

La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos

Elena Miró, Fabián N. Diener, M^a Pilar Martínez, Ana I. Sánchez y Marie Carmen Valenza
Universidad de Granada

La prevalencia de fibromialgia (FM) en varones es mucho menor que en mujeres, lo que ha llevado a que el conocimiento actual sobre el síndrome se haya desarrollado a partir de la investigación con mujeres. El objetivo del presente estudio es analizar si las manifestaciones de la FM difieren en función del sexo. Participaron en el estudio dos grupos clínicos con FM (21 varones y 21 mujeres) y un grupo control de hombres sanos (n= 21). Se evaluaron múltiples aspectos de dolor, sueño, fatiga, psicopatología, malestar emocional e impacto funcional de la FM con un algómetro y autoinformes. Los grupos clínicos mostraron una afectación significativamente mayor que el grupo control en todas las medidas de autoinforme. Sin embargo, los pacientes con FM solo se diferenciaron de forma significativa en su umbral de sensibilidad al dolor, que fue menor en las mujeres. Además, el mejor predictor de la experiencia de dolor en varones fue la calidad de sueño y en las mujeres la catastrofización del dolor. Nuestros resultados sugieren que las estrategias terapéuticas más eficaces para controlar el dolor podrían ser diferentes en hombres y mujeres.

Fibromyalgia in men and women: Comparison of the main clinical symptoms. The prevalence of fibromyalgia (FM) in males is much lower than in women. Thus, current knowledge about the syndrome has been developed from research with women. The aim of the present study is to analyze whether FM manifestations differ as a function of sex. Two clinical groups with FM (21 males and 21 women) and a control group of healthy men (n= 21) participated in the study. Several aspects of pain, sleep, fatigue, psychopathology, emotional distress and functional impact of FM were evaluated with an algometer and questionnaires. The clinical groups showed a significantly greater impairment than the control group in all the self-report measures. However, the FM patients only showed significant differences in the sensibility threshold to the pain, which was lower in the women. In addition, the best predictor of the experience of pain in males was sleep quality, and in the women, catastrophizing pain. Our results suggest that the most effective therapeutic strategies to control pain may be different for men and women.

La fibromialgia (FM) se define por la presencia de dolor musculoesquelético generalizado durante al menos tres meses y dolor a la presión en al menos 11 de 18 puntos corporales sensibles (Wolfe et al., 1990). Recientemente Wolfe et al. (2010) han propuesto como variables diagnósticas más importantes el dolor generalizado, la disfunción cognitiva, el sueño no reparador y los múltiples síntomas somáticos.

Este síndrome afecta al 2-5% de la población general y suele aparecer entre los 30-50 años (Katz, Mamyrova, Guzhyva y Furmark, 2010), lo que genera importantes costes sociales (Pastor Mira, Lledó Boyer, López-Roig, Pons Calatayud y Martín-Aragón, 2010). Además, los estudios epidemiológicos han demostrado la preponderancia de la FM en las mujeres frente a los varones con una ratio aproximada de 9:1 (Katz et al., 2010). En España la pre-

valencia de FM es de 2,4% y la proporción mujeres/hombres de aproximadamente 22:1 (Mas et al., 2008).

Debido al menor número de hombres que reciben el diagnóstico de FM la literatura sobre FM se ha desarrollado básicamente en función de las mujeres. Únicamente seis estudios han analizado las posibles características diferenciales de la FM en función del sexo. Wolfe, Ross, Anderson y Russell (1995) observaron que las mujeres con FM presentaban un menor umbral del dolor, más dolor difuso y mayor número de puntos gatillo, más fatiga y alteración del sueño, y mayor comorbilidad con el síndrome del intestino irritable que los hombres. En cambio, no se encontraron diferencias significativas en función del sexo en malestar emocional o nivel de psicopatología. Estos resultados fueron replicados por Yunus, Inanici, Aldag y Mangold (2000), aunque estos autores no observaron diferencias en sueño en función del sexo. En un estudio posterior, Yunus, Celiker y Aldag (2004) compararon a varones y mujeres con FM en diversas escalas de dolor, fatiga, sueño, ansiedad, depresión, estrés, incapacidad y severidad global. Las mujeres presentaban más puntos gatillo y fatiga que los hombres pero no había diferencias en ningún otro aspecto.

Mientras estos estudios parecen sugerir que las mujeres con FM experimentan ciertos síntomas con más severidad que los varones,

los resultados de otros trabajos resultan contradictorios al respecto. Buskila, Neumann, Alhoashle y Abu-Shakra (2000) observaron con una muestra israelí que los varones con FM informaban de más dolor, rigidez, fatiga, alteración del sueño, síndrome del intestino irritable, depresión y deterioro del funcionamiento diario que las mujeres. Los autores sugieren que en una sociedad relativamente tradicional como la israelí, que subraya el rol del hombre como sustentador de la familia, es posible que los hombres asuman peor que las mujeres las limitaciones derivadas de tener FM. Hooten, Townsend y Decker (2007) encontraron que los hombres con FM informaban de más limitaciones físicas, mientras las mujeres experimentaban más interferencia en otros aspectos de su vida debido al dolor. No obstante, ambos grupos no se diferenciaron en dolor autoinformado, estrés y nivel de actividad. Por último, Ruiz Pérez et al. (2007) observaron que los hombres tardan más años en ser diagnosticados, están en mayor proporción en situación de baja laboral y tienen peor salud percibida. Estos autores subrayan que existen sesgos en la atención sanitaria a la FM, al asumirse que es «una enfermedad de mujeres».

Es posible que algunos resultados discordantes de los estudios expuestos se deban a diferencias socioculturales. No obstante, en los trabajos descritos se aprecian también deficiencias metodológicas. En los estudios revisados no se controla que los participantes presenten comorbilidad con otras condiciones reumáticas o de dolor. El único trabajo que incluye un grupo control de varones sanos es el de Yunus et al. (2000). La mayoría de estudios evalúan variables sociodemográficas y aspectos médicos más que síntomas psicológicos, y cuando éstos se recogen se evalúan con escalas Likert sin suficientes garantías psicométricas, con la excepción del trabajo de Wolfe et al. (1995) y de Yunus et al. (2004), que emplean instrumentos adecuados, y con la excepción del deterioro funcional, que en la mayoría de los estudios se ha evaluado con instrumentos estandarizados. Además, ningún estudio ha analizado factores cognitivo-afectivos, que son relevantes en la percepción del dolor.

El presente estudio tiene como objetivo: 1) analizar si los varones con FM difieren de los controles sanos y de las mujeres con FM en diversas medidas de dolor, aspectos cognitivo-afectivos relacionados con el dolor, sueño, fatiga, psicopatología, malestar emocional e impacto funcional efectuando una cuidadosa selección de los sujetos e incluyendo instrumentos con adecuadas propiedades psicométricas; y 2) determinar qué factores se asocian al dolor en los pacientes con FM y, en su caso, establecer cuáles son los que mejor predicen la experiencia de dolor en los hombres y las mujeres con FM.

Método

Participantes y procedimiento

Participaron en el estudio dos grupos clínicos con FM (n= 21 hombres y n= 21 mujeres) y un grupo control de hombres sanos (n= 21) con una edad entre 30-60 años. La edad media de los hombres y mujeres con FM fue de 48 (DT= 8,96) y 45,14 años (DT= 7,66), respectivamente, y la del grupo control de 43,24 años (DT= 9,40). Se contactó telefónicamente con los pacientes con FM del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada y de la Asociación de Fibromialgia de Granada para invitarlos a participar en el estudio. A cada participante se le realizó una entrevista semiestructurada (1-1,30 horas de duración) en la que se recogía información sobre comienzo y curso del

problema, estado psicológico, actitudes hacia la FM, tratamientos recibidos y consumo de medicación. Después de la entrevista se entregaba un cuadernillo con los cuestionarios del estudio, estableciendo una nueva cita para su entrega en el plazo máximo de una semana. Los cuestionarios se cumplimentaban aproximadamente en 1 hora, en el mismo orden en que se describen en el apartado de instrumentos. En la segunda cita con cada participante se efectuaba la evaluación con algómetro en los grupos clínicos.

Las mujeres con FM fueron seleccionadas al azar entre la muestra femenina de FM de ambos centros (n= 230). La muestra de varones de ambas entidades era n= 29, por lo que se seleccionó a todos los varones que cumplían los criterios de inclusión. El grupo control estuvo constituido por familiares y amigos de estudiantes de la Universidad de Granada. Los grupos fueron igualados en edad y nivel educativo.

Todos los pacientes habían sido diagnosticados de FM por un reumatólogo según los criterios de Wolfe et al. (1990). Los criterios de exclusión para todos los participantes fueron los siguientes: 1) existencia de otros problemas reumáticos o de dolor; 2) presencia de enfermedades médicas que pudieran influir en los aspectos evaluados como alteraciones endocrinas no tratadas, cáncer, etc.; 3) existencia de trastornos psicológicos con sintomatología severa (p. ej., riesgo de suicidio o ideación psicótica); y 4) trabajar de noche. El grupo control debía estar libre de cualquier tipo de condición de dolor en el momento del estudio. Los participantes firmaron un documento de consentimiento informado el primer día de evaluación y el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Granada.

Instrumentos

Intensidad del dolor. Utilizamos la adaptación española del *Short Form-McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ* (Lázaro et al., 2001). Este instrumento evalúa el dolor a través de 15 descriptores sensoriales y afectivos de dolor, un índice de dolor actual y una escala analógica visual (VAS) que valora la intensidad del dolor durante la última semana (rango entre 1 «ausencia de dolor» y 10 «dolor extremo»). En el presente estudio se ha utilizado la VAS. La consistencia interna del MPQ fue $\alpha = 0,84$.

Umbral de sensibilidad al dolor. Se evaluó con el algómetro Somedic AB, Farts, Sweden, aplicado por un fisioterapeuta entrenado. El instrumento consta de un puntero con extremo de goma de 1 cm² de diámetro, que ejerce presión de modo perpendicular al punto anatómico seleccionado (ritmo de 30 kPa/s). Se aplicó bilateralmente y de modo alternante en el tibial anterior, la apófisis articular C5-C6 y el espacio intermetacarpiano 2°-3° como en estudios previos (Wolfe et al., 1990). Se efectuaban dos ensayos de prueba en lugares corporales distintos de los seleccionados para el estudio indicando al sujeto que cuando la sensación fuera dolorosa dijera «ya». A continuación, se efectuaron tres mediciones en cada punto (intervalo de 30 segundos entre ellas), promediándose las tres medidas.

Ansiedad ante el dolor. Se empleó la puntuación global de la *Pain Anxiety Symptoms Scale-20, PASS-20* (McCracken y Dhingra, 2002), que explora el miedo al dolor y la conducta de escape/evitación asociada al dolor mediante 20 ítems. En la adaptación de la PASS para el presente estudio la consistencia interna fue $\alpha = 0,88$.

Atención al dolor. Se utilizó la puntuación total del *Pain Vigilance and Awareness Questionnaire, PVAQ* (McCracken, 1997),

que con 16 ítems evalúa la atención y conciencia del dolor. En la adaptación para el presente estudio la consistencia interna fue $\alpha=0,79$.

Catastrofización del dolor. Utilizamos la puntuación total de la versión española de la *Pain Catastrophizing Scale*, PCS (García-Campayo et al., 2008), que explora el pensamiento catastrofista (rumiación, magnificación e indefensión) en relación al dolor mediante 13 ítems. La consistencia interna de la PCS fue $\alpha=0,79$.

Calidad de sueño. Se empleó la escala total de la versión española del *Pittsburg Sleep Quality Index*, PSQI (Royuela y Macías, 1997), que con 19 ítems evalúa diversos aspectos relacionados con la calidad subjetiva del sueño. La consistencia interna del PSQI osciló entre $\alpha=0,67$ y $\alpha=0,81$.

Fatiga. Se utilizó la puntuación total del *Multidimensional Fatigue Inventory*, MFI (Smets, Garssen, Bonke y Haes, 1995), que explora fatiga general, fatiga física y mental, motivación y actividad reducida a través de 20 ítems. En la adaptación realizada para el presente estudio la consistencia interna fue $\alpha=0,83$.

Malestar psicopatológico. Utilizamos la versión española del *Symptom Checklist-90-Revised*, SCL-90-R (González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez-Abuín y Rodríguez-Pulido, 2002), que con 90 ítems evalúa los principales síntomas psicopatológicos. En el presente estudio se empleó el índice de distrés de síntomas positivos. La consistencia interna de la SCL-90-R osciló entre $\alpha=0,81$ y $\alpha=0,90$.

Ansiedad y depresión. Se evaluaron con la versión española de la *Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS (Herrero et al., 2003), que mediante 14 ítems evalúa síntomas de ansiedad y depresión en contextos clínicos no psiquiátricos. La consistencia interna fue de $\alpha=0,84$ para la subescala de depresión y $\alpha=0,85$ para la de ansiedad.

Funcionamiento diario. Se empleó la puntuación global de la versión española del *Fibromyalgia Impact Questionnaire*, FIQ (Rivera y González, 2004), que evalúa el estado de salud, la capacidad funcional y la dificultad para trabajar con 10 ítems. La consistencia interna del FIQ fue $\alpha=0,82$.

Expectativas de autoeficacia. Se evaluaron con la puntuación total de la versión española del *Chronic Pain Self-Efficacy Scale*, CPSS (Martín-Aragón et al., 1999), que explora las expectativas de autoeficacia para afrontar el dolor, los síntomas físicos y el funcionamiento con 19 ítems. La consistencia interna de la CPSS fue $\alpha=0,91$.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS 15.0. Para comparar las características sociodemográficas de los grupos se emplearon el test χ^2 , la prueba H de Kruskal-Wallis, la t de Student y el análisis de varianza (ANOVA) de un factor. Las posibles diferencias entre los grupos en medidas de autoinforme se examinaron con el análisis de varianza multivariado (MANOVA), tests univariados para cada variable dependiente y la prueba de Scheffé como contraste a posteriori. Para el análisis de posibles diferencias entre los grupos clínicos en el algómetro se empleó la prueba U de Mann-Whitney. La relación entre las medidas se exploró con los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Para determinar qué factores contribuyen a la predicción del dolor se empleó el análisis de regresión (método introducir). En todos los análisis se consideraron intervalos de confianza al 95%.

Resultados

Análisis comparativo

Los dos grupos clínicos y el grupo control no se diferenciaron significativamente en función de la edad ($F_{2,60}=1,59$, $p=0,21$) y el nivel educativo ($H=1,94$, $p=0,37$) (tabla 1). La situación laboral de los dos grupos clínicos no fue significativamente diferente ($\chi^2_4=7,53$, $p=0,11$), pero ambos grupos mostraban una tasa muy superior de desempleo que el grupo control ($\chi^2_8=19,94$, $p<0,01$). Dado el diferente contexto de procedencia de los participantes, nos aseguramos que aquellos recabados del servicio de reumatología (13 varones y 10 mujeres) y los procedentes de la asociación (11 mujeres y 8 varones), en cada grupo clínico, no se diferenciaban de forma significativa en ninguna variable del estudio (en todas las comparaciones $p>0,69$).

El MANOVA mostró que existían diferencias significativas entre los grupos en el conjunto de variables dependientes consideradas (*Traza de Pillai*= 1,12, $F_{22,94}=5,50$, $p<0,001$; $\eta^2=0,56$). Los tests univariados realizados para concretar las diferencias encontradas revelaron que los grupos diferían significativamente en todas las medidas ($F_{2,56}$ entre 5,47, $p<0,01$ y 89,84, $p<0,001$). En las comparaciones *post hoc* los varones con FM obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas que los controles sanos en todas las variables (tabla 2). Igualmente, las mujeres con FM mostraron mayor afectación que los controles sanos en todas las medidas de dolor, sueño, fatiga, psicopatología, malestar emocional y funcionamiento diario. Los hombres y las mujeres con FM no se diferenciaron de forma significativa en las medidas de autoinforme, pero sí lo hicieron en el algómetro ($U=16,00$, $p<0,05$),

Tabla 1
Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

Variable	Varones FM (n= 21)	Varones sanos (n= 21)	Mujeres FM (n= 21)	P
Edad media (DT)	48 (8,96)	43,24 (9,40)	45,14 (7,66)	0,21
Nivel educativo (%)				0,37
Educación básica	19	4,8	23,8	
Secundaria	9,5	9,5	23,8	
Universitaria	71,4	85,7	52,4	
Estatus marital (%)				0,03
Casado	57,1	47,6	90,5	
Soltero	38,1	47,6	4,8	
Divorciado/viudo	4,8	4,8	4,8	
Situación laboral (%)				0,01
Empleado	38,1	90	61,9	
Baja transitoria	14,3	0	4,8	
Baja permanente	14,3	0	19	
Jubilado	23,8	5	0	
Paro	9,5	5	14,3	
Años diagnóstico	5,12 (3,02)	–	4,58 (3,47)	0,60
Duración síntomas	9,14 (6,44)	–	12,25 (6,70)	0,13
Medicación habitual (%)				
Antidepresivos	42,9	–	33,3	0,54
Benzodiacepinas	42,9	–	61,1	0,25
Antiinflamatorios	66,7	–	66,7	1
Analgésicos	14,3	–	66,7	0,01

mostrando las mujeres un umbral de sensibilidad al dolor más bajo ($n= 10$, $M= 0,83$, $DT= 0,37$) que los hombres ($n= 10$, $M= 1,30$, $DT= 0,45$).

	Varones FM M (DT)	Varones sanos M (DT)	Mujeres FM M (DT)	$F_{2,56}$
Dolor (MPQ)	7,57 (1,43)	1,77 (1,16)	7,17 (1,82)	86,58***(a,b)
Miedo al dolor (PASS-20)	43,71 (21,21)	16,11 (14,14)	48,70 (34,14)	9,35*** (a,b)
Atención al dolor (PVAQ)	47,14 (15,60)	31,11 (14,23)	39,80 (15,26)	5,47** (a,b)
Catastrofización (PCS)	24,24 (14,36)	7,50 (7,09)	24,75 (14,41)	11,32*** (a,b)
Calidad sueño (PSQI)	15,57 (3,02)	3,78 (3,05)	14,15 (2,75)	89,84*** (a,b)
Fatiga (MFI)	5,17 (2,77)	1,84 (0,51)	4,41 (0,57)	19,61*** (a,b)
Psicopatología (SCL-90-R)	2,24 (0,50)	1,27 (0,37)	2,39 (0,49)	31,95*** (a,b)
Depresión (HADS)	9,38 (4,01)	2,06 (1,98)	10,15 (3,01)	37,22*** (a,b)
Ansiedad (HADS)	10,10 (5,06)	4,06 (3,31)	10,24 (3,12)	14,78*** (a,b)
Impacto (FIQ)	58,41 (18,21)	11,88 (5,81)	55,53 (12,34)	70,80*** (a,b)
Autoeficacia (CPSS)	77,05 (35,85)	170,44 (16,74)	87,90 (40,09)	45,10*** (a,b)

** $p<0,01$; *** $p<0,001$. Comparaciones: (a) Varones FM vs Varones sanos; (b) Mujeres FM vs Varones sanos; (c) Mujeres FM vs Varones FM

(MPQ) en cada grupo clínico. En los hombres, se incluyeron como predictores la autoeficacia y la calidad de sueño, resultando esta última un predictor significativo del dolor. El modelo en su conjunto explicó el 27% de la varianza del dolor ($F_{2,18} = 4,64$, $p<0,05$). En el caso de las mujeres, se introdujeron en el análisis como posibles predictores la catastrofización, el miedo al dolor y la atención al dolor, pero solo la catastrofización predijo significativamente el dolor. El modelo en su conjunto explicó el 28% de la varianza del dolor ($F_{3,16} = 3,44$, $p<0,05$).

Discusión y conclusiones

El presente estudio ha analizado si las manifestaciones de la FM presentan características diferenciales en hombres y mujeres. Como cabía esperar, tanto los varones como las mujeres con FM mostraron una afectación significativamente mayor que el grupo control en todas las medidas de dolor, sueño, fatiga, psicopatología, malestar emocional e impacto funcional de la FM, lo que coincide con la investigación previa (Miró, Martínez, Sánchez, Prados y Medina, 2011; Wolfe et al., 2010).

La única diferencia significativa encontrada entre hombres y mujeres fue que éstas presentan un menor umbral de sensibilidad al dolor en el algómetro e informan de un mayor consumo de analgésicos. Estudios previos han observado esta misma diferencia de sensibilidad al dolor con algómetro en muestras con FM (Buskila et al., 2000; Wolfe et al., 1995; Yunus et al., 2000, 2004), en otros síndromes de dolor crónico (Stubbs et al., 2010) y en población sana (Fillingim, Christopher, Ribeiro-Dasilva, Rahim-Williams y Riley, 2009). Esta menor tolerancia al dolor en las mujeres podría llevarlas a una mayor demanda de atención asistencial por el dolor y explicaría por qué los hombres con FM pasan por más especialistas que ellas hasta que se identifica al dolor como problema principal (Katz et al., 2010; Ruiz Pérez et al., 2007).

	Sexo	Miedo (PASS-20)	Atención (PVAQ)	Catastrofización (PCS)	Sueño (PSQI)	Fatiga (MFI)	Psicopatología (SCL-90-R)	Depresión (HADS)	Ansiedad (HADS)	Impacto (FIQ)	Autoeficacia (CPSS)
Dolor (MPQ)	H	,29	,09	,42	,54*	,19	,42	,40	,36	,28	-,44*
	M	,45*	,48*	,62**	,19	-,10	,09	-,25	,10	,43	-,26
Algotría	H	-,26	-,10	,11	-,03	,13	,33	,27	,25	,36	-,15
	M	,27	,28	,50	-,66	,28	,07	,22	,33	,62	-,44

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Análisis correlacional

El dolor (MPQ) en los hombres con FM correlacionó significativamente con la calidad de sueño ($r= 0,54$, $p<0,05$) y la autoeficacia ($r= -0,44$, $p<0,05$). En las mujeres con FM, el dolor (MPQ) correlacionó significativamente con el miedo al dolor ($r= 0,45$, $p<0,05$), la atención al dolor ($r= 0,48$, $p<0,05$) y la catastrofización del dolor ($r= 0,62$, $p<0,01$). En ambos casos la medida del algómetro no mostró correlaciones significativas con ninguna variable (tabla 3).

Análisis de regresión

En los análisis de regresión se consideraron como posibles predictores las medidas que correlacionaron significativamente con el dolor

	B	β	t	R ²	F
Hombres					
Autoeficacia (CPSS)	-,01	-,26	-1,26	,27	4,64*
Calidad Sueño (PSQI)	,20	,42	2,02*		
Mujeres					
Catastrofización (PCS)	,11	,86	2,01*	,28	3,44*
Miedo al dolor (PASS-20)	-,00	-,09	-,29		
Atención al dolor (PVAQ)	-,03	-,21	-,55		

* $p<0,05$

Por el contrario, los dos grupos clínicos no se diferenciaron significativamente en ninguna otra medida del estudio, lo que es congruente con los resultados de Wolfe et al. (1995) y Yunus et al. (2000, 2004). Estos autores sí observaron mayores problemas de sueño y/o fatiga en las mujeres con FM empleando una escala Likert. En nuestra investigación, estos aspectos se evalúan con instrumentos estandarizados más adecuados y no se observan diferencias en sueño o fatiga en función del sexo. Los estudios que informan de más severidad de los síntomas clínicos en los varones con FM han realizado igualmente sus evaluaciones con escalas Likert (Buskila et al., 2000) o encuesta telefónica (Ruiz Pérez et al., 2007) sin suficientes garantías psicométricas.

La evidencia sobre posibles diferencias de sexo en los síntomas psicológicos que acompañan a otros problemas de dolor es controvertida, aunque en distintos síndromes la ansiedad tiende a ser superior en mujeres, y la depresión es superior en mujeres con dolor asociado a cáncer y osteoartritis que en varones (para una revisión véase Fillingim et al., 2009). Es posible que los varones con FM estén experimentando más malestar afectivo que los varones con otros problemas de dolor quizá por el «estigma» asociado a padecer «una enfermedad de mujeres». Este aspecto debe ser aclarado por la investigación futura.

Respecto a la relación del dolor con los restantes síntomas, en los hombres con FM el dolor (MPQ) se asoció a menor autoeficacia en el control del dolor y a peor calidad de sueño, aunque solo la calidad de sueño resultó un predictor significativo del dolor. En las mujeres, el dolor (MPQ) correlacionó con el miedo al dolor, la atención al dolor y la catastrofización del dolor, pero solo la catastrofización resultó un predictor significativo del dolor. No disponemos de estudios previos con los que comparar directamente estos resultados.

Las alteraciones del sueño pueden afectar hasta un 96-99% de los pacientes con FM y se han asociado a más dolor, malestar emocional y pobre funcionamiento diario (Miró et al., 2011). En los varones con FM, los efectos negativos asociados a dormir mal (somnia, fatiga, disminución de la vigilancia, etc.) son el principal factor que predice el dolor. En las mujeres, la percepción del dolor se relaciona principalmente con factores cognitivo-afectivos como la catastrofización. Diversos estudios tanto con población sana como con otros problemas de dolor han observado que las mujeres tienden a mostrar más catastrofización en relación al dolor

que los varones, y estas diferencias emergen a una edad muy joven, lo que puede asociarse con los distintos modelos de socialización respecto a la expresión e informe del dolor que reciben los hombres y mujeres (Fillingim et al., 2009; Sánchez, Martínez, Miró y Medina, 2011). Por otra parte, los factores biológicos relacionados con la acción de las hormonas sexuales (Pamuk, Dönmez y Cakir, 2009) podrían desempeñar algún papel en las diferencias observadas en sensibilidad al dolor o en los factores que se relacionan con el dolor en cada sexo.

A diferencia del MPQ, el algómetro no correlacionó con ningún aspecto psicológico como en estudios previos (Wolfe et al., 1995; Yunus et al., 2004). Las medidas de autoinforme tienden a mostrar correlaciones más altas entre sí que con otro tipo de medidas, lo que puede haber influido en la ausencia de correlación con el algómetro. Además, los informes subjetivos de dolor y el dolor inducido experimentalmente se relacionan mejor cuando se registra el dolor en el momento de la evaluación (Fillingim et al., 2009). El dolor de baja intensidad inducido por el algómetro (la persona avisa en cuanto nota dolor) puede no estar influido del mismo modo por factores cognitivo-afectivos que el recuerdo que la persona tenga de su dolor crónico habitual en la última semana, aspecto que evaluaba el MPQ.

El presente estudio subsana algunas limitaciones metodológicas de los trabajos previos sobre diferencias de sexo en FM. No obstante, dada la escasez de hombres con FM en la población no se pudo hacer una selección aleatoria de éstos, lo que puede limitar la generalización de los resultados. Realizar estudios con muestras más amplias seleccionadas al azar e incluyendo múltiples medidas objetivas y subjetivas que representen los distintos factores biopsicosociales implicados en la FM puede contribuir a clarificar nuestro entendimiento del impacto de las diferencias de sexo en el dolor.

En definitiva, los resultados del presente estudio sugieren que no existen diferencias significativas en importantes aspectos psicológicos entre mujeres y varones con FM. Sin embargo, las mujeres presentan un menor umbral de sensibilidad al dolor y los factores que se asocian a la percepción subjetiva del dolor son distintos en ambos sexos. Las estrategias de control del dolor que se centran en mejorar el sueño pueden ser particularmente importantes en el tratamiento de los hombres con FM. En las mujeres parece relevante atender especialmente a la tendencia a catastrofizar relacionada con la experiencia de dolor.

Referencias

- Buskila, D., Neumann, L., Ahoashle, A., y Abu-Shakra, M. (2000). Fibromyalgia syndrome in men. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 30, 47-51.
- Fillingim, R.B., Christopher, D.K., Ribeiro-Dasilva, M.C., Rahim-Williams, B., y Riley, J.L. (2009). Sex, gender, and pain: A review of recent clinical and experimental findings. *The Journal of Pain*, 10, 447-485.
- García-Campayo, J., Rodero, R., Alda, M., Sobradie, N., Montero, J., y Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la Escala de Catastrofización ante el Dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica*, 131, 487-493.
- González de Rivera, J.L., De las Cuevas C., Rodríguez-Abuín M., y Rodríguez-Pulido, F. (2002). *El cuestionario de 90 síntomas. Adaptación española del SCL-90-R*. Madrid: TEA Ediciones.
- Herrero, M.J., Blanch, J., Peri, J.M., De Pablo, J., Pintor, L., y Bulbena, A. (2003). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25, 277-283.
- Hooten, W.M., Townsend, C.O., y Decker, P.A. (2007). Gender differences among patients with fibromyalgia undergoing multidisciplinary pain rehabilitation. *Pain Medicine*, 8, 624-632.
- Katz, J.D., Mamyrova, G., Guzhva, O., y Furmark, L. (2010). Gender bias in diagnosing fibromyalgia. *Gender Medicine*, 7, 19-27.
- Lázaro, C., Caseras, X., Whizar-Lugo, V.M., Wenk, R., Baldioceda, F., Bernal, R., et al. (2001). Psychometric properties of a Spanish version of the McGill Pain Questionnaire in several Spanish-speaking countries. *The Clinical Journal of Pain*, 17, 365-374.
- Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., Rodríguez-Marín, J., March, M.J., Lledó, A., López-Roig, S., et al. (1999). Percepción de autoeficacia en dolor crónico: adaptación y validación de la Chronic Pain Self-Efficacy Scale. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 53-75.
- Mas, A.J., Carmona, L., Valverde, M., Ribas, R., y Episer Study Group (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia in function and quality of life in individuals from the general population: Results from a

- nationwide study in Spain. *Clinical Experimental Rheumatology*, 26, 519-526.
- McCracken, L.M. (1997). «Attention» to pain in persons with chronic pain: A behavioural approach. *Behavior Therapy*, 28, 271-284.
- McCracken, L.M., y Dhingra, L. (2002). A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): Preliminary development and validity. *Pain Research and Management*, 7, 45-50.
- Miró, E., Martínez, M.P., Sánchez, A.I., Prados, G., y Medina, A. (2011). When is pain related to emotional distress and daily functioning in fibromyalgia syndrome? The mediating roles of self-efficacy and sleep quality. *British Journal of Health Psychology*, 16, 799-814.
- Pamuk, N.Ö., Dönmez, S., y Cakir, N. (2009). Increased frequencies of hysterectomy and early menopause in fibromyalgia patients: A comparative study. *Clinical Rheumatology*, 28, 561-564.
- Pastor Mira, M.A., Lledó Boyer, A., López-Roig, S., Pons Calatayud, N., y Martín-Aragón, M. (2010). Predictores de la utilización de recursos sanitarios en la fibromialgia. *Psicothema*, 22, 549-555.
- Rivera, J., y González, T. (2004). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: A validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 22, 554-560.
- Royuela, A., y Macías, J.A. (1997). Propiedades clínicas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*, 9, 81-94.
- Ruiz Pérez, I., Linares, M.C., Bermejo Pérez, M.J., Plazaola Castaño, J., Oly de Labry-Lima, A., y Hernández Torres, E. (2007). Diferencias en características sociodemográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados de fibromialgia. *Revista Clínica Española*, 207, 433-439.
- Sánchez, A.I., Martínez, M.P., Miró, E., y Medina, A. (2011). Predictors of the perception pain and self-efficiency in the control of the pain in patients with fibromyalgia. *Spanish Journal of Psychology*, 14, 366-373.
- Smets, E.M.A., Garssen, B., Bonke, B., y Haes, J.C. (1995). The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 315-325.
- Stubbs, D., Krebs, E., Bair, B., Damush, T., Wu, J., Sutherland, J., et al. (2010). Sex differences in pain and pain-related disability among primary care patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain Medicine*, 11, 232-239.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., y Russell, I.J. (1995). Aspects of fibromyalgia in the general population: Sex, pain threshold, and fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 22, 151-156.
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.L., et al. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33, 160-172.
- Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D.L., Katz, R.S., Mease, P., et al. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62, 600-610.
- Yunus, M.D., Inanici, F., Aldag, J.C., y Mangold, R.F. (2000). Fibromyalgia in men: Comparison of clinical features with women. *Journal of Rheumatology*, 27, 485-490.
- Yunus, M.B., Celiker, R., y Aldag, J.C. (2004). Fibromyalgia in men: Comparison of psychological features with women. *Journal of Rheumatology*, 31, 2464-2467.