo B el que presenta mayores puntuaciones. Cuando comparamos los dos grupos de fibromialgia con el grupo control también obtenemos diferencias estadísticamente significativas ( $p \leq 0,001$ ) en los tres instrumentos, siempre con puntuaciones mayores a favor del grupo B (perfil con desajuste psicológico).

## Escalas de validez, clínicas y de contenido en función de los perfiles del MMPI-2

En la tabla 3 se recogen las medias y desviaciones estándar de las puntuaciones típicas (T) de los dos grupos de fibromialgia (A y B) y del grupo control (C) en las escalas de validez, clínicas y de contenido del MMPI-2. El grupo A puntuaron significativamente a nivel clínico ( $T \geq 65$ ) en las escalas clínicas de hipocondriasis, histeria y en menor medida en depresión, configurando un perfil típico del dolor crónico, así como en la escala de contenido de preocupaciones por la salud, mientras que el grupo B se obtuvo una puntuación clínicamente significativa ( $T \geq 65$ ) en la escala de validez de infrecuencia, en las escalas clínicas de hipocondriasis, histeria y depresión, junto con equizofrenia, psicastenia, introversión social, paranoia, y en las escalas de contenido de preocupaciones por la salud, depresión, interferencia laboral, ansiedad, baja autoestima e indicadores negativos de tratamiento, configurando así un perfil con mayores desajustes psicológicos que el grupo anterior. El grupo control obtiene puntuaciones normalizadas ( $T < 65$ ) en todas las escalas anteriores (figs. 1 y 2).

|            | Grupo A<br>(n = 24) |       | Grupo B<br>(n = 51) |       | Control<br>(n = 55) |       | p<br>A-B | p<br>A-C | p<br>B-C |
|------------|---------------------|-------|---------------------|-------|---------------------|-------|----------|----------|----------|
|            | Media               | DE    | Media               | DE    | Media               | DE    |          |          |          |
|            | STAI-estado         | 28,43 | 11,89               | 34,63 | 12,96               | 15,09 |          |          |          |
| STAR-rasgo | 32,81               | 9,42  | 40,75               | 8,24  | 18,89               | 10,46 | 0,000*** | 0,000*** | 0,000*** |
| BDI        | 17,50               | 7,62  | 27                  | 10,25 | 5,80                | 5,53  | 0,000*** | 0,000*** | 0,000*** |

\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ . DE: desviación estándar.

Tabla 3 Comparación de medias en las escalas de validez, clínicas y de contenido del MMPI-2

|     | Grupo A<br>(n = 24) |       | Grupo B<br>(n = 51) |       | Control<br>(n = 55) |       | p<br>A-B | p<br>A-C | p<br>B-C |
|-----|---------------------|-------|---------------------|-------|---------------------|-------|----------|----------|----------|
|     | Media               | DE    | Media               | DE    | Media               | DE    |          |          |          |
| L   | 63,58               | 8,54  | 55,92               | 9,76  | 55,58               | 9,14  | 0,002**  | 0,000*** | 0,854    |
| F   | 52,13               | 7,68  | 98,56               | 12,74 | 50,42               | 9,70  | 0,000*** | 0,498    | 0,000*** |
| K   | 51                  | 6,21  | 42,83               | 6,51  | 50,87               | 9,25  | 0,000*** | 0,950    | 0,000*** |
| Hs  | 74,83               | 11,92 | 79,94               | 9,87  | 52,89               | 12,45 | 0,055    | 0,000*** | 0,000*** |
| D   | 64,21               | 10,73 | 75,61               | 9,10  | 48,24               | 10,61 | 0,000*** | 0,000*** | 0,000*** |
| Hy  | 72,21               | 12,05 | 76,39               | 12,21 | 50,96               | 10,54 | 0,169    | 0,000*** | 0,000*** |
| Pd  | 53,92               | 10,46 | 60,22               | 11,71 | 46,56               | 9,54  | 0,028*   | 0,003**  | 0,000*** |
| Mf  | 50,50               | 6,72  | 47,95               | 10,15 | 50,27               | 9,49  | 0,266    | 0,916    | 0,230    |
| Pa  | 55,21               | 8,79  | 65,86               | 11,75 | 47,45               | 9,08  | 0,000*** | 0,001*** | 0,000*** |
| Pt  | 57,06               | 8,87  | 70,73               | 7,85  | 42,24               | 11,44 | 0,000*** | 0,021*   | 0,000*** |
| Sc  | 56,13               | 8,98  | 73,51               | 11,46 | 47,95               | 10,84 | 0,000*** | 0,002**  | 0,000*** |
| Ma  | 52,23               | 8,89  | 52,33               | 11,70 | 46,68               | 9,39  | 0,971    | 0,022*   | 0,008**  |
| Si  | 52,88               | 8,16  | 66,37               | 9,39  | 52,89               | 8,97  | 0,000*** | 0,994    | 0,000*** |
| ANX | 55,63               | 6,58  | 66,61               | 5,51  | 49,98               | 10,97 | 0,000*** | 0,022*   | 0,000*** |
| FRS | 53,25               | 9,05  | 60,71               | 9,76  | 50,76               | 9,84  | 0,002**  | 0,294    | 0,041*   |
| OBS | 47,46               | 6,78  | 62,98               | 6,91  | 48,71               | 10,85 | 0,000*** | 0,604    | 0,000*** |
| DEP | 54,21               | 7,99  | 71,22               | 9,37  | 47,69               | 9,36  | 0,000*** | 0,004**  | 0,000*** |
| HEA | 70,67               | 10,54 | 80,37               | 10,32 | 53,44               | 11,80 | 0,000*** | 0,000*** | 0,000*** |
| BIZ | 48,17               | 8,91  | 63,26               | 14,06 | 49,07               | 10,62 | 0,000*** | 0,716    | 0,000*** |
| ANG | 46,83               | 8,31  | 54,35               | 8,55  | 47,82               | 9,11  | 0,001*** | 0,652    | 0,000*** |
| CYN | 50,71               | 9,24  | 57,33               | 8,81  | 50,98               | 11,58 | 0,004**  | 0,919    | 0,002**  |
| ASP | 49,85               | 9,46  | 51,86               | 9,30  | 48,40               | 8,76  | 0,388    | 0,566    | 0,053    |
| TPA | 46,48               | 8,31  | 52,53               | 8,93  | 47,40               | 9,93  | 0,007**  | 0,644    | 0,006**  |
| LSE | 49,21               | 8,37  | 66,43               | 7,68  | 49,84               | 10,08 | 0,000*** | 0,790    | 0,000*** |
| SOD | 50,54               | 8,56  | 62,57               | 10,67 | 49,51               | 8,65  | 0,000*** | 0,626    | 0,000*** |
| FAM | 48,38               | 6,38  | 58                  | 9,97  | 47,91               | 8,77  | 0,000*** | 0,815    | 0,000*** |
| WRK | 52,08               | 6,25  | 67,80               | 6,40  | 48,55               | 10,57 | 0,000*** | 0,132    | 0,000*** |
| TRT | 50,33               | 8,24  | 65,86               | 6,75  | 50,80               | 11,24 | 0,000*** | 0,855    | 0,000*** |

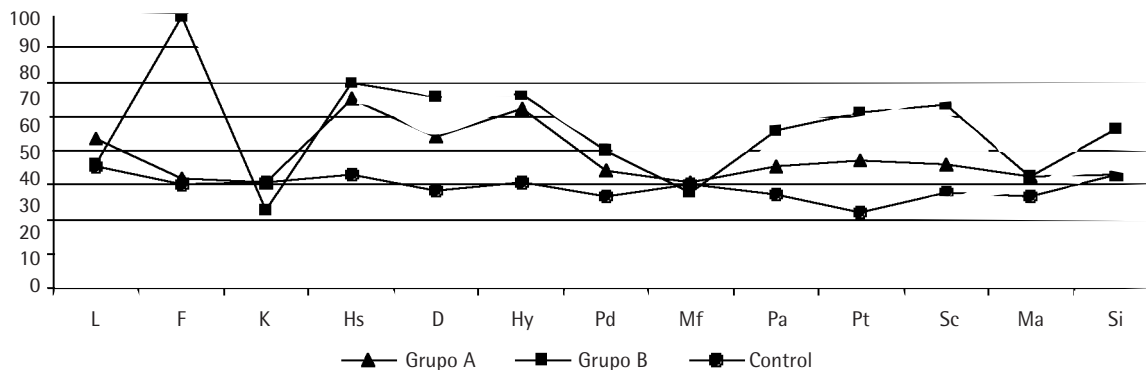
\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ . DE: desviación estándar; L: sinceridad; K: infrecuencia; K: corrección; Hs: hipocondriasis; D: depresión; Hy: histeria; Pd: desviación psicopática; Mf: masculinidad-feminidad; Pa: paranoia; Pt: psicastenia; Sc: esquizofrenia; Ma: hipomanía; Si: introversión social; ANX: ansiedad; FRS: miedos; OBS: obsesiones; DEP: depresión; HEA: preocupaciones por la salud; BIZ: pensamientos extravagantes; ANG: angustia; CYN: cinismo; ASP: conductas antisociales; TPA: patrón de conducta tipo A; LSE: baja autoestima; SOD: malestar social; FAM: problemas familiares; WRK: interferencia laboral; TRT: indicadores negativos de tratamiento.

En cuanto a la comparación de medias entre el grupo A (DC) y el grupo B (DP) existen diferencias estadísticamente significativas a distinto nivel en todas las escalas de validez, clínicas y de contenido del MMPI-2, menos ( $p > 0,05$ ) en las escalas de hipocondriasis, histeria, masculinidad-feminidad, hipomanía y conductas antisociales, puntuando el grupo A más elevado en las escalas de validez de factor de corrección ( $p \leq 0,001$ ) y mentira ( $p \leq 0,01$ ), y el grupo B en la escala de validez de infrecuencia ( $p \leq 0,001$ ), en las escalas clínicas de depresión, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, introversión social ( $p \leq 0,001$ ) y desviación psicopática ( $p \leq 0,05$ ), y en las escalas de contenido de ansiedad, obsesiones, depresión, preocupaciones por la salud, pensamiento extravagante, angustia, baja autoestima, malestar social, problemas familiares, in-

terferencia laboral e indicadores negativos de tratamiento ( $p \leq 0,001$ ), fobias, cinismo y patrón de conducta tipo A ( $p \leq 0,01$ ).

Entre el grupo A (DC) y grupo control también existen diferencias estadísticamente significativas a distinto nivel en las escalas de validez de mentira ( $p \leq 0,001$ ), en las escalas clínicas de hipocondriasis, depresión, histeria, paranoia ( $p \leq 0,001$ ), desviación psicopática, esquizofrenia ( $p \leq 0,01$ ), psicastenia e hipomanía ( $p \leq 0,05$ ), y en las escalas de contenido de preocupaciones por la salud ( $p \leq 0,001$ ), depresión ( $p \leq 0,01$ ) y ansiedad ( $p \leq 0,05$ ), puntuando siempre el grupo A más elevado.

Al comparar el grupo B (DP) con el grupo control encontramos diferencias estadísticamente significativas también a



**Figura 1** Perfiles psicopatológicos en las escalas de validez y clínicas del MMPI-2. L: sinceridad; F: infrecuencia; K: corrección; Hs: hipocondriasis; D: depresión; Hy: histeria; Pd: desviación psicopática; Mf: masculinidad-feminidad; Pa: paranoia; Pt: psicastenia; Sc: esquizofrenia; Ma: hipomanía; Si: introversión social.

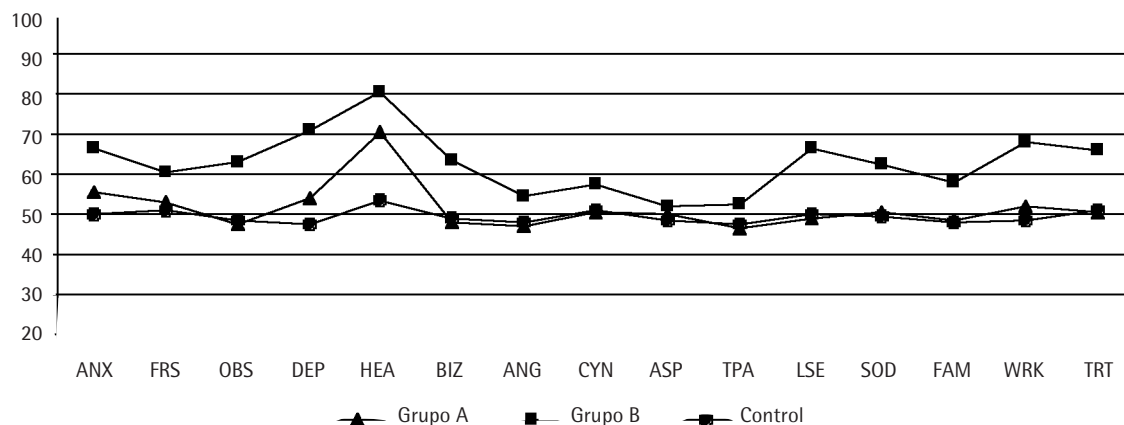
distinto nivel en las escalas de validez de infrecuencia y factor de corrección ( $p \leq 0,001$ ), en las escalas clínicas de hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, introversión social ( $p \leq 0,001$ ) e hipomanía ( $p \leq 0,01$ ) y en las escalas de contenido de ansiedad, obsesiones, depresión, preocupaciones por la salud, pensamiento extravagante, angustia, baja autoestima, malestar social, problemas familiares, interferencia laboral, indicadores negativos de tratamiento ( $p \leq 0,001$ ), cinismo, patrón de conducta tipo A ( $p \leq 0,01$ ) y fobias ( $p \leq 0,05$ ), puntuando siempre el grupo B más elevado.

y el grupo control en las escalas de los trastornos de la personalidad del MMPI-2 (Somwaru y Ben-Porath, 1994). Al comparar las medias en estas escalas entre los dos grupos de fibromialgia se observan diferencias estadísticamente significativas a diferentes niveles, en todas ellas menos en la escala de trastorno de la personalidad antisocial ( $p > 0,05$ ), obteniendo el grupo A puntuaciones significativamente más elevadas en las escalas de trastorno de la personalidad histriónico ( $p \leq 0,001$ ) y narcisista ( $p \leq 0,01$ ), mientras que el grupo B puntuaría significativamente más elevado en las escalas de trastorno de la personalidad esquizoide, esquizotípico, límite, evitativo, dependiente, obsesivo ( $p \leq 0,001$ ) y paranoide ( $p \leq 0,01$ ).

### Trastornos de personalidad en función de los perfiles del MMPI-2

En la tabla 4 se recogen las medias y desviaciones estándar de las puntuaciones directas de los dos grupos de fibromialgia

Si comparamos las medias en estas escalas entre el grupo A y el grupo control no existen diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) en ninguna de las escalas de trastornos de la personalidad entre ambos grupos, aspecto que se repite para la escala de trastorno de personalidad antisocial ( $p > 0,05$ )



**Figura 2** Perfiles psicopatológicos en las escalas de contenido del MMPI-2. ANX: ansiedad; FRS: miedos; OBS: obsesiones; DEP: depresión; HEA: preocupaciones por la salud; BIZ: pensamientos extravagantes; ANG: angustia; CYN: cinismo; APS: conductas antisociales; TPA: patrón de conducta tipo A; LSE: baja autoestima; SOD: malestar social; FAM: problemas familiares; WRK: interferencia laboral; TRT: indicadores negativos de tratamiento.

| Tabla 4       | Comparación de medias en las escalas de trastornos de la personalidad (Somwaru y Ben-Porath, 1994) del MMPI-2 |      |                  |      |                  |      |          |       |          |
|---------------|---|------|------------------|------|------------------|------|----------|-------|----------|
|               | Grupo A (n = 24)  |      | Grupo B (n = 51) |      | Control (n = 55) |      | p A-B    | p A-C | p B-C    |
|               | Media   | DE   | Media            | DE   | Media            | DE   |          |       |          |
| Paranoide     | 9,79  | 4,60 | 13,02            | 4,31 | 9,55             | 5,12 | 0,004**  | 0,845 | 0,000*** |
| Esquizoide    | 8,21  | 3,74 | 13,05            | 4,97 | 7,44             | 4,32 | 0,000*** | 0,453 | 0,000*** |
| Esquizotípico | 8,13  | 4,88 | 14,60            | 6,15 | 7,15             | 6,31 | 0,000*** | 0,504 | 0,000*** |
| Antisocial    | 7,04  | 4,53 | 7,58             | 3,32 | 6,76             | 3,23 | 0,608    | 0,753 | 0,201    |
| Límite        | 16  | 7,05 | 24,90            | 8,04 | 12,92            | 8,58 | 0,000*** | 0,127 | 0,000*** |
| Histriónico   | 8,92  | 3,11 | 6,64             | 3,20 | 9,63             | 3,27 | 0,005**  | 0,368 | 0,000*** |
| Narcisista    | 11,29   | 2,31 | 6,81             | 2,56 | 10,66            | 2,76 | 0,000*** | 0,333 | 0,000*** |
| Evitativo     | 12,42   | 4,87 | 20,95            | 5,85 | 12,87            | 5,45 | 0,000*** | 0,728 | 0,000*** |
| Dependiente   | 8,88  | 3,73 | 16,83            | 4,07 | 10,74            | 4,86 | 0,000*** | 0,098 | 0,000*** |
| Obsesivo      | 8,33  | 2,24 | 12,97            | 2,26 | 9,09             | 3,95 | 0,000*** | 0,384 | 0,000*** |

\* p ≤ 0,05; \*\* p ≤ 0,01; \*\*\* p ≤ 0,001. DE: desviación estándar.

al comparar el grupo B con el control, en el que sí que existen diferencias estadísticamente significativas a diferentes niveles en las demás escalas, puntuando más elevado el grupo B en las escalas de trastorno paranoide, esquizoide, esquizotípico, límite, evitativo, dependiente y obsesivo ( $p \leq 0,001$ ), y el grupo control en las escalas de histriónico y narcisista ( $p \leq 0,001$ ).

### Dimensiones de personalidad psicopatológica en función de los perfiles del MMPI-2

Respecto a las dimensiones de la personalidad psicopatológicas del MMPI-2 (PSY-5; Harkness y McNulty, 1994), en la tabla 5 se recogen las medias y desviaciones estándar de las puntuaciones directas de los dos grupos de fibromialgia y el grupo control, existiendo diferencias a distintos niveles de significación estadística entre el grupo A y el grupo B en to-

das las escalas menos ( $p > 0,05$ ) en constricción, puntuando el grupo A significativamente más elevado en extroversión/emocionalidad positiva ( $p \leq 0,001$ ) y agresividad ( $p \leq 0,05$ ), y el grupo B en psicoticismo y neuroticismo/emocionalidad negativa ( $p \leq 0,001$ ). Cuando comparamos ambos grupos con el grupo control, el grupo B puntúa significativamente más elevado en psicoticismo y neuroticismo/emocionalidad negativa ( $p \leq 0,001$ ) que el grupo control, y obteniendo este último puntuaciones más elevadas en extroversión/emocionalidad positiva que el grupo A ( $p \leq 0,05$ ) y B ( $p \leq 0,001$ ).

### Índice de perfil psicopatológico en fibromialgia ( $I_{PPF}$ )

Mediante el análisis discriminante a partir de todas las escalas del MMPI-2, con los dos grupos de pacientes con fi-

| Tabla 5 | Medias y desviación estándar en los cinco factores psicopatológicos (PSY-5; Harkness y McNulty, 1994) del MMPI-2 |      |                  |      |                  |      |          |        |          |
|---------|--|------|------------------|------|------------------|------|----------|--------|----------|
|         | Grupo A (n = 24)   |      | Grupo B (n = 51) |      | Control (n = 55) |      | p A-B    | p A-C  | p B-C    |
|         | Media  | DE   | Media            | DE   | Media            | DE   |          |        |          |
| A       | 8,63   | 3,02 | 6,71             | 3,05 | 7,76             | 2,53 | 0,013*   | 0,193  | 0,055    |
| P       | 4,42   | 2,89 | 8,53             | 4,23 | 4,59             | 3,81 | 0,000*** | 0,847  | 0,000*** |
| C       | 19,33  | 4,57 | 20,35            | 3,38 | 19,86            | 2,90 | 0,281    | 0,542  | 0,417    |
| N       | 15   | 4,67 | 20,63            | 3,64 | 13,91            | 5,66 | 0,000*** | 0,412  | 0,000*** |
| E       | 20,13  | 4,94 | 14,77            | 5,49 | 22,58            | 4,53 | 0,000*** | 0,034* | 0,000*** |

\* p ≤ 0,05; \*\* p ≤ 0,01; \*\*\* p ≤ 0,001. DE: desviación estándar; A: agresividad; P: psicoticismo; C: constricción; N: neuroticismo o emocionalidad negativa; E: extroversión o emocionalidad negativa.

bromialgia se obtienen los coeficientes de las funciones canónicas discriminantes que maximizaban las diferencias intergrupos. Dicha fórmula está compuesta por las variables esquizofrenia e introversión social (escalas clínicas) y trastorno narcisista y obsesivo de la personalidad (escalas de trastornos de personalidad de Somwaru y Ben-Porath), configurándose en un índice de perfil psicopatológico en fibromialgia ( $I_{PPF}$ ), como sigue:

$$I_{PPF} = 0,044 (Sc) + 0,043 (Si) - 0,138 (Narc) + 0,347 (Obs) - 8,543$$

Las funciones en los centroides de los grupos fueron -2,435 por el grupo A y 1,146 por el grupo B, con un rango mínimo-máximo en la muestra de -4,64 y -0,89 por el grupo A y -0,45 y 3,76 por el grupo B.

## DISCUSIÓN

En el presente trabajo se han estudiado los perfiles clínicos en pacientes con fibromialgia y que acuden simultáneamente a visitarse en un centro de salud mental. La sintomatología psiquiátrica que presentan no queda claro en la mayoría de los casos si es primaria o secundaria a la aparición del síndrome, motivo por el cual hace plantearse a los profesionales de la salud mental la influencia de distintos factores psicológicos de vulnerabilidad a padecer este síndrome doloroso dada la inespecificidad a nivel etiológico.

En nuestro estudio, interesado en una mejor comprensión de este tipo de pacientes, hemos hallado que la mayoría son mujeres casadas, con un nivel de estudios básicos que no están realizando ningún trabajo remunerado o están actualmente en periodo de incapacidad laboral temporal<sup>11,18</sup> y que acuden a solicitar un tratamiento en salud mental derivadas por su médico general. Es importante destacar que la mayoría cumplen criterios diagnósticos para trastorno distímico o para trastorno adaptativo mixto al llegar al centro de salud mental como también señalan otros estudios<sup>6</sup>.

Se han obtenido, por todo ello, a través de un análisis estadístico de clústers de tipo exploratorio dos tipos de perfiles psicopatológicos en el MMPI-2 de los tres perfiles posibles según la clasificación hecha originalmente por Bradley et al. (1978) y que más tarde adaptaría Yunnus et al. (1991) para el SFM y que nosotros hemos llamado grupo A o pacientes con fibromialgia que configuran un perfil típico del dolor crónico (perfil DC) según las escalas clínicas del MMPI-2 (Hs, Hy, D) y grupo B o pacientes con fibromialgia que configuran un perfil con mayor desajuste a nivel psicológico (perfil DP) según las escalas clínicas del MMPI-2 (Hs, Hy, D, Sc, Pt, Si, Pa), que en nuestro estudio configuran dos tercios de la muestra de fibromialgia, a diferencia de otros estudios en los que esta proporción se distribuye de manera diferente<sup>25</sup>.

Cabe puntualizar que no se ha hallado en el presente estudio ningún perfil psicopatológico normalizado en el MMPI-2, seguramente debido al sesgo de selección de la muestra en un centro de salud mental, ya que el hecho de que las pacientes con fibromialgia estén recibiendo tratamiento psiquiátrico o psicológico hace asumir la presencia de algún tipo de psicopatología.

A nivel clínico las pacientes del grupo A configuran un perfil psicopatológico típico en el MMPI-2 de pacientes con enfermedades que cursan con algún tipo de dolor crónico (perfil DC); dichas pacientes muestran preocupación por síntomas somáticos y por los problemas de salud en relación a los cuales muestran una ansiedad leve, son propensas a desarrollar síntomas físicos bajo estrés, siendo común manifestar temblores, mareos y fatiga, no están incapacitadas, pero son ineficaces y se cansan fácilmente. Socialmente son competentes, mostrándose expresivas, pero también inhibidas. Desean ser consideradas confiadas en sí mismas, alegres, amistosas, cariñosas, responsables; prefieren normalizar su vida y tratan de conseguirlo sobreponiéndose a sus síntomas, mirando las cosas por el lado positivo y evitando lo que pudiera ser desagradable o perturbador de la enfermedad; sin embargo, evitan sutilmente la responsabilidad; son consideradas más dependientes por los otros que por ellas mismas.

De cara al tratamiento, como personalidad conversiva, pueden ser resistentes a la comprensión de su problema y a la intervención psicológica. No son introspectivas y prefieren las explicaciones médicas a hablar de los problemas emocionales. Son sugestionables, centradas en el alivio sintomático, tolerando, no obstante, bien la ayuda. Asimismo, tienden a ser más introvertidas, así como a presentar rasgos de trastorno de personalidad similares a los que presenta la población normal.

Las pacientes del grupo B, perfil psicopatológico caracterizado por presentar desajustes psicológicos según el MMPI-2 (perfil DP), además de cumplir las características que definen al grupo anterior, son pacientes que se muestran con recursos limitados para afrontar el estrés y demandan ayuda ante la percepción de dificultades, confusión y malestar. Ponen mayor énfasis en los síntomas cognitivos, sensoriales, musculoesqueléticos y neurológicos. Se caracterizan por presentar síntomas de confusión, miedo, siendo reservadas, no comprometidas, con tendencia a la ensoñación y la fantasía; mayor nivel de ansiedad, tensión y disforia. Manifiestan características de dependencia más severas que el grupo anterior (perfil DC) con miedo a los conflictos, inhibición de la ira y tolerancia al dominio. Son introvertidas, con ausencia de seguridad en sí mismas y de intereses, muy controladas y sumisas; sensibles e hiperreactivas a las críticas, ofendidas por las demandas, propensas a sentirse dominadas y a resistir, con sentimientos de sentirse maltratadas; sentimiento de gran estrés y de extrema vulnerabilidad a perturbaciones por decepciones o dificultades y temor a que un repentino acontecimiento inesperado produzca una pérdida

de control. Refieren rumiaciones, disforia, cambios de humor, aprensión, preocupaciones, fatiga, pesimismo, falta de interés, autocrítica e irritabilidad. Sienten baja autoestima, admitiendo defectos personales e interpersonales, con un bajo umbral para la autocensura y autocrítica y tendencia a abandonar ante la menor ansiedad.

Presentan mayor interferencia laboral, que se manifiesta en un amplio rango de problemas e impedimentos para el rendimiento en el trabajo, referidos tanto a las dificultades interpersonales como a las actitudes y síntomas que perjudican la eficiencia y dificultan la producción, sintiéndose debilitadas e incapacitadas o bien deseando que otros piensen que lo están.

De cara al tratamiento tienden a presentar baja motivación e incapacidad para sincerarse, así como actitudes negativas hacia los médicos y el tratamiento en salud mental. Creen que nadie puede atenderles o ayudarles. No se sienten cómodas discutiendo sus problemas con otros. Pueden no querer cambiar nada en sus vidas, ni creen que sea posible el cambio. Prefieren darse por vencidas ante las crisis o dificultades.

A nivel de dimensiones psicopatológicas de personalidad, tienden a presentar rechazo a comprometerse con el mundo y otras personas en términos convencionales, así como una mayor disposición afectiva hacia la experimentación de emociones negativas y menor disposición hacia las positivas, la búsqueda y disfrute de experiencias sociales, así como una disminución de la energía para perseguir metas vitales.

En cuanto a la presencia de rasgos de trastornos de la personalidad, cabe decir que las pacientes que configuran este tipo de perfil presentan rasgos más elevados<sup>18</sup> de trastorno de personalidad evitativo, dependiente, obsesivo (clúster C), paranoide, esquizoide, esquizotípico (clúster A) y límite (clúster B) y siendo menos histriónicas y narcisistas que la población normal frente a la amplia creencia extendida en el ámbito de la salud mental sobre este tipo de pacientes. Respecto a los rasgos de trastorno de personalidad antisocial, son similares a los que presenta la población normal.

En conclusión, las pacientes que se engloban dentro de este grupo se caracterizan por poseer un mayor desajuste general y estrés subjetivo, particularmente estado de ánimo depresivo y sentimientos de inmadurez personal que el grupo A.

Así, en las pacientes que obtienen un perfil más típico de enfermedades que cursan con dolor crónico (grupo A) la sintomatología psiquiátrica que presentan podría entenderse como reactiva o adaptativa a las dificultades que suponen los síntomas de la fibromialgia, entendida como un síndrome que cursa con dolor crónico, al igual que ocurre con otras enfermedades crónicas de base orgánica conocida como la artritis reumatoide<sup>25</sup>, entre otras, en las que también obtendrían perfiles psicopatológicos similares. En este

sentido creemos que estas pacientes serían más parecidas a este nivel a aquellas pacientes con fibromialgia que no siguen un tratamiento en salud mental, aspecto que sería interesante estudiar en futuras investigaciones.

En cuanto a las pacientes que cumplen un perfil con mayores desajustes a nivel psicológico (grupo B), la fibromialgia podría explicarse como una somatización que estaría en la base de un mayor desorden intrapsíquico y de personalidad, las cuales canalizarían a través del dolor todo su malestar psicológico subyacente, susceptible de ser abordado principalmente desde el ámbito de la salud mental.

En este estudio, de entre todas las variables utilizadas, hemos hallado aquellas que discriminan entre los dos tipos de perfiles hallados tras el análisis de clústers confirmatorio, configurando así una ecuación que nos ayude, de cara a la práctica clínica, a saber si una paciente con fibromialgia cuando acuda a un centro de salud mental pertenece a un perfil u otro, utilizándose así como un indicador de gravedad psicopatológica o «índice de perfil psicopatológico en fibromialgia» ( $I_{PPF}$ ). A partir de esta fórmula se puede derivar una nueva escala formada por 172 ítems del MMPI-2 que comprenda sólo los ítems de las variables que discriminen entre ambos perfiles, lo que supondría una reducción del número total de ítems del MMPI-2, así como economizar tiempo y esfuerzo, tanto de la paciente en la realización del cuestionario, como del profesional en salud mental en cuanto a su corrección e interpretación a la hora de la evaluación psicológica de estas pacientes. Así destacamos la utilidad de este índice de cribado de pacientes con fibromialgia, según el grado de psicopatología subyacente, y destacar la importancia de su uso como orientación diagnóstica la hora de realizar intervenciones psicoterapéuticas en este tipo de pacientes.

Una de las limitaciones de este estudio es que estos resultados son sólo generalizables a pacientes que tengan fibromialgia y estén recibiendo tratamiento en salud mental, siendo necesario seleccionar la muestra de servicios más generales, así como aumentar el tamaño de la muestra en futuras investigaciones para poder generalizar los resultados a todo el colectivo que padece fibromialgia.

## CONCLUSIONES

La fibromialgia en la mayoría de pacientes que acuden a un centro de salud mental es una manifestación somática de psicopatología subyacente tanto de tipo afectivo como de personalidad, lo que implicaría una vulnerabilidad a padecer este síndrome. Estos resultados apoyarían la hipótesis del carácter primario (inherente a la enfermedad) de la sintomatología psicológica en este síndrome en el subgrupo con mayor grado de psicopatología, el cual comprende dos tercios de la muestra. Habría que plantearse tratamientos psicoterapéuticos no sólo centrados en el síntoma físico o dolor, sino también en el malestar psicológico subyacente en este tipo de pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martín MJ, Luque M, Solé P, Mengual A, Granados J. Aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2000;27:12-8.
2. Navas E, Muñoz JJ, García LC. Fibromialgia: una enfermedad reumatológica con alta comorbilidad psicopatológica. *An Psiquiatr* 2003;19:253-64.
3. Pastor MA, Salas E, López S, Rodríguez J, Sánchez S, Pascual E. Patient's beliefs about their lack in pain control in primary fibromyalgia syndrome. *B J Rheumatol* 1993;32:484-9.
4. Pastor MA, López S, Rodríguez J, Juan V. Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y fibromialgia. *Psicothema* 1995;7:627-39.
5. Villagrán JM. Aspectos psicopatológicos de la fibromialgia. *Arch Psiquiatr* 2000;63:159-82.
6. Keel P. Psychological and psychiatric aspects of fibromyalgia syndrome. *Z Rheumatol* 1998;57(Suppl. 2):97-100.
7. González F. ¿Es el dolor crónico un problema psiquiátrico aún no clasificado? *La fibromialgia*. *Rev Electrónica Psiquiatr* 1999;3.
8. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
9. Yunus M, Masi AT, Calabro JJ, Millar KA, Gerigenbaum SL. Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum* 1981;11:151-71.
10. Martín LM, Doutón R, Rojo JE. Sistema osteomuscular. En: Rojo JE, Cirera E, directores. *Interconsulta psiquiátrica*. Barcelona: Masson, 1997; p. 311-22.
11. Albornoz J, Povedano J, Quijada J, de la Iglesia JL, Fernández A, Pérez-Vilchez D, et al. Características clínicas y sociolaborales de la fibromialgia en España: descripción de 193 pacientes. *Rev Esp Reumatol* 1997;24:38-44.
12. Cathebras P, Lauwers A, Rousset H. Fibromyalgia. A critical review. *Ann Med Interne* 1998;149:406-14.
13. Sarró Álvarez S. Fibromialgia reumática: aspectos psiquiátricos. *Actas Esp Psiquiatr* 2002;30:392-6.
14. Van Houdenhove B, Vasquez G, Neerinx E. Tender points or tender patients? The value of the psychiatric in depth interview for assessing and understanding psychopathological aspects of fibromyalgia. *Clin Rheumatol* 1994;13:470-4.
15. Almay BGL. Clinical characteristics of patients with idiopathic pain syndromes. Depressive symptomatology and patient pain drawings. *Pain* 1987;29:335-46.
16. Moldofsky H. Sleep and fibrositis syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1989;15:91-103.
17. Hudson J, Pope HG. Fibromyalgia and psychopathology: is fibromyalgia a form of «affective spectrum disorder?» *J Rheumatol* 1989;16:15-22.
18. Martínez JE, Ferraz MB, Fontana AM, Atra A. Psychological aspects of Brazilian women with fibromyalgia. *J Psychosom Res* 1995;39:167-74.
19. Burckhardt CS, O'Reilly CA, Wiens AN, Clark SR, Campbell SM, Bennett RM. Assessing depression in fibromyalgia patients. *Arthritis Care Res* 1994;7:35-9.
20. Ahles TA, Yunus MB, Gaulier B, Riley SD, Masi AT. The use of contemporary MMPI norms in the study of chronic pain patients. *Pain* 1986;24:159-63.
21. Miró J. Dolor crónico y MMPI: una revisión selectiva desde la perspectiva clínica. *Psiquis* 1993;14:305-12.
22. Hanvik, LJ. MMPI profiles in patients with low back pain. *J Consult Clin Psychol* 1951;15:350-3.
23. Yunus A, Ahles T, Aldag JC, Masi A. Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1991;34.
24. Bradley LA, Prokop CK, Margolis R, Gentry WD. Multivariate analysis of MMPI profiles of low back pain patients. *J Behav Med* 1991; 253-72.
25. Ahles TA, Yunus MB, Riley SD, Bradley JM, Masi AT. Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndromes. *Arthritis Rheum* 1984;27:1101-6.
26. Drexler AR, Mur EJ, Gunther VC. Efficacy of an EMG-biofeedback therapy in fibromyalgia patients. A comparative study of patients with and without abnormality in (MMPI) psychological scales. *Clin Exp Rheumatol* 2002;20:677-82.
27. Carette S, Bell MJ, Reynolds WJ, Haraoui B, McCain GA, Bykerk VP, et al. Comparison of amitriptyline, cyclobenzaprone and placebo in the treatment of fibromyalgia. A randomized, double-blind clinical trial. *Arthritis Rheum* 1994;37:32-40.
28. Turk DC, Monarch ES, Williams AD. Psychological evaluation of patients diagnosed with fibromyalgia syndrome: a comprehensive approach. *Rheum Dis Clin North Am* 2002;28:219-33.
29. Giesecke T, Williams DA, Harris RE, Cupps TR, Tian X, Tian TX, et al. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis Rheum* 2003;48:2916-22.
30. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery E. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford, 1983 (Traducción castellana en Bilbao: Desclée de Brower [original de 1979]).
31. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto California: Consulting Psychology Press, 1970.
32. Hathaway SR, McKinley JC. *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2*. Madrid: TEA Ediciones, 1999.
33. Harkness AR, McNulty JL, Ben-Porath Y. The personality psychopathology five (PSY-5): constructs and MMPI-2 scales. *Psychol Assess* 1995;7:104-14.
34. Gutiérrez-Zotes JA, Gallego Tomás E, Blasco Claros L, Cortés Ruiz MJ, Peña Roca J, Labad Alquézar A. Propiedades psicométricas de las escalas de trastornos de la personalidad del MMPI-2 de Somwaru y Ben-Porath para el DSM-IV en pacientes. V Congreso Nacional y VI Europeo sobre trastornos de la personalidad. Zaragoza, 2004.
35. Colligan RC, Morey LC, Offord KP. The MMPI/MMPI-2 personality disorder scales: contemporary norms for adults and adolescents. *J Clin Psychol* 1994;50:168-200.
36. Gutiérrez-Zotes J, Cortés M, Valero J, Peña J, Labad A. Psychometric properties of the abbreviated Spanish version of TCI-R (TCI-140) and its relationship with the psychopathological personality scales (MMPI-2 PSY-5) in patients. *Actas Esp Psiquiatr* 2005;33:231-7.