

**“Afrontamiento en personas mayores  
con Síndrome de Fibromialgia y Fatiga Crónica”**

López Paz, J.F.  
Universidad de Deusto

*Abstract:*

*Coping in older people with Fibromyalgia Syndrome and Chronic Fatigue*

This empirical study has been to collect data on situational personality traits as well as coping strategies in patients with Fibromyalgia Syndrome and Chronic fatigue. The instruments used are: Situation Personality Questionnaire (Fernandez Seara, and Seisdedos Mielgo, 1998) and Coping Strategies Questionnaire (Rodriguez Cano and White, 2004). The sample consists of 342 patients from hospitals and associations of patients with this condition, on the one hand, 217 subjects older than 60 years, 79% are women and, on the other hand, 53% of the sample table symptomatic pain. This sample has been collected in the Basque Country with a random sampling. The study is mainly a multivariate analysis to establish the relationships between personality traits and coping strategies in combination with several variables such as age, activities of daily living, presence of pain, signs of fatigue.

Key words: Coping, Fibromyalgia Syndrome, Chronic Fatigue, older people.

## Resumen

Este estudio empírico ha consistido en recopilar datos sobre los rasgos de personalidad situacional, así como las estrategias de supervivencia en pacientes con Síndrome de Fibromialgia y Fatiga Crónica. Los instrumentos utilizados son: Cuestionario de Personalidad Situacional (Fernández Seara y Mielgo Seisdedos, 1998) y el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Rodríguez, Cano y White, 2004). La muestra consta de 342 pacientes de los hospitales y asociaciones de pacientes, por un lado, 217 sujetos mayores de 60 años, el 79 % son mujeres y, por otro lado, el 53 % de la muestra presenta sintomatología de dolor. Esta muestra ha sido seleccionada en el País Vasco con un muestreo aleatorio. El estudio es un análisis multivariante para establecer principalmente las relaciones entre rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento en combinación con varias variables como la edad, las actividades de la vida diaria, la presencia de dolor, los signos de fatiga.

Palabras clave: Afrontamiento, Síndrome de Fibromialgia, Fatiga Crónica, personas mayores.

## **1. Visión general del descubrimiento de las enfermedades de Fibromialgia y Fatiga Crónica.**

Los pacientes deben a menudo aprender a afrontar determinados síntomas como el dolor que les puede llegar a producir insatisfacción, impedimento físico y cambios destacados en las actividades de su vida cotidiana asociados tanto con la propia enfermedad como con su tratamiento (Boothby et al., 1999; Taylor et al., 2001; Sallinen, Kukkurainen & Peltokallio, 2011). Las enfermedades como el síndrome de Fibromialgia y el síndrome de Fatiga Crónica requieren habilidades especiales de afrontamiento y cuidado de la salud.

La fibromialgia no es una enfermedad nueva. Su origen, las denominaciones que ha recibido y las explicaciones con respecto a ella se han dado sufriendo numerosas modificaciones y alteraciones durante el siglo pasado.

A mediados del siglo XIX, los médicos establecieron la distinción entre los síntomas del reumatismo articular (artritis) y los del reumatismo muscular (fibromialgia). La descripción de este reumatismo muscular incluía una sensación de tirantez, de desgarro y de pinchazos con agarrotamiento y falta de movilidad en las partes afectadas. Con el cambio de siglo, los médicos opinaron que los puntos sensibles y de dolor se debían a la inflamación de los tejidos. El tratamiento inicial se centró en eliminar la inflamación y los nódulos hísticos. No olvidemos que durante siglos los médicos y los terapeutas no especializados han dado masajes y han defendido que estos nódulos, palpables al tacto, eran una fuente de dolor.

Hasta la actualidad, los médicos les indican a sus pacientes que, en la fibromialgia, los nódulos musculares son los causantes del dolor; pero, la realidad es que nunca han existido pruebas concluyentes. Hemos ido adquiriendo conciencia acerca de los síntomas asociados, como la fatiga, los trastornos del sueño, los dolores de cabeza, la irritación intestinal y los trastornos del estado de ánimo (Slatkowsky-Christensen, Mowinckel & Kvien, 2009; Wilson, Whitehead & Burrell, 2011).

Durante los últimos 25 años, la investigación sobre la fibromialgia se ha centrado en el sistema nervioso. Por ejemplo, sabemos que las anomalías en el sueño son muy frecuentes en la fibromialgia, así como cuando se padece el síndrome de fatiga crónica, dolores de cabeza, dolor crónico de espalda y depresión. Es indiscutible que el sistema nervioso central desempeña un papel importante para comprender la fibromialgia.

El dolor a estas personas les provoca espasmos musculares, y éstos interfieren en el flujo de oxígeno al músculo. Unos niveles de oxígeno bajos conducen a una acumulación de ácido láctico en el músculo, lo que causa más dolor. Los puntos de dolor característicos, situados en la unión de los músculos con los huesos constituyen el único lugar susceptible de servir de ayuda en una exploración física (Peng, 2004; Rodham, Rance & Blake, 2010).

Por otro lado, la expresión “síndrome de Fatiga Crónica” y la definición del síndrome clínico son relativamente recientes. Sin embargo, la entidad clínica que engloba es mucho más antigua. En el siglo XIX se contemplaba la descripción de una serie de síndromes caracterizados por la fatiga, una disminución del tono nervioso, inapetencia, un mal estado general, que se incluyen en el término general de neurastenia.

A principios del siglo XX, se recurre al término fibrositis para la descripción del lumbago, acompañado de modificaciones inflamatorias del tejido subcutáneo. Ya en 1970 se identificó el síndrome fibrósico que describió e identificó los puntos dolorosos específicos, la fatiga y las anomalías del sueño.

El proceso asociado al síndrome de Fatiga Crónica puede iniciarse antes de los 20 años; no obstante, la prevalencia aumenta con la edad, siendo máxima entre los 60 y 80 años.

En la actualidad, el diagnóstico se basa exclusivamente en los síntomas y en el examen clínico. Aunque, sin duda, es necesario excluir otras opciones o enfermedades como el lupus eritematoso, polimiositis, osteomalacia, poliartritis reumatoide, entre otras (Moss-Morris, 2005; Vallejo, Rivera & Esteve-Vives, 2010).

Sin embargo, el síndrome de Fatiga Crónica en ocasiones es difícil de diagnosticar y, en especial, puede confundirse con la encefalomiелitis miálgica (enfermedad vírica).

## **2. El objetivo de estudio para el afrontamiento de estas enfermedades crónicas.**

El afrontamiento de estas enfermedades crónicas requiere ser enfocado atendiendo a los múltiples factores que inciden sobre dicha enfermedad. Las actividades de la vida diaria, por ejemplo, a menudo cambian, necesitan ser modificadas en su forma de proceder o, simplemente, algunas de ellas deben ser abandonadas. Al mismo tiempo, se presentan nuevos temores como la preocupación a la propia evolución de la enfermedad y, sin duda, puede también ser necesario cambiar los planes de futuro. Estas enfermedades generalmente no tienen cura con un tratamiento específico (Neerinckx et al., 2000; Jasón et al., 2003; Stand, Mease & Williams, 2009).

Tanto los pacientes como los profesionales de la salud nos enfrentamos con destacadas dificultades asociadas con la enfermedad crónica y su tratamiento. Importantes temas de afrontamiento son comunes en el amplio rango de enfermedades crónicas como es la percepción de control, el rechazo o adhesión, el apoyo social, ... (Bockian et al., 2000; Cano García y Rodríguez Franco, 2003). La mayoría de los esquemas teóricos utilizados para la conceptualización del afrontamiento se basan en el modelo transaccional de estrés. Este modelo fue originalmente introducido por Lazarus y Folkman (1986, 1999), y plasma un número importante de factores y procesos implicados en el afrontamiento del estrés asociados con las enfermedades crónicas. Estos factores incluyen variables disposicionales tales como la personalidad del individuo, los roles sociales, las características biocomportamentales que pueden afectar en su respuesta a estresores.

Las patologías que nos ocupan se asocian fundamentalmente con cuadros de dolor, fatiga persistente, trastornos del sueño, neuroendocrinos y psicológicos. El proceso se

cronifica y provoca generalmente una importante alteración de la calidad de vida de estas personas enfermas (Soriano y Monsalve, 1999; Mayer, 2000).

Un posible instrumento (instrumentación) de evaluación de la situación, cuadro y evolución, de la enfermedad del paciente debe reunir las siguientes características:

- a) Ser adecuado para medir aspectos subjetivos, ya que son subjetivos tanto la percepción de la amenaza como la de los recursos para hacerle frente;
- b) Ser fácilmente comprensible para la mayoría de enfermos graves y en situación de fin de vida, ya que muchos de ellos se encuentran débiles, fatigados y, en algunos casos, padecen pérdidas o deterioros cognitivos;
- c) No ser invasivo ni plantear o sugerir a los enfermos nuevos problemas o posibilidades amenazadoras en las que no han pensado;
- d) Ser sencillo y rápido de administrar;
- e) Poderse aplicar repetidamente, sin pérdida de fiabilidad, con el fin de obtener datos longitudinales comparativos, y permitirnos conocer, evolutivamente, hasta qué punto son eficaces nuestras intervenciones para mejorar el bienestar de los enfermos y disminuir su sufrimiento. Es preciso recordar que las percepciones de los pacientes son variables y pueden cambiar con rapidez.

El objetivo e intencionalidad del profesional de la salud va orientado a reducir la intensidad del sufrimiento, en este caso de la persona mayor, incrementando su bienestar personal. Para ello, será necesario: primeramente, identificar en cada momento, aquellos síntomas somáticos o/y alteraciones psicológicas que son percibidos por el paciente como una amenaza importante, estableciendo su grado de priorización amenazadora desde el punto de vista del paciente. En el caso de las alteraciones psicológicas, éstas pueden tener su origen en problemáticas cognitivas o afectivas, de las que merecen especial atención las espirituales. En segundo lugar, compensar, eliminar o atenuar dichos síntomas. Se trata del clásico control de síntomas si bien referido en especial a aquellos síntomas que preocupan a cada paciente concreto y convenientemente ampliado a los de carácter psicológico o social. Si no es posible conseguir dicho control, en todo caso y paralelamente, será necesario tratar de atenuar la intensidad de amenaza que representan para el paciente. En tercer lugar, detectar y potenciar, en la medida de lo posible, los propios recursos del enfermo, con el fin de

disminuir, eliminar o prevenir su sensación de impotencia. Complementariamente, será necesario aumentar, hasta donde sea posible, su percepción de control sobre la situación y los síntomas. Es importante señalar que los clínicos eficaces manifiestan que, en muchos casos, los pacientes poseen recursos suficientes para hacer frente a la amenaza que supone la proximidad de la muerte y la sucesión de pérdidas que conlleva. En cuarto lugar, en el caso de que el estado de ánimo del paciente presente características ansiosas, depresivas u hostiles, habrá que utilizar las técnicas específicas adecuadas, farmacológicas y/o psicológicas, para modificarlo o compensarlo, y evitar que se cronifique y se convierta en patológico, lo cual sólo debería ocurrir en una minoría de casos. El sufrimiento per se no es patológico, sino sólo un fenómeno humano normal, modulado por el contexto cultural, la situación y la capacidad de afrontamiento. En quinto lugar, si se considera que el paciente se encuentra bien adaptado a su situación, se analizará la conveniencia de utilizar, con carácter preventivo, algunas estrategias que impidan la ulterior aparición de estados de ánimo ansiosos, depresivos u hostiles (Stand, Mease & Williams, 2009; Moreno et al., 2010). Asimismo se planteará, en este caso, la posibilidad de proporcionar al paciente estimulación positiva y reforzante susceptible de incrementar su bienestar. En otras palabras, siempre que sea posible, no se tratará sólo de eliminar o paliar el sufrimiento del enfermo sino de aumentar su gama de satisfactores proporcionando, obviamente sin mentir, esperanza, alegría y gusto por disfrutar el tiempo que le quede de vida. En sexto lugar, consideramos que el instrumento más adecuado de que disponen todos los miembros de un equipo interdisciplinar para conseguir los objetivos intermedios que se deducen de nuestro modelo, en especial facilitar el proceso de adaptación y disminuir la vulnerabilidad del enfermo, será el counselling en el cual convergen las estrategias sugeridas antes por otros autores (comunicación asertiva, apoyo emocional, ...) aunque va mucho más allá de ellas. Y, finalmente, debemos señalar que, en muchas ocasiones, también podremos combatir directamente el sufrimiento de los enfermos mediante estrategias como la información, la distracción, la reevaluación cognitiva, la relajación o la hipnosis, entre otras, susceptibles de atenuar o alejar la sensación de amenaza (Johnson, Zandra & Davis, 2006; Lledó-Boyer et al., 2010).



En consecuencia, el objetivo de nuestro estudio es reconocer la relación que existe entre los rasgos de personalidad y el estilo de afrontamiento en aquellas personas mayores diagnosticadas con las enfermedades crónicas de Fibromialgia y Fatiga Crónica.

Nuestra investigación viene guiada por la creencia de que estos pacientes pueden presentar mayor tendencia a puntuar alto en el rasgo de Ansiedad y bajo en los rasgos de Eficacia, Control Cognitivo, Liderazgo y Deseabilidad Social cuando de forma habitual padecen cuadros de dolor o/y fatiga. Así mismo, consideramos que estos pacientes pueden presentar mayor tendencia a un afrontamiento adaptativo cuanto mayor es su evolución en número de años.

### **3. Metodología de investigación**

El presente trabajo de investigación ha contado con una muestra de 342 pacientes diagnosticados con el Síndrome de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica que acudieron a hospitales del País Vasco y Navarra, así como aquellos que pertenecían a las Asociaciones de Pacientes con Fibromialgia en ambas provincias.

Los sujetos fueron incluidos en la investigación de forma aleatoria conforme a una citación médica previa en el caso de los hospitales y, en el caso de las asociaciones, por asignación aleatoria atendiendo a listados confidenciales. Todos ellos presentan un informe médico donde aparecen diagnosticados con dichas patologías.

La muestra total de los sujetos son adultos que cubren el intervalo de edad entre los 33 y 84 años, siendo el 79 % mujeres. El grupo muestral, en la segunda fase del estudio, que nos interesa es aquella que corresponde con los mayores de 60 años (3ª y 4ª edad) y que representa el 55,8 % de la muestra total. Este colectivo de mayores, a su vez, presenta habitualmente un cuadro sintomático de dolor asociado a esta patología en un 53 % y una sintomatología de fatiga en un 79 %.

Patología	Muestra
Fibromialgia	227
Fatiga Crónica	115
Total	342

Cuadro 1: Muestra asociada a cada patología (Fibromialgia y Fatiga Crónica).

La evolución de la enfermedad en esta muestra de mayores se presenta repartida entre 0 y 17 años en diversos intervalos (0-5 años, 6-10 años, 11-17 años).

El nivel educativo en un 65 % se sitúa en la Educación básica, en un 25 % en el Bachillerato y escasamente el 10 % alcanza estudios universitarios.

### 3.1. *Instrumentos de evaluación*

En este trabajo de campo hemos aplicado fundamentalmente dos instrumentos asociados a los objetivos ya plasmados: por un lado, el Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS) y, por otro, el Coping Strategies Questionnaire (CSQ).

El Cuestionario de Personalidad Situacional (Fernández Seara, Seisdedos y Mielgo, 1998) consta de 233 ítems y comprende 15 rasgos de personalidad y 3 estilos o tendencias de comportamiento. Las variables de personalidad subyacentes a las 15 escalas tienen su correspondencia con parecidas denominaciones en otros tests de personalidad, por ejemplo, EPI de Eysenck, CEP de Pinillos, 16PF de Catell, ... Y, estos autores han contribuido con 5 factores de buena estabilidad en la personalidad como son el ajuste, el liderazgo, la independencia, el consenso y la extraversión.

El Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Rosenstiel & Keefe, 1983) adaptado por Rodríguez Franco, Cano García y Blanco Picabia (2004). Consta de 8 escalas de 6

items cada una: distracción, reinterpretación de la sensación dolorosa, autoverbalizaciones de afrontamiento, ignorar la sensación dolorosa, rezos y esperanza, catastrofización, incremento del nivel de actividad e incremento de las conductas dirigidas a disminuir el dolor. En un análisis factorial de segundo orden agrupan las estrategias de afrontamiento atendiendo a la denominación de adaptativo y desadaptativo (fe y plegarias, y catastrofización).

### 3.2. Procedimiento de investigación

Los sujetos que componen la muestra de pacientes con Síndrome de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica fueron entrevistados la primera vez en las Consultas Externas de los distintos hospitales remitidos por el equipo médico y en los despachos de las asociaciones por citación telefónica previa y aleatoria, en distintas provincias (Vizcaya, Guipúzcoa, Alava y Navarra).

Muestra: sintomatología	Dolor	No dolor	Totales
33 – 59 años	83	68	151
60 – 74 años	95	37	132
75 – 84 años	41	18	59
Totales	219	123	342

Cuadro 2: Pacientes diagnosticados de Síndrome de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica que padecen o no sintomatología de dolor atendiendo a la variable edad.

Las entrevistas fueron realizadas oralmente, por un lado, para recoger los datos referidos a las variables de identificación (edad, sexo, residencia, estado civil, situación laboral, nivel educativo, años de evolución de la enfermedad, cuadro sintomático, actividades de ocio y formativas y su frecuencia). Por otro lado, y en un segundo momento debido al

nivel cultural de aproximadamente los dos tercios de la muestra, se aplicaron también oralmente ambos cuestionarios. Estas entrevistas se realizaron individualmente y con la previa aceptación voluntaria de participación en el estudio.

#### 4. Resultados del estudio empírico

Los datos recogidos en la presente investigación fueron sometidos al estadístico alfa de Cronbach con el fin de determinar el nivel de fiabilidad de los mismos. A continuación, se presenta el cuadro diferenciando la muestra total de la muestra relativa a las tres franjas de edad: adultos, mayores de 60 años y mayores de 75 años (cuadro 3).

Pruebas aplicadas	N	33 - 59 años	%	Alfa-Cronbach	Elementos
		60 - 74 años			
CPS	342	151	44,15 %	0,747	18
		132	38,59 %	0,697	
		59	17,26 %	0,721	
CSQ	342	151	44,15 %	0,819	8
		132	38,59 %	0,776	
		59	17,26 %	0,803	

Cuadro 3: Estadístico de fiabilidad (alfa de Cronbach) asociado a las pruebas CPS y CSQ.

Constatamos que en la muestra total de la investigación el índice de fiabilidad es alto tanto en lo que corresponde al Cuestionario de Personalidad Situacional como en el de

Estrategias de Afrontamiento. Se sitúan aproximadamente entre el 0,70 y 0,80 lo cual significa que en ambas pruebas se refleja un nivel óptimo de consistencia interna.

En el caso de la muestra de adultos (33-59 años) constatamos que el índice de fiabilidad se sitúa entre el 0,747 y 0,819. En el caso de las personas de tercera edad, el índice se sitúa entre el 0,697 y 0,776. Y, en el caso de las personas de cuarta edad, el índice se sitúa entre el 0,721 y 0,803.

El índice en los tres subgrupos muestrales y para ambas pruebas indica que su consistencia interna es significativamente óptima. Y, sin duda, este dato nos posibilita seguir avanzando en los resultados y análisis relativos a la muestra diana, especialmente, los mayores de 60 años (tercera y cuarta edad).

Atendiendo a las hipótesis contempladas en la primera fase de nuestro estudio, seleccionamos diversos rasgos, tendencias de comportamiento y estilos de afrontamiento:

- a) En el caso del Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS) seleccionamos, por un lado, los siguientes rasgos: Ansiedad, Eficacia, Control Cognitivo y Liderazgo; y, por otro lado, la siguiente tendencia de comportamiento: Deseabilidad Social.
- b) En el caso del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ) seleccionamos los estilos de afrontamiento: adaptativo y desadaptativo.

Muestra - Síntomas	Dolor	No Dolor	Totales
33 – 59 años	83	68	151

60 – 74 años	95	37	132
75 – 84 años	41	18	59
Totales	219	123	342

Cuadro 4: Pacientes diagnosticados con el Síndrome de Fibromialgia o Fatiga Crónica que padecen sintomatología o no de dolor atendiendo a la clasificación por grupos de edad.

En las tres submuestras del estudio podemos comprobar que la sintomatología de dolor aparece en más del 50 % de los pacientes: el subgrupo de adultos presenta un 54,96 %, el subgrupo de tercera edad presenta un 71,96 % y el subgrupo de cuarta edad un 69,49 %. Es decir, constatamos que en torno al 70 % de las personas mayores de esta muestra refieren dolor en su sintomatología habitual. Y, por otro lado, en relación al síntoma de fatiga no se constatan destacadas diferencias a lo largo del ciclo vital pero sí, en cambio, cuando nos referimos al síntoma dolor; en consecuencia, así lo hemos reflejado en el cuadro 4.

A continuación presentamos cuadros de datos derivados del Análisis Multivariante atendiendo a algunos de los rasgos del Cuestionario de Personalidad Situacional y estilos de afrontamiento relativos al Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento. Los datos se refieren exclusivamente en las muestras de los mayores de 60 años (tercera y cuarta edad) atendiendo a la primera fase ya mencionada.

Muestra 65 – 74 años CPS – Fibromialgia	Suma de Cuadrados Tipo III	gl	F	Nivel significación

Síntoma Dolor	Ansiedad	1,371	1	5,441	0,016
	Eficacia	3,214	1	2,665	0,127
	Control Cognitivo	1,769	1	1,907	0,059
	Liderazgo	2,001	1	1,234	0,228
	Deseabilidad Social	3,331	1	2,445	0,651
Evolución	Ansiedad	2,090	1	2,886	0,099
	Eficacia	3,112	1	3,226	0,026
	Control Cognitivo	1,756	1	2,667	0,211
	Liderazgo	2,997	1	2,565	0,031
	Deseabilidad Social	9,030	1	5,331	0,339
Síntoma Dolor & Evolución	Ansiedad	4,110	1	2,998	0,013
	Eficacia	3,971	1	3,001	0,028
	Control Cognitivo	1,983	1	1,046	0,124
	Liderazgo	2,345	1	0,461	0,341
	Deseabilidad Social	6,754	1	1,975	0,087

Cuadro 5.1: Análisis Multivariante aplicado a la muestra de 3ª edad atendiendo a las variables Dolor, Evolución y rasgos diversos del CPS en la patología de Fibromialgia.

Podemos constatar que es significativo, en el caso de los mayores de tercera edad con Fibromialgia, el síntoma de dolor o evolución para el rasgo de Ansiedad. Y, vuelve a ser significativo en los rasgos de ansiedad y eficacia atendiendo conjuntamente el síntoma dolor y evolución de la enfermedad (cuadro 5.1).

Muestra 65 – 74 años CPS – Fatiga Crónica	Suma de Cuadrados Tipo III	gl	F	Nivel significación
Ansiedad	1,345	1	2,449	0,019

Síntoma Dolor	Eficacia	0,346	1	4,616	0,312
	Control Cognitivo	3,221	1	2,883	0,519
	Liderazgo	1,665	1	1,227	0,312
	Deseabilidad Social	0,776	1	1,049	0,156
Evolución	Ansiedad	2,474	1	3,686	0,113
	Eficacia	0,178	1	1,232	0,066
	Control Cognitivo	2,343	1	2,871	0,177
	Liderazgo	1,455	1	2,099	0,291
	Deseabilidad Social	1,309	1	1,566	0,129
Síntoma Dolor & Evolución	Ansiedad	1,777	1	1,004	0,021
	Eficacia	1,320	1	3,210	0,331
	Control Cognitivo	2,491	1	1,872	0,214
	Liderazgo	2,005	1	1,003	0,134
	Deseabilidad Social	1,391	1	2,081	0,168

Cuadro 5.2: Análisis Multivariante aplicado a la muestra de 3ª edad atendiendo a las variables Dolor, Evolución y rasgos diversos del CPS en la patología de Fatiga Crónica.

En el caso de los mayores de tercera edad con Fatiga Crónica, comprobamos que presentan nivel significativo exclusivamente para el rasgo de ansiedad, por un lado, en el síntoma de dolor y, por otro lado, al combinar el dolor con la evolución de su patología (cuadro 5.2). No aparecen niveles significativos en los rasgos de eficacia, control cognitivo, liderazgo y deseabilidad social.

Muestra 75 – 84 años CPS – Fibromialgia	Suma de Cuadrados Tipo III	gl	F	Nivel significación
Ansiedad	1,117	1	2,004	0,043
Eficacia	1,036	1	1,991	0,049



Síntoma Dolor	Control Cognitivo	0,991	1	0,356	0,167
	Liderazgo	1,302	1	3,512	0,113
	Deseabilidad Social	3,871	1	2,019	0,411
Evolución	Ansiedad	4,111	1	2,453	0,086
	Eficacia	2,917	1	2,099	0,199
	Control Cognitivo	0,541	1	1,451	0,211
	Liderazgo	0,662	1	2,074	0,066
	Deseabilidad Social	1,377	1	2,551	0,236
Síntoma Dolor & Evolución	Ansiedad	1,523	1	0,522	0,022
	Eficacia	1,711	1	0,659	0,315
	Control Cognitivo	0,921	1	1,974	0,711
	Liderazgo	4,024	1	3,033	0,277
	Deseabilidad Social	6,401	1	1,787	0,188

Cuadro 5.3: Análisis Multivariante aplicado a la muestra de 4ª edad atendiendo a las variables Dolor, Evolución y rasgos diversos del CPS en la patología de Fibromialgia.

En el cuadro 5.3, constatamos que, por un lado, el rasgo de ansiedad es significativo para el síntoma dolor y para la conjunción de dolor y evolución de la enfermedad de Fibromialgia; y, por otro lado, la eficacia presenta nivel significativo exclusivamente para el síntoma dolor. Estos resultados van asociados a las personas de cuarta edad de nuestra muestra.

Muestra 75 – 84 años CSQ – Fatiga Crónica		Suma de Cuadrados Tipo III	gl	F	Nivel significación
	Ansiedad	2,311	1	1,885	0,032
	Eficacia	2,091	1	2,351	0,048
Síntoma Dolor	Control Cognitivo	2,873	1	4,471	0,055

	Liderazgo	4,117	1	6,323	0,253
	Deseabilidad Social	0,919	1	0,183	0,661
Evolución	Ansiedad	1,237	1	2,336	0,047
	Eficacia	0,881	1	2,003	0,531
	Control Cognitivo	2,665	1	2,384	0,078
	Liderazgo	1,929	1	0,144	0,133
	Deseabilidad Social	3,221	1	2,911	0,156
Síntoma Dolor & Evolución	Ansiedad	1,992	1	0,727	0,017
	Eficacia	2,967	1	1,013	0,152
	Control Cognitivo	0,338	1	0,474	0,373
	Liderazgo	4,331	1	2,711	0,193
	Deseabilidad Social	0,123	1	0,656	0,068

Cuadro 5.4: Análisis Multivariante aplicado a la muestra de 4ª edad atendiendo a las variables Dolor, Evolución y rasgos diversos del CPS en la patología de Fatiga Crónica.

El rasgo de ansiedad es significativo en los tres niveles de análisis, es decir, con el síntoma dolor, la evolución y la interrelación dolor-evolución para los mayores de cuarta edad con patología de Fatiga Crónica. En este cuadro 5.4, igualmente podemos constatar que resulta significativo para el síntoma dolor el rasgo de eficacia. Por tanto, deducimos que es significativo el rasgo de eficacia para los mayores de 75 años en ambas patologías.

Muestra 65 – 74 años CQS – Fibromialgia	Suma de Cuadrados Tipo III	gl	F	Nivel significación
Afront. Adaptativo	7,022	1	2,115	0,361
Síntoma Dolor Afront. Desadaptativo	5,331	1	3,466	0,029

Evolución	Afront. Adaptativo	3,227	1	1,898	0,465
	Afront. Desadaptativo	4,011	1	1,216	0,272
Síntoma Dolor & Evolución	Afront. Adaptativo	0,717	1	1,133	0,331
	Afront. Desadaptativo	3,043	1	4,018	0,086

Cuadro 5.5: Análisis Multivariante aplicado a la muestra de 3ª edad atendiendo a las variables Dolor, Evolución y rasgos diversos del CSQ en la patología de Fibromialgia.

En relación a las puntuaciones obtenidas en el parámetro de afrontamiento, comprobamos que, en la muestra de pacientes con Fibromialgia y pertenecientes a la tercera edad, únicamente aparece un nivel significativo en el afrontamiento desadaptativo para el síntoma dolor. El resto de parámetros es no significativo (cuadro 5.5).

Muestra 65 – 74 años CQS – Fatiga Crónica	Suma de Cuadrados Tipo III	gl	F	Nivel significación
Afront. Adaptativo	1,267	1	2,314	0,531
Síntoma Dolor Afront. Desadaptativo	2,333	1	3,411	0,018

Evolución	Afront. Adaptativo	3,112	1	0,663	0,155
	Afront. Desadaptativo	9,017	1	5,241	0,032
Síntoma Dolor & Evolución	Afront. Adaptativo	2,254	1	1,347	0,063
	Afront. Desadaptativo	1,716	1	0,222	0,007

Cuadro 5.6: Análisis Multivariante aplicado a la muestra de 3ª edad atendiendo a las variables Dolor, Evolución y rasgos diversos del CSQ en la patología de Fatiga Crónica.

Tal y como aparece reflejado en cuadro 5.6, el parámetro de afrontamiento desadaptativo es significativo en los tres niveles (dolor, evolución e interrelación de dolor y evolución) para los pacientes de Fatiga Crónica en la tercera edad. En cambio, el afrontamiento adaptativo es no significativo en todos los casos.

Muestra 75 – 84 años CQS – Fibromialgia	Suma de Cuadrados Tipo III	gl	F	Nivel significación
Afront. Adaptativo	1,311	1	0,991	0,159
Afront. Desadaptativo	4,007	1	2,130	0,122
Afront. Adaptativo	0,344	1	0,661	0,611

Evolución	Afront. Desadaptativo	1,277	1	0,112	0,132
Síntoma Dolor & Evolución	Afront. Adaptativo	4,221	1	2,014	0,298
	Afront. Desadaptativo	1,312	1	1,621	0,073

Cuadro 5.7: Análisis Multivariante aplicado a la muestra de 4ª edad atendiendo a las variables Dolor, Evolución y rasgos diversos del CSQ en la patología de Fibromialgia.

La muestra de pacientes con Fibromialgia de cuarta edad refleja, a través del CQS, que no es significativo ni el afrontamiento adaptativo ni el afrontamiento desadaptativo. Esta falta de significatividad se extiende tanto al síntoma de dolor, a la evolución como a la interacción de ambos, es decir, en ninguno de los tres niveles (cuadro 5.7).

Muestra 75 – 84 años CQS – Fatiga Crónica	Suma de Cuadrados Tipo III	gl	F	Nivel significación	
Síntoma Dolor	Afront. Adaptativo	3,033	1	1,992	0,336
	Afront. Desadaptativo	1,127	1	0,882	0,062
Evolución	Afront. Adaptativo	0,662	1	0,557	0,623

	Afront. Desadaptativo	3,135	1	2,441	0,027
Síntoma Dolor & Evolución	Afront. Adaptativo	1,371	1	0,797	0,332
	Afront. Desadaptativo	2,442	1	1,311	0,041

Cuadro 5.8: Análisis Multivariante aplicado a la muestra de 4ª edad atendiendo a las variables Dolor, Evolución y rasgos diversos del CSQ en la patología de Fatiga Crónica.

Por último, y atendiendo a los pacientes de Fatiga Crónica de cuarta edad, constatamos que el parámetro de afrontamiento desadaptativo presenta niveles significativos tanto en la variable evolución como en la interrelación de las variables dolor y evolución. No así sucede ante la sintomatología de dolor; y tampoco, en el caso del parámetro de afrontamiento adaptativo (cuadro 5.8).

#### **4. Discusión y Conclusiones**

Una vez recogidos todos los datos y realizados los análisis estadísticos pertinentes pasamos a estructurar la discusión y conclusiones de los mismos, teniendo en cuenta que las tablas o cuadros presentados son, únicamente, una parte de la totalidad de resultados obtenidos en este estudio.

En primer lugar, es clara la diferencia entre las patologías de Fibromialgia y Fatiga Crónica tanto en los parámetros del Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS) como en los del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ). Por un lado, los pacientes de Fibromialgia de tercera edad y cuarta edad presentan niveles significativos en Ansiedad y Eficacia. Mientras que los pacientes de Fatiga Crónica, en el caso de la tercera edad es significativa la ansiedad en los niveles de dolor y en la interrelación; y, en el caso de la cuarta edad, la significatividad se extiende a los tres niveles (dolor, evolución e interrelación) (Vallejo, Rivera & Esteve-Vives, 2010).

En segundo lugar, los pacientes con patología de Fibromialgia parecen presentar niveles significativos exclusivamente en la sintomatología de dolor y para el afrontamiento desadaptativo. Mientras que los pacientes de Fatiga Crónica parecen mostrar niveles significativos en el parámetro de afrontamiento desadaptativo exclusivamente para la interrelación de dolor y evolución de la patología.

En tercer lugar hemos detectado que aquellos pacientes que presentan más de 10 años de evolución, tanto en los cuadros de Fibromialgia como de Fatiga Crónica, muestran mayor conocimiento de su enfermedad, de su sintomatología y ello puede derivarles hacia un mejor enfoque y, consiguientemente, un afrontamiento adaptativo (Rodríguez Franco et al., 2004; Slatkowsky-Christensen, Mowinckel & Kvien, 2009). En cambio, aquellos que su evolución está por debajo de los 10 años pueden presentar una mayor tendencia a desarrollar un afrontamiento desadaptativo y, en definitiva, poco ajustado a la dinámica y expresión de la propia enfermedad.

Parece ser que el síntoma fatiga frente al síntoma dolor afecta a un mayor número de pacientes y especialmente a aquellos que superan los 60 años (tercera y cuarta), resulta una variable que discrimina significativamente en relación a los distintos rasgos presentados. Especialmente, en aquellos denominados como Ansiedad, Eficacia y Control Cognitivo. En la misma dirección apunta que el síntoma de fatiga interacciona, en mayor medida, con el plano cognitivo del paciente destacándose una situación o estado de bloqueo o deterioro mental. Estos datos coinciden con lo expuesto en diversos estudios atendiendo a procesos cognitivos como la memoria, la atención, ... (Neerinckx et al., 2000; Creswell & Chalder, 2001; Kraaimaat & Evers, 2003; Sallinen, Kukkurainen, & Peltokallio, 2011).

El hecho de que un paciente presente habitualmente un cuadro sintomático basado en la Fatiga y con un evolución de al menos 10 años tenderá a asociarse con mayor facilidad con mayores niveles en Ansiedad y unos bajos niveles en Eficacia (sentido competencial), Control Cognitivo (procesos y habilidades), Liderazgo (organización y consecución de objetivos) y Deseabilidad Social. En cambio los niveles aún siendo altos son menores en el caso de la interrelación de la Evolución y el síntoma Dolor; en

este caso, no aparecen niveles significativos, especialmente en el cuadro de Fatiga Crónica, en los rasgos de Eficacia y Liderazgo.

Por tanto, el padecimiento habitual de un síntoma como la Fatiga frente al síntoma Dolor puede favorecer la discriminación en cuanto a rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento (Nicassio & Schuman, 2005). Y, por otro lado, el hecho de que un paciente con Fibromialgia, y especialmente Fatiga crónica, presente una evolución mayor o menor de 10 años puede conllevar un mayor o menor conocimiento de su enfermedad y, en consecuencia, pueda posicionarse de manera más o menos proactiva y positiva de cara a su ajuste y adaptación a las condiciones y exigencias en su vida cotidiana (Fontaine & Haaz, 2007; Rodero et al., 2011).

En investigaciones de estas características se constata de forma consistente el efecto positivo que produce el afrontamiento basado en el ocio tanto para la salud física como psíquica. Ahora bien, hay que tener en cuenta que no todas las actividades de la vida diaria tienen el mismo impacto sobre la salud y calidad de vida, depende de las características de las personas y de la situación como ha quedado contemplado en este estudio (White et al., 2006; Moreno et al., 2010). Las experiencias y eventos vitales contribuyen a que el individuo desarrolle habilidades y competencias sociales, no se perciba sometido a presiones externas, posea sentimientos de control y dominio y esté dominado por el desafío

En consecuencia, podrá presentar un afrontamiento que contribuya o favorezca su calidad de vida (Aldrich, Eccleston & Crombez, 2000; Cano García y Rodríguez Franco, 2003; Kraaimaat & Evers, 2003; Wilson, Whitehead & Burrell, 2011). Y, es indudable que no existen respuestas de afrontamiento en sí mismas eficaces o ineficaces para el paciente con Fibromialgia, y más concretamente en la persona mayor, más bien se trata de posicionarse en clave de adoptar estrategias supuestamente activas que conlleven un sentido de control, que se asocien con una mejor capacidad funcional y un mejor estado emocional. Este posicionamiento puede determinar, a su vez, el esfuerzo que llegará a realizar una persona para desempeñar una conducta (actividades de su vida cotidiana) que se ajuste a las demandas de su entorno.



## Referencias Bibliográficas

- Aldrich, S., Eccleston, C. & Crombez, G. (2000). Worrying about chronic pain: Vigilance to threat and misdirected problem solving. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 457-470.
- Bockian, N., Meagher, S. & Millon, T. (2000). Assessing personality with the Millon Behavioral Health Inventory, the Millon Behavioral Medicine Diagnostic and The Millon Clinical Multiaxial Inventory. In R.J.Gatchel & J.N.Weisberg (Eds.). *Personality characteristics of patients with pain* (pp.61-88). Washington: American Psychological Association.
- Boothby, J., Thorn, B., Stroud, M. & Jensen, M. (1999). Coping with pain. In R.J. Gatchel & D.C. Turk (Eds.). *Psychological factors in pain: Critical perspectives* (pp.343-359). New York: Guilford Press.
- Bosch, E., Sáenz, N., Valls, M. y Viñolas, S. (2002). Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Atención Primaria*, 30 (1), 16-21.
- Burckhardt, C. & Henriksson, C. (2001). The Coping Strategies Questionnaire (Swedish version): evidence of reliability and validity in patients with fibromyalgia. *Scand. Journal Behav. Therapy*, 30(3), 97-107.
- Cano García, F. y Rodríguez Franco, L. (2003). Pensamientos negativos automáticos en el dolor crónico. *Psiquis*, 24 (3), 137-145.
- Creswell, C. & Chalder, T. (2001). Defensive coping styles in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 607-610.
- Csikszentmihalyi, M. y Kleiber, D. (1991). *Leisure and self-actualization*. En B. Driver y P. Brown. *Benefits of leisure*. Pennsylvania: Venture: Publising.
- Driver, B., Brown, P. y Peterson, G. (eds.) (1991). *Benefits of leisure*. Pennsylvania: Venture Publising.
- Dumazedier, J. (1998). La importancia oculta del crecimiento del tiempo libre en la metamorfosis de la civilización. *Boletín ADOZ*, nº 15, 10-20.
- Evers, A., Kraaimaat, F., Van Lankveld, W., Jongen, P., Jacobs, J. & Bijlsma, J. (2001). Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for

- chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1026-1036.
- Fernández Seara, J., Seisdedos, N. y Mielgo, M. (1998). CPS: Cuestionario de Personalidad Situacional. Madrid: TEA Ediciones, SA.
- Fontaine, K. & Haaz, S. (2007). Effects of lifestyle physical activity on health status, pain and function in adults with fibromyalgia syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 15 (1), 3-9.
- Gelmans, S., Lera, S., Caballero, F. y López, M. (2002). Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Revista Española de Reumatología*, 29 (7), 323-329.
- Harevent, T. (1996). Aging and generational relations over the life course. A historical and cross-cultural perspective. New York: Walter de Gruyter.
- Kelly, J. (1990). Leisure and aging: a second agenda. Québec: Loisir & Société.
- Jason, L., Witter, E. & Torres-Harding, S. (2003). Chronic fatigue syndrome, coping, optimism and social support. *Journal of Mental Health*, 12 (2), 109-118.
- Johnson, L., Zandra, A. & Davis, M. (2006). The role of illness uncertainty on coping with fibromyalgia symptoms. *Health Psychology*, 25 (6), 696-703.
- Johnson, S., Gil-Rivas, V. & Schmalings, K. (2008). Coping strategies in chronic fatigue syndrome: outcomes over time. *Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 24 (4), 305-312.
- Kraaimaat, F. y Evers, A. (2003). Pain-coping strategies in chronic pain patients: psychometric characteristics of the pain-coping inventory. *International Journal of Behavioral Medicine*, 10 (4), 343-363.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. (1999). Stress and emotion. A new synthesis. New York: Springer.
- Lledó-Boyer, A., Pastor-Mira, M., Pons-Calatayud, N., López-Roig, S., Rodríguez Marín, J. & Bruehl, S. (2010). Control beliefs, coping and emotions: exploring relationships to explain fibromyalgia health outcomes. *International Journal of Clinical Health & Psychology*, 10 (3), 459-476.
- Mayer, M. (2000). The role of severe life stress, social support and attachment in the onset of chronic fatigue syndrome. *Dissertation Abstracts International*, 60 (10).

- Moreno, M., Fernández, A., Muñoz, M., Pardo, J., Díaz, M. & Vallejo, M. (2010). Tratamiento cognitivo-conductual protocolizado y en grupo de la fibromialgia. *Clínica y Salud*, 21 (2), 107-121.
- Moss-Morris, R. (2005). Symptom perceptions, illness beliefs and coping in chronic fatigue syndrome. *Journal of Mental Health*, 14 (3), 223-235.
- Neerinx, E., Van Houdenhove, B., Lysens, R., Vertommen, H. & Onghena, P. (2000). Attributions in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia syndrome in tertiary care. *The Journal of Rheumatology*, 27, 1051-1055.
- Nicassio, P. & Schuman, C. (2005). The prediction of fatigue in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 13 (1), 15-26.
- Njoku, M., Jason, L. y Torres-Harding, S. (2005). The relationships among coping styles and fatigue in an ethnically diverse sample, 10 (4), 263-278.
- Pascual, A., García Campayo, S., Lou, S. y Ibañez, J. (2004). Evaluación psicométrica en fibromialgia. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 71, 13-21.
- Peng, T. (2004). Fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Journal of Rheumatology*, 7 (3), 219-231.
- Pratt, M. & Norris, J. (1994). *The social psychology of aging: a cognitive perspective*. Oxford: Blackwell.
- Qualls, S. & Abelles, N. (2000). *Psychology and the aging revolution: how we adapt to longer life*. Washington: APA.
- Richart, M. (1999). *La calidad de vida en la vejez: sus determinantes biológicos, psicológicos y sociales*. San Vicente: Ed. Club Universitario.
- Rodero, B., Casanueva, B., Luciano, J., Gili, M., Serrano-Blanco, A. & García-Campayo, J. (2011). Relationship between behavioural coping strategies and acceptance in patients with fibromyalgia syndrome: elucidating targets of interventions. *Musculoskeletal Disorders*, 12 (1), 143-151.
- Rodham, K., Rance, N. & Blake, D. (2010). A qualitative exploration of carers' and patients experiences of fibromyalgia: one illness, different perspectives. *Musculoskeletal Care*, 8 (2), 68-77.
- Rodríguez Franco, L., Cano García, F. y Blanco Picabia, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Esp. Psiquiatría*, 32 (2), 82-91.

- Rosenstiel, A. & Keefe, F. (1983). The use of cognitive coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Sallinen, M., Kukkurainen, M., & Peltokallio, L. (2011). Finally Heard, believed and accepted – Peer support in the narratives of women with fibromyalgia. *Patient Education & Counselling*, 85 (2), 126-130.
- Slatkowsky-Christensen, B., Mowinckel, P. & Kvien, T. (2009). Health status and perception of pain: a comparative study between female patients with hand osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 38 (5), 342-348.
- Soriano, J. y Monsalve, V. (1999). Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 62, 43-64.
- Stand, R., Mease, P. & Williams, D. (2009). Fibromyalgia facts: foundations for assessment, care and treatment strategies. *Primary Psychiatry*, 16, 1-15.
- Taylor, R., Friedberg, F. & Jason, L. (2001). *A Clinician's Guide to Controversial Illnesses: Chronic Fatigue Syndrome, Fibromyalgia and Multiple Chemical Sensitivities*. New York: Professional Resource Press.
- Vallejo, M., Rivera, J. & Esteve-Vives, J. (2010). Development of a self-reporting tool to obtain a combined index of severity of fibromyalgia. *Health & Quality of Life Outcomes*, 8, 1-7.
- White, K., Lehman, D., Hemphill, K., Mandel, D. & Lehman, A. (2006). Causal attributions, perceived control and psychological adjustment: a study of Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Applied Social Psychology*, 36 (1), 75-99.
- Wilson, L., Whitehead, L. & Burrell, B. (2011). Learning to live well with chronic fatigue: The personal perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (10), 2161-2169.