



Universitat Autònoma de Barcelona

TESIS DOCTORAL

**Personalidad, según el modelo psicobiológico de Cloninger,
perfil psicopatológico en pacientes con Fibromialgia, y su
relación con el malestar psicológico**

Alba Garcia Fontanals

Septiembre 2013

DIRECCIÓN

Dr. Joan Deus Yela

Doctorat en Psicologia Clínica i de la Salut

Departament de Psicologia Clínica i de la Salut

Facultat de Psicologia

Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

Ilustración portada: Pedro Sanz

El **Dr. Joan Deus Yela**, profesor agregado del Departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB),

DECLARA

Que como director ha supervisado la presente tesis doctoral, titulada 'Personalidad, según el modelo psicobiológico de Cloninger, perfil psicopatológico en pacientes con Fibromialgia, y su relación con el malestar psicológico' realizada y presentada por Doña Alba García Fontanals. Asimismo, informa y hace constar que esta tesis cumple los requisitos académicos y científicos necesarios para ser defendida con el objetivo de obtener el grado de Doctora.

Firma,

Dr. Joan Deus Yela
Departamento de Psicología Clínica y de la Salud
Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de Barcelona
Bellaterra, a 16 de Septiembre de 2013

Firma,

Alba Garcia Fontanals

Bellaterra, 16 Septiembre de 2013

Agradecimientos

Quisiera agradecer el soporte económico otorgado por la Universitat Autònoma de Barcelona a través de “Beques predoctorals de formació de personal investigador de departaments de la UAB”.

A mi director de tesis, Joan Deus, por confiar en mí desde el primer momento, por abrirme las puertas de la investigación y por sus numerosos y acertados consejos.

Al equipo de Institut Ferran de Reumatología, y en especial, a Susana, Violant, Ferran y Anna, por acogerme desde el primer momento, por su dedicación, profesionalidad y por estar siempre dispuestos a ayudarme.

Al equipo del CRC-Mar, y en especial, a Marina L-S, Marina L-R, Laura, Oren, Mónica y Cristina, por las largas horas compartidas sin luz, por hacer fácil lo difícil, porque trabajar con ellas ha sido placer, por estar siempre dispuestas a ayudar, y sobretodo por el cariño y apoyo constante que me han brindado.

A Mariona Portell por sus sabios consejos, su paciencia infinita, y por encontrar siempre un momento para mis preguntas.

Al Dr. Jesús Pujol y a la Catedrática Montserrat Gomà-i-Freixanet por sus valiosas aportaciones.

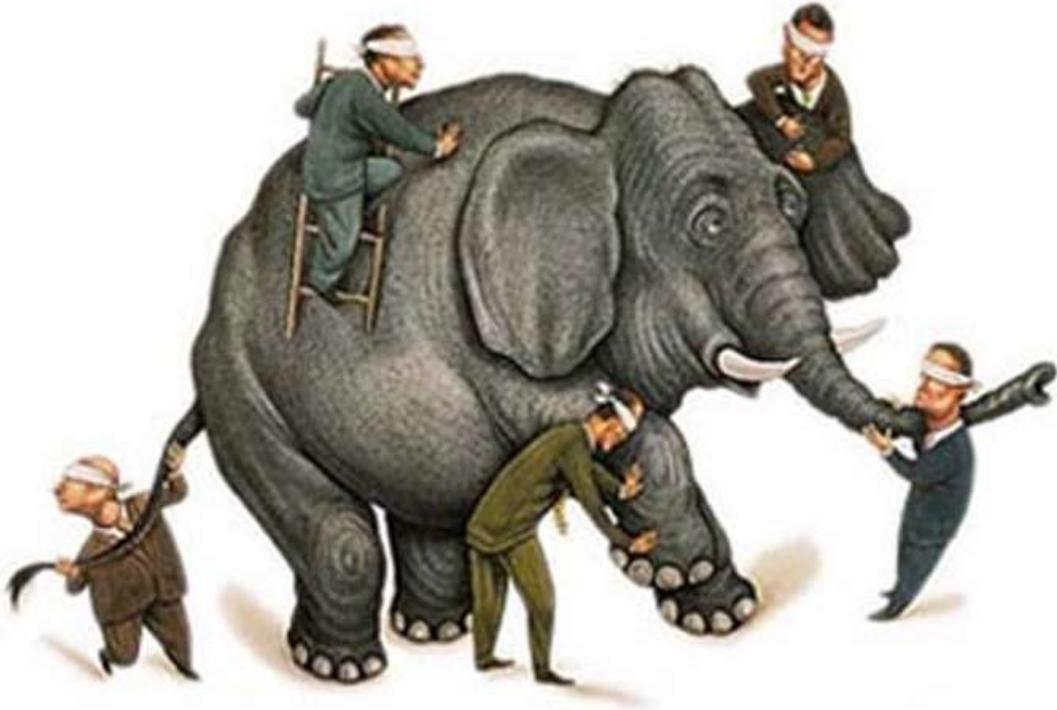
A todas las pacientes con Fibromialgia que con mucho esfuerzo y esperanza decidieron participar en esta investigación.

A los participantes del grupo control por acceder a participar de forma totalmente desinteresada.

A Óscar, por su comprensión infinita y su apoyo incondicional.

A mis amigos, por entender mis ausencias y estar siempre a mi lado.

A mi familia, sin la que todo esto no hubiera sido posible, por su amor y por no dejarme desfallecer nunca.



Solo desde una visión multidimensional seremos capaces de comprender la complejidad de aquello de lo que hoy día sólo vemos en parte

ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO	25
1. Conceptualización del dolor.....	27
1.1 Modelo del control de la puerta.....	28
1.2 Modelo jerárquico del dolor.....	29
1.3 Modelo multiaxial de evaluación del dolor.....	29
2. Perspectiva biopsicosocial del dolor.....	30
2.1 La influencia del aprendizaje: aproximación conductual.....	32
2.2 La influencia de las cogniciones: aproximación cognitiva.....	35
2.3 La influencia de las emociones.....	37
2.4 La influencia de la socialización: Aprendizaje social o vicario.....	38
3. Clasificaciones del dolor.....	39
3.1 Clasificación en función de su duración.....	39
- Agudo	
- Crónico	
3.2 Clasificación en función de su localización.....	41
- Dolor periférico	
- Dolor central	
3.3 Clasificación en función de los mecanismos neurofisiológicos que originan el dolor.....	42
-Dolor nociceptivo	
-Dolor neuropático	
3.4 Clasificación del dolor desde sistemas clasificatorios.....	42
- Clasificación de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP)	
- Clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)	
- Clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	
4. La Fibromialgia.....	47
4.1 Antecedentes históricos.....	47
4.2 Características clínicas.....	49
4.3 Criterios diagnósticos.....	53
4.4 Diagnóstico diferencial.....	57
4.5 Epidemiología.....	58
4.6 Etiología.....	60

5. Síndromes de sensibilidad central.....	65
6. Fibromialgia y variables psicológicas.....	71
6.1 Personalidad y Fibromialgia.....	71
6.2 Ansiedad y Depresión en la Fibromialgia.....	74
- Factores que influyen en el estado emocional.....	76
6.3 Impacto de la Fibromialgia y percepción de la salud en la Fibromialgia.....	77
- Factores que influyen en el estado de salud de la FM y en el impacto generado por la FM.....	80
6.4 Fibromialgia y dolor.....	82
- Factores que influyen en el dolor.....	82
7. Teorías de Personalidad.....	84
7.1 Modelo psicobiológico de personalidad de R.Cloninger.....	84
-Desarrollo del modelo de R.Cloninger.....	84
-Temperamento.....	85
- Dimensiones de temperamento.....	85
- Carácter.....	91
- Dimensiones de carácter.....	92
- Personalidad.....	94
- Trastornos de Personalidad.....	95
7.2 Teoría de la personalidad de Theodore Millon.....	97
II. APARTADO EXPERIMENTAL.....	103
Estudio 1. Evaluación de los Trastornos de Personalidad mediante la SCID-II, el TCI-R y el MCMI-II.....	105
1. Introducción.....	107
2. Objetivos e Hipótesis.....	111
3. Material y método.....	112
3.1 Participantes.....	112
3.2 Instrumentos de Evaluación.....	116
3.3 Procedimiento.....	122
3.4 Análisis estadístico.....	123
4. Resultados.....	124
5. Discusión.....	129
6. Conclusiones.....	133

Estudio 2. Modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger, perfil psicopatológico y malestar psicológico en la Fibromialgia.....	135
1. Introducción.....	137
2. Objetivos e Hipótesis.....	142
3. Material y método.....	153
3.1 Participantes.....	153
3.2 Instrumentos de Evaluación.....	159
3.3 Procedimiento.....	172
3.4 Análisis estadístico.....	175
4. Resultados.....	177
5. Discusión.....	220
6. Conclusiones.....	244
REFERENCIAS	253
ANEXOS	285

Índice de Tablas

Tabla 1. Esquema para codificar los diagnósticos de dolor crónico según la IASP.....	43
Tabla 2. Criterios para el diagnóstico de F54.4 Trastorno por dolor.....	45
Tabla 3. Características del “Trastorno de dolor somatoformo persistente”.....	46
Tabla 4. Porcentaje de síntomas clínicos presentes en la FM.....	53
Tabla 5. Tabla comparativa de los criterios diagnósticos de la FM según Wolfe y colaboradores (1990) y Wolfe y colaboradores (2010).....	57
Tabla 6. Sistemas cerebrales subyacentes a las dimensiones de temperamento y su influencia en el patrón de estímulo-respuesta.....	88
Tabla 7. Correlaciones neuroanatómicas con las dimensiones de temperamento del Inventario de Temperamento y Carácter.....	89
Tabla 8. Correlaciones neuroanatómicas con las dimensiones de carácter del Inventario de Temperamento y Carácter.....	91
Tabla 9. Descripción del individuo según presente puntuaciones altas o bajas en las dimensiones del Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado.....	93
Tabla 10. El modelo evolutivo y sus Trastornos de Personalidad derivados.....	100
Tabla 11. Expresiones de los Trastornos de la personalidad en los diferentes niveles y ámbitos de personalidad.....	102
Tabla 12. Características sociodemográficas de la muestra.....	112
Tabla 13. Características clínicas de la muestra.....	114
Tabla 14. Descripción de las escalas del MCMI-II.....	120
Tabla 15. Coeficientes de correlación entre las dimensiones de personalidad del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) y el número total de síntomas severos para Trastornos de la Personalidad obtenidos en la SCID-II y agrupados en clusters.....	124
Tabla 16. Coeficientes de correlación entre los clusters, Estilos de afrontamiento y Trastornos de Personalidad del MCMI-II, y los clusters de la SCID-II.....	125
Tabla 17. Medias de las dimensiones del TCI-R entre sujetos con y sin Trastorno de la Personalidad según criterios de la SCID-II.....	127
Tabla 18. Medias de las puntuaciones de los Estilos de afrontamiento y Trastorno de la Personalidad, y clusters del MCMI-II entre sujetos con y sin Trastorno de la Personalidad según criterios de la SCID-II.....	128

Tabla 19. Comparación de los coeficientes de correlación de las dimensiones de temperamento del Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado con los clusters del DSM-IV, entre Svračić y colaboradores (1993), Gutiérrez y colaboradores (2002), Casey y Joyce (1999), Mulder y colaboradores (1999) y el presente estudio.....	130
Tabla 20. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas.....	155
Tabla 21. Características clínicas de los pacientes con Fibromialgia.....	156
Tabla 22. Descripción de las escalas del MCMI-III.....	166
Tabla 23. Comparación de las puntuaciones medias de los síntomas de depresión y ansiedad, evaluados mediante el HADS y el STAI, entre el grupo con Fibromialgia y el grupo Control.....	177
Tabla 24. Comparación de la proporción de casos con sintomatología depresiva, evaluados mediante el HADS, y ansiosa, evaluados mediante el STAI, entre las pacientes con Fibromialgia y Controles en función del punto de corte.....	178
Tabla 25. Comparación de la proporción de casos con sintomatología ansiosa, evaluada mediante el STAI, entre las pacientes con Fibromialgia y Controles en función del punto de corte.....	179
Tabla 26. Presencia de sintomatología depresiva y ansiosa, evaluada mediante el HADS, en las pacientes con Fibromialgia.....	181
Tabla 27. Puntuaciones superiores o iguales al Percentil 75, indicativas de una elevación psicométrica de la ansiedad estado y rasgo, evaluado mediante el STAI, en las pacientes con Fibromialgia.....	182
Tabla 28. Comparación de las medias de las puntuaciones del Cuestionario de salud (SF-36) entre el grupo Fibromialgia y Control.....	183
Tabla 29. Comparación de medias entre las pacientes con Fibromialgia y los Controles sanos en el Inventario de Temperamento y Carácter- Revisado (TCI-R)	184
Tabla 30. Comparación de la proporción de cada perfil temperamental y Trastornos de la personalidad, según el TCI-R, y agrupados por Clusters, entre el grupo con Fibromialgia y Control.....	189
Tabla 31. Comparación de la proporción de los patrones de personalidad entre el grupo con Fibromialgia y Control.....	192
Tabla 32. Comparación de medias de las puntuaciones de los índices modificadores del MCMI-III, ente el grupo Fibromialgia y Control.....	194
Tabla 33. Comparación de la proporción de la presencia de síndromes clínicos entre el grupo Fibromialgia y Control.....	196
Tabla 34. Correlaciones entre las dimensiones del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) y las medidas de malestar psicológico en el grupo con Fibromialgia.....	200
Tabla 35. Correlaciones entre las escalas indicativas de malestar psicológico y	

las subescalas del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) en el grupo con Fibromialgia.....	201
Tabla 36. Comparación de las medias de los indicadores de malestar psicológico entre el grupo con presencia de Trastorno de la Personalidad y ausencia de Trastorno de la Personalidad, establecido según el TCI-R, en el grupo con Fibromialgia.....	204
Tabla 37. Comparación de medias de los indicadores de malestar psicológico entre el grupo con presencia de Trastorno de la Personalidad y ausencia de Trastorno de la Personalidad, establecido según el MCMI-III, en el grupo con Fibromialgia.....	206
Tabla 38. Comparación de medias de los indicadores de malestar psicológico entre el grupo con presencia de Trastorno de Ansiedad y ausencia de Trastorno de Ansiedad, establecido según el MCMI-III, en el grupo con Fibromialgia.....	208
Tabla 39. Comparación de medias de los indicadores de malestar psicológico entre el grupo con presencia de Trastorno Somatoformo y ausencia de Trastorno Somatoformo, establecido según el MCMI-III, en el grupo con Fibromialgia.....	209
Tabla 40. Comparación de medias de los indicadores de malestar psicológico entre el grupo con presencia de Trastorno distímico y ausencia de Trastorno distímico, establecido según el MCMI-III, en el grupo con Fibromialgia.....	210
Tabla 41. Comparación de medias de los indicadores de malestar psicológico entre el grupo con presencia de Trastorno depresivo mayor y ausencia de Trastorno depresivo mayor, establecido según el MCMI-III, en el grupo con Fibromialgia.....	211
Tabla 42. Comparación de medias de los indicadores de malestar psicológico entre el grupo con puntuaciones severas en el FIQ y el grupo con puntuaciones moderadas-leves, en los pacientes con Fibromialgia.....	213
Tabla 43. Correlaciones entre la intensidad del dolor, evaluada mediante una escala visual analógica (EVA) y las medidas de malestar psicológico en el grupo con Fibromialgia.....	215
Tabla 44. Comparación de las puntuaciones medias del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) entre el grupo con Fibromialgia sin Trastorno emocional y el grupo Control.....	217
Tabla 45. Comparación de las puntuaciones medias del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) entre el grupo con Fibromialgia con Trastorno emocional y el grupo Control.....	218
Tabla 46. Comparación de las puntuaciones medias del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) entre el grupo con Fibromialgia sin Trastorno emocional y con Trastorno emocional.....	219

Índice de Figuras

Figura 1. Explicación de las conductas de dolor, según Fordyce (1976) Proceso de cronificación del dolor mediante el condicionamiento operante.....	33
Figura 2. Localización de los puntos gatillos en la figura humana.....	54
Figura 3. Áreas de dolor según el Índice de dolor generalizado.....	56
Figura 4. Síndromes incluidos en los SSC.....	67
Figura 5. Factores que influyen a la SC y a los SSC.....	70
Figura 6. Personalidad: esquema psicobiológico.....	95
Figura 7. Cubo de personalidad de Cloninger.....	96
Figura 8. Procedimiento de selección de los participantes del estudio.....	174
Figura 9. Comparación de casos con sintomatología depresiva y ansiosa, evaluados mediante el HADS entre las pacientes con Fibromialgia y Controles en función del punto de corte.....	178
Figura 10. Comparación de casos con puntuaciones en ansiedad estado y ansiedad rasgo superiores o iguales al percentil 75 entre las pacientes con Fibromialgia y Controles en función del punto de corte.....	180
Figura 11. Presencia de sintomatología depresiva, evaluada mediante el HADS, en las pacientes con Fibromialgia.....	181
Figura 12. Presencia de sintomatología ansiosa, evaluada mediante el HADS, en las pacientes con Fibromialgia.....	182
Figura 13. Comparación de las puntuaciones de las dimensiones del Inventario de Temperamento y Carácter - Revisado (TCI-R), entre FM y Controles.....	186
Figura 14. Comparación de las puntuaciones de las subescalas del Inventario de Temperamento y Carácter - Revisado (TCI-R), entre FM y Controles.....	187
Figura 15. Perfil temperamental y Trastornos de la Personalidad en el grupo Fibromialgia y Control.....	191
Figura 16. Proporción de los patrones de personalidad con puntuaciones de prevalencia superiores o iguales a 75 y 85, entre el grupo con Fibromialgia y Control.....	193
Figura 17. Comparación de las puntuaciones medias de las escalas de Patrones de personalidad y Trastornos de la Personalidad del MCMI-III.....	195

Figura 18. Comparación de las puntuaciones medias de las escalas de síndromes clínicos del MCMI-III.....	198
Figura 19. Comparación de las puntuaciones medias del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) entre el grupo con Fibromialgia sin Trastorno emocional y el grupo Control.....	217
Figura 20. Comparación de las puntuaciones medias del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) entre el grupo con Fibromialgia con Trastorno emocional y el grupo Control.....	218
Figura 21. Comparación de las puntuaciones medias del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) entre el grupo con Fibromialgia sin Trastorno emocional y con Trastorno emocional.....	219

Índice de Anexos

Anexo 1. Artículo publicado en Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace. Evaluación de los Trastornos de la Personalidad mediante la SCID-II, el TCI-R y el MCMI-II.....	286
Anexo 2. Manuscrito preparado para enviar a revisión. Modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger y malestar psicológico en la Fibromialgia.....	297
Anexo 3. Nuevos criterios preliminares para el diagnóstico clínico de la Fibromialgia.....	322
Anexo 4. Entrevista semiestructurada.....	327
Anexo 5. Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R).....	330
Anexo 6. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II).....	340
Anexo 7. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III).....	347
Anexo 8. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).....	353
Anexo 9. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).....	355
Anexo 10. Escala de salud SF-36 (SF-36).....	357
Anexo 11. Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ).....	360
Anexo 12 Cuestionario de dolor del Mc Gill (MPQ).....	362
Anexo 13. Curriculum vitae.....	363

Lista de abreviaturas y siglas

ACTH	Hormona corticotropina
AD	Autodirección
AR	Artritis Reumatoide
ACR	<i>American College of Rheumatology</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BN	Búsqueda de Novedad
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
C	Cooperación
CS	Cambio de la salud del SF-36
DC	Dolor corporal del SF-36
DR	Dependencia de Recompensa
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- IV- Revisado
ER	Evitación del Riesgo
EVA	Escala visual analógica del MPQ
FIQ	<i>Fibromyalgia Impact Questionnaire</i>
FF	Función Física del SF-36
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
IDP	Intensidad del dolor presente del MPQ
IFR	Institut Ferran de Reumatologia
IVD	Índice de Valoración del dolor del MPQ
FIQ	Fibromyalgia Impact Questionnaire
FM	Fibromialgia
FS	Función Social del SF-36
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HUB	Hospital Universitario de Bellvitge
MCMII	<i>Millon Clinical Multiaxial Inventory</i>
MMPI	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>
MOS	<i>Medical Outcomes Study</i>
MPQ	<i>McGill Pain Questionnaire</i>
N	Neuroticismo
NAE	Número de adjetivos elegidos del MPQ
NEO-PI-R	<i>NEO-Personality Inventory-Revised</i>
NEO-FFI	<i>NEO-Five Factor Inventory</i>
LCR	Líquido Cefalorraquídeo
RE	Rol Emocional del SF-36
RMf	Resonancia Magnética funcional
RF	Rol Físico del SF-36
TCI	Temperament and Character Inventory
TCI-R	Temperament and Character Inventory-Revised
TE	Trastorno Emocional
SFC	Síndrome de Fatiga Crónica
SG	Salud General del SF-36
SM	Salud Mental del SF-36
SNA	Sistema Nervioso Autónomo
SER	Sociedad Española de Reumatología
SC	Sensibilización central
SF-36	<i>Short-Form-36 Health Survey</i>

SNA	Sistema Nervioso Autónomo
SNC	Sistema Nervioso Central
SSC	Síndromes de Sensibilidad Central
SQM	Sensibilidad Química Múltiple
<i>STAI</i>	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>
TP	Trastorno de la Personalidad
<i>TPQ</i>	<i>Temperament Personality Questionnaire</i>
<i>TCI</i>	<i>Temperament and Character Inventory</i>
<i>TCI-R</i>	<i>Temperament and Character Inventory-Revised</i>
T	Trascendencia
OMS	Organización Mundial de la Salud
PREV	Puntuaciones de Prevalencia
PS	Persistencia
VT	Vitalidad del SF-36

Resumen

Introducción. La evaluación de los Trastornos de la Personalidad (TP) resulta una tarea compleja, la utilización de una entrevista suele considerarse la forma más rigurosa, aunque su uso es limitado en la práctica clínica, viéndose reducido a la administración de un autoinforme. El Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado (TCI-R) y el Inventario Clínico Mutiaxial de Millon (MCMI-II) son dos de los instrumentos de evaluación más utilizados en el ámbito clínico, por lo que el estudio de su correspondencia con criterios diagnósticos del DSM-IV, evaluados mediante una entrevista clínica estructurada para los TP del Eje-II del DSM-IV (SCID-II), resulta de gran relevancia para el ámbito clínico. En enfermedades con dolor crónico, y concretamente en la Fibromialgia, el estudio de la personalidad de los pacientes reviste una gran importancia debido a su posible influencia en la manifestación clínica de la enfermedad, en el malestar psicológico del paciente y en su grado de adaptación. Las pacientes con FM presentan rasgos de personalidad concretos, psicopatología ansioso-depresiva asociada y un importante deterioro del estado de salud y de la capacidad funcional. **Objetivos.** El presente trabajo tiene como finalidad definir el perfil de personalidad de las pacientes con FM, así como la posible presencia de TP, desde el modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger y el modelo de personalidad de Millon. También se estudia la presencia de sintomatología ansioso-depresiva, la psicopatología asociada, el estado de salud, el impacto de la FM, la intensidad y tipo de dolor, y la relación que se establece entre las anteriores variables. **Material y método:** La muestra del primer estudio está constituida por 30 pacientes, y la del segundo por 42 pacientes con FM y 38 controles sanos. Se administra el TCI-R y el MCMI-III. **Resultados.** Los resultados del primer estudio muestran que los sujetos diagnosticados de un TP, mediante la SCID-II, presentan puntuaciones superiores en los estilos de afrontamiento y TP del MCMI-II, mientras que el TCI-R proporciona una mayor validez discriminante entre clusters y permite sugerir con mayor precisión la posible presencia de un TP. Los resultados del segundo estudio muestran que los pacientes con FM presentan, respecto al grupo control, una mayor presencia de síntomas de ansiedad y depresión, y un mayor deterioro del estado de salud. El perfil de personalidad del grupo con FM según el TCI-R queda definido por una alta Evitación del Riesgo (ER), baja Búsqueda de Novedad (BN), y baja Autodirección (AD), y la mayoría presentan un perfil metódico y precavido. Solo un tercio de los pacientes con FM presentan un

posible diagnóstico psicométrico de TP mayoritariamente del cluster C. Las dimensiones de ER y AD se relacionan de forma diferencial con indicadores de malestar psicológico en la FM. El grupo FM, en comparación al grupo control, presenta una mayor proporción de casos con Trastorno de ansiedad, Trastorno somatoformo, Trastorno distímico y Trastorno depresivo mayor. Cada trastorno se relaciona de forma diferencial con diferentes indicadores de malestar psicológico. Los participantes con FM con un mayor impacto de la FM presentaran más síntomas depresivos, un peor estado de salud y mayor dolor. Se observa una asociación entre la intensidad del dolor de la FM y el nivel de salud e impacto de la FM. **Conclusiones.** La ER se muestra como una dimensión característica del grupo FM, independiente del estado emocional, mientras que la AD es indicativa del grado de adaptación del paciente y se asocia con la presencia de malestar emocional. El hecho de que la AD sea susceptible de modificación y que ejerza un efecto regulador en la expresión de los impulsos emocionales, es un aspecto clave a considerar desde el punto de vista psicoterapéutico.

Palabras clave: Trastornos de la Personalidad, Fibromialgia, malestar psicológico, TCI-R, MCMI-III

Abstract

Introduction. The assessment of Personality Disorders (PD) it is a complex issue. The use of an interview is the most rigorous form of assessment, but its use is limited in clinical practice and is reduced to a self-report. The Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R) and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II) are two of the most used assessment tools in the clinical setting. The study of the correspondence of this test with DSM-IV criteria, assessed with a structured clinical interview for the diagnosis of PD of Axis-II (SCID-II) is very important for clinical practice. In chronic pain diseases, and specifically in Fibromyalgia, the study of patient personality is very important due to its possible influence on clinical symptoms, on psychological distress and on level of adaptation. Patients with FM show specific traits of personality, associated anxious-depressive psychopathology and important damage to their health and functional impairment. **Aims.** The aim of this study is to determine personality profiles in FM patients as well as the possible presence of PD from Cloninger's psychobiological model of personality and the Millon personality model. It also studies the presence of anxious and depressive symptoms, psychopathology, health status, impact of FM, intensity and type of pain and the relationship between these factors. **Method.** The sample for the first study consists of 31 patients and the sample for the second study of 42 patients with FM and 38 healthy controls. The TCI-R and MCMI-III were administered. **Results:** The results of the first study show that subjects diagnosed with PD by the SCID-II have higher scores for MCMI-II coping styles and PD. The TCI-R provides more discriminating validity between clusters and enables more precise suggestion of the possible presence of a PD. The results of the second study show that patients with FM, compared to the control group, present more symptoms of anxiety and depression, and a pattern of damage to their health status. The personality profile of the FM group based on TCI-R is defined with high Harm Avoidance (HA), low Novelty Seeking (NS), and low Self-Directedness (SD), and the greater presence of a methodical and cautious profile. Only one-third of patients with FM present a possible psychometric PD, principle of cluster C. Dimensions of HA and SD are related differentially with psychological distress indicators in the FM group. The FM group compared with the control group, presents a higher proportion of cases with anxiety disorder, somatoform disorder, dysthymia disorder and major depressive disorder. Each disorder is related differentially with different indicators of

psychological distress. Patients with severe impact of FM present more depressive symptoms, worse health status and more pain. An association is observed between pain intensity of FM and health status, and between impact of FM and pain intensity.

Conclusions: The HA is shown to be a characteristic dimension of the FM group, regardless of emotional state. SD is indicative of the patient's level of adaptation that the patient has and is associated with the presence of psychological distress. The fact that AD is sensitive to being modified and to performing a regulatory effect in emotional impulse is a key consideration from the psychotherapeutic point of view.

Keywords: Personality Disorders, Fibromyalgia, psychological distress, MCMI-III, TCI-R.

I. MARCO TEÓRICO

1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL DOLOR

A lo largo de la historia la forma de conceptualizar el dolor ha experimentado importantes cambios, lo que ha implicado un cambio en la forma analizarlo y tratarlo. En los últimos 50 años se ha evolucionado desde un enfoque unidimensional donde se consideraba el dolor como un fenómeno fisiológico a una aproximación multidimensional. En palabras de J. Miró (2003, p. 19) “reconocer que el dolor es una experiencia perceptiva compleja, resultado de la interacción de procesos fisiológicos, cognitivos, afectivos, y conductuales, es el mayor avance conseguido en el estudio del dolor durante el siglo XX”.

A lo largo de la historia, y tomando como referencia la idea del dualismo cartesiano, se han postulado varias teorías que conciben el dolor como una experiencia únicamente sensorial-fisiológica. Destaca la teoría de la especificidad o modelo somatosensorial en la que se establece que el dolor es directamente proporcional al daño físico existente (E. Miró y Buéla-Casal, 1996). No obstante, la historia clínica de los pacientes mostró que en numerosos casos no existe una correspondencia entre el dolor experimentado y la intensidad o magnitud de la lesión. Según este modelo sin daño tisular no debería existir dolor y sin dolor no debería existir lesión (Moix, 2005). Así, casos como el dolor del miembro fantasma o las lesiones que no provocan dolor como en el caso de las personas que presentan insensibilidad congénita al dolor no parecían poder explicarse desde esta teoría. Episodios como el relatado por Beecher (1959) en el que los pacientes que se encontraban en el campo de batalla referían menos dolor y requerían menos analgésicos que los civiles, cuando ambos presentaban las mismas lesiones, incorporó la idea de que podían existir otros factores que podrían contribuir a la explicación del dolor.

La nocicepción, entendida como el mecanismo fisiológico por el cual el daño tisular se transmite a través de vías nerviosas específicas, es el responsable de la mayoría de problemas de dolor agudo y de parte significativa de los problemas de dolor crónico (Donker, 1999). Sin embargo, el dolor crónico no parece poder explicarse únicamente desde una perspectiva fisiológica. La evidencia de que algunos individuos sufren de un dolor persistente refractario al tratamiento médico estándar, con una discapacidad con frecuencia superior a lo que podría esperarse en base a la patología física identificada, y el hecho de que a menudo presentan trastornos psicológicos, ha

llevado a los investigadores clínicos a investigar y examinar otros factores que puedan contribuir al problema, más allá de los meramente fisiológicos (Holzman y Turk, 1986).

La incapacidad de las teorías fisiológicas para explicar determinados casos de dolor planteó la necesidad de formular modelos más completos dando lugar a la aparición de modelos multidimensionales.

1.1 Modelo del control de la puerta (Melzack y Wall, 1965)

La teoría de la puerta de control o de la compuerta (Melzack y Wall, 1965) se engloba dentro de los modelos multidimensionales. “Esta teoría es una de las que ha proporcionado mayor poder heurístico, en relación a varios fenómenos que no presentan una correspondencia entre el dolor experimentado e intensidad del estímulo nocivo o daño físico identificado” (E. Miró y Buéla-Casal, 1996, p. 749).

Esta teoría plantea un complejo mecanismo neurofisiológico de modulación del dolor, donde se integran factores sensoriales-discriminativos, motivacionales-afectivos y cognitivo-evaluativos. Plantea la existencia de un mecanismo situado en el asta dorsal de la médula espinal, que actuaría como una compuerta que se abriría, permitiendo el paso de los impulsos cerebrales aferentes, o cerraría inhibiéndolos en su trayecto hacia el cerebro. Aunque la modulación de los impulsos nerviosos también estaría influida por impulsos descendentes, que harían referencia a procesos cognitivos superiores, que enviarían señales desde el cerebro hasta la médula. Esta teoría, considera la experiencia del dolor desde un punto de vista multidimensional, mediante la interacción de 3 factores: sensoriales-discriminativos, afectivo-emocionales y cognitivo-evaluativos. La dimensión sensorial transmite la estimulación nociva informando sobre la intensidad, localización, duración y cualidad de ésta. La afectiva identifica la estimulación como desagradable o aversiva, impulsando conductas para huir de ella y da lugar a respuestas emocionales como ansiedad o depresión. La dimensión cognitiva hace referencia a la interpretación y evaluación del dolor, tomando en consideración características sensoriales y motivacionales como aspectos atencionales, socioculturales, creencias etc. (E. Miró y Buéla-Casal; 1996). Esto permite intuir que determinados factores como las emociones, los pensamientos, la focalización hacia las sensaciones, la distracción o la relajación puedan afectar a la percepción del dolor aumentándola o disminuyéndola, al

actuar en el mecanismo de la compuerta (J. Miró, 2003). Colocar el énfasis en la modulación central del dolor, supuso un cambio en el concepto de la experiencia de dolor, el cual dejaba de ser únicamente sensorial o biológico y se le incorporaban componentes emocionales y cognitivos (Comenche y Vallejo, 1998).

1.2 Modelo jerárquico del dolor (Loeser y Black, 1975)

Según Penzo (1989) este modelo se compone por un modelo jerárquico en los que se diferencian cuatro niveles en la experiencia de dolor:

1. La nocicepción: “energía térmica o mecánica potencialmente destructiva tisular que actúa sobre las terminaciones nerviosas especializadas de las fibras A delta y C” (Penzo, 1989, p. 31).
2. Dolor: “experiencia sensorial provocada por la percepción de la nocicepción”. La relación entre nocicepción y dolor no es lineal ya que pueden existir independientemente, o los cambios de una pueden no corresponder unívocamente con los del otro” (Penzo, 1989, p. 31).
3. Sufrimiento: “respuesta afectiva negativa, generada en los centros nerviosos superiores, por el dolor y otras situaciones como la pérdida de seres queridos, ansiedad, estrés etc.” (Penzo, 1989, p. 31).
4. Conducta de dolor: ”aquellas conductas generadas por el individuo habitualmente consideradas indicativas de la presencia de nocicepción” (Penzo, 1989, p. 32). Estas incluyen el habla, la postura, la expresión facial, buscar atención médica, consumir analgésicos etc.

1.3 Modelo multiaxial de evaluación del dolor (Turk y Rudy, 1988)

Constituye una perspectiva en el que el dolor es considerado como un fenómeno complejo, resultado de la interacción de múltiples factores. Este modelo evalúa múltiples dimensiones de la experiencia de dolor: físicos, psicosociales y conductuales. Su finalidad se centra en recoger información acerca de cómo el sujeto experimenta su vivencia de dolor. Está compuesta por tres ejes:

- Eje I. Dimensión físico médica: incluye exámenes físicos convencionales.
- Eje II. Dimensión psicosocial: percepción del impacto del dolor sobre sus vidas y sobre el estado de ánimo.
- Eje III. Dimensión conductual-funcional: incluye conductas de dolor identificables y observables, nivel de actividad, uso de medicamentos etc.

El instrumento de evaluación asociado a este instrumento es el Inventario Multidimensional de Dolor de West Haven-Yale. Posteriormente Turk y Rudy observaron tres perfiles de pacientes con dolor crónico en función de las características psicosociales y conductuales que presentaban: perfil disfuncional, perfil de malestar interpersonal y perfil adaptativo.

2. PERSPECTIVA BIOPSIICOSOCIAL DEL DOLOR

La definición de la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) integra los dos paradigmas existentes en la concepción de dolor, definiéndolo de la siguiente manera:

El dolor siempre es subjetivo. Cada individuo aprende la aplicación de la palabra a través de experiencias relacionadas con la lesión en épocas tempranas de la vida. Los biólogos consideran que aquellos estímulos que causan dolor son [también los] responsables del daño en los tejidos. Asimismo, el dolor es aquella experiencia que asociamos a un daño, actual o potencial, en los tejidos. Sin duda, el dolor comprende alguna sensación en alguna parte o partes del cuerpo, pero siempre es desagradable y, por tanto, también se trata de una experiencia emocional (IASP, 1994, p. 210).

Según Chapman (1986) la anterior definición supone importantes avances en la conceptualización del dolor debido a que: considera el dolor como algo subjetivo, invalida el concepto de dolor como modalidad sensorial para pasar a considerarlo como una experiencia compleja, confiere importancia a la conducta del sujeto y al informe

verbal del sujeto en la definición del cuadro, considera que la experiencia de dolor implica asociaciones entre la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo, y considera parte intrínseca de la experiencia de dolor la atribución de significado a los hechos sensoriales desagradables (J. Miró, 2003; Penzo, 1989).

Según Moix (2005) la denominación del dolor como emocional implica la consideración del dolor como una experiencia psicológica, mientras que el concepto potencial engloba la idea de que puede existir dolor en ausencia de daño tisular, es decir que exista dolor sin que se encuentre una causa física.

Actualmente, el dolor es considerado desde una perspectiva biopsicosocial. Es decir, la experiencia de dolor se considera el resultado de la interacción e influencia recíproca de varios factores: fisiológicos, genéticos, cognitivos, afectivos, conductuales, laborales, culturales (J. Miró, 2003). Se entiende por factores biológicos aquellos relacionados con las características inherentes al individuo o bien relacionadas con el tipo de daño sufrido. La esfera cognitiva y emocional engloba lo que pensamos y lo que sentimos acerca de lo que nos ocurre. Lo conductual haría referencia a como actuamos ante la presencia de dolor. Finalmente los factores culturales harían referencia a aquellas características definitorias que pueden influir en la forma en como conceptualizamos el dolor o reaccionamos a él.

Los factores implicados en los síndromes de dolor crónico son múltiples y presentan una compleja interacción entre ellos, ligada a la idiosincrasia personal de cada fenómeno de dolor y de cada persona en concreto. Además, cada persona puede presentar una variabilidad individual en el curso de su enfermedad donde cada factor puede ejercer una influencia diferencial dependiendo del momento en que se encuentre la enfermedad. La comprensión y estudio dentro de este modelo “debería permitir formular predicciones específicas sobre la evolución de los pacientes con dolor crónico, servir de base para evaluaciones y tratamientos eficaces y permitir avanzar en la comprensión del problema” (J. Miró, 2003, p. 63).

2.1 La influencia del aprendizaje: aproximación conductual

Condicionamiento clásico

Los procesos del condicionamiento clásico también pueden explicar el mantenimiento de los problemas de dolor. Desde este enfoque la vivencia de un episodio de dolor agudo puede generar un estado de aprensión en el individuo que le lleve a un aumento de la actividad simpática y de la tensión muscular lo que puede conducir a nuevos episodios de dolor. Además la anticipación de la realización de una actividad que puede generar dolor conlleva a un estado de ansiedad anticipatoria y de activación simpática que puede llevar a nuevos estados de dolor, cuando el estímulo nociceptivo que representa el daño tisular ya ha remitido (J. Miró, 2003).

También es posible que la presencia de una lesión dé lugar a la aparición del dolor que a la vez generará una activación del sistema simpático, tensión muscular, miedo y ansiedad. Si esto se produce de forma repetida mientras se realiza alguna actividad concreta o en un lugar determinado, es posible que éstos queden condicionados. De esta manera al volver a realizar una actividad determinada o estar en un lugar concreto, previamente condicionado, éstos pueden generar un estado de aprensión, activación simpática y tensión muscular que puede dar lugar a un nuevo episodio de dolor agudo. El miedo a la posible aparición del dolor conjuntamente con el proceso de generalización, puede conducir a la evitación de múltiples lugares, actividades y personas. Además, el mantenimiento de las conductas de evitación impide que el individuo contraste sus predicciones, por lo que las conductas se mantendrán prolongadamente. El mantenimiento de estas conductas conducirá a una disminución de los reforzadores, ya que el individuo puede acabar evitando situaciones que antes eran satisfactorias por lo que aumentará su probabilidad de desarrollar síntomas depresivos (J. Miró, 2003).

Condicionamiento operante

Fordyce (1976) y Fordyce, Fowler, Lehman, y Delateur (1968) introdujeron el modelo del aprendizaje en el estudio del dolor. Este autor plantea que algunos pacientes presentan un “fenómeno de dolor aprendido”, en el que el componente inicial del dolor, debido a algunos aspectos nociceptivos, recibió tal atención y refuerzo ambiental que la

conducta de dolor emitida por el paciente se mantiene incluso después de que el daño tisular se haya recuperado” (Donker, 1999, p. 539).

Este modelo distingue entre dos tipos de comportamientos implicados en el dolor crónico:

- Conductas de dolor respondientes: conductas reflejas, elicidadas por estímulos aversivos antecedentes (verbalizaciones de dolor, quejarse o dejar de realizar alguna actividad). Estas conductas pueden condicionarse mediante condicionamiento clásico, de tal manera que cualquier estímulo asociado con el estímulo aversivo puede generar respuestas similares (p. ej., hospital, presencia pareja).
- Conductas de dolor operantes: conductas que realiza el individuo y que son controladas por las consecuencias ambientales que le siguen. Cualquier conducta de dolor seguida por un refuerzo es más probable que vuelva a aparecer, mientras que cualquier conducta de dolor seguida de consecuencias desfavorables tenderá a disminuir. El mantenimiento o desaparición de dicha conducta dependerá de las consecuencias que le sigan, extinguiéndose si es castigada y manteniéndose si es reforzada, lo que puede facilitar el desarrollo del dolor crónico. Así aquellas conductas que parezcan disminuir la experiencia de dolor actuarán como reforzadores y será más probable que se repitan (Donker, 1999).

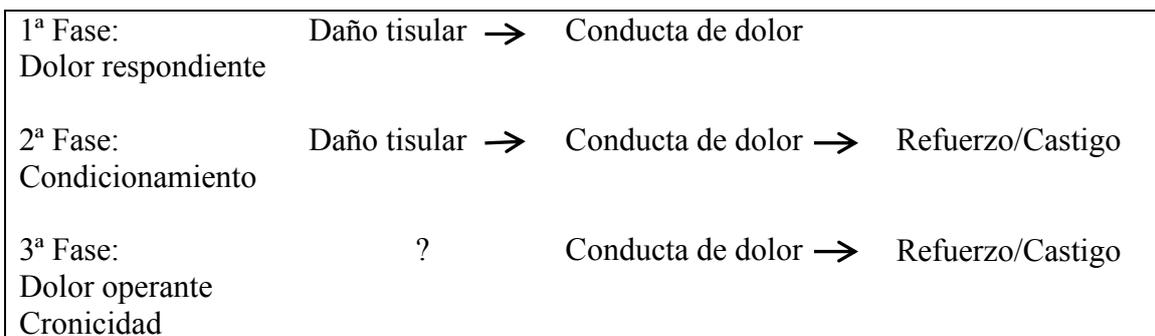


Figura 1. Explicación de las conductas de dolor, según Fordyce (1976). Proceso de cronificación del dolor mediante el condicionamiento operante. Adaptado de Penzo (1989) y J. Miró (2003).

En la práctica los pacientes con dolor crónico muestran una combinación de comportamientos respondientes y operantes (Donker, 1999).

Se pueden diferenciar cuatro procedimientos a través de los cuales una conducta de dolor respondiente puede transformarse en una conducta operante:

- ❖ Refuerzo positivo: Este refuerzo incluye el descanso en la cama, la ingesta de medicación, la atención, la comprensión por parte de familiares, amigos o por el personal médico o la prescripción de analgésicos, entre otros. En caso de que la conducta de dolor sea reforzada positivamente es más probable que las conductas de dolor se mantengan en el tiempo, cronificando el problema.
- ❖ Refuerzo negativo: La conducta de dolor permite al individuo evitar determinados eventos, situaciones, actividades o responsabilidades desagradables. Ejemplos de éstos serían dejar de realizar la compra, limpiar la casa, hacer la comida etc.
- ❖ Castigo o no refuerzo de conductas funcionales o adecuadas: En ocasiones el paciente quiere iniciar ciertas actividades o conductas diferentes a las conductas de dolor que podrían propiciar su recuperación, pero su medio social se lo impide o le reprende apelando a su estado físico y bajo el argumento de que un incremento en la actividad física producirá un empeoramiento del dolor.
- ❖ Estímulos discriminativos: La conducta puede quedar bajo el control de distintos estímulos discriminativos del ambiente que indican ante que situaciones y/o personas (mujer/marido, hijos) es más probable que se produzca el refuerzo ante las conductas de dolor. De esta manera cada paciente puede mostrar una conducta diferenciada en función del contexto y de las personas que lo acompañen.

2.2 La influencia de las cogniciones: aproximación cognitiva

El ser humano es un ser pensante por lo que ante la vivencia de cualquier acontecimiento el individuo hace una interpretación de lo que le está sucediendo. En el ámbito del dolor crónico existen números estudios que evidencian la importancia de los factores psicológicos en la vivencia de dolor.

Autoeficacia

La autoeficacia conceptualizada como el grado en que un individuo se siente capaz de afrontar una situación concreta, como sería manejar el dolor en los pacientes que sufren dolor crónico, puede tener importantes repercusiones en el curso clínico de la enfermedad. Los estudios muestran que las personas con dolor crónico presentan una baja autoeficacia en relación a su capacidad para controlar el dolor. Mientras que “las personas con mayor autoeficacia sienten menos dolor, controlan mejor su dolor y otros síntomas, y presentar una menor discapacidad y una mejor respuesta al tratamiento” (Moix, 2005, p. 44)

Estrategias de afrontamiento

Son definidas como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1984, p. 141). Los estudios al respecto observan que las estrategias activas y dirigidas a la solución de problemas implican una menor discapacidad y menor dolor, mientras las estrategias más pasivas se relacionan con un mayor nivel de dolor. En relación a la expresión de las emociones, los estudios indican que la no expresión de las emociones y, específicamente, la inhibición de la expresión de la ira, se relacionan con el dolor y la discapacidad. La búsqueda de apoyo social también ha sido considerada como una estrategia adaptativa ya que parece relacionarse con una disminución del dolor (Moix, 2005; Montoya, Larbing, Braun, Preissl, y Birbaumer, 2004).

Distorsiones cognitivas

Las distorsiones cognitivas pueden influenciar a la forma en que se procesa e interpreta la experiencia de dolor. Los individuos que presentan una visión catastrofista del dolor presentan una mayor discapacidad, mayor intensidad del dolor, mayor alteración de los procesos atencionales y de la memoria, y estados de ánimo más negativos (Moix, 2005). Otros tipos de distorsiones cognitivas frecuentes en los pacientes con dolor son la sobregeneralización, la abstracción selectiva o la personalización (J. Miró, 2003).

Creencias

Las creencias hacen referencia a las ideas preexistentes o esquemas cognitivos acerca de la realidad. En el ámbito del dolor estas pueden hacer referencia a múltiples aspectos relacionados con el dolor como su etiología, diagnóstico, tratamiento, duración, factores agravantes etc. (Moix, 2005). De esta forma las creencias sobre las variables que influyen en el dolor pueden determinar la forma de afrontarlo (Moix, 2005). Una creencia común en los pacientes que presentan dolor es que la actividad física puede ser perjudicial o bien que el dolor se produce como consecuencia de haber realizado una actividad determinada lo que puede llevar a que los pacientes prefieran la inactividad, lo que les puede llevar a un agravamiento de su dolor y de la discapacidad (Moix, 2005). La creencia del paciente acerca de la gravedad de su problema también influirá en sus conductas de dolor, lo que puede condicionar las respuestas de los médicos, familiares y amigos, llevando a los médicos a escoger tratamientos médicos más agresivos, reforzar la ansiedad del paciente ante la evidencia de la gravedad de su problema, incitar a que el paciente adopte un afrontamiento pasivo o aumente su percepción de discapacidad (J. Miró, 2003).

Atención

La atención que se presta a las sensaciones de dolor también puede influir en la percepción de éste. Esto podría explicar porque personas que están realizando un deporte que requiere esfuerzo y concentración no son conscientes de haberse lesionado hasta haber finalizado la actividad. Los pacientes con dolor crónico pueden convertir el dolor en el aspecto central de su vida, condicionando cualquier actividad a la posibilidad

potencial de que les genere dolor, por lo que pueden llegar a estar tan focalizados en el dolor que sean incapaces de atender a otros pensamientos, indicios de mejoría o a otros indicios que le permitan refutar su forma actual de conceptualizar el problema (J. Miró, 2003). Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren, y van Eek (1995) sugerían que las personas que desarrollan dolor crónico sin tener una lesión clara pueden responder al dolor agudo con temor y adoptar una actitud de hipervigilancia ante la aparición de cualquier posible síntoma, que de otra forma podría haber sido inadvertido. Dehghani, Sharpe, y Nicholas (2003) en un estudio que pretendía analizar el sesgo atencional hacia los estímulos relacionados con el dolor y que se centraba en realizar una tarea de detección visual, observaron que las personas con dolor crónico prestaban más atención a las palabras que describían la experiencia sensorial del dolor que a las palabras neutras o las que describían sus consecuencias emocionales o conductuales.

Significado

El significado que se atribuye a la situación también puede influir en la percepción del dolor (J. Miró, 2003). Los trabajos de Beecher (1959) en los que se evidencia las diferencias en la respuesta al dolor ante una misma lesión entre combatientes y civiles son una buena prueba de ello. Sin duda otros ejemplos como por el ejemplo el dolor provocado por un parto podrían ser ejemplos de la importancia del significado atribuido al dolor experimentado.

Estos resultados evidencian la importancia de las cogniciones en el dolor crónico, corroborando la importancia de una visión multidimensional en el estudio, evaluación y tratamiento del dolor crónico.

2.3 La influencia de las emociones

La influencia recíproca entre las emociones y el dolor crónico es un hecho constatable. Mel'nikova (1993) evidenció la influencia del estado animo sobre la experiencia de dolor al observar que los participantes deprimidos o ansiosos informan de un mayor grado de dolor ante un mismo estímulo que aquellos que no presentan ansiedad y depresión.

En la misma línea Piñerua-Shuhaibar, Prieto-Rincon, Ferrer, Bonilla, Maixner, y Suarez-Roca (1999) concluyeron que las personas deprimidas pueden tolerar un dolor agudo durante la mitad de tiempo que los sujetos que no están deprimidos. Magni, Moreschi, Rigatti-Luchini, y Merskey (1994) también observaron que existe una interacción entre el dolor y el estado de ánimo que puede actuar en ambos sentidos, de esta manera las personas con dolor crónico presentan una mayor probabilidad de deprimirse, mientras que las personas deprimidas también presentan más posibilidades de informar de haber padecido un periodo de dolor. Adicionalmente, algunos estudios indican que la presencia de una severa alteración afectiva genera un incremento en el umbral del dolor, es decir, una mayor resistencia a la aplicación de un dolor inducido mecánicamente (López-Solà y cols., 2010).

Es importante destacar que alrededor de un 50% de los pacientes con dolor crónico sufre depresión. La presencia de un estado depresivo puede conllevar a una falta de interés por parte del paciente por recuperarse, o bien a una falta de adherencia al tratamiento, lo que podría conllevar a una mayor discapacidad y mayor dolor (J. Miró, 2003). La presencia de síntomas ansiosos es otro de los estados emocionales observado en los pacientes de dolor crónico. Éstos facilitan la aparición de estados tensionales y un posible aumento del dolor, contribuyendo a una cronificación del dolor. La prolongación a lo largo del tiempo del dolor, unido a una falta de evidencias médicas que expliquen la presencia del dolor puede conllevar a sentimientos de frustración e ira que pueden influir en la intensidad del dolor, en la interferencia del dolor con las actividades cotidianas y en la frecuencia de conductas de dolor (J. Miró, 2003).

2.4 La influencia de la socialización: Aprendizaje social o vicario

Este modelo, propuesto por Bandura (1977), se basa en la idea de que los individuos aprenden principalmente por observación e interiorización de modelos. Los sujetos observan la conducta realizada por otros y, en función de las consecuencias que se produzcan como resultado de la conducta realizada, incorporarán dicha conducta a su repertorio conductual o bien modificarán las que ya tienen, sin que sea necesario que las hayan experimentado personalmente. En el ámbito del dolor el sujeto aprenderá cómo reaccionar ante una experiencia dolorosa observando previamente modelos ante

situaciones similares. Las pautas parentales, pero también la influencia del ambiente social y cultural influye tanto en la experiencia de dolor como en el forma en el que sujeto reaccionará a él (Barba-Tejedor, 1994; J. Miró, 2003).

3. CLASIFICACIONES DEL DOLOR

3.1 Clasificación en función de su duración

Dolor agudo

Tomando como referencia criterios temporales y de duración se puede distinguir entre dolor agudo y dolor crónico. La relevancia de esta diferenciación basada en criterios temporales no radica en su duración temporal sino en las distintas manifestaciones, pronóstico, factores involucrados y tratamientos prescritos asociados a cada tipo de dolor (J. Miró, 2003). Según Chapman el dolor agudo hace referencia a una “experiencia psicológica compleja asociada a daño tisular, inflamación, o proceso de enfermedad, que generalmente aparece con dicho daño y que desaparece cuando el paciente está curado del mismo” (Barba-Tejedor, 1994, p. 255). El dolor postoperatorio o las quemaduras serían ejemplos de dolor agudo.

El dolor agudo tiene una clara función adaptativa y posee una gran importancia para la supervivencia. Su función se centra en alertar al individuo de la presencia de un daño tisular con la finalidad de que éste busque una explicación al origen del dolor y tome medidas para ponerle fin. Se caracteriza por tener una duración temporal breve y limitada en el tiempo, y su curso temporal suele ser previsible. El dolor aparece como consecuencia de un daño tisular y el dolor experimentado acostumbra a ser proporcional a la lesión que lo genera. Los tratamientos centrados en la cicatrización de los tejidos generan una buena respuesta terapéutica y hacen remitir el dolor. Suele acompañarse de cambios en el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) (p.ej. incremento de la tasa cardíaca y respiratoria) que suelen ser proporcionales a la intensidad del estímulo nociceptivo y se encuentra asociado a la ansiedad (J.Miro, 2003).

Es importante destacar que la variabilidad individual en la intensidad del dolor como respuesta a una misma lesión está influenciada por múltiples factores como la

genética, la epigenética, el sexo, las respuestas al estrés preexistentes, la edad, las respuestas del organismo frente a medicamentos analgésicos, los factores psicológicos como las expectativas, la depresión, la ansiedad, el miedo, los sistemas de creencias personales, el significado individual de la experiencia de dolor o el catastrofismo. El origen o el contexto cultural también pueden afectar a la intensidad y la expresión del dolor (International Association for the Study of pain, 2010).

Dolor crónico

El dolor crónico puede clasificarse en dos categorías: dolor benigno y crónico progresivo. El dolor crónico benigno se encuentra asociado a enfermedades benignas y que no comprometen la supervivencia del individuo. El dolor crónico progresivo o “maligno” es un dolor asociado a procesos malignos como el cáncer. En función del curso del dolor también se puede distinguir entre dolor crónico periódico o recurrente, que haría referencia a aquel dolor de naturaleza intermitente o episódico, y dolor crónico continuo que sería aquel dolor que es constante aunque puede presentar fluctuaciones en cuanto a su intensidad (J. Miró, 2003).

El dolor crónico se ha definido como un dolor que persiste más de un mes después del curso habitual de una enfermedad aguda o del tiempo habitual para que sane una herida, o aquel asociado a un proceso patológico crónico que causa un dolor continuo o recurrente, o si reaparece a intervalos de meses y/o años (J. Miró, 2003). Se caracteriza por ser un dolor persistente y duradero en el que no existe una patología orgánica de base que justifique el dolor y, si existe, ésta no justifica las conductas de dolor ni las quejas del paciente y suele ser refractario al tratamiento médico, no tiene ninguna función adaptativa ni protectora y puede considerarse en sí mismo como una enfermedad. El dolor crónico tiene efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales sobre el paciente y su familia, además de un costo social enorme (Dagnino, 1994). Los factores psicológicos más frecuentes son la depresión, la ansiedad, la ira o la hostilidad.

Es importante destacar que mientras los tratamientos aplicados al dolor agudo son eficaces, no ocurre lo mismo con el dolor crónico donde los mismos tratamientos pueden incluso llegar a ser contraproducentes para los pacientes con dolor crónico (Donker, 1999). Poca y García (2006) apuntan a la importancia de conceptualizar el tratamiento del dolor crónico desde un enfoque biopsicosocial, ya que solo desde un

enfoque que considera al individuo como participante del ámbito biológico, psicológico y social se puede aspirar a la recuperación.

3.2 Clasificación en función de su localización

Dolor de origen periférico

Se divide en dolor superficial y profundo. El dolor superficial o cutáneo se origina en la piel o en las mucosas, puede ser provocado por estímulos térmicos, mecánicos, eléctricos o químicos, su localización es precisa y tiene como función la protección del organismo. El dolor profundo es más difuso y mal localizado, y puede diferenciarse entre dolor somático y visceral. El dolor somático profundo se origina por una lesión a nivel de los músculos, tendones, huesos, articulaciones o ligamentos, procede de estímulos somáticos superficiales o profundos (daño mecánico, calambre, isquemia, inflamación). Es resultado de la activación de nociceptores y es transmitido por los nervios somáticos. Puede estar bien localizado, ser difuso o irradiado y suele acompañarse de sensibilidad cutánea, hiperactividad simpática y espasmos musculares. El dolor visceral es un dolor sordo, difuso y mal localizado. Se origina debido a una lesión o enfermedad que afecta a los órganos internos y suele acompañarse de una respuesta autonómica intensa (nauseas, vómitos, sudoración, variación frecuencia cardiaca) (Penzo, 1989; Barba-Tejedor, 1994; López-Timoneda, 1996).

Dolor central

En el dolor de origen central la causa reside en una patología del Sistema Nervioso Central (SNC). Este puede aparecer como consecuencia de lesiones neurológicas de la médula espinal, bulbo raquídeo, tálamo o corteza cerebral (Barba-Tejedor, 1994).

3.3 Clasificación en función de los mecanismos neurofisiológicos que originan el dolor

Dolor nociceptivo

El dolor nociceptivo, también denominado dolor “normal” o “fisiológico”, se produce como consecuencia de la aplicación de estímulos que producen daño o una lesión en órganos somáticos o viscerales y en la mayoría de individuos forma parte de la reacción normal frente a dicha lesión (Montes-Pérez, 2002).

Dolor neuropático

El dolor neuropático está provocado por una lesión y alteración de la transmisión de la información nociceptiva a nivel del Sistema Nervioso Periférico (SNP) o Central (SNC), y a diferencia del dolor " normal ", no tiene ninguna función de advertencia. Una de sus principales características, que se puede considerar patognomónica, es la presencia de alodinia, es decir la aparición de dolor frente a estímulos que habitualmente no son dolorosos. Algunos ejemplos son la neuralgia post-herpética, las radiculopatías, la neuralgia del trigémino, el dolor del miembro fantasma, los síndromes de dolor regional complejo y distintas neuropatías periféricas (tales como la neuropatía diabética, urémica) (Montes-Pérez, 2002).

3.4 Clasificación del dolor desde sistemas clasificatorios

Clasificación de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP)

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) ha establecido un sistema clasificatorio de los síndromes de dolor basado en cinco ejes. Los cinco ejes son: (1) Regiones, (2) Sistemas, (3) Características temporales del dolor: patrón de ocurrencia, (4) Valoración de la intensidad realizada por el paciente y tiempo transcurrido desde el inicio del dolor, y (5) Etiología (Tabla 1).

Tabla 1. Esquema para codificar los diagnósticos de dolor según la IASP.

	CÓDIGO
Eje 1: Región o zona corporal	
Cabeza, cara y boca	000
Región cervical	100
Miembros superiores y hombro	200
Región torácica	300
Región abdominal	400
Zona baja de la espalda, lumbar, sacra y coxis	500
Miembros inferiores	600
Región pélvica	700
Región anal y genital	800
Más de tres áreas mayores	900
Eje II: Sistemas	
Sistema nervioso (central, periférico y autónomo) y sentidos especiales, trastorno o disfunción física	00
Sistema nervioso (psicológico y social)	10
Sistemas respiratorio y cardiovascular	20
Sistema musculoesquelético y tejido conectivo	30
Glándulas cutáneas y subcutáneas y glándulas asociadas	40
Sistema gastrointestinal	50
Sistema genital-urinario	60
Otros órganos o vísceras (p.ej.,tiroides linfática)	70
Más de un sistema	80
Desconocido	90
Eje III: Características temporales del dolor: patrón de ocurrencia	
Sin registrar, no aplicable o desconocido	0
Episodio único, duración limitada (p. ej., torcedura de tobillo)	1
Continuo o casi continuo, sin cambios (p. ej., lumbalgia)	2
Continuo o casi continuo, severidad fluctuante (p. ej., rotura disco)	3
Recurrente de forma irregular ((p. ej., cefalea mixta)	4
Recurrente regular (p. ej., dolor premenstrual)	5
Paroxísmico (p. ej., tic douloureux)	6
Sostenido con paroxismos sobreimpuestos	7
Otras combinaciones	8
Ninguna de las anteriores	9
Eje IV: Valoración del paciente de la intensidad: tiempo transcurrido desde la aparición del dolor	
Sin registrar, no aplicable o desconocido	.0
Suave -un mes o menos	.1
-de uno a seis meses	.2
-más de seis meses	.3
Medio -un mes o menos	.4
-de uno a seis meses	.5
-más de seis meses	.6
Severo -un mes o menos	.7

-de uno a seis meses	.8
-más de seis meses	.9
Eje V:Etiología	
Trastornos genéticos o congénitos (p. ej., dislocación congénita)	.00
Trauma, operación, quemaduras	.01
Infección, parasito	.02
Reacciones inmunes inflamatorias (p. ej., agente infeccioso desconocido)	.03
Neoplasma	.04
Tóxica, metabólica (p. ej., neuropatía alcohólica, anoxia vascular, nutricional, endocrina) , radiación	.05
Degenerativa, mecánica (p. ej., cólico biliar)	.06
Disfuncional (incluyendo psicofisiológica) (p. ej., migraña, síndrome de colon irritable, cefalea)	.07
Desconocida u otras	.08
Origen psicológico (p. ej., histeria de conversión, alucinación depresiva)	.09

Clasificación del dolor según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) incluye un diagnóstico denominado “Trastorno por dolor” ubicado dentro del apartado de los “Trastornos somatoformos”.

La principal característica de este trastorno es el dolor, que constituye el síntoma principal del cuadro clínico y que es de suficiente gravedad para merecer atención médica. El dolor provoca un malestar significativo o deterioro en diversas áreas de la vida de la persona. Se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación y la persistencia del dolor, y el dolor no es simulado ni producido intencionadamente (American Psychiatric Association, 2002, p. 560) (Tabla 2).

El dolor puede alterar gravemente aspectos de la vida diaria, puede implicar incapacidad para trabajar, discapacidad, utilización asidua del sistema sanitario, consumo continuado de fármacos, trastornos del sueño, conflictos matrimoniales o alteración de la vida familiar. Además puede llevar a la inactividad y al aislamiento social, lo que puede generar problemas adicionales como depresión, y una reducción de la resistencia física que conlleva cansancio y dolor adicional. También puede asociarse

a otros trastornos mentales, principalmente depresión y ansiedad. Los trastornos mentales asociados pueden preceder y quizá predisponer al trastorno por dolor, coexistir con él o ser consecuencia de éste. (American Psychiatric Association, 2002).

Tabla 2. Criterios para el diagnóstico de F54.4 Trastorno por dolor (DSM-IV-TR, APA, 1994)

- A. El síntoma principal del cuadro clínico es dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.
- B. El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.
- D. El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionadamente (a diferencia de lo que ocurre en la simulación y en el trastorno facticio).
- E. El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico y no cumple los criterios de dispareunia.

Codificar el tipo:

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos [307.80]: se cree que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor (si hay enfermedad médica, ésta no desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor). Este tipo de trastorno por dolor no debe diagnosticarse si se cumplen también los criterios para trastornos de somatización.

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica [307.89]: tanto los factores psicológicos como la enfermedad médica desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. La enfermedad médica asociada y la localización anatómica se codifican en el Eje II.

Especificar (para ambos tipos) si:

Agudo: duración menor a 6 meses

Crónico: duración igual o superior a 6 meses

Nota: el trastorno siguiente no se considera un trastorno mental y se incluye aquí únicamente para facilitar el diagnóstico diferencial

Trastorno por dolor asociado a enfermedad médica: la enfermedad médica

desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. (Si existen factores psicológicos, no se estima que desempeñen un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor).

Clasificación del dolor según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1992) establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) contempla la categoría de “Trastorno de dolor somatoformo persistente” ubicada en el apartado “Trastornos somatoformos” (Tabla 3).

Tabla 3. Características del “Trastorno de dolor somatoformo persistente” [F45.4] (CIE-10; OMS, 1992)

La queja predominante es la persistencia de un dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático. El dolor se presenta con frecuencia en circunstancias que sugieren que el dolor está relacionado con conflictos o problemas, o que da lugar a un aumento significativo del apoyo y la atención que recibe el enfermo, por parte del médico, de otras personas, pero no siempre es así.

No deben incluirse aquí los dolores presumiblemente psicógenos que aparecen en el curso de trastornos depresivos o de esquizofrenia. No deben clasificarse aquí los dolores debidos a mecanismos psicofisiológicos conocidos o inferidos (como el dolor de tensión muscular o la migraña), en los que aún se presume un origen psicógeno, que deben codificarse de acuerdo con F54 (factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades codificados en otro lugar) y un código adicional de otro capítulo de la CIE-10.

4. FIBROMIALGIA

4.1 Antecedentes históricos

Aunque el reconocimiento de la Fibromialgia (FM) como enfermedad médica es relativamente reciente, se pueden obtener referencias acerca de la FM en textos y documentos médicos de la antigüedad. Hipócrates y Galeno consideraron que el reuma hacía referencia al dolor generado por el fluir de un exceso de sangre y en el siglo XVI Guillermo de Baillou utilizó el término reumatismo para describir las enfermedades que afectaban a los músculos (Martín-Sánchez, 2011).

En el siglo XVIII se comenzó a distinguir entre las enfermedades reumáticas que deforman las articulaciones y las que no las deforman denominándolas reumatismo muscular. Durante el siglo XIX se definieron diversas formas de reumatismo muscular y en concreto aquellas que se caracterizan por dolor a la presión en determinadas localizaciones anatómicas. Valleix propuso el reumatismo muscular como una forma de neuralgia y detectó la presencia de puntos sensibles que al presionarlos causaban dolor (Martín-Sánchez, 2011; Martínez-Lavín, 2012). En 1843 Floriep relata la detección de callosidades musculares en pacientes que refieren dolor. En 1880 Beard empleó el término neurastenia para referirse a un grupo de pacientes que presentaban dolor generalizado, fatiga y alteraciones psicológicas (Poca y García, 2006).

En 1904 Gowers utiliza el término “fibrositis” para referirse a formas de lumbago con dolores en los brazos y que defendía que eran producidas por “la inflamación del tejido fibroso del músculo” (Poca y García, 2006). Gowers describió algunas características clínicas que hoy definen a la FM: sensibilidad a la presión mecánica, fatiga, trastornos del sueño o agravamiento de los síntomas por el frío y el calor (Martínez-Lavín, 2012). Stockman creyó encontrar la entidad patológica de la FM, después de realizar siete biopsias a pacientes que presentaban rigidez y un movimiento muscular doloroso atribuyendo la causa a pequeñas colonias de microbios. No obstante la revisión posterior no confirmó los hallazgos de Stockman (Poca y García, 2006).

El término “fibrositis” se popularizó cuando en 1915 Llewellyn y Jones publicaron su tratado denominado “Fibrositis” en el que ya se debatía acerca de conceptos que hoy en día siguen en auge como el empeoramiento de los síntomas ante

los cambios climáticos y el sobreesfuerzo (Poca y García, 2006). En 1944 Elliot publicó un artículo en que afirmaba que los nódulos fibrosíticos eran debidos a espasmos musculares que podían detectarse mediante estudios electromiograficos. Kelly reforzó esta hipótesis al publicar otro artículo en el que afirmaba que se producía un alivio sintomático al infiltrar una sustancia anestésica en los puntos hipersensibles (Poca y García, 2006). La dificultad para establecer unas bases físicas para la fibrositis, juntamente con la aparición de un dolor musco-esquelético crónico en combatientes de diversos conflictos bélicos, dio lugar a la idea postulada por el Dr Edward Boland en 1947 de que la fibrositis no era más que un reumatismo psicógeno (Martínez-Lavín, 2012; Poca y García, 2006).

Varias publicaciones de principios de siglo XIX definen la fibrositis como un dolor localizado con presencia de nódulos, lo que hoy se correspondería más con el concepto de dolor miofascial. En el siglo XX varios autores diferencian entre la fibrositis regional, lo que posteriormente sería el Síndrome de dolor miofascial, de la fibrositis generalizada (Martín-Sánchez, 2011; Poca y García, 2006).

La era científica de la FM se inicia con los estudios de Smythe y Moldofsky. En 1972 Smythe describió las manifestaciones clínicas del síndrome, la ubicación de puntos sensibles a la palpación y una lista de criterios preliminares de clasificación. En 1975 estos autores demostraron alteraciones en el electroencefalograma durante el sueño en los enfermeros con fibrositis. Estas consistían en la inclusión de ondas alfa, características del sueño superficial, en el ritmo habitual de ondas lentas (delta) del sueño profundo (Poca y García, 2006). En 1976 Hench propuso el término fibromialgia para definir una forma de reumatismo no articular, caracterizada por la presencia de dolor muscular en ausencia de inflamación y propuso abandonar el término fibrositis (Martín-Sánchez, 2011). El origen de la palabra proviene de los vocablos fibro (tejidos fibrosos, ligamentos, tendones), mi (músculo) y algia (dolor) (Poca y García, 2006).

En 1981 Yunus definió mediante un estudio controlado las características clínicas definitorias de la FM. En 1984 Yunus realizó un nuevo estudio en el que observó que en los pacientes con FM coincidían otras enfermedades o procesos considerados funcionales (colon irritable, cefalea tensional, dismenorrea primaria) que carecían de hallazgos objetivos que explicaran los síntomas, y postuló que el espasmo muscular era el factor común de estas enfermedades. Posteriormente, Yunus desarrolló su hallazgo estableciendo que el solapamiento entre varios síndromes funcionales se

debe a la presencia de un mecanismo común de sensibilización del sistema nervioso central, dando lugar a la aparición del término Síndromes de Sensibilidad Central (SSC) (Yunus, 2007). Hasta este momento se habían propuesto varios criterios que no habían sido analizados científicamente para el diagnóstico de fibrositis, por lo que finalmente en 1990 el Colegio Americano de Reumatología (American College of Rheumatology, ACR) creó un comité para que estableciera una definición de consenso para la FM y que éste definiría los criterios para su clasificación. En el 2010 (Wolfe y cols., 2010) se publicaron unos nuevos criterios para el diagnóstico de la FM.

4.2 Características clínicas

La FM es una enfermedad reconocida por todas las organizaciones médicas internacionales. Fue reconocida en 1992 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y clasificada con el código M79.7 en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como una enfermedad reumatológica (OMS, 1992), y en 1994 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) clasificándola con el código x33.x8a (Merskey, 1994). Actualmente, la FM se considera que forma parte de los Síndromes de Sensibilidad Central (SSC) (Yunus, 2007), un amplio espectro de síndromes que se caracterizan por la presencia de sensibilización central (SC). La FM es considerada un estado de amplificación de la vivencia del dolor (Poca y García, 2006) y su síntoma central es el dolor generalizado en los huesos, músculos y articulaciones, que persiste durante más de 3 meses y afecta a los cuatro cuadrantes del cuerpo (Wolfe y cols., 2010). Acostumbra acompañarse de otros síntomas, aunque no todas las manifestaciones están presentes en la misma persona, varían en intensidad a lo largo del tiempo y entre las diferentes personas (Poca y García, 2006). Los síntomas centrales acompañantes de la FM son el Trastorno del sueño, la rigidez matutina y la fatiga, donde cada uno de ellos se presenta en un 75% de los enfermos con FM, un 81% presentará dos de los tres síntomas y solo un 56% presentara todos los síntomas de forma simultánea (Poca y García, 2006). A parte de los síntomas mencionados, los pacientes con FM refieren un amplio número de síntomas con mayor frecuencia que la población sana o con otras patologías (Collado, 2008; Poca y García, 2006) (Tabla 4). Los síntomas principales son:

Fatiga

A diferencia de la fatiga fisiológica, la fatiga que se presenta en la FM no mejora con el reposo. Las pacientes se levantan tan cansadas o más que antes de acostarse y la realización de actividades las desgasta rápidamente (Martínez-Lavín, 2012). La fatiga es uno de los síntomas más frecuentes en la FM, en los estudios de Björkegren, Wallander, Johansson, y Svärdsudd (2009) y Casanueva. (2007) más del 90% de las pacientes refirieron la presencia de fatiga, mientras que en el estudio de Choy y colaboradores (2010) el porcentaje fue de un 56%. Nicassio y colaboradores (2002) destaca que el dolor, las alteraciones del sueño y los síntomas depresivos se relacionan con la fatiga, destacando el dolor y el sueño como variables predictoras de la fatiga.

Trastornos del sueño

Se incluyen dificultades para conciliar el sueño, sueño no reparador, sueño fragmentado, ligero o poco profundo. En el estudio de Björkegren (2009) las alteraciones del sueño están presentes en el 86% de los pacientes, en un 91.71% en el de Casanueva (2007) y en el 55% según Choy (2010). Bigatti, Hernandez, Cronan, y Rand (2008) corroboran la presencia de alteraciones del sueño en los pacientes con FM y apuntan a que las alteraciones del sueño predicen el grado de dolor, el dolor predice el nivel de funcionamiento físico y el funcionamiento físico predice la presencia de depresión. Algunos estudios sugieren que un 50% de los pacientes presentan mioclonus nocturno que puede estar relacionado con una alteración autonómica del sistema nervioso simpático y aproximadamente el 30% presenta el síndrome de piernas inquietas (Carruthers y van de Sande, 2005).

Rigidez

Aparece principalmente por la mañana o tras periodos de reposo (Villanueva, 2004). La rigidez matutina suele ser más severa si el día anterior se realizaron actividades físicas extenuantes (Carruthers y van de Sande, 2005). Björkegren y colaboradores (2009) apunta a una prevalencia del 95.6%, Casanueva y colaboradores (2007) del 82.9%, mientras que en el estudio de Choy y colaboradores (2010) la prevalencia fue de un 52%.

Dolor de cabeza

Puede ser difuso o tener características migrañosas. En el estudio de Björkegren y colaboradores (2009) la prevalencia se sitúa en un 82.5%, en el de Casanueva y colaboradores (2007) en un 74.9%, y en el de Choy y colaboradores (2010) en un 63%. En el estudio de Marcus (2005) se observa una prevalencia del 76%, donde el dolor de cabeza tipo migraña presenta una prevalencia del 48% siendo el tipo de dolor de cabeza más común. Marcus y colaboradores (2005) apunta que la presencia de dolor de cabeza no se relaciona con las medidas de dolor, calidad del sueño o malestar psicológico.

Parestesias

Se incluyen en este apartado hormigueo, pinchazos, calambres, ardores, entumecimiento de una extremidad y tumefacción (hinchazón de un órgano). En relación a los síntomas de entumecimiento o sensaciones de hormigueo éste es referido por un 77.2% de las pacientes en el estudio de Björkegren y colaboradores (2009), en un 82.95% en el de Casanueva (2007) y en un 47% en el estudio de Choy y colaboradores (2010). En relación a la sensación de hinchazón la prevalencia se sitúa en un 72.1% en el estudio de Björkegren y colaboradores (2009), en un 77% en el de Casanueva (2007) y en un 47% en el de Choy y colaboradores (2010).

Trastornos cognitivos

Afectan a la capacidad de concentración y a la memoria de trabajo, episódica y semántica. En el estudio de Björkegren y colaboradores (2009) un 73.5% refirió presentar quejas de memoria a corto plazo y en el estudio de Choy y colaboradores (2010) un 54% refirió dificultades de concentración. Castel y colaboradores (2008) no observan diferencias en el rendimiento cognitivo entre un grupo control y un grupo con FM, aunque el grupo con FM refiere presentar más problemas de memoria. Algunos autores afirman que los déficits cognitivos presentes en la FM solo están presentes cuando existe comorbilidad con trastornos afectivos (Castel y cols., 2008; García-Blanco y cols., 2009).

Síndrome de colon irritable

Se caracteriza por la sensación de distensión abdominal, con cólicos y aumentos del gas intestinal, puede haber periodos de estreñimiento o de diarrea. Afecta entre un 30% - 70% de los pacientes con FM (Martínez-Lavín, 2012).

Mareos

Mareos, falta de equilibrio, vértigo, que puede acompañarse de tinitus y/o náusea (Martínez-Lavín, 2012).

Alteraciones psicológicas

Los pacientes con FM presentan una mayor prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en comparación a la población general (Fietta, Fietta, y Manganelli, 2007). No obstante, no todos los pacientes con FM presentan de forma comórbida sintomatología ansioso-depresiva (Aaron y cols., 1996; Souza y cols., 2009)

Otros síntomas

A continuación, se describen otros síntomas menos frecuentes pero que pueden acompañar a la FM según los criterios descritos por Wolfe y colaboradores (2010).

Dolor muscular, debilidad muscular, dolor/calambres abdominales, dolor en la parte superior del abdomen, dolor en el pecho, visión borrosa, fiebre, sequedad en la boca, picores, ruidos/pitos al respirar, fenómeno de Raynaud, ronchas/ampollas, urticaria, zumbido en los oídos, vómitos, acidez de estómago, úlceras orales, pérdida o cambios en el gusto, convulsiones, ojos secos, dificultad para respirar, pérdida de apetito, erupciones, sensibilidad al sol, trastornos auditivos, moratones fáciles, pérdida de cabello, micción frecuente, micción dolorosa, espasmos en la vejiga.

Los pacientes con FM pueden presentar una amplia variabilidad sindrómica acompañante del cuadro principal de la FM, caracterizado por dolor crónico generalizado. La consideración de la FM como una enfermedad de los SSC (Yunus, 2007) implica que la FM, en muchos casos, puede presentarse de forma combinada con otros síndromes pertenecientes a los SSC, lo que puede implicar la manifestación de un amplio número de síntomas. La investigación acerca de los síntomas acompañantes de

la FM, así como su distribución y frecuencia de aparición en los pacientes con FM es relevante tanto desde un punto visto descriptivo como terapéutico (Wilson, Robinson y Turk, 2009).

Tabla 4. Porcentaje de síntomas clínicos presentes en la FM

Síntomas	Rango
Fatiga	56% - 90%
Trastornos del sueño	55% - 91.71%
Rigidez	52% - 95.6%
Dolor de cabeza	63% - 82.5%
Parestesias	47% - 82.95%
Trastornos cognitivos	54% - 73.5%
Síndrome de colon irritable	30 % - 70%
Trastorno de ansiedad	13% - 63.8%
Trastorno depresivo	20% - 80%

4.3 Criterios diagnósticos

Criterios diagnósticos según Wolfe y colaboradores (1990)

La ACR (1990) determina dos criterios para la FM:

1. Dolor generalizado: Dolor generalizado durante como mínimo tres meses en la parte derecha del cuerpo, en la parte izquierda del cuerpo, por encima de la cintura y por debajo de la cintura. La ACR define el dolor generalizado como aquel que está presente al menos en la parte derecha e izquierda del cuerpo y en la parte superior e inferior del mismo. Si se divide el cuerpo en 4 cuadrantes, el dolor debería ocupar al menos tres de estos cuadrantes. Además, siempre debe existir dolor en el esqueleto axial (columna vertebral o parte anterior del tórax).
2. Puntos dolorosos/gatillo/sensibles (“tender points”): La ACR define 18 puntos anatómicos específicos, bilaterales. Debe existir inducción de dolor (no molestia) con una presión aproximada de 4 Kg/ 1,4 cm², en 11 o más de los 18 puntos. Esta presión debe de ser suficiente para blanquear el lecho ungueal del examinador. Son 9 puntos de cada lado del cuerpo, en total 18 (Figura 2).

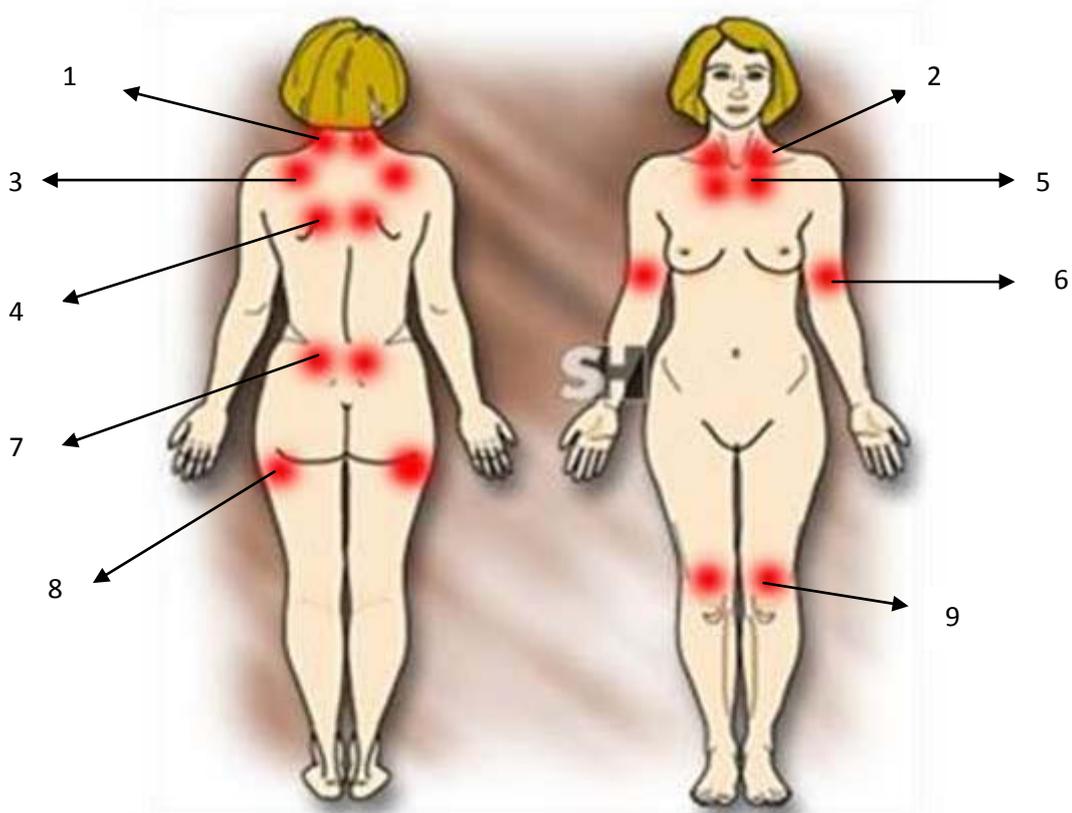


Figura 2. Localización de los puntos gatillos en la figura humana

1. Occipucio: bilateral. Situado en la inserción muscular suboccipital.
2. Trapecio: bilateral. Situado en la parte media del borde superior.
3. Supraespinoso: bilateral. Situado en la parte superior de la espina escapular, cerca del borde medial.
4. Cervical bajo: bilateral. Situado en la cara anterior de los espacios intertransversos de C5-C7.
5. Segunda costilla: bilateral. Situado en la segunda unión costocondral.
6. Epicóndilo lateral: bilateral. Situado a 2 cm de distancia de los epicóndilos.
7. Glúteo: bilateral. Situado en el cuadrante súperoexterno de la nalga.
8. Trocánter mayor: bilateral. Situado posteriormente a la eminencia trocantérea.
9. Rodilla: bilateral. Situado en la cara lateral interna de la rodilla, proximal a la línea articular.

Criterios diagnósticos según Wolfe y colaboradores (2010)

En el 2010 el ACR (Wolfe y cols., 2010) publicó unos nuevos criterios preliminares para el diagnóstico de la FM propuestos por un grupo de expertos liderados por el Dr Wolfe (ver Anexo 1). Según los nuevos criterios se considera que el paciente presenta FM si presenta una de las siguientes condiciones:

- ❖ Índice de dolor generalizado superior o igual a 7, más una puntuación en la Escala de gravedad de síntomas superior o igual a 5.
- ❖ Índice de dolor generalizado entre 3 y 6, con una puntuación en la Escala de gravedad de síntomas superior o igual a 9.

Las puntuaciones de cada índice se establecen de la siguiente manera:

- Índice de dolor generalizado-(Widespread Pain Index-WPI): Se establece a partir de la suma de 19 áreas posibles de dolor, cada área puntúa un punto. Las áreas son las siguientes: cintura escapular izquierda, cintura escapular derecha, brazo izquierdo, brazo derecho, antebrazo izquierdo, antebrazo derecho, nalga izquierda, nalga derecha, pierna superior izquierda, pierna superior derecha, pierna inferior izquierda, pierna inferior derecha, mandíbula izquierda, mandíbula derecha, pecho, abdomen, parte superior de la espalda, parte inferior de la espalda y cuello.

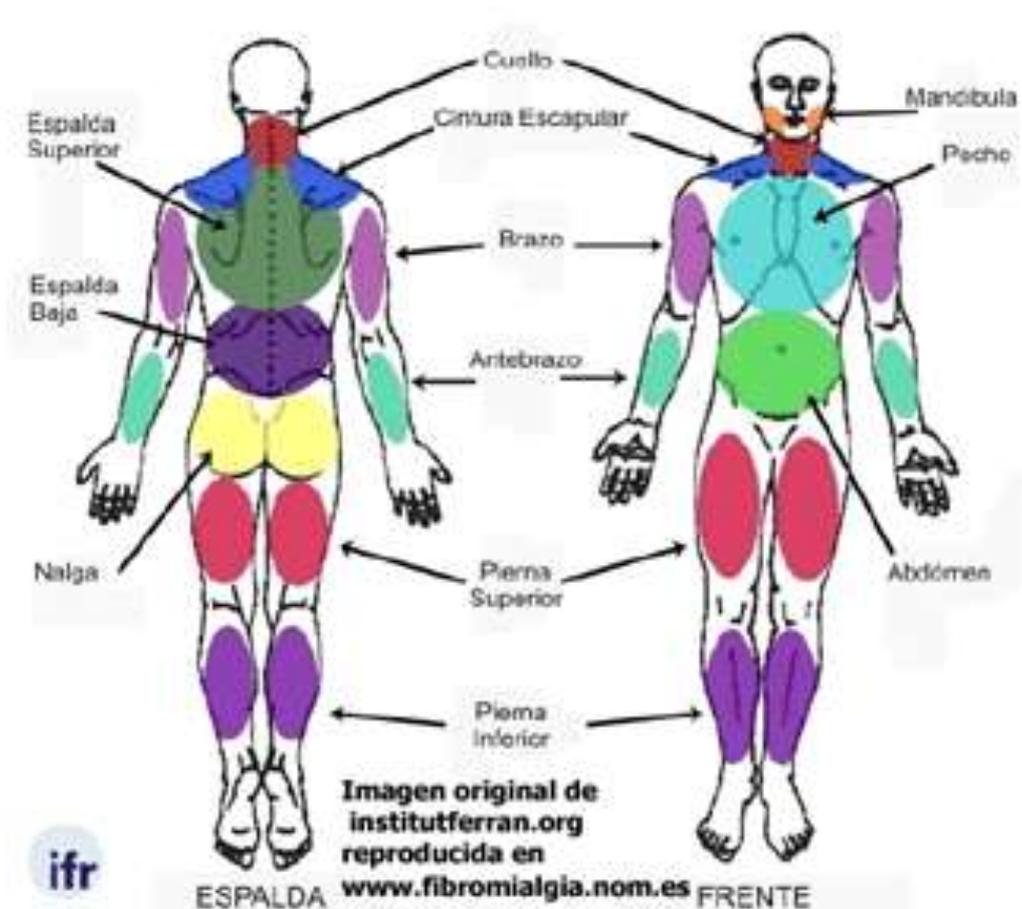


Figura 3. Áreas de dolor según el Índice de dolor generalizado. Extraído de www.institutferran.org

- Índice de gravedad de síntomas (Symptom severity score- SS Score): Este índice consta de 2 apartados. La puntuación total de este índice se obtiene sumando la puntuación obtenida en el apartado 1 y 2.
- Apartado 1: El paciente tiene que indicar la gravedad de tres síntomas concretos: fatiga, sueño no reparador y síntomas cognoscitivos, durante la semana pasada. La escala de valoración es una escala Likert de 0 a 3 puntos. (0= sin problema; 1 = problema leve; 2 = problema moderado; 3 =problema grave). La puntuación máxima es 9.
- Apartado 2: El paciente tiene que indicar el número de síntomas somáticos que presenta de entre los siguientes: dolor muscular, síndrome de intestino irritable,

fatiga, dificultad para pensar o recordar, debilidad muscular, dolor de cabeza, dolor/calambres abdominales, entumecimiento/hormigueos, mareo, insomnio, depresión, estreñimiento, dolor en la parte superior del abdomen, náuseas, ansiedad, dolor en el pecho, visión borrosa, fiebre, diarrea, sequedad en la boca, picores, ruidos/pitos al respirar, fenómeno de Raynaud, ronchas/ampollas, urticaria, zumbido en los oídos, vómitos, acidez de estómago, úlceras orales, pérdida o cambios en el gusto, convulsiones, ojos secos, dificultad para respirar, pérdida de apetito, erupciones, sensibilidad al sol, trastornos auditivos, moratones fáciles, pérdida cabello, micción frecuente, micción dolorosa, espasmos en la vejiga.

Si presenta entre 1 y 10 síntomas su puntuación es 1, entre 11 y 24 su puntuación es 2, y si presenta más de 25 síntomas su puntuación es 3.

En la Tabla 5 se pueden observar un resumen de los criterios diagnósticos establecidos.

Tabla 5. Tabla comparativa de los criterios diagnósticos de la FM según Wolfe y colaboradores (1990) y Wolfe y colaboradores (2010).

Wolfe y colaboradores (1990)	Wolfe y colaboradores (2010).
-Dolor generalizado durante 3 meses, en los cuatro cuadrantes cuerpo	$WPI \geq 7$ y $SS \geq 5$ o WPI : entre 3-6 y $SS \geq 9$
-Puntos dolorosos/gatillo (mínimo 11 de 18)	

4.4 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se realiza ante otras enfermedades sistémicas, que pueden cursar con dolor crónico y rigidez más o menos generalizada (Poca y García, 2006). No obstante, determinadas enfermedades a considerar en el diagnóstico diferencial, pueden coexistir con la FM, magnificando la sintomatología articular y dificultando el diagnóstico (Poca y García, 2006). Algunas de las enfermedades que deberían formar parte del diagnóstico diferencial son (Poca y García, 2006, pp. 46-47):

- ❖ Enfermedades reumáticas: Artrosis, Polimialgia reumática, Lupus Erimatoso Sistémico, Artritis Reumatoide y otras formas de artritis, Espondilitis Anquilosante, Polimiositis, Síndrome de Sjögren.
- ❖ Enfermedades óseas metabólicas, como la osteomalacia o los déficits de vitamina D.
- ❖ Enfermedades musculares, inflamatorias o de causa metabólica.
- ❖ Enfermedades endocrinológicas como el Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Hiperparatiroidismo o la Insuficiencia Suprarrenal.
- ❖ Enfermedades infecciosas y postvirales
- ❖ Enfermedades neurológicas como la Esclerosis múltiple, malformación de Arnold-Chiari, Parkinson, síndromes de Miastenia.
- ❖ Enfermedades psiquiátricas, como el Trastorno depresivo o el Trastorno de somatización.
- ❖ Síndrome de Fatiga Crónica o Síndrome de dolor miofascial.

El Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) y la Sensibilidad Química Múltiple (SQM), forman parte de un grupo de síndromes que comparten muchas manifestaciones clínicas con la FM, y que es probable que conlleven mecanismos similares de desarrollo. No obstante, la conceptualización de estos síndromes presenta posturas antagónicas, mientras algunos profesionales afirman que la FM y la SFC son síndromes claramente diferenciables, otros proponen que estos síndromes suponen un intento fallido de nuestros sistemas adaptativos para acomodarse a un medio ambiente hostil (Martínez-Lavín, 2012).

4.5 Epidemiología

La prevalencia de la FM es muy homogénea en todos los países donde se ha estudiado, tanto en las zonas del tercer mundo como en países desarrollados (Poca y García, 2006). Afecta a todas las edades, incluyendo los niños, a todos los grupos raciales/étnicos y a todos los estratos socioeconómicos (Carruthers y van de Sande, 2005).

La prevalencia de la FM en la población general se sitúa entre un 0.7 y un 4.9% (Mas, Carmona, Valverde, Ribas, y EPISER Study Group, 2008). Estudios más clásicos

en Estados Unidos han estimado la prevalencia de la FM en la población general en un 2%, siendo del 3.4% en mujeres y del 0.5% en los hombres, con una ratio mujer hombre 6-8:1. Además, observan que la prevalencia aumenta con la edad, encontrándose los máximos valores entre los 60 y los 79 años (Wolfe, Ross, Anderson, Russell, y Hebert, 1995). En Canadá los valores se sitúan entre 4.9% y 1.6% en mujeres y hombres respectivamente, con una ratio mujer hombre 3:1 (White, Speechley, Harth, y Ostbye, 1999). En un estudio realizado en cinco países europeos (Francia, Alemania, Italia, Portugal y España), la prevalencia se situó entre el 2.9% y el 4.7% de la población general y en un 14% en los pacientes reumatológicos (Branco y cols., 2010).

Los resultados del estudio realizado en España sobre la prevalencia poblacional de enfermedades reumáticas promovido por la Sociedad Española de Reumatología (SER) calculan que en España dos millones y medio sufren dolor generalizado y de éstos 750.000 cumplen los criterios de FM. La prevalencia estimada para la FM se sitúa en el 2.4%, siendo del 4.2% en las mujeres y del 0.2% en los hombres, situándose principalmente en el intervalo de edad entre los 40 y 49 años y con una ratio mujer-hombre de 21:1. Es más frecuente en los ambientes rurales donde la prevalencia se sitúa en un 4.1% en comparación al 1.7% en ambientes urbanos. Los años de escolarización se relacionan de forma inversa con la frecuencia de la FM, así las personas sin estudios o con un nivel educativo elemental presentan una prevalencia del 4.8% y 3% respectivamente, mientras que en las personas con estudios universitarios la prevalencia decrece a un 0.6%. En las pacientes con FM también se observó una baja prevalencia de personas que se encontraran activas laboralmente y se observó una alta prevalencia de casos de desempleo y amas de casa, en comparación a la población general (Mas y cols., 2008).

En el ámbito hospitalario español, el estudio EPIDOR (Estudio Epidemiológico del dolor en pacientes reumatológicos) concluyó que la presencia de dolor reumatológico es muy elevada y que la FM representa el 12% (15.5% en las mujeres, y 2.2% en los hombres) de los pacientes con dolor reumatológico en contexto médico (Gamero-Ruiz, Gabriel-Sánchez, Carbonell-Abello, Tornero-Molina, y Sánchez-Magro, 2005).

4.6 Etiología

La FM es una enfermedad de etiología todavía desconocida, aunque los avances en diferentes áreas apuntan a una etiología multifactorial. Cada vez existen más evidencias acerca de que puede ser producida por un incremento de la sensibilidad al dolor, mediada por el SNC (Collado, 2008; Deus, 2012; Gracely y cols., 2002, Gracely y cols., 2004; Montoya y cols., 2005; Montoya y cols., 2006; Montoya, Pauli, Batra, y Wiedemann, 2005). En los últimos años se han producido importantes avances en el estudio de los diferentes mecanismos que inciden en el desarrollo de la enfermedad.

Alteración del sistema nervioso central para el procesamiento del dolor

Numerosos estudios apuntan a la presencia de una alteración del SNC para el procesamiento de las señales del dolor (Gracely, Petzke, y Wolf, 2002; Yunus, 2000). En apoyo a este modelo explicativo, recientemente se ha descrito en estos pacientes un anormal patrón de activación cerebral de la respuesta al dolor mediante SPECT o PET craneal (Derbyshire y cols., 2002; Mountz y cols., 1995; Wik, Fischer, Bragee, Kristianson, y Fredrikson, 2003; Yunus, Young, Saeed, Mountz, y Aldag, 2004) o bien mediante resonancia magnética funcional (RMf) (Cook y cols., 2004; Deus, 2012; Giesecke y cols., 2003; Gracely y cols., 2002; Gracely y cols., 2004). Se ha demostrado que la estimulación nociceptiva produce cambios cerebrales más extensos y más dispersos en estos pacientes. De hecho, y en suma, los estudios de neuroimagen funcional defienden un incremento de la sensibilidad en la modulación cerebral del dolor en pacientes con diagnóstico clínico de FM (Deus, 2012; Cook y cols., 2004; Derbyshire y cols., 2002; Giesecke y cols., 2003; Gracely y cols., 2002, Gracely y cols., 2004) y una incapacidad del sistema neural del dolor para inhibirse ante un estímulo doloroso mecánico (Deus, 2012; Deus, López-Solà, y Pujol, 2012; López-Solà y cols, 2012).

Neurofisiología

En los procesos de dolor crónico se ha descrito un fenómeno denominado “sumación temporal” (wind-up) (Staud, Vierck, Cannon, y Mauderli, 2001) que parece ser el responsable de la hiperalgesia y de la alodinia y que ejerce un papel crucial en el

desarrollo de la FM, y dónde los receptores NMDA tienen una importante función. Poca y García (2006) describen el proceso de la siguiente manera:

El estímulo de las fibras que transmite la sensibilidad produce una respuesta eléctrica a las neuronas de la medula espinal de una determinada amplitud pero la estimulación repetida aumenta la amplitud de respuesta, es decir, la respuesta ante estímulos repetidos es ampliamente superior a cada uno de ellos de forma individual (p. 65).

Alteraciones de los neurotransmisores

Se han observado varias anormalidades en los niveles de varios neurotransmisores en el cerebro y el SNC. Se han observado niveles de sustancia P tres veces más elevados en el Líquido Cefalorraquídeo (LCR) del cerebro en los pacientes con FM que en los controles (Russell y cols., 1994). Este neuropéptido sensibiliza las neuronas al efecto de los neurotransmisores excitadores y provoca hiperalgesia (Poca y García, 2006). También se han observado niveles deficientes de serotonina (5HT) en los pacientes con FM (Neeck y Riedel, 1994). Esto es relevante ya que la serotonina no solo influye en la alteración de la percepción dolorosa, sino también en otras alteraciones neuroendocrinas, en los trastornos afectivos y en la calidad del sueño (Poca y García, 2006). También se han observado niveles elevados de Factor de Crecimiento Neural (NGF), que parece tener un efecto potenciador de la sensibilidad dolorosa (Poca y García, 2006).

Alteraciones neuroendocrinas

La predominancia de la FM en el sexo femenino ha llevado a los investigadores a investigar el papel de las hormonas sexuales, sin encontrar evidencia de su influencia. No obstante se sabe que la FM aparece con mayor frecuencia en mujeres histerectomizadas o que ha tenido una menopausia precoz (Poca y García, 2006).

Las investigaciones sugieren alteraciones de la función neuroendocrina en las pacientes con FM (Carruthers y van de Sande, 2005). El eje Hipotálamo-Hipofisario-suprarrenal (HHS) está programado para regular la respuesta del organismo ante

cualquier estímulo estresante. Por este motivo se hipotetiza que las hormonas que regulan este eje podrían estar alteradas en una situación de estrés crónico como la FM. En los pacientes con FM se ha observado niveles reducidos de la hormona corticotropina (ACTH) y de cortisol, una disminución de la hormona de crecimiento, del factor de crecimiento insulínico 1, de las hormonas reguladoras de la tiroides y los estrógenos (Bagge, Bengtsson, Carlsson, y Carlsson, 1995; Benett, Cook, Clark, Burckhardt, y Campbell, 1997; Crofford y cols., 1994; Griep, Boersma, y Kloet, 1993). Para algunos autores la deficiencia de la hormona de crecimiento podría ser un reflejo del estrés crónico (Poca y García, 2006).

Actividad inflamatoria

Algunos autores (Poca y García, 2006) apuntan a la presencia de cierto grado de inflamación local en las zonas donde el dolor está más localizado. Los datos sugieren la presencia de focos inflamatorios que generarían dolor. Poca y García (2006, pp. 56-57) apunta que “aunque la FM no responde al modelo tradicional de enfermedad inflamatoria quizá estemos avanzando hacia un concepto de inflamación más amplio en el que se incluiría otras situaciones clínicas que hasta el momento nunca habían sido consideradas inflamatorias”.

Alteraciones del sueño

En 1975 (Moldofsky, 1975) se describieron las primeras alteraciones objetivas del sueño en la FM. Los estudios electroencefalográficos mostraron que las pacientes con FM presentan una intrusión de ondas en alfa en los estadios profundos del sueño (Branco, Atalaia, y Paiva, 1994; Drewes y cols., 1995; Moldofsky, 1993). También se observó que los sujetos sanos que son privados de las fases profundas del sueño mediante estímulos ruidosos desarrollan dolor difuso y alodinia. Más tarde se concluyó que estas alteraciones electroencefalografías carecen de sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la FM (Martínez-Lavín, 2012).

Agentes estresores y factores ambientales

Varios resultados apuntan a que el desarrollo de la FM se asocia a agentes estresantes ya sean físicos, infecciosos o emocionales (Goldenberg, 1999; Martínez-Lavín, 2012). Las lesiones físicas y, especialmente, los accidentes de coche donde se produce un “latigazo cervical” puede ser un factor desencadenante de la FM (Buskila, Neumann, Vaisberg, Alkalay, y Wolfe, 1997). Se ha observado que los combatientes de diversos conflictos bélicos desarrollan síndromes parecidos a la FM. Esto se vio con especial detalle en la guerra del Golfo Pérsico, donde muchos combatientes desarrollaron el denominado “síndrome de la Guerra del Golfo”. Diversos agentes infecciosos también pueden favorecer el desarrollo de la FM ya que se ha observado una asociación con la enfermedad de Lyme (Dinerman y Steere, 1992; Goldenberg, 1993; Hsu, Patella y Sigal, 1993).

Se desconoce si la presencia de trastornos o acontecimientos emocionales actúan como factores de riesgo, precipitantes y/o desencadenantes en el desarrollo o empeoramiento de la FM (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Algunos estudios apuntan a que casos extremos de estrés emocional, como el abuso sexual y que pueden generar un Trastorno por Estrés Postraumático, pueden desencadenar FM en personas con predisposición (Boisset-Piolo, Esdaile, Fitzcharles, 1995). No obstante, no hay evidencia acerca de que el estrés a nivel general esté vinculado con el desarrollo de la FM (Poca y García, 2006).

Disautonomías

Mediante el análisis de la variabilidad del ritmo cardiaco se observó que las mujeres con FM presentan una disfunción del SNA caracterizada por una hiperactividad simpática durante las 24 horas del día y de manera más acusada durante la noche. Mientras que presentan hiporeactividad simpática ante el estrés ortostático. La presencia de hiperactividad con hiporeactividad tendría una explicación fisiológica. En el caso del sistema simpático, la hiperactividad constante puede desensibilizar a los receptores adrenérgicos, volviéndolos incapaces de responder a estímulos adicionales. Es decir, como el sistema está constantemente forzado entra en un estado de alostasia, es decir, se mantiene estable y se vuelve incapaz de responder a estímulos adicionales, lo que podría explicar algunos de los síntomas de la FM (Martínez-Lavín, 2012, p. 35).

Influencia genética

En relación a la influencia genética en el desarrollo de la FM los resultados apuntan a que la genética puede favorecer el desarrollo de la FM, aunque esta vulnerabilidad ha de considerarse únicamente como un factor de riesgo (Poca y García, 2006). Buskila, Neumann, Hazanov, y Carmi (1996) en un estudio realizado con una muestra pequeña aporta datos que evidencian que determinadas familias presentan una predisposición a desarrollar FM. Yunus (1998) en otro estudio realizado con familias con más de un miembro con FM observó que la presencia en estas familias de un gen de la región de histocompatibilidad HLA era estadísticamente significativa.

Martínez-Lavín afirma que los familiares directos de las afectadas tienen ocho veces más probabilidad de desarrollar FM que la población general, mientras que los estudios con gemelos apuntan a que aproximadamente el 50% de los factores que influyen en el desarrollo de la FM son heredables y la otra mitad ambientales.

Diversos grupos de investigación se han centrado en estudiar los genes implicados en la FM, focalizándose en el estudio de los genes que se relacionan con los neurotransmisores y sus receptores (Poca y García, 2006). Los resultados apuntan a que las pacientes con FM tienen diferentes polimorfismos del gen de la catecol-o-metil transferasa (COMT) y de la serotonina. El gen COMT se encarga de codificar la síntesis de un enzima con el mismo nombre y que está implicado en la neurotransmisión dopaminérgica, adrenérgica y noradrenérgica y en la degradación de las catecolaminas (García-Fructuoso, Lao-Villadoniga, Beyer, y Santos, 2006; Poca y García, 2006). También se han encontrado polimorfismos genéticos asociados a receptores adrenérgicos disfuncionales (Martínez-Lavín, 2012). Otros de los genes que se relacionan con la vulnerabilidad a sufrir procesos de dolor crónico son: el receptor adrenérgico α_2 , el transportador de serotonina, la proteína de enlace I con el AMP cíclico, la monomina oxidasa A, el enzima sintetizador del GABA, el receptor de dopamina D2, el receptor de glucocorticoides, las interleucinas 1b i a, ATPasa y los genes implicados en los canales de calcio a nivel de la membrana celular (Poca y García, 2006).

5. SÍNDROMES DE SENSIBILIDAD CENTRAL

El concepto de SSC es un concepto nuevo y de gran relevancia que se enmarca dentro del enfoque biopsicosocial de la enfermedad. Los orígenes de este concepto se remontan al año 1981 cuando se observó una asociación entre la FM, el síndrome de colon irritable, la cefalalgia de tipo tensional y la migraña. En 1984 Yunus propone la primera representación de este concepto mediante un diagrama en el que se aglutinan un conjunto de síndromes (FM, Síndrome de Colon Irritable, Cefalalgia de tipo tensional y Dismenorrea primaria) que comparten determinados rasgos y que tienen en común la presencia de un espasmo muscular. En 1985 aparece el término “síndromes relacionados con el estrés”. A pesar de que el estrés juega un papel importante en los SSC, el concepto de síndromes relacionados con el estrés fue considerado demasiado vago y general, además de que éste también está presente en numerosas trastornos con patología estructural. En 1989 se sugiere el término “Trastornos del espectro afectivo”. No obstante, este término no es apropiado para los SSC ya que solo una minoría de síndromes presenta depresión, éste no explica los SSC y también está presente en trastornos con patología estructural. En 1994 aparece el término “Síndromes del espectro disfuncional” que sugieren una disfunción del sistema neurohormonal como mecanismo común entre los SSC. Finalmente en el año 2000, Yunus introduce el concepto de SSC basándose en la evidencia de que existe un solapamiento entre estos síndromes y que éstos presentan una sensibilización central (SC) a varios estímulos (Yunus, 2008).

No obstante, es importante destacar que en numerosos artículos se utilizan términos que sugieren que “los síntomas que presentan los SSC son inexplicables a nivel médico e implican una naturaleza psiquiátrica, psicológica o psicosocial” (Yunus, 2008, p. 340). Yunus (2008) advierte del peligro que esto supone y remarca la importancia de reconocer la SC como una condición médica objetivable abandonando la idea de que sin la presencia de patología estructural no hay evidencia médica. Además, advierte de la confusión que puede generar el uso del DSM-IV-TR, debido a que los SCC podrían ser categorizados erróneamente como un Trastorno de somatización ya que éste requiere la presencia de múltiples síntomas no explicables a nivel médico. No obstante, en los SSC la presencia de múltiples síntomas se debería al solapamiento entre diversos síndromes pertenecientes a los SSC y serían explicables mediante el concepto

de SC. El no reconocimiento de la SC como factor causal de muchos de los síntomas de SSC podría llevar a categorizarlos dentro de los Trastornos somatoformes, lo que supone un riesgo para los pacientes ya que como apunta Kroenke (2006) este término “adquiere connotaciones negativas ya que se atribuye que los síntomas no son reales y solo están en la cabeza de los pacientes, generado una tensión creciente entre el médico y sus pacientes” (citado en Yunus, 2008, p. 348).

Los SSC hacen referencia a un conjunto de síndromes (Figura 4) que no suelen presentar patología estructural y que se caracterizan por (Yunus, 2007):

- ❖ Presentar una relación de solapamiento entre ellos.
- ❖ Compartir un mecanismo psicopatológico común: la sensibilización central. La SC implica una hiperexcitación de las neuronas centrales y se manifiesta como hipersensibilidad a diversos estímulos nocivos (por ejemplo, la presión y el calor), así como estímulos no nocivos (por ejemplo, el tacto).

Además los SSC presentan varias características en común, por ejemplo, dolor, falta de sueño, fatiga, sensibilidad a los estímulos nocivos y no nocivos y malestar psicológico en un subgrupo de pacientes. Sin embargo, es importante destacar que no se trata de la misma enfermedad por lo que sus mecanismos biopatológicos pueden variar en algunos aspectos (Yunus, 2007).

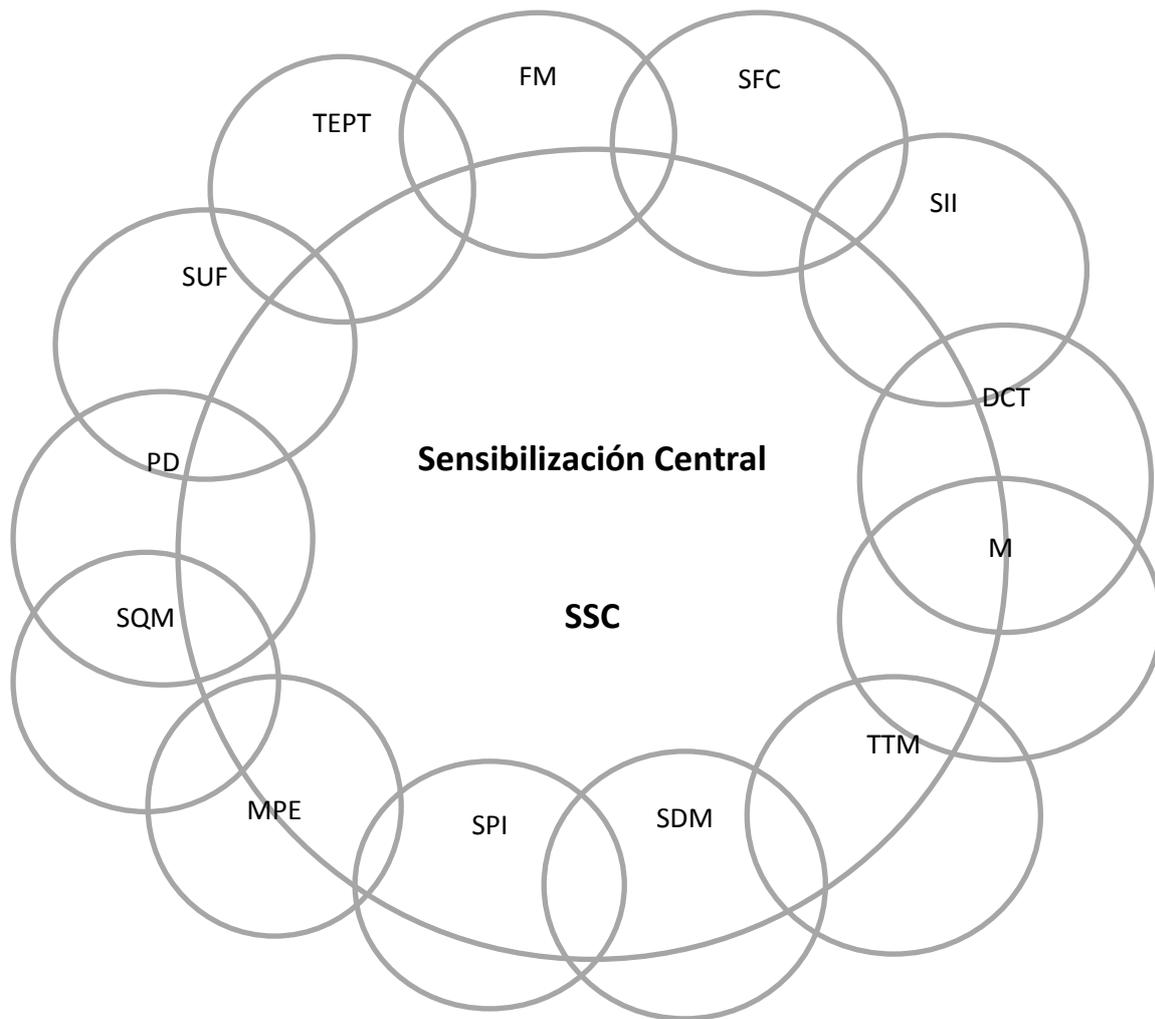


Figura 4. Síndromes incluidos en los SSC. Adaptado de Yunus (2007)

SSC = Síndromes de Sensibilidad Central; FM = Fibromialgia; SFC = Síndrome de Fatiga Crónica; SII = Síndrome del Intestino Irritable; DCT = Dolor de Cabeza tipo Tensional; M = Migraña; TTM = Trastorno Temporomandibular; SDM = Síndrome Dolor Miofascial; SPI = Síndrome de Piernas Inquietas; MPE = Movimientos Periódicos de las Extremidades; SQM, Sensibilidad Química Múltiple; DP = Dismenorrea Primaria; SUF, Síndrome Uretral Femenino; TEPT = Trastorno por Estrés Posttraumático.

Yunus (2007) evidencia el solapamiento que se produce entre los diferentes SSC mediante un exhaustivo trabajo de revisión. Además, también aporta datos que muestran que la gran mayoría de pacientes que se incluyen dentro de los SSC presentan SC generada por estímulos periféricos. No obstante, en este momento, la evidencia de la SC no está presente en todos los pacientes que forman parte del grupo de SSC. Existe evidencia de SC en la FM, en el Síndrome del Colon Irritable, en el Síndrome de dolor miofascial, Síndrome de dolor de tejido blanco regional, y Migraña. En el Trastorno

Temporo- mandibular, el Síndrome de piernas inquietas y en la Dismenorrea primaria se observa una evidencia moderada. Los datos son limitados o no se han publicado para otras condiciones como el Síndrome de sensibilidad química múltiple, el Dolor de cabeza de tipo tensional, el Trastorno de Estrés postraumático, el Síndrome de Fatiga Crónica, y la Cistitis intersticial” (Yunus, 2007). Sin embargo, Yunus (2007) destaca que la ausencia de pruebas no siempre significa ausencia de SC, sino que en el momento actual aún no se han realizado los estudios apropiados para abordar una serie de cuestiones metodológicas. La literatura muestra que la demostración de la presencia de SC depende de un amplio número de factores como son (Yunus, 2007, 2008): la genética, la edad, el sexo, la variación interindividual en la respuesta al dolor, la uniformidad de la clasificación de la enfermedad, la presencia de subgrupos, la medición de la percepción, el umbral, la tolerancia al dolor, los diferentes tipos de estímulos, los diferentes tipos de pruebas, técnicas y métodos utilizados y los tipos de tejidos estimulados, entre otros.

Según Yunus (2007) la SC es probablemente un fenómeno preexistente, que puede estar presente en individuos asintomáticos antes de desarrollar síntomas y es probable que desempeñe un rol causal en los SSC, probablemente de forma conjunta con otros factores de riesgo, por ejemplo, la genética. Este punto de vista es sugerido por los siguientes aspectos (Yunus, 2007):

- ❖ Los sujetos asintomáticos pero con hipersensibilidad genéticamente determinada a los estímulos térmicos e isquémicos presentan una mayor probabilidad de desarrollar un Trastorno temporo-mandibular en comparación con aquellos con ausencia de sensibilidad.
- ❖ El aumento del grado de SC (medido por el número de puntos gatillo) existe como un continuo entre sujetos asintomáticos, aquellos con dolor regional y pacientes con dolor generalizado.
- ❖ La atenuación de la SC debido al efecto de los fármacos que también mejoran los síntomas durante el periodo de estudio.
- ❖ Los familiares de primer grado asintomáticos presentan SC y tienen una elevada probabilidad de desarrollar un SSC en el futuro.

En resumen, la SC podría ser la causa más que el efecto de las enfermedades SSC. Debido a la correlación establecida entre la SC y la duración de los síntomas, la

relación entre el SC y SSC podría ser bidireccional. Es decir, la SC puede causar SSC y la cronicidad de los SSC puede acentuar aún más la SC (Yunus, 2007).

Otros factores también pueden ser importantes en el desarrollo de los síntomas presentes en los SSC, como la genética, los problemas de sueño, la presencia de traumas, la presencia de disfunción endocrina, la hiperactividad simpática, la presencia de infecciones virales, los elementos ambientales, el estrés psicológico y otros factores no reconocidos que también pueden estar involucrados de forma independiente a través de diferentes mecanismos (Figura 5). Es posible que el distres psicosocial interactúe con factores biológicos para causar los síntomas. Tomando en consideración que los factores psicosociales contribuyen a la SC, es importante tener en cuenta estos factores en el control de los SSC que debería incluir un enfoque centrado en la persona (Yunus, 2007).

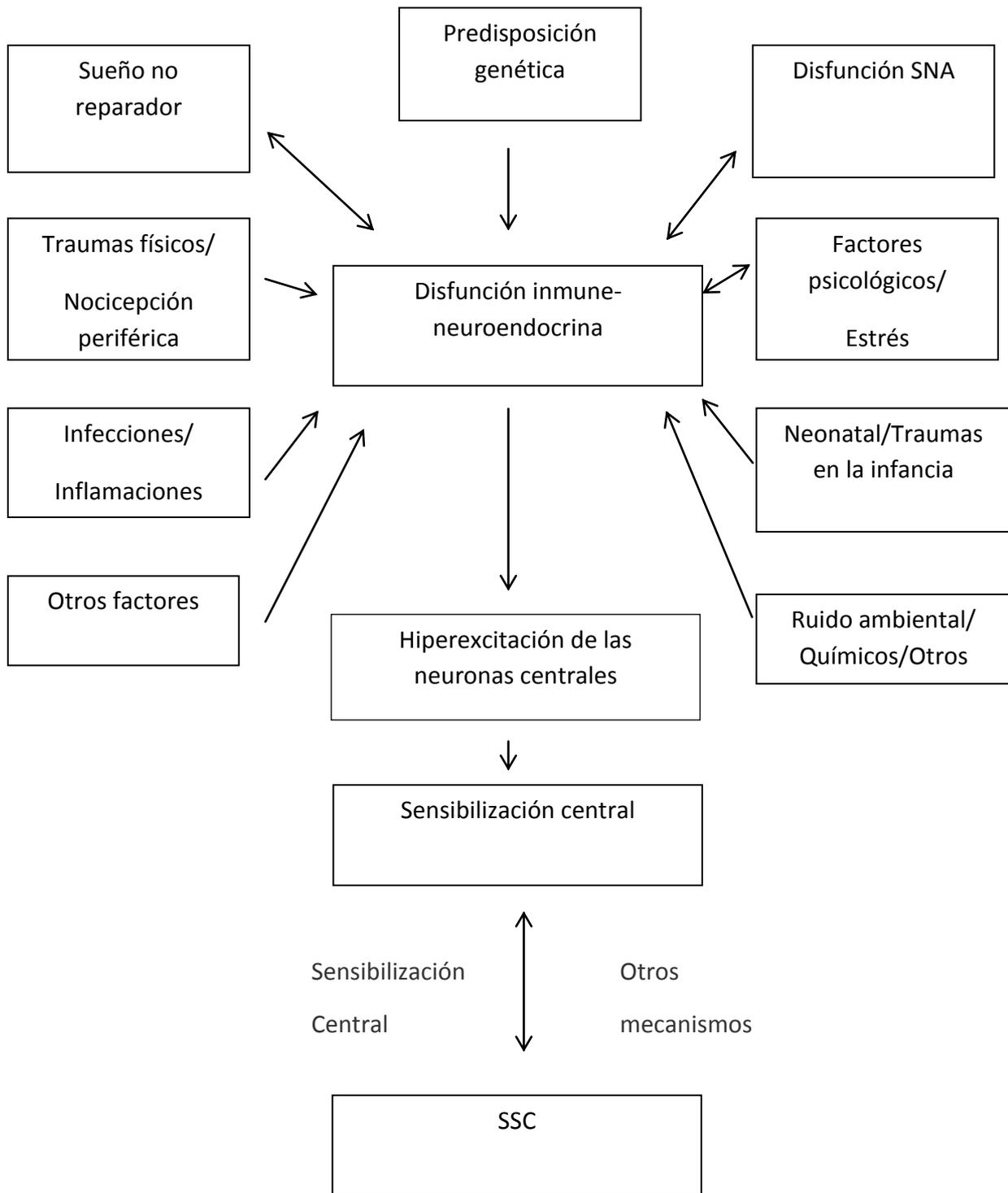


Figura 5. Factores que influyen a la SC y a los SSC. Adaptado de Yunus (2007)

SC = Sensibilización Central; SSC = Síndromes de Sensibilización Central; SNA = Sistema Nervioso Autónomo.

6. FIBROMIALGIA Y VARIABLES PSICOLÓGICAS

Desde el modelo biopsicosocial se asume que la experiencia de dolor es un fenómeno multidimensional donde inciden una amplia variedad de factores. Los factores biológicos pueden ser causantes de una enfermedad y de su mantenimiento, los factores psicológicos incidir en la percepción subjetiva de la experiencia de dolor y en la respuesta a éste, y los factores sociales modular la percepción del dolor y las respuestas del sujeto. Pero, además, unos factores pueden interactuar con los otros influyéndose mutuamente (J. Miró, 2003).

Diversos estudios confirman que las variables psicológicas se relacionan con la FM (Dersh, Polatin, y Gatchel, 2002; Fietta y cols., 2007; Pastor-Mira, López-Roig, Rodríguez-Marín, y Juan-Quilis, 1995). No obstante la literatura existente muestra que el número de variables a analizar es elevado, y en muchas ocasiones se encuentran interrelacionadas entre ellas, lo que dificulta aún más el análisis. Además, la amplia variedad de instrumentos de evaluación para medir determinados constructos, o en ocasiones constructos equivalentes, hace que en ocasiones los resultados no sean comparables. A esto cabe añadir la dificultad en la equiparación de la muestra, ya que en ocasiones la muestra puede presentar comorbilidad con otros trastornos, como el SFC, o bien puede tratarse de una muestra obtenida de servicios de reumatología, mientras que otras pueden haberse obtenido de pacientes con FM que solo acuden a atención primaria o que no requieren atención médica (Aaron y cols., 1996). En los siguientes apartados se intentará revisar las principales variables que se relacionan con la FM, centrándose en aquellas que tienen especial relevancia acorde a los objetivos propuestos para esta tesis.

6.1 Personalidad y Fibromialgia

En el ámbito del dolor crónico el estudio de la personalidad se ha centrado en analizar los rasgos definitorios de los pacientes con dolor crónico con el fin de analizar la influencia de éstos rasgos en la génesis y/o el mantenimiento de la enfermedad. Los estudios iniciales acerca de la influencia de la personalidad en el dolor crónico postulaban la idea de la existencia de una “personalidad propensa al dolor “ en la que

los individuos presentaban una actividad intensa antes del inicio del dolor para pasar a un estado de inactividad después de la aparición de éste, y donde se relacionaba el dolor con una negación de las dificultades emocionales e interpersonales, englobándose dentro del enfoque que conceptualiza el dolor como una manifestación de la depresión (Blumer y Heilbronn, 1981).

Los estudios en este ámbito se han centrado en intentar encontrar relaciones entre perfiles de personalidad y la presencia de dolor crónico, así como de sus consecuencias asociadas. Dersh y colaboradores (2002) apuntan a un modelo de diátesis-estrés, en el que la persona con dolor crónico presenta ciertas características latentes que se activan ante el estrés generado por una enfermedad crónica, dando lugar a la aparición de psicopatología, incidiendo en la idea de que existe una vulnerabilidad que predispone a la psicopatología. El estrés asociado a la experiencia de dolor exagera la aparición de la psicopatología y, al mismo tiempo y de forma recíproca, la psicopatología intensifica la experiencia de dolor.

Uno de los instrumentos más ampliamente utilizados ha sido el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI). La investigación realizada mediante el MMPI se ha centrado en la obtención de perfiles diferenciales de personalidad, la discriminación entre diferentes tipos de dolor y la predicción de los resultados ante diferentes abordajes terapéuticos (Serrano, Cañas, Serrano, García, y Caballero, 2002). Estos estudios pusieron de relieve la presencia de un perfil de conversión (V) en los pacientes con dolor crónico, caracterizado por elevaciones en la escala de hipocondría e histeria y puntuaciones menores en la escala de depresión. No obstante estudios posteriores han cuestionado ampliamente los resultados obtenidos. Además, numerosos autores plantean serias dudas acerca de que el dolor pueda ser atribuido a una personalidad neurótica premórbida (Serrano y cols., 2002).

En relación a la FM, Camino, Jiménez, Castro-Palomino, y Fábregas (2009), definen a estas pacientes como personas emocionalmente dependientes, con dificultades para comportarse asertivamente y que, generalmente, se identifican y actúan en función de roles rígidos de funcionamiento relacionados con el “ideal” que se presupone a la figura femenina, y que se caracterizan por ser excesivamente responsables y autoexigentes. Van Middendorp y colaboradores (2008) observan un aumento de la emocionalidad negativa y alexitimia en las pacientes con FM.

Desde una perspectiva psicobiológica, en los estudios realizados mediante el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI) (Cloninger, Przybeck, Svrakic, y Wetzel, 1994) la mayoría de sujetos con FM se caracterizan por altos niveles en Evitación del Riesgo (ER) y bajos en Autodirección (AD) (Anderberg, Forsgren, Ekselius, Marteinsdottir, y Hallman, 1999; Gencay-Can y Can, 2011; Lundberg, Anderberg, y Gerdle, 2009; Mazza y cols., 2009) respecto a un grupo control. Algunos autores añaden, también, que las dimensiones de Trascendencia (T) (Gencay-Can y Can, 2011) y Persistencia (PS) son más destacadas en los pacientes con FM, y la dimensión Búsqueda de Novedad (BN) baja en relación a los controles (Lundberg y cols., 2009).

Los estudios realizados mediante el Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-Personality Inventory-Revised, NEO-PI-R) y el Inventario de cinco factores NEO (NEO-Five Factor Inventory, NEO-FFI) destacan puntuaciones elevadas en Neuroticismo (N) (Besteiro y cols., 2008; Epstein y cols., 1999, Martínez y cols., 2011) y algunos estudios también observan bajas puntuaciones en Extraversión (Besteiro y cols., 2008; Martínez y cols., 2011). Besteiro y colaboradores (2008) apunta a que las puntuaciones altas en N se observan incluso en comparación con otros pacientes con dolor crónico tipo artritis reumatoide.

Los estudios realizados en otras condiciones de dolor crónico, como la migraña, y otros trastornos musculoesqueléticos no especificados también han encontrado puntuaciones significativamente elevadas en ER (Boz y cols., 2004; Conrad y cols., 2007; Malmgren-Olsson, y Bergdahl, 2006; Mongini y cols., 2005; Sánchez-Roman y cols., 2007) y bajas en BN (Sánchez-Roman y cols., 2007) AD y Cooperación (C) (Conrad y cols., 2007, Sánchez-Roman y cols., 2007).

Otro aspecto importante es la influencia que la personalidad puede ejercer en el malestar psicológico de las FM influyendo en su nivel de incapacidad, cronificación y sufrimiento y en la elección de determinadas estrategias de afrontamiento. En esta línea diversos estudios apuntan a que una alta ER y una baja AD predisponen a alteraciones emocionales (Anderberg y cols., 1999; Boz y cols, 2004; Brown, Svrakic, Przybeck, y Cloninger, 1992; Gencay-Can y Can, 2011; Jylha y Isometsä, 2006; Malmgren-Olsson y Bergdahl, 2006; Mongini y cols., 2005), mientras que el N se ha asociado al uso de estrategias más desadaptativas (Ramírez-Maestre, 2002; Ramírez-Maestre, López-Martínez, Esteve-Zarazaga, 2004).

6.2 Ansiedad y Depresión en la Fibromialgia

La evidencia empírica apoya la existencia de comorbilidad entre la FM y la sintomatología ansioso-depresiva. Los estudios que utilizan instrumentos psicométricos para la evaluación de síntomas de depresión y ansiedad muestran que más de la mitad de los pacientes con FM presenta puntuaciones por encima del punto de corte establecido para detectar sintomatología depresiva (Aaron y cols., 1996; Bigatti y cols., 2008; Jensen y cols., 2010; Palomino; Nicassio; Greenberg. y Medina, 2007; Rehm y cols., 2010; White, Nielson, Harth, Ostbye, y Speechley, 2002; Wilke Gota, y Muzina, 2010) y ansiosa (White y cols., 2002). Además, al comparar dichas puntuaciones con las obtenidas en un grupo control se observan puntuaciones referentes a síntomas depresivos (Krag, Nørregaard, Larsen, y Danneskiold-Samsøe, 1994; Malt, Olafsson, Lund, y Ursin, 2002) y a síntomas de ansiedad (Aaron y cols., 1996; Krag y cols., 1994; Malt y cols., 2002; Martín, Luque, Solé, Mengual, y Granados, 2000; Pagano, Matsutani, Ferreira, Marques, y Pereira, 2004; Pérez-Pareja y cols., 2004) significativamente más elevadas en el grupo con FM. En la misma línea, varios autores detectan una mayor presencia de Trastornos depresivos y de ansiedad en comparación a la población general o a un grupo control. (Epstein y cols., 1999, Fietta y cols., 2007; Hudson, Goldenberg, Pope, Keck, y Schlesinger, 1992; Martínez, Ferraz, Fontana, y Atra, 1995; Raphael, Janal, Nayak, Schwartz, y Gallagher, 2006). Sousa y colaboradores (2009) y, posteriormente, Calandre y colaboradores (2011), investigaron la posibilidad de crear subgrupos de FM a través del FIQ. De Sousa y colaboradores (2009) identificaron dos grupos de pacientes, y constataron que las diferencias entre ambos se centraban en el nivel de ansiedad y depresión. No obstante, ambos grupos presentaron hiperalgesia al dolor inducido. Los resultados sugieren que el dolor y la rigidez son síntomas universales de la FM, mientras que el malestar psicológico solo está presente en algunos pacientes. Esto tiene una gran relevancia ya que evidencia que si bien es cierto que existe una comorbilidad entre la FM y la sintomatología ansioso-depresiva, ésta no está presente en todos los pacientes con FM. Es importante destacar que un 54% de pacientes con FM debe visitar a cinco o más médicos para conseguir su diagnóstico, invirtiendo en ello más de tres años de promedio, tiempo durante el que casi un 85% será derivado a salud mental. También que entre un 10 y un 15% de las depresiones se deben a problemas médicos que a veces tardan años en diagnosticarse

(Poca y García, 2006). La dificultad de estos pacientes para esclarecer la causa de sus síntomas, que además limitan su calidad de vida, ligado a la suspicacia de algunos profesionales y de su entorno cercano debido a la falta de pruebas médicas que certifiquen la presencia de un diagnóstico certero, y en consecuencia la falta de un tratamiento adecuado, puede generar un contexto de vulnerabilidad para el desarrollo de sintomatología ansioso-depresiva o incluso para la aparición de trastornos psicológicos (Poca y García, 2006).

Actualmente, se desconoce si la presencia de Trastornos psicopatológicos o acontecimientos emocionales actúan como factores de riesgo, factores precipitantes y/o desencadenantes en el desarrollo o empeoramiento de la FM. El análisis de los trastornos psicopatológicos actuales o antecedentes y de los acontecimientos emocionales traumáticos ha mostrado resultados contradictorios (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Cuando se compara la prevalencia de Trastornos psiquiátricos, principalmente Trastornos afectivos y Trastornos de ansiedad, entre pacientes con FM y pacientes con Artritis Reumatoide (AR) se observan resultados contradictorios. Algunos estudios observan una prevalencia de Trastornos psiquiátricos claramente superiores en el grupo con FM respecto al grupo con AR (Hudson, Hudson, Pliner, Goldenberg, y Pope 1985; Walker y cols., 1997). No obstante, otros estudios encuentran resultados opuestos, afirmando que no hay diferencias en la prevalencia de Trastornos psiquiátricos entre el grupo con FM respecto al grupo con AR (Ahles, Khan, Yunus, Spiegel, y Masi, 1991, Kirmayer, Robbins, y Kapusta, 1988). En la misma línea varios estudios analizan la presencia de sintomatología depresiva mediante instrumentos psicométricos, observando que no hay diferencias significativas entre la FM y la AR en la presencia de sintomatología depresiva (Ahles, Yunus, y Masi, 1987; Ofluoglu y cols., 2005; Tander y cols., 2008).

Tomando en consideración la alta comorbilidad entre la sintomatología ansioso-depresiva y la FM, conjuntamente con otros datos como la ausencia de patología física explicativa de los síntomas, algunos autores consideraron los trastornos emocionales como procesos causales de la FM, considerando la FM como un cuadro de somatización del malestar emocional y de los Trastornos depresivos y ansiosos. Los estudios realizados en esta línea (Hudson y cols., 1985; McBeth y Silman, 2001; Walker y cols., 1997; Wolfe y cols., 1984) compararon a los pacientes con FM con otros trastornos

reumatológicos, como la AR, observando que los antecedentes de trastornos psicopatológicos o la presencia actual de éstos era superior en los pacientes con FM. No obstante, otro grupo de estudios encontraron resultados en la línea opuesta, afirmando que no se podía concluir que la FM fuera un Trastorno de somatización (Ahles y cols., 1991; Friedberg y Jason, 2001; Kirmayer y cols, 1988).

En la misma línea Raphael y colaboradores (2006) realizaron un estudio en el que analizan los antecedentes y la comorbilidad psiquiátrica en personas con FM, comparándolas con el resto de la población. Los autores observaron que el riesgo de presentar un Trastorno depresivo mayor actual, era tres veces superior en los pacientes con FM, aunque al analizar la presencia de Trastorno depresivo mayor entre los antecedentes no se observaron diferencias. En cambio, sí que observaron que el riesgo de tener antecedentes y/o cumplir criterios actuales de Trastornos de ansiedad, Trastorno obsesivo-compulsivo y Trastornos de estrés post-traumático era 5 veces superior en la población con FM. Estos resultados apuntan a que algunos trastornos emocionales pueden ser más frecuentes en las personas con FM antes de la enfermedad y estar relacionados con la presencia de la misma y no solo con la gravedad de los síntomas, el impacto y la consulta médica asociada.

Factores que influyen en el estado emocional

Las dimensiones de personalidad son uno de los factores que pueden estar vinculados con la presencia de alteraciones emocionales. Así numerosos estudios, en población general, dolor crónico funcional y con FM, observan que una mayor ER se asocia de forma positiva con síntomas depresivos (Anderberg y cols., 1999; Boz y cols., 2004; Brown y cols., 1992; Gencay-Can y Can., 2011; Jylhä, y Isometsä, 2006; Mongini, y cols., 2005) y ansiosos (Anderberg y cols., 1999; Brown y cols., 1992; Gencay-Can y cols., 2011; Jylhä, y Isometsä, 2006; Malmgren-Olsson, y Bergdahl, 2006). La AD, como dimensión de carácter del TCI, también se asocia, aunque de forma inversa, a una mayor presencia de sintomatología depresiva (Boz y cols., 2004; Gencay-Can y Can, 2011; Jylhä, y Isometsä, 2006) y ansiosa (Jylhä, y Isometsä, 2006). Además algunos estudios evidencian que las dimensiones de carácter del TCI (AD, C) pueden actuar como predictores de la susceptibilidad de presentar una alteración psicopatológica del Eje I (Cloninger, Bayon, y Svrakic, 1998) o del Eje II (Bayon, Hill,

Svrakic, Przybeck, y Cloninger, 1996; Svraic, Whitehead, Przybeck, y Cloninger, 1993).

La presencia de síntomas físicos o de incapacidad física es otro de los factores que se ha observado que ejerce influencia en las variables emocionales, así numerosos estudios muestran que el grado de incapacidad física valorada principalmente mediante el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ) predice un mayor grado de alteración emocional (Biggati y cols., 2008; Huber, Suman, Biasi, y Carli., 2008; Perrot y cols., 2010; White y cols., 2002). Palomino y colaboradores (2007) matizan estos resultados al observar que la interferencia del dolor en las actividades y relaciones del paciente actúa como mediador en la relación entre el estado de salud y la depresión, y predice la presencia de síntomas depresivos en mayor medida que el estado de salud. También observan que la impotencia ante el control del dolor en la FM actúa como mediador entre el dolor y la depresión, por lo que concluye que la vivencia de impotencia actúa como predictor de los síntomas depresivos en mayor medida que el dolor o el estado de salud.

En relación al dolor Huber y colaboradores (2008) muestra mediante análisis de regresión que el malestar psicológico se relaciona de forma positiva con la intensidad del dolor, con el número de puntos dolorosos, con la edad y con la incapacidad física. En contraposición Jensen y colaboradores (2010) observan que los síntomas de depresión y ansiedad no correlacionaron con ninguna medida de dolor.

6.3 Impacto de la Fibromialgia y percepción de la salud en la Fibromialgia

Los instrumentos de evaluación de la percepción de la salud y la calidad de vida son un importante recurso para el conocimiento científico en el campo de la salud. Los instrumentos de evaluación del estado de salud pueden clasificarse en dos grandes grupos: genéricos y específicos. Los específicos han sido elaborados para su utilización en pacientes con un problema de salud concreto (p. ej., Fibromialgia), mientras que los genéricos son independientes del diagnóstico y se han diseñado para poder usarse en diferentes tipos de pacientes o poblaciones. Una de las ventajas de los instrumentos genéricos es la posibilidad de comparar el impacto relativo de diferentes enfermedades

sobre el estado de salud, así como la de obtener valores poblacionales de referencia (Alonso, Prieto, y Antó, 1995).

El Cuestionario de Salud SF-36 (SF-36) es uno de los instrumentos genéricos más utilizado en el ámbito de la salud. Fue diseñado para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS) a partir de una extensa batería de cuestionarios que incluía cuarenta conceptos relacionados con la salud (Alonso y cols, 1995). El cuestionario evalúa 8 dimensiones del estado de salud utilizadas con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud. Las dimensiones que engloba son: función física (grado en que la salud limita las actividades físicas), función social (grado en que los problemas físicos o emocionales interfieren en las actividades sociales), limitaciones del rol de problemas físicos (grado en que los problemas físicos interfieren en el trabajo diario) y limitaciones del rol de problemas emocionales (grado en que los problemas emocionales interfieren en las ocupaciones diarias), salud mental, vitalidad, dolor (intensidad del dolor y sus repercusiones en la vida diaria) y percepción de la salud general. El rango de puntuación es de 0 a 100, donde una mayor puntuación es indicativa de un mejor estado salud.

En cuanto a los instrumentos específicos, el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (Fibromyalgia Impact Questionnaire, FIQ) es el instrumento más ampliamente utilizado para medir el impacto de la FM en la capacidad funcional y en la calidad de vida de los pacientes con FM. Sus ítems fueron extraídos de la interacción clínica con los pacientes, de los trabajos preexistentes acerca de la FM y de otros instrumentos de valoración del estado de salud de los pacientes reumatológicos (Monterde, Salvat, Montull, y Fernández-Ballart, 2004). A través de 10 preguntas que hacen referencia a la semana anterior a la administración del test, evalúa el impacto de la FM en la capacidad física, la posibilidad de realizar el trabajo habitual y, en el caso de realizar una actividad remunerada, el grado en el que la FM ha afectado a esta actividad, así como ítems subjetivos muy relacionados con el cuadro de la FM (dolor, fatiga, sensación de cansancio y rigidez) y con el estado emocional. La puntuación total del FIQ se halla entre 0-100, representando el 0 la capacidad funcional y la calidad de vida más altas y 100 el peor estado (Monterde y cols, 2004).

La mayoría de estudios que evalúan la calidad de vida y el estado de salud en pacientes con FM observan que los pacientes con FM presentan puntuaciones más bajas en los instrumentos que evalúan el estado de salud (SF-36) en comparación con un

grupo control (Neumann y cols., 2001; Pagano y cols., 2004; Tander y cols., 2008; Verbunt, Pernot, y Smeets, 2008). Otros estudios han valorado el estado de salud de los pacientes con FM en comparación con pacientes con AR, pacientes con dolor crónico generalizado, o con síndrome primario de Sjögren, observando que en general el grupo con FM presenta una mayor afectación de su estado de salud que las otras condiciones con dolor (Neumann, Berzak, y Buskila, 2000; Strömbeck, Ekdahl, Manthorpe, Wikström, Jacobsson, 2000). No obstante, algunos estudios realizados mediante el SF-36 muestran que si bien los pacientes con FM tienden a presentar una peor calidad de vida que los pacientes con AR, en algunas dimensiones de salud no se han observado diferencias entre ambos grupos (Tander y cols., 2008; Walker y cols., 1997).

En un estudio de revisión realizado por Hoffman y Dukes (2008) se analizaron estudios que evaluaron la percepción de salud de los pacientes con FM mediante el SF-36 o el SF-12. Estudios realizados en todo el mundo mostraron que las personas con FM tenían un patrón muy consistente de deterioro del estado de salud. Los pacientes con FM puntuaron significativamente por debajo, en los 8 dominios de estado de salud del SF-36, en comparación con la población general, presentando puntuaciones globales en salud mental una desviación estándar (DE) por debajo de la media general de la población y dos DE respecto a la puntuación media de salud física. Las personas con FM también presentaron puntuaciones similares o significativamente inferiores en los ocho dominios del estado de salud en comparación con las personas con otras condiciones específicas de dolor, incluyendo AR, artrosis, lupus eritematoso sistémico, síndrome de dolor miofascial o síndrome primario de Sjögren. También se compararon las puntuaciones de los pacientes con FM con los resultados de los pacientes con hipertensión, infarto agudo de miocardio reciente y diabetes tipo II del Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcome Study, MOS) observando que en general los pacientes con FM presentaron puntuaciones más bajas en casi todas las dimensiones de salud. Cuando se compararon los pacientes con FM con los pacientes del MOS con insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedad pulmonar obstructiva crónica se observaron puntuaciones más bajas en los pacientes con FM en cuatro de los ocho dominios de salud, mientras que los pacientes del MOS presentaban peores puntuaciones en rol físico, rol emocional y salud general, y los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva también en funcionamiento físico. Al comparar los pacientes con FM con los pacientes con depresión del MOS se observó que los

pacientes con FM presentaban puntuaciones inferiores en 5 de los 8 dominios, pero los pacientes con depresión presentaban puntuaciones más bajas en las dimensiones de dificultades de rol causadas por problemas emocionales, salud mental y funcionamiento social.

La FM es una de las enfermedades reumáticas con mayor impacto en la calidad de vida, afectando a la capacidad física, actividad intelectual, estado emocional, relaciones personales, carrera profesional y salud mental (Collado y cols., 2002; Rivera y cols., 2006). Según el estudio EPISER realizado en España, la FM tiene un notable impacto en la capacidad funcional, superado por el de la AR y superior al de la artrosis o la lumbalgia. Además, el 11.5% de las personas con FM se encuentran discapacitadas laboralmente de forma transitoria o permanente (Rivera y cols., 2006).

En relación al FIQ (Burckhardt, Clark, y Bennet, 1991) la puntuación media en pacientes con FM se encuentra alrededor de los 50 puntos sobre 100, y en los casos más afectados en 70. En el estudio de validación del FIQ con población española (Monterde y cols., 2004), la puntuación media fue de 70 puntos, lo que sugiere que la población del estudio estaba muy afectada.

Factores que influyen en el estado de salud de la FM y en el impacto generado por la FM

La FM es una enfermedad crónica que se caracteriza por la presencia de dolor generalizado y difuso, y que suele ir acompañada de otros síntomas. No obstante, el grado de impacto generado por la FM en la capacidad funcional del paciente y la percepción del estado de salud en las personas afectadas de FM no dependen únicamente de la gravedad de la FM, sino que puede estar modulada por diversos factores. La variabilidad del impacto de la FM entre diferentes personas, e incluso en una misma persona a lo largo del tiempo, es algo constatable (J. Miró, 2003; Poca y García, 2006), por lo que la detección de las variables predictoras de dichas variabilidad, puede tener una gran relevancia con el fin tanto de prevenir un deterioro de la capacidad funcional del paciente y de la calidad de la vida de las personas afectadas, como de diseñar intervenciones más específicas.

La evidencia empírica muestra que el estado emocional parece ser una de los factores que mejor predice el impacto generado por la FM en la capacidad funcional y el

grado de percepción de salud. La mayoría de estudios al respecto utilizan tests que evalúan síntomas de ansiedad y depresión (Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Hamilton Anxiety Depression Scale, State-Trait Anxiety Inventory, Centre for Epidemiological Studies Depression), como variables predictoras, y cuestionarios como el SF-36 o el FIQ como variables de resultado. No obstante, hay algunas excepciones. En general los resultados muestran que los síntomas ansioso-depresivos predicen el estado de salud (Epstein y cols., 1999; Lledó-Boyer y cols., 2010; White y cols., 2002) o el impacto producido por la FM (Dobkin, De Civita, Abrahamowicz, Baron, y Bernatsky, 2006; Goldenberg, Mossey, y Schmid, 1995; Verbunt y cols., 2008; White y cols., 2002). Otros estudios se limitan a observar una relación entre ambos constructos, sin poder determinar causalidad en la relación (Huber y cols., 2008; Jensen y cols., 2010; Ofluoglu y cols., 2005; Perrot y cols., 2010; Tander y cols., 2008).

No obstante, a pesar de que numerosos estudios analizan la influencia del estado emocional en el estado de salud, algunos estudios incluyen en el análisis muchos otros factores. Concretamente, Goldenberg y colaboradores (1995) hallan que de 15 factores incluidos en el análisis de regresión, el nivel de dolor, la auto-percepción de incapacidad laboral, el malestar psicológico, el estar pendiente de litigio, el desamparo, el nivel de educación, y la capacidad de afrontamiento explicaban el 61% de varianza del total de impacto de la FM. White y Harth (1999) observan que el número de síntomas, la satisfacción con la salud, el número de puntos con dolor y el nivel de educación explican el 80% de la varianza del impacto de la FM. Estos análisis evidencian la complejidad de determinar las variables predictoras del estado de salud, ya que en numerosas ocasiones el estado de salud puede estar influenciado por múltiples factores, en ocasiones interrelacionados entre ellos (Arnstein, 1999; Lledó-Boyer, 2010).

En relación a la influencia del dolor en el estado de salud, Epstein y colaboradores (1999) constata que el dolor no predice el nivel de funcionamiento físico del SF-36. Contrariamente Bigatti y colaboradores (2008) encuentra resultados opuestos afirmando que el grado de dolor predice un peor nivel de funcionamiento físico al cabo de un año. Jensen y colaboradores (2010) observa una correlación positiva entre el impacto producido por la FM y diferentes indicadores de dolor. Mientras que Dobkin, y colaboradores (2006) observan que la severidad del dolor, conjuntamente con el

malestar psicológico y los ingresos familiares explican el 45% de la varianza del impacto producido por la FM.

Otro de los factores a considerar, serían las dimensiones de personalidad, Gencay-Can y Can (2011) observa una correlación positiva entre la dimensión ER del TCI y la puntuación total del FIQ.

En resumen, los resultados presentados evidencian que hay numerosas variables relacionadas con el impacto de la FM. No obstante, el estado emocional aparece como la variable más estudiada y con capacidad predictiva respecto al impacto de la FM y la calidad de vida de los pacientes.

6.4 Fibromialgia y dolor

La FM es una enfermedad cuyo síntoma central es el dolor musculoesquelético generalizado y difuso. Los pacientes con FM presentan alodinia generalizada, por lo que la presión digital en puntos anatómicos específicos genera dolor. El dolor propio de la FM puede verse modulado por varios factores: la calidad del sueño de la noche anterior, el clima, el ciclo menstrual, la tensión emocional etc. (Martínez-Lavin, 2012). Desde una visión multidimensional y biopsicosocial del dolor se parte de la premisa de que el dolor es un fenómeno complejo donde múltiples variables interaccionan entre ellas dando lugar a la experiencia de dolor.

Factores que influyen en el dolor

La personalidad conceptualizada como dimensiones o rasgos estables de comportamiento, ha sido considerada como uno de los factores que puede influir en la experiencia de dolor. El N, dimensión postulada desde diferentes perspectivas de personalidad, ha sido una de las dimensiones más estudiadas, definida principalmente como la tendencia a la inestabilidad emocional.

El N se ha relacionado tanto con la experiencia de dolor como con las estrategias de afrontamiento utilizadas ante la experiencia de dolor. En un estudio con voluntarios sanos Lynn y Eysenck (1961) observaron una correlación negativa y significativa entre el N y la tolerancia al dolor. En el ámbito del dolor crónico, algunos estudios apuntan

hacia una relación directa entre el nivel de N y dolor, mientras que otros abogan por la idea de que el N media en la elección de estrategias de afrontamiento para responder al mismo. Concretamente Lauver y Johnson (1997) y Lefebvre (1998) observan que las personas con N alto experimentan mayor intensidad de dolor. No obstante otros autores no observan relación entre la intensidad del dolor y las dimensiones de personalidad (Gencay-Can y Can., 2010; Infante-Vargas, García-Parés, Moix-Quereltó, Cañellas-Arsegol, y Subirá-Álvarez, 2005; Malin y Littlejohn, 2012). No obstante, autores como Affleck, Tennen, Urrows, y Higgins (1992) indican que el catastrofismo actúa como mediador entre el neuroticismo y la intensidad del dolor percibido. Wade, Dougherty, Hart, Rafii, y Price (1992) indica que los niveles de N no afectan a la intensidad percibida del dolor, aunque los pacientes con dolor crónico y puntuaciones elevadas en N manifiestan un mayor nivel de malestar subjetivo relacionado con el dolor. En la misma línea, se observa que las personas con elevado N mantienen creencias negativas relacionadas con el dolor (Wade y cols., 1992), presentan más conductas de dolor y quejas relacionadas con el mismo (Asghari y Nicholas, 1999) y tienen mayor riesgo de presentar alteraciones emocionales vinculadas con el dolor (Affleck y cols., 1992, Wade y cols., 1992). Otros estudios se han centrado en analizar las estrategias de afrontamiento utilizadas para hacer frente al dolor crónico. Así, se encuentra evidencia empírica que apoya la teoría según la cual los sujetos con altas puntuaciones en N utilizan estrategias de afrontamiento poco eficaces, como el catastrofismo (Affleck y cols., 1992; Ramírez-Maestre, Esteve Zarazaga, y López Martínez, 2001), estrategias pasivas (Ramírez-Maestre y cols., 2004), estrategias centradas en las emociones (Affleck y cols., 1992), o búsqueda de apoyo social (Ramírez-Maestre y cols., 2001)

Otro de los factores estudiados, es la influencia del estado emocional en la percepción del dolor, algunos estudios constatan que los síntomas emocionales no se relacionan con el dolor propio de la FM (Fietta y cols., 2007; Jensen y cols., 2010; Okifuji, Turk, y Sherman, 2000; Souza y cols., 2009) ni con la percepción de dolor inducido (Jensen y cols., 2010; Souza y cols., 2009). En contraposición algunos autores sí que observan relación entre la intensidad del dolor y los síntomas emocionales (Fietta y cols., 2007; Krag y cols., 1994; Wilson, Starz, Robinson, 2009).

El grado de discapacidad podría ser otro de los factores a tener en cuenta. En esta línea Perrot y colaboradores (2010) observa que los pacientes con puntuaciones más elevadas en el FIQ presentan mayores puntuaciones de dolor.

7. TEORÍAS DE PERSONALIDAD

7.1 Modelo psicobiológico de personalidad de Robert Cloninger

Desarrollo del modelo de R. Cloninger

Cloninger diseñó su modelo general en dos etapas. En la etapa inicial, basándose en la recopilación de información de estudios familiares y de gemelos, estudios de desarrollo longitudinal, estudios neurofarmacológicos, estudios de conducta en animales y humanos y estudios genéticos de conducta, desarrolló y evaluó un modelo de temperamento que incluía tres dimensiones: Búsqueda de Novedad (BN), Evitación del Riesgo (ER) y Dependencia de Recompensa (DR). Se hipotetizó que las tres dimensiones de temperamento se correspondían directamente con la estructura genética subyacente de la personalidad.

El primer cuestionario para evaluar las dimensiones de temperamento fue el Cuestionario Tridimensional de la Personalidad (Temperament Personality Questionnaire, TPQ). Posteriormente, aparecieron varias limitaciones del modelo, ya que los estudios con el TPQ constataron que no se había tenido en cuenta el papel del carácter y el aprendizaje social, lo que llevó a una ampliación del modelo que dio lugar al Inventario de Temperamento y Carácter (Temperament and Character Inventory, TCI).

El TCI añadió tres nuevas dimensiones al modelo anterior que hacían referencia al carácter y que se denominaban: Autodirección (AD), Cooperación (C) y Trascendencia (T). La definición de estas 3 dimensiones se basó en información sobre el desarrollo cognitivo y social, descripciones del desarrollo de la personalidad dentro de la psicología humanista y existencial y en trabajos en neurociencias sobre el aprendizaje y la memoria conceptual. Además apareció una nueva dimensión de temperamento denominada Persistencia (PS), que inicialmente se había incluido de forma errónea como una faceta de DR.

Posteriormente, el instrumento fue revisado de nuevo apareciendo la última versión del cuestionario denominada Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado (Temperament and Character Inventory-Revised, TCI-R). Los cambios realizados mejoran la consistencia interna de las dimensiones de PS y DR, y el hecho de contestar en una escala Likert mejora la fiabilidad del inventario.

Temperamento

El temperamento hace referencia al núcleo emocional de la personalidad. Se puede definir como los hábitos y habilidades que son inducidos por los estímulos percibidos por los sentidos físicos y que se relacionan con las emociones. Incluye las respuestas asociativas automáticas que se producen ante estímulos simples y que determinan las diferencias y la variabilidad en las respuestas emocionales como el miedo, la ira y el asco (Bayón, 2006).

Las diferencias individuales en el temperamento y en las emociones básicas modifican el proceso de la información sensorial y de los primeros aprendizajes, especialmente el condicionamiento asociativo de las respuestas incondicionadas. El temperamento es conceptualizado como sesgos heredables en la emocionalidad y en el aprendizaje, que subyacen a la adquisición de las emociones básicas, rasgos de comportamiento automáticos y hábitos observables adquiridos en las primeras etapas de la vida y que son relativamente estables a lo largo de la vida (Svrakic y Cloninger, 2005).

Cada una de estas dimensiones se distribuye de forma normal, es moderadamente heredable, alrededor de un 50% (Bayón, 2006), observable a una edad temprana, relativamente estable en el tiempo y moderadamente predecible en la adolescencia o la edad adulta. Estas dimensiones han sido observadas repetidamente de forma universal a través de diferentes culturas, grupos étnicos y sistemas políticos (Svrakic y Cloninger, 2005). Cada dimensión de temperamento se asocia con uno de los sistemas funcionales del cerebro y a nivel neurobiológico con determinadas estructuras neuroanatómicas y sustancias neurotransmisoras (Tabla 6 y 7).

Dimensiones de Temperamento

Búsqueda de Novedad (BN)

Refleja la tendencia heredada que regula el sistema de activación conductual o sistema de recompensa que media las conductas de aproximación en respuesta a la novedad, señales de recompensa, y evitación activa ante signos de castigo condicionado, y escape ante signos de castigo incondicionado. La alta BN se asocia con una baja actividad en las vías dopaminérgicas. Se caracteriza por una actividad exploratoria en respuesta a la novedad, la impulsividad, y las señales de refuerzo y evitación activa de

la frustración. Los individuos con alto BN son personas irascibles, curiosas, susceptibles al aburrimiento, impulsivas, extravagantes y desordenadas. Las ventajas de esta dimensión es que son personas que adoptan una actitud entusiasta ante los estímulos nuevos y no familiares, lo que podría dar lugar a la originalidad, descubrimientos y refuerzos. Las desventajas principales se centran en que son personas que se aburren fácilmente, son impulsivas, pueden presentar estallidos de rabia, e inconstancia en las relaciones. Las personas con bajo BN son tranquilas, reflexivas estoicas, frugales, reservadas, tolerantes a la monotonía y ordenadas. Su forma de ser reflexiva, resiliente, esforzada y meticulosa puede ser una ventaja en determinadas situaciones. Las desventajas se centran en la tolerancia hacia la monotonía y la falta de entusiasmo que puede llevar a la realización de actividades rutinarias de forma prosaica (Svrakic y Cloninger, 2005) (Tabla 9).

Evitación del riesgo (ER)

Refleja la tendencia heredada del sistema de inhibición conductual, sistema que inhibe la conducta en respuesta a señales de castigo, novedad y ausencia de recompensa y que se relaciona con la actividad serotoninérgica del sistema septohipocámpico. Se caracteriza por presentar miedo a la incertidumbre, timidez, inhibición social, evitación pasiva de los problemas o del peligro, rápida fatigabilidad, y preocupación pesimista ante la anticipación de problemas incluso en situaciones que no preocupan a otras personas. Los individuos con puntuaciones elevadas adquieren fácilmente respuestas condicionadas de evitación a estímulos aversivos, tienen un nivel de vigilancia y una habituación reducida en condiciones que implican un peligro potencial. Las ventajas de las personas con una alta ER es que son planificadores cautelosos y cuidadosos cuando es probable que exista un peligro. Las desventajas aparecen cuando el peligro es improbable pero aun así es anticipado, generando una inhibición mal adaptativa y ansiedad. Las personas con baja ER son despreocupadas, valientes, energéticas, y optimistas incluso en situaciones que generarían preocupación en muchas personas. Las ventajas de las personas con bajo ER es que se sienten confiados en situaciones de peligro e incertidumbre, optimistas, energéticos, presentando poco malestar emocional. Las desventajas se relacionan con una falta de respuesta hacia el peligro, presentar un optimismo poco realista ante consecuencias potencialmente severas o cuando el peligro es probable (Svrakic y Cloninger, 2005) (Tabla 9).

Dependencia de Recompensa (DR)

Refleja la tendencia heredada que hace referencia al sistema neurobiológico que activa conductas de acercamiento y reacciones de apego en respuesta a los estímulos sociales, lo que llevan al mantenimiento de la conducta en respuesta a señales de refuerzo social. Se ha relacionado con la noradrenalina. Se caracteriza por sentimentalismo, sensibilidad social, apego y dependencia de la aprobación por parte de otros. Las personas con elevada DR son cariñosas, sensibles, dedicadas, dependientes y sociables. Una de las ventajas de la DR es la sensibilidad hacia los signos sociales, lo que facilita relaciones sociales afectivas y un cuidado genuino de los otros. Las desventajas se centran en que son personas con tendencia a sugestionarse fácilmente y que pueden llegar a perder la objetividad debido a que son excesivamente dependientes socialmente. Las personas con bajas DR son prácticas, duras, frías, insensibles socialmente, e indiferentes a la soledad. Las ventajas de la personas con baja DR es que son muy independientes, y pueden mantener su objetividad al no tener la necesidad de complacer a los demás. Las desventajas se centran en que presentan desapego, indiferencia y frialdad en las situaciones sociales. (Svrakic y Cloninger, 2005) (Tabla 9).

Persistencia (PS)

Refleja la tendencia heredada al mantenimiento de la conducta a pesar de la frustración y la fatiga. Se relaciona con el mantenimiento de conductas que han sido previamente recompensadas y que se mantienen sin un refuerzo continuado, en condiciones de extinción. Las personas con alta PS se caracterizan por ser trabajadores, perseverantes, ambiciosos, perfeccionistas y presentar un elevado grado de determinación. Tienden a intensificar su esfuerzo en respuesta a la anticipación de refuerzo y perciben la frustración y la fatiga como un reto personal. La alta PS es un comportamiento adaptativo cuando el refuerzo es intermitente pero las contingencias permanecen estables. No obstante, cuando las contingencias cambian rápidamente la PS resulta poco adaptativa. Los sujetos bajos en PS son indolentes, inactivos, inestables y erráticos y tienden a renunciar ante la frustración, raramente se esfuerzan para altos logros y manifiestan un bajo nivel de PS incluso en respuesta al refuerzo intermitente.

La baja PS es una estrategia adaptativa cuando las contingencias de refuerzo cambian rápidamente y pueden ser poco adaptativas cuando los refuerzos son infrecuentes pero ocurren a largo plazo (Svrakic y Cloninger, 2005) (Tabla 9).

Tabla 6. Sistemas cerebrales subyacentes a las dimensiones de temperamento y su influencia en el patrón de estímulo-respuesta. Adaptado de Svrakic y Cloninger (2005)

Sistema cerebral (relacionado con las dimensiones de personalidad)	Principales neuromoduladores	Estímulo relevante	Respuesta conductual
Activación conductual (Búsqueda de Novedad)	Dopamina	Novedad	Búsqueda exploratoria
		Refuerzo condicionado / señales de recompensa	Aproximación
		Estímulo condicionado o incondicionado de alivio de la monotonía o el castigo / retirada de castigo	Evitación activa Escape
Inhibición conductual (Evitación del Riesgo)	ácido gamma-aminobutyric (GABA)	Condicionamiento aversivo (emparejamiento EC y EI)	Formación estímulo condicionado aversivo
	Serotonina (rafe dorsal)	Estímulos condicionados de castigo, novedad o no recompensa	Evitación pasiva Extinción
Apego social (Dependencia de Recompensa)	Noradrenalina Serotonina (rafe medial)	Refuerzo condicionado	Formación estímulo condicionado apetitivo
Reforzamiento parcial (Persistencia)	Glutamato Serotonina (rafe dorsal)	Intermitente Ausencia refuerzo	Resistencia a la extinción

Taula 7 . Correlaciones neuroanatómicas con las dimensiones de temperamento del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI)

TEMPERAMENTO	AUTORES	VOLUMEN SUSTANCIA BLANCA	AUTORES	VOLUMEN SUSTANCIA GRIS	AUTORES	VOLUMEN CEREBRAL
BÚSQUEDA DE NOVEDAD	Laricchiuta y colaboradores (2012)	<u>Correlaciones positivas</u> Giro precentral izquierdo (BA 4) Cerebelo	Gardini, Cloninger, y Venneri (2009)	<u>Correlaciones positivas</u> Girus frontal derecho superior (BA 6 i 8) Girus frontal derecho medio (BA 6)	Laricchiuta y colaboradores (2012)	<u>Correlaciones positivas</u> Giro cingulado posterior izquierdo (en mujeres) Cerebelo
	Schuerbeek, Baeken, Raedt, Mey, y Luypaert (2011)	Córtex posterior cingulado izquierdo (BA 31)	Iidaka y colaboradores (2006) Gardini y colaboradores (2009)	Girus frontal derecho posterior (BA 23)		
			Iidaka y colaboradores (2006)	Córtex prefrontal dorsolateral izquierdo		
			Schuerbeek y colaboradores (2011)	Giro cingulado posterior izquierdo (BA 31) Córtex motor (BA 4)		
			Iidaka y colaboradores (2006) y Schuerbeek y colaboradores (2011)	Córtex prefrontal izquierdo		
			Schuerbeek y colaboradores (2011)	<u>Correlaciones negativas:</u> Cerebelo, vermis izquierdo		
EVITACIÓN DEL RIESGO	Laricchiuta y colaboradores (2012)	<u>Correlaciones negativas</u> Cerebelo	Gardini y colaboradores (2009)	<u>Correlaciones negativas</u> Cuneus derecho (BA 7) Lobulo parietal derecho inferior (BA 40) Precuneus izquierdo (BA 31) Girus occipital medio izquierdo (BA 19) Girus frontal medio	Laricchiuta y colaboradores (2012)	<u>Correlaciones negativas</u> Giro cingulado anterior derecho Cerebelo

				izquierdo BA 9		
	Schuerbeek y colaboradores (2011)	<u>Correlaciones positivas</u> Girus lingual	Schuerbeek y colaboradores (2011)	Girus frontal inferior derecho e izquierdo (BA 47 i 9) Córtex prefrontal izquierdo Córtex cingulado anterior izquierdo (BA 32)	Pujol y colaboradores (2002)	Girus Cingulado anterior derecho en mujeres
			Iidaka y colaboradores (2006) Schuerbeek y colaboradores (2011)	<u>Correlaciones positivas:</u> Córtex orbitofrontal izquierdo		
			Iidaka y colaboradores (2006)	Amígdala izquierda		
DEPENDÈNCIA DE RECOMPENSA			Iidaka y colaboradores (2006) Gardini y colaboradores (2009)	<u>Correlaciones negativas:</u> Núcleo Caudado derecho	Iidaka y colaboradores (2006) Gardini y colaboradores (2009)	<u>Correlaciones negativas</u> Nuclio Caudado derecho
			Gardini y colaboradores (2009)	Girus rectal frontal (BA 11)		
			Schuerbeek y colaboradores (2011)	Córtex orbito frontal, Córtex temporal Putamen		
PERISTENCIA	Schuerbeek y colaboradores (2011)	<u>Correlaciones negativas:</u> Lóbulo Paracentral	Gardini y colaboradores (2009)	<u>Correlaciones positivas</u> Giro parahipocampal derecho (BA 36) Lóbulo paracentral derecho (BA 5)		
	Schuerbeek y colaboradores (2011)	<u>Correlaciones positivas:</u> Girus cingulado	Schuerbeek y colaboradores (2011)	Precuneus izquierdo (BA 7) i Girus cingulado		

Carácter

El carácter se refiere a la mente y es conceptualizado como el rasgo central de la personalidad. Implica las diferencias individuales en el autoconcepto, y los objetivos y valores individuales. Es decir, es aquello que la persona hace de sí misma de forma intencionada. Es racional y volicional. Mientras que el temperamento incluye emociones básicas como miedo e ira, el carácter implica emociones secundarias como determinación, empatía, paciencia, e incluso en individuos maduros, esperanza, amor y lucha. En consecuencia, el carácter puede ser descrito como la capacidad de auto dirigirse mentalmente. El carácter incluye funciones cognitivas superiores que incluyen la abstracción, la interpretación simbólica y el razonamiento. Las funciones de la memoria simbólica interaccionan con el temperamento a través del procesamiento cognitivo de las emociones, apoyándose en los preceptos sensoriales regulados por el temperamento. Las interacciones entre el temperamento y el carácter dan lugar al desarrollo de conceptos maduros y realistas acerca de uno mismo y el mundo exterior (Svrakic y Cloninger, 2005).

En relación a las dimensiones de carácter algunos estudios también han estudiado la relación establecida entre las dimensiones de carácter y determinadas estructuras neuroanatómicas (Tabla 8).

Taula 8. Correlaciones neuroanatómicas con las dimensiones de carácter del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI).

CARACTER	AUTORES	VOLUM SUSTÀNCIA GRIS	VOLUM SUSTÀNCIA BLANCA
AUTODIRECCIÓ	Schuerbeek y colaboradores (2011)	<u>Correlaciones positivas:</u> Còrtex frontal medial Còrtex temporal	<u>Correlaciones negativas:</u> Còrtex cingulado anterior Còrtex cingulado posterior
COOPERACIÓ	Schuerbeek y colaboradores (2011)	<u>Correlacions positives:</u> Circumvolució temporal superior dreta (BA 22)	<u>Correlaciones negativas:</u> Girus frontal medial derecho Girus precentral izquierdo (BA 4)

TRASCENDÈNCIA	Schuerbeek y colaboradores (2011)	<u>Correlacions positives:</u> Girus temporal medial derecho (BA 21) Còrtex parietal <u>Correlacions negatives:</u> Còrtex frontal	No se han encontrado correlaciones.
---------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------

Dimensiones de Carácter

Autodirección (AD)

Las personas con alta AD son autosuficientes, responsables, seguras, ingeniosas. La mayor ventaja es que son realistas y efectivos, es decir adaptan su comportamiento en función de sus elecciones individuales y sus objetivos. Las personas con baja AD son ineficaces, irresponsables, inseguras, reactivas e incapaces de establecer y perseguir sus objetivos, manifiestan un comportamiento poco realista y una falta de guía interna (Svrakic y Cloninger, 2005) (Tabla 9).

Cooperación (C)

Las personas con alta C se conceptualizan a sí mismos como parte integral de la sociedad humana y son descritos como personas empáticas, tolerantes, compasivas y con principios. Estos rasgos son ventajosos en los trabajos en equipo y en los grupos sociales. Las personas con baja C son intolerantes, críticas, vengativas, egoístas, insensibles y oportunistas. Ante todo se centran en sí mismas y tienden a ser poco consideradas con los derechos y los sentimientos de las otras personas (Svrakic y Cloninger, 2005) (Tabla 9).

Trascendencia (T)

Refleja aquellas personas que se conceptualizan como una parte integral del universo. Son personas perspicaces, espirituales, ausentes de pretensiones y humildes. Estos rasgos son ventajosos cuando las personas viven situaciones que implican sufrimiento, dolor, o muerte, lo que es algo inevitable con el envejecimiento. Aunque puede ser desventajoso en las sociedades modernas donde el idealismo, la modestia y la búsqueda meditativa del significado de la vida pueden interferir en la adquisición de la

riqueza y el poder. Las personas con baja T tienden a ser objetivas, pragmáticas, materialistas, controladoras y pretensiosas. Estas personas parecen adaptarse bien en muchas sociedades occidentales debido a su objetividad racional y éxito material. Sin embargo, pueden presentar dificultades para aceptar el sufrimiento, pérdidas materiales o personales o la muerte, lo que les puede llevar a una falta de serenidad y problemas de ajuste, principalmente a medida que se van haciendo mayores (Svrakic y Cloninger, 2005) (Tabla 9).

Tabla 9. Descripción del individuo según presente puntuaciones altas o bajas en las dimensiones del Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado (TCI-R). Adaptado de Svrakic y Cloninger (2005)

	DIMENSIONES	Descripción de las variantes extremas	
		ALTO	BAJO
TEMPERAMENTO	Búsqueda de novedad	Exploratorio Impulsivo Extravagante Irritable	Reservado Reflexivo Prudente Estoico
	Evitación del riesgo	Pesimista Temeroso Tímido Fatigable	Optimista Atrevido Abierto Enérgico
	Dependencia de recompensa	Sentimental Abierto Cálido Afectivo	Distante Indiferente Frio Independiente
	Persistencia	Trabajador Decidido Entusiasta Perfeccionista	Despreocupado Consentido Poco eficiente Pragmático
CARÁCTER	Autodirección	Responsable Decidido Eficaz Autoaceptación	Irresponsable Ausente de metas Pasivo Soñador
	Cooperación	Tolerante Empático Servicial Compasivo Honrado	Intolerante Insensible Egoísta Vengativo Oportunista
	Trascendencia	Sensato Profundo Espiritual Idealista	Pragmático Objetivo Escéptico Materialista Relativista

Personalidad

La personalidad siempre implica una interacción bidireccional entre el temperamento y el carácter. El temperamento subyace y modula la expresión de la actividad, la reactividad, la emocionalidad y la sociabilidad. Los sistemas neurobiológicos temperamentales, determinan la manera individual con que cada individuo percibe, codifica y almacena la información ambiental, e implican sesgos preconceptuales en los procesos de aprendizaje (habitación, sensibilización, aprendizaje asociativo, aprendizaje operante, vicario y conceptual). Estos sistemas determinan qué estímulos del entorno son importantes y deciden lo que el sujeto aprenderá durante la formación del carácter. El carácter se desarrolla sobre la base biológica preexistente y se modela mediante la interacción continua entre las estructuras neurobiológicas y el ambiente en que se desarrolla el individuo. Desde el momento en que se produce aprendizaje, el temperamento ya no influye en la conducta de manera inmediata, sino que actúan de forma combinada con los aprendizajes adquiridos generando nuevos patrones conductuales. Además el carácter influye en las respuestas propias de los mecanismos temperamentales mediante la adjudicación de significado a los estímulos del entorno (Bayón, 2006).

El temperamento y el carácter se han relacionado con dos tipos de memoria y aprendizaje. El temperamento se ha relacionado con el sistema de aprendizaje perceptivo o de hábitos que incluye el aprendizaje no asociativo (habitación y sensibilización) y el aprendizaje asociativo (condicionamiento clásico, condicionamiento operante, aprendizaje exploratorio, y ciertos tipos de aprendizaje social). Éste implica respuestas automáticas que pueden ser modificadas por condicionamiento, sin tener conciencia de ello. También se relaciona con la memoria perceptiva que se asocia con el procesamiento presemántico que codifica información concreta de tipo visoespacial y valencia afectiva. Estos aprendizajes son regulados por el sistema córtico-estriado-límbico, principalmente por las áreas sensoriales corticales, amígdala, caudado y putamen (Bayón, 2006; Svrakic y Cloninger, 2005). El carácter se relaciona con el aprendizaje conceptual, implica un procesamiento cognitivo de símbolos abstractos que permite al sujeto representar fenómenos complejos a través de conceptos, modelos o imágenes, que pueden ser recuperados de forma consciente y analizados con lógica. Da lugar a respuestas adaptativas como consecuencia de la reorganización conceptual de la experiencia y permite al individuo planificar y definir

objetivos futuros. Los recuerdos conscientes de la memoria episódica se representan como palabras, imágenes o símbolos sobre acontecimientos que tienen significados explícitos y relaciones funcionales entre ellos y que pueden ser recuperados de forma consciente y declarados verbalmente (Bayón, 2006) (Figura 6).

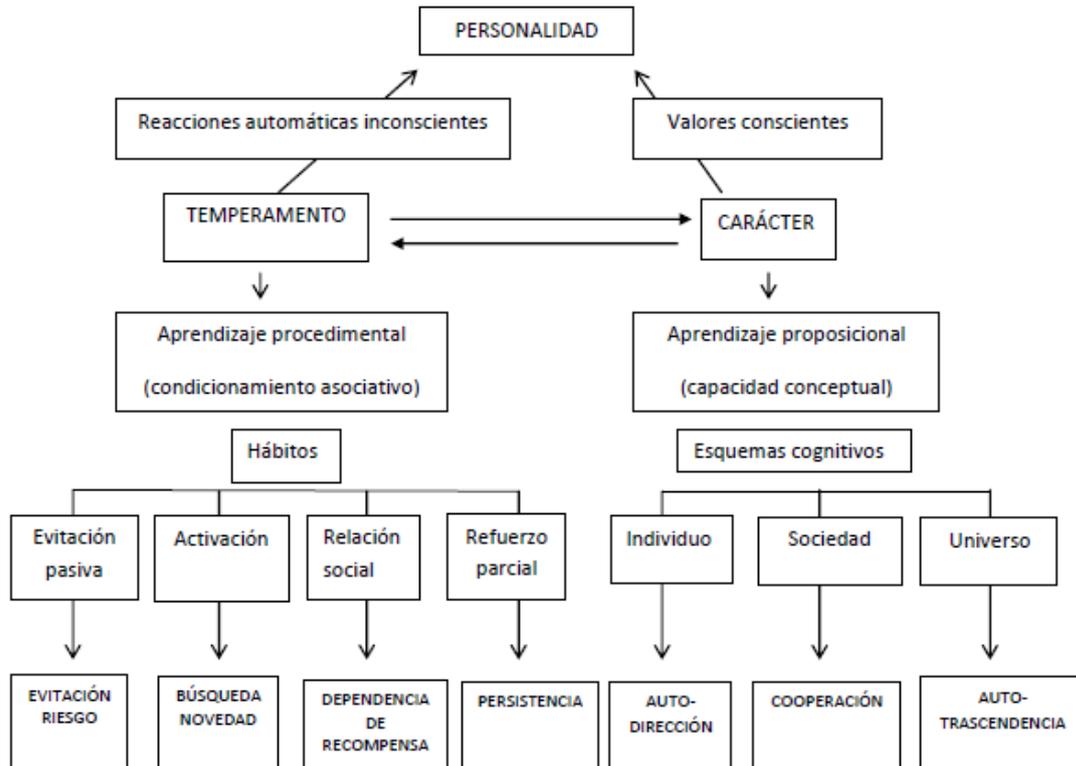


Figura 6. Personalidad: esquema psicobiológico. Adaptado de Svrakic y Cloninger (2005)

Trastornos de la Personalidad

El modelo de Cloninger permite integrar la evaluación de la personalidad normal y patológica evaluando las siete dimensiones de personalidad que componen el TCI-R. Además integra una concepción categorial y dimensional en el diagnóstico de los Trastornos de la personalidad (TP). La combinación de las tres dimensiones temperamentales (ER, DR, BN) da lugar a ocho perfiles temperamentales concretos que definirán la personalidad normal del individuo. Cada uno de estos perfiles

temperamentales asociado a bajas puntuaciones en AD y/o C dará lugar a un posible TP específico. (Svrakic y cols., 1993). De esta manera los TP quedarían definidos como variaciones temperamentales extremas asociadas con un escaso desarrollo de la dimensiones de carácter. De esta manera cada Trastorno de la Personalidad (TP) se corresponde con un perfil temperamental no patológico creado a partir de tres dimensiones de temperamento, aunque serán las dimensiones de carácter las que determinarán la presencia o ausencia de un TP (Figura 7).

Adicionalmente, cada dimensión temperamental permite discriminar dentro de que cluster se ubicaría cada sujeto, en caso de presentar un TP. El cluster A (Excéntrico) se relaciona con puntuaciones bajas en DR, el cluster B (dramático) se asocia con puntuaciones elevadas en BN y el cluster C (ansioso) se relaciona con puntuaciones elevadas en ER. Svrakic y colaboradores (1993) muestran que las puntuaciones bajas en AD y C se relacionan de forma consistente con un número elevado de síntomas de cualquier TP y con cada uno de los clusters definidos según el DSM-III-R. En resumen, el temperamento resulta esencial en el diagnóstico diferencial de los clusters del DSM y del tipo de TP.



Figura 7. Cubo de personalidad de Cloninger

*Tipo de temperamento **Trastorno de la Personalidad

7.2 Teoría de la Personalidad de Theodore Millon

La ausencia de un modelo teórico unificado subyacente a la clasificación de los Trastornos de la Personalidad del DSM-IV es una de las críticas más comunes (Widiger, 1989). La teoría de Millon sobre los Trastornos de Personalidad constituye uno de las aportaciones más consistentes y de mayor desarrollo para cubrir esta carencia. La teoría de la personalidad de Millon ha sido conceptualizada a lo largo del tiempo en dos modelos: El modelo del aprendizaje biosocial (1969-1989) y el modelo evolutivo (1990).

En el modelo biosocial la personalidad y la psicopatología se desarrollan como resultado de la interacción de fuerzas ambientales y del organismo. Esta interacción se inicia en el momento de la gestación y se mantiene a lo largo de la vida. Los factores biológicos pueden facilitar o bien limitar las experiencias y aprendizajes del individuo. Además se establece que los factores biológicos no siempre preceden al aprendizaje sino que la relación entre los factores biológicos y psicológicos es bidireccional. De esta manera las disposiciones biológicas evocan reacciones en los demás que acentúan tal disposición. La combinación de factores biológicos y experiencias de aprendizaje da lugar a estilos de relación interpersonal que se perpetúan por su interacción con el medio ambiente desde la infancia hasta la adultez (Millon y Davis, 1989b).

En su teoría, Millon establece nueve principios para conceptualizar la personalidad y su teoría (Millon y Davis, 1989a):

1. Los Trastornos de Personalidad no son enfermedades sino estilos de comportamientos, cognición y emoción.
2. Los Trastornos de Personalidad son sistemas estructurales y funcionales internamente diferenciados, no entidades internamente homogéneas.
3. Los Trastornos de Personalidad son sistemas dinámicos, no entidades estáticas y permanentes.
4. La personalidad consiste en múltiples unidades en múltiples niveles de datos.

5. La personalidad existe en un continuum, no es posible una división estricta entre la normalidad y la patología.
6. La patogenia de la personalidad no es lineal, sino que se distribuye secuencialmente y de forma múltiple a través de todo el sistema.
7. Los criterios mediante los que se evalúa la patología de la personalidad deben estar coordinados de forma lógica con el propio modelo de sistemas.
8. Los Trastornos de Personalidad pueden ser evaluados pero no diagnosticados de una forma definitiva.
9. Los Trastornos de Personalidad requieren modalidades de intervención combinadas y diseñadas estratégicamente.

El modelo evolutivo de Millon (1990) intenta abstraer las leyes más profundas del funcionamiento humano y distingue cuatro esferas básicas (Millon y Davis, 1989b):

- ❖ Propósito de la existencia o Supervivencia: Los mecanismos evolutivos vinculados con la supervivencia se centran en la preservación de la vida. Estos mecanismos forman una polaridad placer-dolor. Las conductas placenteras suelen ser repetidas y promueven la supervivencia, las experiencias dolorosas son potencialmente peligrosas y se evitan. De esta manera los organismos que repiten experiencias dolorosas o son incapaces de repetir las placenteras comprometen su supervivencia.
- ❖ Modo de adaptación: Los organismos deben adaptarse a su entorno o adaptar el entorno a sí mismos con el fin de satisfacer sus necesidades básicas y las relacionadas con la seguridad y la vinculación. Para conseguir sus objetivos el organismo deberá escoger una estrategia activa, modificando el entorno, o bien pasiva adaptándose al entorno.
- ❖ Replicación: Se centra en el interés del sujeto por la supervivencia de sus descendientes. Los organismos adoptan dos estrategias en cuanto al número de descendientes engendrados y la consiguiente inversión en sustento y protección para lograr la supervivencia de sus descendientes. De la misma manera los individuos

pueden estar orientados tanto a la consecución del sí mismo como a la promoción de los otros.

- ❖ **Abstracción:** Se refiere a la capacidad de simbolizar el propio mundo, tanto interno como externo.

Basándose en su modelo biosocial, Millon define patrones de personalidad patológicos, incorporando posteriormente los elementos de su teoría evolutiva (Tabla 10). Los patrones de personalidad patológicos son conceptualizados como formas complejas de un comportamiento instrumental a partir de una matriz compuesta por tres elementos:

- Tipo de refuerzo que las personas aprenden a perseguir o evitar: placer vs dolor
- Dónde intentan obtener el refuerzo: sí mismo vs otros.
- Como ha aprendido a comportarse para educirlo o escapar de él: actividad vs pasividad.

En función de si las personas encuentran su principal fuente de refuerzo en ellas mismas o en los demás se diferencia entre el patrón dependiente, independiente y ambivalente. Las personas dependientes han aprendido que es mejor obtener de los demás los sentimientos asociados con el placer y la seguridad. Su comportamiento muestra que necesitan apoyo y atención constantes y en caso de no obtenerlo muestran sentimientos de tristeza y/o ansiedad. Las personas independientes confían en sí mismas y han aprendido que obtienen más placer y seguridad si dependen más de sí mismos que de los otros. Las personas ambivalentes tienen dudas sobre si depender de sí mismos o de los demás para la obtención de refuerzo.

Otro grupo de pacientes denominados desvinculados/retraídos se caracterizan por presentar dificultades para experimentar placer procedente tanto de sí mismo como de los demás, tienden a aislarse socialmente y a presentar conductas de alienación, aunque mientras unos muestran incapacidad para experimentar placer o dolor, otros son

extremadamente sensibles al dolor concibiendo su existencia como poco gratificante y angustiada. Los discordantes han aprendido a sustituir el dolor por el placer.

En relación a la forma de obtener refuerzo, las personas activas intentan controlar las circunstancias de su entorno adoptando una actitud centrada en la toma de decisiones y en la elección de estrategias con la finalidad de obtener placer o recompensas o evitar el malestar, el castigo, el rechazo o la ansiedad. Por otro lado las personas pasivas no intentan incidir ni manipular su entorno con el fin de modificar los acontecimientos, y adoptan una actitud de inactividad y resignación.

Millon define ocho tipos básicos a los que se añadieron tres trastornos graves para formar 11 patrones de personalidad (Millon y Everly, 1985), añadiendo posteriormente tres patrones más. Aunque en última instancia se correspondían con los trastornos oficiales de la personalidad del DSM-III, estos patrones de afrontamiento fueron considerados conceptuales y prototípicos y no representativos de entidades diagnósticas (Millon y Davis, 1989b).

Tabla 10. El modelo evolutivo y sus Trastornos de Personalidad derivados.

Adaptado de Millon (2009).

	Meta existencial		Estrategia replicatoria		
	Mejora de la vida	Preservación de la vida	Propagación reproductiva	Cuidados reproductivos	
Deficiencia, desequilibrio, conflicto.	Placer-dolor		Sí mismo-otros		
	Placer (bajo) Dolor (bajo o alto)	Placer-Dolor (invertido)	Sí mismo (bajo) Otros (alto)	Sí mismo (alto) Otros (bajo)	Sí mismo Otros (ambivalencia)
	Retraído	Discordante	Dependiente	Independiente	Ambivalente
Modo de adaptación	Trastornos de personalidad				
Pasivo: Acomodación	Esquizoide (placer bajo, dolor bajo) Depresivo (dolor alto, placer bajo)	Autodestructivo	Dependiente	Narcisista	Compulsivo
Activo: Modificación	Evitativo	Agresivo (sádico)	Histriónico	Antisocial	Negativista
Patología estructural	Esquizotípico	Límite, Paranoide	Límite	Paranoide	Límite, Paranoide

Millon propone once alteraciones de la personalidad clasificadas en función de su gravedad:

- ❖ Gravedad Leve-ligera: histriónico, dependiente, antisocial y narcisista.
- ❖ Gravedad intermedia: pasiva-agresiva, obsesivo-compulsivo, evitativo, esquizoide.
- ❖ Gravedad alta: esquizotípico, límite y paranoide.

En su segundo modelo, Millon (1990) también agrupa los Trastornos de la Personalidad según el patrón de dificultades que presentan:

- ❖ Personalidades con dificultad para el placer: esquizoide, evitativo, depresivo.
- ❖ Personalidades con problemas interpersonales: dependencia, histriónico, narcisista, antisocial.
- ❖ Personalidades con conflictos intrapíquicos: sádico, compulsivo, negativista, masoquista.
- ❖ Personalidades con déficit estructurales: esquizotípico, límite, paranoide.

En relación a la descripción de las características definitorias de cada trastorno Millon describe diferentes ámbitos: funcional y estructural. El ámbito funcional hace referencia a los “procesos dinámicos que ocurren en el mundo intrapsíquico y entre el individuo y su entorno social” (Millon, Davis, y Millon, 2009, p. 41) e implican los procesos de comportamiento, de conducta social, cognitivos y mecanismos inconscientes. El ámbito funcional incluye un patrón estable y relativamente duradero de recuerdos, actitudes, necesidades y miedos que dirigen la experiencia y transforman la naturaleza de los sucesos vitales actuales. Estas estructuras guían la conducta del sujeto e limitan al individuo a realizar nuevas interpretaciones del mundo perpetuando un comportamiento desadaptativo. Este ámbito incluye la autoimagen, representaciones objetales, organización morfológica y estado de ánimo (Millon y cols., 2009).

Tabla 11. Expresiones de los Trastornos de la personalidad en los diferentes niveles y ámbitos de personalidad. Extraído de Millon (2009)

Ámbito Trastorno	Nivel comportamental		Nivel fenomenológico			Nivel intrapsíquico		Nivel biofísico
	Comportamiento observable	Comportamiento interpersonal	Estilo cognitivo	Autoimagen	Representaciones objetales	Mecanismos de defensa	Organización morfológica	Estado de ánimo/ temperamento
Esquizoide	Impasible	Desvinculado	Empobrecido	Autosuficiente	Escasas	Intelectualización	Indiferenciada	Apático
Evitativo	Ansioso	Aversivo	Distraído	Alienada	Vejatorias	Fantasia	Frágil	Angustiado
Depresivo	Abatido	Indefenso	Pesimista	Inútil	Abandonadas	Ascetismo	Disminuida	Melancólico
Dependiente	Incompetente	Sumiso	Ingenuo	Inepta	Inmaduras	Introyección	Rudimentaria	Pacífico
Histriónico	Dramático	Buscador de atención	Frívolo	Gregaria	Superficiales	Disociación	Inconexa	Inconstante
Narcisista	Arrogante	Explotador	Expansivo	Admirable	Artificiales	Racionalización	Espúria	Despreocupado
Antisocial	Impulsivo	Irresponsable	Desviado	Autónoma	Degradadas	Impulsividad actuación	Indisciplinada	Insensible
Agresivo (Sádico)	Precipitado	Áspero	Dogmático	Combativa	Perniciosas	Aislamiento	Tendente a la erupción	Hostil
Compulsivo	Disciplinado	Respetuoso	Constreñido	Escrupuloso	Ocultas	Formación reactiva	Compartimentada	Solemne
Negativista	Resentido	No cooperador	Escéptico	Descontenta	Vacilantes	Desplazamiento	Divergente	Irritable
Autodestructivo	Abstinente	Deferente	Inseguro	Desmerecedora	Desacreditadas	Exageración	Invertida	Disfórico
Esquizotípico	Excéntrico	Reservado	Autístico	Enajenada	Caóticas	Anulación	Fragmentada	Aturdido o insensible
Límite	Irregular	Paradójico	Caprichoso	Insegura	Incompatible	Regresión	Dividida	Lábil
Paranoide	Defensivo	Provocativo	Suspica	Inviolable	Inalterable	Proyección	Inflexible	Irascible

II. APARTADO EXPERIMENTAL

ESTUDIO I

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD MEDIANTE LA SCID-II, EL TCI-R Y EL MCMI-II

1. INTRODUCCIÓN

La conceptualización de los Trastornos de la Personalidad (TP) no ha estado ni está exenta de dificultades. Los TP han ocupado históricamente una posición diagnóstica secundaria (Millon y Davis, 1989a). La aparición del DSM-I, publicado en el 1952, intentaba estandarizar el proceso diagnóstico. Sin embargo a partir de la aparición del DSM-III (1980), momento en que se incluyó un segundo eje específico para la evaluación de los TP, el interés acerca del desarrollo de instrumentos para la evaluación de los TP empezó a recibir una mayor consideración. En el DSM-I y DSM-II las descripciones de los TP se subyugaban al marco psicoanalítico y caracterológico motivo por el que los instrumentos psicométricos de evaluación fueron muy exigüos (Moreno-Jiménez y Garrosa-Hernández, 2009). Actualmente, los TP poseen una gran relevancia diagnóstica y se encuentran descritos en las dos últimas ediciones de los manuales nosológicos de los trastornos mentales, el DSM (DSM-IV-TR, APA, 2000) y la CIE (OMS 1992). El DSM-IV-TR pretende ser ateórico. Es decir, no está presente ninguna teoría subyacente a la clasificación diagnóstica elaborada. Esto deriva que el criterio fundamental se haya centrado en el consenso de un comité de expertos de diferentes escuelas y tendencias, evitando cualquier formulación teórica en la organización de los trastornos y de la psicopatología subyacente (Moreno-Jiménez y Garrosa-Hernández, 2009). A pesar de los intentos del DSM para establecer unos criterios nosológicos comunes, los TP están en una situación dudosa. Ello es constatable por la continua oscilación de las clasificaciones propuestas en las sucesivas versiones del DSM consensuadas (Moreno-Jiménez y Garrosa-Hernández, 2009).

“El enfoque diagnóstico utilizado en el DSM-IV-TR representa la perspectiva categorial de que los trastornos de la personalidad constituyen síndromes clínicos cualitativamente distintos” (DSM-IV-TR, 2002, p. 770). El modelo dimensional propone que los rasgos de personalidad normal y anormal pertenecen a un mismo continuo, de forma que los TP difieren de la personalidad no patológica sólo cuantitativamente. La controversia existente a la hora de considerar a los TP, bien desde una posición dimensional o bien desde una posición categorial, ha generado un debate generalizado para identificar las dimensiones fundamentales que definen el funcionamiento normal y patológico de la personalidad. La Guía de uso del DSM-IV advierte que, “a pesar del uso categorial en el diagnóstico de los TP, no debería

olvidarse que éstos tienen límites borrosos, además de presentar modalidades muy heterogéneas y de no incluir sino las características actualmente más consensuadas” (Moreno-Jiménez y Garrosa-Hernández, 2009, p. 327). Millon y Davis (1989a) aportan una tercera opción más integradora que sería el concepto de prototipo, que comparte atributos categoriales y dimensionales, en la que todas las propiedades del prototipo reflejan al menos a algunos miembros de la categoría pero ninguna propiedad es necesaria ni suficiente para formar parte de una categoría.

La notable insatisfacción con la actual conceptualización y definición de los TP del DSM-IV-R hace evidente que el actual sistema diagnóstico presenta deficiencias que deben ser resueltas y modificadas en concordancia con los nuevos datos empíricos emergentes, fruto de la investigación. Las propuestas dimensionales que están surgiendo en el grupo de trabajo de Personalidad para el DSM-V (Widiger, Simonsen, Krueger, Livesley, y Verheul, 2005) sugieren que se aproximan cambios trascendentales, tanto en la conceptualización de la personalidad como en el sistema clasificatorio actual.

Actualmente, los TP poseen una gran relevancia diagnóstica y componen uno de los dos ejes necesarios del trastorno mental. El formato multiaxial requiere que el conjunto de los síntomas no se evalúe como una entidad clínica separada del contexto más amplio del paciente, que incluye el estilo de relacionarse, comportarse, pensar, sentir y afrontar las dificultades: es decir, su personalidad (Millon y Davis, 1989a). Además resulta evidente que los TP afectan a la sintomatología recogida y expuesta en el Eje I del DSM, influyendo en sus formas de presentación, desarrollo y susceptibilidad de tratamiento (Widiger y Rogers, 1989). Como la misma Guía de uso del DSM-IV (Frances, First, y Pincus, 1997) reconoce “la presencia de un trastorno de personalidad puede tener un gran impacto sobre la respuesta y el plan de tratamiento de las enfermedades del Eje I” (p. 465). Con ello se reconoce la relevancia de la personalidad del sujeto en los procesos de enfermar y la influencia del sistema de personalidad sobre la sintomatología (Costello, 1996).

La evaluación de los TP se centra en el uso de instrumentos de autoinforme y entrevistas clínicas. No obstante, en la evaluación de los TP parece haber más consenso sobre los problemas que comporta que sobre las soluciones. El uso de las entrevistas como método de evaluación suele considerarse más riguroso. Sin embargo, en la práctica clínica su uso suele ser limitado ya que implica un mayor tiempo de evaluación y personal especializado para la realización de la entrevista. En consecuencia, en

numerosas ocasiones la evaluación de un TP se reduce a la administración de un autoinforme. El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) y el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) son dos instrumentos de evaluación autoinformada ampliamente utilizados en el ámbito clínico, derivados del modelo del aprendizaje biosocial de Millon y el modelo psicobiológico de Cloninger respectivamente.

El modelo dimensional de Millon define ocho patrones de afrontamiento básicos y tres variantes de mayor gravedad psicopatológica para formar un total de 13 patrones de personalidad teóricos, que en último término se corresponderían teóricamente con los trastornos oficiales de la personalidad del DSM-III (Millon y Davis, 1989b). El modelo psicobiológico de Cloninger (Cloninger, 1987; Cloninger, Svrakic, y Przybeck, 1993) es un modelo que integra conceptos que proceden de la neurobiología y genética de la conducta junto con rasgos derivados del aprendizaje sociocultural. Este modelo constituye uno de los paradigmas con mayor fundamentación teórica, tanto en la conceptualización de la personalidad normal como en las propuestas para una nueva clasificación nosológica, incluidos los TP. El modelo dimensional de Cloninger (Cloninger y cols., 1993) define los TP como configuraciones multidimensionales extremas y los considera como variantes maladaptativas de rasgos de personalidad normal. Dicho modelo presenta cuatro dimensiones de temperamento y tres dimensiones de carácter. Las dimensiones de temperamento son definidas como predisposiciones biológicas básicas, mientras que las dimensiones de carácter hacen referencia al conjunto de características de personalidad que se estructuran a lo largo del desarrollo por mecanismos de aprendizaje en el medio sociocultural y que se componen de los valores, metas, estrategias de afrontamiento y esquemas cognitivos sobre uno mismo, los demás y el entorno y que influyen en las respuestas de los sistemas temperamentales mediante la adjudicación de significado a los estímulos del entorno (Cloninger y cols., 1993). El modelo dimensional de Cloninger (Cloninger y cols., 1993) propone definir los TP como perfiles extremos de los rasgos de temperamento asociados con unas bajas puntuaciones en las dimensiones de carácter, lo que producirá un deterioro a nivel personal y social. Cloninger afirma que las dimensiones de carácter determinarán la presencia o ausencia del diagnóstico de TP. Bajas puntuaciones en Autodirección (AD) y Cooperación (C) se asocian con la presencia de algún TP y con un número elevado de síntomas de cualquier TP definidos según el DSM-III-R. (Casey y Joyce, 1999; Gutiérrez, Sangorrín, Martín-Santos, Torres, y Torrens, 2002; Mulder,

Joyce, Sullivan, Bulik, y Carter, 1999; Svrakic y cols., 1993). La diferenciación entre cada uno de los clusters del DSM, así como de los principales tipos de TP viene descrita por el perfil temperamental. Los síntomas del Cluster A se asocian con baja Dependencia de Recompensa (DR), los del Cluster B con elevada Búsqueda de Novedad (BN) y los del Cluster C con elevada Evitación del Riesgo (ER). (Mulder y cols., 1999; Svrakic y cols., 1993). Gutiérrez (Gutiérrez y cols., 2002) observa que las puntuaciones severas obtenidas en la SCID-II y agrupadas por clusters no muestran una relación diferencial con las dimensiones de temperamento que permitan discriminar entre clusters, ya que todos los clusters presentan correlaciones elevadas con ER y bajas con DR, no obstante las relaciones entre las dimensiones de temperamento y clusters tienden a apuntar en la dirección señalada por Svrakic (Svrakic et al., 1993). Casey y Joyce (1999) en una muestra de sujetos en edad avanzada confirma parcialmente a Svrakic (Svrakic y cols., 1993), los síntomas severos de los TP referentes al Cluster A presentan una correlación negativa con DR, el Cluster C, y particularmente el TP evitativo y dependiente, correlacionan con ER, aunque el Cluster B no presenta una correlación estadísticamente significativa con elevada BN, indicativo quizá de los cambios en los TP del Cluster B a medida que se avanza en la edad.

Por lo que se refiere al Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II; Millon, 2004) se ha estudiado (Rennenberg, Chambles, Dowdall, Fauerbach, y Gracely, 1992) la correspondencia entre los diagnósticos procedentes de la Entrevista Clínica estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje-II del DSM-III (SCID-II) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II), hallando una baja concordancia entre ambos instrumentos. Messina (Messina, Wish, Hoffman, y Nemes, 2001) considera que los resultados entre la SCID-II y el MCMI-II no son intercambiables. En su estudio el MCMI-II tendía a diagnosticar de forma más frecuente el Trastorno Antisocial de la Personalidad y sugiere que la baja concordancia entre ambas escalas quizá se deba a que éstas recogen información diferenciada, de tal manera que la SCID-II enfatiza los criterios observables del comportamiento mientras que el MCMI-II se centra en los rasgos de personalidad patológica. En un estudio (Marlowe, Husband, Bonieskie, Kirby, y Platt 1997) realizado con el fin de valorar la eficiencia diagnóstica del MCMI-II en sujetos previamente evaluados mediante la SCID-II, hallan un bajo acuerdo diagnóstico entre ambos instrumentos y ello da soporte a la idea de que el MCMI-II es útil como medida de cribado para el eje II, aunque la confirmación de la

presencia de un TP requiere una evaluación mediante una entrevista clínica. Otro estudio circunscrito al ámbito de los Trastornos de la Conducta Alimentaria concluye que el MCMI-II no es un buen instrumento de evaluación de los TP en pacientes con Anorexia y Bulimia en comparación con la SCID-II. (Kennedy y cols., 1995). La literatura apunta a que el MCMI-II no presenta correspondencia diagnóstica con la SCID-II, y muestra la necesidad de realizar una entrevista estructurada para una adecuada evaluación de los TP.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo 1. Precisar qué instrumento autoinformado, el TCI-R o el MCMI-II, corrobora mejor el diagnóstico de TP obtenido mediante la SCID-II.

Objetivo 2. Analizar las dimensiones de temperamento de Cloninger y los estilos de afrontamiento y de TP de Millon, en relación a los *clusters* de personalidad, definidos por la SCID-II.

Hipótesis 2.1. Si las dimensiones de temperamento del TCI-R (BN, ER, DR) nos permiten diferenciar entre clusters, el cluster A debería presentar una correlación elevada y negativa con Dependencia de Recompensa, el cluster B elevada y positiva con Búsqueda de Novedad y el cluster C elevada y positiva con Evitación del Riesgo.

Hipótesis 2.2. Los clusters evaluados mediante la SCID-II deberían presentar una correspondencia diagnóstica con cada uno de los clusters, y de los estilos de afrontamiento y de TP del MCMI-II.

Objetivo 3. Analizar el grado de desadaptabilidad de los TP definidos según la SCID-II, mediante las dimensiones de carácter del TCI-R y los estilos de afrontamiento y TP del MCMI-II.

Hipótesis 3.1. Si las dimensiones de carácter son las características comunes y definitorias de todos los TP, los TP definidos en base a la SCID-II, presentarían bajas puntuaciones en Autodirección y Cooperación.

Hipótesis 3.2. Si las puntuaciones severas de la SCID-II indican la presencia de un TP, se debería obtener una puntuación $TB \geq 85$ en los estilos de afrontamiento y de TP del MCMI-II.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Participantes

Se trata de un estudio realizado en una consulta privada en una ciudad de la provincia de Barcelona entre el año 2007 y 2009. Los participantes del estudio fueron seleccionados de una muestra de 90 pacientes tras realizar la primera entrevista. La muestra quedó constituida por 31 sujetos con edades comprendidas entre los 19 y los 73 años de edad ($M=39.16$; $DE=13.51$), 11 hombres (35.5%) con un rango de edad de 19 a 73 años ($M=41.36$; $DE=15.5$ años) y 20 mujeres, con un rango de edad de 20-62 años ($M=37.95$; $DE=12.77$). La mitad de los participantes poseía estudios universitarios, tres presentaban estudios primarios, uno estudios secundarios, y doce estudios de bachillerato o FP. En relación a la categoría del trabajo que desarrollaban nueve pertenecían a la categoría de facultativos, tres a la de diplomados, siete a la de técnicos de grado superior, cuatro a la de técnicos de grado medio, cuatro a la de ayudantes y dos a la de amas de casa. En relación a la situación laboral, veintitrés participantes se encontraban activos laboralmente, tres presentaban una baja laboral por presencia de patología mental, uno estaba en paro, dos eran jubilados y uno estudiante (Tabla 12).

Tabla 12. Características sociodemográficas de la muestra

Género n (%)	
Hombres	11 (35.5%)
Mujeres	20 (64.5%)
Edad M (DE)	
Hombres	41.36 (15.15)
Mujeres	37.95 (12.77)

Escolarización n (%)	
Sin escolarización	1 (3.2%)
Estudios primarios	3 (9.7%)
Estudios secundarios	1 (3.2%)
FP	7 (22.6%)
Bachillerato	5 (16.1%)
Universitarios	14 (45.2%)
Trabajo actual n (%)	
Facultativos	9 (29%)
Diplomados	3 (9.7%)
Técnicos de grado superior	7 (22.6%)
Técnicos de grado medio	4 (12.9%)
Ayudante	4 (12.9%)
Ama de casa	2 (6.5%)
Otros	2(6.5%)
Situación laboral actual n (%)	
Baja laboral por patología mental	3 (9.7%)
Activo laboralmente	23 (74.2%)
En paro	1(3.2%)
Jubilado	2(6.5%)
Estudiante	1(3.2%)
Otras situaciones	1(3.2%)

En relación a las variables clínicas de la muestra, nueve pacientes presentan un diagnóstico previo conocido del Eje I, mientras que ninguno refirió presentar un diagnóstico previo conocido del Eje II. En el momento de la evaluación cinco pacientes refirieron haber recibido tratamiento farmacológico previo, y siete tratamiento psicológico previo. En el momento de la evaluación once pacientes recibían tratamiento

farmacológico. En relación a la Hipótesis de consulta del Eje I, doce participantes presentaban una hipótesis de Trastorno adaptativo mixto, ocho de Trastorno de ansiedad, siete de Trastorno afectivo, dos de Trastorno adaptativo afectivo, uno de Trastorno adaptativo de ansiedad, y uno de Trastorno sexual. En relación a la Hipótesis de consulta del Eje II, dieciséis participantes presentaban una hipótesis de Trastorno de Personalidad ubicado en el Cluster C, uno en el B, y catorce aplazados. Una vez realizada la evaluación psicológica se estableció que diez pacientes presentaban un Trastorno adaptativo mixto, siete un Trastorno de ansiedad, cuatro un Trastorno afectivo, dos un Trastorno adaptativo afectivo, y uno un Trastorno sexual. En relación a los trastornos diagnosticados en el Eje II, cinco pacientes presentaban un TP Obsesivo, uno Histriónico, uno Evitativo, uno Dependiente y uno Depresivo (Tabla 13).

Tabla 13. Características clínicas de la muestra

Diagnóstico conocido previo Eje I n (%)	
Trastorno adaptativo ansiedad	1 (3.2%)
Trastorno adaptativo mixto	3(9.7%)
Trastorno afectivo	1 (3.2%)
Trastorno de ansiedad	4 (12.9%)
Ninguno	21 (67.7%)
No conocido	1 (3.2%)
Diagnóstico conocido previo Eje II n (%)	
Ninguno	21 (67.7%)
No conocido	10 (32.3%)
Tratamiento farmacológico actual pautado n (%)	
Antidepresivos	1(3.2%)
Ansiolíticos	8 (25.8)
Antidepresivos y Ansiolíticos	2 (6.5%)
Ninguno	19 (63.3%)
Fitoterapia	1 (3.2%)

Intervenciones psicofarmacológicas previas n (%)	
Ausente	26 (83.9%)
Presente	5 (16.1%)
Intervenciones psicológicas previas n (%)	
Ausente	24 (77.4%)
Presente	7 (22.6%)
Hipótesis diagnóstica Eje I n (%)	
Trastorno adaptativo afectivo	2 (6.5%)
Trastorno adaptativo ansiedad	1 (3.2%)
Trastorno adaptativo mixto	12 (38.7%)
Trastorno afectivo	7 (22.6%)
Trastorno ansiedad	8 (25.8%)
Trastorno sexual	1 (3.2%)
Hipótesis diagnóstica Eje II n (%)	
Cluster B	1 (3.2%)
Cluster C	16 (51.6%)
Aplazado	14 (45.2%)
Trastorno principal Eje I n (%)	
Trastorno adaptativo afectivo	2 (6.5%)
Trastorno adaptativo mixto	10 (32.3%)
Trastorno afectivo	4 (12.9%)
Trastorno ansiedad	7 (22.6%)
Trastorno sexual	1 (3.2%)
Sin diagnóstico	7 (22.6%)
Trastorno principal Eje II n (%)	
Histriónico	1 (3.2%)
Evitativo	1 (3.2%)
Dependiente	1 (3.2%)

Obsesivo	5 (16.1%)
Depresivo	1 (3.2%)
Sin diagnóstico	22 (71%)

3.2 Instrumentos de Evaluación

Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje-II del DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID-II) (First, Gibbon, Spitzer, Williams, Benjamin, 1997)

Entrevista diagnóstica semiestructurada para la evaluación de los diez TP del Eje II del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), así como el Trastorno de la personalidad no especificado, el Trastorno depresivo de la personalidad y el Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (incluidos en el Apéndice B del DSM-IV, “Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores”). Los diez TP que evalúa son: TP por evitación, TP por dependencia, Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, Trastorno depresivo de la personalidad, Trastorno paranoide de la personalidad, Trastorno esquizotípico de la personalidad, Trastorno histriónico de la personalidad, Trastorno narcisista de la personalidad, Trastorno límite de la personalidad y Trastorno antisocial de la personalidad. La SCID-II también dispone de un Cuestionario de Personalidad auto-cumplimentado, compuesto por 119 ítems, como herramienta de cribado.

La SCID-II permite realizar diagnósticos del Eje II, de forma tanto categorial (presente o ausente) como dimensional (anotando el número de criterios de TP para cada diagnóstico que han sido codificados con la máxima puntuación). Cada criterio de TP se puntúa con una de las siguientes puntuaciones: “?”, “1”, “2” o 3. La puntuación “?” es indicativa de que la información facilitada es inadecuada para codificar el criterio, una puntuación de “1” es indicativa de que el síntomas descrito se halla ausente, una puntuación de “2” es indicativa de que el umbral para el criterio casi se alcanza, pero no completamente, y una puntuación de “3” es indicativa de que el umbral para alcanzar el criterio se cumple.

Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado (Temperament and Character Inventory-Revised, TCI-R) (Cloninger, Przybeck, Svrakic, y Wetzel 1994)

Se administró la versión española del TCI-R adaptada por Gutiérrez-Zotes y colaboradores (2004). Cuestionario de personalidad auto-administrado de 240 ítems (5 de ellos de control de respuestas válidas) a responder en una escala Likert de cinco puntos. Basado en el modelo multidimensional y psicobiológico de Cloninger. Informa acerca de las variaciones normales y anormales en las 7 dimensiones de personalidad (4 dimensiones de temperamento y 3 dimensiones de carácter) y 29 subescalas (Cloninger y cols., 1994). Las dimensiones de temperamento se consideran rasgos de moderada heredabilidad y estabilidad a lo largo de la vida, independientemente de la cultura o el aprendizaje social y se refieren a las diferencias individuales en las respuestas emocionales básicas, como enfado, miedo o el asco (Cloninger, 1987; Cloninger y cols., 1993; Cloninger y cols., 1994). Las dimensiones de carácter son débilmente heredables y están influidas moderadamente por el aprendizaje social y la progresiva maduración del individuo a lo largo de la vida. El carácter hace referencia al autoconcepto y a las diferencias individuales en objetivos, valores, estrategias de afrontamiento y esquemas cognitivos sobre uno mismo, los demás y el entorno (Cloninger, 1987; Cloninger y cols., 1993; Cloninger y cols., 1994). En la versión original la consistencia interna medida con el α de Cronbach oscila entre 0.65 para Persistencia hasta 0.89 para Cooperación. La versión española del TCI-R muestra una consistencia interna satisfactoria en todas las dimensiones (α de Cronbach superior a 0.77).

Las dimensiones de temperamento son las siguientes:

- ❖ **Búsqueda de Novedad (BN):** Refleja la tendencia heredada que regula el sistema de activación conductual o sistema de recompensa que media las conductas de aproximación en respuesta a la novedad, señales de recompensa, y evitación activa ante signos de castigo condicionado, y escape ante signos de castigo incondicionado. Se caracteriza por una actividad exploratoria en respuesta a la novedad, una conducta impulsiva y evitación activa de la frustración. Los individuos con alto BN son personas exploradoras, irascibles, curiosas, susceptibles al aburrimiento, impulsivas, extravagantes y desordenadas, mientras que las personas con baja BN son tranquilas, reflexivas, estoicas, frugales, reservadas, tolerantes a la monotonía y ordenadas.

- ❖ Evitación del Riesgo (ER): Refleja la tendencia heredada del sistema de inhibición conductual, sistema que inhibe la conducta en respuesta a señales de castigo, novedad y ausencia de recompensa. Los individuos con puntuaciones elevadas adquieren fácilmente respuestas condicionadas de evitación a estímulos aversivos, tienen un nivel elevado de vigilancia y una habituación reducida en condiciones que implican un peligro potencial, y se caracterizan por presentar miedo a la incertidumbre, timidez, inhibición social, evitación pasiva de los problemas o del peligro, rápida fatigabilidad y preocupación pesimista ante la anticipación de problemas incluso en situaciones que no preocupan a otras personas. Las personas con baja ER son despreocupadas, valientes, enérgicas, y optimistas incluso en situaciones que generarían preocupación en muchas personas.
- ❖ Dependencia de Recompensa (DR): Refleja la tendencia heredada que hace referencia al sistema neurobiológico que activa conductas de acercamiento y reacciones de apego en respuesta a los estímulos sociales. Evalúa la tendencia del individuo a ser sentimental, a ser sensible a las señales sociales y dependiente de los otros y ha mostrarse cálido en las relaciones y sociable. Las personas con elevada DR son cariñosas, sensibles, dedicadas, sociables y presentan dependencia de la aprobación por parte de otros. Las personas con bajas DR son prácticas, duras, frías, insensibles socialmente e indiferentes a la soledad.
- ❖ Persistencia (PS): Refleja la tendencia heredada al mantenimiento de la conducta a pesar de la frustración y la fatiga. Las personas con alta PS se caracterizan por ser trabajadores, perseverantes, ambiciosos, perfeccionistas y presentan un elevado grado de determinación. Tienden a intensificar su esfuerzo en respuesta a la anticipación de refuerzo y perciben la frustración y la fatiga como un reto personal. Los sujetos bajos en PS son indolentes, inactivos, inestables y erráticos y tienden a renunciar ante la frustración, raramente se esfuerzan para la consecución de altos logros.

Las dimensiones de carácter son las siguientes:

- ❖ Autodirección (AD): Describe la capacidad de la persona para guiar y adaptar su conducta ajustándola a las circunstancias en concordancia con sus propias metas y valores. Se relaciona con la madurez, la integridad personal, la autoestima, la posesión de recursos de afrontamiento eficaces y con una buena adaptación

personal. Las personas con alta AD son autosuficientes, responsables, seguras e ingeniosas. Las personas con baja AD son ineficaces, irresponsables, inseguras, reactivas e incapaces de establecer y perseguir sus objetivos, manifiestan un comportamiento poco realista y una falta de guía interna

- ❖ Cooperación (C): Evalúa las diferencias individuales en la identificación del individuo como parte integrada de la sociedad y de su capacidad de adaptación interpersonal. Los individuos cooperativos son considerados con los demás, tratan a los demás con respeto, dignidad y compasión, son confiados y capaces de perdonar, mientras que los individuos con baja C son hostiles, desconfiados y vengativos.
- ❖ Trascendencia (T): Evalúa el grado de identificación del individuo como parte integral de la naturaleza y el universo y su grado espiritualidad. Los individuos con elevada T son idealistas, imaginativos, poco convencionales y espirituales, mientras que los que presentan una baja T son prácticos, materialistas y objetivos.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory, MCMI-II)

Se administró la adaptación española del MCMI-II (Millon, 2004). Cuestionario de personalidad autoadministrado, de 175 ítems, de respuesta verdadero-falso. Basado en la teoría evolutiva de Millon, evalúa trastornos del Eje I y II. Las puntuaciones utilizadas se denominan puntuaciones Tasa Base de Prevalencia (TB) y permiten fijar los puntos de corte de cada escala a la prevalencia de un determinado atributo en la población psiquiátrica.

Presenta cuatro índices modificadores, diez escalas de patrones clínicos de personalidad, tres escalas de patrones de personalidad graves, seis escalas de síndromes clínicos moderadamente graves, y tres síndromes clínicos graves (Tabla 14). En las escalas de patrones clínicos de personalidad una TB de 75 puede considerarse como un indicio de la presencia de rasgos de personalidad clínicamente significativos, mientras que las elevaciones de 85 indican la presencia de dicho patrón de personalidad. En las escalas de personalidad patológica las puntuaciones entre 75 y 84 indican un nivel de funcionamiento crónico y moderadamente grave de la personalidad, mientras que las puntuaciones superiores a 85 indican un patrón de personalidad más descompensado. En los síndromes clínicos de gravedad moderada una TB entre 60 y 74 es sugerente, pero no lo suficientemente indicativa de la sintomatología patológica de las escalas, una

puntuación TB de 75 a 84 revela la presencia de trastornos en la escala, mientras que una puntuación de 85 es indicativa de la presencia de síntomas patológicos. En los síndromes clínicos graves una puntuación de 75 a 84 es sugerente de la presencia de sintomatología patológica de las escalas, mientras que una puntuación de 85 ofrece un fuerte soporte a estas inferencias. En los índices de Deseabilidad, Alteración y Sinceridad una puntuación TB de 75 se considera significativa. La escala de Sinceridad es la única en la que las puntuaciones bajas son clínicamente interpretables. En la versión original la consistencia interna medida con el α de Cronbach oscila entre 0.81 para el Trastorno delirante hasta 0.94 para la escala de Ansiedad. Los coeficientes α de Cronbach en la muestra de tipificación española oscilan desde 0.63 en la escala Compulsivo hasta 0.90 en la escala de Distimia.

Tabla 14. Descripción de las escalas del MCMI-II

PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD	DESCRIPCIÓN
ESQUIZOIDE	Falta de deseo e incapacidad para experimentar placer. Apáticos, desganados, distantes y asociales. Sus emociones y necesidades afectivas son mínimas, se muestran indiferentes a las recompensas y afectos y a las relaciones sociales.
FÓBICA (EVITATIVA)	A pesar de que desean relacionarse con los demás, sienten ansiedad al hacerlo, por lo que muestran distancia interpersonal mediante una retirada activa para protegerse de los demás y así evitar que les hagan daño.
DEPENDIENTE (SUMISA)	Búsqueda de relaciones en las que puedan apoyarse para conseguir afecto, seguridad y consejos sometiéndose a los deseos de los demás.
HISTRIÓNICA	Insaciable búsqueda de estimulación y afecto, mediante un comportamiento social ingenioso que da la apariencia de confianza personal y seguridad, mediante el cual reciben atención y favores y evitan la indiferencia y desaprobación.
NARCICISTA	Sentimientos de seguridad y superioridad y de ser especiales, que pueden no corresponderse con la realidad, y que les lleva a explotar a los demás en beneficio propio.
ANTISOCIAL	Escepticismo hacia los demás, deseo de autonomía, anhelo de venganza y recompensa, irresponsables, impulsivos, desconfían de los demás y se muestran insensibles y crueles.
AGRESIVA-SÁDICA	Hostiles, combativos, se muestran indiferentes o complacidos por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales. Obtienen placer humillando a los demás y violando sus derechos y sentimientos.
COMPULSIVA	Prudentes, controlados y perfeccionistas, son muy exigentes consigo mismos y con los demás.
PASIVO-AGRESIVA	Conflicto entre lo que desean los demás y ellos mismo dando lugar a una incapacidad para resolver conflictos, experimentan continuas

	discusiones y desengaños mostrando una actitud obediente o una oposición agresiva. Presentan ira explosiva y tozudez con periodos de culpa y vergüenza.
AUTODESTRUCTIVA (MASOQUISTA)	Se relacionan con los demás de forma servil y autosacrificada y alientan a los demás a explotarles o aprovecharse de ellos. Rememoran sus desgracias pasadas activamente y reiteradamente y esperan resultados problemáticos de circunstancias afortunadas.
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	
ESQUIZOTÍPICA	Aislamiento social, pensamiento tangencial, suelen estar absortos en sí mismos y pensativos, son excéntricos, y los demás les perciben como extraños o diferentes.
LÍMITE (BORDERLINE)	Labilidad afectiva, necesidad de afecto, ausencia de un Sentido claro de identidad, ideación suicida, periodos recurrentes de depresión y apatía con rachas de ira, cólera o ansiedad.
PARANOIDE	Desconfianza y vigilancia hacia los demás, actitud defensiva y tensa ante la anticipación de críticas y engaños.
SÍNDROMES CLÍNICOS	
ANSIEDAD	Estado generalizado de tensión, con incapacidad para relajarse, susceptibilidad e hipervigilancia generalizada acompañada de nerviosismo, tensión, sudoración, dolores musculares o molestias estomacales.
HISTERIFORME (tipo somatoforme)	Expresión de las dificultades psicológicas a través de canales somáticos. Periodos persistentes de cansancio, debilidad, preocupación por la salud y dolores inespecíficos en diferentes partes del cuerpo. Si existen enfermedades tienden a sobrevalorarlas.
HIPOMANÍA	Periodos de euforia superficial, elevada autoestima, exceso de actividad nerviosa, facilidad para distraerse, impulsividad, irritabilidad, discurso rápido, planificación excesiva para objetivos poco realistas, necesidad reducida de sueño, labilidad emocional.
NEUROSIS DEPRESIVA (DISTIMA)	Sentimos de desánimo o culpa, falta de iniciativa, apatía conductual y baja autoestima presentes durante años. Expresan sentimientos de inutilidad y comentarios auto-despreciativos.
ABUSO DE ALCOHOL	Refiere un posible problema de alcoholismo que se ha tratado de superar sin éxito.
ABUSO DE LAS DROGAS	Refiere una historia recurrente o reciente de abuso de drogas.
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	
PENSAMIENTO PSICÓTICO	Detecta pacientes que presentan un Trastorno psicótico. Conductas incongruentes, desorganizadas, desorientación, afecto inapropiado, alucinaciones, delirios no sistemáticos, pensamiento fragmentado o extraño, sentimientos embotados.
DEPRESIÓN MAYOR	Desesperanza, ideación suicida, retardo psicomotor o agitación, síntomas somáticos (falta apetito, cansancio, pérdida o aumento peso, insomnio y despertar precoz), falta concentración, desvalorización, culpa.
TRASTORNO	Delirios irracionales de naturaleza celosa, persecutoria o grandiosa.

DELIRANTE	Estado ánimo hostil con sentimientos de ser acosado y maltratado.
ÍNDICES MODIFICADORES	
SINCERIDAD	Las puntuaciones elevadas son indicativas de un mayor grado de sinceridad y de un estilo de respuesta franco y revelador, mientras que las puntuaciones bajas son indicativas de un estilo de respuesta reticente y reservado.
DESEABILIDAD	Evalúa el grado en que los resultados pueden verse afectados por la tendencia del paciente a presentarse como socialmente atractivo, moralmente virtuoso o emocionalmente estable. Una mayor puntuación es indicativa de una mayor probabilidad de que el paciente haya ocultado algún aspecto de sus dificultades psicológicas o interpersonales.
ALTERACIÓN	Puntuaciones elevadas son indicativas de una tendencia a despreciarse o a devaluarse, presentando unas dificultades emocionales o personales más problemáticas de las que normalmente se encontrarían en una revisión objetiva. Puede indicar un nivel distorsionado de los problemas psicológicos o una llamada de socorro de un paciente que está experimentado un nivel angustioso de alteración emocional.
VALIDEZ	Incluye ítems extravagantes o muy inverosímiles. Es un índice muy sensible a respuestas descuidadas, confusas o al azar.

3.3 Procedimiento

Los criterios de inclusión fueron que aceptaran voluntariamente, tras firmar un consentimiento informado, ser evaluados con el protocolo de estudio psicopatológico, fueran mayores de 18 años, que durante la primera entrevista clínica no presentaran un estado agudo de trastorno mental, que durante la primera entrevista clínica no mostraran un cuadro psicótico o de agitación suficientemente severa que limitara la administración del protocolo de exploración psicopatológico precisado, que durante la primera entrevista clínica no mostraran signos o sospecha de alteración neurológica y, finalmente, que el estado de alteración emocional no fuera una reacción desadaptativa emocional esperable ante un agente vital estresor.

Una vez cumplían los criterios de inclusión se excluyeron aquellos sujetos que mostraron datos no válidos. El proceso de evaluación se realizó en un ambiente confortable, relajado y sin interrupciones. En primer lugar, se realizó una primera entrevista clínica individualizada, en la que se recogieron los datos clínicos relevantes para la anamnesis. Una vez realizada la primera entrevista se realizaron las hipótesis diagnósticas y se valoró si cumplían los criterios de inclusión y exclusión. La

evaluación psicológica se realizó en el mismo centro psicológico, en sesión de evaluación, por el mismo psicólogo evaluador controlando las posibles cuestiones que surgieran durante la administración de las pruebas. El protocolo de exploración diseñado se realizó de forma individualizada y, en algunos casos, se administraron aquellas pruebas necesarias para una correcta evaluación y establecimiento de un diagnóstico psicopatológico. El tiempo dedicado a la administración del protocolo fue variable en función de los pacientes, ofreciendo una especial atención en aquellos que pudieran presentar dificultades de comprensión. La administración del protocolo de evaluación se administró de forma media en dos sesiones de evaluación de una hora y media cada una. En la primera sesión de evaluación se administró el MCMI-II y el cuestionario de la SCID-II. En la segunda sesión se administró el TCI-R y la entrevista estructurada de la SCID-II, desconociendo en todos los casos los resultados obtenidos en el MCMI-II. En algunos casos se destinaba una última sesión para administrar otras pruebas psicométricas necesarias para una correcta evaluación psicológica.

3.4 Análisis Estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas. Para determinar la relación existente entre los índices de severidad de los clusters del SCID-II con las dimensiones del TCI-R y con los estilos de afrontamiento y los TP del MCMI-II se utilizó la correlación de Spearman. Los índices de severidad de la SCID-II se obtuvieron a partir del número de criterios puntuados como positivos (puntuación umbral o de 3) para cada TP. Para la comparación entre el grupo con presencia de TP con el grupo sin TP se comprobaron los supuestos de normalidad, mediante la prueba de Shapiro-Wilk, y en aquellos casos que no cumplían los supuestos de aplicación para pruebas paramétricas se les aplicó la prueba estadística *U* de Mann Whitney, mientras que a los que si cumplían los supuestos de aplicación se les aplicó la prueba *t* de Student para muestras independientes. Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows.

4. RESULTADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos en la SCID-II, se constata que 8 pacientes de la muestra (29 %) presentan un TP, presentando uno de ellos dos TP. Estos se ubican, principalmente, en los TP del cluster C. Existe una mayor prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (16.1%), seguido por el trastorno evitativo de la personalidad (3.2%), el trastorno de personalidad dependiente (3.2%), el trastorno depresivo de la personalidad (3.2%) y el trastorno histriónico de la personalidad (3.2%). La muestra restante no presenta ningún TP (71 %).

Tabla 15. Coeficientes de correlación entre las dimensiones de personalidad del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) y el número total de síntomas severos para Trastornos de la Personalidad obtenidos en la SCID-II y agrupados en clusters

Dimensiones TCI-R	SCID-II					
	Cluster A		Cluster B		Cluster C	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Búsqueda de Novedad	-.172	.355	.369	.041	-.107	.567
Evitación del Riesgo	.384	.033	-.063	.735	.256	.165
Dependencia de Recompensa	-.397	.027	.128	.493	-.086	.644
Persistencia	-.400	.026	.149	.422	.114	.543
Autodirección	-.421	.018	-.269	.143	-.123	.511
Cooperación	-.481	.006	-.300	.101	-.259	.160
Trascendencia	.084	.652	.157	.399	-.153	.412

Nota. TCI-R = Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado; SCID-II = Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje-II del DSM-IV
p < .05.

La Tabla 15 muestra los coeficientes de correlación entre los índices de severidad de la SCID-II agrupados en clusters y las dimensiones del TCI-R. Se observa que los síntomas del Cluster A presentan una correlación negativa con DR ($r_s = -.40, p = .027$), y positiva con ER ($r_s = .38, p = .033$), ambas estadísticamente significativas. Los síntomas del Cluster B presentan una correlación positiva y significativa con BN ($r_s = .36, p = .041$) y los síntomas del Cluster C presentan una correlación positiva con Evitación del Riesgo ($r_s = .25, p = .165$). La dimensión de carácter de AD presenta una correlación negativa y significativa con los síntomas del *Cluster A* ($r_s = -.42, p = .01$), y una correlación negativa con el Cluster B ($r_s = -.26, p = .14$), y con el Cluster C ($r_s = -.12, p = .51$). La dimensión de carácter de C presenta una correlación significativa y negativa con el Cluster A ($r_s = -.48, p = .006$), y una correlación negativa con el Cluster B ($r_s = -.30, p = .10$), y con el Cluster C ($r_s = -.25, p = .16$).

Tabla 16. Coeficientes de correlación entre los clusters, Estilos de afrontamiento y Trastornos de Personalidad del MCMI-II, y los clusters de la SCID-II

	SCID-II					
	Cluster A		Cluster B		Cluster C	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Esquizoide	.265	.150	-.208	.262	.397	.027
Esquizotípica	.582	.001	.080	.669	.344	.058
Paranoide	.164	.378	.221	.233	.301	.099
Histriónico	-.333	.067	.281	.126	.053	.778
Narcisista	-.229	.214	.322	.078	.143	.444
Antisocial	.040	.830	.557	.001	.166	.371
Limite	.041	.828	.465	.008	.399	.026
Fóbica	.358	.048	-.029	.877	.457	.010
Dependiente	.098	.599	-.350	.054	.154	.408

Compulsiva	.122	.512	-.121	.516	.194	.296
Agresivo-Sádico	.192	.300	.663	<.0005	.230	.213
Pasivo-Agresivo	.276	.134	.654	<.0005	.420	.019
Autodestructivo	.162	.385	.173	.352	.602	<.0005
Cluster A	.569	.001	.115	.536	.479	.006
Cluster B	-.145	.437	.489	.005	.239	.195
Cluster C	.207	.263	-.251	.174	.314	.085

Nota. MCMI-II = Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II); SCID-II = Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje-II del DSM-IV
 $p < .05$.

Los coeficientes de correlación entre los índices de severidad de la SCID-II agrupados en clusters, con las variables y clusters del MCMI-II se presentan en la Tabla 16. Se observa una correlación positiva entre el Cluster A de la SCID-II y el estilo de afrontamiento esquizoide ($r_s = .26, p = .150$) y pasivo-Agresivo ($r_s = .27, p = .134$). Se objetiva una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el Cluster A de la SCID-II y el estilo de afrontamiento fóbico ($r_s = .36, p = .048$) y el Trastorno esquizotípico de personalidad ($r_s = .58, p = .001$). El Cluster B presenta una correlación positiva con el estilo de afrontamiento histriónico ($r_s = .28, p = .126$) y narcisista ($r_s = .32, p = .078$). Se constata una correlación negativa con el estilo de afrontamiento dependiente ($r_s = -.35, p = .054$) y esquizoide ($r_s = -.20, p = .262$). Se objetiva una correlación positiva y estadísticamente significativa con el estilo de afrontamiento antisocial ($r_s = .55, p = .001$), agresivo-sádico ($r_s = .66, p < .0005$), pasivo-agresivo ($r_s = .65, p < .0005$) y con el Trastorno límite de personalidad ($r_s = .46, p = .008$). El Cluster C muestra una correlación positiva con el Trastorno esquizotípico de la Personalidad ($r_s = .34, p = .058$) y el paranoide ($r_s = .30, p = .099$). Se objetiva una asociación positiva y significativa con el estilo de afrontamiento fóbico ($r_s = .45, p = .010$), esquizoide ($r_s = .39, p = .027$), pasivo-agresivo ($r_s = .42, p = .019$), autodestructivo ($r_s = .60, p < .0005$) y con el Trastorno límite de la personalidad ($r_s = .39, p = .026$). Se observa una correlación positiva y significativa entre el Cluster A del MCMI-II y el Cluster A ($r_s = .56, p = .001$) y C ($r = .48, p = .006$) de la SCID-II, y entre el Cluster B del MCMI-II y

el Cluster B de la SCID-II ($r_s = .48, p = .005$). El Cluster C del MCMI-II presenta una correlación positiva con el Cluster C ($r_s = .31, p = .085$) de la SCID-II.

Las medias de las puntuaciones en las dimensiones del TCI-R entre sujetos con y sin TP se observan en la Tabla 17. Los sujetos con TP presentan puntuaciones más bajas, aunque de forma no estadísticamente significativa, en AD y en C que los sujetos sin TP.

Tabla 17. Medias de las dimensiones del TCI-R entre sujetos con y sin Trastorno de la Personalidad según criterios de la SCID-II

Dimensiones TCI-R	Según SCID-II		<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
	Presencia de TP (DE)	Ausencia de TP (DE)			
	Media (DE) n=8	Media (DE) n=22			
Búsqueda de Novedad	39.75 (34.64)	55.78 (33.46)		65.000	.222
Evitación del Riesgo	56.63 (31.55)	64.17 (28.61)		77.000	.498
Dependencia de Recompensa	55.88 (46.30)	53.17 (31.78)		79.500	.572
Persistencia	60.63 (30.24)	52.30 (30.06)	.673		.506
Autodirección	35.38 (28.24)	46.22 (26.75)	-974		.338
Cooperación	42.63 (29.54)	45.00 (28.21)	-.203		.841
Trascendencia	34.25 (22.41)	37.43 (22.66)		77.500	.512

Nota. TCI-R = Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado; SCID-II = Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje-II del DSM-IV
* $p < .05$.

Tabla 18. Medias de las puntuaciones de los Estilos de afrontamiento y Trastornos de la Personalidad y clusters del MCMI-II entre sujetos con y sin Trastorno de la Personalidad, según criterios de la SCID-II

MCMI-II	Según SCID-II		<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
	Presencia de TP (DE)	Ausencia de TP (DE)			
	n=8	n=22			
Esquizoide	74.63 (29.29)	57 (15.78)		62.500	.182
Esquizotípica	63.25 (11.85)	52.87 (17.63)	1.539		.135
Paranoide	66.75 (4.49)	61.96 (23.96)	.914		.369
Histriónica	58.25 (32.32)	61.83(23.48)		90.500	.946
Narcisista	60.50 (22.88)	52.09 (32.58)	.671		.507
Antisocial	48.25 (29.33)	43.70 (27.36)	.398		.693
Limite	67.50 (13.36)	51.04 (19.72)		54.500	.090
Fóbica	68 (27.83)	55.61(24.92)		57.500	.119
Dependiente	85.50 (24.21)	69.26 (33.32)		59.500	.142
Compulsiva	83.88 (19.37)	72.26 (27.97)	1.082		.288
Agresivo-Sádico	68 (16.18)	50.57 (29.83)	2.063		.051
Pasivo-Agresivo	68.88 (17.52)	49.65 (33.62)	2.054		.051
Autodestructivo	77.38 (18.52)	53.26 (23.97)		34.500	.009
Cluster A	204.62 (35.20)	171.82 (47.09)	1.795		.083
Cluster B	234.50 (59.93)	208.65 (91.67)		79.000	.557
Cluster C	237.37 (51.82)	197.13 (67)		56.000	.104

Nota. TP = Trastorno de Personalidad; DE = desviación estándar; MCMI-II = Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II); SCID-II = Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje-II del DSM-IV
p < .05.

La Tabla 18 muestra las medias de las puntuaciones de los estilos de afrontamiento, TP y clusters del MCMI-II, entre sujetos con y sin TP, según criterios de la SCID-II. Los sujetos sin TP presentan puntuaciones más bajas en los estilos de afrontamiento y de TP del MCMI-II, y en los clusters del MCMI-II. Los estilos de afrontamiento compulsivo y dependiente son los que presentan puntuaciones más elevadas en el grupo con TP.

5. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados del presente estudio se constata que las dimensiones temperamentales del TCI-R poseen capacidad discriminativa entre clusters. Adicionalmente, las dimensiones de carácter del TCI-R, AD y C permiten sugerir la presencia de un TP. Contrariamente, el MCMI-II presenta una baja validez convergente y discriminante en relación a la SCID-II. Sin embargo, los sujetos que presenten un diagnóstico de TP, realizado mediante la SCID-II, tenderán a presentar puntuaciones iguales o superiores a 85 en alguno de los estilos de afrontamiento y de TP del MCMI-II. Es importante destacar que el presente estudio compara instrumentos psicométricos basados en modelos diferentes, lo que dificulta la comparación y compromete la validez de los resultados. No obstante, el hecho de que ambos autoinformes no evalúen los rasgos de personalidad de la misma manera que el DSM, no invalida su uso y utilidad clínica.

En el presente estudio, la asociación entre las puntuaciones de las dimensiones del temperamento del TCI-R y las puntuaciones severas obtenidas mediante la SCID-II tiende a ir en la dirección hipotetizada por Svrakic y colaboradores (1993), aunque con algunas divergencias (Tabla 19).

Tabla 19. Comparación de los coeficientes de correlación de las dimensiones de temperamento del Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado con los clusters del DSM-IV, entre Svrakic y colaboradores (1993), Gutiérrez y colaboradores (2002), Casey y Joyce (1999), Mulder y colaboradores (1999) y el presente estudio

BÚSQUEDA DE NOVEDAD					
	Svrakic (1993)	Gutiérrez (2002)	Casey y Joyce (1999)	Mulder (1999)	Presente estudio
CLUSTER A	.02	.12	.163	-.06	-.172
CLUSTER B	.44****	.17	.072	.22**	.369*
CLUSTER C	-.06	.14	-.115	-.18**	-.107
EVITACIÓN DEL RIESGO					
	Svrakic (1993)	Gutiérrez (2002)	Casey (1999)	Mulder (1999)	Presente estudio
CLUSTER A	.23***	.30*	.003	.30***	.384*
CLUSTER B	.08	.26*	.157	.13	-.063
CLUSTER C	.43****	.42***	.567**	.41***	.256
DEPENDENCIA DE RECOMPENSA					
	Svrakic (1993)	Gutiérrez (2002)	Casey (1999)	Mulder (1999)	Presente estudio
CLUSTER A	-.37****	-.26*	-.284**	-.24***	-.397*
CLUSTER B	-.08	-.25*	-.105	-.02	.128
CLUSTER C	-.04	-.21	.086	-.05	-.086

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$ **** $p < .0001$

Así, en el presente estudio se constata que el Cluster A presenta una correlación elevada y negativa con DR y positiva con ER, el Cluster B correlaciona con puntuaciones elevadas y positivas con BN, y el Cluster C correlaciona con puntuaciones positivas y elevadas en ER. Los resultados sugieren que las dimensiones de temperamento permiten realizar un diagnóstico diferencial de los clusters del DSM con

ciertas reservas ya que ER tiende a asociarse con el Cluster C y A, indicativo quizá de que dicha dimensión temperamental no sea discriminativa para dichos clusters.

Las dimensiones de AD y C del TCI-R presentan una relación en sentido negativo con todos los clusters de la SCID-II. Las correlaciones obtenidas no son lo suficientemente elevadas para ratificar los resultados obtenidos en la literatura, si bien las puntuaciones tienden a caer dentro de la línea planteada por Svrakic y colaboradores (1993). Al comparar las medias en las dimensiones de carácter del TCI-R entre el grupo con TP y otro sin TP, según los criterios del SCID-II, se observa que las dimensiones de carácter son ligeramente inferiores en el grupo con TP. La baja divergencia entre las puntuaciones de ambos grupos podría explicarse por dos motivos. El primero porque el grupo ausente de TP si bien no cumple criterios para ser diagnosticado de TP, está formado por población clínica que presenta rasgos de personalidad patológica. En segundo lugar, se debe destacar que el grupo de sujetos con TP es reducido y queda circunscrito a un único cluster según criterios DSM-IV.

Los clusters evaluados mediante la SCID-II no presentan una correspondencia diagnóstica con cada uno de los clusters y los estilos de afrontamiento y los TP del MCMI-II de la forma originalmente prevista. El Cluster B del MCMI-II es el que presenta mayor validez convergente y discriminante en relación a los otros clusters. Un análisis más pormenorizado muestra que todos los estilos de afrontamiento y los TP del MCMI-II que corresponden a dicho cluster presentan una correlación positiva con el Cluster B de la SCID-II. El Cluster A del MCMI-II presenta validez convergente con el Cluster A de la SCID-II, pero baja validez discriminante. Un análisis más detallado de las correlaciones individuales revela que el Trastorno Esquizotípico presenta una mayor correspondencia con los síntomas del Cluster A de la SCID-II. Por contra el Estilo Esquizoide y el Trastorno Paranoide presentan una correlación más elevada con el Cluster C de la SCID-II. Ello puede indicar que los rasgos evaluados del Cluster A mediante el MCMI-II presentan una correspondencia con los rasgos evaluados en el Cluster A o C de la SCID-II, al considerarse que ambos clusters se caracterizan por sujetos con aislamiento social, dificultades en la interacción social y, en algunos casos, la desconfianza hacia los demás y la interpretación distorsionada de las relaciones interpersonales. El Cluster C del MCMI-II carece de validez convergente y discriminante. Al analizar las relaciones de forma minuciosa se observa que los estilos

de afrontamiento del Cluster C correlacionan en sentido positivo con el Cluster A y C de la SCID-II.

Las explicaciones acerca de la falta de concordancia o baja correspondencia diagnóstica entre clusters puede que se deba a que los instrumentos de evaluación recogen información diferenciada. Millon caracteriza a los TP describiendo los atributos estructurales y procesos funcionales. Estos engloban, a la vez, la presentación conductual, la conducta interpersonal, el estilo cognitivo, la expresión afectiva o la autopercepción, entre otros. Por el contrario los ítems de la SCID-II enfatizan los comportamientos no adaptativos del sujeto que puedan ser más observables. Otra posible explicación, es la carencia de sentido que tiene para Millon, la clasificación por clusters propuesta por el Task Force, careciendo según él de utilidad clínica, y crea una clasificación propia (Millon, 1989a).

Los sujetos diagnosticados de un TP, mediante la SCID-II, tienen más probabilidades de presentar puntuaciones tasa base (TB) iguales o superiores a 85 en cualquiera de los estilos de afrontamiento y TP del MCMI-II. En el presente estudio son los estilos de afrontamiento compulsivo y dependiente los que presentaron mayores puntuaciones en el grupo con presencia de TP. Dichas puntuaciones concuerdan con que el grupo con presencia de TP presenta 5 sujetos con diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad y 1 sujeto con diagnóstico de Trastorno Dependiente de la Personalidad.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se podría proponer que para la evaluación de los TP es aconsejable la utilización de una entrevista estructurada, tipo SCID-II, acompañada de un autoinforme. El presente estudio sugiere que el TCI-R proporciona una mayor validez discriminante entre clusters y permite sugerir con mayor precisión la posible presencia de un TP. No obstante, a pesar de que muchos de los resultados del presente trabajo concuerdan con los datos descritos en la literatura previa, este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar el estudio ha sido realizado con una muestra pequeña de pacientes. Se carece de grupo control para comparar la media de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones del TCI-R y del MCMI-II, entre sujetos con y sin TP. La prevalencia de TP, en la presente muestra, es baja y con muy poca variabilidad. En consecuencia, los resultados obtenidos, a pesar de ir en la dirección de la escasa literatura existente, son poco generalizables y deben ser interpretados con prudencia. Sería interesante realizar nuevos estudios con una muestra

más elevada y homogenizada, con alta prevalencia de TP para precisar si las dimensiones de temperamento del TCI-R permiten, además de diferenciar entre clusters, precisar el tipo de TP, obtenido mediante un perfil formado por puntuaciones extremas de las dimensiones de temperamento, ya que hasta el momento las divergencias entre los resultados de los estudios existentes parece atribuibles a la muestra, y es difícil llegar a una conclusión consensuada. En relación al MCMI-II sería interesante disponer de una muestra amplia con alta variabilidad de síntomas severos presentes en la SCID-II, o en cualquier otra entrevista basada en criterios DSM-IV-TR, para valorar la validez convergente y discriminante entre el MCMI-II y el SCID-II, y determinar si las diferencias vienen determinadas por el hecho de valorar rasgos diferentes.

6. CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio permiten concluir:

1. Las dimensiones de temperamento permiten realizar un diagnóstico diferencial de los clusters del DSM con ciertas reservas ya que ER tiende a asociarse con el Cluster C y A, indicativo quizá de que dicha dimensión temperamental no sea discriminativa para dichos clusters. El Cluster B se define por puntuaciones elevadas en BN.

2. Las dimensiones de AD y C del TCI-R presentan una relación en sentido negativo con todos los clusters de la SCID-II, sugiriendo la posibilidad de que las dimensiones de carácter sean las características comunes de los TP e indicativas de un funcionamiento maladaptativo.

3. Los clusters evaluados mediante la SCID-II no presentan una correspondencia diagnóstica con cada uno de los clusters y los estilos de afrontamiento y los TP del MCMI-II de la forma originalmente prevista. El Cluster B del MCMI-II es el que presenta mayor validez convergente y discriminante en relación a los otros clusters. El Cluster A del MCMI-II presenta validez convergente con el Cluster A de la SCID-II, pero baja validez discriminante. El Cluster C del MCMI-II carece de validez convergente y discriminante. El MCMI-II presenta una baja validez convergente y discriminante en relación a la SCID-II.

4. Los sujetos diagnosticados de un TP, mediante la SCID-II, tienen más probabilidades de presentar puntuaciones tasa base (TB) iguales o superiores a 85 en cualquiera de los estilos de afrontamiento y TP del MCMI-II.

ESTUDIO II

MODELO PSICOBIOLOGICO DE
PERSONALIDAD DE CLONINGER, PERFIL
PSICOPATOLÓGICO Y MALESTAR
PSICOLÓGICO EN LA FIBROMIALGIA

1. INTRODUCCIÓN

La Fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica caracterizada por dolor generalizado de tipo muscoesquelético e hiperalgesia a la presión digital en al menos 11 de 18 puntos sensibles. Las enfermedades crónicas dolorosas suelen coexistir con sintomatología ansioso-depresiva, influyéndose mutuamente ambos procesos. En la FM, como enfermedad crónica dolorosa funcional, se han observado puntuaciones más elevadas en las escalas de depresión y ansiedad (Epstein y cols., 1999; Jensen y cols., 2010; Krag y cols., 1994; Sayar, Gulec, y Topbas, 2004; White y cols., 2002) en comparación a la población general, así como una mayor frecuencia de psicopatología (Epstein y cols., 1999; Fietta y cols., 2007; Hudson y cols., 1992; Martínez y cols., 1995; Raphael y cols., 2006; Rose, 2009; Thieme, Turk, y Flor, 2004; Uguz y cols., 2010). No obstante, estudios recientes indican que los pacientes con FM no son un grupo clínicamente homogéneo (Giesecke y cols., 2003; Muller, Schneider, y Stratz, 2007; Thieme y cols., 2004;) y que no todos los pacientes presentan trastornos psicopatológicos (Aaron y cols., 1996; Giesecke y cols., 2003; Souza y cols., 2009). Además la FM, como enfermedad crónica funcional, genera un fuerte impacto en la vida de las personas afectando diversas áreas de su vida (Hoffman y Dukes, 2008) y produciendo un impacto socio-económico y laboral de primera magnitud (Rivera y cols., 2006). No obstante, la variabilidad del impacto de la FM entre diferentes personas e incluso en una misma persona a lo largo del tiempo es algo constatable (Poca y García, 2006), por lo que la detección de las variables predictoras de dicha variabilidad y de las características diferenciales de aquellas personas que cursan la enfermedad con ausencia de psicopatología, puede tener una gran relevancia con el fin de prevenir un mayor sufrimiento en la paciente.

Numerosos estudios analizan y enfatizan el perfil de personalidad característico de los pacientes con FM. En los trabajos realizados mediante el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI) (Cloninger y cols., 1994) la mayoría de sujetos con FM se caracterizan por altos niveles en Evitación del Riesgo (ER) y bajos en Autodirección (AD) (Anderberg y cols., 1999; Gencay-Can y Can, 2011; Lundberg y cols., 2009; Mazza y cols., 2009) respecto a un grupo control. Algunos autores añaden, también, que las dimensiones de Trascendencia (T) (Gencay-Can y Can, 2011) y Persistencia (PS) son más destacadas en los pacientes con FM en relación a los

Controles (Lundberg y cols, 2009). Los estudios realizados mediante el Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R) y el Inventario de cinco factores NEO (NEO-FFI) destacan puntuaciones elevadas en Neuroticismo (N) (Besteiro y cols., 2008; Epstein y cols., 1999, Martínez y cols., 2011) y algunos estudios también observan bajas puntuaciones en Extraversión (Besteiro y cols., 2008; Martínez y cols., 2011). Besteiro y colaboradores (2008) apuntan a que las puntuaciones altas en N se observan incluso en comparación con otros pacientes con dolor crónico tipo artritis reumatoide (AR). Los estudios realizados en otras condiciones de dolor crónico, como la migraña y otros trastornos musculoesqueléticos no especificados también han encontrado puntuaciones significativamente elevadas en ER (Boz y cols., 2004; Conrad y cols., 2007; Malmgren-Olsson, y Bergdahl, 2006; Mongini y cols., 2005; Sánchez-Román y cols., 2007) y bajas en BN (Sánchez-Roman y cols., 2007) AD y C (Conrad y cols., 2007, Sánchez-Roman y cols., 2007).

Las dimensiones de la personalidad pueden jugar un importante papel en la exacerbación del dolor, en el grado de adaptación a la enfermedad, en el estado emocional o en la categorización de diferentes grupos de FM (Lundberg y cols., 2009). Dersh y colaboradores (2002) apuntan que las personas con dolor crónico pueden presentar ciertas características latentes que impliquen una mayor vulnerabilidad hacia el desarrollo de psicopatología, y que éstas se activen ante el estrés generado por la vivencia de una enfermedad crónica. En la población general y dolor crónico funcional, numerosos estudios observan que una mayor ER y una baja AD se asocian a mayor alteración emocional (Anderberg y cols., 1999; Brown, y cols., 1992; Boz y cols, 2004; Gencay-Can y Can, 2011; Jylhä y Isometsä, 2006; Malmgren-Olsson y Bergdahl, 2006; Mongini y cols., 2005) lo que puede sugerir que la combinación de ambas dimensiones de personalidad predisponga a alteraciones emocionales. Estos resultados han sido ratificados en población con FM (Anderberg y cols., 1999; Gencay-Can y Can, 2011).

Algunos autores refieren que los individuos con alto N presentan un mayor número de quejas somáticas (Affleck, 1992), y estilos de afrontamiento desadaptativos (Ramírez-Maestre y cols., 2001), mientras que la AD se relaciona de forma positiva con aspectos de bienestar y salud (Cloninger y Zohar, 2011). Tomando esto en consideración se podría suponer que la ER podría ejercer un efecto negativo en el estado de salud y en el impacto de la FM. Mientras que la AD se relacionaría de forma positiva con los indicadores de salud y el impacto de la FM.

En relación al dolor, algunos autores señalan que los perfiles de personalidad pueden reflejar la capacidad de los pacientes con FM para afrontar el estrés y el dolor (Anderberg y cols., 1999; Lundberg y cols., 2009; Martínez y cols., 2011). En el ámbito del dolor crónico algunos estudios apuntan a una relación directa entre el N y la intensidad del dolor (Lauver y Johnson; 1997 y Lefebvre, 1998), en contraposición algunos autores no observan relación entre la intensidad del dolor y las dimensiones de personalidad (Gencay y Can, 2010; Infante-Vargas y cols., 2005; Malin y Littlejohn, 2012), mientras que otros estudios se centran en la idea de que el N media en la elección de estrategias de afrontamiento desadaptativas para el afrontamiento del dolor crónico (Affleck y cols., 1992; Ramírez-Maestre y cols., 2004).

La ER caracterizada por la tendencia heredada a la preocupación, el pesimismo, el temor a la incertidumbre y la rápida fatigabilidad, podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de la FM a la vez que podría influir negativamente en las estrategias de afrontamiento de éstos (Lundberg y cols., 2009). Esta dimensión refleja una disposición neurobiológica heredable, el sistema de inhibición conductual, que interrumpe la conducta cuando se detectan señales de castigo, de no recompensa o de novedad. Los altos ER adquieren fácilmente respuestas condicionadas de evitación a estímulos aversivos, tienen un nivel elevado de vigilancia y una habituación reducida en condiciones que entrañan un peligro potencial (Cloninger, 1986). Conrad y colaboradores (2007) apunta que una elevada ER predispone a un comportamiento de evitación-miedo, que se encuentra asociado con el mecanismo central en el desarrollo del dolor crónico (Asmundson, Norton, y Norton, 1999). La FM, como enfermedad caracterizada por el dolor crónico, podría ser considerada como una situación aversiva (Infante-Vargas, 2005), por lo que las personas con elevada ER pueden responder a ésta con inhibición conductual, presentar un elevado nivel de vigilancia y un estado de tensión continuado debido a la incapacidad para habituarse a la nueva situación. En resumen, una alta ER podría influir en el grado de adaptación del paciente a la vivencia de la enfermedad, respondiendo al dolor de forma desadaptada y favoreciendo el desarrollo de síntomas de depresión y ansiedad. En relación con las dimensiones de carácter, la baja autoeficacia también juega un papel importante en el control del dolor (Buckelew y cols., 1996; Buckelew, Murray, Hewett, Johnson, y Huysen, 1995; Dobkin y cols., 2010), en afrontar la discapacidad provocada por éste (Bucklew y cols., 1995; Dobkin y cols., 2010) y en la respuesta al tratamiento (Buckelew y cols., 1996).

Besteiro y colaboradores (2008) enfatiza los rasgos de personalidad innatos, y señalan, específicamente, que el N, en los pacientes con FM, podría actuar de forma patogénica favoreciendo la aparición de la enfermedad y alterando la percepción subjetiva de la misma. Esta dimensión de personalidad puede tener un doble efecto, bien sobre el tipo de técnicas de afrontamiento utilizadas para afrontar el dolor, bien en que la personalidad tenga un efecto directo sobre el dolor en sí mismo (Ramírez-Maestre y cols., 2004). De hecho los sujetos con dolor crónico y puntuaciones elevadas en N usan estrategias de afrontamiento pasivas cuya ineficacia se refleja en una mayor intensidad del dolor percibido (Ramírez-Maestre y cols., 2004) y mayor desregulación del sistema nervioso autónomo (SNA) (Paine, Kishor, Worthen, Gregory, y Aziz, 2009).

Los resultados previos en relación a la personalidad evidencian un perfil característico en los pacientes con dolor crónico, y concretamente de los pacientes con FM, aunque existen algunas discrepancias entre ellos. No obstante, hay pocos estudios que realicen un análisis de conjunto del perfil de personalidad de las FM y de la relación de éste con variables indicativas de malestar psicológico, así como posibles trastornos mentales del Eje I y Eje II.

En relación a la presencia de psicopatología la evidencia empírica muestra que los pacientes con FM presentan de forma asociada sintomatología ansioso-depresiva en comparación a la población general (Aaron y cols., 1996; Bigatti y cols., 2008; Jensen y cols., 2010; Palomino y cols., 2007, Rehm y cols., 2010; White y cols., 2002; Wilke y cols., 2010) y en algunos estudios en comparación con otros pacientes con dolor crónico (Hudson y cols., 1985; Walker y cols., 1997).

La presencia de psicopatología se ha contemplado como uno de los factores que puede influir en el grado de impacto de la FM en el funcionamiento cotidiano, el estado de salud y en la intensidad del dolor. La evidencia empírica muestra que los síntomas emocionales parecen ser uno de los factores que mejor predicen el impacto generado por la FM y el grado de percepción de la salud. (Epstein y cols., 1999; Dobkin y cols., 2006; Goldenberg y cols., 1995; Lledó-Boyer y cols., 2010; Verbunt y cols., 2008; White y cols., 2002). También se ha estudiado si los síntomas emocionales influyen en la intensidad del dolor, aunque los resultados son contradictorios, ya que mientras algunos estudios constatan que los síntomas emocionales no se relacionan con el dolor propio de la FM (Fietta y colaboradores, 2007; Jensen y cols., 2010; Okifuji y cols., 2000; Souza y cols., 2009) ni con la percepción de dolor inducido (Jensen y cols., 2010;

Souza y cols., 2009), otros observan relación entre la intensidad del dolor y los síntomas emocionales (Fietta y cols., 2007; Wilson, Starz y cols., 2009).

Como se ha comentado la vivencia de una enfermedad dolorosa crónica genera un fuerte impacto en el funcionamiento cotidiano del paciente y en su calidad de vida, por lo que esto puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología ansioso-depresiva, ya que se ha observado que la presencia de incapacidad física o de síntomas físicos predice un mayor grado de alteración emocional (Biggati y cols., 2008; Huber y cols., 2008; Perrot y cols., 2010; White y cols., 2002;) y se relaciona con una mayor intensidad del dolor (Perrot y cols., 2010).

De la misma manera la intensidad del dolor puede relacionarse con el estado de salud y el nivel de funcionamiento del individuo (Biggati y cols., 2008; Dobkin y cols., 2006; Jensen y cols., 2010) o con la presencia de síntomas emocionales (Huber y cols., 2008).

La literatura al respecto muestra que el número de variables a analizar en relación a la FM es elevado y en muchas ocasiones éstas se encuentran interrelacionadas entre ellas, lo que dificulta aún más los análisis. El presente estudio tiene como finalidad estudiar en un grupo de mujeres con FM un conjunto de variables que la literatura previa ha destacado como relevantes en el ámbito del dolor crónico, como son las dimensiones de personalidad, la psicopatología, el grado de impacto de la FM, el estado de salud, la intensidad del dolor y las relaciones que se establecen entre ellas. Si bien es cierto que trabajos previos han estudiado muchas de estas variables, existen pocos trabajos que realicen un análisis conjunto de las variables que se presentan en este trabajo. No obstante, esto no implica que el presente trabajo esté exento de limitaciones ni abarque toda la complejidad fenomenológica de la FM, ya que no se han incluido otras variables que podrían ejercer un papel importante en la FM.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo 1: Analizar las diferencias en cuanto al estado emocional (ansiedad y depresión) y estado de salud entre un grupo de mujeres con Fibromialgia y un grupo Control.

Hipótesis 1.1: Las participantes con Fibromialgia, en comparación con el grupo Control, presentarían puntuaciones más elevadas en depresión (HADS) y ansiedad (HADS, STAI) y una mayor proporción de casos con sintomatología depresiva y ansiosa.

Hipótesis 1.2: No todas las participantes con Fibromialgia presentarían puntuaciones superiores al punto de corte en las escalas de depresión (HADS) y ansiedad (HADS, STAI).

Hipótesis 1.3: Las participantes con Fibromialgia, en comparación con el grupo Control, presentarían puntuaciones más bajas en todas las escalas del estado de salud (SF-36).

La evidencia empírica apoya la existencia de comorbilidad entre la FM y la sintomatología ansioso-depresiva. Los pacientes con FM, en comparación a un grupo control, presentan puntuaciones referentes a síntomas depresivos (Malt y cols., 2002) y a síntomas ansiosos (Aaron y cols., 1996; Malt y cols, 2002; Martin y cols., 2000; Pagano y cols., 2004; Pérez-Pareja y cols., 2004) significativamente más elevadas. Además, los estudios que utilizan instrumentos psicométricos para la evaluación de síntomas de depresión y ansiedad muestran que más de la mitad de los pacientes con FM presenta puntuaciones por encima del punto de corte establecido para detectar sintomatología depresiva (Aaron y cols., 1996; Bigatti y cols, 2008., Jensen y cols., 2010; Palomino y cols., 2007; Rehm y cols., 2010; White y cols., 2002; Wilke y cols., 2010) y ansiosa (White y cols., 2002). No obstante, es importante destacar que la presencia de sintomatología ansioso-depresiva no está presente en todos los pacientes con fibromialgia (Aaron y cols, 1996; Calandre y cols, 2011; Giesecke y cols, 2003; Souza y cols, 2009).

La mayoría de estudios que evalúan la calidad de vida y el estado de salud en pacientes con FM observan que los pacientes con FM presentan puntuaciones más bajas en los instrumentos que evalúan el estado de salud (SF-36) en comparación a un grupo

control (Newman, Berzak, y Buskila, 2000; Pagano y cols., 2004; Tander y cols., 2008; Verbunt y cols., 2008). En un estudio de revisión realizado por Hoffman y Dukes (2008) se analizaron estudios que evaluaron la percepción del estado de salud de los pacientes con FM mediante el SF-36 o el SF-12. Estudios realizados en todo el mundo mostraron que las personas con FM tenían un patrón muy consistente de deterioro del estado de salud. Los pacientes con FM puntuaron significativamente por debajo, en los 8 dominios de estado de salud del SF-36, en comparación con la población general, presentando puntuaciones globales en salud mental 1 DE por debajo de la media general de la población y 2 DE respecto a la puntuación media de salud física.

Objetivo 2. Evaluar las dimensiones de personalidad en una muestra de sujetos con Fibromialgia.

Hipótesis 2.1: Las participantes del grupo Fibromialgia, en comparación al grupo Control, obtendrían mayores puntuaciones en la dimensión temperamental Evitación del riesgo (ER).

Hipótesis 2.2: Las participantes del grupo Fibromialgia, en comparación al grupo Control, obtendrían menores puntuaciones en la dimensión de carácter Autodirección (AD).

Los estudios realizados mediante el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI) (Cloninger y cols., 1994) muestran que la mayoría de sujetos con FM se caracterizan por presentar altos niveles en ER y bajos en AD (Anderberg y cols., 1999, Gencay-Can y Can 2011; Lundberg y cols., 2009; Mazza y cols., 2009) respecto a un grupo control. Además de los resultados previos, Lundberg y colaboradores (2009) observan puntuaciones elevadas en T y PS y puntuaciones bajas en Búsqueda de Novedad (BN) y Dependencia de Recompensa (DR), aunque las dos últimas con un menor nivel de significación, respecto al grupo control. Gencay-Can y Can (2011), al igual que Lundberg y colaboradores (2009), también observan puntuaciones elevadas en T en el grupo con FM en comparación al grupo control.

Los estudios realizados en otras condiciones de dolor crónico, como la migraña y otros trastornos musculoesqueléticos no especificados también han encontrado puntuaciones significativamente elevadas en ER (Boz y cols., 2004; Conrad y cols., 2007; Malmgren-Olsson, y Bergdahl, 2006; Mongini y cols., 2005; Sánchez-Román y

cols, 2007) y bajas en BN (Sánchez-Román y cols., 2007) AD y C (Conrad y cols., 2007, Sánchez-Román y cols., 2007).

Objetivo 3. Estudiar el tipo de perfil temperamental de los pacientes con Fibromialgia y la presencia de Trastornos de la Personalidad establecidos mediante el Inventario de Temperamento y Carácter- Revisado (TCI-R).

Hipótesis 3.1: Las participantes con Fibromialgia presentarían mayoritariamente un perfil temperamental del cluster C.

Hipótesis 3.2: Los participantes con Fibromialgia presentarían un mayor número de Trastornos de la Personalidad en comparación al grupo Control, ubicados mayoritariamente en el cluster C.

Algunos estudios apuntan a que una proporción importante de pacientes con FM presenta Trastornos de la Personalidad (TP) (Cerón-Muñoz, Centelles-Mañosa, Abellana-Senglà, y Garcia-Capel, 2010; Uguz y cols., 2010; Rose y cols., 2009), principalmente ubicados en el cluster C (Uguz y cols., 2010), mientras que otros autores apuntan a una frecuencia menor que en la población general (Thieme y cols., 2004). Basándonos en la teoría de Cloninger sobre los TP, y en la literatura al respecto, hipotetizamos una mayor presencia de TP y, concretamente, TP ubicados en el cluster C, debido a que la literatura previa apunta a que los pacientes con FM presentan un perfil temperamental caracterizado por alta ER y baja BN, lo que da lugar a un perfil temperamental precavido o metódico, que en el caso de una baja AD y/o C daría lugar a la presencia de un TP Obsesivo o Evitativo.

Objetivo 4. Analizar las diferencias en los Patrones y los Trastornos de la Personalidad entre un grupo de Fibromialgia y un grupo Control mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III).

Hipótesis 4.1: Las pacientes con Fibromialgia, en comparación con el grupo Control, presentarían una proporción mayor de casos con puntuaciones de Prevalencia (PREV) superiores a 75 y 85 en las escalas de Patrones de la Personalidad respecto a un grupo Control.

Hipótesis 4.2: Los participantes con Fibromialgia presentarían una mayor proporción de casos con puntuaciones de Prevalencia (PREV) superiores a 75 y 85 en las escalas de Patrones de Personalidad ubicados, preferentemente, en el cluster C.

Hipótesis 4.3: Los participantes con Fibromialgia, en comparación al grupo Control no presentarían ningún Trastorno grave de la Personalidad.

En este objetivo planteamos lo mismo que en el objetivo anterior, con la diferencia de que utilizamos un instrumento de evaluación diferente.

Objetivo 5. Analizar las diferencias en las escalas clínicas entre un grupo de Fibromialgia y un grupo Control.

Hipótesis 5.1: El grupo con Fibromialgia, en comparación al grupo Control, presentaría una proporción mayor de casos con puntuaciones de Prevalencia (PREV) superiores a 75 y 85 en las escalas clínicas del MCMI-III.

Hipótesis 5.2: El grupo con Fibromialgia, en comparación al grupo Control, presentaría una mayor proporción de casos con puntuaciones de Prevalencia (PREV) superiores a 75 y 85 en las escalas clínicas que definen un Trastorno ansioso-depresivo.

La literatura científica evidencia una mayor presencia de psicopatología en el grupo con FM, principalmente Trastornos depresivos y de ansiedad, en comparación a la población general o a un grupo control (Epstein y cols., 1999; Fietta y cols., 2007; Martínez y cols., 1995; Raphael y cols., 2006; Thieme y cols., 2004).

Fietta y colaboradores (2007), en un estudio de revisión, concluyen que los pacientes con FM, en comparación con los controles, muestran una mayor prevalencia de trastornos depresivos (20-80%) y de ansiedad (13-63.8%). En la misma línea Thieme y colaboradores (2004) hallan que un 77.3% de su muestra de estudio presenta trastornos mentales del Eje I, concretamente un 32.2 % presenta trastornos de ansiedad y un 34.8% trastornos del estado de ánimo. Epstein y colaboradores (1999) evidencian que los pacientes con FM presentan una proporción importante de trastornos mentales en comparación a la población general, siendo los trastornos más frecuentes el Trastorno depresivo mayor y el Trastorno de pánico. Los resultados del estudio evidencian que un 81% de los pacientes presentan antecedentes de Trastorno mental, un 69% de los pacientes presentan antecedentes de Trastorno afectivo y un 35% Trastornos

ansiosos. En relación a la presencia actual de un trastorno mental, un 48% de los pacientes presenta un trastorno mental actual, donde un 29% presenta un Trastorno afectivo actual, y un 27% un Trastorno ansioso actual. Raphael y colaboradores (2006) realizaron un estudio en el que analizan los antecedentes y la comorbilidad psiquiátrica en personas con FM, comparándolas con el resto de la población. Los autores observaron que el riesgo de presentar un Trastorno depresivo mayor actual era tres veces superior en los pacientes con FM, aunque al analizar la presencia de Trastorno depresivo mayor entre los antecedentes no se observaron diferencias. En cambio, sí que observaron que el riesgo de presentar antecedentes y/o cumplir criterios actuales de Trastornos de ansiedad, Trastorno obsesivo-compulsivo y Trastornos de estrés post-traumático era 5 veces superior en la población con FM.

Objetivo 6. Explorar si las dimensiones de personalidad se relacionan con indicadores de malestar psicológico¹

Hipótesis 6.1: La dimensión de temperamento Evitación del riesgo correlacionaría positivamente con síntomas depresivos (HADS) y ansiosos (HADS, STAI).

Hipótesis 6.2: La dimensión de temperamento Evitación del riesgo correlacionaría positivamente con el número de síntomas clínicos acompañantes de la Fibromialgia, con el número de bajas causadas por la Fibromialgia, y negativamente con el estado de salud (SF-36).

Hipótesis 6.3: La dimensión de temperamento Evitación del riesgo correlacionaría positivamente con la intensidad del dolor propio de la Fibromialgia (MPQ) y con la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (MPQ DAM).

Hipótesis 6.4: La dimensión de carácter Autodirección correlacionaría negativamente con síntomas depresivos (HADS) y ansiosos (HADS, STAI).

¹ Se ha utilizado la nomenclatura malestar psicológico para referirse a aquellos indicadores de salud que informan acerca del grado de malestar psicológico del paciente y que incluye las puntuaciones de los siguientes cuestionarios: HAD, STAI, SF-36, FIQ, MQP, el número de síntomas clínicos acompañantes de la FM y el número de bajas causadas por la FM.

Hipótesis 6.5: La dimensión de carácter Autodirección correlacionaría negativamente con el número de síntomas clínicos acompañantes de la Fibromialgia, con el número de bajas causadas por la Fibromialgia, y positivamente con el estado de salud (SF-36).

Hipótesis 6.6: La dimensión de carácter Autodirección correlacionaría negativamente con la intensidad del dolor propio de la Fibromialgia (MPQ) y con la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (MPQ DAM).

Las dimensiones de personalidad, de temperamento y/o carácter, podrían jugar un rol importante en las enfermedades con dolor crónico. Dersh (2005), en un estudio de revisión, concluye que los pacientes con dolor crónico podrían presentar determinadas características latentes que en combinación con el estrés generado por la vivencia de una enfermedad crónica de lugar a la aparición de psicopatología. En esta línea y en relación al estado emocional, numerosos estudios, en población general, dolor crónico funcional y con FM, observan que una mayor ER se asocia de forma positiva con síntomas depresivos (Anderberg y cols., 1999; Boz y cols., 2004; Brown y cols., 1992; Gencay-Can y Can, 2011; Jylhä y Isometsä, 2006; Mongini y cols., 2005) y ansiosos (Anderberg y cols., 1999; Brown y cols., 1992; Gencay-Can y Can, 2011; Jylhä y Isometsä, 2006; Malmgren-Olsson y Bergdahl, 2006). La AD, como dimensión de carácter del TCI, también se asocia, aunque de forma inversa, a una mayor presencia de sintomatología depresiva (Boz y cols., 2004; Gencay-Can y Can, 2011; Jylhä y Isometsä., 2006) y ansiosa (Jylhä y Isometsä., 2006). Además, algunos estudios evidencian que las dimensiones de carácter del TCI (Autodirección y Cooperación) pueden actuar como predictores de la susceptibilidad de presentar una alteración psicopatológica del Eje I (Cloninger y cols., 1998) o del Eje II (Bayon y cols., 1996; Svrakic y cols., 1993).

En relación al estado de salud algunos autores refieren que los individuos con alto N, dimensión equivalente a la ER, presentan un mayor número de quejas somáticas (Affleck, 1992), estilos de afrontamiento desadaptativos (Ramírez-Maestre y cols., 2001) y mayor sintomatología ansioso-depresiva, mientras que la AD se relaciona de forma negativa con la sintomatología ansioso-depresiva y de forma positiva con aspectos de bienestar y salud (Cloninger y Zohar, 2011). Tomando esto en consideración, se podría suponer que la ER ejerce un efecto negativo en el estado de salud y en el impacto de la FM, mientras que la AD se relacionaría de forma positiva con los indicadores de salud en el impacto de la FM.

En relación al dolor, el N se ha relacionado tanto con la experiencia de dolor como con las estrategias de afrontamiento utilizadas ante la experiencia de dolor. En un estudio con voluntarios sanos Lynn y Eysenck (1961) observaron una correlación negativa y significativa entre el N y la tolerancia al dolor. En el ámbito del dolor crónico, algunos estudios apuntan hacia una relación directa entre el nivel de N y dolor, mientras que otros abogan por la idea de que el N media en la elección de estrategias de afrontamiento para responder al mismo (Ramírez-Maestre y cols., 2004). Concretamente, Lauver y Johnson (1977) y Lefebvre (1998) observaron que las personas con alto N experimentan una mayor intensidad de dolor. Malt y colaboradores (2002), desde un enfoque biopsicosocial, observa que el neuroticismo por si solo explicaría el 16% del dolor total del MPQ, mientras que el N conjuntamente con el nivel de cortisol y la presión sanguínea sistólica explicarían un 42% de la varianza en el dolor total del MPQ. No obstante, otros autores no observan relación entre la intensidad del dolor y las dimensiones de personalidad (Gencay-Can y Can, 2011; Infante-Vargas y cols., 2005, Malin y Littlejohn., 2012). Sin embargo, autores como Affleck y colaboradores (1992) indican que es el catastrofismo, como estrategia de afrontamiento poco eficaz, media entre el N y la intensidad del dolor percibida. Wade y colaboradores (1992) indica que los niveles de N no afectan a la intensidad percibida del dolor, aunque los pacientes con dolor crónico y puntuaciones elevadas en N manifiestan un mayor nivel de malestar subjetivo relacionado con el dolor. En la misma línea, se observa que las personas con elevado N mantienen creencias negativas relacionadas con el dolor (Wade y cols., 1992) presentan más conductas de dolor y quejas relacionadas con el mismo (Asghari y Nicholas, 1999) y tienen un mayor riesgo de presentar alteraciones emocionales vinculadas con el dolor (Affleck y cols., 1992; Wade y cols., 1991). Otros estudios se han centrado en analizar las estrategias de afrontamiento utilizadas para hacer frente al dolor crónico. Así, se encuentra evidencia empírica que apoya la teoría según la cual los sujetos con altas puntuaciones en N utilizan estrategias de afrontamiento poco eficaces, como el catastrofismo (Affleck y cols., 1992, Ramírez-Maestre y cols., 2001), estrategias pasivas (Ramírez-Maestre, 2004), estrategias centradas en las emociones (Affleck y colaboradores 1992) o búsqueda de apoyo social (Ramírez-Maestre y cols., 2001).

Objetivo 7. Estudiar si la presencia de Trastornos de la Personalidad establecidos mediante el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) se relaciona con los indicadores de malestar psicológico en el grupo con Fibromialgia.

Hipótesis 7.1: Los participantes con Fibromialgia y un Trastorno de la Personalidad establecido mediante el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R), presentarían mayores puntuaciones en los síntomas depresivos (HADS) y ansiosos (HADS, STAI).

Hipótesis 7.2: Los participantes con Fibromialgia y un Trastorno de la Personalidad establecido mediante el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R), presentarían un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM, un mayor número de bajas causadas por la Fibromialgia, y puntuaciones más bajas en el estado de salud (SF-36).

Hipótesis 7.3: Los participantes con Fibromialgia y un Trastorno de la Personalidad establecido mediante el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R), presentarían mayores puntuaciones en la intensidad del dolor propio de Fibromialgia (MPQ) y en la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (MPQ DAM).

Los TP ejercen influencia en la capacidad de adaptación de la persona (American Psychiatric Association, 2002; Weisberg y Vaillancourt,1999) y en los trastornos mentales del Eje I (Widiger y Rogers, 1989), por lo que la combinación de una enfermedad crónica dolorosa conjuntamente con un TP permite hipotetizar un mayor grado de malestar psicológico en estos pacientes (Cerón-Muñoz y cols., 2010; Weisberg y Vaillancourt,1999).

Objetivo 8. Analizar si la presencia de un Patrón de la Personalidad, establecido mediante el MCMI-III, se relaciona con los indicadores de malestar psicológico en el grupo con Fibromialgia.

Hipótesis 8.1: Las participantes con puntuaciones superiores o iguales a 85 en alguna de las escalas de Patrones de Personalidad y de Trastornos de la Personalidad presentarían mayores puntuaciones en los síntomas depresivos (HADS) y ansiosos (HADS, STAI).

Hipótesis 8.2: Las participantes con puntuaciones superiores o iguales a 85 en alguna de las escalas de Patrones de Personalidad y de Trastornos de la Personalidad presentarían un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM, un mayor

número de bajas causadas por la Fibromialgia, y puntuaciones más bajas en el estado de salud (SF-36).

Hipótesis 8.3. Las participantes con puntuaciones superiores o iguales a 85 en alguna de las escalas de Patrones de Personalidad y de Trastornos de la Personalidad, presentarían mayores puntuaciones en la intensidad del dolor propio de Fibromialgia (MPQ) y en la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (MPQ DAM).

En este objetivo planteamos lo mismo que en el objetivo anterior, con la diferencia de que utilizamos un instrumento de evaluación diferente.

Objetivo 9. Analizar si las variables psicopatológicas del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) se relacionan con el estado de salud, grado de discapacidad y dolor en la FM.

Hipótesis 9.1: Las participantes con puntuaciones superiores o iguales a 75 en alguna de las escalas clínicas que miden sintomatología ansioso-depresiva, presentarían un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM, un mayor número de bajas causadas por la Fibromialgia, y puntuaciones más bajas en el estado de salud (SF-36).

Hipótesis 9.2: Las participantes con puntuaciones superiores o iguales a 75 en alguna de las escalas clínicas que miden sintomatología ansioso-depresiva, presentarían mayores puntuaciones en la intensidad del dolor propio de Fibromialgia (MPQ) y en la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (MPQ DAM).

Los estudios muestran que los síntomas emocionales parece ser uno de los factores que mejor predicen el impacto generado por la FM y el grado de percepción de la salud. Algunos estudios observan que los síntomas ansioso-depresivos predicen el estado de salud (Epstein y cols., 1999; Lledó-Boyer y cols., 2010; White y cols., 2002;) y el impacto producido por la FM (Dobkin y cols., 2006; Goldenberg y cols., 1995; Verbunt y cols., 2008; White y cols., 2002), mientras que otros estudios se limitan a observar una relación entre ambos constructos, sin poder determinar causalidad (Huber y cols., 2008; Jensen y cols., 2010; Ofluoglu y cols., 2005; Perrot y cols., 2010; Tander y cols., 2008). Además, Souza y colaboradores (2009) y Calandre y colaboradores (2011) han propuesto los niveles de ansiedad y depresión como variables diferenciadoras del impacto de la FM.

En relación al dolor los estudios al respecto son más escasos y los resultados más contradictorios. Algunos estudios constatan que los síntomas emocionales no se relacionan con el dolor propio de la FM (Fietta y cols., 2007; Jensen y cols., 2010; Okifuji y cols., 2000; Souza y cols., 2009) ni con la percepción de dolor inducido (Jensen y cols., 2010; Souza y cols., 2009). En contraposición algunos autores sí que observan relación entre la intensidad del dolor y los síntomas emocionales (Fietta y cols., 2007; Krag y cols., 1994; Wilson, Starz y cols., 2009).

Objetivo 10: Analizar si el grado de impacto de la fibromialgia, evaluado mediante el Cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ), se relaciona con los indicadores de malestar emocional en la FM.

Hipótesis 10.1: Las participantes con puntuaciones en el FIQ clasificadas como severas presentarían mayores puntuaciones en los síntomas depresivos (HADS) y ansiosos (HADS, STAI).

Hipótesis 10.2: Las participantes con puntuaciones en el FIQ clasificadas como severas presentarían un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la Fibromialgia, un mayor número de bajas causadas por la Fibromialgia y puntuaciones más bajas en el estado de salud (SF-36).

Hipótesis 10.3: Las participantes con puntuaciones en el FIQ clasificadas como severas presentarían mayores puntuaciones en la intensidad del dolor propio de Fibromialgia (MPQ) y en la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (MPQ DAM).

La presencia de síntomas físicos o de incapacidad física podría ser un factor que tuviera influencia en el estado emocional del paciente. En esta línea, varios estudios muestran que el grado de incapacidad física valorada principalmente mediante el FIQ predice un mayor grado de alteración emocional (Biggati y cols., 2008; Huber y cols., 2008; Perrot y cols., 2010; White y cols., 2002) y se relaciona con una mayor intensidad del dolor (Perrot y cols., 2010). Además, sería lógico que un mayor impacto de la FM se relacionara con un mayor número de bajas, con un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM o con el estado de salud, ya que son medidas relacionadas con la calidad de vida y el grado de funcionalidad del paciente.

Objetivo 11. Estudiar la relación entre la intensidad del dolor de la Fibromialgia, evaluado mediante el Cuestionario de dolor McGill (MPQ), y los indicadores de malestar psicológico en el grupo FM.

Hipótesis 11.1: La intensidad del dolor, evaluada mediante la escala analógica visual (EVA) del MPQ, correlacionaría positivamente con síntomas depresivos (HADS) y ansiosos (HADS, STAI).

Hipótesis 11.2: La intensidad del dolor, evaluada mediante la escala analógica visual (EVA) del MPQ, correlacionaría positivamente con síntomas clínicos acompañantes de la Fibromialgia, con el número de bajas causadas por la Fibromialgia, y negativamente con el estado de salud (SF-36).

Huber y colaboradores (2008) muestran mediante un análisis de regresión que el malestar psicológico se relaciona de forma positiva con la intensidad del dolor, con el número de puntos dolorosos, con la edad y con la incapacidad física. En contraposición Jensen y colaboradores (2010) observan que los síntomas de depresión y ansiedad no correlacionaron con ninguna medida de dolor.

En relación a la influencia del dolor en el estado de salud, Epstein (1999) constata que el dolor no predice el nivel de funcionamiento físico del SF-36, mientras que Bigatti y colaboradores (2008) encuentra resultados opuestos afirmando que el grado de dolor predice un peor nivel de funcionamiento físico al cabo de un año. Jensen y colaboradores (2010) observan una correlación positiva entre el impacto producido por la FM y diferentes indicadores de dolor. Mientras que Dobkin y colaboradores (2006) observan que la severidad del dolor, conjuntamente con el malestar psicológico y los ingresos familiares explican el 45% de la varianza del impacto producido por la FM.

Objetivo 12: Analizar la relación entre las dimensiones de personalidad del TCI-R y la presencia de un Trastorno psicopatológico evaluado mediante el MCMI-III, en el grupo con Fibromialgia.

Hipótesis 12.1: Los pacientes con FM que presenten algún Trastorno emocional (ansiedad, somatoformo, distimia, depresión mayor, bipolar) presentarían puntuaciones más altas en ER, y más bajas en AD respecto al grupo con Fibromialgia sin Trastorno emocional y aún más altas respecto al grupo Control.

Hipótesis 12.2: Los pacientes con FM sin Trastorno emocional únicamente presentarían puntuaciones más altas en ER respecto al grupo Control.

Según la teoría de Cloninger (Cloninger y cols., 1994), las dimensiones de temperamento son dimensiones heredadas y estables a lo largo del tiempo, por lo que su fluctuación debería ser mínima. No obstante, algunos estudios muestran como las puntuaciones en ER son estado dependientes, y ante determinados trastornos mentales, como la depresión, estas puntuaciones pueden aumentar (Hirano y cols., 2002; Mazza y cols., 2009; Tanaka, Sakamoto, Kijima, y Kitamura, 1998). Sin embargo, también observan que una vez remite la depresión, las personas que la padecieron siguen mostrando puntuaciones más elevadas en comparación a grupos normativos (Mazza y cols., 2009). Los pacientes con FM se caracterizan por una elevada ER y comorbilidad con síntomas ansioso-depresivos, por lo que es relevante averiguar si las puntuaciones elevadas en ER se relacionan con los síntomas ansioso-depresivos (Anderberg y cols., 1999) o son una característica definitoria de las FM (Lundberg y cols., 2009).

Las pacientes con FM se caracterizan por una baja AD (Lundberg y cols., 2009), si bien esta no se muestra de forma tan evidente como la ER en todos los estudios (Anderberg y cols., 1999; Cuevas-Toro, 2010). Además, la AD como dimensión de carácter, se relaciona de forma inversa con la presencia de trastornos mentales y con los síntomas ansioso y depresivos (Cloninger y cols., 1998; Gencay-Can y Can, 2011; Jylha y Isometsä, 2006). Estos datos permiten suponer que aquellos pacientes con FM que presentan psicopatología presentaran puntuaciones más bajas en AD en comparación a los que no presentan psicopatología.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Participantes

Las pacientes con FM fueron seleccionados de una muestra inicial de 150 pacientes del Institut Ferran de Reumatología (IFR) y del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Bellvitge (HUB), por evaluación de un reumatólogo sénior. Un aspecto destacable en el presente estudio es el riguroso proceso seguido para la selección de la muestra. Además del habitual proceso de diagnóstico clínico a través del

cual se diagnostica a los pacientes con FM (Wolfe y cols., 1990, Wolfe y cols., 2010), éste se complementó con pruebas complementarias con la finalidad de descartar otras enfermedades que puedan estar asociadas a la FM (Collado y cols., 2009). Se excluyeron todas las posibles causas de FM comórbidas a otras enfermedades reumatológicas, pacientes con SFC, pacientes con historia de trastorno psicótico o de abuso de tóxicos, pacientes con historia o diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (TP) y pacientes con historia de dolor neuropático. La muestra final de pacientes quedó compuesta por 42 mujeres con edades comprendidas entre los 32 y los 63 años de edad ($M=47.1$; $DE=7.98$). La totalidad de los pacientes con FM cumplían los criterios de inclusión establecidos: cumplir los criterios diagnósticos del American College of Rheumatology (ACR) tipificados en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.7 y por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) con el código X33.X8a. Todos los pacientes presentaban una historia de dolor generalizado no articular primario con inicio insidioso de más de 3 meses de evolución con una duración mínima del trastorno de un año y referían dolor en 11 o más de los 18 puntos dolorosos. Los participantes del estudio firmaron el consentimiento informado por escrito aceptando las condiciones del estudio. Este estudio fue aprobado por el comité local (HUB e IFR) y está en concordancia con la Declaración de Helsinki.

Es importante destacar que el presente estudio formaba parte de dos proyectos más amplios de I+D+I (SAF 2007-62376, SAF 2010-19434) en el que se realizaron numerosas pruebas adicionales, como una Resonancia Magnética Funcional (RMf), un análisis de orina y una exploración neuropsicológica, entre otras pruebas, lo que implicaba unos criterios de inclusión y exclusión muy estrictos, hecho que ha condicionado el tamaño final de la muestra.

El grupo control fue seleccionado de familiares que acudían a un centro de salud y estaba constituido por 38 mujeres voluntarias sanas entre los 31 y los 62 años de edad ($M = 44.37$; $DE = 6.30$). Los criterios de inclusión fueron la ausencia de historia clínica de alteración reumatológica, ausencia de historia de dolor funcional o físico generalizado, ausencia de historia de enfermedad psiquiátrica, del eje I o II, conocida o referida y ausencia de historia de enfermedad neurológica conocida o referida. También se excluyeron los familiares de las pacientes con FM, debida a la posibilidad de que presentaran una mayor prevalencia de Trastorno depresivo mayor (Raphael, Janal,

Nayak, Schwartz, y Gallagher, 2004). No se aprecian diferencias estadísticamente significativas ni en la edad ($t(78) = -1.69, p = .096$), ni en el nivel de escolarización entre ambos grupos de estudio ($t(78) = 1.01, p = .317$) (Tabla 20).

Tabla 20. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas

	FM	CONTROL		
	(n=42)	(n=38)	<i>t</i>	<i>p</i>
Edad M (DE)	47.10 (7.98)	44.37 (6.30)	-1.685	.096
Años de estudio M (DE)	14 (4.76)	15.05 (4.56)	1.008	.317
Nivel de estudios n (%)				
Primarios	5 (12%)	2 (5%)		
Secundarios	10 (24%)	9 (24%)		
Bachillerato	5 (12%)	5 (13%)		
Formación Profesional	8 (19%)	6 (16%)		
Universitarios	14 (33%)	16 (42%)		

Nota. M= media; DE = desviación estándar

En cuanto al perfil clínico de la muestra de FM (Tabla 21), la media de número de puntos sensibles es de 15.9 ± 1.97 , el tiempo medio transcurrido en meses desde el diagnóstico es de 85.9 ± 55.3 , el tiempo en meses con dolor generalizado previo es de 60.5 ± 54.8 . Un 92.9% de las FM refiere dolor en el lado izquierdo del cuerpo, un 95.2% en el lado derecho del cuerpo, por arriba de la cintura, y en el esqueleto axial, y un 85.7% por debajo de la cintura. La media de dolor valorado mediante una escala analógica visual (EVA) de 0 a 10 puntos es de 7 ± 1.5 , y la de fatiga 7.6 ± 1.5 . La media del número de síntomas clínicos acompañantes característicos de la FM es de 11.2 ± 2.4 sobre un total de 14. Los síntomas referidos son: cansancio al levantarse (88.1%), sueño poco reparador (85.7%), sueño fragmentado (71.4%), fatiga general (97.6%), rigidez matutina (88.1%), rigidez post-reposo (69%), tumefacción subjetiva (85.7%), parestesias (90.5%), cefaleas (78.6%), síntomas de síndrome de colon irritable (50%), sintomatología de alteración afectiva subjetiva (71.4%), síntomas de ansiedad subjetivos (81%), dificultades de atención y concentración subjetivas (83.3%) y quejas subjetivas de pérdida de memoria (88.1%). El número medio de episodios de baja laboral debido a la FM es de 4 ± 7.1 , mientras que el episodio en meses más largo de baja laboral debido a FM es de 22.4 ± 44 meses. Un 54.8% de las FM refiere haber recibido tratamiento

farmacológico antes de la exploración, un 52.4% consume antidepresivos, un 28.6% ansiolíticos, un 11.9% hipnóticos, un 9.5% anticomiciales, un 40.5% antiinflamatorios y un 38.1% antiálgicos. En el momento de la exploración un 85,7% de las FM recibe tratamiento farmacológico, y específicamente un 76.2% antidepresivos, un 50% ansiolíticos, un 14.3% hipnóticos, un 23.8% anticomiciales, un 69% antiinflamatorios y un 54.8% antiálgicos.

Tabla 21. Características clínicas de los pacientes con Fibromialgia

Características clínicas	Media (DE)
Puntos sensibles (M, DE)	15.90 (1.97)
Tiempo transcurrido en meses desde el diagnóstico (M, DE)	85.98 (55.39)
Meses con dolor generalizado (M, DE)	60.57 (54.90)
Dolor en lado izquierdo del cuerpo (%)	92.9
Dolor en lado derecho del cuerpo (%)	95.2
Dolor por arriba de la cintura (%)	95.2
Dolor por debajo de la cintura (%)	85.7
Dolor en el esqueleto axial (%)	95.2
Dolor (EVA) (0-10)	7 (1.5)
Fatiga (EVA) (0-10)	7.6 (1.5)
Episodios de baja laboral debido FM (M, DE)	4.06 (7.13)
Episodio más largo de baja laboral debido FM (meses) (M, DE)	22.40 (44.04)
Número de síntomas clínicos acompañantes de la FM (0-14)	11.26 (2.49)
Cansancio al levantarse (n, %)	37 (88.1)
Sueño poco reparador (n, %)	36 (85.7)
Sueño fragmentado (n, %)	30 (71.4)
Fatiga general (n, %)	41 (97.6)
Rigidez matutina (n, %)	37 (88.1)
Rigidez post-reposo (n, %)	29 (69)
Tumefacción subjetiva (n, %)	36 (85.7)
Parestesias (n, %)	38 (90.5)
Cefaleas (n, %)	33 (78.6)
Síntomas de síndrome de colon irritable (n, %)	21 (50)
Síntomas de alteración afectiva subjetiva (n, %)	30 (71.4)
Síntomas de ansiedad subjetivos (n, %)	34 (81)
Dificultades de atención y concentración subjetivas (n, %)	35 (83.3)

Quejas subjetivas de pérdida de memoria (n, %)	37 (88.1)
Farmacoterapia anterior a la exploración (n, %)	23 (54.8)
Antidepresivos	22 (52.4)
Ansiolíticos	12 (28.6)
Hipnóticos	5 (11.9)
Anticomociales	4 (9.5)
Antiinflamatorios	17 (40.5)
Antiálgicos	16 (38.1)
Farmacoterapia actual (n, %)	36 (85.7)
Antidepresivos	32 (76.2)
Ansiolíticos	21 (50)
Hipnóticos	6 (14.3)
Anticomociales	10 (23.8)
Antiinflamatorios	29 (69)
Antiálgicos	23 (54.8)
Cuestionario de dolor McGill (MPQ) (M, DE)	
IVD-T	41.93 (10.01)
IVD-S	25.36 (6.59)
IVD-A	5.52 (1.86)
IVD-V	3.52 (0.97)
IVD-M	7.52 (2.45)
NAE	15.62 (2.70)
EVA	7.11 (1.48)
Intensidad Dolor Presente (IDP) (%)	
Leve	4.8
Moderado	28.6
Fuerte	38.1
Extenuante	19.04
Insoportable	9.52
Cuestionario de impacto de la FM (FIQ) (M, DE)	
FIQ Total	66.50 (16.07)
Función física	5.06 (1.94)
Días sentido mal	5.5 (1.80)
Ausencia laboral	1 (1.60)
Interferencia dolor en el trabajo	6.59 (2.09)
Dolor	7.07 (2.05)

Fatiga	7.88 (1.93)
Cansancio matutino	7.81 (2.23)
Rigidez	7.07 (2.29)
Ansiedad	6.88 (2.13)
Depresión	5.79 (2.85)

Nota. M = media; DE = desviación estándar; FIQ = Cuestionario de impacto de la Fibromialgia; MPQ = Cuestionario de dolor del McGill; IVD-T = Índice de Valoración del Dolor-Total; IVD-S = Índice de Valoración del Dolor-Sensorial; IVD-A = Índice de Valoración del Dolor-Afectiva; IVD-E = Índice de Valoración del Dolor-Evaluativa; IVD-M = Índice de Valoración del Dolor-Miscelánea; NAE = Número adjetivos elegidos; IDP = Intensidad dolor presente;. EVA = escala visual analógica.

En relación al dolor referido acerca de la FM, las pacientes con FM presentan una puntuación en el Índice de Valoración del Dolor Total (IVD-T) de 41.93 ± 10.01 , una puntuación en el Índice de Valoración del Dolor Sensorial (IVD-S) de 25.36 ± 6.59 , en el Índice de Valoración del Dolor Afectivo (IVD-A) de 5.52 ± 1.86 , en el Índice de Valoración del Dolor Evaluativo (IVD-E) de 5.52 ± 1.86 y en el Índice de Valoración del Dolor Miscelánea (IVD-M) de 7.52 ± 2.45 . La puntuación media en la escala visual analógica del dolor (EVA) es de 7.11 ± 1.48 . El número de adjetivos elegidos (NAE) es de 15.62 ± 2.70 . En cuanto a la intensidad del dolor presente (IDP) un 4.8% refiere un dolor leve o débil, un 28.6% moderado, un 38.1% fuerte, un 19.04% extenuante, y un 9.52% insoportable (Tabla 21).

Las pacientes con FM presentan una puntuación media en el FIQ de 66.50 ± 16.07 sobre 100, donde una puntuación de 100 es indicativa de una mayor incapacidad funcional. Los pacientes se han encontrado mal una media de 5.5 ± 1.8 días a la semana, la intensidad media del dolor percibido en una escala analógica de 0 a 10 puntos ha sido de 7.07 ± 2.05 , la de cansancio 7.88 ± 1.92 , la media del grado de cansancio al levantarse por la mañana es de 7.81 ± 2.23 , del grado de rigidez 7.07 ± 2.89 , del grado de ansiedad 6.88 ± 2.13 , y del de depresión 5.79 ± 2.85 . Un 52.38% de las pacientes realizaba un trabajo remunerado, entre las cuales la media de días que se han ausentado en el trabajo en una semana es de 1 ± 1.60 , mientras que la puntuación media del grado en que el dolor ha interferido en el trabajo ha sido de 6.59 ± 2.09 sobre 10 puntos (Tabla 21).

3.2 Instrumentos de Evaluación

Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado (Temperament and Character Inventory-Revised, TCI-R) (Cloninger y cols., 1994).

Se administró la versión española del TCI-R adaptada por Gutiérrez-Zotes y colaboradores (2004). Cuestionario de personalidad auto-administrado de 240 ítems (5 de ellos de control de respuestas válidas) a responder en una escala Likert de 5 puntos. Basado en el modelo multidimensional y psicobiológico de Cloninger. Informa acerca de las variaciones normales y anormales en las 7 dimensiones de personalidad (4 dimensiones de temperamento y 3 dimensiones de carácter) y 29 subescalas. Las dimensiones de temperamento se consideran rasgos de moderada heredabilidad y estabilidad a lo largo de la vida, independientemente de la cultura o el aprendizaje social y se refieren a las diferencias individuales en las respuestas emocionales básicas, como enfado, miedo o el asco. Las dimensiones de carácter son débilmente heredables y están influidas moderadamente por el aprendizaje social y la progresiva maduración del individuo a lo largo de la vida. El carácter hace referencia al autoconcepto y a las diferencias individuales en objetivos, valores, estrategias de afrontamiento y esquemas cognitivos sobre uno mismo, los demás y el entorno (Cloninger, 1986; Cloninger, 1987; Cloninger y cols., 1994; Cloninger y cols., 1993). En la versión original la consistencia interna medida con el α de Cronbach oscila entre 0.65 para Persistencia hasta 0.89 para Cooperación. La versión española del TCI-R muestra una consistencia interna satisfactoria en todas las dimensiones (α de Cronbach superior a 0.77).

Las dimensiones de temperamento con sus respectivas subescalas son las siguientes:

- ❖ **Búsqueda de Novedad (BN):** Refleja la tendencia heredada que regula el sistema de activación conductual o sistema de recompensa que media las conductas de aproximación en respuesta a la novedad, señales de recompensa, y evitación activa ante signos de castigo condicionado y escape ante signos de castigo incondicionado. Se caracteriza por una actividad exploratoria en respuesta a la novedad, una conducta impulsiva y evitación activa de la frustración. Los individuos con alta BN son personas exploradoras, irascibles, curiosas, susceptibles al aburrimiento, impulsivas, extravagantes y desordenadas, mientras que las personas con baja BN

son tranquilas, reflexivas, estoicas, frugales, reservadas, tolerantes a la monotonía y ordenadas. Contiene las siguientes subescalas:

- Excitabilidad Exploratoria vs. Rigidez Estoica: Distingue entre los individuos a los que les gusta explorar nuevas situaciones y lugares poco familiares, que son innovadores o poco convencionales e intolerantes a la rutina, de aquellos que muestran una actitud precavida ante situaciones nuevas o desconocidas y que afrontan las situaciones vitales desde posturas conservadoras.
 - Impulsividad vs. Reflexión: Distingue entre los individuos que suelen guiarse por las emociones o los estado de ánimo del momento, que tienden a actuar más que a valorar y reflexionar, de aquellos que muestran una actitud precavida en la toma de decisiones, suelen guiarse por la razón y tienden a mantener sus intereses a lo largo del tiempo.
 - Extravagancia vs. Reserva: Distingue entre los individuos que son poco previsores y precavidos, enérgicos y que tienden a expresar sus sentimientos, de aquellos que tienden a ser reservados, ahorradores, y controlados en relación a la expresión de su energía y sentimientos.
 - Desorden vs. Reglamentación Estricta: Distingue entre los individuos desordenados, que se sienten cómodos en ausencia de normas o incumpléndolas si sabe que no le descubrirán, ambiguos, con capacidad de improvisación y que suelen perder el control cuando no consiguen lo que quieren, de aquellos organizados, que se sienten cómodos siguiendo las normas y que ejercen un fuerte control sobre sí mismos.
- ❖ Evitación del Riesgo (ER): Refleja la tendencia heredada del sistema de inhibición conductual, sistema que inhibe la conducta en respuesta a señales de castigo, novedad y ausencia de recompensa. Los individuos con puntuaciones elevadas adquieren fácilmente respuestas condicionadas de evitación a estímulos aversivos, tienen un nivel elevado de vigilancia y una habituación reducida en condiciones que implican un peligro potencial, y se caracterizan por presentar miedo a la incertidumbre, timidez, inhibición social, evitación pasiva de los problemas o del peligro, rápida fatigabilidad y preocupación pesimista ante la anticipación de problemas incluso en situaciones que no preocupan a otras personas. Las personas con baja ER son despreocupadas, valientes, enérgicas y optimistas incluso en situaciones que generarían preocupación en muchas personas. Contiene las siguientes subescalas:

- Ansiedad Anticipatoria y Pesimismo vs. Optimismo: Distingue entre los individuos que son pesimistas y que tienden a anticipar el daño y el fracaso ante situaciones poco familiares o peligrosas, aunque también puede darse en situaciones que no existe riesgo, que tienden a rumiar y a presentar dificultades para superar situaciones de humillación o vergüenza, de aquellos que se sienten confiados ante el futuro y que se muestran relajados y despreocupados ante situaciones peligrosas.
 - Temor de lo Incierto vs. Confianza: Distingue entre los individuos que se muestran tensos y preocupados ante situaciones nuevas, poco familiares o de incertidumbre, que evitan las situaciones que implican un riesgo y presentan dificultades para adaptarse a cambios en la rutina, de aquellos que prefieren el riesgo a la inactividad y seguridad, y que consideran el peligro como algo atractivo.
 - Timidez vs. Gregarismo: Distingue entre los individuos que tienden a evitar las situaciones sociales, que se muestran tímidos y con falta de seguridad en las relaciones sociales, de aquellos que se muestran cómodos y confiados en la mayoría de situaciones sociales.
 - Fatiga vs. Vigor: Distingue entre los individuos que tienden a sentirse con menos energía y confianza, que suelen cansarse y recuperarse más despacio de las tensiones y situaciones nuevas, de aquellos que se sienten con energía y confianza para afrontar cualquier situación.
- ❖ Dependencia de Recompensa (DR): Refleja la tendencia heredada que hace referencia al sistema neurobiológico que activa conductas de acercamiento y reacciones de apego en respuesta a los estímulos sociales. Evalúa la tendencia del individuo a ser sentimental, a ser sensible a las señales sociales y dependiente de los otros y ha mostrarse cálido en las relaciones y sociable. Las personas con elevada DR son cariñosas, sensibles, dedicadas, sociables y presentan dependencia de la aprobación por parte de otros. Las personas con bajas DR son prácticas, duras, frías, insensibles socialmente e indiferentes a la soledad. Las subescalas que la configuran son:
- Sentimentalismo: Distingue entre los individuos que son sentimentales, comprensivos, cálidos, que tienden a conmoverse intensamente y que muestran sus sentimientos con facilidad, de aquellos que son poco sensibles a los

sentimientos de los demás y que presentan más dificultades para establecer vínculos.

- Apertura y Calidez en la Comunicación: Distingue entre los individuos que suelen compartir sus problemas con amigos íntimos, de aquellos que tienden a estar solos y aislados y a guardarse sus problemas para sí mismos.
 - Vinculación: Distingue entre los individuos que suelen establecer vínculos duraderos y que suelen ser sensibles al rechazo, de aquellos que se muestran indiferentes ante las relaciones sociales.
 - Dependencia: Distingue entre los individuos que suelen contar con los demás para realizar las cosas, que valoran que los demás aprueben su forma de ser y se preocupan por si sus decisiones son aprobadas por los demás, por lo que son sensibles a la crítica y a desaprobación, de aquellos que suelen hacer las cosas a su manera, son independientes, autosuficientes y no responden a la presión social.
- ❖ Persistencia (PS): Refleja la tendencia heredada al mantenimiento de la conducta a pesar de la frustración y la fatiga. Las personas con alta PS se caracterizan por ser trabajadoras, perseverantes, ambiciosas, perfeccionistas y presentan un elevado grado de determinación. Tienden a intensificar su esfuerzo en respuesta a la anticipación de refuerzo y perciben la frustración y la fatiga como un reto personal. Los sujetos bajos en PS son indolentes, inactivos, inestables y erráticos, tienden a renunciar ante la frustración y raramente se esfuerzan para la consecución de altos logros. Las subescalas que la constituyen son:
- Esfuerzo: Distingue entre los individuos que se ocupan de las tareas con eficacia, de aquellos que muestran una actitud descuidada en el trabajo, con tendencia a trabajar lo mínimo y esforzarse poco.
 - Fortaleza en el Trabajo: Distingue entre los individuos que muestran una actitud decidida, que se sienten capaces de realizar cualquier tarea, de aquellos que desisten ante la presencia de dificultades.
 - Ambición: Distingue entre los individuos que persiguen el éxito en sus trabajos, de aquellos que carecen de motivación para superarse.
 - Perfeccionismo: Distingue entre los individuos que se esfuerzan mucho en su trabajo intentando hacerlo lo mejor posible y cuidando todos los detalles, de aquellos que no ven la necesidad de esforzarse más de lo estrictamente necesario.

Las dimensiones de carácter con sus respectivas subescalas son las siguientes:

- ❖ **Autodirección (AD):** Describe la capacidad de la persona para guiar y adaptar su conducta ajustándola a las circunstancias en concordancia con sus propias metas y valores. Se relaciona con la madurez, la integridad personal, la autoestima, la posesión de recursos de afrontamiento eficaces y con una buena adaptación personal. Las personas con alta AD son autosuficientes, responsables, seguras e ingeniosas. Las personas con baja AD son ineficaces, irresponsables, inseguras, reactivas e incapaces de establecer y perseguir sus objetivos, manifiestan un comportamiento poco realista y una falta de guía interna. Las subescalas que la conforman son:
 - **Responsabilidad vs. Proyección de la Culpa:** Diferencia entre los individuos que se sienten responsables de sus actos y que piensan que su conducta depende de sí mismos de los individuos que culpan a los demás o a las circunstancias de lo que les ocurre.
 - **Determinación vs. Ausencia de Metas:** Diferencia a los individuos que tienen una idea clara respecto a la dirección de sus vidas de aquellos que no tienen una idea clara respecto a sus metas u objetivos y tienden a reaccionar ante las circunstancias, y necesidades inmediatas.
 - **Autoeficacia vs. Inercia:** Diferencias entre individuos que se sienten capaces de detectar los problemas y de afrontarlos de forma eficaz, de aquellos que se sienten incapaces de solucionar sus problemas y tienden a esperar que alguien se los solucione.
 - **Autoaceptación vs. Competitividad:** Diferencia entre aquellos individuos que se aceptan tal y como son en su forma de ser, aspecto físico, inteligencia, etc. y que su conducta no se guía por la necesidad de ser más admirado que los demás, de los individuos que están en lucha permanente con los demás para ser mejores y necesitan ser admirados en su totalidad.
 - **Hábitos Congruentes vs. Malos Hábitos:** Diferencia entre aquellos individuos que han conseguido desarrollar determinados hábitos que son congruentes con sus metas y valores, y que les permitirán alcanzar sus objetivos, de aquellos que tienden a funcionar de forma impulsiva y carecen de unos hábitos adecuados para conseguir sus propósitos.

- ❖ Cooperación (C): Evalúa las diferencias individuales en la identificación del individuo como parte integrada de la sociedad y de su capacidad de adaptación interpersonal. Los individuos cooperativos son considerados con los demás, tratan a los demás con respeto, dignidad y compasión, son confiados y capaces de perdonar, mientras que los individuos con baja C son hostiles, desconfiados y vengativos. Las subescalas son:
 - Aceptación Social vs. Intolerancia Social: Diferencia entre los individuos que son capaces de aceptar y tolerar opiniones y formas de actuar distintas de las suyas, de aquellos que muestran una actitud intolerante ante aquellos que no opinan igual que ellos.
 - Empatía vs. Desinterés Social: Diferencia entre los individuos que tienen en consideración los sentimientos de los demás y son capaces de ponerse en su lugar de aquellos que son incapaces de entender a los demás y de vivenciar como se sienten los otros.
 - Tendencia a Ayudar vs. Egoísmo: Diferencia a los individuos que se sienten cómodos ayudando a los demás y que tienen la habilidad para buscar la satisfacción mutua, de aquellos que muestran una actitud egoísta y actúan solo en función de sus propio beneficio e interés.
 - Compasión vs. Venganza: Diferencia entre los individuos que tienden a ser bondadosos y que tienden a perdonar y olvidar los conflictos con los demás con el fin de mantener una buena relación, de aquellos que son rencorosos y vengativos con aquellas personas que les han hecho daño.
 - Principios vs. Oportunismo: Diferencia entre individuos con valores morales y éticos sólidos que condicionan su forma de actuar, de aquellos individuos oportunistas y manipuladores que están dispuestos a hacer lo que sea para conseguir sus fines.
- ❖ Trascendencia (T): Evalúa el grado de identificación del individuo como parte integral de la naturaleza y el universo y su grado de espiritualidad. Los individuos con elevada T son idealistas, imaginativos, poco convencionales y espirituales, mientras que los que presentan una baja T son prácticos, materialistas y objetivos. Las subescalas son:
 - Abstracción vs. Cohibición: Diferencia entre individuos que tienden a estar ausentes cuando están concentrados o fascinados por algo y que han aprendido a

confiar más en sus emociones que en sus razonamientos lógicos, de aquellos que son convencionales y poco imaginativos y que tienden a fijarse poco en sus sentimientos.

- Identificación Transpersonal vs. Autodiferenciación: Diferencia entre aquellos individuos que se sienten conectados con la naturaleza y el universo, de aquellos que tienen una actitud más individualista, que no se sienten responsables de lo que ocurre a su alrededor y que no suelen sacrificarse para que el mundo funcione mejor, a menos que obtengan un claro beneficio.
- Aceptación Espiritual vs. Materialismo Racional: Diferencia entre individuos que aceptan diversos fenómenos espirituales y experiencias extrasensoriales, de aquellos que se muestran escépticos ante estos fenómenos y que solo creen en aquello que puede ser explicado científicamente.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory, MCMI-III)

Se administró la adaptación española del MCMI-III (Millon, Davis, y Millon, 2009). Cuestionario de personalidad autoadministrado, de 175 ítems, de respuesta verdadero-falso. Basado en la teoría evolutiva de Millon, evalúa trastornos del Eje I y II. Presenta cuatro índices modificadores, once escalas de patrones clínicos de personalidad, tres escalas de patrones de personalidad graves, siete escalas de síndromes clínicos moderadamente graves y tres síndromes clínicos graves. Las puntuaciones utilizadas se denominan puntuaciones de prevalencia (PREV) y permiten fijar los puntos de corte de la escala a la prevalencia de un determinado atributo en la población psiquiátrica. En los trastornos del Eje II, una PREV de 75 puede considerarse como un indicio de la presencia de rasgos de personalidad clínicamente significativos. Las elevaciones de 85 o más probablemente indican una patología suficientemente predominante para denominarse trastorno de la personalidad. En el Eje I, una PREV de 75 indica la presencia de un síndrome y una PREV de 85 o más indica su prominencia. En los índices de Deseabilidad social, Devaluación y Sinceridad una puntuación PREV de 75 se considera significativa. La escala de Sinceridad es la única en la que las puntuaciones bajas son clínicamente interpretables. En la versión original la consistencia interna medida con el α de Cronbach oscila entre 0.66 para la escala

Compulsivo hasta 0.90 para la escala de Depresión mayor. Los coeficientes α de Cronbach en la muestra de tipificación española oscilan desde 0.65 en la escala Compulsivo hasta 0.88 en la escala de Depresión mayor.

Tabla 22. Descripción de las escalas del MCMI-III

PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD	DESCRIPCIÓN
ESQUIZOIDE	Falta de deseo e incapacidad para experimentar placer. Apáticos, desganados, distantes y asociales. Sus emociones y necesidades afectivas son mínimas, se muestran indiferentes a las recompensas y afectos y a las relaciones sociales.
EVITATIVA	A pesar de que desean relacionarse con los demás, sienten ansiedad al hacerlo, por lo que muestran distancia interpersonal mediante una retirada activa para protegerse de los demás y así evitar que les hagan daño.
DEPRESIVA	Se muestran pesimistas, desanimados y carentes de esperanza.
DEPENDIENTE	Búsqueda de relaciones en las que puedan apoyarse para conseguir afecto, seguridad y consejos sometiéndose a los deseos de los demás.
HISTRIÓNICA	Insaciable búsqueda de estimulación y afecto, mediante un comportamiento social ingenioso que da la apariencia de confianza personal y seguridad, mediante el cual reciben atención y favores y evitan la indiferencia y desaprobación.
NARCICISTA	Sentimientos de seguridad y superioridad y de ser especiales, que pueden no corresponderse con la realidad y que les lleva a explotar a los demás en beneficio propio.
ANTISOCIAL	Escepticismo hacia los demás, deseo de autonomía, anhelo de venganza y recompensa, irresponsables, impulsivos, desconfían de los demás y se muestran insensibles y crueles.
AGRESIVA (SÁDICA)	Hostiles, combativos, se muestran indiferentes o complacidos por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales. Obtienen placer humillando a los demás y violando sus derechos y sentimientos.
COMPULSIVA	Prudentes, controlados y perfeccionistas, son muy exigentes consigo mismos y con los demás.
NEGATIVISTA (PASIVO-AGRESIVO)	Conflicto entre lo que desean los demás y ellos mismos dando lugar a una incapacidad para resolver conflictos, experimentan continuas discusiones y desengaños mostrando una actitud obediente o una oposición agresiva. Presentan ira explosiva y tozudez con periodos de culpa y vergüenza.
AUTODESTRUCTIVA	Se relacionan con los demás de forma servil y autosacrificada y alientan a los demás a explotarles o aprovecharse de ellos. Rememoran sus desgracias pasadas activamente y reiteradamente, y esperan resultados problemáticos de circunstancias afortunadas.
PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD	
ESQUIZOTÍPICO	Aislamiento social, pensamiento tangencial, suelen estar absortos en sí mismos y pensativos, son excéntricos y los

	demás les perciben como extraños o diferentes.
LÍMITE	Labilidad afectiva, necesidad de afecto, ausencia de un sentido claro de identidad, ideación suicida, periodos recurrentes de depresión y apatía con rachas de ira, cólera o ansiedad.
PARANOIDE	Desconfianza y vigilancia hacia los demás, actitud defensiva y tensa ante la anticipación de críticas y engaños.
SÍNDROMES CLÍNICOS	
TRASTORNO DE ANSIEDAD	Estado generalizado de tensión, con incapacidad para relajarse, susceptibilidad e hipervigilancia generalizada acompañada de nerviosismo, tensión, sudoración, dolores musculares o molestias estomacales.
TRASTORNO SOMATOMORFO	Expresión de las dificultades psicológicas a través de canales somáticos. Periodos persistentes de cansancio, debilidad, preocupación por la salud, dolores inespecíficos en diferentes partes del cuerpo. Si existen enfermedades tienden a sobrevalorarlas.
TRASTORNO BIPOLAR	Periodos de euforia superficial, elevada autoestima, exceso de actividad nerviosa, facilidad para distraerse, impulsividad, irritabilidad, discurso rápido, planificación excesiva para objetivos poco realistas, necesidad reducida de sueño, labilidad emocional.
TRASTORNO DISTÍMICO	Sentimos de desánimo o culpa, falta de iniciativa, apatía conductual y baja autoestima presentes durante años. Expresan sentimientos de inutilidad y comentarios auto-despreciativos.
DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	Refiere un posible problema de alcoholismo que se ha tratado de superar sin éxito.
DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS	Refiere una historia recurrente o reciente de abuso de drogas.
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Refiere la vivencia de un suceso traumático que genera imágenes persistentes y emociones asociadas al trauma acompañadas de activación ansiosa y evitación de los elementos asociados al trauma.
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	
TRASTORNO DEL PENSAMIENTO	Detecta pacientes que presentan un Trastorno psicótico. Conductas incongruentes, desorganizadas, desorientación, afecto inapropiado, alucinaciones, delirios no sistemáticos, pensamiento fragmentado o extraño y sentimientos embotados.
DEPRESIÓN MAYOR	Desesperanza, ideación suicida, retardo psicomotor o agitación, síntomas somáticos (falta apetito, cansancio, pérdida o aumento peso, insomnio y despertar precoz), falta desconcentración, desvalorización y culpa.
TRASTORNO DELIRANTE	Delirios irracionales de naturaleza celosa, persecutoria o grandiosa. Estado de ánimo hostil con sentimientos de ser acosado y maltratado.
ÍNDICES MODIFICADORES	
SINCERIDAD	Las puntuaciones elevadas son indicativas de un mayor grado de sinceridad y de un estilo de respuesta franco y revelador, mientras que las puntuaciones bajas son indicativas de un estilo de respuesta reticente y reservado.

DESEABILIDAD SOCIAL	Evalúa el grado en que los resultados pueden verse afectados por la tendencia del paciente a presentarse como socialmente atractivo, moralmente virtuoso o emocionalmente estable. Una mayor puntuación es indicativa de una mayor probabilidad de que el paciente haya ocultado algún aspecto de sus dificultades psicológicas o interpersonales.
DEVALUACIÓN	Puntuaciones elevadas son indicativas de una tendencia a despreciarse o a devaluarse, presentando unas dificultades emocionales o personales más problemáticas de las que normalmente se encontrarían en una revisión objetiva. Puede indicar un nivel distorsionado de los problemas psicológicos o una llamada de socorro de un paciente que está experimentando un nivel angustioso de alteración emocional.
VALIDEZ	Incluye ítems extravagantes o muy inverosímiles. Es un índice muy sensible a respuestas descuidadas, confusas o al azar.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (Zigmond y Snaith, 1983)

Se administró la adaptación española del HADS (Quintana y cols., 2003). Escala auto-administrada de cribado, formada por 14 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos. El marco de referencia temporal es la semana previa. Presenta dos subescalas, la de ansiedad y la de depresión, compuestas por 7 ítems cada una. La subescala de ansiedad está centrada en las manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud, nervios en el estómago, angustia) y la subescala de depresión en la anhedonia (disfrute, risa, alegría, torpeza, interés por el aspecto personal, ilusión). Para cada subescala la puntuación se obtiene sumando las puntuaciones de los ítems que la conforman. Las puntuaciones para cada subescala oscilan entre 0 y 21 puntos. Una puntuación de 8-10 se considera un caso probable de ansiedad o de depresión y entre 11-21 se confirma la presencia de ansiedad o depresión. La adaptación española presenta unas estimaciones de fiabilidad test-retest con unos coeficientes de correlación por encima de 0.85. La consistencia interna es alta, con un α de Cronbach de 0.86 (ansiedad) y 0.86 (depresión). Los resultados muestran una alta validez concurrente con el Inventario de Depresión de Beck, con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y con los dominios mentales de la Encuesta de salud Short Form.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)
(Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1970)

Se administró la adaptación española del STAI (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1982). Cuestionario auto-administrado. Consta de 40 ítems, con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos. Formado por dos escalas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de ansiedad, como estado (A/E) y como rasgo (A/R). La A/E está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del SNA. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. La A/R señala una dimensión estable de personalidad y hace referencia a la propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su A/E. Las puntuaciones directas se transforman a puntuaciones centiles y decatipos, donde una mayor puntuación es indicativa de un mayor nivel de ansiedad. En la adaptación española los índices de consistencia interna oscilan de 0.90 a 0.93 para la ansiedad estado, y de 0.84 a 0.87 para la ansiedad rasgo.

Escala de Salud SF-36 (Short-Form-36 Health Survey, SF-36) (Ware y Sherbourne, 1992)

Se administró la adaptación española del SF-36 (Alonso y cols., 1995). Cuestionario auto-administrado que interroga respecto a las 4 semanas anteriores a su cumplimentación. Instrumento genérico que contiene 36 ítems que cubren 9 dimensiones de salud percibida:

- Función Física (FF): grado en que la salud limita las actividades físicas, como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.
- Rol Físico (RF): grado en que la salud interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye un rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.

- Dolor corporal (DC): La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
- Salud General (SG): valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
- Vitalidad (VT): Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
- Función Social (FS): grado en que los problemas de salud física y emocional interfieren en la vida social habitual.
- Rol Emocional (RE): grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
- Salud Mental (SM): salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo general.
- Cambio de la salud (CS): valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás.

El rango de puntuación es de 0 a 100. Una mayor puntuación es indicativa de mejor estado salud y menos dolor. En la adaptación española el α de Cronbach es superior a 0.7 en todas las dimensiones (rango de 0.71 a 0.94), excepto en la dimensión de relación social ($\alpha = 0.45$). Los coeficientes de correlación intraclase entre las dos administraciones del cuestionario tuvieron un recorrido de 0.58 a 0.99.

Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (Fibromyalgia Impact Questionnaire, FIQ) (Burckhardt y cols., 1991)

Se administró la adaptación española del FIQ (Monterde y cols., 2004). Cuestionario multidimensional auto-administrado que mide el impacto de la FM en la capacidad funcional y en la calidad de vida. Consta de 10 ítems. Mediante preguntas que hacen referencia a la semana anterior a la realización del test, evalúa el impacto de la FM en la capacidad física, la posibilidad de realizar el trabajo habitual y, en el caso de realizar una actividad remunerada, el grado en el que la FM ha afectado a esta actividad, así como ítems subjetivos muy relacionados con el cuadro de la FM (dolor,

fatiga, sensación de cansancio y rigidez) y con el estado emocional. La puntuación total del FIQ se halla entre 0-100, representando el 0 la capacidad funcional y la calidad de vida más altas y 100 el peor estado. El valor del coeficiente de correlación intraclase del S-FIQ total es de 0.81.

Cuestionario de dolor Mc Gill (McGill Pain Questionnaire, MPQ) (Melzack, 1975)

Se administró la adaptación española del MPQ (Lázaro y cols., 2001). Instrumento para la evaluación de aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor, como son localización, cualidad, propiedades temporales e intensidad. Consta de 64 descriptores de dolor organizados en 19 subclases. Dentro de cada subclase los descriptores están ordenados por intensidad. Las puntuaciones de cada subclase se agrupan formando puntuaciones de 4 subescalas: sensorial, emocional, valorativa, miscelánea. Se pueden obtener diferentes índices:

- Índice de Valoración del dolor (IVD) (Pain Rating Index, PRI): total y para cada una de las cuatro áreas (sensorial, emocional, valorativo y miscelánea).
- Número de adjetivos elegidos (NAE) (Number of Words Chosen, NWC): suma del número de características del dolor seleccionadas por el paciente.
- Intensidad del dolor presente (IDP) (Present Pain Intensity, PPI): respuesta seleccionada del grado de dolor en una escala categorial.
- Escala visual analógica (EVA) (Visual Analogic Scale, VAS): intensidad del dolor según una escala analógica visual.

El estudio de Lázaro y cols. (2001) muestra la puntuación media para el IVD en la población española con dolor agudo y crónico, siendo de 27.2 ± 9.9 para IVD-T, 20.9 ± 7.9 para IVD-S, 3.5 ± 2.4 para IVD-E, y de 2.7 ± 1 para IVD-M. El estudio de la consistencia ordinal utilizando correlación de Spearman entre rango y valores de la escala muestra unos resultados satisfactorios (en todos los casos $r_s > .9$).

Entrevista semiestructurada

Se ha recogido información sociodemográfica y clínica, de todos los pacientes con FM y de los participantes que configuran el grupo control a través de una entrevista clínica semiestructurada respecto a las siguientes variables:

- Edad.
- Nivel de estudios.
- Tiempo transcurrido en meses desde el diagnóstico de FM (aplicable específicamente al grupo de pacientes).
- Tiempo en meses con dolor generalizado previo a la exploración (aplicable específicamente al grupo de pacientes).
- Partes del cuerpo con dolor generalizado
- Número de puntos sensibles ('tender points') valorados como positivos en la exploración clínica diagnóstica (aplicable específicamente al grupo de pacientes).
- Síntomas clínicos acompañantes de la FM.
- Nivel de dolor y fatiga actual.
- Número de episodios de baja laboral directamente causados o relacionados con la FM (aplicable específicamente al grupo de pacientes).
- Periodo más largo de baja laboral directamente causada o relacionada con la FM (aplicable específicamente al grupo de pacientes).
- Tratamientos farmacológicos previos y actuales para el tratamiento de la FM (aplicable específicamente al grupo de pacientes).
- Antecedentes psicopatológicos previos según criterios DSM-IV-TR.
- Antecedentes psicopatológicos familiares según criterios DSM-IV-TR.

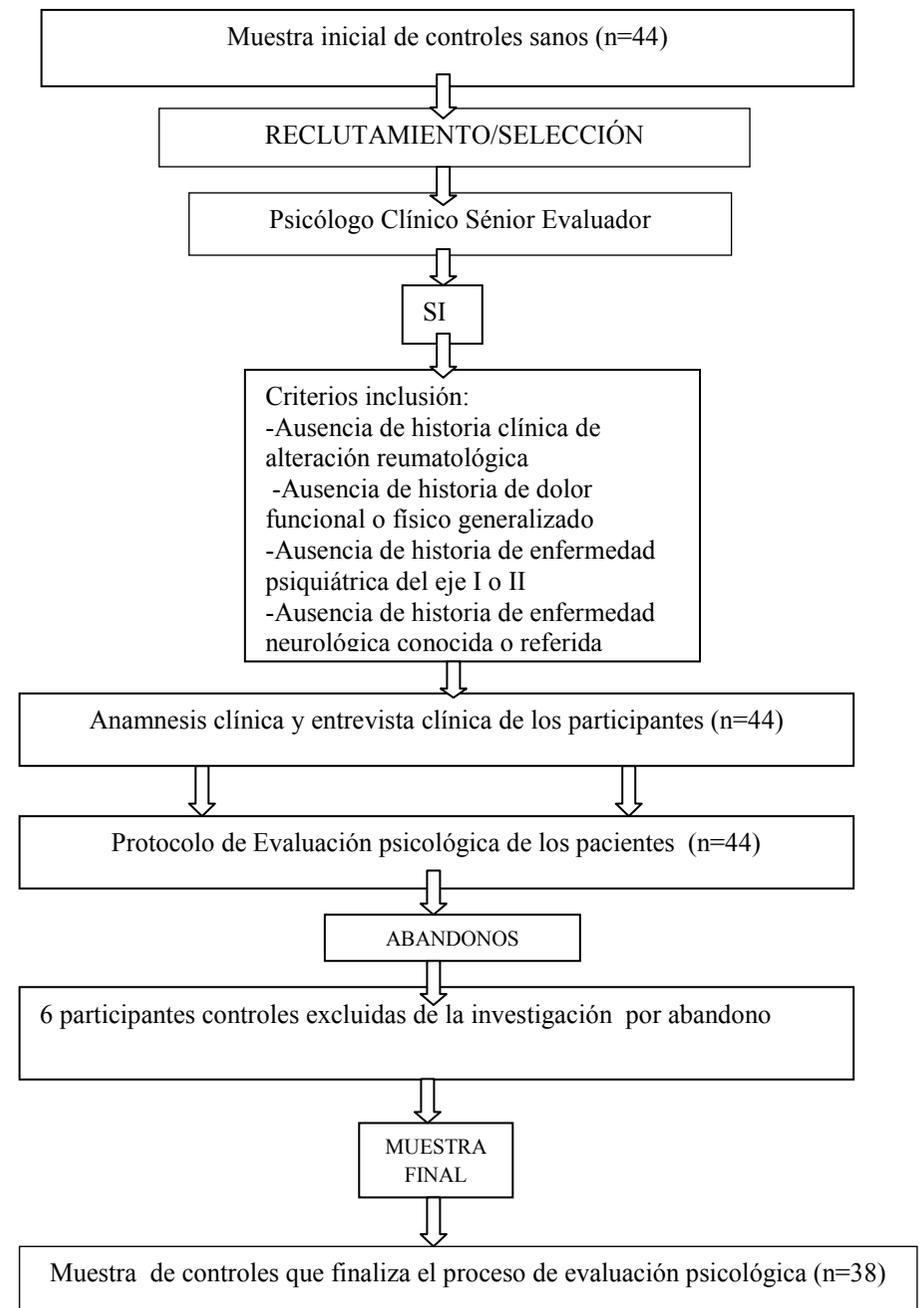
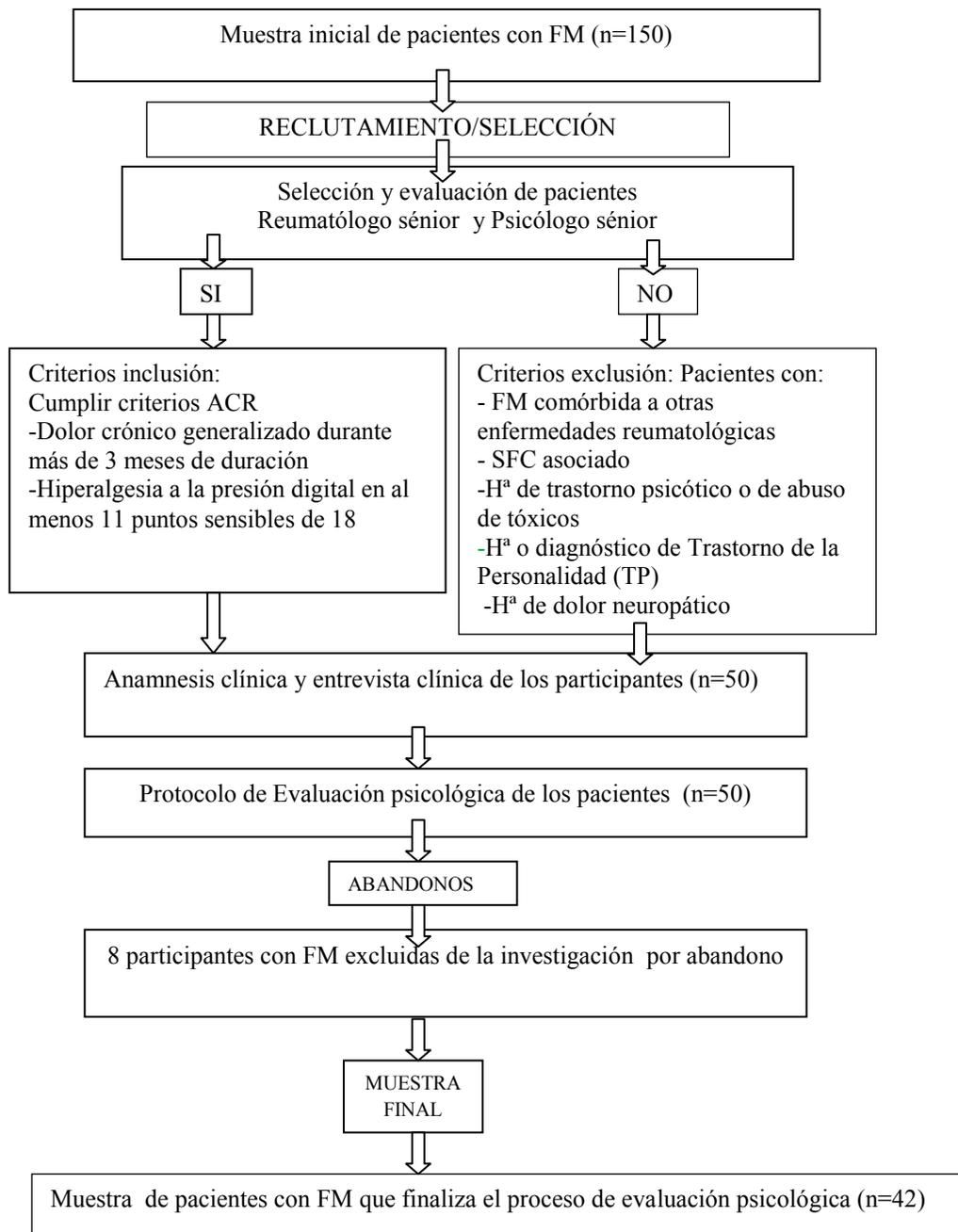
3.3 Procedimiento

Los participantes del estudio del grupo que presentaban FM fueron seleccionados de una muestra de 150 pacientes después de realizar una visita médica con el reumatólogo sénior de referencia y verificar que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. Los controles fueron seleccionados de familiares que acudían a un centro de salud. Una vez realizado el proceso de selección de los participantes que forman parte

de la muestra, tanto del grupo con FM como el grupo Control, se contactó con ellos telefónicamente con el fin de informarlos detalladamente de la investigación.

Para llevar a cabo la recogida de datos, las participantes fueron citados en la consulta del hospital con la finalidad de realizar la evaluación psicológica. Inicialmente se recogieron datos personales y médicos de interés y se procedió a explicar la investigación en la que los participantes accedieron a participar firmando el consentimiento informado. El proceso de evaluación se realizó en un ambiente confortable, relajado y sin interrupciones. La evaluación psicológica se realizó por el mismo psicólogo evaluador, controlando las posibles cuestiones que surgieran durante la administración de las pruebas y ofreciendo una especial atención a aquellas personas que presentaron dificultades de comprensión, signos de fatiga o falta de concentración con la finalidad de garantizar el bienestar de los pacientes y proporcionar garantías al proceso de evaluación. El presente estudio se incluye dentro de un estudio más amplio en neuroimagen funcional del dolor, por lo que a todas las pacientes se les realizó una Resonancia Magnética Funcional (RMf) lo que justifica que se haya podido acceder a puntuaciones acerca del dolor inducido de forma mecánica mediante un aparato de presión hidráulica en las participantes. (Figura 8).

Figura 8. Procedimiento de selección de los participantes del estudio



3.4 Análisis estadístico

Para el análisis estadístico del presente trabajo se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 17.

Para analizar las diferencias entre el grupo FM y control, en las variables sociodemográficas se ha utilizado la prueba *t* de Student. Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables clínicas del grupo con FM.

Se ha realizado una comparación de medias entre el grupo FM y el grupo Control, mediante la *t* de Student para muestras independientes para las escalas del HADS, STAI, SF-36 y del TCI-R. Para la comparación de la proporción de casos con sintomatología depresiva y ansiosa entre las pacientes con FM y Controles en función del punto de corte, se ha realizado la prueba estadística X^2 de Pearson. Para calcular la proporción de pacientes que presentan sintomatología ansioso-depresiva se ha calculado el porcentaje de pacientes que superan el punto de corte establecido.

Para la comparación de la proporción de casos entre el grupo FM y Control del tipo de perfil temperamental y Trastorno de la personalidad según el TCI-R y el MCMI-II, y de los síndromes clínicos según el MCMI-III se ha realizado la prueba estadística X^2 de Pearson. Para aquellos casos que presentaban alguna casilla con una frecuencia esperada inferior a 5 se ha aplicado la prueba exacta de Fisher. Para la comparación de medias en las variables de malestar psicológico según la presencia o ausencia de TP, establecido según el TCI-R y el MCMI-III, se comprobaron los supuestos de normalidad, mediante la prueba de Shapiro-Wilk, y en aquellos casos que no cumplían los supuestos de aplicación para pruebas paramétricas se les aplicó la prueba estadística *U* de Mann Whitney, mientras que a los que si cumplían los supuestos de aplicación se les aplicó la prueba *t* de Student.

Para estudiar la relación entre las dimensiones de personalidad del TCI-R y sus subescalas, y las variables indicativas de malestar psicológico en el grupo FM se ha realizado la correlación de Pearson. Únicamente se ha realizado la correlación en aquellas escalas y subescalas del TCI-R que presentan diferencias significativas respecto al grupo control. Para la variable categórica IDP y IDP DAM se ha realizado la correlación de Spearman.

Para la comparación de medias en las variables de malestar psicológico según la presencia o ausencia de un trastorno emocional según el MCMI-III se comprobaron los supuestos de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk y en aquellos casos que

no cumplían los supuestos de aplicación para pruebas paramétricas se les aplicó la prueba estadística U de Mann Whitney, mientras que a los que si cumplían los supuestos de aplicación se les aplicó la t de Student.

Para la comparación de medias en las variables de malestar psicológico según el nivel de impacto de la FM se comprobaron los supuestos de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk y en aquellos casos que no cumplían los supuestos de aplicación para pruebas paramétricas se les aplicó la prueba estadística U de Mann Whitney, mientras que los que si cumplían los supuestos de aplicación se les aplicó la prueba estadística t de Student. El nivel de gravedad de las puntuaciones obtenidas en el FIQ han sido clasificados en función de las directrices establecidas por Bennet, Bushmakin, Cappelleri, Zlateva, y Sadosky (2009), que consideran una puntuación <39 como un impacto leve, ≥ 39 a < 59 como un impacto moderado, y > 59 como un impacto grave.

Para estudiar la relación entre la intensidad del dolor de la FM, valorado mediante una EVA, y las variables indicativas de malestar emocional en el grupo FM se ha realizado la correlación de Pearson.

Para la comparación de medias de las puntuaciones del TCI-R entre el grupo con FM sin trastorno emocional, el grupo con FM con trastorno emocional, y el grupo Control, se comprobaron los supuestos de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk y en aquellos casos que no cumplían los supuestos de aplicación para pruebas paramétricas se les aplicó la prueba estadística U de Mann Whitney, mientras que a los que si cumplían los supuestos de aplicación se les aplicó la prueba t de Student.

Para la corrección de error acumulado debido a la realización de múltiples comparaciones todos los resultados han sido corregidos mediante Bonferroni.

4. RESULTADOS

Objetivo 1: Analizar las diferencias en cuanto al estado emocional (ansiedad y depresión) y estado de salud entre un grupo de mujeres con Fibromialgia y un grupo Control.

Hipótesis 1.1: Las participantes con Fibromialgia, en comparación con el grupo Control, presentarían puntuaciones más elevadas en depresión (HADS) y ansiedad (HADS, STAI) y una mayor proporción de casos con sintomatología depresiva y ansiosa.

Tabla 23. Comparación de las puntuaciones medias de los síntomas de depresión y ansiedad, evaluados mediante el HADS y el STAI, entre el grupo con Fibromialgia y el grupo Control

		FM	CONTROL		
Malestar psicológico		(n=42) Media (DE)	(n=38) Media (DE)	<i>t</i>	<i>p</i>
Síntomas emocionales	HADS-D	9.02 (4.73)	2.03 (2.27)	-8.56	<.0005
	HADS-A	11.71 (4.01)	5.74 (3.40)	-7.15	<.0005
	STAI-E	29.74 (13.05)	15.32 (10.91)	-5.33	<.0005
	STAI-R	34.29 (12.38)	14.03 (7.21)	-9.05	<.0005

Nota. FM = Fibromialgia; DE = desviación estándar; HADS = Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; HADS-D = escala de depresión; HADS-A = escala de ansiedad, STAI = Inventario de Ansiedad Estado Rasgo; STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo. Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/4 = p < .01$.

Los resultados muestran que el grupo con FM presenta puntuaciones significativamente más elevadas en el HADS-D ($t(78) = -8.56, p < .0005$), HADS-A ($t(78) = -7.15, p < .0005$), STAI-E ($t(78) = -5.33, p < .0005$) y STAI-R ($t(78) = -9.05, p < .0005$), respecto al grupo control (Tabla 23).

Tabla 24. Comparación de la proporción de casos con sintomatología depresiva y ansiosa, evaluados mediante el HADS, y ansiosa, e valuados mediante el STAI, entre las pacientes con Fibromialgia y Controles en función del punto de corte

	FM		CONTROL		X ²	p	FM		CONTROL		X ²	p
	(n=42)	(n=38)	(n=42)	(n=38)			(n=42)	(n=38)				
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)			n(%)	n(%)				
Punto de corte	≥8 e < 11				≥11							
HADS-D	11 (26.19)	0 (0)	11.539	.001	14 (33.33)	0 (0)	15.354	<.0005				
HADS-A	9 (21.42)	7 (18.42)	.113	.737	27 (64.28)	4 (9.52)	24.293	<.0005				

Nota. FM = Fibromialgia; HADS = Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; HADS-D = escala de depresión; HADS-A = escala de ansiedad; STAI = Inventario de Ansiedad Estado Rasgo; STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo.

Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/4 = p < .01$.

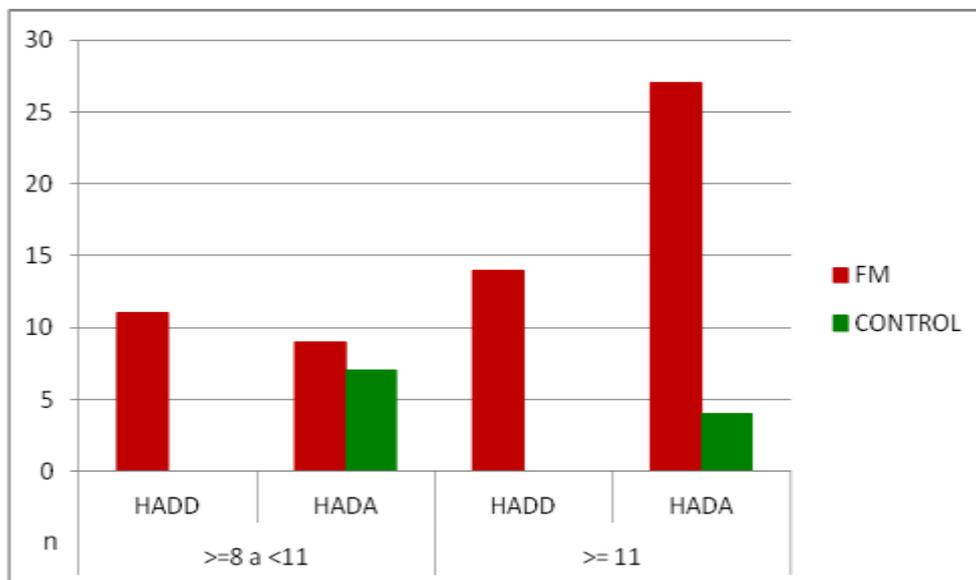


Figura 9. Comparación de casos con sintomatología depresiva y ansiosa, evaluados mediante el HADS entre las pacientes con Fibromialgia y Controles en función del punto de corte

Según las normas de interpretación del HADS (Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz, y Bousoño, 2004), una puntuación igual o superior a 8 e inferior a 11 es indicativa de un caso probable de ansiedad o depresión, mientras que una puntuación igual o superior a 11 es indicativa de un caso clínico de ansiedad o depresión.

En la Tabla 24 y en la Figura 9 se observa que un 26.19% (n=11) de las pacientes con FM presenta puntuaciones entre 8 y 10 en el HADS-D y un 21.42 % (n=9) en el HADS-A indicativo de un caso probable de depresión y ansiedad respectivamente, con diferencias significativas respecto al 0 % (n=0) en el HADS-D ($X^2= 11.54, p = .001$) y sin diferencias significativas respecto al 18.42% (n=7) en el HADS-A en los controles ($X^2= .113, p = .737$). Un 33.3% (n=14) de las pacientes con FM presenta puntuaciones iguales o superiores a 11 en el HADS-D y un 64.28 % en el HADS-A (n=27) indicativo de un nivel clínico de depresión y ansiedad respectivamente, con diferencias significativas respecto el 0 % (n=0) en el HADS-D ($X^2= 15.35, p < .0005$) y el 9.52% (n=4) en el HADS-A en los Controles ($X^2= 24.29, p < .0005$).

Tabla 25. Comparación de la proporción de casos con sintomatología ansiosa, evaluada mediante el STAI, entre las pacientes con Fibromialgia y Controles en función del punto de corte

	FM	CONTROL	X^2	<i>p</i>
	(n=42)	(n=38)		
	n (%)	n (%)		
Punto de corte	Pc ≥ 75			
STAI-E	20 (47.62)	4 (10.53)	13.071	< .0005
STAI-R	26 (61.90)	0 (0)	34.850	< .0005

Nota. STAI = Inventario de Ansiedad Estado Rasgo; STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo; Pc = percentil.

Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/4 = p < .01$.

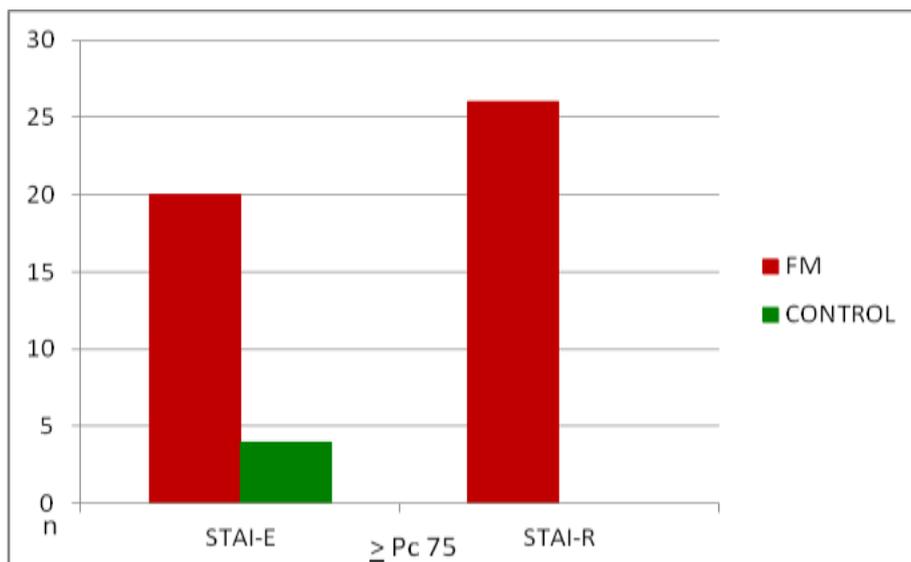


Figura 10. Comparación de casos con puntuaciones en ansiedad estado y ansiedad rasgo superiores o iguales al percentil 75 entre las pacientes con Fibromialgia y Controles en función del punto de corte

En la Tabla 26 y Figura 10 se observa que un 47.62% (n=20) de las pacientes con FM presenta puntuaciones iguales o superiores al Pc 75 en STAI-E y un 61.90% (n=26) en el STAI-R indicativo de puntuaciones significativas en ansiedad estado y ansiedad rasgo respectivamente, con diferencias significativas respecto al 10.53% (n=4) en STAI-E ($X^2=13.07, p < .0005$) y el 0% (n=0) en STAI-R en los controles ($X^2=34.85, p < .0005$).

Hipótesis 1.2: No todas las participantes con Fibromialgia presentarían puntuaciones superiores al punto de corte en las escalas de depresión (HADS) y ansiedad (HADS, STAI).

Tabla 26. Presencia de sintomatología depresiva y ansiosa, evaluada mediante el HADS, en las pacientes con Fibromialgia (n=42)

	Sintomatología depresiva	Sintomatología ansiosa
	HADS-D	HADS-A
	(n=42)	(n=42)
	n (%)	n (%)
Ausente	17 (41)	6 (14)
Probable (8-10)	11 (26)	9 (22)
Presente (11-21)	14 (33)	27 (64)

Nota. HADS = Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; HADS-D = escala de depresión; HADS-A = escala de ansiedad.

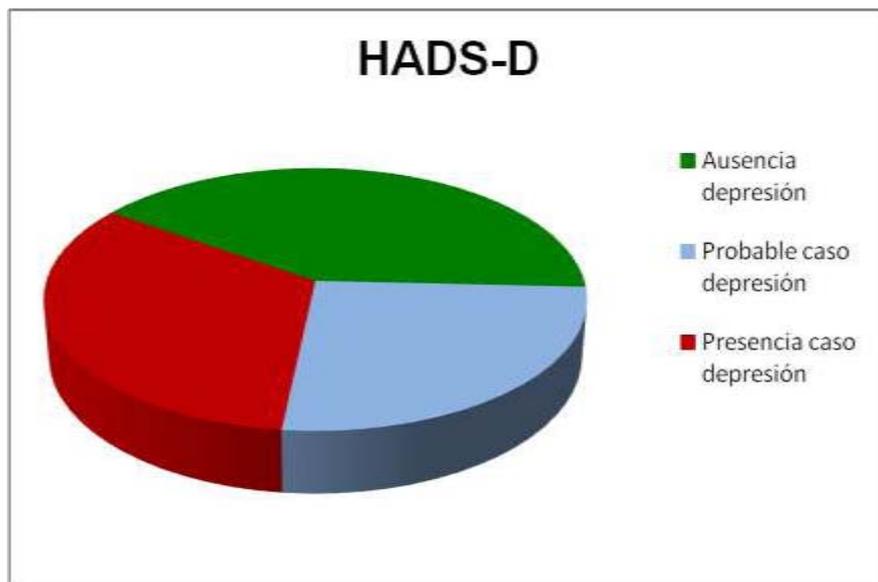


Figura 11. Presencia de sintomatología depresiva, evaluada mediante el HADS, en las pacientes con Fibromialgia

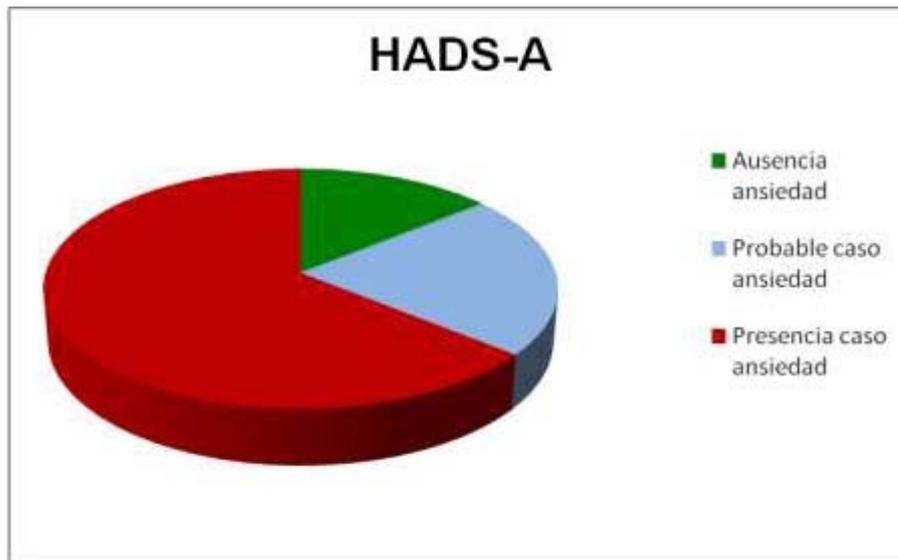


Figura 12. Presencia de sintomatología ansiosa, evaluada mediante el HADS, en las pacientes con Fibromialgia

Los resultados expuestos en la Tabla 26 y Figura 11 y 12 muestran que de los 42 pacientes con FM, 14 presentan síntomas de depresión, 11 pacientes muestran una puntuación indicativa de la posible presencia de depresión, mientras que 17 pacientes no muestran síntomas de sintomatología depresiva. En relación a la ansiedad observamos que 27 pacientes muestran síntomas ansiosos, 9 pacientes presentan una puntuación indicativa de la posible presencia de ansiedad, y 6 pacientes no muestran ningún síntoma de ansiedad.

Tabla 27. Puntuaciones superiores o iguales al Percentil 75, indicativas de una elevación psicométrica de la ansiedad estado y rasgo, evaluado mediante el STAI, en las pacientes con Fibromialgia

	STAI-E	STAI-R
	(n=42)	(n=42)
	n (%)	n (%)
≥Pc75	20	26
< Pc75	22	16

Nota. STAI = Inventario de Ansiedad Estado Rasgo; STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo; Pc = percentil.

Los resultados expuestos en la Tabla 27 muestran que de los 42 pacientes con FM, 20 presentan puntuaciones superiores al Pc 75 en ansiedad estado, mientras que 22 pacientes presentan puntuaciones inferiores al Pc 75 en ansiedad estado. En relación a la ansiedad rasgo 26 pacientes presentan puntuaciones significativas en ansiedad-rasgo y 16 pacientes puntuaciones inferiores al Pc 75.

Hipótesis 1.3: Las participantes con Fibromialgia, en comparación con el grupo Control, presentarían puntuaciones más bajas en todas las escalas del estado de salud (SF-36).

Tabla 28. Comparación de las medias de las puntuaciones del Cuestionario de salud (SF-36) entre el grupo Fibromialgia y Control

SF-36	FM	CONTROL	<i>t</i>	<i>p</i>
	(n= 42)	(n=37)		
	Media (DE)	Media (DE)		
Función física	40.60 (18.19)	92.97 (15.66)	13.76	<.0005
Función social	44.64 (24.87)	96.62 (8.15)	12.79	<.0005
Rol físico	11.31 (22.23)	97.30 (7.87)	23.46	<.0005
Rol emocional	50.75 (44.33)	95.09 (13.90)	6.15	<.0005
Salud mental	47.71 (20.02)	77.51 (12.05)	8.12	<.0005
Vitalidad	20.90 (17.00)	70.86 (16.62)	13.17	<.0005
Dolor	26.85 (20.53)	86.42 (15.47)	14.67	<.0005
Salud general	30.65 (17.70)	80.47 (11.96)	14.80	<.0005
Cambio salud en el tiempo	33.33 (25.70)	54.05(18.18)	4.17	<.0005

Nota. FM= Fibromialgia; DE= desviación estándar.

Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/9 = p < .006$.

Los resultados muestran que el grupo con FM presenta puntuaciones significativamente más bajas en todas las escalas del SF-36 ($p < .0005$) respecto al grupo control, indicativas de una peor percepción del estado de salud (Tabla 28).

Tomando en consideración las puntuaciones medias y las desviaciones estándar (DE) del grupo normativo de validación (Institut Municipal d'Investigació Mèdica, 2000), observamos que las escalas que muestran un mayor deterioro son vitalidad (VT), dolor corporal (DC), función social (FS) y función física (FF), seguidas de rol físico (RF), salud mental (SM), y salud general (SG). La escala rol emocional (RE) es la que presenta un menor deterioro al presentar puntuaciones inferiores a la puntuación media aunque se encuentran dentro del rango de la normalidad.

Objetivo 2. Evaluar las dimensiones de personalidad en una muestra de sujetos con Fibromialgia.

Hipótesis 2.1: Las participantes del grupo Fibromialgia, en comparación al grupo Control, obtendrían mayores puntuaciones en la dimensión temperamental Evitación del riesgo (ER).

Hipótesis 2.2: Las participantes del grupo Fibromialgia, en comparación al grupo Control, obtendrían menores puntuaciones en la dimensión de carácter Autodirección (AD).

Tabla 29. Comparación de medias entre las pacientes con Fibromialgia y los Controles sanos en el Inventario de Temperamento y Carácter- Revisado (TCI-R)

	FM	CONTROL	<i>t</i>	<i>p</i>
	Media (DE) (n=42)	Media (DE) (n=38)		
BN BÚSQUEDA DE NOVEDAD	89.43 (10.96)	97.42 (12.38)	3.063	.003
BN1 Excitabilidad exploratoria	27.98 (4.84)	31.47(5.87)	2.919	.005
BN2 Impulsividad	21.86 (4.38)	23.50 (4.87)	1.589	.116
BN3 Extravagancia	25 (5.22)	25.97 (4.61)	0.881	.381
BN4 Desorden	14.60 (3.51)	16.47 (4.29)	2.150	.035
ER EVITACIÓN DEL RIESGO	120.81 (14.32)	94 (16.88)	-7.681	<. 0005
ER1 Ansiedad anticipatoria y	35.90 (5.83)	28.05 (7.04)	-5.452	<. 0005

pesimismo				
ER2 Temor a lo incierto	29.02 (3.90)	24.29 (4.72)	-4.907	<. 0005
ER3 Timidez	21.95 (5.67)	20.21 (5.53)	-1.389	.169
ER4 Fatigabilidad	33.93 (3.96)	21.45 (5.16)	-12.202	<.0005
DR DEPENDENCIA DE RECOMPENSA	111.31 (14.86)	109.34 (12.56)	-0.636	.527
DR1 Sentimentalismo	31.12 (4.00)	28.39 (4.62)	-2.825	.006
DR2 Calidez	37.29 (6.66)	37.05 (7.01)	-0.153	.879
DR3 Vinculación	21.21 (5.18)	22.34 (4.55)	1.031	.306
DR4 Dependencia	21.69 (4.36)	21.55 (4.18)	-0.144	.886
PS PERSISTENCIA	104.48 (18.77)	112.08 (15.58)	1.959	.054
PS1 Esfuerzo	28.79 (5.65)	31.55 (5.10)	2.292	.025
PS2 Fortaleza en el trabajo	23.79 (5.88)	26.82 (4.59)	2.550	.013
PS3 Ambición	25.26 (6.18)	27.50 (6.42)	1.588	.116
PS4 Perfeccionismo	26.33 (6.15)	26.21 (4.73)	-0.101	.920
AD AUTODIRECCIÓN	147.55 (18.80)	158.03 (15.10)	2.671	.009
AD1 Responsabilidad	30.45 (4.60)	33.39 (4.61)	2.854	.006
AD2 Determinación	21.33 (4.90)	24.24 (3.15)	3.181	.002
AD3 Autoeficacia	17.86 (3.96)	19.89 (3.20)	2.516	.014
AD4 Autoaceptación	37.90 (6.31)	37.76 (7.42)	-0.092	.927
AD5 Hábitos congruentes	40 (5.93)	42.74 (4.59)	2.291	.025
C COOPERACIÓN	145.26 (13.82)	147.68 (9.39)	0.924	.358
C1 Aceptación social	31.88 (4.17)	32.47 (4.22)	0.632	.529
C2 Empatía	19.31 (3.47)	19.16 (2.35)	-0.226	.821

C3 Tendencia ayudar	31.71 (3.59)	33.47 (2.76)	2.439	.017
C4 Compasión	30.50 (3.42)	30.45 (2.86)	-0.074	.941
C5 Principios	31.86 (4.28)	32.16 (3.70)	0.335	.739
T TRASCENDENCIA	64.74 (14.03)	65.29 (15.75)	0.166	.869
T1 Abstracción	26.45 (5.86)	27.13 (6.96)	0.473	.637
T2 Identificación transpersonal	18.31 (5.18)	19.68 (5.89)	1.111	.270
T3 Aceptación espiritual	20 (5.96)	18.47 (5.76)	-1.162	.249

Nota. FM= Fibromialgia; DE= desviación estándar;

$p < .05$; Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/36 = p < .001$.

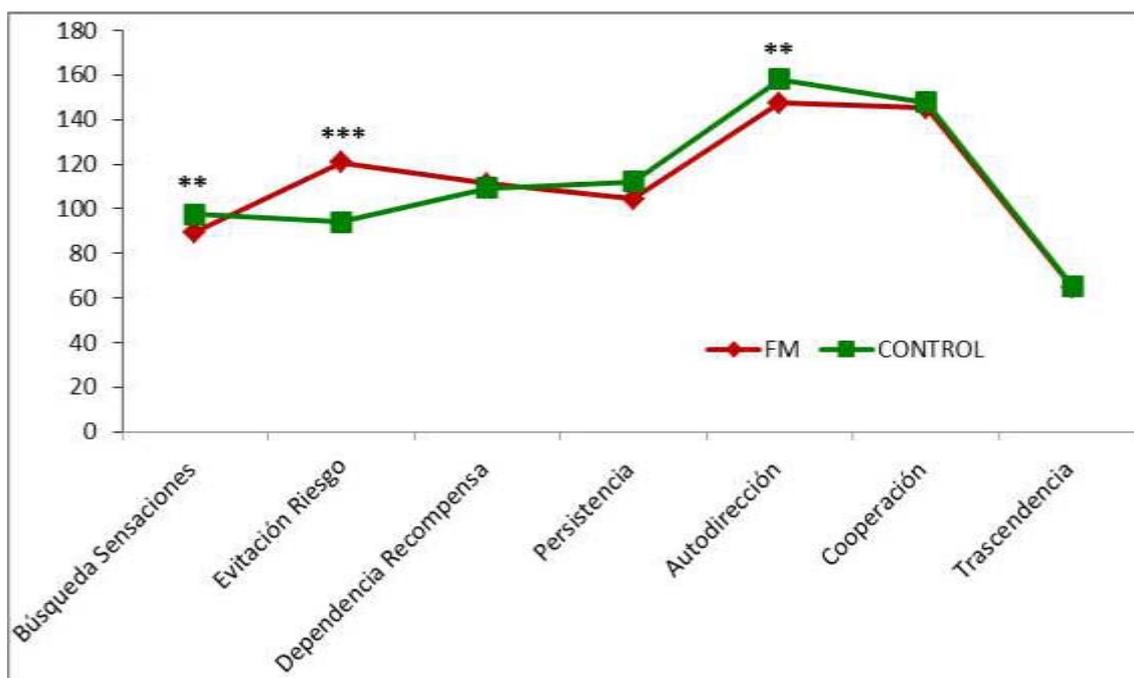


Figura 13. Comparación de las puntuaciones de las dimensiones del Inventario de Temperamento y Carácter - Revisado (TCI-R), entre FM y Controles.

Nota. FM = Fibromialgia. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

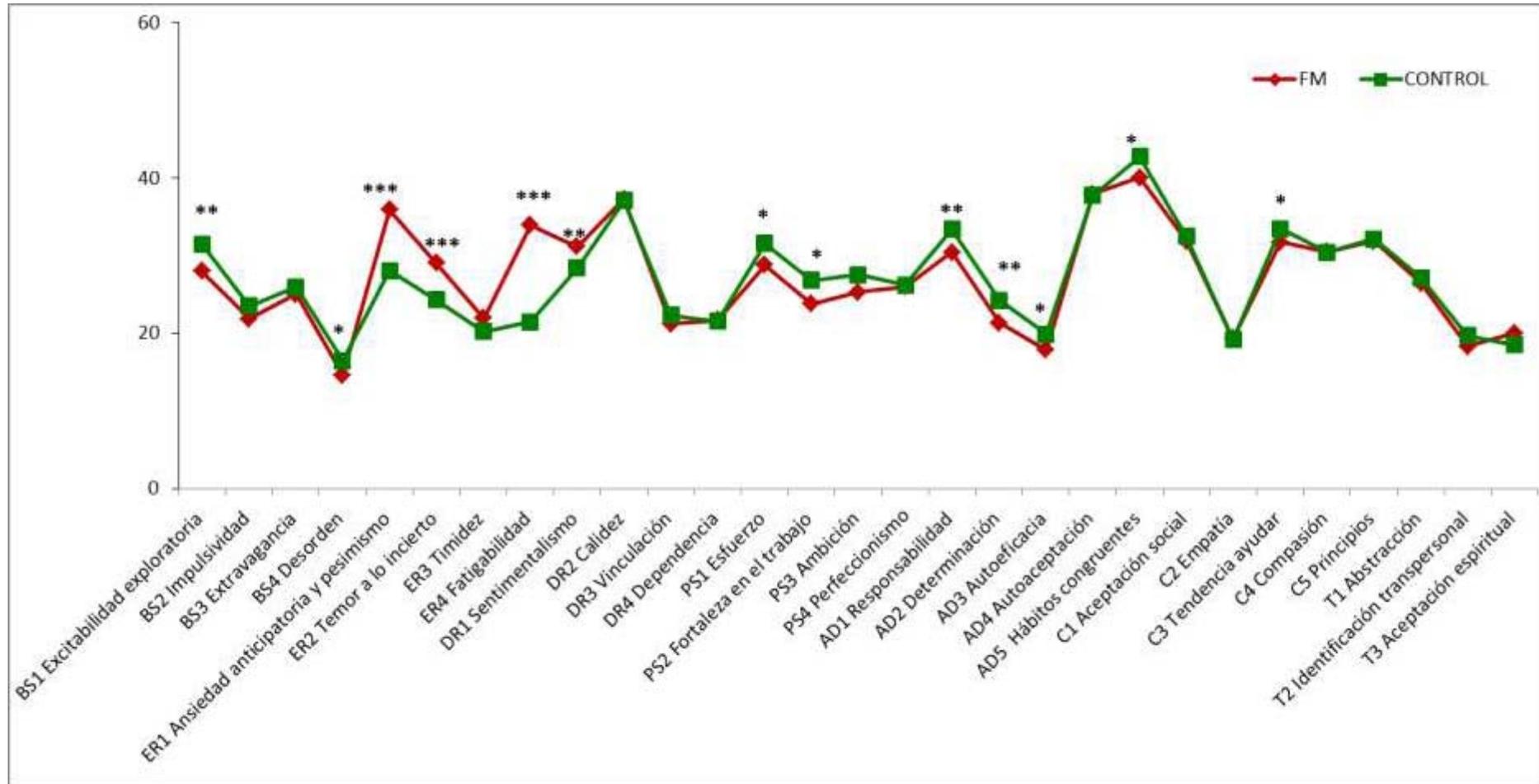


Figura 14. Comparación de las puntuaciones de las subescalas del Inventario de Temperamento y Carácter - Revisado (TCI-R), entre FM y Controles. * < .05. ** < .01. *** < .001.

Las pacientes con FM presentan puntuaciones significativamente más elevadas en ER ($t(78) = -7.68, p < .0005$) y significativamente más bajas en BN ($t(78) = 3.06, p = .003$), AD ($t(78) = 2.67, p = .009$) y con una tendencia a la significación estadística en PS ($t(78) = 1.96, p = .054$), en comparación al grupo control. En las subescalas, se observan puntuaciones más elevadas, con diferencias estadísticamente significativas en Ansiedad anticipatoria-pesimismo (ER1) ($t(78) = -5.45, p < .0005$), Temor a lo incierto (ER2) ($t(78) = -4.91, p < .0005$), Fatigabilidad (ER4) ($t(78) = -12.20, p < .0005$) y Sentimentalismo (DR1) ($t(78) = -2.83, p = .006$), y puntuaciones más bajas en Excitabilidad exploratoria (BS1) ($t(78) = 2.92, p = .005$), Desorden (BS4) ($t(78) = 2.15, p = .035$), Esfuerzo (PS1) ($t(78) = 2.29, p = .025$), Fortaleza en el trabajo (PS2) ($t(78) = 2.55, p = .013$), Responsabilidad (AD1) ($t(78) = 2.85, p = .006$), Determinación (AD2) ($t(78) = 3.12, p = .002$), Autoeficacia (AD3) ($t(78) = 2.52, p = .014$), Hábitos congruentes (AD5) ($t(78) = 2.29, p = .025$) y Tendencia a ayudar (C3) ($t(78) = 2.44, p = .017$), respecto al grupo control. Si se establece una $p < .001$ únicamente son significativas ER ($t(78) = -7.68, p < .0005$), Ansiedad anticipatoria-pesimismo (ER1) ($t(78) = -5.45, p < .0005$), Temor a lo incierto (ER2) ($t(78) = -4.91, p < .0005$) y Fatigabilidad (ER4) ($t(78) = -12.20, p < .0005$) (Tabla 29, Figura 13 y 14).

Objetivo 3. Estudiar el tipo de perfil temperamental de los pacientes con Fibromialgia y la presencia de Trastornos de la Personalidad establecidos mediante el Inventario de Temperamento y Carácter- Revisado (TCI-R).

Hipótesis 3.1: Las participantes con Fibromialgia presentarían mayoritariamente un perfil temperamental del cluster C.

Hipótesis 3.2: Los participantes con Fibromialgia presentarían un mayor número de Trastornos de la Personalidad en comparación al grupo Control, ubicados mayoritariamente en el cluster C.

Tabla 30. Comparación de la proporción de cada perfil temperamental y Trastornos de la Personalidad, según el TCI-R, y agrupados por Clusters, entre el grupo con Fibromialgia y Control

		FM (n=42)	CONTROL (n=38)	X ²	p
Perfil temperamental	Metódico	14	5	4.484	.034
	Cauteloso	15	4	6.989	.008
	Explosivo ^a	7	1		.059
	Sensitivo ^a	6	4		.741
	Apasionado ^a	0	5		.021
	Independiente ^a	0	6		.009
	Aventurero ^a	0	9		.001
	Fiable ^a	0	4		.047
	Cluster A ^a	0	6		.009
	Cluster B	7	15	5.205	.023
Cluster C	29	9	16.463	<.0005	
Trastorno Personalidad	Ausente	27	30	2.094	.148
	Obsesivo ^a	7	3		.318
	Evitativo ^a	4	1		.362
	Límite ^a	2	0		.495
	Pasivo-agresivo ^a	2	2		1.000
	Histriónico	0	0	-	-
	Esquizoide ^a	0	1		.475
	Antisocial ^a	0	1		.475
	Cluster A ^a	0	1		.348
	Cluster B ^a	2	1		1.00
Cluster C ^a	11	4		.371	
Total TP	15	8	2.094	.148	

Nota. FM = Fibromialgia; TP = Trastorno de Personalidad. ^a Prueba exacta de Fisher. Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/23 = p < .002$.

Desde una visión dimensional del estudio de la personalidad, el TCI-R informa de que un 69% (n=29) de los pacientes con FM presenta un perfil temperamental del cluster C, con diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo control (24%, n=9) ($X^2(1, N=80) = 16.46, p < .0005$). Únicamente un 17% (n=7) de los pacientes con FM presenta un perfil temperamental dentro del cluster B, sin diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo control ($X^2(1, N=80) = 5.21, p = .023$), donde presentan este perfil un 39% (n=15) de los participantes. No se observa ningún perfil temperamental del cluster A en el grupo FM, mientras que en el grupo control un 16% (n=6) presenta un perfil temperamental del cluster A, sin diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo con FM ($p = .009$). Un 36% (n=15) de pacientes con FM presenta un posible diagnóstico psicométrico de TP aunque sin diferencias significativas respecto al grupo control ($X^2(1, N=80) = 2.09, p = .148$). Los TP más frecuentes en el grupo FM se ubican en el cluster C, aunque sin diferencias significativas respecto al grupo control ($p = .371$). De los 15 diagnósticos psicométrico de TP realizados mediante el TCI-R, siete hacen referencia al Trastorno Obsesivo de la personalidad, cuatro al Trastorno Evitativo, dos al Límite y dos al Pasivo-Agresivo (Tabla 30, Figura 15).

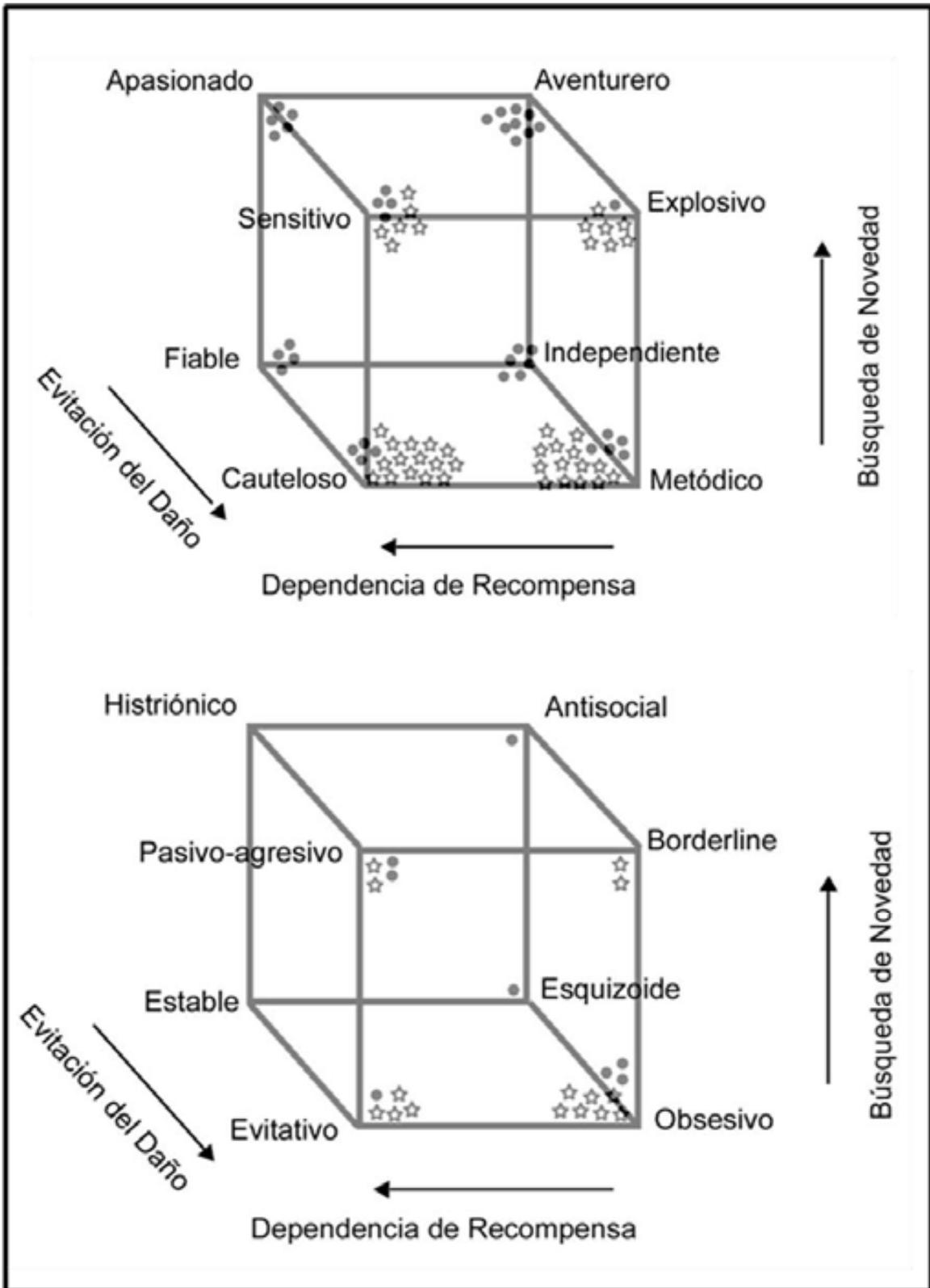


Figura 1 5. Perfil temperamental y Trastornos de la Personalidad en el grupo Fibromialgia y Control

☆ FM; ● Control. Cubo superior = Perfil temperamental, Cubo inferior = Trastornos de la Personalidad.

Objetivo 4. Analizar las diferencias en los Patrones y los Trastornos de la Personalidad entre un grupo de Fibromialgia y un grupo Control mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III).

Hipótesis 4.1: Las pacientes con Fibromialgia, en comparación con el grupo Control, presentarían una proporción mayor de casos con puntuaciones de Prevalencia (PREV) superiores a 75 y 85 en las escalas de Patrones de la Personalidad respecto a un grupo Control.

Hipótesis 4.2: Los participantes con Fibromialgia presentarían una mayor proporción de casos con puntuaciones de Prevalencia (PREV) superiores a 75 y 85 en las escalas de Patrones de Personalidad ubicados, preferentemente, en el cluster C.

Hipótesis 4.3: Los participantes con Fibromialgia, en comparación al grupo Control no presentarían ningún Trastorno grave de la Personalidad.

Tabla 31. Comparación de la proporción de los patrones de personalidad entre el grupo con Fibromialgia y Control

Patrones de Personalidad	FM	C	X ²	p	FM	C	X ²	p
	(n=42)	(n=38)			(n=42)	(n=38)		
	PREV	PREV			PREV	PREV		
	≥ 85%	≥ 85%			≥ 75%	≥ 75%		
Esquizoide	1	0		1.000 ^a	1	0		1.000 ^a
Evitativa	0	0	-	-	5	2		.436 ^a
Depresiva	0	0	-	-	6	0		.027 ^a
Dependiente	1	0		1.000 ^a	3	1		.617 ^a
Histriónica	0	8		.002 ^a	8	13	2.369	.124
Narcisista	0	0	-	-	0	3		.103 ^a
Antisocial	0	0	-	-	0	0	-	-
Agresiva (sádica)	0	0	-	-	1	0		1.000 ^a
Compulsiva	5	8	1.227	.268	14	23	5.934	.015
Negativista (pasivo-agresivo)	0	0	-	-	1	0		1.000 ^a
Autodestructiva	0	0	-	-	0	0	-	-
Esquizotípica	0	0	-	-	0	0	-	-
Límite	0	0	-	-	1	0		1.000 ^a
Paranoide	0	0	-	-	0	0	-	-
Sinceridad	0	0	-	-	5	0	-	.056 ^a
Deseabilidad	14	23	5.934	.015	23	34	11.735	.001

Devaluación	6	0	-	.027	11	0	10.977	.001
Cluster A	1	0		1.000 ^a	1	0		1.000 ^a
Cluster B	0	8		.002^a	9	14	2.314	.128
Cluster C	6	8	0.633	.426	20	24	1.946	.163
Presencia Patrón	7	16	6.302	.012	32	35	3.713	.054
Ausencia Patrón	35	22	6.302	.012	10	3	3.713	.054

Nota. FM = Fibromialgia; C = Control; PREV = Puntuación Prevalencia. ^a Prueba exacta de Fisher. Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/22 = p < .002$.

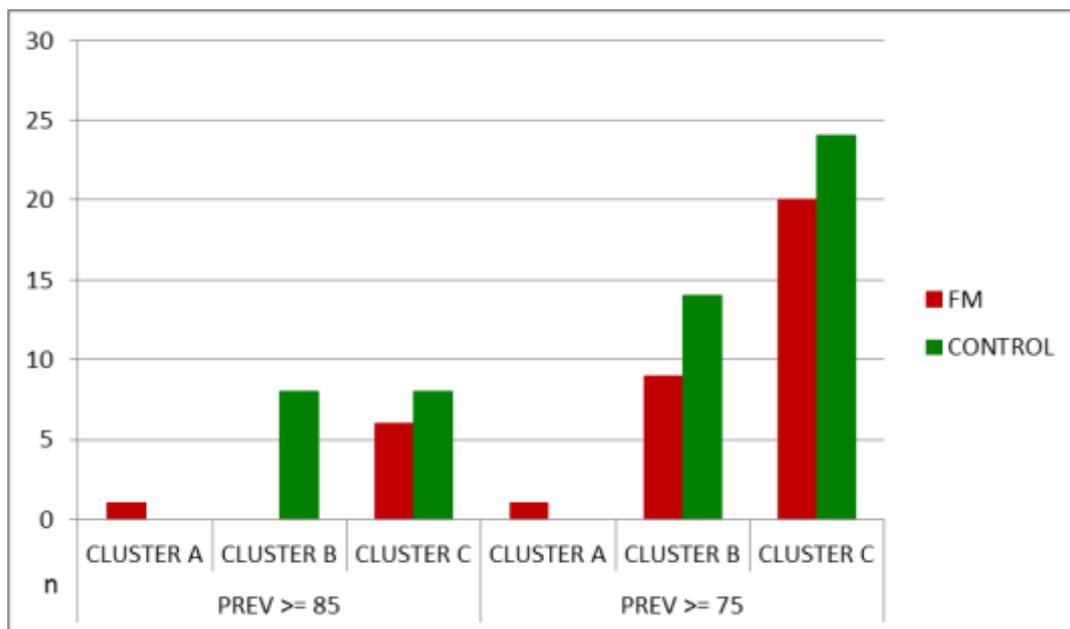


Figura 16. Proporción de los patrones de personalidad con puntuaciones de prevalencia superiores o iguales a 75 y 85, entre el grupo con Fibromialgia y Control

Según el manual de interpretación del MCMI-III (Millon y cols., 2009, p. 131), en las escalas de Eje II, una puntuación de Prevalencia (PREV) de 75 puede considerarse como un indicio de la presencia de rasgos de personalidad clínicamente significativos, mientras que las puntuaciones PREV de 85 indican una patología lo suficientemente predominante para denominarse Trastorno de Personalidad.

En la Tabla 31 y Figura 16 se observa que tomando como punto de corte una puntuación PREV superior o igual a 85, el grupo con FM no presenta más TP que el grupo control. Se observa que en el grupo con FM el patrón de personalidad más frecuente es el Compulsivo, aunque no se observan diferencias significativas respecto al

grupo control ($X^2(1, N=80) = 1.23, p = .268$) y mayoritariamente los patrones de personalidad se ubican en el cluster C sin observar diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo control ($X^2(1, N=80) = 0.63, p = .426$).

Si se utiliza el punto de corte de una puntuación PREV superior o igual a 75 el patrón de personalidad más frecuente en el grupo con FM sigue siendo el compulsivo, seguido del histriónico, depresivo, evitativo, dependiente y finalmente el límite, el pasivo-agresivo, el agresivo y el esquizoide con un solo sujeto en cada categoría. La mayoría de patrones de personalidad se ubican en el cluster C seguido del cluster B, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo control ($p > .05$) (Tabla 31).

En relación a los índices modificadores, se observa que el grupo con FM presenta una mayor proporción de pacientes con puntuaciones PREV superiores o iguales a 75 en la escalas de sinceridad ($p = .056$) y devaluación ($X^2(1, N=80) = 10.98, p = .001$) y una menor proporción en la escala de deseabilidad social ($X^2(1, N=80) = 11.74, p = .001$) respecto al grupo control, con diferencias estadísticamente significativas en las dos últimas escalas (Tabla 31).

Tabla 32. Comparación de medias de las puntuaciones de los índices modificadores del MCMI-III, ente el grupo Fibromialgia y Control.

	FM	CONTROL	<i>t</i>	<i>p</i>
	(n=42) Media (DE)	(n=38) Media (DE)		
Sinceridad	52.83 (17.10)	31.63 (13.98)	-6.033	<.0005
Deseabilidad social	70.93 (18.69)	84.74 (9.90)	4.183	<.0005
Devaluación	60.95 (18.93)	18.32 (16.64)	-10.653	<.0005

Nota. FM= Fibromialgia; DE= desviación estándar.

Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/3 = p < .01$.

En la Tabla 32 se observa que el grupo con FM presenta puntuaciones indicativas de un mayor nivel de sinceridad ($t(78) = -6.03, p < .0005$), un mayor nivel de devaluación ($t(78) = -10.65, p < .0005$) y un menor nivel de deseabilidad social ($t(78) = 4.18, p < .0005$) con diferencias significativas respecto al grupo control.

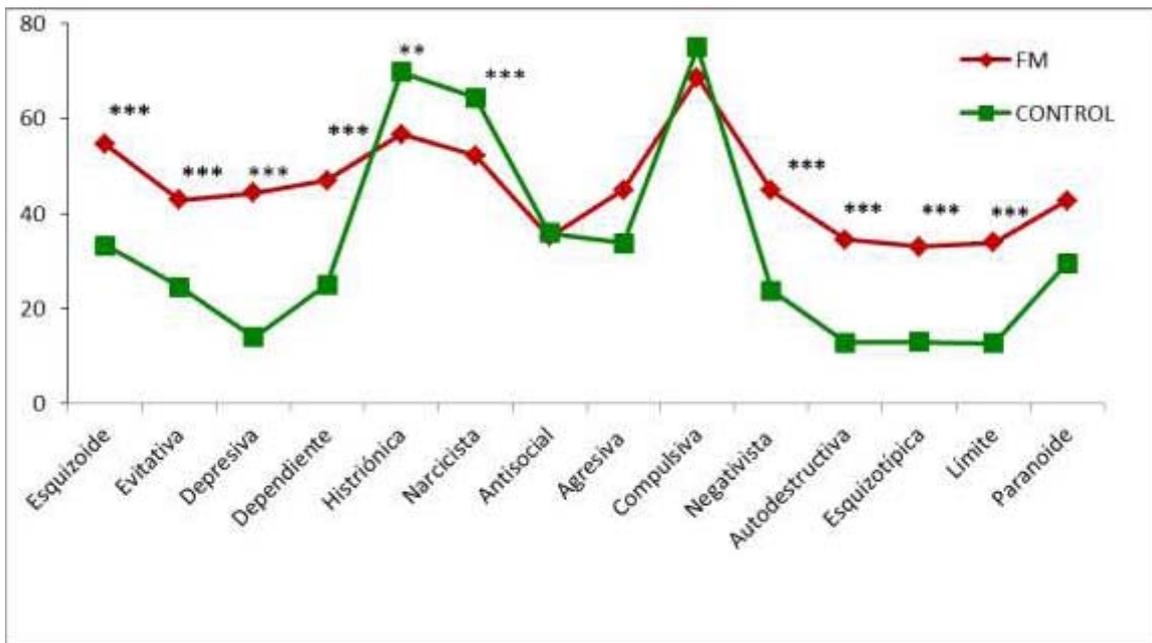


Figura 17. Comparación de las puntuaciones medias de las escalas de Patrones de personalidad y Trastornos de la Personalidad del MCMI-III

Nota. FM = Fibromialgia.

** $p < .01$. *** $p < .001$

En la Figura 17 se realiza una comparación de las puntuaciones medias de las escalas de patrones clínicos de personalidad del MCMI-III, observándose puntuaciones significativamente más elevadas respecto al grupo control en todas las escalas, a excepción de las escalas narcisista, histriónica y compulsiva que presentan puntuaciones más elevadas en el grupo control. Las escalas antisocial, agresiva, compulsiva y paranoide no presentan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo FM y control.

Objetivo 5. Analizar las diferencias en las escalas clínicas entre un grupo de Fibromialgia y un grupo Control

Hipótesis 5.1: El grupo con Fibromialgia, en comparación al grupo Control, presentaría una proporción mayor de casos con puntuaciones de Prevalencia (PREV) superiores a 75 y 85 en las escalas clínicas del MCMI-III.

Hipótesis 5.2: El grupo con Fibromialgia, en comparación al grupo Control, presentaría una mayor proporción de casos con puntuaciones de Prevalencia (PREV) superiores a 75 y 85 en las escalas clínicas que definen un Trastorno ansioso-depresivo.

Tabla 33. Comparación de la proporción de la presencia de síndromes clínicos entre el grupo Fibromialgia y Control

	FM		X ²	p	C		X ²	p
	(n=42)	(n=38)			(n=42)	(n=38)		
	PREV ≥ 85	PREV ≥ 85			PREV ≥ 75	PREV ≥ 75		
Trastorno ansiedad	19	1	19.315	<.0005	21	2	19.492	<.0005
Trastorno somatoformo	14	0	15.354	<.0005	30	0	43.429	<.0005
Trastorno bipolar	0	0	-	-	3	0		.242 ^a
Trastorno distímico	8	0		.006 ^a	21	0	25.763	<.0005
Dependencia del alcohol	0	0	-	-	0	0	-	-
Dependencia de sustancias	0	0	-	-	0	0	-	-
Trastorno de estrés Postraumático	0	0	-	-	0	0	-	-
Trastorno pensamiento	0	0	-	-	3	0		.242 ^a
Depresión mayor	2	0		.495 ^a	8	0		.006 ^a
Trastorno delirante	0	0	-	-	0	0	-	-

Trastorno ansioso ^b	24	1	27.593	<.0005	34	2	46.178	<.0005
Trastorno afectivo ^c	8	0		.006 ^a	22	0	27.455	<.0005
Trastorno emocional ^d	25	1	29.435	<.0005	35	2	48.913	<.0005
Ausencia Trastorno emocional	17	37	29.435	<.0005	7	36	48.913	<.0005

Nota. FM = Fibromialgia; C = Control; PREV= Puntuación de Prevalencia; TP = Trastorno de la Personalidad. ^a Prueba exacta de Fisher. ^b Pacientes que presentan un Trastorno de ansiedad y/o un Trastorno somatoforme. ^c Pacientes que presentan Depresión mayor y/o distimia y/o un Trastorno bipolar. ^d Pacientes que presentan Depresión mayor y/o distimia y/o un Trastorno bipolar y/o un Trastorno de ansiedad y/o un Trastorno somatoforme.

Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/14 = p < .004$.

Según el manual de interpretación del MCMI-III (Millon y cols., 2009, p. 131), en las escalas de Eje I, una PREV de 75 indica la presencia de un síndrome clínico, mientras que una PREV de 85 indica su prominencia.

Al establecer como punto de corte una PREV igual o superior a 85, el grupo con FM presenta diferencias significativas respecto al grupo control mostrando una mayor proporción de pacientes con Trastorno de ansiedad ($n=19$) ($X^2(1, N=80) = 19.32, p < .0005$), Trastorno somatoforme ($n=14$) ($X^2(1, N=80) = 15.35, p < .0005$). Si se establece una PREV igual o superior a 75 como punto de corte, el grupo con FM presenta diferencias significativas respecto al grupo control mostrando una mayor proporción de Trastorno de ansiedad ($n=21$) ($X^2(1, N=80) = 19.49, p < .0005$) Trastorno somatoforme ($n=30$) ($X^2(1, N=80) = 43.43, p < .0005$), Trastorno distímico ($n=21$) ($X^2(1, N=80) = 25.76, p < .0005$). También se observa una mayor proporción del Trastorno depresivo mayor con tendencia a la significación estadística ($n=8$) ($p = .006$). Si agrupamos los Trastornos en categorías, se observa una mayor proporción de Trastornos ansiosos ($n=34$) ($X^2(1, N=80) = 46.18, p < .0005$), y afectivos ($n=22$) ($X^2(1, N=80) = 27.46, p < .0005$) en los pacientes con FM, con una mayor prominencia de los Trastornos ansiosos frente a los afectivos, respecto al grupo control (Tabla 33).

En la Figura 18 se realiza una comparación de las puntuaciones medias de las escalas de síndromes clínicos del MCMI-III, observándose diferencias significativas respecto al grupo control en las escalas de Trastorno de Ansiedad, Trastorno

somatoformo, Trastorno distímico, Trastorno de estrés post traumático, Trastorno de pensamiento y Depresión mayor. Es importante destacar que el MCMII-III no permite sacar conclusiones clínicas cuando las puntuaciones en una escala son inferiores a 75, por lo que a pesar de las diferencias clínicamente significativas respecto al grupo control éstas no son interpretables clínicamente. Sin embargo, se puede observar que el grupo FM presenta puntuaciones superiores al grupo control en todas las escalas de síndromes clínicos.

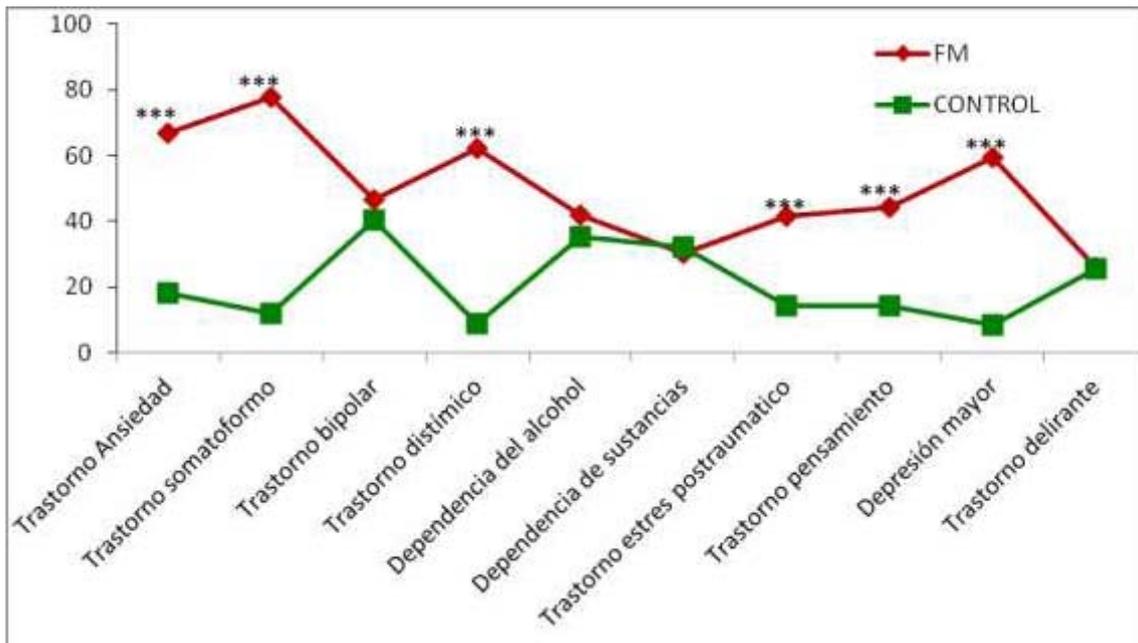


Figura 18. Comparación de las puntuaciones medias de las escalas de síndromes clínicos del MCMII-III

Nota. FM = Fibromialgia.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Objetivo 6. Explorar si las dimensiones de personalidad se relacionan con indicadores de malestar psicológico en la Fibromialgia.

Hipótesis 6.1: La dimensión de temperamento Evitación del riesgo correlacionaría positivamente con síntomas depresivos (HADS) y ansiosos (HADS, STAI).

Hipótesis 6.2: La dimensión de temperamento Evitación del riesgo correlacionaría positivamente con el número de síntomas clínicos acompañantes de la Fibromialgia, con el número de bajas causadas por la Fibromialgia, y negativamente con el estado de salud (SF-36).

Hipótesis 6.3: La dimensión de temperamento Evitación del riesgo correlacionaría positivamente con la intensidad del dolor propio de la Fibromialgia (MPQ) y con la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (MPQ DAM).

Hipótesis 6.4: La dimensión de carácter Autodirección correlacionaría negativamente con síntomas depresivos (HADS) y ansiosos (HADS, STAI).

Hipótesis 6.5: La dimensión de carácter Autodirección correlacionaría negativamente con el número de síntomas clínicos acompañantes de la Fibromialgia, con el número de bajas causadas por la Fibromialgia, y positivamente con el estado de salud (SF-36).

Hipótesis 6.6: La dimensión de carácter Autodirección correlacionaría negativamente con la intensidad del dolor propio de la Fibromialgia (MPQ) y con la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (MPQ DAM).

En la Tabla 34 y 35 se muestran los coeficientes de correlación entre los indicadores de malestar psicológico y las escalas y subescalas del TCI-R. Únicamente se han incluido aquellas escalas y subescalas del TCI-R que han mostrado diferencias significativas respecto a las puntuaciones obtenidas en el grupo control.

Tabla 34. Correlaciones entre las dimensiones del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) y las medidas de malestar psicológico en el grupo con Fibromialgia

Malestar psicológico		TEMPERAMENTO				CARÁCTER	
		ER		BN		AD	
		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Síntomas emocionales	HADS-D	.424	.005	.079	.617	-.377	.014
	HADS-A	.337	.029	.231	.140	-.403	.008
	STAI-E	.457	.002	.064	.689	-.313	.043
	STAI-R	.554	<.0005	.093	.558	-.513	.001
Estado de salud SF-36	FF	-.208	.186	.209	.185	-.179	.256
	FS	-.197	.211	-.019	.903	.077	.628
	RF	.040	.804	.045	.779	-.050	.752
	RE	-.193	.220	-.264	.091	.271	.083
	SM	-.469	.002	-.028	.859	.459	.002
	VT	.038	.812	-.091	.567	.120	.450
	DC	-.168	.287	.074	.639	-.065	.681
	SG	-.171	.278	-.287	.066	.416	.006
	CS	-.130	.413	.071	.653	-.035	.826
Impacto de la fibromialgia y calidad de vida	FIQ	.303	.052	.256	.102	-.267	.088
	Síntomas ^a	.373	.015	.222	.158	-.340	.028
	Bajas ^b	.204	.195	-.469	.002	.048	.764
Dolor de la fibromialgia MPQ	IVD-T	.253	.106	.156	.324	-.115	.469
	IDP	.114 ^{rs}	.471	.115 ^{rs}	.468	-.027 ^{rs}	.867
	EVA	.233	.138	.122	.441	-.070	.661
Dolor aplicado mecánicamente MPQ	IVD-T DAM	.382	.013	-.010	.952	-.135	.395
	IDP DAM	.472 ^{rs}	.002	0.007 ^{rs}	.963	-.363 ^{rs}	.018
	EVA DAM	.359	.020	0.129	.416	-.385	.012

Nota. ER = Evitación del riesgo; BN = Búsqueda de novedad; AD = Autodirección; HADS = Escala hospitalaria de ansiedad y depresión; HADS-D = escala de depresión, HADS-A = escala de ansiedad; STAI = Inventario de ansiedad estado rasgo; STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo; SF-36 = Escala de salud SF-36; FF = Función física; FS = Función social; RF = Rol físico; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental; VT = Vitalidad; DC = Dolor corporal; SG = Salud general; CS = Cambio de la salud en el tiempo; FIQ = Cuestionario de impacto de la fibromialgia; MPQ = Cuestionario de dolor del McGill; IVD-T = Índice de Valoración del Dolor-Total; IDP = Intensidad dolor presente; EVA = Escala Visual Analógica; DAM = Dolor aplicado mecánicamente; rs = Correlación de Spearman.

^a Síntomas clínicos acompañantes de la FM. ^b Número de bajas laborales causadas por la FM (en meses).

Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/7 = p < .007$.

Tabla 35. Correlaciones entre las escalas indicativas de malestar psicológico y las subescalas del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) en el grupo con Fibromialgia.

Malestar emocional		TEMPERAMENTO								CARACTER							
		ER1		ER2		ER4		DR1		AD1		AD2		AD3		AD5	
		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Síntomas	HADS-D	.528	<.0005	.149	.346	.258	.099	.138	.384	-.216	.170	-.581	<.0005	-.221	.159	-.285	.067
emocionales	HADS-A	.448	.003	.231	.141	.252	.108	.301	.052	-.285	.067	-.328	.034	-.273	.081	-.413	.007
	STAI-E	.601	<.0005	.226	.150	.332	.032	.513	.001	-.300	.054	-.377	.014	-.221	.160	-.323	.037
Estado Salud	STAI-R	.559	<.0005	.390	.011	.269	.085	.217	.167	-.279	.073	-.631	<.0005	-.430	.005	-.421	.005
	FF	-.210	.182	.098	.538	-.262	.094	-.055	.731	-.167	.291	.203	.197	-.102	.520	-.216	.170
SF-36	FS	-.287	.065	.196	.213	-.311	.045	-.147	.354	.080	.613	.303	.051	.054	.734	-.064	.687
	RF	.013	.934	.250	.111	-.039	.806	.122	.443	-.021	.893	.116	.466	.005	.975	-.153	.334
	RE	-.371	.016	.110	.486	-.118	.457	-.067	.672	.331	.032	.231	.141	.292	.060	.123	.436
	SM	-.524	<.0005	-.248	.113	-.483	.001	-.197	.211	.261	.095	.474	.002	.383	.012	.390	.011
	VT	.126	.425	.175	.269	-.134	.398	.048	.763	-.057	.721	.265	.090	-.019	.905	.102	.522
	DC	-.159	.315	.051	.748	-.303	.051	-.070	.658	-.094	.555	.128	.418	.036	.819	-.148	.349
	SG	-.219	.163	.054	.736	-.290	.063	-.185	.240	.333	.031	.337	.029	.196	.213	.296	.057
Impacto de la FM	CS	-.141	.373	-.069	.665	-.156	.325	-.200	.205	-.198	.209	.350	.023	-.090	.571	-.160	.311
	FIQ	.395	.010	.042	.794	.313	.044	.279	.074	.274	.079	-.270	.084	-.124	.434	-.227	.148
calidad de vida	Síntomas ^a	.427	.005	.160	.312	.306	.049	.379	.013	-.205	.194	-.301	.053	-.305	.049	-.382	.013
	Bajas ^b	-.050	.754	.240	.126	.060	.707	-.066	.678	0.203	.198	-.130	.413	-.111	.483	-.022	.890
Dolor FM	IVD-T	.369	.016	.045	.779	.256	.101	.367	.017	-.172	.277	-.073	.645	-.083	.599	-.125	.432
MPQ	NAE	-.024	.880	-.307	.048	-.140	.377	-.043	.786	.152	.336	.115	.468	.120	.447	.053	.737
	IDP <i>r_s</i>	.004	.981	.002	.988	.169	.285	.111	.485	.119	.454	-.141	.373	-.036	.819	.091	.565
Dolor aplicado	EVA	.240	.126	.068	.667	.186	.239	.319	.039	-.164	.299	-.202	.199	-.107	.501	.064	.685
	IVD-T	.420	.006	.284	.069	.434	.004	.302	.052	.055	.732	-.265	.090	-.139	.381	-.079	.618
mecanicamente	DAM																
	NAE DAM	.123	.437	.153	.332	.168	.287	.210	.183	.214	.174	.030	.853	-.042	.793	.124	.436
	IDP DAM <i>r_s</i>	.422	.005	.470	.002	.429	.005	.165	.298	.048	.764	-.460	.002	-.352	.022	-.232	.140
	EVA DAM	.221	.159	.250	.110	.290	.062	-.079	.620	-.052	.745	-.507	.001	-.278	.075	-.313	.044

Nota. HADS = Escala hospitalaria de ansiedad y depresión; HADS-D = escala de depresión, HADS-A = escala de ansiedad; STAI = Inventario de ansiedad estado rasgo; STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo; SF-36 = Escala de salud SF-36; FF = Función física; FS = Función social; RF = Rol físico; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental; VT = Vitalidad; DC = Dolor corporal; SG = Salud general; CS = Cambio de la salud en el tiempo; FIQ = Cuestionario de impacto de la fibromialgia; MPQ = Cuestionario de dolor del McGill; IVD-T = Índice de Valoración del Dolor-Total; IDP = Intensidad dolor presente; EVA = escala visual analógica; DAM = Dolor aplicado mecánicamente; *r_s* = Correlación de Spearman. ^a Síntomas clínicos acompañantes de la FM; ^b Número de bajas laborales causadas por FM (en meses). Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .004$.

Respecto a la relación entre el malestar psicológico y las dimensiones de personalidad y sus subescalas, ER presenta una correlación positiva y significativa con HADS-D ($r = .424, p = .005$), STAI-E ($r = .457, p = .002$), STAI-R ($r = .554, p < .0005$). La subescala ER1 presenta una correlación positiva y significativa con HADS-D ($r = 0.528, p < .0005$), HADS-A ($r = .448, p = .003$), STAI-E ($r = .601, p < .0005$) y STAI-R ($r = .559, p < .0005$). AD presenta una correlación negativa y significativa con STAI-R ($r = -.513, p = .001$). AD2 correlaciona negativamente y de forma significativa con el HADS-D ($r = -0.581, p < .0005$) y con el STAI-R ($r = -0.631, p < .0005$). DR1 correlaciona positiva y significativamente con STAI-E ($r = .513, p = .001$) (Tabla 34 y 35).

ER presenta una correlación negativa y significativa con la escala de salud mental del SF-36 ($r = -.469, p = .002$), ya que una mayor puntuación en el SF-36 es indicativa de un mejor estado de salud. ER1 ($r = -.524, p < .0005$) y ER4 ($r = -.483, p = .001$) presentan una correlación negativa y significativa con la escala de salud mental del SF-36. AD ($r = .459, p = .002$) y AD2 ($r = .474, p = .002$) presentan una correlación significativa y positiva con salud mental del SF-36. AD correlaciona positivamente y de forma significativa con salud general del SF-36 ($r = 0.416, p = .006$). BN correlaciona negativamente y de forma significativa con el número de episodios de baja laboral causados por la FM ($r = -.469, p = .002$) (Tabla 34 y 35).

ER correlaciona de forma positiva y significativa con IDP DAM ($r_s = .472, p = .002$). ER 2 correlaciona de forma positiva y significativa con IDP DAM ($r_s = .470, p = .002$). ER4 correlaciona de forma positiva y significativa con IVD-T DAM ($r = .434, p = .004$). AD2 correlacionan negativamente con IDP PMA ($r_s = -.460, p = .002$) y con EVA DAM ($r = -.507, p = .001$). La subescala AD1, AD3 y AD5 no presentan correlaciones significativas, aunque se especifican sus valores ya que algunos muestran una tendencia a la significación estadística. BS1, BS4 y PS1, PS2, C3 no presentan correlaciones significativas (Tabla 34 y 35).

Objetivo 7. Estudiar si la presencia de Trastornos de la Personalidad establecidos mediante el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) se relaciona con los indicadores de malestar psicológico en el grupo con Fibromialgia.

Hipótesis 7.1: Los participantes con Fibromialgia y un Trastorno de la Personalidad establecido mediante el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R), presentarían mayores puntuaciones en los síntomas depresivos (HADS) y ansiosos (HADS, STAI).

Hipótesis 7.2: Los participantes con Fibromialgia y un Trastorno de la Personalidad establecido mediante el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R), presentarían un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM, un mayor número de bajas causadas por la Fibromialgia, y puntuaciones más bajas en el estado de salud (SF-36).

Hipótesis 7.3: Los participantes con Fibromialgia y un Trastorno de la Personalidad establecido mediante el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R), presentarían mayores puntuaciones en la intensidad del dolor propio de Fibromialgia (MPQ) y en la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (MPQ DAM).

Para la comprobación de las anteriores hipótesis se realizó una comparación de medias de las variables de malestar psicológico, entre el grupo con FM que presenta un TP y el grupo con FM que no presenta TP. La clasificación de los participantes con FM dentro del grupo con TP o sin TP se estableció mediante el TCI-R. El TCI-R, utilizado como instrumento de cribado, permite discriminar entre aquellos individuos que presentan un TP de los que no (Véase Marco Teórico, 7.1 Modelo psicobiológico de personalidad de Robert Cloninger).

Tabla 36. Comparación de las medias de los indicadores de malestar psicológico entre el grupo con presencia de Trastorno de la Personalidad y ausencia de Trastorno de la Personalidad, establecido según el TCI-R, en el grupo con Fibromialgia

		Presencia TP	Ausencia TP			
Malestar psicológico		Media(DE) (n=15)	Media(DE) (n=27)	<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Síntomas emocionales	HADS-D	10.13 (5.34)	8.41 (4.34)	1.137		.262
	HADS-A	12.27 (4.67)	11.41 (3.66)	0.660		.513
	STAI-E	29.80 (12.84)	29.70 (13.42)	0.023		.982
	STAI-R	38.33 (13.14)	32.04 (11.57)	1.610		.115
Estado de salud SF-36	FF	42 (17.91)	39.82 (18.63)	0.369		.714
	FS	45.83 (24.85)	43.98 (25.33)	0.229		.820
	RF	8.33 (20.41)	12.96 (23.38)		176.000	.380
	RE	42.19 (46.24)	55.51 (43.38)		170.500	.375
	SM	46.40 (21.95)	48.44 (19.26)	-0.314		.755
	VT	22.60 (19.53)	19.96 (15.74)		189.500	.731
	DC	27.33 (23.08)	26.57 (19.43)		196.500	.873
	SG	28 (16.78)	32.130 (18.34)		164.500	.314
	CS	35 (28.03)	32.407(24.82)		190.500	.743
Impacto de la FM y calidad de vida	FIQ	67.15 (16.19)	66.15 (16.30)	0.190		.850
	Síntomas ^a	11.20 (2.81)	11.30 (2.35)		189.000	.719
	Bajas ^b	6.20 (9.23)	2.85 (5.48)		149.500	.150
Dolor de la FM MPQ	IVD-T	40.13 (10.56)	42.93 (9.85)	-0.859		.396
	IDP	2.73 (1.16)	3.15 (0.95)		159.500	.238
	EVA	6.94 (1.07)	7.20 (1.68)		162.000	.281
Dolor aplicado mecánicamente MPQ DAM	IVD-T	37.67 (11.94)	35.67 (9.58)	0.593		.556
	DAM					
	IDP	3.47 (0.83)	3.15 (0.72)		162.000	.234
	DAM					
	EVA	8.27 (1.06)	7.66 (1.40)		151.000	.170
	DAM					

Nota. DE = desviación estándar; TP=Trastorno de la Personalidad; HADS = Escala hospitalaria de ansiedad y depresión; HADS-D = escala de depresión; HADS-A = escala de ansiedad; STAI = Inventario de ansiedad estado rasgo; STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo; SF-36 = Escala de salud SF-36; FF = Función física; FS = Función social; RF = Rol físico; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental; VT = Vitalidad; DC = Dolor corporal; SG = Salud general; CS = Cambio de la salud en el tiempo; FIQ = Cuestionario de impacto de la fibromialgia; MPQ =Cuestionario de dolor del McGill; IVD-T = Índice de Valoración del Dolor-Total; IDP = Intensidad dolor presente; EVA = Escala Visual Analógica; DAM = Dolor aplicado mecánicamente.

^a Síntomas clínicos acompañantes de la FM. ^b Número de bajas laborales causadas por la FM (en meses) Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/22 = p \leq .002$.

En la Tabla 36, los resultados muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de malestar psicológico, entre los pacientes con FM que presentan un TP y los pacientes con FM que no presentan un TP, establecido psicométricamente mediante el TCI-R.

Objetivo 8. Analizar si la presencia de un Patrón de la Personalidad, establecido mediante el MCMI-III, se relaciona con los indicadores de malestar psicológico en el grupo con Fibromialgia.

Hipótesis 8.1: Las participantes con puntuaciones superiores o iguales a 85 en alguna de las escalas de Patrones de Personalidad y de Trastornos de la Personalidad presentarían mayores puntuaciones en los síntomas depresivos (HADS) y ansiosos (HADS, STAI).

Hipótesis 8.2: Las participantes con puntuaciones superiores o iguales a 85 en alguna de las escalas de Patrones de Personalidad y de Trastornos de la Personalidad presentarían un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM, un mayor número de bajas causadas por la Fibromialgia, y puntuaciones más bajas en el estado de salud (SF-36).

Hipótesis 8.3: Las participantes con puntuaciones superiores o iguales a 85 en alguna de las escalas de Patrones de Personalidad y de Trastornos de la Personalidad, presentarían mayores puntuaciones en la intensidad del dolor propio de Fibromialgia (MPQ) y en la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (MPQ DAM).

Para la comprobación de las anteriores hipótesis se realizó una comparación de medias de las variables de malestar psicológico, entre el grupo con FM que presenta un TP y el grupo con FM que no presenta TP. La clasificación de los participantes dentro del grupo con TP o sin TP, se realizó en función de la puntuación PREV obtenida en las escalas de patrones de personalidad del MCMI-III, utilizando como punto de corte una puntuación PREV de 85 “indicativa de una patología lo suficientemente predominante para denominarse Trastorno de Personalidad” (Millon, 2007, p. 131).

Tabla 37. Comparación de medias de los indicadores de malestar psicológico entre el grupo con presencia de Trastorno de la Personalidad y ausencia de Trastorno de la Personalidad, establecido según el MCMI-III, en el grupo con Fibromialgia

		Presencia TP	Ausencia TP			
Malestar psicológico		Media(DE) (n=7)	Media(DE) (n=35)	<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Síntomas emocionales	HADS-D	8.86(6.41)	9.06(4.44)	0.101		.920
	HADS-A	10.29(5.44)	12(3.70)	1.032		.308
	STAI-E	33.43(17.48)	29(12.17)	-0.816		.419
	STAI-R	32(17.39)	34.74(11.40)	0.531		.599
Estado salud SF-36	FF	31.43(15.99)	42.43(18.25)	1.482		.146
	FS	39.29(22.16)	45.71(25.54)		106.000	.573
	RF	3.57(9.45)	12.86(23.77)		99.500	.328
	RE	52.37(50.39)	50.43(43.83)		121.500	.972
	SM	49.14(26.30)	47.43(18.99)	-0.204		.839
	VT	25.71(24.90)	19.94(15.27)		113.500	.760
	DC	14.64(16.10)	29.29(20.63)		71.500	.081
	SG	30.71 (17.66)	30.64(17.97)		121.500	.973
	CS	21.43(30.37)	35.71(24.47)		82.000	.154
Impacto de la FM y calidad de vida	FIQ	68.66(17.19)	66.07(16.06)	-0.385		.702
	Síntomas ^a	11(3.61)	11.31(2.27)		113.000	.745
	Bajas ^b	5.57(7.23)	3.74 (7.17)		84.000	.179
Dolor de la FM MQP	IVD-T	43.57(9.38)	41.60(10.30)		112.000	.723
	IDP	3(1.29)	3(1)		120.500	.944
	EVA	7.56(1.08)	7.01(1.55)		100.500	.452
Dolor aplicado mecánicamente MPQ DAM	IVD-T	35.29(11.40)	36.60(10.34)	0.302		.764
	DAM					
	IDP	3.14(0.90)	3.29(0.75)		116.500	.821
	DAM					
	EVA	7.36(1.76)	7.98(1.20)		100.000	.440
	DAM					

Nota. DE = desviación estándar; TP = Trastorno de la Personalidad; HADS = Escala hospitalaria de ansiedad y depresión; HADS-D = escala de depresión, HADS-A = escala de ansiedad; STAI = Inventario de ansiedad estado rasgo; STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo; SF-36 = Escala de salud SF-36; FF = Función física; FS = Función social; RF = Rol físico; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental; VT = Vitalidad; DC = Dolor corporal; SG = Salud general; CS = Cambio de la salud en el tiempo; FIQ = Cuestionario de impacto de la fibromialgia; MPQ = Cuestionario de dolor del McGill; IVD-T = Índice de Valoración del Dolor-Total; IDP = Intensidad dolor presente; EVA = escala visual analógica; DAM = Dolor aplicado mecánicamente.

^a Síntomas clínicos acompañantes de la FM. ^b Número de bajas laborales causadas por la FM (en meses).

Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/22 = p \leq .002$.

Los resultados muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de malestar psicológico, entre los pacientes con FM que presentan un TP y los pacientes con FM que no presentan un TP, establecido mediante el MCMI-III (Tabla 37).

Objetivo 9. Analizar si las variables psicopatológicas del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) se relacionan con el estado de salud, grado de discapacidad y dolor en la FM.

Hipótesis 9.1: Las participantes con puntuaciones superiores o iguales a 75 en alguna de las escalas clínicas que miden sintomatología ansioso-depresiva, presentarían un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM, un mayor número de bajas causadas por la Fibromialgia, y puntuaciones más bajas en el estado de salud (SF-36).

Hipótesis 9.2: Las participantes con puntuaciones superiores o iguales a 75 en alguna de las escalas clínicas que miden sintomatología ansioso-depresiva, presentarían mayores puntuaciones en la intensidad del dolor propio de Fibromialgia (MPQ) y en la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (MPQ DAM).

Para la comprobación de las anteriores hipótesis se realizó una comparación de medias de las variables de malestar psicológico, entre el grupo con FM que presenta un Trastorno mental y el grupo con FM que no presenta ningún Trastorno mental, establecido según el MCMI-III. Únicamente se compararon aquellos Trastornos mentales del MCMI-III en los que hubo una diferencia estadísticamente significativa respecto al grupo control (Véase Tabla 33), esto son: Trastorno de ansiedad, Trastorno somatoformo y Trastorno distímico. También se ha incluido el Trastorno depresivo mayor por presentar puntuaciones con tendencia a la significación estadística ($p = .006$). La clasificación de los participantes con FM dentro de un grupo clínico se realizó en función de la puntuación PREV obtenida en las escalas de clínicas del MCMI-III, anteriormente comentadas, utilizando como punto de corte una puntuación PREV de 75 “indicativa de la presencia de un síndrome clínico” (Millon y cols., 2009, p. 131) (Véase Tablas 38, 39, 40, 41).

Tabla 38. Comparación de medias de los indicadores de malestar psicológico entre el grupo con presencia de Trastorno de Ansiedad y ausencia de Trastorno de Ansiedad, establecido según el MCMI-III, en el grupo con Fibromialgia

		Trastorno de Ansiedad	Ausencia Trastorno Ansiedad			
		Media(DE) PREV \geq 75 (n= 21)	Media(DE) PREV <75 (n=21)	<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Estado de salud SF-36	FF	42.86(20.28)	38.33(15.99)	-0.803		.427
	FS	42.26(22.53)	47.02(27.36)	0.616		.542
	RF	9.52(16.73)	13.10(26.95)		218.500	.949
	RE	31.71(41.46)	69.80(39.34)		110.000	.003
	SM	38.10(14.35)	57.33(20.53)	3.520		.001
	VT	24.29(16.07)	17.52(17.61)		156.500	.105
	DC	25.71(21.54)	27.98(19.93)		203.500	.664
	SG	25(13.51)	36.31(19.82)		153.500	.089
	CS	32.14(29.73)	34.52(21.62)		202.000	.627
Impacto de la FM y calidad de vida	FIQ	68.31(15.94)	64.70(16.38)	-0.725		.473
	Síntomas ^a	12.38(1.72)	10.14 (2.67)		104.500	.003
	Bajas ^b	4.90(8.03)	3.19 (6.17)		155.000	.091
Dolor de la FM MPQ	IVD-T	44.10(9.09)	39.76(10.74)	-1.412		.166
	IDP	2.81(0.98)	3.19(1.08)		183.500	.330
	EVA	7.08(1.49)	7.13(1.50)		220.000	.990
Dolor aplicado mecánicamente MPQ DAM	IVD-T	37.57(12.17)	35.19(8.37)	-0.739		.464
	DAM					
	IDP	3.38(0.74)	3.14(0.79)		187.000	.346
	DAM					
	EVA	7.93(1.41)	7.82(1.23)		208.000	.749
	DAM					

Nota. DE = desviación estándar; SF-36 = Escala de salud SF-36; FF = Función física; FS = Función social; RF = Rol físico; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental; VT = Vitalidad; DC = Dolor corporal; SG = Salud general; CS = Cambio de la salud en el tiempo; FIQ = Cuestionario de impacto de la fibromialgia; MPQ = Cuestionario de dolor del McGill; IVD-T = Índice de Valoración del Dolor-Total; IDP = Intensidad dolor presente; EVA = Escala visual analógica; DAM = Dolor aplicado mecánicamente.
^a Síntomas clínicos acompañantes de la FM. ^b Número de bajas laborales causadas por la FM (en meses).
 Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/18 = p < .003$.

Tabla 39. Comparación de medias de los indicadores de malestar psicológico entre el grupo con presencia de Trastorno Somatoformo y ausencia de Trastorno Somatoformo, establecido según el MCMI-III, en el grupo con Fibromialgia

		Trastorno Somatoformo	Ausencia Trastorno Somatoformo				
		Media(DE) ≥75 (n=30)	Media(DE) <75 (n=12)	<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	
Estado de salud SF-36	FF	36.83(17.69)	50 (16.51)	2.219		.032	
	FS	39.17(24.29)	58.33(21.54)	2.381		.022	
	RF	7.50(14.90)	20.83(33.43)		143.000	.194	
	RE	38.85(42.96)	80.52(33.26)		88.500	.007	
	SM	42.40(16.12)	61.00(23.21)	2.968		.005	
	VT	17.33(15.47)	29.83(18.02)		102.500	.030	
	DC	21.25(19.60)	40.83(16.11)		79.000	.004	
	SG	26.67(16.56)	40.63(17.13)		104.000	.033	
	CS	32.500(25.55)	35.42(27.09)		166.000	.684	
Impacto de la FM y calidad de vida	FIQ	72.05(13.68)	52.65(13.25)	-4.187		<.0005	
	Síntomas ^a	12.10(1.83)	9.17(2.76)		70.500		.002
	Bajas ^b	4.13(6.56)	3.83(8.71)		148.000		.357
Dolor FM MPQ	IVD-T	45.20(8.06)	33.75(10.22)	-3.851		<.0005	
	IDP	3.17(1.12)	2.58(0.67)		120.000		.081
	EVA	7.50(1.38)	6.13(1.30)		79.000		.004
Dolor aplicado mecánicamente MPQ	IVD-T DAM	37.97(11.22)	32.42(6.78)	-1.594		.119	
	IDP DAM	3.40(0.77)	2.92(0.67)		122.500		.073
	EVA DAM	8.16(1.26)	7.16(1.19)		91.000		.012

Nota. DE = desviación estándar; SF-36 = Escala de salud SF-36; FF = Función física; FS = Función social; RF = Rol físico; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental; VT = Vitalidad; DC = Dolor corporal; SG = Salud general; CS = Cambio de la salud en el tiempo; FIQ = Cuestionario de impacto de la fibromialgia; MPQ = Cuestionario de dolor del McGill; IVD-T = Índice de Valoración del Dolor-Total; IDP = Intensidad dolor presente; EVA = Escala visual analógica; DAM = Dolor aplicado mecánicamente. ^a Síntomas clínicos acompañantes de la FM. ^b Número de bajas laborales causadas por la FM (en meses). Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/18 = p < .003$.

Tabla 40. Comparación de medias de los indicadores de malestar psicológico entre el grupo con presencia de Trastorno distímico y ausencia de Trastorno distímico, establecido según el MCMI-III, en el grupo con Fibromialgia.

		Trastorno distímico	Ausencia Trastorno distímico			
		Media(DE) ≥75 (n=21)	Media(DE) <75 (n=21)	<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Estado de salud SF-36	FF	34.76 (16.39)	46.43(18.38)	2.171		.036
	FS	32.74(18.74)	56.55(24.88)	3.503		.001
	RF	3.57(8.96)	19.05(28.39)		151.500	.029
	RE	30.12(40.69)	71.39 (38.46)		106.500	.002
	SM	38.29 (16.08)	57.14 (19.40)	3.430		.001
	VT	17.14(14.02)	24.67(19.14)	1.454		.154
	DC	21.19 (20.18)	32.50(19.73)		151.000	.076
	SG	22.98(14.61)	38.33 (17.47)		109.500	.005
	CS	28.57(24.09)	38.10(26.95)		176.000	.243
Impacto de la FM y calidad de vida	FIQ	73.24(13.39)	59.77(15.96)	-2.962		.005
	Síntomas ^a	12.76(1.09)	9.76(2.61)		61.500	<.0005
	Bajas ^b	4.81(8.08)	3.29 (6.13)		176.500	.252
Dolor FM MPQ	IVD-T	45.24(9.03)	38.62(10.16)	-2.232		.031
	IDP	3.05(1.02)	2.95(1.07)		193.500	.477
	EVA	7.61(1.13)	6.61(1.64)		137.000	.033
Dolor aplicado mecánicamente MPQ	IVD-T	39(10.77)	33.76(9.52)	0.431		.103
	DAM					
	IDP DAM	3.48(0.68)	3.05(0.81)		155.000	.067
	EVA DAM	8.36(0.94)	7.40(1.46)		137.000	.033

Nota. DE = desviación estándar; SF-36 = Escala de salud SF-36; FF = Función física; FS = Función social; RF = Rol físico; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental; VT = Vitalidad; DC = Dolor corporal; SG = Salud general; CS = Cambio de la salud en el tiempo; FIQ = Cuestionario de impacto de la fibromialgia; MPQ = Cuestionario de dolor del McGill; IVD-T = Índice de Valoración del Dolor-Total; IDP = Intensidad dolor presente; EVA = Escala visual analógica; DAM = Dolor aplicado mecánicamente. ^a Síntomas clínicos acompañantes de la FM; ^b Número de bajas laborales causadas por la FM (en meses). Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/18 = p < .003$.

Tabla 41. Comparación de medias de los indicadores de malestar psicológico entre el grupo con presencia de Trastorno depresivo mayor y ausencia de Trastorno depresivo mayor, establecido según el MCMI-III, en el grupo con Fibromialgia

		Trastorno Depresivo mayor	Ausencia Trastorno Depresivo mayor			
		Media(DE) ≥75 (n=8)	Media(DE) <75 (n=34)	<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Estado de salud SF-36	FF	36.25(16.85)	41.62(18.58)	0.747		.459
	FS	29.69(22.10)	48.16(24.45)	1.954		.058
	RF	3.13(8.84)	13.24 (24.02)		107.000	.241
	RE	8.25(15.28)	60.75(43.02)		47.000	.003
	SM	31(14.77)	51.65(19.18)	2.842		.007
	VT	21.88(16.46)	10.68(17.36)		124.000	.699
	DC	13.75(22.99)	29.93(18.97)		69.500	.031
	SG	20.63(13.99)	33.02(17.82)		81.000	.075
	CS	21.88(24.78)	36.03(25.52)		96.500	.187
Impacto de la FM y calidad de vida	FIQ	78.75(11.62)	63.62(15.72)	-2.551		.015
	Síntomas ^a	13.25(1.17)	10.79(2.50)		46.000	.003
	Bajas ^b	4.38(6.46)	3.97(7.36)		126.500	.753
Dolor FM MPQ	IVD-T	48.13(7.97)	40.47(10.07)	- 2.005		.052
	IDP	3(1.41)	3(0.95)		128.000	.789
	EVA	8.09(1.06)	6.88(1.48)		65.000	.021
Dolor aplicado mecánicamente MPQ	IVD-T	46.63(8.45)	33.97(9.35)	-3.501		.001
	DAM					
	IDP DAM	3.88(0.84)	3.12(0.70)		70.000	.018
	EVA DAM	8.38(1.03)	7.76(1.35)		99.000	.229

Nota. DE = desviación estándar; SF-36 = Escala de salud SF-36; FF = Función física; FS = Función social; RF = Rol físico; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental; VT = Vitalidad; DC = Dolor corporal; SG = Salud general; CS = Cambio de la salud en el tiempo; FIQ = Cuestionario de impacto de la fibromialgia; MPQ = Cuestionario de dolor del McGill; IVD-T = Índice de Valoración del Dolor-Total; IDP = Intensidad dolor presente; EVA = Escala visual analógica; DAM = Dolor aplicado mecánicamente.
^a Síntomas clínicos acompañantes de la FM; ^b Número de bajas laborales causadas por la FM (en meses).
 Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/18 = p < .003$.

En el grupo con FM los pacientes con un Trastorno de ansiedad muestran puntuaciones significativamente más bajas en rol emocional ($U = 110.000$, $p = .003$) y salud mental del SF-36 ($t(40) = 3.520$, $p = .001$), y un mayor número de síntomas

clínicos acompañantes de la FM ($U = 104.500, p = .003$) respecto al grupo de pacientes que no presenta un Trastorno de ansiedad (Tabla 38).

Los pacientes con FM y un Trastorno somatoformo muestran puntuaciones superiores y estadísticamente significativas en la puntuación total del FIQ ($t(40) = -4.19, p = <.0005$), en el número de síntomas acompañantes de la FM ($U = 70.500, p = .002$), y en la puntuación del IVD-T referente al dolor de la FM ($t(40) = -3.85, p <.0005$) respecto al grupo de pacientes que no presenta un Trastorno somatoformo (Tabla 39).

Los pacientes con FM y un Trastorno distímico muestran puntuaciones estadísticamente significativas e inferiores en función social ($t(40) = 3.50, p = .001$), rol emocional ($U = 106.500, p = .002$), salud mental del SF-36 ($t(40) = 3.43, p = .001$) y un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM ($U = 61.5000, p <.0005$) en comparación al grupo con ausencia de Trastorno distímico (Tabla 40).

Los pacientes con FM y un Trastorno depresivo mayor muestran puntuaciones estadísticamente significativas más bajas en rol emocional ($U = 47.000, p = .003$) y puntuaciones superiores y estadísticamente significativas en el IVD-T referente al dolor aplicado ($t(40) = -3.50, p = .001$), y un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM ($U = 46.000, p = .003$) en comparación al grupo con ausencia de Trastorno depresivo mayor (Tabla 41).

Objetivo 10: Analizar si el grado de impacto de la Fibromialgia, evaluado mediante el Cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ), se relaciona con los indicadores de malestar emocional en la FM.

Hipótesis 10.1: Las participantes con puntuaciones en el FIQ clasificadas como severas presentarían mayores puntuaciones en los síntomas depresivos (HADS) y ansiosos (HADS, STAI).

Hipótesis 10.2: Las participantes con puntuaciones en el FIQ clasificadas como severas presentarían un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la Fibromialgia, un mayor número de bajas causadas por la Fibromialgia y puntuaciones más bajas en el estado de salud (SF-36).

Hipótesis 10.3. Las participantes con puntuaciones en el FIQ clasificadas como severas presentarían mayores puntuaciones en la intensidad del dolor propio de Fibromialgia (MPQ) y en la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (MPQ DAM).

Para la comprobación de las anteriores hipótesis se realizó una comparación de medias de las variables de malestar psicológico, entre el grupo con FM que presenta una puntuación severa en el FIQ y el grupo con FM que presenta una puntuación moderada-leve en el FIQ. La clasificación de los participantes con FM dentro de cada categoría (severo vs moderado-leve) se estableció en función de las directrices establecidas por Bennet y colaboradores (2009), que consideran una puntuación en el FIQ <39 como un impacto leve, ≥ 39 a < 59 como un impacto moderado y > 59 como un impacto grave de la FM.

Tabla 42. Comparación de las medias de los indicadores de malestar psicológico entre el grupo con puntuaciones severas en el FIQ y el grupo con puntuaciones moderadas-leves, en los pacientes con Fibromialgia

		FIQ Severo	FIQ Moderado- leve			
		Media(DE) (n=29)	Media(DE) (n=13)	<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Síntomas emocionales	HADS-D	10.59(4.39)	5.54(3.53)	-3.646		.001
	HADS-A	12.83(3.61)	9.23(3.88)	-2.921		.006
	STAI-E	33.45(12.77)	21.46(9.69)	-3.009		.005
	STAI-R	37.55(11.05)	27(12.46)	-2.752		.009
Estado de salud SF-36	FF	33.97(15.02)	55.39(16.13)	4.177		< .0005
	FS	37.50(25.22)	60.58(15.18)		73.500	.002
	RF	6.90(14.79)	21.15(32.03)		138.500	.086
	RE	40.19(43.08)	74.32(38.89)		110.500	.025
	SM	43.72(18.23)	56.62(21.65)	1.999		.052
	VT	16(15.06)	31.85(16.44)		83.500	.004
	DC	20.52(18.82)	40.96(17.34)		80.000	.003
	SG	23.71(13.07)	46.15(17.19)		61.000	< .0005
	CS	28.45(22.88)	44.23(29.14)		128.500	.089
	Síntomas ^a	12.21(1.70)	9.15(2.73)		64.500	.001
Bajas ^b	3.55(6.17)	5.15(9.10)		169.500	.593	
Dolor MPQ	IVD-T	45.34(8.05)	34.31(10.19)	-3.780		.001
	IDP	3.17(1.14)	2.62(0.65)		129.500	.093

	EVA	7.62(1.11)	5.96(1.60)		82.000	.003
Dolor MPQ	IVD-T	39.34(9.75)	29.77(8.83)	-3.025		.004
DAM	DAM					
	IDP DAM	3.45(0.78)	2.85(0.56)		110.000	.017
	EVA	8.29(1.05)	6.95(1.39)		74.000	.002
	DAM					

Nota. DE = desviación estándar; HADS = Escala hospitalaria de ansiedad y depresión; HADS-D = escala de depresión, HADS-A = escala de ansiedad; STAI = Inventario de ansiedad estado rasgo; STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo; SF-36 = Escala de salud SF-36; FF = Función física; FS = Función social; RF = Rol físico; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental; VT = Vitalidad; DC = Dolor corporal; SG = Salud general; CS = Cambio de la salud en el tiempo; FIQ = Cuestionario de impacto de la fibromialgia; MPQ = Cuestionario de dolor del McGill; IVD-T = Índice de Valoración del Dolor-Total; IDP = Intensidad dolor presente; EVA = escala visual analógica; DAM = Dolor aplicado mecánicamente.
^a Síntomas clínicos acompañantes de la FM. ^b Número de bajas laborales causadas por la FM (en meses)
Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/21 = p \leq .002$.

Las pacientes con puntuaciones severas en el FIQ muestran puntuaciones significativamente más elevadas en el HADS-D ($t(40) = -3.65, p = .001$), un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM ($U = 64.500, p = .001$), una mayor puntuación en la IVD-T de la FM ($t(40) = -3.78, p = .001$), y en la EVA DAM ($U = 74.000, p = .002$) y puntuaciones más bajas en función física ($t(40) = 4.18, p < .0005$), función social ($U = 73.500, p = .002$), dolor corporal ($U = 80.000, p = .003$) y salud general del SF-36 ($U = 61.000, p < .0005$) (Tabla 42).

Objetivo 11. Estudiar la relación entre la intensidad del dolor de la Fibromialgia, evaluado mediante el Cuestionario de dolor McGill (MPQ), y los indicadores de malestar psicológico en el grupo FM.

Hipótesis 11.1: La intensidad del dolor, evaluada mediante la escala analógica visual (EVA) del MPQ, correlacionaría positivamente con síntomas depresivos (HADS) y ansiosos (HADS, STAI).

Hipótesis 11.2: La intensidad del dolor, evaluada mediante la escala analógica visual (EVA) del MPQ, correlacionaría positivamente con síntomas clínicos acompañantes de la Fibromialgia, con el número de bajas causadas por la Fibromialgia, y negativamente con el estado de salud (SF-36).

Tabla 43. Correlaciones entre la intensidad del dolor, evaluada mediante una escala visual analógica (EVA) y las medidas de malestar psicológico en el grupo con Fibromialgia

Malestar psicológico		Dolor EVA MPQ	
		<i>r</i>	<i>p</i>
Síntomas emocionales	HADS-D	.306	.049
	HADS-A	.273	.080
	STAI-E	.336	.030
	STAI-R	.261	.095
Estado de salud SF-36	FF	-.546	<.0005
	FS	-.428	.005
	RF	-.417	.006
	RE	-.242	.123
	SM	-.351	.023
	VT	-.257	.101
	DC	-.728	<.0005
	SG	-.381	.013
	CS	-.472	.002
Impacto de la FM y calidad de vida	FIQ	.606	<.0005
	Síntomas ^a	.219	.163
	Bajas ^b	-.104	.512

Nota. HADS = Escala hospitalaria de ansiedad y depresión; HADS-D = escala de depresión, HADS-A = escala de ansiedad; STAI = Inventario de ansiedad estado rasgo; STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo; SF-36 = Escala de salud SF-36; FF = Función física; FS = Función social; RF = Rol físico; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental; VT = Vitalidad; DC = Dolor corporal; SG = Salud general; CS = Cambio de la salud en el tiempo; FIQ = Cuestionario de impacto de la fibromialgia; MQP = Cuestionario de dolor del McGill; EVA = Escala visual analógica.

^a Síntomas clínicos acompañantes de la FM; ^b Número de bajas laborales causadas por la FM (en meses). Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/16 = p < .003$

Los resultados de la Tabla 43 muestran una correlación negativa y estadísticamente significativa entre la intensidad del dolor y la función física ($r = -.546$, $p < .0005$), el dolor corporal ($r = -.728$, $p < .0005$), el cambio de la salud ($r = -.472$, $p < .0005$) del SF-36 y positiva con el FIQ ($r = .606$, $p < .0005$).

Objetivo 12: Analizar la relación entre las dimensiones de personalidad del TCI-R y la presencia de un Trastorno psicopatológico evaluado mediante el MCMI-III, en el grupo con Fibromialgia.

Hipótesis 12.1: Los pacientes con FM que presenten algún Trastorno emocional (ansiedad, somatoformo, distimia, depresión mayor, bipolar) presentarían puntuaciones más altas en ER, y más bajas en AD respecto al grupo con Fibromialgia sin Trastorno emocional y aún más altas respecto al grupo Control.

Hipótesis 12.2: Los pacientes con FM sin Trastorno emocional únicamente presentarían puntuaciones más altas en ER respecto al grupo Control.

Para la comprobación de las anteriores hipótesis se realizó una comparación de medias de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones del TCI-R, entre diferentes grupos. El grupo con FM que presenta un Trastorno emocional, hace referencia a aquellos participantes con FM que presentan algún Síndrome clínico establecido mediante el MCMI-III, es decir, que presentan una puntuación superior o igual a 75 en cualquiera de las escalas clínicas del MCMI-III. Como los Trastornos más predominantes son el Trastorno de ansiedad, el Trastorno somatoformo, el Trastorno distimico, el Trastorno depresivo mayor, y el Trastorno bipolar, hemos utilizado el descriptor Trastorno emocional para referirnos a la presencia de uno o más de los Trastornos anteriormente mencionados. El grupo con FM que no presenta Trastorno emocional hace referencia a aquellos participantes con FM que no presentan ningún Síndrome clínico establecido mediante el MCMI-III. En el grupo Control se han excluido dos participantes que presentaban puntuaciones indicativas de la presencia de un Síndrome clínico según el MCMI-III.

Tabla 44. Comparación de las puntuaciones medias del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) entre el grupo con Fibromialgia sin Trastorno emocional y el grupo Control

	FM sin Trastorno emocional	CONTROL	<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
	Media (DE) (n=7)	Media (DE) (n=36)			
Búsqueda de novedad	87.43 (6.48)	97.67 (12.41)	-2.113		.041
Evitación del riesgo	115.57 (10.50)	93.08 (16.61)	3.431		.001
Dependencia de recompensa	114.14 (12.05)	108.44 (12.26)	1.128		.266
Persistencia	108.71 (8.52)	112.03 (15.36)	-0.551		.585
Autodirección	161.43 (18.23)	158.08 (16.05)	0.494		.624
Cooperación	147.71 (14.90)	147.61 (9.62)	0.024		.981
Trascendencia	61.71 (13.15)	65.17 (15.50)		118.500	.805

Nota. DE=desviación estándar.

Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/7 = p < .007$.

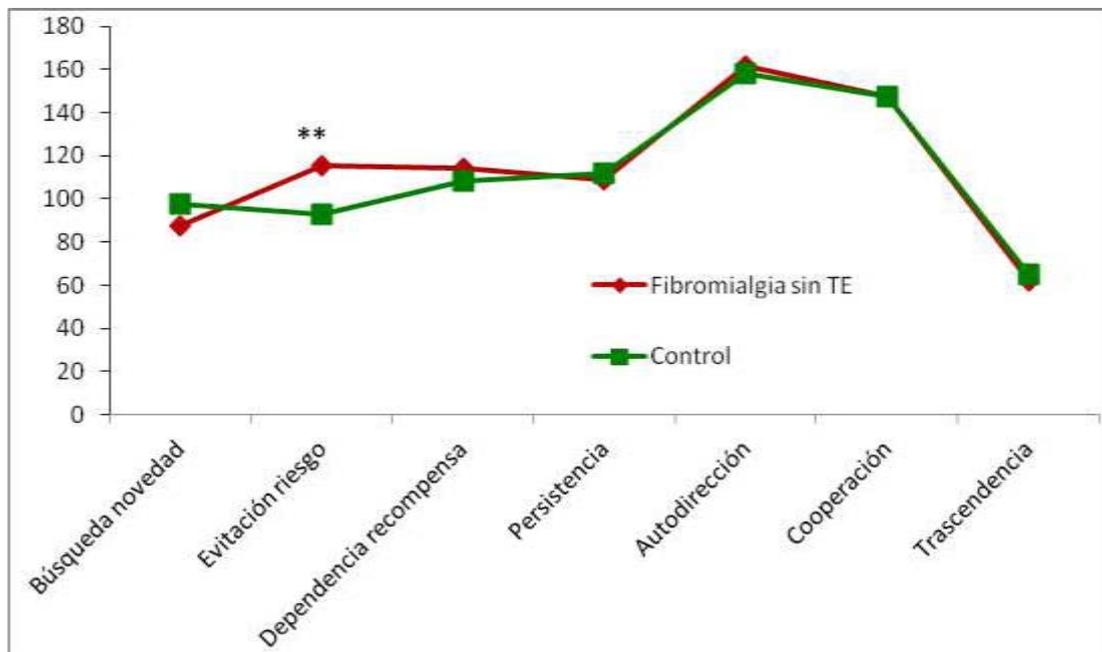


Figura 19. Comparación de las puntuaciones medias del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) entre el grupo con Fibromialgia sin Trastorno emocional y el grupo Control

Nota. FM = Fibromialgia; TE = Trastorno emocional.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Tabla 45. Comparación de las puntuaciones medias del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) entre el grupo con Fibromialgia con Trastorno emocional y el grupo Control

	FM con Trastorno emocional	CONTROL	<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
	Media (DE) (n=35)	Media (DE) (n=36)			
Búsqueda de novedad	89.83 (11.68)	97.67 (12.41)	-2.739		.008
Evitación del riesgo	121.86 (14.87)	93.08 (16.61)	7.683		<.0005
Dependencia de recompensa	110.74 (15.44)	108.44 (12.26)	0.696		.489
Persistencia	103.63 (20.19)	112.03 (15.36)	-1.976		.052
Autodirección	144.77 (17.88)	158.08 (16.05)	-3.303		.002
Cooperación	144.77 (13.77)	147.61(9.62)	-1.010		.316
Trascendencia	65.34 (14.31)	65.17 (15.50)	-0.620		.539

Nota. DE=desviación estándar.

Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/7 = p < .007$.

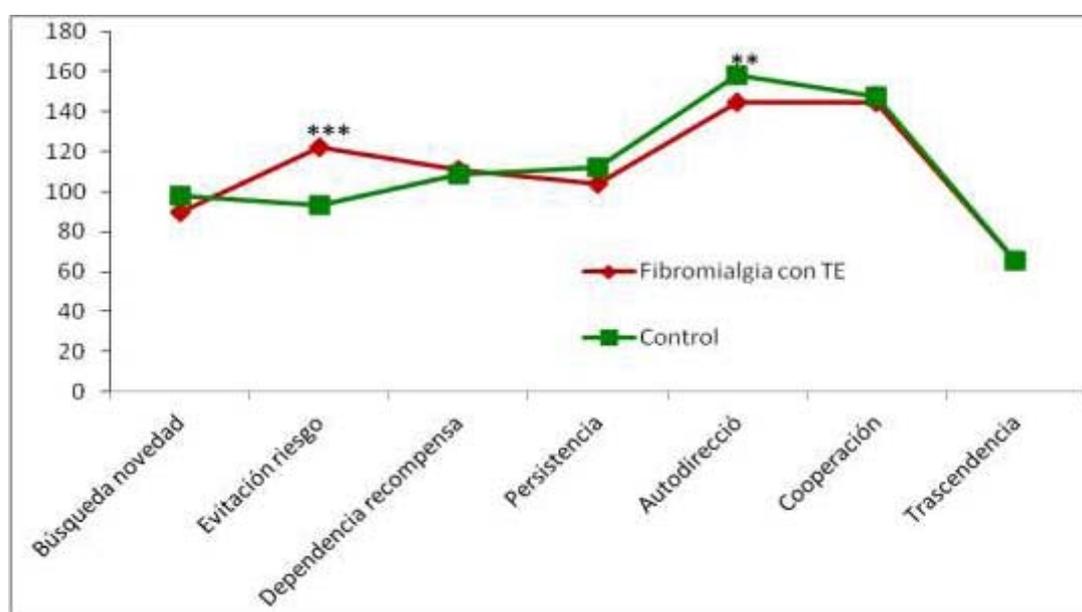


Figura 20. Comparación de las puntuaciones medias del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) entre el grupo con Fibromialgia con Trastorno emocional y el grupo Control

Nota. FM = Fibromialgia; TE = Trastorno emocional.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Tabla 46. Comparación de las puntuaciones medias del Inventario de Temperamento y Carácter (T CI-R) entre el grupo con Fibromialgia sin Trastorno emocional y con Trastorno emocional

	FM sin Trastorno emocional	FM con Trastorno emocional	<i>t</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
	Media (DE) (n=7)	Media (DE) (n=35)			
Búsqueda de novedad	87.43 (6.48)	89.83 (11.68)	-0.524		.603
Evitación del riesgo	115.57 (10.50)	121.86 (14.87)	-1.062		.295
Dependencia de recompensa	114.14(12.05)	110.74 (15.44)	0.548		.587
Persistencia	108.71 (8.52)	103.63 (20.19)	0.650		.520
Autodirección	161.43 (18.23)	144.77 (17.88)	2.243		.030
Cooperación	147.71 (14.90)	144.77 (13.77)	0.510		.613
Trascendencia	61.71 (13.15)	65.34 (14.31)		102.000	.508

Nota. DE=desviación estándar.

Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .05/7 = p < .007$.

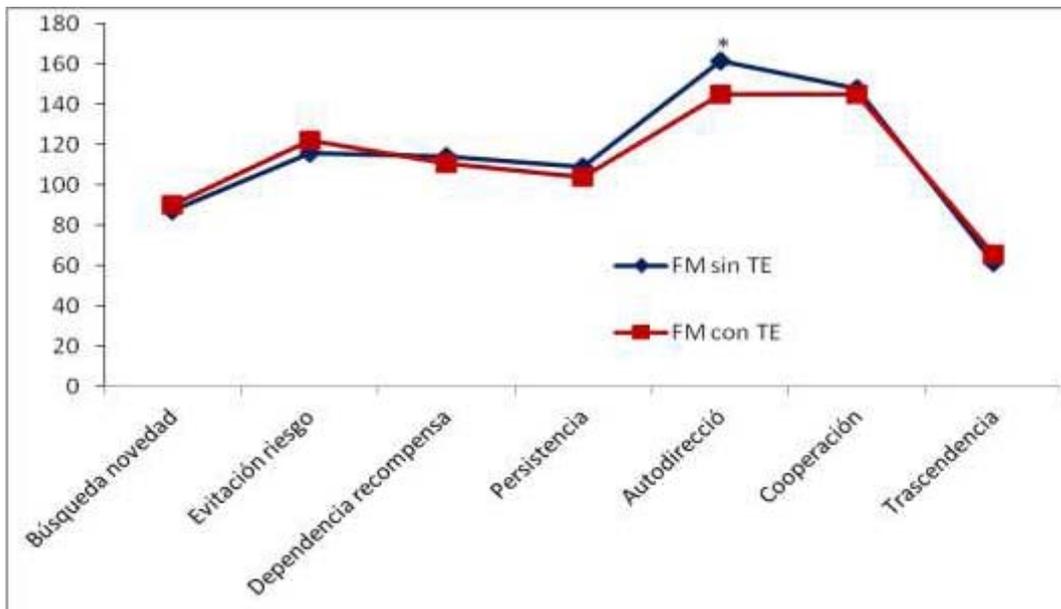


Figura 21. Comparación de las puntuaciones medias del Inventario de Temperamento y Carácter (T CI-R) entre el grupo con Fibromialgia sin Trastorno emocional y con Trastorno emocional

Nota. FM = Fibromialgia; TE = Trastorno emocional. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Los pacientes con FM que no presentan ningún Trastorno emocional presentan puntuaciones significativamente más altas en ER ($t(41) = 3.43, p = .001$) respecto al grupo control (Tabla 44 y Figura 19). Los pacientes con FM que presentan un Trastorno emocional asociado presentan puntuaciones significativamente más altas en ER ($t(69) = 7.68, p < .0005$) y más bajas en AD ($t(69) = -3.30, p = .002$) respecto al grupo control (Tabla 45 y Figura 20). Las pacientes con FM que presentan un Trastorno emocional asociado presentan puntuaciones más bajas en AD ($t(40) = 2.24, p = .030$), aunque no significativas, respecto al grupo con FM que no presenta ningún Trastorno emocional asociado (Tabla 46 y Figura 21).

5. DISCUSIÓN

En relación a los resultados hallados de acuerdo a la primera hipótesis, se observan puntuaciones más elevadas en las escalas que evalúan los síntomas de ansiedad y depresión, y una mayor proporción de casos con síntomas indicativos de depresión y ansiedad respecto al grupo control. Los resultados confirman la hipótesis de que los pacientes con FM presentan puntuaciones elevadas en la sintomatología ansioso-depresiva y un mayor porcentaje de casos de ansiedad y depresión, y son coherentes con los estudios previos que muestran mayores puntuaciones en depresión y ansiedad en estos pacientes, en comparación con grupos control/normativos (Aaron y cols., 1996; Malt y cols., 2002; Martín y cols., 2000; Pagano y cols., 2004; Pérez-Pareja y cols., 2004) así como una mayor proporción de casos con niveles clínicos de ansiedad y depresión respecto al grupo control (Aaron y cols., 1996; Bigatti y cols., 2008; Jensen y cols., 2010; Rehm y cols., 2010; Palomino y cols., 2007; White y cols., 2002; Wilke y cols., 2010). Al comparar las puntuaciones del HADS del grupo con FM con las de la población general española (Quintana y cols., 2000), se observan puntuaciones más elevadas en el grupo con FM. No obstante, según los puntos de corte establecidos para el HADS (Bobes y cols., 2004), la puntuación media obtenida en la escala de depresión en el grupo con FM se considera un posible caso de depresión, mientras que la puntuación media de la escala de ansiedad supera el punto de corte para considerarse un caso clínico de ansiedad. Es importante destacar que el hecho que el término de depresión haya sido utilizado en la literatura para referirse tanto un estado de ánimo, a

síntomas y a un síndrome, conjuntamente con la variabilidad de instrumentos utilizados en su evaluación ha hecho que sea más difícil comparar los resultados de diferentes estudios. Otro problema adicional en el estudio de la relación entre depresión y dolor crónico es el posible solapamiento entre los síntomas atribuidos al dolor crónico y a la depresión (Gatchel y Dersh, 2002).

Los resultados presentados parecen corroborar la presencia de reacciones emocionales en la FM ya que la mayoría de los pacientes presentan síntomas depresivos y ansiosos. No obstante, diecisiete pacientes, de un total de cuarenta y dos, no mostraron síntomas depresivos y seis no mostraron síntomas ansiosos. Estos resultados verifican la hipótesis previamente formulada, confirmando que no todos los pacientes estarán afectados de síntomas depresivos y ansiosos, y están en concordancia con estudios previos (Aaron y cols., 1996; Calandre y cols., 2011; Giesecke y cols., 2003; Souza y cols., 2009). En esta línea algunos autores se cuestionan porque no todas las personas con trastornos de dolor crónico no están deprimidas, llegando a la conclusión que la evaluación que el paciente hace del impacto que el dolor ejerce en sus vidas y su habilidad para ejercer algún tipo de control sobre el dolor y sobre su vida media en la relación entre el dolor y la depresión. Es decir, aquellos pacientes que creen que pueden continuar funcionando a pesar del dolor y que pueden mantener cierto control a pesar del dolor no desarrollan síntomas de depresión (Turk y Monarch, 2002). No obstante, cabe destacar que la presencia de síntomas ansiosos y depresivos en los pacientes con FM es desigual. Así, mientras un 64% de pacientes con FM presenta un nivel de ansiedad clínico, sólo el 33% lo presenta en depresión. Estos resultados concuerdan con diferentes estudios que han subrayado el carácter independiente de la relación entre ambas reacciones y la FM (Vallejo-Pareja, Comeche-Moreno, Ortega-Pardo, Rodríguez-Muñoz, y Díaz-García, 2009). Algunos estudios apuntan incluso que el dolor generalizado parece asociarse con la ansiedad, mientras que la fatiga lo haría con la depresión (Kurtze y Svebak, 2001). En la misma línea, Turk y Monarch (2002) apuntan que la sensibilidad a la ansiedad es un factor predisponente para el desarrollo del dolor crónico.

Estos resultados podrían explicarse en base a los procesos de aprendizaje mediante condicionamiento clásico, que postulan que los síntomas de ansiedad están más unidos al dolor, formando un círculo de dolor, tensión y ansiedad. Desde este modelo el dolor actúa como estímulo incondicionado generando miedo, ansiedad,

activación simpática y tensión muscular. Si este dolor aparece en una situación determinada o realizando alguna actividad de forma repetida, éstas pueden condicionarse y activar las respuestas condicionadas de miedo, ansiedad, activación simpática, tensión muscular y en consecuencia dolor. Tomando en consideración que la FM es una enfermedad dolorosa crónica, es posible que mediante este mecanismo las personas con FM hayan asociado una gran cantidad de situaciones con la aparición del dolor lo que genera una respuesta de ansiedad de forma mantenida. Además, la anticipación de la realización de una actividad que puede generar dolor conlleva a un estado de ansiedad anticipatoria y de activación simpática que puede llevar a nuevos estados de dolor (J. Miró, 2003). Vlaeyen y Linton (2000) refieren que el modelo de evitación-miedo actúa como mecanismo central en el desarrollo del dolor crónico, aunque su valor explicativo en la FM es aún desconocido (Martínez y cols., 2011). Según este modelo, el dolor es percibido como una amenaza al ser el posible causante de la lesión, lo que da lugar a la aparición del miedo ante la posibilidad de que el movimiento agrave la lesión y aumente el dolor, lo que genera miedo hacia el dolor. Esto genera un estado de hipervigilancia hacia las señales corporales indicativas de un posible dolor y una evitación de aquellas actividades potencialmente dañinas. Si esto se mantiene a lo largo del tiempo genera discapacidad, deterioro físico debido a la reducción de la utilización del sistema musculoesquelético y depresión, lo que aumenta la experiencia de dolor generado un círculo vicioso que genera un aumento del miedo y la evitación. La ansiedad y el miedo ante posibles episodios dolorosos futuros hacen que la persona evite determinadas situaciones y actividades con el fin de evitar la aparición del dolor. La conducta de evitación es reforzada a corto plazo a través de la reducción del sufrimiento asociado a la nocicepción. Sin embargo, la evitación es una respuesta desadaptativa si persiste en el tiempo, ya que aumenta el miedo, limita la realización de actividades y genera consecuencias físicas y psicológicas que contribuyen a la incapacidad y a la persistencia del miedo. Varios estudios han demostrado que el miedo al movimiento y al daño son mejores predictores de las limitaciones funcionales que los parámetros biomédicos (Turk y Monarch, 2002). Debido al proceso de generalización, los pacientes pueden acabar evitando una gran cantidad de actividades y situaciones, con el consiguiente riesgo de desarrollar depresión como consecuencia de la pérdida de reforzadores. Pérez-Pareja y colaboradores (2004) apuntan que la presencia de síntomas depresivos puede tener lugar cuando la persona percibe un importante impacto de la FM en su vida cotidiana. Un ejemplo sería la presencia de fatiga

persistente, la cual puede impedir la realización de actividades habituales derivando en una disminución de actividades que podrían actuar como reforzadores. Pérez-Pareja y colaboradores (2004) también apuntan a la posibilidad de que la depresión en pacientes con FM se explique más por el modelo de la indefensión aprendida, ya que la FM se caracteriza por la ausencia de una etiología clara, lo que sitúa al paciente en una situación de incertidumbre e indefensión. Banks y Kerns (1996) aplican el modelo de diátesis-estrés al desarrollo de la depresión en los pacientes con dolor crónico. Estos autores atribuyen el desarrollo de la depresión a una interacción entre una vulnerabilidad premórbida (diátesis) con el estrés generado por la vivencia de una enfermedad crónica. En este modelo la diátesis presenta una naturaleza predominantemente psicológica e incluye esquemas cognitivos negativos, atribuciones internas, estables y globales o déficits en habilidades instrumentales. El concepto de diátesis es concebido como características latentes de la persona, anteriores al inicio del dolor crónico y que son activadas ante el estrés de la condición crónica (Gatchel y Dersh, 2002). En cuanto al componente del estrés éste se centra en la naturaleza de la experiencia del dolor crónico, y destaca varios aspectos de la experiencia de dolor crónico que pueden ser considerados como estresantes y que podrían actuar como desencadenantes de la depresión, como son la vivencia de una sensación aversiva de dolor, la experiencia de dolor recurrente, intermitente y de difícil predicción, las limitaciones, la discapacidad o las pérdidas secundarias asociadas al dolor (trabajo, habilidades físicas, presiones económicas, disminución de la socialización, disminución de la autoestima). Es decir, los individuos con factores predisponentes bioquímicos, cognitivos o conductuales para la depresión pueden mostrar desde rasgos subclínicos no diagnosticados hasta un episodio depresivo mayor o un desorden distímico (Llorca, Muriel, González-Tablas, y Díez, 2007).

En relación al estado de salud, los resultados están en concordancia con los datos aportados por la literatura y verifican las hipótesis previamente planteadas, ya que los pacientes con FM muestran puntuaciones significativamente inferiores a las observadas en el grupo control en todas las escalas de salud. Estos resultados están en concordancia con los observados en la literatura donde la mayoría de estudios que evalúan la calidad de vida y el estado de salud en pacientes con FM observan que los pacientes con FM presentan puntuaciones más bajas en los instrumentos que evalúan el estado de salud (SF-36) en comparación a un grupo control (Neumann y cols., 2000; Pagano y cols.,

2004; Tander y cols., 2008; Verbunt y cols., 2008). Además, estudios realizados en todo el mundo mostraron que las personas con FM tenían un patrón muy consistente de deterioro del estado de salud, puntuando significativamente por debajo en los 8 dominios de estado de salud del SF-36, en comparación con la población general, presentando puntuaciones globales en salud mental una DE por debajo de la media general de la población y dos DE respecto a la puntuación media de salud física (Hoffman y Dukes, 2007).

Si se comparan las puntuaciones obtenidas con las puntuaciones obtenidas en el estudio de validación (Institut Municipal d'Investigació Mèdica, 2000) se observa que las escalas de dolor corporal, función física, función social y vitalidad presentan dos DE por debajo de la media de la población normativa mostrando un mayor grado de deterioro. Mientras que las escalas de salud mental, rol físico y salud general presentan una DE por debajo de la media de la población normativa. Es importante destacar que las áreas más afectadas son aquellas vinculadas con los síntomas principales de la FM, como el dolor y la fatiga (ausencia de vitalidad). También se ve afectada la realización de actividades físicas cotidianas y la función social, que evidencia que ante la vivencia de la FM las relaciones sociales se ven gravemente afectadas por los problemas de salud y emocionales, lo que puede ser relevante ya que el deterioro de las relaciones sociales puede dar lugar a una disminución de los reforzadores disponibles y del apoyo social, favoreciendo la aparición de síntomas depresivos (Salgueiro y cols., 2009) y un mayor grado de dolor (Montoya y cols., 2004).

En relación al perfil de personalidad característico de las pacientes con FM, la mayoría de estudios realizados mediante el TCI-R concuerdan en señalar altas puntuaciones en ER y bajas en AD en la FM, (Anderberg y cols., 1999; Gencay-Can y Can, 2011; Lundberg y cols., 2009; Mazza y cols., 2009) tal y como refleja el presente estudio, corroborando la hipótesis previa planteada. No obstante, en las 5 dimensiones restantes del TCI-R los resultados entre los diferentes estudios son más discrepantes, no quedando claro el perfil definitorio de las FM (Gencay-Can y Can, 2011; Lundberg, 2009). En el presente estudio se observa una baja BN, al igual que en el estudio de Lundberg y colaboradores (2009), pero a diferencia de éste se observa una puntuación baja, con tendencia a la significación, en PS. Lunberg y colaboradores (2009) observan que las pacientes con FM se muestran como personas perfeccionistas, perseverantes y

trabajadoras, y con una tendencia a mostrarse rígidas para cambiar sus patrones de conducta con el fin de afrontar los desafíos de la vida, y con una tendencia a continuar con sus actividades, incluso estando agotado, lo que podría constituir un factor de riesgo para el desarrollo de la FM y para el afrontamiento de ésta. Si bien la PS es una dimensión temperamental teóricamente poco modificable, la vivencia de una enfermedad dolorosa crónica como la FM podría disminuir el nivel de PS del individuo, como una estrategia adaptativa para adaptarse a la enfermedad, aunque esto podría implicar un cambio en la autoimagen del individuo. Otros estudios destacan puntuaciones elevadas en T, mientras que en el presente estudio no se observan diferencias significativas. Los individuos con elevada T tienden a ser más espirituales por lo que suelen afrontar mejor las situaciones de sufrimiento, pérdida y dolor (Svrakic y Cloninger, 2005) por lo que una elevada T podría ser positiva para el afrontamiento de la vivencia de una enfermedad crónica. Hay que remarcar que estas diferencias en las dimensiones de personalidad podrían ser debidas al proceso de selección de la muestra de estudio y a la ausencia de SFC comentado previamente. Además, los estudios realizados con otras condiciones con dolor crónico también corroboran la presencia de elevadas puntuaciones en ER (Boz y cols., 2004; Conrad y cols., 2007; Malmgren-Olsson y Bergdahl 2006; Mongini y cols., 2005; Sánchez-Roman y cols., 2007) y bajas en BN (Sánchez-Roman y cols., 2001) AD y C (Conrad y cols., 2007; Sánchez-Roman y cols., 2007).

Al evaluar las subescalas del TCI-R se encuentran mayores puntuaciones en Ansiedad anticipatoria-pesimismo, Temor a lo incierto, Fatigabilidad, Sentimentalismo y puntuaciones más bajas en Desorden, Excitabilidad exploratoria, Esfuerzo, Fortaleza en el trabajo, Responsabilidad, Determinación, Autoeficacia, Hábitos congruentes y Tendencia a ayudar respecto al grupo control, resultados muchos de ellos en concordancia con los observados en sujetos con dolor crónico (Conrad y cols., 2007) y con FM (Lundberg y cols., 2009). El perfil de personalidad observado en el grupo con FM se define como personas con una vulnerabilidad a reaccionar ante agentes estresores con un incremento de la ansiedad, a presentar pensamientos negativos hacia las frustraciones diarias, con tendencia a anticipar problemas futuros, y más fácilmente fatigables (alta ER), son pesimistas y tienden a anticipar el daño y el fracaso y a rumiar acerca de lo ocurrido (ER1 alto), se sienten tensos ante situaciones nuevas y evitan situaciones que implican un riesgo (ER2 alto), suelen disponer de poca energía y

confianza y se recuperan más despacio de las tensiones y situaciones nuevas (ER4 alto), son sentimentales, comprensivas, cálidas y tienden a expresar sus sentimientos a los demás (DR1 alto). Son personas con tendencia a reaccionar con indiferencia o rechazo ante la novedad, se sienten cómodas en la monotonía y evitan las situaciones que implican riesgo (BN baja), muestran una actitud precavida ante situaciones nuevas o desconocidas (BN1 baja), se sienten cómodas siguiendo las normas y ejercen un fuerte control sobre sí mismas (BN4 baja). Estas características podrían influir en que claudiquen ante situaciones potencialmente ansiosas. También presentan dificultad para persistir en la conducta cuando surgen dificultades, como la fatiga o la frustración, que podrían ser ocasionadas por el dolor (Fishbain y colaboradores 2003), y por la dificultad de adaptación a situaciones que implican una conducta mantenida en ausencia de gratificación (PS baja), presentan una baja eficacia e implicación en el trabajo (PS1 baja), con dificultades para afrontar las tareas del trabajo de forma resolutiva (PS2 baja). Presentan poca habilidad para controlar y regular su comportamiento para adaptarse a la situación, según los objetivos y valores individuales (AD baja). Presentan un locus de control externo y tienden a responsabilizar a las circunstancias de lo que les ocurre (AD1 baja), carecen de objetivos claros y tienden a reaccionar en función de las circunstancias (AD2 baja), se sienten con poca capacidad o recursos para afrontar los problemas (AD3 baja), carecen de unos hábitos adecuados que faciliten la consecución de sus propósitos (AD5 baja) y tienden a dirigir sus esfuerzos en función de su propio interés (C3 baja).

A menudo los clínicos se refieren a los pacientes con dolor como un grupo homogéneo que presenta un TP específico, sin evidencia al respecto. La literatura muestra que existe una mayor proporción de pacientes con TP en los pacientes con dolor que en la población general, aunque no hay evidencia de una personalidad específica de los pacientes con dolor, ya que estos muestran una amplia variedad de TP (Weisberg, 2000b). La investigación realizada mediante el MMPI se ha centrado en la obtención de perfiles diferenciales de personalidad, la discriminación entre diferentes tipos de dolor y la predicción de los resultados ante diferentes abordajes terapéuticos (Serrano y cols., 2002). Estos estudios pusieron de relieve la presencia de un perfil de conversión V en los pacientes con dolor crónico, caracterizado por elevaciones en la escala de hipocondría e histeria y puntuaciones menores en la escala de depresión. No

obstante, estudios posteriores han cuestionado ampliamente los resultados obtenidos. Miró y Jensen (2001) observan una elevada variabilidad en el perfil de los pacientes con dolor crónico, realizado mediante el MMPI. Naliboff, Cohen, y Yellen (1982) observan perfiles similares de personalidad entre pacientes con dolor crónico y pacientes que padecen otras enfermedades crónicas como hipertensión o diabetes. Otros autores cuestionan la presencia de la triada neurótica en los pacientes con dolor, destacando que estos pacientes presentan puntuaciones elevadas sólo en aquellos ítems de las escalas de la triada neurótica que reflejan reacciones específicas al dolor-enfermedad y no respuestas neuróticas difusas (Serrano y cols., 2002). Además, numerosos autores plantean serias dudas acerca de que el dolor pueda ser atribuido a una personalidad neurótica premórbida (Serrano y cols., 2002).

A diferencia de otros trabajos, el presente trabajo analiza la personalidad de la FM desde un enfoque dimensional y profundiza en el estudio del perfil temperamental obtenido mediante el TCI-R (normal vs patológico) (Svrakic y cols., 1993). El presente estudio corrobora la hipótesis previa al constatar que un 69% de los pacientes presenta un perfil temperamental no patológico ansioso caracterizado por baja BN y alta ER, quedando definido con un perfil precavido o metódico, ubicado en el Cluster C. El TCI-R también sugiere psicométricamente la posible presencia de un TP (Svrakic y cols., 1993) si los perfiles temperamentales extremos se asocian a bajas puntuaciones en AD y/o C.

En el ámbito del dolor crónico existe evidencia científica de una elevada prevalencia de TP, principalmente del cluster B y C (Weisberg, 2000a; Weisberg y Keefe, 1997). En la FM, diversos estudios apuntan a que una proporción importante de pacientes presentan TP, siendo los más frecuentes el Trastorno Obsesivo de la personalidad, el Trastorno Evitativo, el Trastorno Límite de la personalidad, el Trastorno de la personalidad Histriónico y el Trastorno Depresivo (Cerón-Muñoz y cols., 2010; Rose y cols., 2009; Uguz y cols., 2010). Algunos autores sugieren que la mala respuesta al tratamiento y el difícil manejo y control de los pacientes con FM podría explicarse por la presencia de TP (Cerón-Muñoz y cols., 2010; Weisberg, 1999). En contraposición, Thieme y colaboradores (2004) observan una frecuencia de TP en los pacientes con FM menor que en la población general. En el presente estudio uno de cada tres pacientes con FM presenta un posible diagnóstico psicométrico de TP realizado mediante el TCI-R, principalmente de tipo Evitativo u Obsesivo Compulsivo

de la Personalidad, lo que concuerda con algunos de los TP más prevalentes observados en alguno de los estudios previos (Cerón-Muñoz y cols., 2010; Rose y cols., 2009; Uguz y cols., 2010). Estos resultados confirman la hipótesis planteada, aunque los resultados no son significativos respecto al grupo control y se reafirma que los pacientes con FM son un grupo heterogéneo en sus manifestaciones clínicas (Giesecke y cols., 2003; Souza y cols., 2009).

La aplicación del modelo de diátesis-estrés a los TP en el dolor crónico hipotetiza que los mecanismos de afrontamientos previos son debilitados bajo el estrés generado por el dolor crónico, dando lugar a la aparición de los TP. De esta manera la vulnerabilidad subyacente puede ser activada por el estrés generado por el dolor crónico y sus condiciones concomitantes (como dificultades de acceso a la salud, legales, económicas). Una cuestión discutible es si los factores de estrés psicosocial contribuyen al deterioro de los mecanismos de afrontamiento previos adecuados y, de ese modo, dan lugar a una disfunción de la personalidad, o bien si los mecanismos de afrontamiento previos son los que conducen a los mismos factores de estrés (Weisberg, 2000; Weisberg y Keefe, 1997). A modo de paralelismo con el modelo de Cloninger, el planteamiento en cuestión se centraría en valorar si la AD se ha visto deteriorada debido a los factores de estrés asociados a la enfermedad crónica, o bien, si la AD presentaba puntuaciones bajas de forma previa al desarrollo de la enfermedad.

En relación a los patrones de personalidad evaluados mediante el MCMI-III, los resultados no verifican la hipótesis planteada, ya que se observa un mayor número de patrones de personalidad con puntuaciones PREV iguales o superiores a 85 (posible TP) en el grupo control que en el grupo con FM, estando en concordancia con los resultados del estudio de Thieme y colaboradores (2004), pero no con los de Cerón-Muñoz y colaboradores (2010), Rose y colaboradores (2009) y Uguz y colaboradores (2010).

Otra posible explicación se centraría en analizar los índices modificadores del MCMI-III que hacen referencia a la forma como los participantes han respondido al inventario. En el grupo control las puntuaciones medias de estos índices muestran puntuaciones bajas en Sinceridad y Devaluación y altas en Deseabilidad social, tomando como referencia tanto las puntuaciones normativas como en comparación con el grupo con FM. La combinación configuracional de estas escalas indica que este grupo de participantes ha mostrado un estilo de respuesta reticente y reservado y una tendencia a

mostrarse de forma favorable, como socialmente atractivo, moralmente virtuoso o emocionalmente estable. La investigación realizada mediante el MCMI-III muestra que los individuos con puntuaciones bajas en Sinceridad y altas en Deseabilidad social “muestran una tendencia a obtener puntuaciones elevadas en algunas escalas de patrones de personalidad, como la escala Dependiente, Narcisista o Compulsiva, dependiendo de si se quieren mostrar cooperadores, confiados en sí mismos o concienzudos” (Millon y cols., 2009, p. 129). Esto podría explicar la elevada frecuencia de los patrones de personalidad compulsivo e histriónico en los participantes del grupo control, y la ausencia de patología grave de personalidad o patrones del cluster A, que presentan una menor deseabilidad social. No obstante, cabe destacar que en la literatura se ha comentado la “dificultad de distinguir entre un perfil “fingido-bueno” y un perfil válido de un individuo que realmente tiene los atributos en cuestión, como por ejemplo perfeccionismo o dependencia” (Millon y cols., 2009, p. 129). Es importante destacar la posibilidad de que el MCMI-III no evalúe la presencia de TP, sino la presencia de un patrón de personalidad característico, que solo en algunos casos se corresponda con la presencia real de un TP. Esto sería concordante con la idea de que el MCMI-III es un instrumento de cribado que debe complementarse con otras fuentes de información para llegar a un diagnóstico certero (Millon y cols., 2009), a la vez que va en la línea de los resultados encontrados por Garcia-Fontanals y Deus (2010) (Véase Estudio 1) donde se observa que los clusters evaluados mediante la SCID-II no presentan una correspondencia diagnóstica con cada uno de los clusters y los estilos de afrontamiento y los TP del MCMI-II de la forma originalmente prevista. Sin embargo, dicho estudio fue realizado con el MCMI-II y no con el MCMI-III, por lo que las modificaciones aplicadas de una versión del inventario a la siguiente podrían hacer fluctuar los resultados encontrados.

Es importante no olvidar, que tal y como apuntan Weisberg y Keefe (1997) la utilización de una entrevista semiestructurada es la forma más fiable para la evaluación de los TP. No obstante, el elevado tiempo de administración que requiere hace poco adecuado su uso con todos los pacientes con dolor crónico, por lo que sería más apropiada su administración únicamente en aquellos pacientes que muestren indicios de patología más severa en la evaluación inicial.

A pesar del amplio número de estudios que analizan la comorbilidad entre la FM y los trastornos psicopatológicos, no hay evidencia empírica de ningún estudio que evalúe la presencia de psicopatología mediante el MCMI-III. El MCMI-III es un test psicométrico que permite determinar el tipo de síndrome clínico del Eje I y II que presenta el paciente basándose en los criterios del DSM-IV, lo que aporta más información que los cuestionarios de ansiedad y depresión. A su vez permite reducir el tiempo de evaluación, al tratarse de un instrumento autoinformado, comparado con una evaluación más exhaustiva realizada por una entrevista diagnóstica. Los resultados obtenidos en relación a la presencia de síndromes clínicos evaluados mediante el MCMI-III muestran que los pacientes con FM presentan una mayor proporción de síndromes clínicos que el grupo control, siendo los síndromes más frecuentes los trastornos de ansiedad, somatoformo, distimia y depresión mayor. Estos resultados están en concordancia con los estudios previos que muestran que los trastornos afectivos y ansiosos son los trastornos más frecuentes en los pacientes con FM (Epstein y cols., 1999; Fietta y cols., 2007; Hudson y cols., 1992; Martínez y cols., 1995; Raphael y cols., 2006; Rose y cols., 2009; Thieme y cols., 2004; Uguz y cols., 2010). Es importante destacar que siete pacientes con FM no presentan ningún trastorno psicopatológico, lo que estaría en concordancia con los resultados previamente comentados de que no todos los pacientes con FM presentan psicopatología asociada (Aaron y cols., 1996; Souza y cols., 2009). De forma más específica se observa que veinte pacientes no presentan ningún Trastorno afectivo y ocho ningún Trastorno de ansiedad, lo que corrobora los resultados previos en que también se observa que la presencia de ansiedad en estos pacientes es más frecuente que la depresión (Vallejo y cols., 2009).

El modelo de diátesis-estrés en el dolor crónico (Weisberg, 2000a) explica el desarrollo del dolor crónico a través de un modelo de interacción entre una vulnerabilidad biológica premórbida (diátesis), estresores intensos y recurrentes y unas inadecuadas habilidades de afrontamiento. La literatura científica acerca del dolor crónico se ha centrado en estudiar la relación entre perfiles o patologías de personalidad y la presencia del dolor crónico. Es decir, en valorar si existen pacientes con perfiles de personalidad o psicopatología que presenten una mayor vulnerabilidad a padecer dolor crónico (Moix, 2006). En 1959 Engel acuñó el concepto de paciente “propenso al

dolor”, concepto recuperado posteriormente por Blumer y Heilbronn, que concebían el dolor crónico como una forma de depresión enmascarada (Gatchel y Dersh, 2002; Miró, 2003). A pesar de que algunos teóricos han sugerido un estilo de personalidad propenso al dolor la investigación al respecto ha mostrado que hay una falta de especificidad en la relación entre la personalidad/psicopatología y el dolor, ya que la psicopatología se desarrolla sólo después de meses de experiencia de dolor incapacitante (Gatchel y Dersh, 2002). Miró y Jensen (2001) rechazan la clásica idea de que existe un perfil característico en los pacientes con dolor crónico, destacando una elevada variabilidad en el perfil de los pacientes con dolor crónico, realizado mediante el MMPI.

Por otro lado, algunos autores cuestionan la idea de que la personalidad pueda ser explicativa de la presencia de dolor crónico, considerando más bien que la personalidad puede ejercer un rol central en el afrontamiento de la enfermedad, condicionando el grado de discapacidad, cronificación y sufrimiento (Serrano y cols., 2002).

La ER, como dimensión temperamental, refleja una predisposición biológica al aprendizaje de conductas de evitación ante estímulos aversivos o nuevos. Además, los individuos con elevada ER adquieren fácilmente respuestas condicionadas de evitación a estímulos aversivos, presentan un nivel elevado de vigilancia, una habituación reducida en condiciones que entrañan un peligro potencial (Cloninger, 1986) y una mayor predisposición al desarrollo de síntomas ansioso-depresivos. La FM, como enfermedad crónica dolorosa, podría ser conceptualizada como una situación nueva y aversiva, generadora de estrés, por lo que los rasgos de personalidad, concretamente la ER, podría ser clave tanto en la génesis como en el curso clínico de la enfermedad (Infante-Vargas y cols., 2005; Lundberg y cols., 2009). Es decir, la elevada ER podría favorecer que los pacientes con FM afronten la enfermedad dolorosa de forma desadaptada, desarrollando síntomas de ansiedad y depresión.

En la misma línea Dersh y colaboradores (2002) apuntan a la posible existencia de características latentes que en combinación con la vivencia de una enfermedad crónica predispongan al desarrollo de patología. Banks y Kerns (1996) destacan varios aspectos de la experiencia del dolor crónico que pueden ser considerados como estresantes y que podrían actuar como desencadenantes de la depresión, como son la vivencia de una sensación de dolor, la experiencia de dolor recurrente o las pérdidas

secundarias asociadas al dolor (habilidades físicas, presiones económicas, disminución de la socialización, disminución de la autoestima).

Algunos estudios observan que la presencia de estados depresivos, puede agravar las puntuaciones de ER (Cloninger y cols., 1994), aunque Mazza y colaboradores (2009) matizan que en los pacientes con FM cuando los síntomas depresivos han remitido las puntuaciones en ER siguen siendo más elevadas que en el grupo control. También sería posible que la alta ER y los síntomas ansioso-depresivos asociados sean interpretados como consecuencia o manifestación del mismo dolor (Infante-Vargas y cols., 2005). La presencia de una elevada ER tanto en los pacientes con FM, como en los pacientes con dolor crónico, es un dato relevante. No obstante, la ausencia de estudios longitudinales hace imposible comprobar si la elevada ER está presente antes del inicio de la enfermedad o si esta es consecuencia del padecimiento de la enfermedad, por lo que no es posible asignarle una función causal.

En relación a las dimensiones de carácter, la AD no muestra un patrón tan consistente como la ER, ya que algunos estudios solo observan puntuaciones bajas en AD, con tendencia a la significación (Anderberg y cols., 1999; Cuevas-Toro, 2010). La AD hace referencia al grado de adaptación del individuo por lo que aquellos pacientes más adaptados y sin psicopatología asociada podrían presentar mayores puntuaciones en AD, lo que podría explicar porque en algunas muestras esta dimensión no presenta puntuaciones tan extremas como la ER, dimensión que podría considerarse como característica de la FM. Es importante destacar que el diseño de la presente investigación no justifica interpretaciones causales. No obstante, según la teoría de Cloninger las dimensiones de temperamento son heredadas y teóricamente poco modificables, por lo que estarían presentes antes del desarrollo de la enfermedad. Contrariamente, las dimensiones de carácter son potencialmente modificables, por lo que el padecimiento de una enfermedad puede haber influido en la capacidad de adaptación valorada mediante la AD.

En cuanto a la relación entre las dimensiones de personalidad del TCI-R y sus subescalas y los indicadores de malestar psicológico, los datos indican que los pacientes con puntuaciones elevadas en ER y Ansiedad anticipatoria-Pesimismo muestran también puntuaciones elevadas en la sintomatología ansiosa y depresiva y ansiedad rasgo, evaluada mediante dos instrumentos de evaluación específicos. Además, los resultados sugieren que los pacientes con bajas puntuaciones en AD presentan una

mayor ansiedad rasgo. Asimismo, aquellos individuos que carecen de un sentido claro respecto a la dirección de sus vidas y tienden a reaccionar ante las circunstancias y necesidad inmediatas (AD2 bajo) presentan ansiedad-rasgo alta y síntomas depresivos. Similar a estos resultados, varios estudios en población general, y en población con dolor, indican que una alta ER y una baja AD se asocian con mayor alteración emocional (Anderberg y cols., 1999; Boz y cols., 2004; Cloninger, 1998; Gencay-Can y Can, 2011; Jylhä y Isometsä, 2006; Malmgren-Olsson y Bergdahl, 2006). A diferencia de los resultados observados en Gencay-Can y Can (2010) donde DR se relaciona de forma negativa con síntomas de ansiedad, en el presente estudio el Sentimentalismo (DR1) se relaciona de forma positiva con la ansiedad estado. Estos resultados parecen concordar más con la teoría subyacente, ya que parece lógico que las personas con más facilidad para conmoverse, ser cálidos y comprensivos tiendan a presentar más síntomas de ansiedad.

La asociación negativa de ER y ER1 con la escala de salud mental del SF-36 corrobora los resultados anteriores, afirmando que la ER se relaciona con una mayor presentación de síntomas de alteración emocional. Mientras que la asociación positiva de AD y AD2 con salud mental es indicativa de que aquellas personas con baja AD presentan una mayor alteración emocional. Además, la AD se relaciona positivamente con la percepción general de salud del SF-36, corroborando la afirmación de Cloninger y Zohar (2011) de que la AD se asocia con todos los indicadores de salud.

Respecto al grado de impacto de la FM en la funcionalidad y calidad de vida, se observa que aquellas personas curiosas, entusiastas e impulsivas (alta BN) han requerido un menor número de bajas debido a la FM. Gencay-Can y Can (2011) observan una relación positiva entre ER y la puntuación total del FIQ. En el presente estudio se observa una correlación positiva con tendencia a la significación entre ER, Ansiedad anticipatoria-pesimismo y el FIQ, indicativo de que las personas con mayor ER pueden presentar un mayor impacto de la FM. Algunos autores también refieren que los individuos con alto N presentan un mayor número de quejas somáticas (Affleck y cols., 1992) lo que explicaría que en el presente estudio la ER muestre una tendencia a relacionarse con un mayor número de síntomas acompañantes de la FM.

En el ámbito del dolor crónico las dimensiones de personalidad no se relacionan con el dolor propio de la FM, esto concuerda con los resultados de Gencay-Can y Can (2011) en los que ni ER ni AD se relacionan con la intensidad del dolor. No obstante,

se observa una asociación positiva con tendencia a la significación entre Ansiedad anticipatoria-pesimismo y el índice IVD-T, lo que concuerda con los resultados de Malt y colaboradores (2002) que observan que el N por si solo explicaría el 16% del dolor total del MPQ, mientras que el N conjuntamente con el nivel de cortisol y la presión sanguínea sistólica explicarían un 42% de la varianza en el dolor total del MPQ.

En el ámbito del dolor experimental los pacientes que presentan mayor ER y Temor a lo incierto, y en menor medida Ansiedad anticipatoria y Fatigabilidad, presentan una mayor intensidad del dolor valorada mediante una escala numérico-verbal, por lo que intuimos que ER, y concretamente Temor a lo incierto, que valora la tendencia a estar tenso y preocupado ante situaciones nuevas, podría influir aumentando la valoración cualitativa de la intensidad de un estímulo doloroso inducido. Affleck (1992), en el ámbito del dolor crónico, observa que el catastrofismo, como estrategia de afrontamiento poco eficaz, media en la relación entre el N y la intensidad de dolor percibido, aunque el N no se relaciona directamente con la intensidad del dolor. La ER podría actuar como un factor de vulnerabilidad que disminuye el umbral en el cual el dolor es percibido de forma amenazante y en el cual los pensamientos catastrofistas sobre el dolor aparecen, lo que podría relacionarse con una mayor ansiedad anticipatoria (ER1) y temor a lo incierto (ER2). Mientras que la AD y, concretamente, la Determinación (AD2) ejercen el efecto contrario, disminuyendo la percepción dolorosa del estímulo aplicado. Ciertamente, la ER es una dimensión temperamental estable que refleja la predisposición a responder de forma intensa a estímulos aversivos, mientras que la AD evalúa los procesos cognitivos que regulan la expresión de los impulsos emocionales. La presencia de una mayor hiperalgesia ante un estímulo nociceptivo en la FM puede estar justificada en parte por una elevada ER y una baja AD que gestionan la respuesta subjetiva al dolor. Esto puede tener una repercusión terapéutica relevante al poder modificar, en cierta medida, la capacidad de autocontrol del dolor al incidir en la dimensión de carácter.

En relación a la influencia de los TP en los indicadores de malestar psicológico en la FM, la teoría respalda que los TP ejercen influencia en la capacidad de adaptación de la persona (American Psychiatric Association, 2002; Weisberg y Vaillancourt, 1999) y en los trastornos mentales del Eje I (Widiger y Rogers, 1989), por lo que la combinación de una enfermedad crónica dolorosa conjuntamente con un TP permitiría

suponer un mayor grado de malestar psicológico en estos pacientes (Cerón-Muñoz y cols., 2010; Weisberg y Vaillancourt, 1999). No obstante, en el presente estudio no se confirma la hipótesis planteada acerca de la relación establecida entre los TP y el malestar psicológico ya que los resultados muestran que la presencia de un TP establecido psicométricamente mediante el TCI-R o el MCMI-III no se relaciona con las medidas de malestar psicológico analizadas. Esto podría ser debido al tamaño de la muestra y al instrumento de evaluación utilizado, ya que a pesar de que el TCI-R y el MCMI-III pueden servir como instrumentos de cribado para el establecimiento de un TP, la forma establecida para realizar un diagnóstico de TP es mediante una entrevista estructurada específica para la evaluación de los TP. Otra posible explicación sería que los TP más frecuentes en la FM son el Evitativo y Obsesivo que revisten una menor gravedad funcional que otros Trastornos del cluster B o A (Millon y cols., 2009).

Respecto a la relación entre la presencia de un trastorno mental evaluado mediante el MCMI-III y las medidas de malestar psicológico, los resultados muestran que aquellos pacientes que presentan cualquier Trastorno emocional, ya sea un Trastorno de ansiedad, somatoformo, distímico, o depresión mayor presentarán un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM lo que está en concordancia con los resultados encontrados por White y colaboradores (2002).

En relación al SF-36, la presencia de un Trastorno emocional se relaciona con menores puntuaciones en rol emocional del SF-36, es decir, con una mayor interferencia de los problemas emocionales en la vida del paciente y con una peor salud mental. En los pacientes que presentan un Trastorno somatoformo se observan puntuaciones más bajas en las siete escalas del SF-36, siendo las escalas de rol emocional y salud mental las más próximas a la significación estadística. Los pacientes que presentan un Trastorno distímico también presentan un mayor deterioro de las relaciones sociales causado por los problemas emocionales y físicos. En conclusión, aquellos pacientes que presenten un Trastorno emocional presentaran puntuaciones más bajas en las escalas de salud del SF-36 vinculadas con el componente mental.

Estos resultados son poco concordantes con los de Epstein y colaboradores (1999) en los que la presencia de un Trastorno emocional es evaluada mediante la utilización de una Entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R (SCID), y donde se observa que la presencia de un Trastorno depresivo actual se relaciona únicamente con

menores puntuaciones en función física del SF-36. En el mismo estudio y mediante análisis de regresión se observó que la ansiedad era la única variable predictora de la varianza en función física del SF-36. White y colaboradores (2002) observan que la presencia de síntomas depresivos y ansiosos se relaciona con un peor estado de salud aunque para valorarlo no utilizan el SF-36, lo que podría explicar la discrepancia observada entre los estudios. Otros estudios (Jensen y cols., 2010; Tander y cols., 2008; Oflluoglu y cols., 2005) indican la presencia de una correlación negativa entre el SF-36 y cuestionarios de ansiedad y depresión. En resumen se puede afirmar que parece establecerse una relación negativa entre la presencia de un Trastorno emocional y el estado de salud, donde una mayor puntuación es indicativa de un mejor estado de salud. No obstante, los resultados no nos permiten esclarecer si la presencia de un Trastorno emocional se relaciona únicamente con el componente emocional del SF-36 o con el componente más físico del SF-36. Es posible que las diferencias encontradas entre el presente estudios y otros estudios se deban a los instrumentos de evaluación utilizados y a la muestra de estudio.

En relación a la interferencia de la FM en funcionamiento cotidiano evaluado mediante el FIQ, los resultados indican que únicamente los pacientes que presenten un Trastorno somatoformo presentaran mayores puntuaciones en el FIQ. No obstante, los pacientes con un Trastorno distímico o depresión mayor también presentarán una tendencia a presentar mayores puntuaciones en el FIQ, aunque sin ser significativos. Estos resultados son concordantes con la literatura previa, donde White y colaboradores (2002) observan que mayores puntuaciones en instrumentos que evalúan la depresión (CES) y la ansiedad (STAI) se relacionan con mayores puntuaciones en el FIQ. Verbunt y colaboradores (2008) indican que el estado de salud mental evaluado mediante el SF-36 predice el grado de discapacidad evaluado mediante el FIQ. Otros estudios observan una relación positiva entre la presencia de psicopatología y el FIQ (Jensen y cols., 2010; Huber y cols., 2008). No obstante, es importante destacar que los instrumentos utilizados para la evaluación de la depresión y la ansiedad en estos estudios no son equivalentes al MCMI-III lo que podría explicar las diferencias encontradas. A diferencia de otros estudios que observan una relación entre síntomas ansioso-depresivos y el FIQ, el presente estudio especifica que es la presencia de un Trastorno somatoformo la que se relaciona con mayores puntuaciones en el FIQ.

En relación al dolor propio de la FM, se observa que los pacientes con un Trastorno somatoforme muestran mayores puntuaciones en la IVD-T. No se observa relación entre la presencia de un Trastorno de ansiedad y el dolor, lo que concuerda con los resultados encontrados por Jensen y colaboradores (2010) en los que tampoco se observa relación entre los síntomas ansioso-depresivos y el dolor, aunque es un resultado contrario a los datos aportados por la literatura que indican una relación entre la intensidad del dolor y la ansiedad (Fietta y cols., 2007; Kurtze y Svebak, 2001; Wilson, Starz y cols., 2009). Esto podría deberse al hecho de que el MCMI-III evalúa con más precisión la presencia de algún Trastorno de ansiedad específico que la presencia de síntomas ansiosos.

En relación al dolor aplicado mecánicamente sólo los pacientes que presentan un Trastorno depresivo presentan mayores puntuaciones el IVD-T DAM. En este caso los resultados observados también son contrarios a los observados por Jensen y colaboradores (2010), donde la presencia de ansiedad y depresión no tiene influencia en el dolor inducido experimentalmente.

Las variables psicopatológicas han sido ampliamente estudiadas en los pacientes con dolor crónico siendo el MMPI uno de los instrumentos más utilizados. Existen varios estudios que identifican la triada neurótica en los pacientes con dolor crónico, no obstante, su validez ha sido cuestionada ampliamente (Weisberg y Vaillancourt, 1999). Algunos estudios se han centrado en valorar la validez del MMPI para predecir el dolor y la discapacidad en los pacientes con dolor crónico (Miró y Jensen, 2001). Así, por ejemplo, Gatche y colaboradores (Citado en J. Miró, 2003) observan en pacientes con dolor de espalda, que aquellos con altas puntuaciones en la escala de histeria es más probable que refieran problemas de discapacidad que aquellos pacientes con bajas puntuaciones. En la misma línea, en el presente estudio los participantes con FM que presenten un Trastorno Somatoforme presentarán un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM, un mayor impacto de la FM y un mayor grado del dolor-total propio de la FM.

No obstante, Gatchel y Epker (1999) señalan que una de las controversias en torno a la utilización de MMPI en poblaciones con dolor crónico es la frecuente superposición de los síntomas de un trastorno e ítems en el MMPI, y que muchas veces las respuestas positivas en el MMPI podrían estar reflejando síntomas de dolor crónico en lugar de psicopatología, lo que podría dar lugar a una estimación errónea de la

psicopatología. De la misma manera los pacientes que presentan un Trastorno somatoforme, diagnosticado mediante el MCMI-III, podrían ser aquellos pacientes que presentan una mayor intensidad de los síntomas de la FM, lo que podría confundirse con los síntomas definitorios del Trastorno somatoforme (Yunus, 2008).

En relación al FIQ los resultados muestran que aquellos pacientes con mayor impacto de la FM muestran un mayor número de síntomas depresivos, lo que concuerda con la idea de que una disminución de las actividades implica una pérdida de reforzadores que desemboca en la aparición de síntomas depresivos. Estos resultados corroboran parcialmente las hipótesis realizadas y están en concordancia con la literatura previa donde los resultados indican que la presencia de incapacidad física o el nivel de funcionamiento físico del individuo predicen la presencia de alteración emocional (Bigatti y cols., 2008; Huber y cols., 2008; Palomino y cols., 2007; Perrot y cols., 2010; White y cols., 2002). Como ya se ha comentado previamente, Pérez-Pareja y colaboradores (2004) apuntan que la percepción del paciente de un importante impacto de la FM en su vida cotidiana puede dar lugar a la aparición de los síntomas depresivos.

Además las pacientes con puntuaciones severas en el FIQ presentan peores puntuaciones en las escalas de función física, función social y salud general del SF-36, lo que es un resultado esperable ya que las escalas del SF-36 que cuantifican aspectos similares a las escalas del FIQ muestran una elevada correlación entre ellas (Monterde y cols., 2004). De esta manera ante una mayor incapacidad funcional el área que más se afecta es la de las relaciones sociales, lo que a la vez puede repercutir en un incremento de los síntomas depresivos al implicar una pérdida de reforzadores y de apoyo social (Salgueiro y cols., 2009). También presentan un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM lo que concuerda con un mayor grado de afectación funcional. Además los pacientes con una puntuación severa en el FIQ presentan mayores puntuaciones en el IVD-T del dolor propio de la FM, y en la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (EVA DAM), lo que concuerda con los resultados de Perrot y colaboradores (2010), que observan que el grado de interferencia generado por la FM también se relaciona con la intensidad del dolor propio de la FM.

En referencia a la relación entre el dolor y el malestar emocional se observa que la intensidad del dolor se relaciona de forma positiva con el FIQ y negativa con las escalas de función física, dolor corporal y cambio de la salud del SF-36. Estos resultados están en concordancia con los obtenidos por Bigatti y colaboradores (2008) que concluyen que el grado de dolor predice peores puntuaciones en el nivel de función física (FIQ) al cabo de un año, y con los de Jensen y colaboradores (2010) que observan una correlación positiva entre el impacto producido por la FM y diferentes indicadores de dolor. En contraposición Epstein y colaboradores (1999) observan que el dolor no predice el nivel de función física del SF-36.

En relación a los síntomas ansioso-depresivos el presente estudio no encuentra relación entre éstos y la intensidad del dolor, lo que está en concordancia con los resultados de Jensen y colaboradores (2010) que observan que los síntomas de depresión y ansiedad no correlacionan con ninguna medida de dolor. En contraposición, algunos autores (Fietta y cols., 2007; Huber y cols., 2008; Krag y cols., 1994; Wilson, Starz y cols., 2009) observan una asociación entre los síntomas ansioso-depresivos y la intensidad del dolor. No obstante, Huber y colaboradores (2008) puntualizan que esta relación está mediada por el grado de incapacidad funcional que presenta el paciente.

Respecto al perfil configuracional de las dimensiones del TCI-R en función de la presencia de psicopatología establecida mediante el MCMI-III, se observa que el grupo con FM que no presenta ningún Trastorno emocional (TE) se diferencia del grupo control únicamente en la dimensión temperamental ER. Esta dimensión se considera característica del perfil de personalidad definitorio de las FM, y está en concordancia con los resultados encontrados en otros estudios con pacientes con FM (Anderberg y cols., 1999; Gencay-Can y Can, 2011; Lundberg y cols., 2009; Mazza y cols., 2009) y en pacientes con dolor crónico (Boz y cols., 2004; Malmgren-Olsson y Bergdahl, 2006). No obstante, al comparar al grupo de pacientes con FM y TE con el grupo control se observa que además de las diferencias en la dimensión temperamental ER, hallada también en el análisis anterior, se observan diferencias en la dimensión de carácter AD, siendo el grupo con FM y TE el que presenta puntuaciones más bajas respecto al grupo control. Además, al comparar el grupo con FM con TE respecto al grupo con FM sin TE también se encuentran puntuaciones más bajas en AD en el grupo

con FM y TE, siendo la única diferencia observada entre ambos grupos, aunque solo presenta una tendencia a la significación.

Los estudios que han analizado el perfil de personalidad definitorio de las FM también han destacado bajas puntuaciones en la dimensión de carácter AD (Lundberg y cols., 2009; Mazza y cols., 2009). No obstante, el presente análisis nos permite inferir que no todas las FM presentan una baja AD, sino que únicamente lo presentarán aquellas que presentan de forma asociada un TE, lo que corrobora que el grupo con FM no es un grupo homogéneo (Giesecke y cols., 2003; Souza y cols., 2009). Además, estos resultados concuerdan con los estudios que observan una asociación entre una baja AD y la presencia de sintomatología ansioso-depresiva (Jylhä y Isometsä, 2006; Mazza y cols., 2009). Además, tiene una gran relevancia debido a que la dimensión AD hace referencia a la capacidad de la persona para dirigir su conducta en consonancia con sus objetivos y valores, y es indicativa de la capacidad de afrontamiento y de adaptación de la persona. No obstante, es importante destacar que únicamente siete pacientes de la muestra con FM no presentaban un TE. Sin embargo, esto puede tener importantes repercusiones terapéuticas ya que según la teoría de Cloninger (Cloninger y cols., 1994) las dimensiones temperamentales características de la FM son más estables, mientras que la AD es una dimensión de carácter potencialmente modificable.

Finalmente destacar que en el último análisis en el que se compara el grupo con FM y TE y el grupo con FM sin TE no se observan diferencias en los valores de ER, lo que es indicativo de que la dimensión ER es una dimensión claramente definitoria del grupo con FM y que además, esta dimensión no es dependiente del estado emocional, al menos en el grupo con FM y mediante un estudio transversal, resultado en contraposición a lo que sugiere el estudio de Mazza y colaboradores (2009). No obstante, es posible que si evaluáramos si existen fluctuaciones en las puntuaciones de ER una vez han remitido los síntomas depresivos observáramos un cambio en las puntuaciones de ER en un mismo sujeto (Cloninger y cols., 1994).

Recuperando el modelo de diátesis-estrés (Weisberg, 2000a), anteriormente comentado, la AD, conceptualizada como la capacidad de adaptación del individuo, podría haberse debilitado al ser expuesta al estrés generado por el dolor crónico, facilitando la aparición de psicopatología asociada. Aunque también sería posible que hubiera un subgrupo de pacientes con FM que presentarán de forma premórbida una baja AD que haya propiciado la aparición de psicopatología asociada, dificultando la

adaptación del paciente a la enfermedad. Solo un estudio longitudinal permitiría esclarecer dichas cuestiones.

En suma, algunos autores señalan a los perfiles de personalidad como factores implicados en el desarrollo de la FM (Anderberg y cols., 1999; Gencay-Can y Can, 2011; Lundberg y cols., 2009; Martínez y cols., 2011) y en su manifestación clínica (Anderberg y cols., 1999, Besteiro y cols., 2008). Además, otros estudios matizan una asociación entre ER y malestar psicológico sugiriendo que dicha dimensión temperamental puede desarrollar algún papel en la etiopatogenia de la FM (Anderberg y cols., 1999; Besteiro y cols., 2008). Según la teoría de Cloninger las dimensiones de temperamento son heredadas y poco modificables, por lo que teóricamente están presentes antes del desarrollo de la enfermedad. Las dimensiones de carácter son potencialmente modificables, por lo que el padecimiento de una enfermedad puede haber influido en la capacidad de adaptación valorada mediante la AD. El presente estudio muestra un perfil con una elevada ER y baja AD y su asociación con varios indicadores de malestar psicológico, aunque solo un estudio longitudinal podría esclarecer el papel de éstas dimensiones en el desarrollo de la FM.

La mayoría de pacientes con FM presentan una elevada ER, dimensión que predispone a la anticipación ansiosa, temor a lo incierto, fatigabilidad y al desarrollo de síntomas ansioso-depresivos. En el presente estudio se observa una asociación entre ER y ciertos indicadores de malestar emocional, pero la ER no permite discriminar entre aquellos pacientes que presentan un TE y aquellos que no lo presentan, ya que ambos presentan elevadas puntuaciones en ER. La ER en combinación con la FM y con el estrés generado por la FM, puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos.

Es importante destacar, que a diferencia de otros estudios, el presente estudio analiza la relación entre la capacidad de adaptación (AD) y el malestar psicológico asociado a la FM. El hecho de que la AD sea una dimensión de carácter, susceptible de modificación mediante el aprendizaje, y que ejerza un efecto regulador en la expresión de los impulsos emocionales, es un aspecto clave a considerar desde el punto de vista psicoterapéutico, ya que esto podría tener importantes repercusiones en la capacidad predictiva del TCI-R respecto al curso de la FM. La AD podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas ansioso, aunque una alta AD podría actuar como factor protector.

Tomando en consideración que la mayoría de pacientes con FM, presentan una elevada puntuación en ER sería conveniente aplicar un tratamiento centrado en la prevención de la evitación a situaciones potencialmente aversivas, disminución de la hipervigilancia, habituación a situaciones potencialmente peligrosas o inesperadas, prevención de síntomas de ansiedad y depresión, o, en caso de que éstos ya estén presentes, aplicar un tratamiento centrado en una disminución de los síntomas depresivos y ansiosos, como por ejemplo, estrategias centradas en el control de la activación.

Considerado que la AD es una dimensión de carácter potencialmente modificable que presenta una asociación inversa con los síntomas de ansiedad y depresión, y que diferencia entre aquellos pacientes con FM que cursan con un TE de aquellos que no presentan ningún TE asociado, sería conveniente realizar un tratamiento que tuviera como finalidad aumentar la AD de la persona y, en consecuencia, su nivel de adaptación, lo que se traducirá en mejorar las estrategias de afrontamiento de los pacientes, realizar un entrenamiento en resolución de problemas, aplicar estrategias centradas en un aumento del locus de control interno, la autoeficacia y la adquisición de hábitos adecuados para la consecución de sus propósitos.

Aquellos pacientes que además de una alta ER presenten una baja AD presentarán una mayor desadaptación, una mayor probabilidad de presentar un Trastorno emocional y una mayor desadaptación en el afrontamiento a la enfermedad. Si ante la evaluación clínica de un paciente éste presenta dicha configuración en las dimensiones de personalidad podría ser adecuado aplicar un tratamiento combinado.

En relación a los TP, los pacientes con dolor crónico presentan una mayor prevalencia de TP que la población general, en el presente estudio uno de cada tres pacientes presenta un TP establecido psicométricamente por el TCI-R. La presencia de un TP puede dificultar el afrontamiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, por lo que sería conveniente realizar una evaluación de los TP para enfocar de forma adecuada el tratamiento psicológico. No obstante, en contra de lo esperado, en el presente estudio la presencia de un TP no implica un mayor malestar emocional.

Respecto a la comorbilidad de la FM con Trastornos emocionales, una proporción importante de pacientes presenta un Trastorno afectivo o ansioso por lo que en la evaluación de los pacientes con FM sería importante realizar una evaluación psicológica para detectar los trastornos comórbidos a la patología crónica y realizar un

tratamiento acorde al diagnóstico, con el fin de que la presencia de psicopatología no repercuta en la FM, ya que como se ha observado, la presencia de un Trastorno emocional puede repercutir en otras esferas de la enfermedad agravando el cuadro crónico del paciente.

A modo de prevención, también sería relevante que ante un paciente con elevadas puntuaciones en el FIQ se evaluara el grado de apoyo social que presenta el paciente, y si la presencia de la FM está repercutiendo en la vida social del paciente, ya que podría implicar una mayor vulnerabilidad al desarrollo de síntomas depresivos, debido a la disminución de la frecuencia de reforzadores disponibles y de apoyo social.

En relación a las limitaciones del presente trabajo es importante destacar que:

El tamaño de la muestra es pequeño, aunque selectivo y de régimen asistencial hospitalario, lo que puede reducir la potencia estadística y limita la generalización de los resultados en la FM, considerada como una enfermedad de gran heterogeneidad clínica (Giesecke y cols., 2003).

La rigurosidad en la selección de la muestra, en la que se han excluido las FM comórbidas a otras enfermedades reumatológicas y pacientes con SFC, puede justificar que algunos de los resultados sean diferentes a los encontrados en la literatura.

No se ha evaluado si se produce un cambio en las puntuaciones de temperamento (ER) del TCI en la FM tras la remisión de síntomas depresivos (Cloninger y cols., 1994; Hirano y cols., 2002).

Los instrumentos utilizados poseen adecuadas propiedades psicométricas, aunque la mayoría carecen de escalas de control para detectar respuestas falsas.

Al ser un estudio con un diseño transversal no permite realizar un estudio de las variables a lo largo del tiempo, por lo que no es posible realizar afirmaciones causales.

Al no haber incluido un grupo con otro tipo de dolor crónico, como por ejemplo la Artritis Reumatoide (AR), no es posible analizar si los datos encontrados son específicos del grupo FM o aparecen en otros grupos con dolor crónico.

En futuras investigaciones sería conveniente explorar el efecto que la interacción de las estrategias de afrontamiento con la personalidad puede ejercer en los indicadores de malestar psicológico asociados a la FM. Explorar el efecto diferenciado ejercido por

algunas de las subescalas del TCI-R, específicamente en las subescalas de ER y AD, con muestras de mayor tamaño. Realizar un estudio longitudinal que permita determinar de forma concluyente si la presencia de una elevada ER está presente antes del desarrollo de la FM, y si la baja AD es anterior al desarrollo de la FM o consecuencia de ésta. Y a modo de conclusión general, establecer con mayor precisión y con una mayor capacidad predictiva la relación establecida entre la personalidad, la psicopatología, el estado de salud, la capacidad funcional y el dolor. La complejidad del modelo biopsicosocial hace que sean múltiples las variables que deberían ser analizadas para comprender la FM, hacer predicciones acerca del curso de la enfermedad, o realizar una adecuada evaluación psicológica que permita realizar un tratamiento eficaz.

6. CONCLUSIONES

Objetivo 1: Analizar las diferencias en cuanto al estado emocional (ansiedad y depresión) y estado de salud entre un grupo de mujeres con Fibromialgia y un grupo Control.

Hipótesis 1.1: Las participantes con Fibromialgia, en comparación con el grupo Control, presentarían puntuaciones más elevadas en depresión (HADS) y ansiedad (HADS, STAI) y una mayor proporción de casos con sintomatología depresiva y ansiosa. → Se verifica.

Hipótesis 1.2: No todas las participantes con Fibromialgia presentarían puntuaciones superiores al punto de corte en las escalas de depresión (HADS) y ansiedad (HADS, STAI). → Se verifica.

Hipótesis 1.3: Las participantes con Fibromialgia, en comparación con el grupo Control, presentarían puntuaciones más bajas en todas las escalas del estado de salud (SF-36). → Se verifica.

Las pacientes con FM, en comparación al grupo control, muestran una mayor presencia de síntomas de ansiedad y depresión, y un mayor deterioro del estado de salud. Concretamente, presentan mayores puntuaciones en depresión, ansiedad, ansiedad estado y ansiedad rasgo, así como una mayor proporción de casos con puntuaciones indicativas de la presencia de ansiedad y depresión, siendo más destacada la presencia de casos de ansiedad que de depresión. Además presentan una alta proporción de casos

con puntuaciones elevadas en ansiedad estado y rasgo. No obstante, según el HADS, 17 pacientes con FM no presentan ningún síntoma depresivo, y 6 no presentan síntomas ansiosos, mientras que según el STAI 22 pacientes con FM presentan puntuaciones inferiores al percentil 75 en ansiedad estado, y 16 presentan puntuaciones inferiores al percentil 75 en ansiedad rasgo.

Objetivo 2. Evaluar las dimensiones de personalidad en una muestra de sujetos con Fibromialgia mediante el Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado (TCI-R).

Hipótesis 2.1: Las participantes del grupo Fibromialgia, en comparación al grupo Control, obtendrían mayores puntuaciones en la dimensión temperamental Evitación del riesgo (ER). → Se verifica.

Hipótesis 2.2: Las participantes del grupo Fibromialgia, en comparación al grupo Control, obtendrían menores puntuaciones en la dimensión de carácter Autodirección (AD). → Se verifica.

El perfil de personalidad del grupo con FM queda definido por una alta ER, baja BN, y baja AD. El perfil de personalidad observado en el grupo con FM se define como personas con una vulnerabilidad a reaccionar ante agentes estresores con un incremento de la ansiedad, a presentar pensamientos negativos hacia las frustraciones diarias, con tendencia a anticipar problemas futuros, más fácilmente fatigables (alto ER), con tendencia a reaccionar con indiferencia o rechazo ante la novedad, evitar situaciones que implican un riesgo (baja BN) y con poca habilidad para controlar y regular su comportamiento para adaptarse a la situación, según los objetivos y valores individuales (baja AD). Cuando se analizan las subescalas, destacando ER1 y AD2, se observan diferencias estadísticamente significativas en el sentido esperado en aquellas subescalas que mejor definen un perfil ansioso y poco adaptativo.

Objetivo 3. Estudiar el tipo de perfil temperamental de los pacientes con Fibromialgia y la presencia de Trastornos de la Personalidad establecidos mediante el Inventario de Temperamento y Carácter- Revisado (TCI-R).

Hipótesis 3.1: Las participantes con Fibromialgia presentarían mayoritariamente un perfil temperamental del cluster C. → Se verifica.

Hipótesis 3.2: Los participantes con Fibromialgia presentarían un mayor número de Trastornos de la Personalidad en comparación al grupo control, ubicados mayoritariamente en el cluster C. → Se verifica parcialmente.

La mayoría de las pacientes con FM presentan, según el TCI-R, un perfil temperamental ansioso, siendo los perfiles más frecuentes el metódico y precavido, ubicados en el cluster C. Solo un tercio de los pacientes con FM presentan un posible diagnóstico psicométrico de TP, mayoritariamente del cluster C (ansioso).

Objetivo 4. Analizar las diferencias en los Patrones y los Trastornos de la Personalidad entre un grupo de Fibromialgia y un grupo Control mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III).

Hipótesis 4.1: Las pacientes con Fibromialgia, en comparación con el grupo Control, presentarían una proporción mayor de casos con puntuaciones de Prevalencia (PREV) superiores a 75 y 85 en las escalas de Patrones de la Personalidad respecto a un grupo control. → No se confirma.

Hipótesis 4.2: Los participantes con Fibromialgia presentarían una mayor proporción de casos con puntuaciones de Prevalencia (PREV) superiores a 75 y 85 en las escalas de Patrones de Personalidad ubicados, preferentemente, en el cluster C. → Se verifica parcialmente.

Hipótesis 4.3: Los participantes con Fibromialgia, en comparación al grupo Control no presentarían ningún Trastorno grave de la Personalidad. → Se verifica.

Según el MCMI-III el grupo con FM no presenta más Patrones de Personalidad y TP con puntuaciones superiores a 75 y 85 que el grupo control, aunque los que sí que superan dicho umbral se ubican principalmente en el cluster C. Ningún participante con FM presenta una puntuación indicativa de la presencia de un Trastorno grave de la personalidad.

Objetivo 5. Analizar las diferencias en las escalas clínicas entre un grupo de Fibromialgia y un grupo Control.

Hipótesis 5.1: El grupo con Fibromialgia, en comparación al grupo Control, presentaría una proporción mayor de casos con puntuaciones de Prevalencia (PREV) superiores a 75 y 85 en las escalas clínicas del MCMI-III. → Se verifica.

Hipótesis 5.2: El grupo con Fibromialgia, en comparación al grupo Control, presentaría una mayor proporción de casos con puntuaciones de Prevalencia (PREV) superiores a 75 y 85 en las escalas clínicas que definen un Trastorno ansioso-depresivo. → Se verifica

El grupo FM, en comparación al grupo control, presenta una mayor proporción de casos con Trastornos afectivos y ansiosos, según el diagnóstico realizado por el MCMI-III, siendo los Trastornos más frecuentes el Trastorno de ansiedad, el Trastorno somatoformo, el Trastorno distímico y el Trastorno depresivo mayor.

Objetivo 6. Explorar si las dimensiones de personalidad se relacionan con indicadores de malestar psicológico en la Fibromialgia.

Hipótesis 6.1: La dimensión de temperamento Evitación del riesgo correlacionaría positivamente con síntomas depresivos (HADS) y ansiosos (HADS, STAI). → Se verifica parcialmente.

Hipótesis 6.2: La dimensión de temperamento Evitación del riesgo correlacionaría positivamente con síntomas clínicos acompañantes de la Fibromialgia, con el número de bajas causadas por la Fibromialgia, y negativamente con el estado de salud (SF-36). → Se verifica parcialmente.

Hipótesis 6.3: La dimensión de temperamento Evitación del riesgo correlacionaría positivamente con la intensidad del dolor propio de la Fibromialgia (MPQ) y con la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (MPQ DAM). → Se verifica parcialmente.

Hipótesis 6.4: La dimensión de carácter Autodirección correlacionaría negativamente con síntomas depresivos (HADS) y ansiosos (HADS,STAI). → Se verifica parcialmente.

Hipótesis 6.5: La dimensión de carácter Autodirección correlacionaría negativamente con síntomas clínicos acompañantes de la Fibromialgia, con el número de bajas

causadas por la Fibromialgia, y positivamente con el estado de salud (SF-36). → Se verifica parcialmente.

Hipótesis 6.6: La dimensión de carácter Autodirección correlacionaría negativamente con la intensidad del dolor propio de la Fibromialgia (MPQ) y con la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (MPQ DAM). → Se verifica parcialmente.

Respecto a relación entre las dimensiones de Personalidad y los indicadores de malestar psicológico. En el grupo FM, ER y AD se asocian de forma positiva y negativa respectivamente con indicadores de alteración emocional y medidas del estado de salud vinculadas con el grado de alteración emocional. ER muestra una tendencia a asociarse de forma positiva con la intensidad del impacto de la FM en la capacidad funcional y en la calidad de vida de las personas que lo presentan. ER y AD presentan una tendencia a relacionarse de forma positiva y negativa respectivamente con la presentación de un mayor número de síntomas asociados a la FM. BN se relaciona negativamente con el número de bajas debido a la FM. ER se relaciona de forma positiva con IDP DAM. Es importante destacar el papel que ER y AD ejercen en el malestar psicológico en la FM, y concretamente ER1 y AD2, por ser las subescalas que con mayor frecuencia se asocian a los indicadores de malestar psicológico.

Objetivo 7. Estudiar si la presencia de Trastornos de la Personalidad establecidos mediante el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) se relaciona con los indicadores de malestar psicológico en el grupo con Fibromialgia.

Hipótesis 7.1. Los participantes con Fibromialgia y un Trastorno de la Personalidad establecido mediante el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R), presentarían mayores puntuaciones en los síntomas depresivos (HADS) y ansiosos (HADS, STAI). → No se confirma.

Hipótesis 7.2. Los participantes con Fibromialgia y un Trastorno de la Personalidad establecido mediante el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R), presentarían un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM, un mayor número de bajas causadas por la Fibromialgia, y puntuaciones más bajas en el estado de salud (SF-36). → No se confirma.

Hipótesis 7.3. Los participantes con Fibromialgia y un Trastorno de la Personalidad establecido mediante el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R), presentarían

mayores puntuaciones en la intensidad del dolor propio de Fibromialgia (MPQ) y en la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (MPQ DAM). → No se confirma.

La presencia de un TP, establecido mediante el TCI-R, no se relaciona con mayores puntuaciones en los indicadores de malestar psicológico.

Objetivo 8. Analizar si la presencia de un Patrón de la Personalidad, establecido mediante el MCMI-III, se relaciona con los indicadores de malestar psicológico en el grupo con Fibromialgia.

Hipótesis 8.1: Las participantes con puntuaciones superiores o iguales a 85 en alguna de las escalas de Patrones de Personalidad y de TP presentarían mayores puntuaciones en los síntomas depresivos (HADS) y ansiosos (HADS, STAI). → No se confirma.

Hipótesis 8.2: Las participantes con puntuaciones superiores o iguales a 85 en alguna de las escalas de Patrones de Personalidad y de TP presentarían un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM, un mayor número de bajas causadas por la Fibromialgia, y puntuaciones más bajas en el estado de salud (SF-36). → No se confirma.

Hipótesis 8.3. Las participantes con puntuaciones superiores o iguales a 85 en alguna de las escalas de Patrones de Personalidad y de TP, presentarían mayores puntuaciones en la intensidad del dolor propio de Fibromialgia (MPQ) y en la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (MPQ DAM). → No se confirma.

La presencia de un TP, establecido mediante el MCMI-III, no se relaciona con mayores puntuaciones en los indicadores de malestar psicológico.

Objetivo 9. Analizar si las variables psicopatológicas del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) se relacionan con el estado de salud, grado de discapacidad y dolor en la FM.

Hipótesis 9.1: Las participantes con puntuaciones superiores o iguales a 75 en alguna de las escalas clínicas que miden sintomatología ansioso-depresiva, presentarían un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM, un mayor número de bajas causadas por la Fibromialgia, y puntuaciones más bajas en el estado de salud (SF-36). → Se verifica parcialmente.

Hipótesis 9.2: Las participantes con puntuaciones superiores o iguales a 75 en alguna de las escalas clínicas que miden sintomatología ansioso-depresiva, presentarían mayores puntuaciones en la intensidad del dolor propio de Fibromialgia (MPQ) y en la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (MPQ DAM). → Se verifica parcialmente.

Los participantes con FM que presenten un Trastorno de ansiedad presentaran una mayor interferencia de los problemas emocionales en el trabajo u otras actividades diarias (reducción del tiempo dedicado a esas actividades, un rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar), un peor estado emocional, y un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM.

Los participantes con FM que presenten un Trastorno Somatoforme presentaran un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM, un mayor impacto de la FM, y un mayor grado del dolor-total propio de la FM.

Los participantes con FM que presenten un Trastorno Distímico presentaran una mayor interferencia de los problemas emocionales en el trabajo u otras actividades diarias, un peor estado emocional, una mayor interferencia de los problemas de salud en la vida social y un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM.

Los participantes con FM que presenten un Trastorno depresivo presentaran una mayor interferencia de los problemas emocionales en el trabajo u otras actividades diarias, un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM y un mayor grado de dolor total del dolor aplicado.

Objetivo 10: Analizar si el grado de impacto de la Fibromialgia, evaluado mediante el Cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ), se relaciona con los indicadores de malestar emocional en la FM.

Hipótesis 10.1. Las participantes con puntuaciones en el FIQ clasificadas como severas presentarían mayores puntuaciones en los síntomas depresivos (HADS) y ansiosos (HADS, STAI). → Se verifica parcialmente.

Hipótesis 10.2. Las participantes con puntuaciones en el FIQ clasificadas como severas presentarían un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la Fibromialgia, un mayor número de bajas causadas por la Fibromialgia y puntuaciones más bajas en el estado de salud (SF-36). → Se verifica parcialmente.

Hipótesis 10.3. Las participantes con puntuaciones en el FIQ clasificadas como severas presentarían mayores puntuaciones en la intensidad del dolor propio de Fibromialgia (MPQ) y en la intensidad del dolor aplicado mecánicamente (MPQ DAM). → Se verifica parcialmente.

Los participantes con FM con un mayor impacto de la FM presentarán más síntomas depresivos, un mayor limitación de sus actividades físicas debido a su estado de salud, una mayor interferencia de los problemas de salud en su vida social, una peor percepción del propio estado de salud, así como un mayor número de síntomas clínicos acompañantes de la FM, una mayor grado de dolor total propio de la FM, y una mayor intensidad en el dolor aplicado evaluado mediante una EVA.

Objetivo 11. Estudiar la relación entre la intensidad del dolor de la Fibromialgia, evaluado mediante el Cuestionario de dolor McGill (MPQ), y los indicadores de malestar psicológico en el grupo FM.

Hipótesis 11.1. La intensidad del dolor, evaluada mediante la escala analógica visual (EVA) del MPQ, correlacionaría positivamente con síntomas depresivos (HADS) y ansiosos (STAI). → No se confirma.

Hipótesis 11.1. La intensidad del dolor, evaluada mediante la escala analógica visual (EVA) del MPQ, correlacionaría positivamente con síntomas clínicos acompañantes de la Fibromialgia, con el número de bajas causadas por la Fibromialgia, y negativamente con el estado de salud (SF-36). → Se verifica parcialmente.

Los participantes que refieran una mayor intensidad del dolor de la FM presentarán, una mayor limitación de sus actividades físicas debido a su estado de salud, una mayor intensidad del dolor e interferencia de éste en su trabajo habitual, una peor percepción de su estado de salud en relación al año anterior, y un mayor impacto de la FM.

Objetivo 12: Analizar la relación entre las dimensiones de personalidad del TCI-R y la presencia de un Trastorno psicopatológico evaluado mediante el MCMII-III, en el grupo con Fibromialgia.

Hipótesis 12.1: Los pacientes con FM que presenten algún Trastorno emocional (ansiedad, somatoformo, distimia, depresión mayor, bipolar) presentarían puntuaciones más altas en ER, y más bajas en AD respecto al grupo con Fibromialgia sin Trastorno emocional y aún más altas respecto al grupo control. → Se verifica.

Hipótesis 12.2: Los pacientes con FM sin Trastorno emocional únicamente presentarían puntuaciones más altas en ER respecto al grupo Control. → Se verifica.

Los pacientes con FM se caracterizan por la presencia de un elevado ER tanto si presentan comorbilidad con síntomas ansioso-depresivos como si no. Mientras que la baja AD solo está presente en aquellos casos en que la FM aparece de forma comórbida con sintomatología ansioso-depresiva. Estos datos permiten concluir que la ER es una dimensión característica del grupo FM, independiente del estado emocional, mientras que la AD es indicativa del grado de adaptación del paciente y se asocia con la presencia de malestar emocional.

REFERENCIAS

- Aaron, L. A., Bradley, L. A., Alarcón, G.S., Alexander, R. W., Triana-Alexander, M., Martin, M. Y., y Alberts, K. R. (1996). Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behavior rather than to illness. *Arthritis and Rheumatism*, 39(3), 436-445.
- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., y Higgins, P. (1992). Neuroticism and the pain-mood relation in rheumatoid arthritis: Insights from a prospective daily study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (1), 119-126.
- Ahles, T. A., K., Khan, S. A., Yunus, M. B., Spiegel, D. A., y Masi, A. T. (1991). Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis, and subjects without pain: A blind comparison of DSM-III diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1721-1726.
- Ahles, T. A., Yunus, M. B., y Masi, A. T. (1987). Is chronic pain a variant of depressive disease? The case of primary fibromyalgia syndrome. *Pain*, 29(1), 105-111. doi:10.1016/0304-3959(87)90183-7
- Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J.M. (1995). The Spanish version of the SF-36 health survey (the SF-36 health questionnaire): An instrument for measuring clinical results. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Texto revisado) (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Anderberg, U. M., Forsgren, T., Ekselius, L., Marteinsdottir, I., y Hallman, J. (1999). Personality traits on the basis of the Temperament and Character Inventory in female fibromyalgia syndrome patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(5), 353-359. doi:10.1080/080394899427827

- Arnstein, P., Caudill, M., Mandle, C.L., Norris, A., y Beasley, R. (1999). Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*, 80 (3), 483-491.
- Asghari, M.A., y Nicholas, M.K. (1999). Personality and adjustment to chronic pain. *Pain Reviews*, 6, 85-97.
- Asmundson, G. J. G., Norton, P. J., y Norton, G. R. (1999). Beyond pain: The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19(1), 97-119. doi:10.1016/S0272-7358(98)00034-8
- Bagge, E., Bengtsson, B.A., Carlsson, L., y Carlsson, J. (1998). Low growth hormone secretion in patients with fibromyalgia- a preliminary report on 10 patients and 10 controls. *The Journal of Rheumatology*, 25(1), 145-148.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Banks, S.M y Kerns, R.D. (1996). Explaining the high rates of depression in chronic pain: a diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin*, 119(1), 95-110. doi: 10.1037/0033-2909.119.1.95
- Barba Tejedor, A. (1994). Aspectos psicosociales del dolor. En C. Muriel Villoria y J.L. Madrid Arias (Eds.), *Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico*. Madrid: ELA.
- Bayón, C. (2006). Modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger: Aproximación integradora en la evaluación de los trastornos de la personalidad y proceso psicoterapéutico. *Psiquiatria.com*, 10 (1). Recuperado de http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/26196/
- Bayon, C., Hill, K., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., y Cloninger, C.R. (1996). Dimensional assessment of personality in an out-patient sample: relations of the

systems of Millon and Cloninger. *Journal of Psychiatric Research*, 30(5), 341-352.

Beecher, H.K. (1959). *Measurement of subjective responses: Quantitative effects of drugs*. Nueva York: Oxford University Press.

Bennett, R.M., Bushmakin, A.G., Cappelleri, J.C., Zlateva, G., y Sadosky, A.B (2009). Minimal clinically important difference in the fibromyalgia impact questionnaire. *Journal of Rheumatology*, 36(6), 1304-1311. doi: 10.3899/jrheum.081090

Bennett, R.M., Cook, D.M., Clark, S.R., Burckhardt, C.S., y Campbell, S.M. (1997) Hypothalamic-pituitary-insulin-like growth factor-I axis dysfunction in patients with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 24 (7), 1384-1389.

Besteiro, J., Álvarez, M., Lemos, S., Muñiz, J., Costas, C., y Weruaga, A. (2008). Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 411-427.

Bigatti, S. M., Hernandez, A. M., Cronan, T. A., Rand, K. L. (2008). Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: relationship to pain and depression. *Arthritis Care y Research*, 59(7), 961-967. doi:10.1002/art.23828

Björkegren, K., Wallander, M.A., Johansson, S., y Svärdsudd, K. (2009). General symptom reporting in female fibromyalgia patients and referents: A population-based case-referent study. *BMC Public Health*, 9(1), 402. doi: 10.1186/1471-2458-9-402. Recuperado de <http://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2F1471-2458-9-402.pdf>

Blumer, D., y Heilbronn, M. (1981). Chronic pain as a variant of depressive disease: the pain-prone disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 170 (7), 381-406.

- Bobes, J., Portilla, M.P.G., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., y Bousoño, M. (2004). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Medica.
- Boisset-Pioro, M. H., Esdaile, J. M., y Fitzcharles, M. (1995). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, 38(2), 235-241. doi:10.1002/art.1780380212
- Boz, C., Velioglu, S., Ozmenoglu, M., Sayar, K., Alioglu, Z., Yalman, B., y Topbas, M. (2004). Temperament and character profiles of patients with tension-type headache and migraine. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(5), 536-543.
- Branco, J., Atalaia, A., y Paiva, T. (1994) Sleep cycles and alpha-delta sleep in fibromyalgia syndrome. *The Journal of Rheumatology*, 21(6), 1113-1117.
- Brown, S. L., Svrakic, D. M., Przybeck, T. R., y Cloninger, R. C. (1992). The relationship of personality to mood and anxiety states: A dimensional approach. *Journal of Psychiatric Research*, 26(3), 197-211. doi:10.1016/0022-3956(92)90023-H
- Buckelew, S. P., Huyser, B., Hewett, J. E., Parker, J. C., Johnson, J. C., Conway, R., y Kay, D. R. (1996). Self-efficacy predicting outcome among fibromyalgia subjects. *Arthritis Care & Research*, 9(2), 97-104.
- Buckelew, S. P., Murray, S. E., Hewett, J. E., Johnson, J., y Huyser, B. (1995). Self-efficacy, pain, and physical activity among fibromyalgia subjects. *Arthritis Care & Research*, 8(1), 43-50.
- Burckhardt, C.S., Clark, S.R., y Bennet, R.M. (1991). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. *Journal of Rheumatology*, 18 (5), 728-733.

- Buskila, D., Neumann, L., Hazanov, I., y Carmi, R. (1996). Familial aggregation in the fibromyalgia syndrome. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 26(3), 605-611. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0049-0172\(96\)80011-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0049-0172(96)80011-4)
- Buskila, D., Neumann, L., Vaisberg, G., Alkalay, D., y Wolfe, F. (1997). Increased rates of fibromyalgia following cervical spine injury. A controlled study of 161 cases of traumatic injury. *Arthritis and Rheumatism*, 40(3), 446-452. doi:10.1002/art.1780400310
- Calandre, E.P., Garcia-Carrillo, J., Garcia-Leiva, J., Rico-Villademoros, F., Molina-Barea, R., y Rodriguez-Lopez, C. (2011). Subgrouping patients with fibromyalgia according to the results of the fibromyalgia impact questionnaire: A replication study. *Rheumatology International*, 31(12), 1555-1559. doi:10.1007/s00296-010-1521-3
- Camino, A., Jiménez, B., de Castro-Palomino, M., y Fábregas, M. (2009). Ira, fibromialgia y ansiedad: aproximación desde un CSM. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(1), 203-215. doi.org/10.4321/S0211-57352009000100015
- Carruthers, B.M., y van de Sande, M.I. (2005). *Síndrome de Fibromialgia: Definición clínica y recomendaciones para médicos. Visión general del documento Canadiense de consenso sobre Fibromialgia*. Canada: Haworth Medical Press Inc. Recuperado de: http://www.institutferran.org/documentos/FM_criterios_canadienses.pdf
- Casanueva, B. (2007). *Tratado de Fibromialgia*. Santander: Cantabria en imagen.
- Casey, J. E., y Joyce, P. R. (1999). Personality disorder and the Temperament and Character Inventory in the elderly, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100 (4), 302-308.

- Castel, A., Cascón, R., Salvat, M., Sala, J., Padrol, A., Pérez, M., y Rull, M. (2008). Rendimiento cognitivo y percepción de problemas de memoria en pacientes con dolor crónico: con fibromialgia versus sin fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 6, 358-370.
- Cerón Muñoz, A.M., Centelles Mañosa, F., y Abellana-Senglà, M. y Garcia Capel, S. (2010). Fibromialgia y trastornos de personalidad. *Semergen*, 36 (9), 501-506.
- Chapman, C.R. (1986). Pain, perception, and illusion. En R.A. Sternbach (Ed.), *The psychology of pain* (2th ed). Nueva York: Raven Press.
- Choy, E., Perrot, S., Leon, T., Kaplan, J., Petersel, D., Ginovker, A., y Kramer, E. (2010). A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. *BMC Health Services Research*, 10(1), 102. doi: 10.1186/1472-6963-10-102. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-102.pdf>
- Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 4(3), 167-226.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573-588.
- Cloninger, C. R., Bayon, C., y Svrakic, D. M. (1998). Measurement of temperament and character in mood disorders: A model of fundamental states as personality types. *Journal of Affective Disorders*, 51(1), 21-32. doi:10.1016/S0165-0327(98)00153-0
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., y Wetzel, R. D. (1994). *The Temperament and the Character Inventory (TCI): A guide to its development and Use*. St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University.

- Cloninger, C. R., Svarakic, D. M., y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50 (12), 975-990.
- Cloninger, C. R., y Zohar, A. H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of Affective Disorders*, 128(1-2), 24-32. doi:10.1016/j.jad.2010.06.012
- Comeche, M.I., y Vallejo, M.A. (1998). Dolor crónico. En M.A. Vallejo (Ed.) *Manual de terapia de conducta (vol.2)*. Madrid: Dykinson.
- Conrad, R., Schilling, G., Bausch, C., Nadstawek, J., Wartenberg, H. C., Wegener, I., . . . Liedtke, R. (2007). Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. *Pain*, 133(1-3), 197-209.
- Cook, D. B., Lange, G., Ciccone, D. S., Liu, W., Steffener, J., Natelson, B. H. (2004). Functional imaging of pain in patients with primary fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 31(2), 364-378.
- Crofford, L. J., Pillemer, S. R., Kalogeras, K. T., Cash, J. M., Michelson, D., Kling, M. A., . . . Wilder, R. L. (1994). Hypothalamic pituitary adrenal axis perturbations in patients with fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 37(11), 1583-1592. doi:10.1002/art.1780371105
- Collado, A. (2008). Fibromialgia: “Una enfermedad más visible”. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8, 517-520.
- Collado, A., Alijotas, J., Benito, P., Alegre, C., Romera, M., Sañudo., . . . Cots, J. (2002). Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Medicina Clínica*, 118(19), 745-749.

- Costello, C. G. (1996). *Personality characteristics of the personality disordered*. Nueva York: Wiley.
- Cuevas Toro, A.M (2010) Personalidad, funciones neuropsicológicas e impacto del dolor en pacientes con Fibromialgia (Tesis Doctoral). Recuperado de Tesis doctorales en red (TDR).
- Dagnino Sepulveda, J. (1994). Definiciones y clasificaciones del dolor. *Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile*, 23, 148-151. Recuperado de http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/dolor/3_2.html
- Dehghani, M., Sharpe, L., y Nicholas, M. K. (2003). Selective attention to pain-related information in chronic musculoskeletal pain patients. *Pain*, 105(1-2), 37-46. doi:10.1016/S0304-3959(03)00224-0
- Derbyshire, S. W., Jones, A. K., Creed, F., Starz, T., Meltzer, C.C., Townsend, D.W., . . . Firestone, L. (2002). Cerebral responses to noxious thermal stimulation in chronic low back pain patients and normal controls. *Neuroimage*, 16(1), 158-168. doi:10.1006/nimg.2002.1066
- Dersh, J., Polatin, P. B., y Gatchel, R. J. (2002). Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64(5):773-786. doi:10.1097/01.PSY.0000024232.11538.54
- Deus, J. (2012). Género, dolor y cerebro: estudios de neuroimagen funcional. En C. Goicoechea; Cid de la Calle, del Pozo López, y Perucho (Eds), *El dolor crónico en la mujer* (pp. 53-68). Madrid: Dykinson.
- Deus, J., Lopez-Solà, M., y Pujol, J. (2012). Utilidad de la Resonancia magnética funcional en la valoración del dolor. Aplicación práctica en FM. *Investigación clínica y terapéutica*, 27, 19-27.

- Dinerman, H., y Steere, A.C. (1992). Lyme disease associated with fibromyalgia. *Annals of Internal Medicine*, 117(4), 281-285.
- Dobkin, P.L., De Civita, M., Abrahamowicz, M., Baron, M., y Bernatsky, S. (2006). Predictors of health status in women with fibromyalgia: a prospective study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(2), 101-108.
- Dobkin, P.L., Liu, A., Abrahamowicz, M., Ionescu-Ittu, R., Bernatsky, S., Goldberger, A., y Baron, M.(2010). Predictors of disability and pain six months after the end of treatment for fibromyalgia. *The Clinical Journal of Pain*, 26(1), 23-29. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181b40ee6.
- Donker, F. (1999). Evaluación y tratamiento conductual del dolor crónico. En M.A. Simon (Ed.), *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 537-556). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Drewes, A.M., Gade, J., Nielsen, K.D., Bjerregard, K., Taagholt, S.J., y Svendsen, L. (1995). Clustering of sleep electroencephalographic patterns in patients with the fibromyalgia syndrome. *British Journal of Rheumatology*, 34(12), 1151-1156.
- Epstein, S. A., Kay, G., Clauw, D., Heaton, R., Klein, D., Krupp, L., . . . Zisook, S. (1999). Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia: A multicenter investigation. *Psychosomatics*, 40(1), 57-63. doi:10.1016/S0033-3182(99)71272-7
- Fietta, P., Fietta, P., y Manganelli, P. (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomedica*, 78, 88-95.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J.B.W., y Benjamin, L. S. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje-II del DSM-IV (SCID-II)*. Barcelona: Masson.

- Fishbain, D.A., Cole, B., Cutler, R.B., Lewis, J., Rosomoff, H.L., y Fosomoff, R.S. (2003). Is pain fatiguing? A structured evidence-based review. *Pain Medicine*, 4(1), 51-62.
- Fordyce, W.E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St Louis: MO, Mosby.
- Fordyce, W.E., Fowler, R.S., Lehman, J.F., y Delateur, B.J. (1968). Some implications of learning in problems of chronic pain. *Journal of Chronic Diseases*, 21, 179-190.
- Frances, A., First, M.B., y Pincus, H. A. (1997). *DSM-IV. Guía de uso*. Barcelona: Masson.
- Friedberg, F., y Jason, L.A. (2001). Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: clinical assessment and treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 433-455.
- Gamero Ruiz, F., Gabriel Sánchez, R., Carbonell Abello, J., Tornero Molina, J., y Sánchez-Magro, I. (2005). El dolor en las consultas de reumatología españolas: Estudio epidemiológico EPIDOR. *Revista Clínica Española*, 205(4), 157-163. doi:10.1157/13074161
- García-Blanco, S., Poca-Dias, V., Pereira do Santos, C., Cuscó-Segarra, A., Torrente-Segarra, V., y García-Fructuoso, F.J. (2012, June). *Predictive value of exercise stress test (24h test re-test) and coghealth in differential diagnosis of chronic fatigue syndrome vs. fibromyalgia*. Poster session presented at the meeting of the European league against rheumatism (EULAR), Berlin.
- García-Fructuoso, F.J., Lao-Villadoniga, J.I., Beyer, K., y Santos, C. (2006). Relación entre genotipos del gen catecol O-metiltransferasa y la severidad de la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2(4), 168-172. doi: 10.1016/S1699-258X(06)73042-X

- Garcia-Fontanals, A., y Deus, J. (2010). Evaluación de los Trastornos de la Personalidad mediante la SCID-II, el TCI-R y el MCMI-II. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 96, 9-19.
- Gardini, S., Cloninger, C.R. y Venneri, A. (2009). Individual differences in personality traits reflect structural variance in specific brain regions. *Brain research Bulletin*, 79(5), 265-270. doi: 10.1016/j.brainresbull.2009.03.005.
- Gatchel, R.J. y Dersh, J. (2002). Psychological Disorders and chronic pain: are there cause-and-effect relationship?. En D.C Turk y R.J Gatchel (Eds.), *Psychological Approches to Pain Management. A practioner's handbook (2th edition)*. New York: The Guilford Press.
- Gencay-Can, A., y Can, S. (2011). Temperament and character profile of patients with fibromyalgia. *Rheumatology International*, 32(12), 3957-3961. doi:10.1007/s00296-011-2324-x
- Giesecke, T., Gracely, R. H., Grant, M. A. B., Nachemson, A., Petzke, F., Williams, D. A., y Clauw, D. J. (2003). Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. *Arthritis and Rheumatism*, 50(2), 613-623.
- Goldenberg, D. L. (1993). Do infections trigger fibromyalgia? *Arthritis and Rheumatism*, 36(11), 1489-1492. doi:10.1002/art.1780361102
- Goldenberg, D.L. (1999). Fibromyalgia syndrome a decade later: what have we learned?. *Archives of Internal Medicine*, 159(8), 777-785.
- Goldenberg, D.L., Mossey, C.J., y Schmid, C.H. (1995). A model to assess severity and impact of fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 22(12), 2313-2318.
- Gracely, R. H., Geisser, M. E., Giesecke, T., Grant, M. A. B., Petzke, F., Williams, D.A., y Clauw, D. J. (2004). Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain*, 127(4), 835-843. doi:10.1093/brain/awh098

- Gracely, R. H., Petzke, F., Wolf, J. M., y Clauw, D. J. (2002). Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 46(5), 1333-1343. doi:10.1002/art.10225
- Griep, E.N., Boersma, J.W., y De Kloet, E.R. (1993). Altered reactivity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the primary fibromyalgia syndrome. *The Journal of Rheumatology*, 20(3), 469-474.
- Gutiérrez, F., Sangorrín, J., Martín-Santos, R., Torres, X. y Torrens, M. (2002). Measuring the core features of personality disorders in substance abusers using the Temperament and Character Inventory (TCI). *Journal of Personality Disorders*, 16(4), 344-359.
- Gutiérrez-Zotes, J. A, Bayón, C., Montserrat, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C. R., y Fernández-Aranda, F. (2004). Inventario del Temperamento y el Carácter Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(1), 8-15.
- Hirano, S., Sato, T., Narita, T., Kusunoki, K., Ozaki, N., Kimura, S., . . . Uehara, T. (2002). Evaluating the state dependency of the Temperament and Character Inventory dimensions in patients with major depression: a methodological contribution. *Journal of Affective Disorders*, 69(1-3), 31-38.
- Hoffman, D. L., y Dukes, E. M. (2008). The health status burden of people with fibromyalgia: A review of studies that assessed health status with the SF-36 or the SF-12. *International Journal of Clinical Practice*, 62(1), 115-126.
- Holzman, A.D., y Turk, D.C. (comps.) (1986). *Pain management. A handbook of psychologies treatment approaches*. Nueva York: Pergamon Press.
- Hsu, V. M., Patella, S. J., y Sigal, L. H. (1993). "Chronic Lyme disease" as the incorrect diagnosis in patients with fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 36(11), 1493-1500. doi:10.1002/art.1780361103

- Huber, A., Suman, A. L., Biasi, G., Carli, G. (2008). Predictors of psychological distress and well-being in women with chronic musculoskeletal pain: two sides of the same coin? *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2), 169-175. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.09.005
- Hudson, J. I., Goldenberg, D. L., Pope Jr., H. G., Keck Jr., P. E., y Schlesinger, L. (1992). Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *The American Journal of Medicine*, 92(4), 363-367. doi:10.1016/0002-9343(92)90265-D
- Hudson, J. I., Hudson, M. S., Pliner, L. F., Goldenberg, D. L., y Pope, H. G. (1985). Fibromyalgia and major affective disorder: a controlled phenomenology and family history study. *The American Journal of Psychiatry*, 142(4), 441-446.
- Iidaka, T., Matsumoto, A., Ozaki, N., Suzuki, T., Iwata, N., Yamamoto, Y., . . . Sadato, N. (2006). Volume of left amygdala subregion predicted temperamental trait of harm avoidance in female young subjects. A voxel-based morphometry study. *Brain Research*, 1125(1), 85-93. doi:10.1016/j.brainres.2006.09.015
- Infante Vargas, P., García Parés, G., Moix Queraltó, J., Cañellas Arsegol, M., y Subirá Álvarez, S. (2005). Personalidad y dolor crónico. *Psiquis*, 26(3), 17-24.
- Institut Municipal d'Investigació Mèdica, IMIM. (2000). *Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36*. Recuperado de <http://www.imim.es>
- International Association for the Study of pain. (2004). Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. En H. Merskey y N. Bogduk, (Eds.) *Classification of Chronic Pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms (Second Edition)* (pp 209-214). Seattle: IASP Press.
- International Association for the Study of pain (IASP). (2010). Año global contra el dolor agudo. ¿Cuál es el problema? *Pain*. Recuperado des: <http://www.iasp->

pain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact_Sheets3&Template=/CM/ContentDisplay.cfm?ContentID=11831

- Jensen, K. B., Petzke, F., Carville, S., Fransson, P., Marcus, H., Williams, S. C. R., . . . Kosek, E. (2010). Anxiety and depressive symptoms in fibromyalgia are related to poor perception of health but not to pain sensitivity or cerebral processing of pain. *Arthritis and Rheumatism*, 62(11), 3488-3495. doi:10.1002/art.27649
- Jylhä, P., y Isometsä, E. (2006). Temperament, character and symptoms of anxiety and depression in the general population. *European Psychiatry*, 21(6), 389-395.
- Kennedy, S. H, Katz, R., Rockert, W., Mendolowitz, S., Ralevski, E., y Clewes, J. (1995). Assessment of personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A comparison of self-report and structured interview methods, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(6), 358-364.
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., y Kapusta, M. A. (1988). Somatization and depression in fibromyalgia syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 145(8), 950-954.
- Krag, N. J., Nørregaard, J., Larsen, J. K., y Danneskiold-Samsøe, B. (1994). A blinded, controlled evaluation of anxiety and depressive symptoms in patients with fibromyalgia, as measured by standardized psychometric interview scales. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(6), 370-375.
- Kroenke, K. (2006). Physical symptom disorder: A simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(4), 335-339. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.01.022
- Kurtze, N., y Svebak, S. (2001). Fatigue and patterns of pain in fibromyalgia: correlations with anxiety, depression and co-morbidity in a female country sample. *The British Journal of Medical Psychology*, 74(Pt4), 523-537.

- Laricchiuta, D., Petrosini, L., Piras, F., Macci, E., Cutuli, D., Chiapponi, C., . . . y Spalletta, G. (2012). Linking novelty seeking and harm avoidance personality traits to cerebellar volumes. *Human Brain Mapping*, 11. doi: 10.1002/hbm.22174
- Lauver, S. C., y Johnson, J. L. (1997). The role of neuroticism and social support in older adults with chronic pain behavior. *Personality and Individual Differences*, 23(1), 165-167. doi:10.1016/S0191-8869(97)00001-9
- Lázaro, C., Caseras, X., Whizar-Lugo, V. M., Wenk, R., Baldioceda, F., Bernal, R., . . . Baños, J.E. (2001). Psychometric properties of a Spanish version of the McGill pain questionnaire in several Spanish-speaking countries. *The Clinical Journal of Pain*, 17(4), 365-374.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company. (Traducción española Estrés y procesos cognitivos, 1986, Barcelona: Martínez Roca).
- Lefebvre, J.C. (1998). The effects of neuroticism and induced affect on the recall of pain intensity, pain unpleasantness and perceived daily activity interference in chronic low back pain. *Dissertation Abstract International Section B: The Sciences and Engineering*, 59, 1859.
- Lledó-Boyer, A., Pastor-Mira, M. A., 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 and Health Psychology*, 10(3), 459-476.
- Llorca, G.J., Muriel, C., González-Tablas, M.M., y Díez, M.A. (2007). Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 1, 26-35.
- Loeser, J.D., y Black, R, G. (1975). A taxonomy of pain. *Pain*, 1, 81-84.

- Marcus, D.A., Bernstein, C., y Rudy, T. (2005). Fibromyalgia and headache: An epidemiological study supporting migraine as part of the fibromyalgia syndrome. *Clinical Rheumatology*, 24(6), 595-601. doi:10.1007/s10067-005-1121-x
- Marlowe, D. B., Husband, S. D., Bonieskie, L. M., Kirby, K. C. y Platt, J.J. (1997). Structured interview versus self-report test vantages for the assessment of personality pathology in cocaine dependence, *Journal of Personality Disorders*, 11(2), 177-190.
- Martín, M. J., Luque, M., Solé, P., Mengual, A., y Granados, J. (2000). Aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 27(1), 12-18.
- Martín Sánchez, V. (2011). Historia de la Fibromialgia. En C.L. Ayán Pérez, (Ed.), *Fibromialgia. Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación* (pp. 1-9). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Martínez, J.E., Ferraz, M.B., Fontana, A.M., y Atra, E. (1995). Psychological aspects of Brazilian women with fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (2), 167-174.
- Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Miró, E., Medina, A., y Lami, M. J. (2011). The relationship between the fear-avoidance model of pain and personality traits in fibromyalgia patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18(4), 380-391. doi:10.1007/s10880-011-9263-2
- Martínez-Lavín, M. (2012). *La ciencia y la clínica de la Fibromialgia. Manual práctico para profesionales de la salud*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Mas, A.J., Carmona, L., Valverde, M., Ribas, B., y EPISER Study Group. (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in

individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology* 26(4), 519-526.

Mazza, M., Mazza, O., Pomponi, M., Di Nicola, M., Padua, L., Vicini, M., . . . Mazza, S. (2009). What is the effect of selective serotonin reuptake inhibitors on temperament and character in patients with fibromyalgia? *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), 240-244. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.08.004.

McBeth, J., y Silman, A. J. (2001). The role of psychiatric disorders in fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports*, 3(2), 157-164.

Mel'nikova, T.S. (1993). Thresholds of pain responses to electrical stimuli in patients with endogenous depressions. *Patologichskaia Fiziologiya I Eksperimentalnaia Terapiia*, 4, 19-21.

Melzack, R. (1975). The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299. doi:http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(75)90044-5

Melzack, R., y Wall, P.D. (1965). Pain mechanism: a new theory. *Science*, 150 (3699), 971-979.

Merskey, H., y Bogduk, N. (Eds.) (1994). *Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndroms and definitions of pain terms* (2th ed). Seattle: International Association for the Study of Pain (IASP Press).

Messina, N., Wish, E., Hoffman, J., y Nemes, S. (2001). Diagnosing antisocial personality disorder among substance abusers: the SCID versus the MCMI-II, *American Journal of Drug y Alcohol Abuse*, 27(4), 699-717.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Fibromialgia*. Madrid: DIN Impresores,S.L. Recuperado de

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>

- Millon, T. (2004). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon. MCMI-II* (4ª ed. revisada). Madrid: TEA Ediciones.
- Millon, T., y Davis, R.D. (1989a). Trastornos de la personalidad: conceptos, principios y clasificación. En T. Millon y R. D. Davis (Eds.), *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV* (pp. 3-84). Barcelona: Masson.
- Millon, T., y Davis, R.D. (1989b). Teorías de la personalidad: históricas, modernas y contemporáneas. En T. Millon y R. D. Davis (Eds.), *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV* (pp. 37-84). Barcelona: Masson.
- Millon, T., Davis, R., y Millon, C. (2009). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI-III*. Madrid: TEA Ediciones.
- Millon, T., y Everly, G.S. (1994). *La Personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Miró, J. (2003). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Miró, E., y Buela-Casal, G. (1996). Evaluación del dolor crónico. En G. Buela-Casal, V.E Caballo, y J.C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. (pp. 727-753). Madrid: Siglo XXI de España.
- Miró, J., y Jensen, M.P. (2001). Predictive validity of the MMPI among chronic pain patients. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1(2), 161-173.

- Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, 36(1), 37-60.
- Moldofsky, H (1993). Fibromyalgia, sleep disorder and chronic fatigue syndrome. *Ciba Foundation Symposium*, 173, 263-271.
- Moldofsky, H., Scarisbrick, P., England, A., y Smythe, H. (1975). Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbances in patients with “fibrositis syndrome” and healthy subjects. *Psychosomatic Medicine*, 37, 341-51.
- Mongini, F., Fassino, S., Rota, E., Deregibus, A., Levi, M., Monticone, D., y Abbate-Daga, G. (2005). The temperament and character inventory in women with migraine. *The Journal of Headache and Pain*, 6(4), 247-249. doi:10.1007/s10194-005-0198-6
- Monterde, S., Salvat, I., Montull, S., y Fernández-Ballart, J. (2004). Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Revista Española de Reumatología*, 31, 507-513.
- Montes Pérez, A. (2002). Fisiopatología del dolor crónico: de la periferia al córtex cerebral. Vías de transmisión. Sistemas moleculares. Neurotransmisores. Neuromoduladores. Recuperado de <http://www.scartd.org/arxius/fisiodolor02.pdf>
- Montoya, P., Larbing, W., Braun, C., Preissl, H., y Birbaumer, N. (2004). Influence of social support and emotional context on pain processing and magnetic brain responses in fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 50(12), 4035-4044.
- Montoya, P., Pauli, P., Batra, A., y Wiedemann, G. (2005). Altered processing of pain-related information in patients with fibromyalgia. *European Journal of Pain*, 9(3), 293-303.

- Montoya, P., Sitges, C., García-Herrera, M., Izquierdo, R., Truyols, M., Blay, N., y Collado, D. (2005). Abnormal affective modulation of somatosensory brain processing among patients with fibromyalgia. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 957-963.
- Montoya, P., Sitges, C., García-Herrera, M., Rodríguez-Cotes, A., Izquierdo, R., Truyols, M., y Collado, D. (2006). Reduced brain habituation to somatosensory stimulation in patients with fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 54(6), 1995-2003.
- Moreno Jiménez, B., y Garrosa Hernández, E. (2009). La evaluación de los trastornos de la personalidad. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. (pp. 325-358). Madrid: Síntesis.
- Mountz J.M., Bradley L.A., Modell J.G., Alexander, R.W., Triana-Alexander, M., Aaron, L.A., ... Mountz, J.D. (1995). Fibromyalgia in women. Abnormalities of regional cerebral blood flow in the thalamus and the caudate nucleus are associated with low pain threshold levels. *Arthritis and Rheumatism*, 38 (7), 926-938.
- Mulder, R. T., Joyce, P. F., Sullivan, P. F., Bulik, C. M., y Carter, F. A. (1999). The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores and DSQ defences. *Psychological Medicine*, 29(4), 943-951.
- Müller, W., Schneider, E.M., y Stratz, T. (2007). The classification of fibromyalgia syndrome. *Rheumatology International*, 27(11), 1005-1010. doi:10.1007/s00296-007-0403-9.
- Naliboff, B., Cohen, M., y Yellen, A. (1982). Does the MMPI differentiate chronic illness from chronic pain? *Pain*, 13(4), 333-341.

- Neeck, G., y Riedel, W. (1994). Neuromediator and hormonal perturbations in fibromyalgia syndrome: Results of chronic stress? *Baillière's Clinical Rheumatology*, 8(4), 763-775. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0950-3579\(05\)80047-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0950-3579(05)80047-0)
- Neumann, L., Berzak, A., y Buskila D. (2000). Measuring health status in Israeli patients with fibromyalgia syndrome and widespread pain and healthy individuals: utility of the short form 36-item health survey (SF-36). *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 29(6), 400–408.
- Neumann, L., S., Sukenik, S., Bolotin, A., Abu-Shakra, M., Amir, M., Flusser, D., y Buskila, D. (2001). The effect of balneotherapy at the dead sea on the quality of life of patients with fibromyalgia syndrome. *Clinical Rheumatology*, 20(1), 15-19. doi:[10.1007/s100670170097](https://doi.org/10.1007/s100670170097)
- Nicassio, P. M., Moxham, E. G., Schuman, C. E., y Gevirtz, R. N. (2002). The contribution of pain, reported sleep quality, and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia. *Pain*, 100(3), 271-279. doi:[10.1016/S0304-3959\(02\)00300-7](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(02)00300-7)
- Ofluoglu, D., Berker, N., Güven, Z., Canbulat, N., Yılmaz, I., Kayhan, Ö.(2005). Quality of life in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 24(5), 490-492. doi:[10.1007/s10067-004-1068-3](https://doi.org/10.1007/s10067-004-1068-3)
- Okifuji, A., Turk, D.C. y Sherman, J.J. (2000). Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: Why aren't all patients depressed? *Journal of Rheumatology*, 27, 212-219.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.

- Pagano, T., Matsutani, L. A., Ferreira, E. A. G., Marques, A. P., y Pereira, C. A. (2004). Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *São Paulo Medical Journal = Revista Paulista De Medicina*, 122(6), 252-258.
- Paine, P., Kishor, J., Worthen, S. F., Gregory, L. J., y Aziz, Q. (2009). Exploring relationships for visceral and somatic pain with autonomic control and personality. *Pain*, 144(3), 236-244. doi:10.1016/j.pain.2009.02.022
- Palomino, R. A., Nicassio, P. M., Greenberg, M. A., y Medina, E. P. (2007). Helplessness and loss as mediators between pain and depressive symptoms in fibromyalgia. *Pain*, 129(1), 185-194. doi:10.1016/j.pain.2006.12.026
- Pastor Mira, M.A., López Roig, S., Rodríguez Marín, J., y Juan Quilis, V. (1995). Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y fibromialgia. *Psicothema*, 7(3), 627-639.
- Penzo, W. (1989). *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Pérez Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F., y Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16(3), 415-420.
- Perrot, S., Winkelmann, A., Dukes, E., Xu, X., Schaefer, C., Ryan, C., . . . Zlateva, G. (2010). Characteristics of patients with fibromyalgia in France and Germany. *International Journal of Clinical Practice*, 64(8), 1100-1108. doi:10.1111/j.1742-1241.2010.02418.x
- Piñerua-Shuhaibar, L., Prieto-Rincon, D., Ferrer, A., Bonilla, E., Maixner, W., y Suarez-Roca, H. (1999). Reduced tolerance and cardiovascular response to ischemic pain in minor depression. *Journal of Affective Disorders*, 56(2), 119-126. doi:10.1016/S0165-0327(99)00051-8

- Poca, V., y García, F. (2006). Fibromialgia. En F.García, A.Cuscó, V.Poca (Eds.). *Obrint Camí. Principis Bàsics de Fibromialgia, Fatiga Crònica i Intolerància Química Múltiple* (pp. 25-132). Barcelona: Tarannà Edicions.
- Pujol, J., López, A., Deus, J., Cardoner, N., Vallejo, J., Capdevila, A., y Paus, T. (2002). Anatomical variability of the anterior cingulate gyrus and basic dimensions of human personality. *Neuroimage*, *15*(4), 847-855. doi:10.1006/nimg.2001.1004
- Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A., y Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the spanish version of the hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*(3), 216-221.
- Ramírez Maestre, C. (2002). Las características personales en la experiencia de dolor y en el proceso de afrontamiento. *Escritos De Psicología*, *6*, 40-52.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve Zarazaga, R. y López Martínez, A.E. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*, *17* (1), 129-137.
- Ramírez-Maestre, C., López Martínez, A., Esteve Zarazaga, R. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*, *27*(2), 147-165. doi:10.1023/B:JOBM.0000019849.21524.70
- Raphael, K. G., Janal, M. N., Nayak, S., Schwartz, J. E., y Gallagher, R. M. (2004). Familial aggregation of depression in fibromyalgia: A community-based test of alternate hypotheses. *Pain*, *110*(1-2), 449-460.
- Raphael, K. G., Janal, M. N., Nayak, S., Schwartz, J. E., y Gallagher, R. M. (2006). Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain*, *124*(1-2), 117-125.

- Rehm, S. E., Koroschetz, J., Gockel, U., Brosz, M., Freynhagen, R., Tölle, T. R., y Baron, R. (2010). A cross-sectional survey of 3035 patients with fibromyalgia: subgroups of patients with typical comorbidities and sensory symptom profiles. *Rheumatology*, 49(6), 1146-1152. doi:10.1093/rheumatology/keq066
- Rennenberg, B., Chambles, D. L., Dowdall, D. J., Fauerbach, J. A., y Gracely, E. J. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R, axis-II and the Millon Clinical Multiaxial inventory- A concurrent validity study of personality-disorders among anxious outpatients, *Journal of Personality Disorders*, 6, 117-124.
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F.J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., ... Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2 (Suppl 1), 55-66.
- Rose, S., Cottencin, O., Chouraki, V., Wattier, J.M., Houvenagel, E., Vallet, B., y Goudemand, M. (2009). Study on personality and psychiatric disorder in fibromyalgia. *Presse Medicale*, 38(5), 695-700.
- Russell, I. J., Orr, M. D., Littman, B., Vipraio, G. A., Alboukrek, D., Michalek, J. E., . . . Mackillip, F. (1994). Elevated cerebrospinal fluid levels of substance p in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, 37(11), 1593-1601. doi:10.1002/art.1780371106
- Salgueiro, M., Buesa, I., Aira,Z., Montoya, P., Bilbao,J., y Azkue. (2009). Valoración de factores sociales y clínicos en el síndrome de fibromyalgia. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 16(6), 323-329.
- Sánchez-Román, S., Téllez-Zenteno, J. F., Zermeño-Phols, F., García-Ramos, G., Velázquez, A., Derry, P., . . . Guevara-López, U. M. (2007). Personality in patients with migraine evaluated with the "temperament and character inventory". *The Journal of Headache and Pain*, 8(2), 94-104. doi:10.1007/s10194-007-0352-9

- Sayar, K., Gulec, H., y Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 23(5), 441-448.
- Schuerbeek, P.V., Baeken, C., Raedt, R.D., Mey, J., y Luypaert, R. (2011). Individual differences in local gray and white matter volumes reflect differences in temperament and character: a voxel-based morphometry study in healthy young females. *Brain Research*, 1371, 32-42.
- Serrano, M., Cañas, A., Serrano, C., García, P.L., y Caballero, J. (2002). Evaluación psíquica del dolor. *Dolor*, 17, 57-70.
- Souza, J., Goffaux, P., Julien, N., Potvin, S., Charest, J., y Marchand, S. (2009). Fibromyalgia subgroups: Profiling distinct subgroups using the fibromyalgia impact questionnaire. A preliminary study. *Rheumatology International*, 29(5), 509-515. doi:10.1007/s00296-008-0722-5
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R., y Lushene, R. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Staud, R., Vierck, C. J., Cannon, R. L., Mauderli, A. P., y Price, D. D. (2001). Abnormal sensitization and temporal summation of second pain (wind-up) in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain*, 91(1-2), 165-175. doi:10.1016/S0304-3959(00)00432-2
- Strömbeck, B., Ekdahl, C., Manthorpe, R., Wikström, I., y Jacobsson, L. (2000). Health-related quality of life in primary Sjogren's syndrome, rheumatoid arthritis and fibromyalgia compared to normal population data using SF-36. *Scandinavian Journal Rheumatology*, 29 (1), 20-28.

- Svrakic, D. M., y Cloninger, R. (2005). Personality Disorders. En B.J. Sadocks, y V.A. Sadock (Eds.), *Kaplan y Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed) (pp. 2063-2104). Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins.
- Svrakic, D. M., Whitehead, C., Przybeck, T. R., y Cloninger, C. R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50 (12), 991-999.
- Tanaka, E., Sakamoto, S., Kijima, N., y Kitamura, T. (1998). Different personalities between depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 54(8), 1043-1051.
- Tander, B., Cengiz, K., Alayli, G., İlhanlı, İ., Canbaz, S., y Canturk, F. (2008). A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Rheumatology International*, 28(9), 859-865. doi:10.1007/s00296-008-0551-6
- Thieme, K., Turk, D. C., y Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: Relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 837-844.
- Turk, D.C., y Monarch, E.S. (2002). Biopsychosocial perspective on chronic pain. En D.C Turk y R.J Gatchel (Eds.), *Psychological Approches to Pain Management. A practioner's handbook (2th edition)*. New York: The Guilford Press.
- Uguz, F., Çiçek, E., Salli, A., Karahan, A. Y., Albayrak, I., Kaya, N., y Uğurlu, H. (2010). Axis I and axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 32(1), 105-107.
- Vallejo Pareja, M.A., Comeche Moreno, M.I., Ortega Pardo, J., Rodríguez Muñoz, M. F., y Díaz García, M.I. (2009). Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escritos de Psicología*, 2(2), 28-34.

- van Middendorp, H., Lumley, M. A., Jacobs, J. W., van Doornen, L.J., Bijlsma, J.W., y Geenen, R. (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2), 159-167. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.08.009
- Verbunt, J. A., Pernot, D. H., Smeets, R. J., (2008). Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 22,6-8. doi:10.1186/1477-7525-6-8
- Villanueva, V. L., Valía, J. C., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, M. J., y de Andrés, J. (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Revista de la Sociedad. Española de Dolor*, 11(7), 430-443.
- Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M. J., Boeren, R. G. B., y van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re) injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62(3), 363-372. doi:10.1016/0304-3959(94)00279-N
- Vlaeyen, J.W., y Linton, S.J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332.
- Wade J. B., Dougherty, L. M., Hart, R.P., Rafii, A. y Price, D.D. (1992). A canonical correlation analysis of the influence of neuroticism and extraversion on chronic pain, suffering, and pain behavior. *Pain*, 51 (1), 67-73.
- Walker, E. A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Katon, W. J., y Bernstein, D. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: I. Psychiatric diagnoses and functional disability. *Psychosomatic Medicine*, 59(6), 565-571.
- Ware, J.E.J., y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

- Weisberg, J. Personality and personality disorders in chronic pain. (2000a). *Current Review of Pain*, 4(1), 60–70.
- Weisberg, J.N (2000b). Studies investigating the prevalence of personality disorders in patients with chronic pain. En R.J. Gatchel y J.N Weisberg (Eds.), *Personality characteristics of patients with pain*. Washington: American Psychological Association.
- Weisberg, J. N., y Keefe, F. J. (1997). Personality disorders in the chronic pain population: Basic concepts, empirical findings, and clinical implications. *Pain Forum*, 6(1), 1-9. doi:10.1016/S1082-3174(97)70001-1
- Weisberg, J.N., y Vaillancourt, P.D. (1999). Personality factors and disorders in chronic pain. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4 (3), 155-66.
- White, K., y Harth, M. (1999). The occurrence and impact of generalized pain. *Bailliere's Clinical Rheumatology*, 13(3), 379-389.
- White, K. P., Nielson, W. R., Harth, M., Ostbye, T., y Speechley, M. (2002). Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: Psychological distress in a representative community adult sample. *The Journal of Rheumatology*, 29(3), 588-594.
- White, K. P., Speechley, M., Harth, M., y Ostbye, T. (1999). Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: the London Fibromyalgia Epidemiology Study. *Arthritis and Rheumatism*, 42(1), 76-83.
- Widiger, T. A., y Rogers, J. H. (1989). Prevalence and comorbidity of personality disorders, *Psychiatric Annals*, 19,132-136.

- Widiger, T.A., Simonsen, E., Krueger, R., Livesley, W.J., y Verheul, R. (2005). Personality disorder research agenda for the DSM-V, *Journal of Personality Disorders*, 19(3), 315-338.
- Wik G., Fiscer H., Bragee B., Kristianson M., y Fredrikson M. (2003). Retrosplenial cortical activation in the fibromyalgia syndrome. *Neuroreport*, 14 (4), 619-621.
- Wilke, W. S., Gota, C. E., Muzina, D. J. (2010). Fibromyalgia and bipolar disorder: A potential problem? *Bipolar Disorders*, 12(5), 514-520. doi:10.1111/j.1399-5618.2010.00848.x
- Wilson, H. D., Robinson, J. P., y Turk, D. C. (2009). Toward the identification of symptom patterns in people with fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism* , 61 (4), 527-534. doi:10.1002/art.24163
- Wilson, H. D., Starz, T. W., Robinson, J. P., y Turk, D. C. (2009). Heterogeneity within the fibromyalgia population: Theoretical implications of variable tender point severity ratings. *The Journal of Rheumatology*, 36(12), 2795-2801. doi:10.3899/jrheum.090432
- Wolfe, F., Cathey, M. A., Kleinheksel, S. M., Amos, S. P., Hoffman, R. G., Young, D. Y., y Hawley, D. J. (1984). Psychological status in primary fibrositis and fibrositis associated with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 11(4), 500-506.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., . . . Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care y Research*, 62(5),600-610. doi:10.1002/acr.20140
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I. J., y Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis and Rheumatism*, 38(1), 19-28.

- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., . . . Clark, P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2), 160-172.
- Yunus, M. B. (1998). Genetic factors in fibromyalgia syndrome. *Zeitschrift Fur Rheumatologie*, 57(Suppl 2), 61-62.
- Yunus, M.B. (2000). Central sensitivity syndromes: a unified concept for fibromyalgia and other similar maladies. *Journal of Indian Rheumatology Association*, 8(1), 27-33.
- Yunus, M. B. (2007). Fibromyalgia and overlapping disorders: The unifying concept of central sensitivity syndromes. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 36(6), 339-356. doi:10.1016/j.semarthrit.2006.12.009
- Yunus, M. B. (2008). Central sensitivity syndromes: A new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 37(6), 339-352. doi:10.1016/j.semarthrit.2007.09.003
- Yunus, M.B., Young C.S., Saeed A., Mountz J.M., y Aldag J.C. (2004). Positron emission tomography in patients with fibromialgia syndrome and healthy controls. *Arthritis and Rheumatism*, 51(4), 513-518.
- Zigmond, A, S., y Snaith, RP. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

ANEXOS

Anexo 1. Artículo publicado en Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace. Evaluación de los Trastornos de la Personalidad mediante la SCID-II, el TCI-R y el MCMI-II

Evaluación de los Trastornos de la Personalidad mediante la SCID-II, el TCI-R y el MCMI-II

Assessment of personality disorder (PD) by SCID-II, the TCI-R and the MCMI-II

Alba García-Fontanals¹, Joan Deus^{1,2}

Resumen

La finalidad de este estudio consiste en valorar qué instrumento autoinformado, entre el MCMI-II y el TCI-R, corrobora con más precisión el diagnóstico establecido previamente mediante la SCID-II. El modelo psicobiológico de Cloninger, afirma que las dimensiones de temperamento se asocian a cada uno de los clusters del DSM de forma discriminativa, y las dimensiones de carácter, Autodirección y Cooperación del TCI-R determinan la presencia de un Trastorno de la Personalidad (TP). Cloninger define los TP como perfiles extremos de los rasgos de temperamento asociados a bajas puntuaciones en las dimensiones de carácter. Estudios posteriores ratifican dichas afirmaciones, aunque con algunos matices. La literatura valora el MCMI-II como un instrumento inadecuado para el diagnóstico de TP debido a su baja correspondencia diagnóstica con la SCID-II. La muestra está formada por 31 sujetos a los que se les administró la SCID-II, el MCMI-II y el TCI-R. El Cluster A se asocia con baja Dependencia de Recompensa y alta Evitación del Riesgo. El Cluster B se asocia con elevada Búsqueda de Novedad y el Cluster C con elevada Evitación del Riesgo. Las dimensiones de Autodirección y Cooperación del TCI-R presentan una relación en sentido negativo con todos los clusters de la SCID-II. Los clusters y los estilos de afrontamiento y de TP del MCMI-II presentan baja validez convergente y discriminante con cada uno de los clusters evaluados mediante la SCID-II. Los sujetos diagnosticados de un TP, mediante la SCID-II, presentan puntuaciones superiores en los estilos de afrontamiento y TP del MCMI-II. El TCI-R proporciona una mayor validez discriminante entre clusters y permite sugerir con mayor precisión la posible presencia de un TP.

Palabras clave: Trastornos de la Personalidad. Evaluación. MCMI-II. TCI-R. SCID-II.

¹Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

²Unitat de Recerca en Resonància Magnètica (RM) de CRC-Mar del Hospital del Mar del Parc de Recerca Biomèdica de Barcelona (PRBB).

Correspondència: Dra. Alba García-Fontanals
Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona
Unitat de Psicologia Clínica i de la Salut
Edifici B- Campus de la UAB Bellaterra
08290 (Cerdanyola del Vallès) Barcelona.
albagarciaf@hotmail.com

Summary

The aim of this study is to assess which self-reported instrument, whether MCMI-II or TCI-R, corroborates more precisely the previously established diagnosis by means of SCID-II. Cloninger's psychobiological model states that the temperament dimensions are associated with each of the clusters of DSM in a discriminating way. And TCI-R character dimensions, Self-direction and Cooperation, determine the presence of a Personality Disorder (PD). Cloninger defines the PD as extreme profiles of temperament features associated to low scores on character dimensions. Further studies confirm those statements though with some nuances. The literature considers MCMI-II an inappropriate instrument for PD diagnosis due to its low diagnostic correlation with the SCID-II. The sample consists of 31 subjects who were administered the SCID-II, the MCMI-II and the TCI-R. Cluster A is associated with low reward dependence and high Harm Avoidance. Cluster B is associated with high novelty seeking and Cluster C with high Harm Avoidance. TCI-R dimensions of Self-Direction and Cooperation show a negative relation with all clusters in the SCID-II. MCMI-II clusters and coping styles and PD have a low convergent and discriminating validity with each of the clusters evaluated using the SCID-II. Subjects diagnosed with PD by the SCID-II, have higher scores on MCMI-II coping styles and PD. The TCI-R provides better discriminating validity between clusters and allows to suggest more precisely the possible presence of a PD.

Key words: Personality Disorders. Assessment. MCMI-II. TCI-R. SCID-II.

La conceptualización de los Trastornos de la Personalidad (TP) no ha estado ni está exenta de dificultades, ya que los TP han ocupado históricamente una posición diagnóstica secundaria (Millon, 1989a), a pesar de poseer una gran relevancia diagnóstica con gran repercusión en la sintomatología del Eje I. A partir de la aparición del DSM-III (1980), momento en que se incluyó un segundo eje específico para la evaluación de los TP, el interés acerca del desarrollo de instrumentos para la evaluación de los TP empezó a recibir una mayor consideración. El DSM-IV-TR pretende ser atórico. Es decir, no está presente ninguna teoría subyacente a la clasificación diagnóstica elaborada, evitando cualquier formulación teórica en la organización de los trastornos y de la psicopatología subyacente. *El enfoque diagnóstico utilizado en el DSM-IV-TR representa la perspectiva categorial de que los trastornos de la personalidad constituyen síndromes clínicos cualitativamente distintos* (DSM-IV-TR, 2002) y son evaluados mediante la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje-II del DSM-III (SCID-II). Adicionalmente, el modelo dimensional propone que los rasgos de personalidad normal y anormal pertenecen a un mismo continuo, de forma que los TP difieren de

la personalidad no patológica sólo cuantitativamente, y son evaluados generalmente mediante autoinformes. La controversia existente a la hora de considerar a los TP, bien desde una posición dimensional o bien desde una posición categorial, ha generado un debate generalizado para identificar las dimensiones fundamentales que definen el funcionamiento normal y patológico de la personalidad. La notable insatisfacción con la actual conceptualización y definición de los TP del DSM-IV-TR hace evidente que el actual sistema diagnóstico presenta deficiencias que deben ser resueltas y modificadas en concordancia con los nuevos datos empíricos emergentes, fruto de la investigación. Las propuestas dimensionales que están surgiendo en el grupo de trabajo de Personalidad para el DSM-V (Widiger, Simonsen, Krueger, Livesley y Verheul, 2005) sugieren que se aproximan cambios trascendentales, tanto en la conceptualización de la personalidad como en el sistema clasificatorio actual.

La evaluación de los TP se centra en el uso de instrumentos de autoinforme y entrevistas clínicas. No obstante, en la evaluación de los TP parece haber más consenso sobre los problemas que comporta que sobre las soluciones. El uso de las entrevistas como método de evaluación suele

considerase más riguroso. Sin embargo, en la práctica clínica su uso suele ser limitado ya que implica un mayor tiempo de evaluación y personal especializado para la realización de la entrevista. En consecuencia, en numerosas ocasiones la evaluación de un TP se reduce a la administración de un autoinforme.

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) y el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) son dos instrumentos de evaluación autoinformada ampliamente utilizados en el ámbito clínico. El MCMI-II se deriva del modelo del aprendizaje biosocial de Millon que presenta un total de 13 patrones de personalidad teóricos, que en último término se corresponderían teóricamente con los trastornos oficiales de la personalidad del DSM-III (Millon, 1989b). El TCI-R se deriva del modelo psicobiológico de Cloninger (Cloninger, 1987; Cloninger, Svrakic and Przybeck, 1993) que define los TP como configuraciones multidimensionales extremas y los considera como variantes maladaptativas de rasgos de personalidad normal.

Por lo que se refiere al Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II; Millon, 1987) se ha estudiado (Rennenberg, Chambles, Dowdall, Fauerbach, and Gracely, 1992; Messina, Wish, Hoffman, Nemes, 2001; Marlowe, Husband, Bonieskie, Kirby y Douglas, 1997; Kennedy, Katz, Rockert y Mendolowitz, 1995) la correspondencia entre los diagnósticos procedentes de la SCID-II y el MCMI-II, hallando una baja concordancia entre ambos instrumentos. La literatura apunta a que el MCMI-II no presenta correspondencia diagnóstica con la SCID-II, y muestra la necesidad de realizar una entrevista estructurada para una adecuada evaluación de los TP.

El modelo dimensional de Cloninger (Cloninger et al., 1993) propone definir los TP como perfiles extremos de los rasgos de temperamento asociados con unas bajas puntuaciones en las dimensiones de carácter, lo que producirá un deterioro a nivel personal y social. Cloninger afirma que las dimensiones de carácter, bajas puntuaciones en Autodirección y/o Cooperación, determinarán la presencia o ausencia del diagnóstico de TP. (Svrakic, Whitehead, Przybeck, y Cloninger, 1993; Gutiérrez, Sangorrin, Martín-Santos, Torres y Torrens, 2002; Mulder, Joyce, Sullivan, Bulik y

Carter, 1999; Casey y Joyce, 1999). La diferenciación entre cada uno de los clusters del DSM, así como de los principales tipos de TP, viene descrita por el perfil temperamental. Los síntomas del *Cluster A* se asocian con baja Dependencia de Recompensa, los del *Cluster B* con elevada Búsqueda de Novedad y los del *Cluster C* con elevada Evitación del Riesgo. (Svrakic et al., 1993; Mulder et al., 1999).

Debido a que la literatura pone en evidencia la ausencia de un protocolo consensuado para la evaluación de los TP, los objetivos del presente estudio se centran en precisar qué instrumento autoinformado, el TCI-R o el MCMI-II, corrobora mejor el diagnóstico de TP obtenido mediante la SCID-II. Para ello es necesario analizar las dimensiones de temperamento de Cloninger y los estilos de afrontamiento y de TP de Millon, en relación a los *clusters* de personalidad, definidos por la SCID-II; así como analizar el grado de desadaptabilidad de los TP definidos según la SCID-II, mediante las dimensiones de carácter del TCI-R y los estilos de afrontamiento y TP del MCMI-II.

MÉTODO

Participantes

Se trata de un estudio realizado en una consulta privada en una ciudad de la provincia de Barcelona, entre el año 2007 y 2009. Los participantes del estudio fueron seleccionados de una muestra de 90 pacientes tras realizar la primera entrevista. La muestra quedó constituida por 31 sujetos con edades comprendidas entre los 19 y los 73 años de edad ($M=39,16$; $DS=13,51$), 11 hombres (35,5%) con un rango de edad de 19 a 73 años ($M=41,36$; $DS=15,5$ años) y 20 mujeres, con un rango de edad de 20-62 años ($M=37,95$; $DS=12,77$).

Instrumentos de Evaluación

La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje-II del DSM-IV (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams, Benjamin, 1997) es una entrevista diagnóstica semiestructurada para la evaluación de diez TP del Eje II del DSM-IV (American Psy-

chiatric Association, 1994), así como el Trastorno depresivo de la personalidad y el Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (incluidos en el Apéndice B del DSM-IV, "Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores"). La SCID-II dispone de un Cuestionario de Personalidad auto-cumplimentado, compuesto por 119 ítems, como herramienta de cribado.

La versión revisada del Cuestionario de Temperamento y Carácter de Cloninger (TCI-R; Cloninger, Przybeck, Svrakic, Wetzel, 1994) es un cuestionario de personalidad auto-administrado. Consta de 240 ítems (5 de ellos de control de respuestas válidas) a responder en una escala de Likert de 5 puntos, que mide 7 dimensiones de personalidad (4 dimensiones de temperamento y 3 dimensiones de carácter) según el modelo psicobiológico de Cloninger. Para el actual estudio se administró la versión española del TCI-R, validado en población general española mostrando una fiabilidad en todas las dimensiones superior a 0,77 (Gutiérrez-Zotes, Bayón, Montserrat, Valero, Labad, Cloninger y Fernández Aranda, 2004).

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II; Millon, 2004) es un cuestionario de personalidad autoadministrado, de 175 ítems, de respuesta verdadero-falso. Presenta cuatro escalas de corrección, diez escalas básicas de estilos de afrontamiento, tres escalas de trastornos graves de la personalidad, seis escalas de Síndromes Clínicos y tres de Síndromes Clínicos de gravedad severa. Dicho instrumento presenta unas adecuadas propiedades psicométricas, al mostrar unas estimaciones de fiabilidad con rangos entre 0,51 y 0,75 para las escalas de trastornos de la personalidad (MCM-II; Millon, 2004).

Procedimiento

Los criterios de inclusión fueron que aceptaran voluntariamente, tras firmar un consentimiento informado, ser evaluados con el protocolo de estudio psicopatológico, fueran mayores de 18 años, que durante la primera entrevista clínica no presentaran un estado agudo de trastorno mental, que durante la primera entrevista clínica no mostraran un cuadro psicótico o de agitación suficientemente severa que limitara la administración del protocolo de exploración psicopatológico pre-

cisado, que durante la primera entrevista clínica no mostraran signos o sospecha de alteración neurológica y, finalmente, que el estado de alteración emocional no fuera una reacción desadaptativa emocional esperable ante un agente vital estresor.

Una vez cumplían los criterios de inclusión se excluyeron aquellos sujetos que mostraron datos no válidos. El proceso de evaluación se realizó en un ambiente confortable, relajado y sin interrupciones. En primer lugar, se realizó una primera entrevista clínica individualizada, en la que se recogieron los datos clínicos relevantes para la anamnesis. Una vez realizada la primera entrevista se realizaron las hipótesis diagnósticas y se valoró si cumplían los criterios de inclusión y exclusión. La evaluación psicológica se realizó en el mismo centro psicológico, en sesión de evaluación, por el mismo psicólogo evaluador controlando las posibles cuestiones que surgieran durante la administración de las pruebas. El protocolo de exploración diseñado se realizó de forma individualizada y, en algunos casos, se administraron aquellas pruebas necesarias para una correcta evaluación y establecimiento de un diagnóstico psicopatológico. El tiempo dedicado a la administración del protocolo fue variable en función de los pacientes, ofreciendo una especial atención en aquellos que pudieran presentar dificultades de comprensión. La administración del protocolo de evaluación se administró de forma media en dos sesiones de evaluación de una hora y media cada una. En la primera sesión de evaluación se administró el MCMI-II y el cuestionario de la SCID-II. En la segunda sesión se administró el TCI-R y la entrevista estructurada de la SCID-II, desconociendo en todos los casos los resultados obtenidos en el MCMI-II. En algunos casos se destinaba una última sesión para administrar otras pruebas psicométricas necesarias para una correcta evaluación psicológica.

Análisis Estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas. Para determinar la relación existente entre los índices de severidad de los *clusters* del SCID-II, con las dimensiones del TCI-R y con los estilos de afrontamiento y los TP del MCMI-II, se utilizó la correlación de Spearman. Los índices de severidad de la SCID-

II se obtuvieron a partir del número de criterios puntuados como positivos (puntuación umbral o de 3) para cada TP. Para la comparación, entre el grupo con presencia de TP con el grupo sin TP, se realizó una comparación de medias mediante la *t* de Student para muestras independientes. Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows.

RESULTADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos en la SCID-II, se constata que 9 pacientes de la muestra (29%) presentan un TP. Estos se ubican, principalmente, en los TP del *Cluster C*. Existe una mayor prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (16,1%), seguido por el trastorno evitativo de la personalidad (3,2%), el trastorno de personalidad dependiente (3,2%), el trastorno depresivo de la personalidad (3,2%) y el trastorno histriónico de la personalidad (3,2%). La muestra restante no presenta ningún TP (71%).

La Tabla 1 muestra los coeficientes de correlación entre los índices de severidad de la SCID-II agrupados en *clusters* y las dimensiones del TCI-R. Se observa que los síntomas del *Cluster A* presentan una correlación negativa con Dependencia de Recompensa ($r = -0,40$), y positiva con Evitación del Riesgo ($r = 0,38$), ambas estadísticamente significativas. Los síntomas del *Cluster B* presentan una correlación positiva y significativa con

Búsqueda de Novedad ($r = 0,36$) y los síntomas del *Cluster C* presentan una correlación positiva con Evitación del Riesgo ($r = 0,25$). La dimensión de carácter de Autodirección presenta una correlación negativa y significativa con los síntomas del *Cluster A* ($r = -0,42$), y una correlación negativa con el *Cluster B* ($r = -0,26$), y con el *Cluster C* ($r = -0,12$). La dimensión de carácter de Cooperación presenta una correlación significativa y negativa con el *Cluster A* ($r = -0,48$), y una correlación negativa con el *Cluster B* ($r = -0,30$), y con el *Cluster C* ($r = -0,25$).

Los coeficientes de correlación entre los índices de severidad de la SCID-II agrupados en *clusters*, con las variables y *clusters* del MCMI-II se presentan en la Tabla 2. Se observa una correlación positiva entre el *Cluster A* de la SCID-II y el estilo de afrontamiento esquizoide ($r = 0,26$) y pasivo-agresivo ($r = 0,27$). Se objetiva una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el *Cluster A* del SCID-II y el estilo de afrontamiento fóbico ($r = 0,36$), autodestructivo ($r = 0,35$) y el Trastorno esquizotípico de personalidad ($r = 0,58$). El *Cluster B* presenta una correlación positiva con el estilo de afrontamiento histriónico ($r = 0,28$) y narcisista ($r = 0,32$). Se constata una correlación negativa con el estilo de afrontamiento dependiente ($r = -0,35$) y esquizoide ($r = -0,20$). Se objetiva una correlación positiva y estadísticamente significativa con el estilo de afrontamiento antisocial ($r = 0,55$), agre-

Tabla 1

Coeficientes de correlación entre Dimensiones de Personalidad (TCI-R) y el número total de síntomas severos para TP obtenidos en la SCID-II y agrupados en *clusters*

Dimensiones TCI-R	SCID-II		
	Cluster A	Cluster B	Cluster C
Búsqueda de Novedad	-.172	.369*	-.107
Evitación del Riesgo	.384*	-.063	.256
Dependencia de Recompensa	-.397*	.128	-.086
Persistencia	-.400*	.149	.114
Autodirección	-.421*	-.269	-.123
Cooperación	-.481*	-.300	-.259
Trascendencia	.084	.157	-.153

* $p < 0,05$

Tabla 2
Coeficientes de correlación entre los clusters, Estilos de afrontamiento y de los Trastornos de Personalidad del MCMI-II, y los clusters de la SCID-II

MCMI-II	Cluster A	SCID-II Cluster B	Cluster C
Esquizoide	.265	-.208	.397*
Esquizotípico	.582*	-.080	.344
Paranoide	.164	.221	.301
Histriónico	-.333	.281	.053
Narcisista	-.229	.322	.143
Antisocial	.040	.557*	.166
Límite	.041	.465*	.399*
Fóbica	.358*	-.029	.457*
Dependiente	.098	-.350	.154
Compulsiva	.122	-.121	.194
Agresivo-Sádica	.192	.663*	.230
Pasivo-Agresiva	.276	.654*	.420*
Autodestructiva	.359*	.303	.535*
Cluster A	.569*	.115	.479*
Cluster B	-.145	.489*	.239
Cluster C	.207	-.251	.314

* $p < .05$

sivo-sádico ($r = 0,66$), pasivo-agresivo ($r = 0,65$) y con el Trastorno límite de personalidad ($r = 0,46$). El Cluster C muestra una correlación positiva con el Trastorno esquizotípico de la Personalidad ($r = 0,34$) y el paranoide ($r = 0,30$). Se objetiva una asociación positiva y significativa con el estilo de afrontamiento fóbico ($r = 0,45$), esquizoide ($r = 0,39$), pasivo-agresivo ($r = 0,42$), autodestructivo ($r = 0,53$) y con el Trastorno límite de la personalidad ($r = 0,39$). Se observa una correlación positiva y significativa entre el Cluster A del MCMI-II y el Cluster A ($r = 0,56$) y C ($r = 0,48$) de la SCID-II, y entre el Cluster B del MCMI-II y el Cluster B de la SCID-II ($r = 0,48$). El Cluster C del MCMI-II presenta una correlación positiva con el Cluster C ($r = 0,31$) de la SCID-II.

Las medias de las puntuaciones en las dimensiones del TCI-R entre sujetos con y sin trastornos de la personalidad (TP) se observa en la Tabla 3. Los sujetos con TP presentan puntuaciones más bajas, aunque de forma no estadísticamente

significativa, en Autodirección y en Cooperación que los sujetos sin TP.

La Tabla 4 muestra las medias de las puntuaciones de los estilos de afrontamiento y TP, y clusters del MCMI-II entre sujetos con y sin Trastorno de la Personalidad (TP), según criterios de la SCID-II. Los sujetos sin TP presentan puntuaciones más bajas en los estilos de afrontamiento y de TP del MCMI-II, y en los clusters del MCMI-II. Los estilos de afrontamiento compulsivo y dependiente son los que presentan puntuaciones más elevadas en el grupo de TP.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados del presente estudio se constata que las dimensiones temperamentales del TCI-R poseen capacidad discriminativa entre clusters. Adicionalmente, las dimensiones de carácter del TCI-R, Autodirección y Cooperación permiten sugerir la presencia de un TP. Contrariamente, el MCMI-II presenta una baja vali-

Tabla 3

Medias de las dimensiones del TCI-R entre sujetos con y sin Trastorno de la Personalidad según criterios de la SCID-II

Dimensiones TCI-R	Según SCID-II		IC (95%)	p
	Presencia de TP (DS) n=9	Ausencia de TP (DS) n=22		
Búsqueda de Novedad	39,75 (34,64)	55,78 (33,46)	-44,36-12,3	.848
Evitación del Riesgo	56,63 (31,55)	64,17 (28,61)	-32,19-17,09	.498
Dependencia de Recompensa	55,88 (46,30)	53,17 (31,78)	-27,33-32,77	.051
Persistencia	60,63 (30,24)	52,30 (30,06)	-16,95-33,59	.801
Autodirección	35,38 (28,24)	46,22 (26,75)	-33,60-11,92	.804
Cooperación	42,63 (29,54)	45,00 (28,21)	-26,33-21,58	.673
Auto-Trascendencia	34,25 (22,41)	37,43 (22,66)	-22,16-15,79	.510

*p < .05

Tabla 4

Medias de las puntuaciones de los Estilos de afrontamiento y TP, y clusters del MCMI-II entre sujetos con y sin Trastorno de la Personalidad según criterios de la SCID-II

MCMI-II	Según SCID-II		IC (95%)	p
	Presencia de TP (DS) n=9	Ausencia de TP (DS) n=22		
Esquizoide	74,63 (29,29)	57 (15,78)	0,91-34,33	.041*
Esquizotípico	63,25 (11,85)	52,87 (17,63)	-3,41-24,17	.687
Paranoide	66,75 (4,49)	61,96 (23,96)	-12,83-22,41	.020*
Histriónica	58,25 (32,32)	61,83 (23,48)	-25,31-18,16	.357
Narcisista	60,50 (22,88)	52,09 (32,58)	-17,21-34,03	.175
Antisocial	48,25 (29,33)	43,70 (27,36)	-18,83-27,93	.727
Límite	67,50 (13,36)	51,04 (19,72)	1,01-31,89	.087
Fóbica	68 (27,83)	55,61 (24,92)	-9,14-33,93	.640
Dependiente	85,50 (24,21)	69,26 (33,32)	-10,09-42,57	.289
Compulsiva	83,88 (19,37)	72,26 (27,97)	-10,34-33,57	.109
Agresivo-Sádica	68 (16,18)	50,57 (29,83)	-5,37-40,24	.003*
Pasivo-Agresiva	68,88 (17,52)	49,65 (33,62)	-6,40-44,85	.002*
Autodestructivo	77,38 (18,52)	53,26 (23,97)	4,99-43,23	.130
Cluster A	204,62 (35,20)	171,82 (47,09)	-4,57-70,17	.695
Cluster B	234,50 (59,93)	208,65 (91,67)	-45,59-97,29	.094
Cluster C	237,37 (51,82)	197,13 (67)	-13,20-93,69	.720

*p < .05

dez convergente y discriminante en relación a la SCID-II. Sin embargo, los sujetos que presenten un diagnóstico de TP, realizado mediante la

SCID-II, tenderán a presentar puntuaciones iguales o superiores a 85 en alguno de los estilos de afrontamiento y de TP del MCMI-II. Es impor-

tante destacar que el presente estudio compara instrumentos psicométricos basados en modelos diferentes, lo que dificulta la comparación y compromete la validez de los resultados. No obstante, el hecho de que ambos autoinformes no evalúen los rasgos de personalidad de la misma manera que el DSM, no invalida su uso y utilidad clínica.

En el presente estudio, la asociación entre las puntuaciones de las dimensiones del temperamento del TCI-R y las puntuaciones severas obtenidas mediante la SCID-II tiende a ir en la dirección hipotetizada por Svrakic et al. (1993), aunque con algunas divergencias (véase tabla 5).

Así, en el presente estudio se constata que el Cluster A presenta una correlación elevada y negativa con Dependencia de Recompensa y positiva con Evitación del Riesgo, el Cluster B correlaciona con puntuaciones elevadas y positivas en Búsqueda de Novedad, y el Cluster C correlaciona con puntuaciones positivas y elevadas en Evitación del Riesgo. Los resultados sugieren que las

dimensiones de temperamento permiten realizar un diagnóstico diferencial de los clusters del DSM con ciertas reservas, ya que Evitación del Riesgo tiende a asociarse con el Cluster C y A, indicativo quizá de que dicha dimensión temperamental no sea discriminativa para dichos clusters.

Las dimensiones de Autodirección y Cooperación del TCI-R presentan una relación en sentido negativo con todos los clusters de la SCID-II. Las correlaciones obtenidas no son lo suficientemente elevadas para ratificar los resultados obtenidos en la literatura, si bien las puntuaciones tienden a caer dentro de la línea planteada por Svrakic et al. (1993). Al comparar las medias en las dimensiones de carácter del TCI-R entre el grupo con TP y otro sin TP, según los criterios del SCID-II, se observa que las dimensiones de carácter son ligeramente inferiores en el grupo sin TP. La baja divergencia entre las puntuaciones de ambos grupos podría explicarse por dos motivos. El primero porque el grupo ausente de TP, si bien no cumple criterios para ser diagnósti-

Tabla 5

Comparación de coeficientes de correlación de las dimensiones de temperamento del TCI-R con los clusters del DSM, entre Svrakic et al. (1993), Gutiérrez et al. (2002), Casey et al. (1999), Mulder et al. (1999) y el presente estudio

	BÚSQUEDA DE NOVEDAD				
	Svrakic (1993)	Gutiérrez (2002)	Casey (1999)	Mulder (1999)	Presente estudio
CLUSTER A	.02	.12	.163	-.06	-.172
CLUSTER B	.44****	.17	.072	.22**	.369*
CLUSTER C	-.06	.14	-.115	-.18**	-.107
	EVITACIÓN DEL RIESGO				
	Svrakic (1993)	Gutiérrez (2002)	Casey (1999)	Mulder (1999)	Presente estudio
CLUSTER A	.23***	.30*	.003	.30***	.384*
CLUSTER B	.08	.26*	.157	.13	-.063
CLUSTER C	.43****	.42****	.567**	.41***	.256
	DEPENDENCIA DE RECOMPENSA				
	Svrakic (1993)	Gutiérrez (2002)	Casey (1999)	Mulder (1999)	Presente estudio
CLUSTER A	-.37****	-.26*	-.284**	-.24***	-.397*
CLUSTER B	-.08	-.25*	-.105	-.02	.128
CLUSTER C	-.04	-.21	.086	-.05	-.086

*P<.05 **p<.01 *** p<.001 **** p<.0001

cado de TP, está formado por población clínica que presenta rasgos de personalidad patológica. En segundo lugar, se debe destacar que el grupo de sujetos con TP es reducido y queda circunscrito a un único *cluster* según criterios DSM.

Los *clusters* evaluados mediante la SCID-II no presentan una correspondencia diagnóstica con cada uno de los *clusters* y los estilos de afrontamiento y los TP del MCMI-II de la forma originalmente prevista. El *Cluster B* del MCMI-II es el que presenta mayor validez convergente y discriminante en relación a los otros *clusters*. Un análisis más pormenorizado muestra que todos los estilos de afrontamiento y los TP del MCMI-II que corresponden a dicho *cluster* presentan una correlación positiva con el *Cluster B* de la SCID-II. El *Cluster A* del MCMI-II presenta validez convergente con el *Cluster A* de la SCID-II, pero baja validez discriminante. Un análisis más detallado de las correlaciones individuales revela que el Trastorno Esquizotípico presenta una mayor correspondencia con los síntomas del *Cluster A* de la SCID-II. Por contra, el Estilo Esquizoide y el Trastorno Paranoide presentan una correlación más elevada con el *Cluster C* de la SCID-II. Ello puede indicar que los rasgos evaluados del *Cluster A* mediante el MCMI-II presenten una correspondencia con los rasgos evaluados en el *Cluster A* o *C* de la SCID-II, al considerarse que ambos *clusters* se caracterizan por sujetos con aislamiento social, dificultades en la interacción social y, en algunos casos, la desconfianza hacia los demás y la interpretación distorsionada de las relaciones interpersonales. El *Cluster C* del MCMI-II carece de validez convergente y discriminante. Al analizar las relaciones de forma minuciosa se observa que los estilos de afrontamiento del *Cluster C* correlacionan en sentido positivo con el *Cluster A* y *C* de la SCID-II.

La explicación acerca de la falta de concordancia o baja correspondencia diagnóstica entre *clusters*, puede que se deba a que los instrumentos de evaluación recogen información diferenciada (Messina et al, 2001). Millon caracteriza a los TP describiendo los atributos estructurales y procesos funcionales. Estos engloban, a la vez, la presentación conductual, la conducta interpersonal, el estilo cognitivo, la expresión afectiva o la autopercepción, entre otros. Por el con-

trario los ítems de la SCID-II enfatizan los comportamientos no adaptativos del sujeto que puedan ser más observables. Otra posible explicación, es la carencia de sentido que tiene para Millon, la clasificación por *clusters* propuesta por el *Task Force*, careciendo según él de utilidad clínica, y crea una clasificación propia (Millon, 1989).

Los sujetos diagnosticados de un TP, mediante la SCID-II, tienen más probabilidades de presentar puntuaciones tasa base (TB) iguales o superiores a 85 en cualquiera de los estilos de afrontamiento y TP del MCMI-II. En el presente estudio son los estilos de afrontamiento compulsivo y dependiente los que presentaron mayores puntuaciones en el grupo con presencia de TP. Dichas puntuaciones concuerdan con que el grupo con presencia de TP presenta 5 sujetos con diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad, y 1 sujeto con diagnóstico de Trastorno Dependiente de la Personalidad.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se podría proponer que para la evaluación de los TP es aconsejable la utilización de una entrevista estructurada, tipo SCID-II, acompañada de un autoinforme. El presente estudio sugiere que el TCI-R proporciona una mayor validez discriminante entre *clusters* y permite sugerir con mayor precisión la posible presencia de un TP. No obstante, a pesar de que muchos de los resultados del presente trabajo concuerdan con los datos descritos en la literatura previa, este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, el estudio ha sido realizado con una muestra pequeña de pacientes. Se carece de grupo control para comparar la media de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones del TCI-R y del MCMI-II, entre sujetos con y sin TP. La prevalencia de TP, en la presente muestra, es baja y con muy poca variabilidad. En consecuencia, los resultados obtenidos, a pesar de ir en la dirección de la escasa literatura existente, son poco generalizables y deben ser interpretados con prudencia. Sería interesante realizar nuevos estudios con una muestra más elevada y homogeneizada, con alta prevalencia de TP para precisar si las dimensiones de temperamento del TCI-R permiten, además de diferenciar entre *clusters*, precisar el tipo de TP, obtenido mediante un perfil formado por puntuaciones extremas de las dimensiones de temperamento;

ya que hasta el momento las divergencias entre los resultados de los estudios existentes parece atribuibles a la muestra, y es difícil llegar a una conclusión consensuada. En relación al MCMI-II sería interesante disponer de una muestra amplia con alta variabilidad de síntomas severos presentes en la SCID-II, o en cualquier otra entrevista basada en criterios DSM-IV-TR, para valorar la validez convergente y discriminante entre el MCMI-II y el SCID-II, y determinar si las diferencias vienen determinadas por el hecho de valorar rasgos diferentes.

Los resultados del presente estudio permiten concluir:

1. Las dimensiones de temperamento permiten realizar un diagnóstico diferencial de los *clusters* del DSM con ciertas reservas, ya que Evitación del Riesgo tiende a asociarse con el *Cluster C* y *A*, indicativo quizá de que dicha dimensión temperamental no sea discriminativa para dichos *clusters*. El *Cluster B* se define por puntuaciones elevadas en Búsqueda de Novedad.

2. Las dimensiones de Autodirección y Cooperación del TCI-R presentan una relación en sentido negativo con todos los *clusters* de la SCID-II, sugiriendo la posibilidad de que las dimensiones de carácter sean las características comunes de los TP, e indicativas de un funcionamiento maladaptativo.

3. Los *clusters* evaluados mediante la SCID-II no presentan una correspondencia diagnóstica, con cada uno de los *clusters* y los estilos de afrontamiento y los TP del MCMI-II, de la forma originalmente prevista. El *Cluster B* del MCMI-II es el que presenta mayor validez convergente y discriminante en relación a los otros *clusters*. El *Cluster A* del MCMI-II presenta validez convergente con el *Cluster A* de la SCID-II, pero baja validez discriminante. El *Cluster C* del MCMI-II carece de validez convergente y discriminante. El MCMI-II presenta una baja validez convergente y discriminante en relación a la SCID-II.

4. Los sujetos diagnosticados de un TP, mediante la SCID-II, tienen más probabilidades de presentar puntuaciones tasa base (TB) iguales o superiores a 85 en cualquiera de los estilos de afrontamiento y TP del MCMI-II.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Texto revisado) (DSM-IV-TR), 2002, Masson, Barcelona.
2. Casey JE y Joyce PR.: Personality disorder and the Temperament and Character Inventory in the elderly, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1999; 100: 302-308.
3. Cloninger CR.: A systematic method for clinical description and classification of personality variants, *Archives of General Psychiatry*, 1987; 44: 573-588.
4. Cloninger CR, Svrakic DM y Przybeck TR.: A psychobiological model of temperament and character, *Archives of General Psychiatry*, 1993; 50: 975-990.
5. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM y Wetzel RD.: The Temperament and the Character Inventory (TCI): A guide to its development and Use. St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, 1994, Washington University.
6. First MB, Gibbon, M, Spitzer RL, Williams JBW y Benjamin LS.: Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje-II del DSM-IV (SCID-II), 1999 Masson, Barcelona.
7. Gutiérrez F, Sangorrin J, Martín-Santos R, Torres X y Torrens M.: Measuring the core features of personality disorders in substance abusers using the temperament and character inventory (TCI), *Journal of Personality Disorders*, 2002; 16: 344-359.
8. Gutiérrez-Zotes JA, Bayón C, Montserrat C, Valero J, Labad A, Cloninger CR y Fernández-Aranda F.: Inventario del Temperamento y el Carácter Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2004; 32: 8-15.
9. Kennedy SH, Katz R, Rockert W y Mendolowitz S.: Assessment of personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A comparison of self-report and structured interview methods, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1995; 183: 358-364.
10. Marlowe DB, Husband SD, Bonieskie LM y Kirby KC.: Structured interview versus self-report test advantages for the assessment of personality pathology in cocaine dependence, *Journal of Personality Disorders*, 1997; 11: 177-190.
11. Messina N, Wish E, Hoffman J y Nemes S.: Diagnosing antisocial personality disorder among substance abusers: the SCID versus the MCMI-II, *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 2001; 27: 699.
12. Millon T.: Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-II (segunda edición), 2004, Tea Ediciones, Madrid.

-
13. **Millon T y Davis RD.**: Trastornos de la personalidad: conceptos, principios y clasificación. En T. Millon y R. D. Davis (Eds.), Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV, 1989a (pp. 3-84). Masson, Barcelona.
14. **Millon T y Davis RD.**: Teorías de la personalidad: históricas, modernas y contemporáneas. En T. Millon y R.D. Davis (Eds.), Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV 1989b (pp. 37-84). Masson, Barcelona.
15. **Mulder RT, Joyce PF, Sullivan PF, Bulik CM y Carter FA.**: The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores and DSQ defences, *Psychological Medicine*, 1999; 29: 943-951.
16. **Rennenberg B, Chambles DL, Dowdall DJ, Fauerbach JA y Gracely E.J.**: The structured clinical interview for DSM-III-R, axis-II and the Millon Clinical Multiaxial inventory- A concurrent validity study of personality-disorders among anxious outpatients, *Journal of Personality Disorders*, 1992; 6: 117-124.
17. **Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR y Cloninger CR.**: Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character, *Archives of General Psychiatry*, 1993; 50: 991-999.
18. **Widiger TA, Simonsen E, Krueger R, Livesley JW y Verheul R.**: Personality disorder research agenda for the DSM-V, *Journal of Personality Disorders*, 2005; 19: 315-338.

Fe de erratas:

En la Tabla 2 el estilo de afrontamiento autodestructivo no es significativo.

En la Tabla 3 y 4, hay ocho TP pero uno presenta dos TP.

En la Tabla 4 ninguna de las comparaciones es significativa.

Anexo 2. Manuscrito preparado para enviar a revisión

MODELO PSICOBIOLOGICO DE PERSONALIDAD DE CLONINGER Y MALESTAR
PSICOLÓGICO EN LA FIBROMIALGIA

García-Fontanals, A., García-Blanco, S., Portell, M., Pujol, J., Poca, V., García-Fructuoso, F., Gomà-i-Freixanet, M., Gutiérrez, T., y Deus, J.

Resumen. La personalidad puede jugar un papel importante en la manifestación clínica de la FM. **Objetivo.** El presente estudio tiene como finalidad estudiar el perfil de personalidad de las pacientes con FM, determinar la presencia de Trastornos de la Personalidad mediante el Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado (TCI-R), y valorar si la Evitación del Riesgo (ER) y la Autodirección (AD) se relacionan con indicadores de malestar psicológico en la FM. **Material y Método.** La muestra del estudio está constituida por 42 pacientes con FM y 38 controles sanos. Los instrumentos de evaluación administrados fueron el TCI-R, el Inventario Clínico Mutiaxial de Millon, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, la Escala de salud del SF-36, el Cuestionario de Impacto de la FM, el Cuestionario de dolor del McGill y una entrevista semiestructurada sobre información sociodemográfica y clínica. **Resultados.** En cuanto a la relación entre las dimensiones de personalidad y los indicadores de malestar psicológico en el grupo FM, ER y AD se asocian de forma positiva y negativa respectivamente con indicadores de alteración emocional y medidas del estado de salud vinculadas con el grado de alteración emocional. ER muestra una tendencia a asociarse de forma positiva con la intensidad del impacto de la FM en la capacidad funcional y en la calidad de vida de las personas que lo presentan. ER y AD presentan una tendencia a relacionarse de forma positiva y negativa respectivamente con la presentación de un mayor número de síntomas asociados a la FM. Búsqueda de Novedad (BN) se relaciona negativamente con el número de bajas debido a la FM. ER se relaciona de forma positiva con la intensidad del dolor presente aplicado. **Conclusiones.** Es importante destacar el papel que ER y AD ejercen en el malestar psicológico en la FM, y concretamente las subescalas Ansiedad anticipatoria-pesimismo y Determinación, por ser las subescalas que con mayor frecuencia se asocian con los indicadores de malestar psicológico. El hecho que la AD sea susceptible de modificación es un aspecto clave a considerar desde el punto de vista psicoterapéutico.

Palabras clave: Fibromialgia, malestar psicológico, TCI-R, MCMI-III.

La Fibromialgia (FM), como síndrome de sensibilidad central ^{1,2} se caracteriza por un dolor crónico generalizado, de tipo musculoesquelético y de más de 3 meses de duración, e hiperalgesia a la presión digital en, al menos, 11 de los 18 puntos sensibles según criterios del American College of Rheumatology (ACR) ^{3,4}. Presenta variada comorbilidad psicopatológica (i.e. trastornos del sueño) y no psicopatológica (i.e. entumecimiento matutino) ⁴⁻⁶. La prevalencia de la FM en España es de 2.4%, siendo del 4.2% en las mujeres y del 0.2% en los varones ⁷. Su etiología es, todavía, elusiva y son diversos los factores etiopatogénicos que se consideran (biológicos, psicológicos, sociales y ambientales) cuyo fenómeno central lo constituye una alteración en la percepción y modulación del dolor, donde la dimensión emocional puede regular la respuesta cerebral al dolor ⁸.

Las enfermedades con dolor crónico suelen coexistir con sintomatología emocional, influyéndose mutuamente ambos procesos. En la FM, como síndrome de dolor crónico funcional, se han observado puntuaciones más elevadas en las escalas de depresión y ansiedad ⁹⁻¹², y presenta rasgos propios de personalidad definidos. Estudios recientes indican que los pacientes con FM no son un grupo clínicamente homogéneo y, quizá, los rasgos de personalidad puedan influir en sus diferentes manifestaciones clínicas o en la categorización de diferentes subgrupos de FM ¹³⁻¹⁸. Los rasgos de personalidad de estos pacientes han sido estudiados desde diferentes modelos teóricos. En los estudios realizados mediante el Temperament and Character Inventory (TCI) ¹⁹ la mayoría de sujetos con FM se caracterizan por niveles altos en Evitación del Riesgo (ER) y bajos en Autodirección (AD) ^{16, 20-22} respecto a un grupo control. Los estudios realizados mediante el Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) y el NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) destacan puntuaciones elevadas en Neuroticismo (N) ^{9, 23, 24}.

Las dimensiones de la personalidad pueden jugar un importante papel en la exacerbación del dolor, en el grado de adaptación a la enfermedad y en el estado emocional ¹⁶. La ER refleja una predisposición biológica al aprendizaje de conductas de evitación ante estímulos aversivos y a una habituación reducida en situaciones potencialmente peligrosas ²⁵, mientras que la AD refleja la capacidad de adaptación del individuo. La FM podría ser conceptualizada como una situación aversiva, generadora de estrés, por lo que los rasgos de personalidad, concretamente la ER, podría ser clave tanto en la génesis como en el curso clínico de la enfermedad ¹⁶. En la misma línea,

Dersh (2002) ²⁶ apunta a la posible existencia de características latentes que en combinación con el estrés generado por la vivencia de una enfermedad crónica dolorosa predispongan al desarrollo de patología. Por lo que una elevado ER y una baja AD podrían favorecer que los pacientes con FM afronten la enfermedad de forma desadaptada. Así numerosos estudios, en población general y dolor crónico funcional, observan que una mayor ER y una baja AD se asocian a mayor alteración emocional ²⁷⁻³², lo que puede sugerir que la combinación de ambas dimensiones de personalidad predisponga a alteraciones emocionales. Estos resultados han sido ratificados en población con FM ^{20, 21}. Además, las dimensiones de carácter del TCI pueden actuar como predictores de la susceptibilidad de presentar una alteración psicopatológica del Eje I ²⁹ o del Eje II ^{33, 34}. En relación al estado de salud algunos autores refieren que los individuos con alto N, dimensión equivalente a la ER, presentan un mayor número de quejas somáticas ³⁵, mientras que la AD se relaciona de forma positiva con aspectos de bienestar y salud ³⁶.

La ER puede tener un doble efecto, bien sobre el tipo de técnicas de afrontamiento utilizadas para afrontar el dolor, o bien que tenga un efecto directo sobre el dolor en sí mismo ³⁷. De hecho los sujetos con dolor crónico y puntuaciones elevadas en N usan estrategias de afrontamiento pasivas cuya ineficacia se refleja en una mayor intensidad del dolor percibido ³⁷ y mayor desregulación del sistema nervioso autónomo (SNA) ³⁸. No obstante, Gencay-Can y Can ²¹ no observan relación entre la intensidad del dolor y las dimensiones de personalidad en pacientes con FM. En relación con las dimensiones de carácter, la baja autoeficacia también juega un papel importante en el control del dolor ³⁹⁻⁴¹ en afrontar la discapacidad provocada por éste ^{39,41} y en la respuesta al tratamiento ⁴⁰.

Los objetivos del presente estudio son: (1) Ratificar y matizar las diferencias halladas en estudios previos sobre las dimensiones de temperamento y carácter mediante el TCI-R, en una muestra rigurosamente seleccionada de pacientes con diagnóstico clínico de FM y sin Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) en comparación con un grupo control sano; (2) Determinar la presencia de TP en las pacientes con FM mediante el TCI-R; (3) Valorar si una dimensión de personalidad temperamental, el ER, y una dimensión de personalidad de carácter, la AD, se relacionan con el malestar psicológico, que incluye medidas del estado emocional, funcionalidad y percepción de la salud y dolor, de las pacientes con FM.

4. MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

Los pacientes con FM fueron seleccionados de una muestra inicial de 150 pacientes del Institut Ferran de Reumatología (IFR) y del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Bellvitge (HUB), por un reumatólogo sénior. Un aspecto destacable en el presente estudio es el riguroso proceso seguido para la selección de la muestra. Se excluyeron todas las FM comórbidas a otras enfermedades reumatológicas, pacientes con SFC, pacientes con historia de trastorno psicótico o de abuso de tóxicos, pacientes con historia o diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (TP) y pacientes con historia de dolor neuropático. La muestra final de pacientes (Tabla 1) quedó compuesta por 42 mujeres con edades comprendidas entre los 32 y los 63 años de edad (47.1 ± 7.98). La totalidad de las pacientes con FM cumplían los criterios diagnósticos del American College of Rheumatology (ACR). Los participantes del estudio firmaron el consentimiento informado por escrito aceptando las condiciones del estudio. El estudio fue aprobado por el comité local (HUB e IFR) y está en concordancia con la Declaración de Helsinki.

El grupo control estaba constituido por 38 mujeres voluntarias sanas entre los 31 y los 62 años de edad (44.37 ± 6.30). Los criterios de inclusión fueron la ausencia de historia clínica de alteración reumatológica, ausencia de historia de dolor funcional o físico generalizado, ausencia de historia de enfermedad psiquiátrica, del eje I o II, conocida o referida, ausencia de historia de enfermedad neurológica conocida o referida. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas ni en la edad ($t(78) = -1.69, p = 0.096$), ni en el nivel de escolarización entre ambos grupos ($t(78) = 1.01, p = 0.317$).

Instrumentos de Evaluación

*Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R)*¹⁹. Se administró la versión española del TCI-R adaptada por Gutiérrez-Zotes et al.⁴². Cuestionario de personalidad auto-administrado de 240 ítems. Basado en el modelo multidimensional y psicobiológico de Cloninger. Informa acerca de las variaciones normales y anormales en las 7 dimensiones de personalidad (4 dimensiones de temperamento y 3 dimensiones de carácter) y 29 subescalas. En la versión original la consistencia interna medida con el α de Cronbach oscila entre 0.65 para Persistencia

hasta 0.89 para Cooperación. La versión española del TCI-R muestra una consistencia interna satisfactoria en todas las dimensiones (α de Cronbach superior a 0.77).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ⁴³. Se administró la adaptación española del HADS ⁴⁴. Escala auto-administrada. Presenta dos subescalas, la de ansiedad y la de depresión, compuestas por 7 ítems cada una. Las puntuaciones para cada subescala oscilan entre 0 y 21 puntos. Una puntuación de 8-10 se considera un caso probable de ansiedad o de depresión y entre 11-21 se confirma la presencia de ansiedad o depresión.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ⁴⁵. Se administró la adaptación española del STAI ⁴⁶. Cuestionario auto-administrado de 40 ítems, formado por dos escalas que miden dos conceptos independientes de ansiedad, como estado (A/E) y como rasgo (A/R). La A/E se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión. La A/R señala una dimensión estable de personalidad y hace referencia a la propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su A/E.

Short-Form-36 Health Survey (SF-36) ⁴⁷. Se administró la adaptación española del SF-36 ⁴⁸. Cuestionario genérico auto-administrado. Contiene 36 ítems que cubren 9 dimensiones de salud percibida: Función física, función social, limitaciones del rol de problemas físicos, y limitaciones del rol de problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor, percepción de la salud general y cambio de la salud en el tiempo. El rango de puntuación es de 0 a 100. Una mayor puntuación es indicativa de mejor estado salud y menos dolor.

Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) ⁴⁹. Se administró la adaptación española del FIQ ⁵⁰. Cuestionario autoadministrado de 10 ítems. Mide el impacto de la FM en la capacidad funcional y en la calidad de vida. La puntuación total del FIQ se halla entre 0-100, representando el 0 la capacidad funcional y la calidad de vida más altas y 100 el peor estado.

McGill Pain Questionnaire (MPQ) ⁵¹. Se administró la adaptación española del MPQ ⁵². Instrumento para la evaluación de aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor. Consta de 64 descriptores de dolor organizados en 19 subclases. Se pueden obtener diferentes índices: Índice de Valoración del dolor (IVD): total y para cada una de las cuatro áreas (sensorial, emocional, valorativo y miscelánea). Número de palabras elegido (NAE):

suma del número de características del dolor seleccionadas por el paciente. Índice de intensidad del dolor (IDP): respuesta seleccionada del grado de dolor en una escala categorial. EVA: Intensidad del dolor según una escala analógica visual.

Análisis estadístico.

Para el análisis estadístico se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 17. Se ha realizado un análisis descriptivo y una comparación de medias entre el grupo FM y el grupo control, mediante la *t* de Student, para muestras independientes para las escalas del TCI-R y las variables clínicas y psicométricas que definen el malestar psicológico de la muestra, considerando el estado emocional (HADS y STAI), la percepción de la salud (SF-36 y FIQ) y la percepción de dolor (MPQ). Para la comparación de medias en las variables malestar psicológico según la presencia o ausencia de TP se ha aplicado la *t* Student, y en aquellos casos que no cumplieran los supuestos de aplicación para pruebas paramétricas se les aplicó la prueba estadística *U* de Mann Whitney. Se ha realizado una correlación de Pearson, y de Spearman cuando las condiciones de aplicación así lo requerían, con aquellas dimensiones del TCI-R y sus subescalas que presentan diferencias significativas respecto al grupo control, y las medidas indicativas de malestar psicológico solo en el grupo con FM. Para la corrección del error acumulado debido a la realización de múltiples comparaciones (TCI-R consta de 7 dimensiones y 29 subescalas), todos los resultados fueron corregidos mediante el método de Bonferroni ($p < 0.05/7 = 0.007$) y ($p < 0.05/13 = 0.0038$).

RESULTADOS

Los sujetos con FM presentan puntuaciones significativamente más elevadas en ER y significativamente más bajas en BN y AD, en comparación al grupo control. En las subescalas, se observan diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo control, destacando ER1, ER2, ER4, AD2, DR1 (Tabla 2).

Desde una visión dimensional del estudio de la personalidad, el TCI-R informa de que un 69% (n=29) de los pacientes presenta un perfil temperamental de tipo ansioso, con una diferencia significativa respecto al grupo control ($X^2(1, N=80)=16.46$, $p<.0005$). Un 36% (n=15) de pacientes con FM presenta un posible diagnóstico psicométrico de TP de predominio del cluster C, (26%, n=11) aunque sin diferencias significativas respecto al grupo control ($p = .371$) (Figura 1). En la comparación entre el

grupo de pacientes con TP y sin TP, no se observan diferencias significativas en las variables de malestar psicológico.

Respecto al malestar psicológico, se puede observar que el grupo con FM presenta puntuaciones significativamente más elevadas en el HADS-D, HADS-A, STAI-E, STAI-R, y significativamente más bajas en todas las escalas del SF-36 respecto al grupo control (Tabla 3).

Respecto a la relación entre el malestar psicológico y las dimensiones de personalidad y sus subescalas (Tabla 4 y 5), ER presenta una correlación positiva y significativa con HADS-D, STAI-E, STAI-R. La subescala ER1 presenta una correlación positiva y significativa con HADS-D, HADS-A, STAI-E y STAI-R. AD presenta una correlación negativa y significativa con STAI-R. AD2 correlaciona negativamente y de forma significativa con el HADS-D y el STAI-R. DR1 correlaciona positiva y significativamente con STAI-E.

ER, ER1 y ER4 presentan una correlación negativa y significativa con la escala de SM del SF-36, ya que una mayor puntuación en el SF-36 es indicativa de un mejor estado de salud. AD y AD2 presentan una correlación significativa y positiva con SM del SF-36. AD correlaciona positivamente y de forma significativa con SG del SF-36. BN correlaciona negativamente y significativamente con el número de episodios de baja laboral causados por la FM.

ER y ER2 correlacionan de forma positiva y significativa con IDP DAM. ER4 correlaciona de forma positiva y significativa con PRI-T DAM. SD2 correlaciona negativamente con IDP DAM y con EVA DAM. La subescala AD1, AD3 y AD5 no presentan correlaciones significativas, aunque se especifican sus valores ya que algunos muestran una tendencia a la significación estadística. BN1, BN4 y PS1, PS2, C3 no presentan correlaciones significativas.

DISCUSIÓN

Varios estudios defienden que la personalidad puede tener un importante papel en el desarrollo y curso clínico de la FM ^{16, 20}. El presente estudio, con una muestra de FM rigurosamente seleccionada, y excluyendo un SFC, pretende definir el perfil de

personalidad según el TCI-R y valorar qué dimensiones temperamentales y de carácter se relacionan con el malestar psicológico en la FM. En el presente trabajo el perfil de personalidad de la FM se define con una ER elevada y una AD y BN baja, respecto al grupo control. Además, cuando se analizan las subescalas, destacando ER1 y AD2, se observan diferencias estadísticamente significativas en aquellas subescalas que mejor definen un perfil ansioso y poco adaptativo. La mayoría de las pacientes con FM presentan un perfil temperamental ansioso y solo un tercio un posible diagnóstico psicométrico de TP, mayoritariamente del cluster C (ansioso). El grupo con FM presenta puntuaciones indicativas de mayor malestar psicológico, respecto al grupo control. En el grupo FM, ER y AD se asocian de forma positiva y negativa respectivamente con indicadores de alteración emocional y medidas del estado de salud vinculadas a la alteración emocional. ER y AD presentan una tendencia a relacionarse de forma positiva y negativa respectivamente con la presentación de un mayor número de síntomas asociados a la FM. BN se relaciona negativamente con el número de bajas debido a la FM. Es importante destacar el papel que ER y AD ejercen en el malestar psicológico en la FM, y concretamente ER1 y AD2, por ser las subescalas que con mayor frecuencia se asocian a los indicadores de malestar psicológico.

La mayoría de estudios realizados mediante el TCI-R concuerdan en señalar altas puntuaciones en ER y bajas en AD^{16, 20-22} en las FM, tal y como refleja el presente estudio. No obstante, en las 5 dimensiones restantes del TCI-R los resultados entre los diferentes estudios son más discrepantes, no quedando claro el perfil definitorio de las FM^{16, 21}. En el presente estudio se observa una baja BN, al igual que en el estudio de Lundberg y colaboradores¹⁶, pero a diferencia de éste se observa una puntuación baja, con tendencia a la significación, en PS. Hay que remarcar que estas diferencias podrían ser debidas al proceso de selección de la muestra de estudio y a la ausencia de SFC comentado previamente. En relación a las subescalas destacan altas puntuaciones en ER1 y bajas en AD2 respecto al grupo control, resultados en concordancia con los de Conrad (2007)⁵³ en población con dolor crónico.

El perfil de personalidad observado en la FM se define como personas con una vulnerabilidad a reaccionar ante agentes estresores con un incremento de la ansiedad, a presentar pensamientos negativos hacia las frustraciones diarias, con tendencia a anticipar problemas futuros, más fácilmente fatigables (alta ER) y con poca habilidad para controlar y regular su comportamiento para adaptarse a la situación, según los

objetivos y valores individuales (baja AD). Son personas con tendencia a reaccionar con indiferencia o rechazo ante la novedad, se sienten cómodas en la monotonía y evitan las situaciones que implican riesgo (baja BN). Estas características podrían influir en que claudiquen ante situaciones potencialmente ansiosas. También presentan dificultad para persistir en la conducta cuando surgen dificultades, como la fatiga o la frustración, que podrían ser ocasionadas por el dolor ⁵⁴, y por la dificultad de adaptación a situaciones que implican una conducta mantenida en ausencia de gratificación (baja PS).

A diferencia de otros trabajos, el presente estudio profundiza en el estudio del perfil temperamental obtenido mediante el TCI-R (normal vs patológico) ³³ y constata que un 69% de los pacientes presenta un perfil temperamental no patológico ansioso caracterizado por baja BN y alta ER, quedando definido con un perfil precavido o metódico. El TCI-R también sugiere, psicométricamente, la posible presencia de un TP³³ si los perfiles temperamentales extremos se asocian a bajas puntuaciones en AD y/o Cooperación. Algunos estudios observan una mayor prevalencia de TP en las pacientes con FM ^{55,56}. En el presente estudio uno de cada tres pacientes con FM presenta un posible diagnóstico psicométrico de TP, principalmente de tipo Evitativo u Obsesivo Compulsivo de la Personalidad, lo que concuerda con el tipo de TP más prevalente observado en los estudios previos ⁵⁵. Además, se reafirma que los pacientes con FM son un grupo heterogéneo en sus manifestaciones clínicas ^{13,17}. No obstante, a pesar de la evidencia de que los TP ejercen una influencia en la capacidad de adaptación de las personas ^{57, 58} en el presente estudio se observa que la presencia de un TP establecido psicométricamente mediante el TCI-R, no tiene una influencia en las medidas de malestar psicológico analizadas. Esto puede ser debido al tamaño de la muestra y al instrumento de evaluación utilizado, ya que a pesar de que el TCI-R puede servir como instrumento de cribado para el establecimiento de un TP, la forma más adecuada y establecida para realizar un diagnóstico de TP es mediante una entrevista estructurada específica para la evaluación de los TP.

En relación a las dimensiones del TCI-R y sus subescalas, los datos del presente trabajo indican que los pacientes con puntuaciones elevadas en ER y Ansiedad anticipatoria-Pesimismo muestran también puntuaciones elevadas en la sintomatología ansiosa y depresiva y ansiedad rasgo, evaluada mediante dos instrumentos de evaluación específicos. Además, los resultados sugieren que los pacientes con bajas puntuaciones en AD presentan una mayor ansiedad rasgo. Además, aquellos individuos

que carecen de un sentido claro respecto a la dirección de sus vidas y tienden a reaccionar ante las circunstancias y necesidad inmediatas (AD2 bajo) presentan ansiedad-rasgo alta y síntomas depresivos. Similar a estos resultados varios estudios en población general, y en población con dolor, indican que una alta ER y una baja AD se asocian con mayor alteración emocional^{20, 21, 27, 29, 31, 32}. A diferencia de los resultados observados en Gencay-Can y Can²¹ donde DR se relaciona de forma negativa con síntomas de ansiedad, en el presente estudio el Sentimentalismo (DR1), se relaciona de forma positiva con la ansiedad estado. Estos resultados parecen concordar más con la teoría subyacente, ya que parece lógico que las personas con más facilidad para conmoverse, ser cálidos y comprensivos tiendan a presentar más síntomas de ansiedad.

La asociación negativa de ER y ER1 con la escala de salud mental del SF-36 corrobora los resultados anteriores, afirmando que la ER se relaciona con una mayor presentación de síntomas de alteración emocional. Mientras que la asociación positiva de AD y AD2 con salud mental es indicativa de que aquellas personas con baja AD presentan una mayor alteración emocional. Además, la AD se relaciona positivamente con la percepción general de salud del SF-36, corroborando la afirmación de Cloninger³⁶ de que la AD se asocia con todos los indicadores de salud.

Respecto al grado de impacto de la FM en la funcionalidad y calidad de vida, se observa que aquellas personas curiosas, entusiastas e impulsivas (alta BN) han requerido un menor número de bajas debido a la FM. Gencay-Can y Can²¹ observan una relación positiva entre ER y la puntuación total del FIQ. En el presente estudio se observa una correlación positiva con tendencia a la significación entre ER, Ansiedad anticipatoria-pesimismo y el FIQ, indicativo de que las personas con mayor ER pueden presentar un mayor impacto de la FM. Algunos autores también refieren que los individuos con alto N presentan un mayor número de quejas somáticas³⁵ lo que explicaría que en el presente estudio la ER muestre una tendencia a relacionarse con un mayor número de síntomas acompañantes de la FM.

En el ámbito del dolor crónico las dimensiones de personalidad no se relacionan con el dolor propio de la FM, esto concuerda con los resultados de Gencay-Can y Can²¹ en los que ni ER ni AD se relacionan con la intensidad del dolor. No obstante, se observa una asociación positiva con tendencia a la significación entre Ansiedad anticipatoria-pesimismo y el índice PRI-T, lo que concuerda con los resultados de Malt

y colaboradores⁵⁹ que observan que el N por si solo explicaría el 16% del dolor total del MPQ, mientras que el N conjuntamente con el nivel de cortisol y la presión sanguínea sistólica explicarían un 42% de la varianza en el dolor total del MPQ.

En el ámbito del dolor experimental los pacientes que presentan mayor ER y Temor a lo incierto, y en menor medida Ansiedad anticipatoria y Fatigabilidad, presentan una mayor intensidad del dolor valorada mediante una escala numérico-verbal, por lo que intuimos que ER, y concretamente Temor a lo incierto, que valora la tendencia a estar tenso y preocupado ante situaciones nuevas, podría influir aumentando la valoración cualitativa de la intensidad de un estímulo doloroso inducido. Affleck³⁵, en el ámbito del dolor crónico, observa que el catastrofismo, como estrategia de afrontamiento poco eficaz, media en la relación entre el N y la intensidad de dolor percibido, aunque el N no se relaciona directamente con la intensidad del dolor. El ER podría actuar como un factor de vulnerabilidad que disminuye el umbral en el cual el dolor es percibido de forma amenazante y en el cual los pensamientos catastrofistas sobre el dolor aparecen, lo que podría relacionarse con una mayor ansiedad anticipatoria (ER1) y temor a lo incierto (ER2). Mientras que la AD y, concretamente, la Determinación ejercen el efecto contrario, disminuyendo la percepción dolorosa del estímulo aplicado. Ciertamente, la ER es una dimensión temperamental estable que refleja la predisposición a responder de forma intensa a estímulos aversivos, mientras que la AD evalúa los procesos cognitivos que regulan la expresión de los impulsos emocionales. La presencia de una mayor hiperalgesia ante un estímulo nociceptivo en la FM puede estar justificada en parte por una elevado ER y una baja AD que gestionan la respuesta subjetiva al dolor. Esto puede tener una repercusión terapéutica relevante al poder modificar, en cierta medida, la capacidad de autocontrol del dolor al incidir en la dimensión de carácter.

El presente estudio presenta diversas limitaciones: (1) El tamaño de la muestra es pequeño, aunque muy selectivo y de régimen asistencial hospitalario, lo que puede reducir la potencia estadística y limita la generalización de los resultados en la FM, considerada como una enfermedad de gran heterogeneidad clínica¹³; (2) No se ha evaluado si se produce un cambio en las puntuaciones de temperamento (ER) del TCI en la FM tras la remisión de síntomas depresivos^{19, 60}; (3) Los instrumentos utilizados poseen adecuadas propiedades psicométricas, aunque carecen de escalas de control para detectar respuestas falsas (4) La rigurosidad en la selección de la muestra, en la que se

han excluido las FM comórbidas a otras enfermedades reumatológicas y pacientes con SFC, puede justificar que algunos de los resultados sean diferentes a los encontrados en la literatura.

En suma, algunos autores señalan a los perfiles de personalidad como factores implicados en el desarrollo de la FM ^{16, 20, 21, 24} y en su manifestación clínica ^{20, 23}. Según la teoría de Cloninger las dimensiones de temperamento son heredadas y poco modificables, por lo que teóricamente están presentes antes del desarrollo de la enfermedad. Las dimensiones de carácter, son potencialmente modificables, por lo que el padecimiento de una enfermedad puede haber influido en la capacidad de adaptación valorada mediante la AD. El presente estudio muestra un perfil con alto ER y baja AD y su asociación con varios indicadores de malestar psicológico, aunque solo un estudio longitudinal podría esclarecer el papel de éstas dimensiones en el desarrollo de la FM. Es importante destacar, que a diferencia de otros estudios, el presente estudio analiza la relación entre la capacidad de adaptación (AD) y el malestar psicológico asociado a la FM. El hecho de que la AD sea una dimensión de carácter, susceptible de modificación mediante el aprendizaje y que ejerce un efecto regulador en la expresión de los impulsos emocionales, es un aspecto clave a considerar desde el punto de vista psicoterapéutico, ya que esto podría tener importantes repercusiones en la capacidad predictiva del TCI-R respecto al curso de la FM. En futuras investigaciones sería conveniente explorar el efecto que la interacción de las estrategias de afrontamiento con la personalidad puede ejercer en los indicadores de malestar psicológico asociados a la FM. También sería conveniente explorar el efecto diferenciado ejercido por alguna de de las subescalas del TCI-R, específicamente en las subescalas de ER y AD, con muestras de mayor tamaño.

REFERENCIAS

- 1 Yunus MB. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum* 2007; 36: 339-56.
- 2 Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Semin Arthritis Rheum* 2008; 37: 339-52.
- 3 Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72.
- 4 Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease et al. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthrit Care Res* 2010; 62: 600-10.
- 5 Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38 :19-28.
- 6 White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: Comparing the demographic and clinical characteristics in 100 random community cases of fibromyalgia versus controls. *J Rheumatol* 1999; 26 :1577-85.
- 7 Mas, AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clin Exp Rheumatol* 2008; 26: 519-26.
- 8 Pujol J, López-Solà M, Ortiz H, Vilanova JC, Harrison BJ, Yücel M et al. Mapping brain response to pain in fibromyalgia patients using temporal analysis of fMRI. *PLoS ONE* 2009;4: e5224. doi:10.1371/journal.pone.0005224.
- 9 Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, et al. Psychiatric Disorders in Patients With Fibromyalgia: A Multicenter Investigation. *Psychosomatics* 1999; 40: 57-63.
- 10 Krag NJ, Nørregaard J, Larsen JK, Danneskiold-Samsøe B. A blinded, controlled evaluation of anxiety and depressive symptoms in patients with fibromyalgia, as measured by standardized psychometric interview scales. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 370-5.
- 11 White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M. Chronic Widespread Musculoskeletal Pain with or without Fibromyalgia: Psychological Distress in a Representative Community Adult Sample. *J Rheumatol* 2002; 29: 588-94.

- 12 Sayar K, Gulec H, Topbas M. Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clin Rheumatol* 2004; 23: 441-8.
- 13 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.
- 14 Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid Depression and Anxiety in Fibromyalgia Syndrome: Relationship to Somatic and Psychosocial Variables. *Psychosom Med* 2004; 66: 837-44.
- 15 Müller W, Schneider EM, Stratz T. The classification of fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int* 2007; 27: 1005-10.
- 16 Lundberg G, Anderberg UM, Gerdle B. Personality Features in Female Fibromyalgia Syndrome. *J Musculoskeletal Pain* 2009; 17: 117-30.
- 17 Souza J, Goffaux P, Julien N, Potvin S, Charest J, Marchand S, et al. Fibromyalgia subgroups: profiling distinct subgroups using the Fibromyalgia Impact Questionnaire. A preliminary study. *Rheumatol Int* 2009; 29:509-515.
- 18 Aaron LA, Bradley LA, Alarcón ,G.S., Alexander RW, Triana-Alexander M, Martin MY, et al. Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behavior rather than to illness. *Arthritis Rheum* 1996; 39: 436-445.
- 19 Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI). A Guide to Its Development and Use. Center for Psychobiology of Personality, Washington University, St. Louis, MO, 1994.
- 20 Anderberg UM, Forsgren T, Ekselius L, Marteinsdottir I, Hallman J. Personality traits on the basis of the Temperament and Character Inventory in female fibromyalgia syndrome patients. *Nord J Psychiat* 1999; 53: 353-59.
- 21 Gencay-Can A, Can SS. Temperament and character profile of patients with fibromyalgia. *Rheumatol Int* 2012; 32: 3957-61. doi:10.1007/s00296-011-2324-x.
- 22 Mazza M, Mazza O, Pomponi M, Di Nicola M, Padua L, Vicini M et al. What is the effect of selective serotonin reuptake inhibitors on temperament and character in patients with fibromyalgia? *Compr Psychiatry* 2009; 50: 240-4.
- 23 Besteiro J, Álvarez M, Lemos S, Múniz J, Costas C, Weruaga A. Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. *Int J Clin Hlth Psyc* 2008; 8: 411-27.
- 24 Martínez MP, Sánchez AI, Miró E, Medina A, Lami MJ. The Relationship Between the Fear-Avoidance Model of Pain and Personality Traits in Fibromyalgia Patients. *J Clin Psychol. Med Settings* 2011; 18: 380-91.

- 25 Svrakic DM y Cloninger R. Personality Disorders. En. Sadocks B.J, Sadock V.A. (Eds.), Kaplan y Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (8th ed). Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins; 2005. p.2063- 2104.
- 26 Dersh J, P., Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ. Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosom Med* 2002; 64: 773-786.
- 27 Jylhä P, Isometsä E. Temperament, character and symptoms of anxiety and depression in the general population. *Eur Psychiatry* 2006; 21: 389-95.
- 28 Brown SL, Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger RC. The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach. *J Psychiatr Res* 1992; 26: 197-211.
- 29 Cloninger CR, Bayon C, Svrakic DM. Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *J Affect Disord* 1998; 51: 21-32.
- 30 Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR. Mood states and personality traits. *J Affect Disord* 1992; 24: 217-26.
- 31 Malmgren-Olsson EB, Bergdahl J. Temperament and character personality dimensions in patients with nonspecific musculoskeletal disorders. *Clin J Pain* 2006; 22: 625-31.
- 32 Boz C, Velioglu S, Ozmenoglu M, Sayar K, Alioglu Z, Yalman B, et al. Temperament and character profiles of patients with tension-type headache and migraine. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58: 536-43.
- 33 Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 991-9.
- 34 Bayon C, Hill K, Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger, R. Dimensional assessment of personality in an out-patients sample: relations of the systems of Million and Cloninger. *J Psychiat Res* 1996; 30: 341-52.
- 35 Affleck G, Tennen H, Urrows S, Higgins P. Neuroticism and the pain-mood relation in rheumatoid arthritis: insights from a prospective daily study. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 119-26.
- 36 Cloninger CR, Cloninger CR, Zohar AH. Personality and the perception of health and happiness. *J Affect Disord* 2011; 128: 24-32.
- 37 Ramírez-Maestre C, López Martínez AE, Zarazaga RE. Personality Characteristics as Differential Variables of the Pain Experience. *J Behav Med* 2004; 27: 147-65.

- 38 Paine P, Kishor J, Worthen SF, Gregory LJ, Aziz Q. Exploring relationships for visceral and somatic pain with autonomic control and personality. *Pain* 2009; 144: 236-44.
- 39 Buckelew SP, Murray SE, Hewett JE, Johnson J, Huyser B. Self-efficacy, pain, and physical activity among fibromyalgia subjects. *Arthritis Care Res* 1995; 8: 43-50.
- 40 Buckelew SP, Huyser B, Hewett JE, Parker JC, Johnson JC, Conway R, et al. Self-efficacy predicting outcome among fibromyalgia subjects. *Arthritis Care Res* 1996; 9: 97-104.
- 41 Dobkin PL, Liu A; Abrahamowicz M, Ionescu-Iltu R, Bernatsky S, Goldberger A, et al. Predictors of disability and pain six months after the end of treatment for fibromyalgia. *Clin J Pain* 2010; 26: 23-9.
- 42 Gutiérrez-Zotes JA, Bayón C, Montserrat C, Valero J, Labad A, Cloninger CR, et al. Temperament and character Inventory-Revised (TCI-R). Standardization and normative data in a general population sample. *Actas Esp Psiquiatri* 2004; 32: 8-15
- 43 Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
- 44 Quintana JM, Padierna A, Esteban C, Arostegui I, Bilbao A, Ruiz I. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 216-21.
- 45 Spielberger C, Gorsuch RL, Lushene RE. *The State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press: Palo Alto: 1970.
- 46 Spielberger C, Gorsuch RL, Lushene RE. *STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA Ediciones: Madrid: 1982.
- 47 Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide*. Boston MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
- 48 Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results. *Med Clin* 1995; 104: 771-6.
- 49 Burckhardt CS, Clark SR, Bennet RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 1991; 18: 728-33.
- 50 Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández-Ballart J. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Revista Española de Reumatología* 2004; 31: 507-13.
- 51 Melzack R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1: 277-99.

- 52 Lazaro C, Caseras X, Whizar-Lugo VM, Wenk R, Baldioceda F, Bernal R, et al. Psychometric properties of a Spanish version of the McGill Pain Questionnaire in several Spanish-speaking countries. *Clin J Pain* 2001;17:365-74.
- 53 Conrad R, Schilling G, Bausch C, Nadstawek J, Wartenberg HC, Wegener I, et al. Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. *Pain* 2007; 133: 197-209.
- 54 Fishbain DA, Cole B, Cutler RB, Lewis J, Rosomoff HL, Fosomoff RS. Is pain fatiguing? A structured evidence-based review. *Pain Med* 2003; 4: 51-62.
- 55 Uguz F, Çiçek E, Salli A, Karahan AY, Albayrak I, Kaya N, et al. Axis I and Axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32: 105-7.
- 56 Rose S. Study on personality and psychiatric disorder in fibromyalgia. *PRESSE MEDICALE* 2009; 38 :695-700.
- 57 DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Masson, Barcelona: 2002.
- 58 Weisberg J. Personality and personality disorders in chronic pain. *Current Review of Pain* 2000; 4: 60–70.
- 59 Malt EA, Olafsson S, Lund A, Ursin H, Malt EA, Olafsson S, et al. Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. *BMC musculoskeletal disorders* 2002; 3: 12.
- 60 Hirano S, Sato T, Narita T, Kusunoki K, Ozaki N, Kimura S, et al. Evaluating the state dependency of the Temperament and Character Inventory dimensions in patients with major depression: a methodological contribution. *J Affect Disord* 2002; 69: 31-8.

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con Fibromialgia

Características clínicas	Media (DE)
Puntos sensibles (M, DE)	15.90 (1.97)
Tiempo transcurrido en meses desde el diagnóstico (M, DE)	85.98 (55.39)
Meses con dolor generalizado (M, DE)	60.57 (54.90)
Episodios de baja laboral debido FM (M, DE)	4.06 (7.13)
Episodio más largo de baja laboral debido FM (meses) (M, DE)	22.40 (44.04)
Número de síntomas clínicos acompañantes de la FM (0-14)	11.26 (2.49)
Cansancio al levantarse (n, %)	37 (88.1)
Sueño poco reparador (n, %)	36 (85.7)
Sueño fragmentado (n, %)	30 (71.4)
Fatiga general (n, %)	41 (97.6)
Rigidez matutina (n, %)	37 (88.1)
Rigidez post-reposo (n, %)	29 (69)
Tumefacción subjetiva (n, %)	36 (85.7)
Parestesias (n, %)	38 (90.5)
Cefaleas (n, %)	33 (78.6)
Síntomas de síndrome de colon irritable (n, %)	21 (50)
Síntomas de alteración afectiva subjetiva (n, %)	30 (71.4)
Síntomas de ansiedad subjetivos (n, %)	34 (81)
Dificultades de atención y concentración subjetivas (n, %)	35 (83.3)
Quejas subjetivas de pérdida de memoria (n, %)	37 (88.1)
Farmacoterapia actual (n, %)	36 (85.7)
Antidepresivos	32 (76.2)
Ansiolíticos	21 (50)
Hipnóticos	6 (14.3)
Anticomiciales	10 (23.8)
Antiinflamatorios	29 (69)
Antiálgicos	23 (54.8)
FIQ Total	66.50 (16.07)
Cuestionario de dolor McGill (MPQ) (M, DE)	
IVD-T	41.93 (10.01)
NAE	15.62 (2.70)

EVA	7.11 (1.48)
Intensidad Dolor Presente (IDP) (%)	
Leve	4.8
Moderado	28.6
Fuerte	38.1
Extenuante	19.04
Insoportable	9.52

Nota. M = media; DE = desviación estándar; FIQ = Cuestionario de impacto de la Fibromialgia; MPQ = Cuestionario de dolor del McGill; IVD-T= Índice de Valoración del dolor-Total. NAE = Número adjetivos elegidos; IDP = Intensidad dolor presente; EVA = escala visual analógica

Tabla 2. Comparación de medias entre las pacientes con Fibromialgia y los Controles sanos en el Inventario de Temperamento y Carácter- Revisado (TCI-R)

	FM	CONTROL	<i>t</i>	<i>p</i>
	Media (DE) (n=42)	Media (DE) (n=38)		
BN BÚSQUEDA DE NOVEDAD	89.43 (10.96)	97.42 (12.38)	3.063	.003
BN1 Excitabilidad exploratoria	27.98 (4.84)	31.47(5.87)	2.919	.005
BN2 Impulsividad	21.86 (4.38)	23.50 (4.87)	1.589	.116
BN3 Extravagancia	25 (5.22)	25.97 (4.61)	0.881	.381
BN4 Desorden	14.60 (3.51)	16.47 (4.29)	2.150	.035
ER EVITACIÓN DEL RIESGO	120.81 (14.32)	94 (16.88)	-7.681	<. 0005
ER1 Ansiedad anticipatoria y pesimismo	35.90 (5.83)	28.05 (7.04)	-5.452	<. 0005
ER2 Temor a lo incierto	29.02 (3.90)	24.29 (4.72)	-4.907	<. 0005
ER3 Timidez	21.95 (5.67)	20.21 (5.53)	-1.389	.169
ER4 Fatigabilidad	33.93 (3.96)	21.45 (5.16)	-12.202	<.0005
DR DEPENDENCIA DE RECOMPENSA	111.31 (14.86)	109.34 (12.56)	-0.636	.527
DR1 Sentimentalismo	31.12 (4.00)	28.39 (4.62)	-2.825	.006
DR2 Calidez	37.29 (6.66)	37.05 (7.01)	-0.153	.879
DR3 Vinculación	21.21 (5.18)	22.34 (4.55)	1.031	.306
DR4 Dependencia	21.69 (4.36)	21.55 (4.18)	-0.144	.886
PS PERSISTENCIA	104.48 (18.77)	112.08 (15.58)	1.959	.054
PS1 Esfuerzo	28.79 (5.65)	31.55 (5.10)	2.292	.025
PS2 Fortaleza en el trabajo	23.79 (5.88)	26.82 (4.59)	2.550	.013

PS3 Ambición	25.26 (6.18)	27.50 (6.42)	1.588	.116
PS4 Perfeccionismo	26.33 (6.15)	26.21 (4.73)	-0.101	.920
AD AUTODIRECCIÓN	147.55 (18.80)	158.03 (15.10)	2.671	.009
AD1 Responsabilidad	30.45 (4.60)	33.39 (4.61)	2.854	.006
AD2 Determinación	21.33 (4.90)	24.24 (3.15)	3.181	.002
AD3 Autoeficacia	17.86 (3.96)	19.89 (3.20)	2.516	.014
AD4 Autoaceptación	37.90 (6.31)	37.76 (7.42)	-0.092	.927
AD5 Hábitos congruentes	40 (5.93)	42.74 (4.59)	2.291	.025
C COOPERACIÓN	145.26 (13.82)	147.68 (9.39)	0.924	.358
C1 Aceptación social	31.88 (4.17)	32.47 (4.22)	0.632	.529
C2 Empatía	19.31 (3.47)	19.16 (2.35)	-0.226	.821
C3 Tendencia ayudar	31.71 (3.59)	33.47 (2.76)	2.439	.017
C4 Compasión	30.50 (3.42)	30.45 (2.86)	-0.074	.941
C5 Principios	31.86 (4.28)	32.16 (3.70)	0.335	.739
T TRASCENDENCIA	64.74 (14.03)	65.29 (15.75)	0.166	.869
T1 Abstracción	26.45 (5.86)	27.13 (6.96)	0.473	.637
T2 Identificación transpersonal	18.31 (5.18)	19.68 (5.89)	1.111	.270
T3 Aceptación espiritual	20 (5.96)	18.47 (5.76)	-1.162	.249

Nota. FM= Fibromialgia; DE= desviación estándar;
 $p < .05$.

Tabla 3. Comparación en de las medias de las puntuaciones del Cuestionario de salud SF-36, de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), y del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), entre el grupo Fibromialgia y Control

		FM (n= 42)	CONTROL (n=38) ¹	
Malestar psicológico		Media (DE)	Media (DE)	<i>p</i>
Síntomas	HADS-D	9.02 (4.73)	2.03 (2.27)	<.0005
emocionales	HADS-A	11.71 (4.01)	5.74 (3.40)	<.0005
	STAI-E	29.74 (13.05)	15.32 (10.91)	<.0005
	STAI-R	34.29 (12.38)	14.03 (7.21)	<.0005
Estado de	FF	40.60 (18.19)	92.97 (15.66)	<.0005
salud	FS	44.64 (24.87)	96.62 (8.15)	<.0005
SF-36	RF	11.31 (22.23)	97.30 (7.87)	<.0005
	RE	50.75 (44.33]	95.09 (13.90)	<.0005
	SM	47.71 (20.02)	77.51 (12.05)	<.0005
	VT	20.90(17.00)	70.86 (16.62)	<.0005
	DC	26.85 (20.53)	86.42 (15.47)	<.0005
	SG	30.65 (17.70)	80.47 (11.96)	<.0005
	CS	33.33 (25.70)	54.05(18.17)	<.0005

Nota. FM = Fibromialgia; DE = desviación estándar; HADS = Escala hospitalaria de ansiedad y depresión; HADS-D = escala de depresión, HADS-A = escala de ansiedad; STAI = Inventario de ansiedad estado rasgo; STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo; SF-36 = Escala de salud SF-36; FF = Función física; FS = Función social; RF = Rol físico; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental; VT = Vitalidad; DC = Dolor corporal; SG = Salud general; CS = Cambio de la salud en el tiempo

¹ 37 cases in SF-36

p < .05.

Tabla 4. Correlaciones entre las dimensiones del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) y las medidas de malestar psicológico en el grupo con Fibromialgia

Malestar psicológico		TEMPERAMENTO				CARÁCTER	
		ER		BN		AD	
		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Síntomas emocionales	HADS-D	.424	.005	.079	.617	-.377	.014
	HADS-A	.337	.029	.231	.140	-.403	.008
	STAI-E	.457	.002	.064	.689	-.313	.043
	STAI-R	.554	<.0005	.093	.558	-.513	.001
Estado de salud SF-36	FF	-.208	.186	.209	.185	-.179	.256
	FS	-.197	.211	-.019	.903	.077	.628
	RF	.040	.804	.045	.779	-.050	.752
	RE	-.193	.220	-.264	.091	.271	.083
	SM	-.469	.002	-.028	.859	.459	.002
	VT	.038	.812	-.091	.567	.120	.450
	DC	-.168	.287	.074	.639	-.065	.681
	SG	-.171	.278	-.287	.066	.416	.006
CS	-.130	.413	.071	.653	-.035	.826	
Impacto de la fibromialgia y calidad de vida	FIQ	.303	.052	.256	.102	-.267	.088
	Síntomas ^a	.373	.015	.222	.158	-.340	.028
	Bajas ^b	.204	.195	-.469	.002	.048	.764
Dolor de la fibromialgia MPQ	IVD-T	.253	.106	.156	.324	-.115	.469
	IDP	.114 ^{rs}	.471	.115 ^{rs}	.468	-.027 ^{rs}	.867
	EVA	.233	.138	.122	.441	-.070	.661
Dolor aplicado mecánicamente MPQ	IVD-T DAM	.382	.013	-.010	.952	-.135	.395
	IDP DAM	.472 ^{rs}	.002	0.007 ^{rs}	.963	-.363 ^{rs}	.018
	EVADAM	.359	.020	0.129	.416	-.385	.012

Nota. ER = Evitación del riesgo; BN = Búsqueda de novedad; AD = Autodirección; HADS = Escala hospitalaria de ansiedad y depresión; HADS-D = escala de depresión, HADS-A = escala de ansiedad; STAI = Inventario de ansiedad estado rasgo; STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo; SF-36 = Escala de salud SF-36; FF = Función física; FS = Función social; RF = Rol físico; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental; VT = Vitalidad; DC = Dolor corporal; SG = Salud general; CS = Cambio de la salud en el tiempo; FIQ = Cuestionario de impacto de la fibromialgia; MPQ = Cuestionario de dolor del McGill; IVD-T = Índice de Valoración del Dolor-Total; IDP = Intensidad dolor presente; EVA = Escala Visual Analógica; DAM = Dolor aplicado mecánicamente; rs = Correlación de Spearman.

^a Síntomas clínicos acompañantes de la FM. ^b Número de bajas laborales causadas por la FM (en meses).

p < .007.

Tabla 5. Correlaciones entre las escalas indicativas de malestar psicológico y las subescalas del Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R) en el grupo con Fibromialgia.

Malestar emocional		TEMPERAMENTO								CARACTER							
		ER1		ER2		ER4		DR1		AD1		AD2		AD3		AD5	
		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Síntomas	HADS-D	.528	<.0005	.149	.346	.258	.099	.138	.384	-.216	.170	-.581	<.0005	-.221	.159	-.285	.067
emocionales	HADS-A	.448	.003	.231	.141	.252	.108	.301	.052	-.285	.067	-.328	.034	-.273	.081	-.413	.007
	STAI-E	.601	<.0005	.226	.150	.332	.032	.513	.001	-.300	.054	-.377	.014	-.221	.160	-.323	.037
Estado Salud	STAI-R	.559	<.0005	.390	.011	.269	.085	.217	.167	-.279	.073	-.631	<.0005	-.430	.005	-.421	.005
	FF	-.210	.182	.098	.538	-.262	.094	-.055	.731	-.167	.291	.203	.197	-.102	.520	-.216	.170
SF-36	FS	-.287	.065	.196	.213	-.311	.045	-.147	.354	.080	.613	.303	.051	.054	.734	-.064	.687
	RF	.013	.934	.250	.111	-.039	.806	.122	.443	-.021	.893	.116	.466	.005	.975	-.153	.334
	RE	-.371	.016	.110	.486	-.118	.457	-.067	.672	.331	.032	.231	.141	.292	.060	.123	.436
	SM	-.524	<.0005	-.248	.113	-.483	.001	-.197	.211	.261	.095	.474	.002	.383	.012	.390	.011
	VT	.126	.425	.175	.269	-.134	.398	.048	.763	-.057	.721	.265	.090	-.019	.905	.102	.522
	DC	-.159	.315	.051	.748	-.303	.051	-.070	.658	-.094	.555	.128	.418	.036	.819	-.148	.349
	SG	-.219	.163	.054	.736	-.290	.063	-.185	.240	.333	.031	.337	.029	.196	.213	.296	.057
Impacto de la FM	CS	-.141	.373	-.069	.665	-.156	.325	-.200	.205	-.198	.209	.350	.023	-.090	.571	-.160	.311
	FIQ	.395	.010	.042	.794	.313	.044	.279	.074	.274	.079	-.270	.084	-.124	.434	-.227	.148
calidad de vida	Síntomas ^a	.427	.005	.160	.312	.306	.049	.379	.013	-.205	.194	-.301	.053	-.305	.049	-.382	.013
	Bajas ^b	-.050	.754	.240	.126	.060	.707	-.066	.678	0.203	.198	-.130	.413	-.111	.483	-.022	.890
Dolor FM	IVD-T	.369	.016	.045	.779	.256	.101	.367	.017	-.172	.277	-.073	.645	-.083	.599	-.125	.432
MPQ	NAE	-.024	.880	-.307	.048	-.140	.377	-.043	.786	.152	.336	.115	.468	.120	.447	.053	.737
	IDP <i>r_s</i>	.004	.981	.002	.988	.169	.285	.111	.485	.119	.454	-.141	.373	-.036	.819	.091	.565
Dolor aplicado	EVA	.240	.126	.068	.667	.186	.239	.319	.039	-.164	.299	-.202	.199	-.107	.501	.064	.685
	IVD-T	.420	.006	.284	.069	.434	.004	.302	.052	.055	.732	-.265	.090	-.139	.381	-.079	.618
mecanicamente	DAM																
	NAE DAM	.123	.437	.153	.332	.168	.287	.210	.183	.214	.174	.030	.853	-.042	.793	.124	.436
	IDP DAM <i>r_s</i>	.422	.005	.470	.002	.429	.005	.165	.298	.048	.764	-.460	.002	-.352	.022	-.232	.140
	EVA DAM	.221	.159	.250	.110	.290	.062	-.079	.620	-.052	.745	-.507	.001	-.278	.075	-.313	.044

Nota. HADS = Escala hospitalaria de ansiedad y depresión; HADS-D = escala de depresión, HADS-A = escala de ansiedad; STAI = Inventario de ansiedad estado rasgo; STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo; SF-36 = Escala de salud SF-36; FF = Función física; FS = Función social; RF = Rol físico; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental; VT = Vitalidad; DC = Dolor corporal; SG = Salud general; CS = Cambio de la salud en el tiempo; FIQ = Cuestionario de impacto de la fibromialgia; MPQ = Cuestionario de dolor del McGill; IVD-T = Índice de Valoración del Dolor-Total; IDP = Intensidad dolor presente; EVA = escala visual analógica; DAM = Dolor aplicado mecánicamente; *r_s* = Correlación de Spearman. ^a Síntomas clínicos acompañantes de la FM; ^b Número de bajas laborales causadas por FM (en meses). Después de los ajustes de Bonferroni se considera significativo $p < .004$.

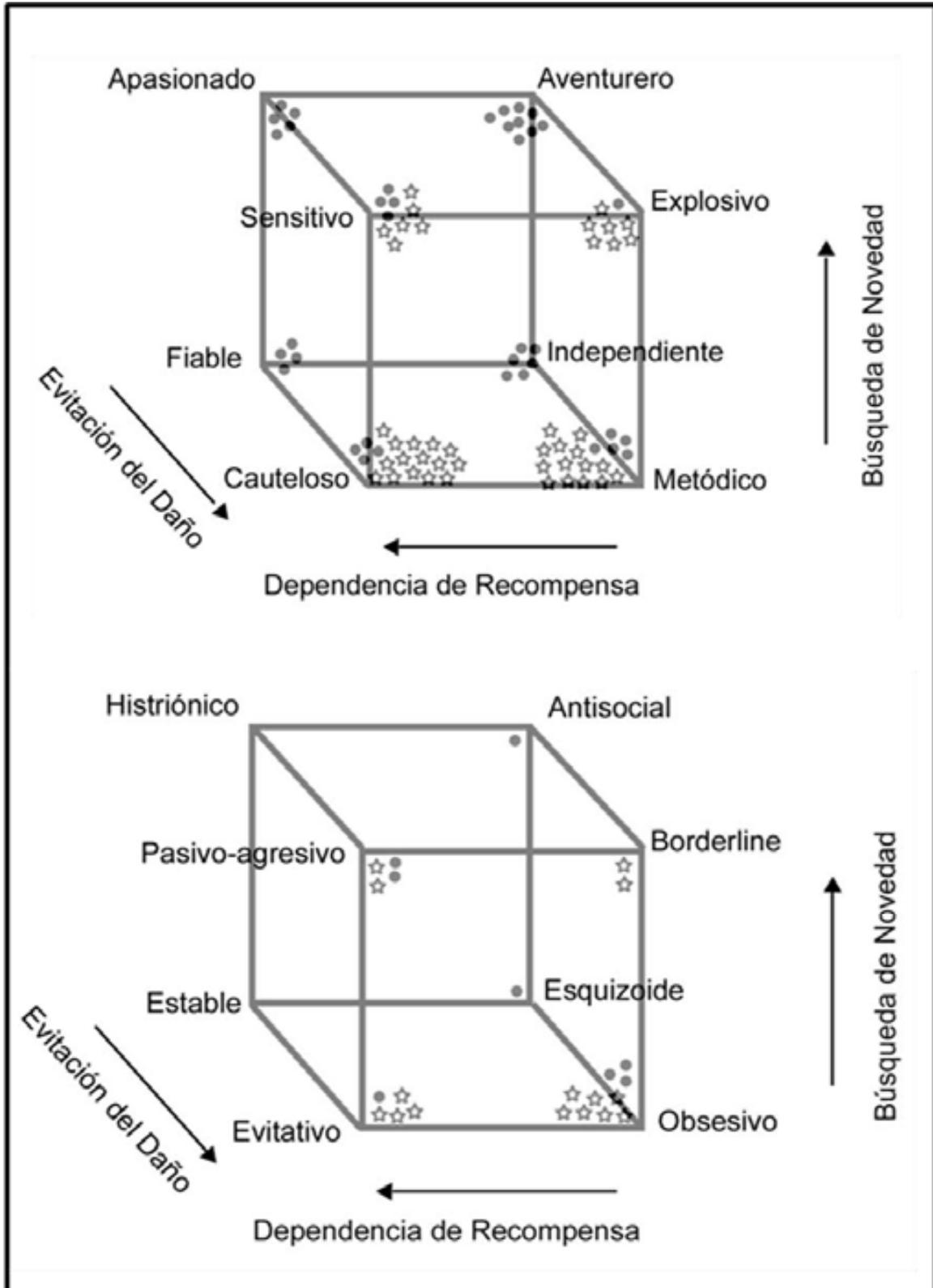


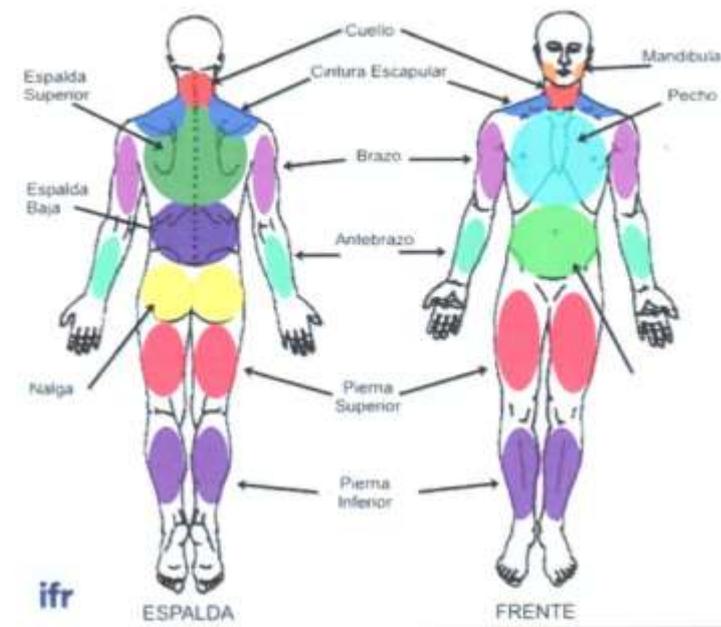
Figura 1. Perfil temperamental y Trastornos de la Personalidad en el grupo Fibromialgia y Control

☆ FM; ● Control. Cubo superior = Perfil temperamental, Cubo inferior = Trastornos de la Personalidad.

Anexo 3. Nuevos criterios Preliminares para el diagnóstico clínico de la Fibromialgia

Nuevos Criterios Preliminares para el Diagnóstico Clínico de la Fibromialgia

Índice de Dolor Generalizado – Widespread Pain Index (WPI)



Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell LJ, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* 2010;62:600-10.

Ponga una cruz sobre cada área en la que ha sentido dolor durante la semana pasada, teniendo en cuenta que no debe incluir dolores producidos por otras enfermedades que sepa que sufre (artritis, lupus, artrosis, tendinitis, etc.):

Cintura Escapular Izquierda	Pierna Inferior Izquierda
Cintura Escapular Derecha	Pierna Inferior Derecha
Brazo Superior Izquierdo	Mandíbula Izquierda
Brazo Superior Derecho	Mandíbula Derecha
Brazo Inferior Izquierdo	Pecho (Tórax)
Brazo Inferior Derecho	Abdomen
Nalga Izquierda	Cuello
Nalga Derecha	Espalda Superior
Pierna Superior Izquierda	Espalda Inferior
Pierna Superior Derecha	

Cuente el número de áreas que ha marcado y anótelos aquí: _____

Observará que el valor WPI oscila entre 0 y 19.



Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score)

Parte 1b

indique la gravedad de sus síntomas durante la semana pasada, utilizando las siguientes escalas, que se puntúan del 0 (leve) al 3 (grave):

1. Fatiga	
	0 = No ha sido un problema
	1 = Leve , ocasional
	2 = Moderada , presente casi siempre
	3 = Grave, persistente, he tenido grandes problemas

2. Sueño no reparador	
	0 = No ha sido un problema
	1 = Leve , intermitente
	2 = Moderada , presente casi siempre
	3 = Grave, persistente, grandes problemas

2. Trastornos Cognitivos	
	0 = No ha sido un problema
	1 = Leve , intermitente
	2 = Moderada , presente casi siempre
	3 = Grave, persistente, grandes problemas

Sume el valor de todas las casillas marcadas y anótelos aquí: _____

Observará que el valor SS-Parte 1b oscila entre 0 y 9.



Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score)

Parte 2b

Marque cada casilla que corresponda a un síntoma que ha sufrido durante la semana pasada.

Dolor muscular	Pitos al respirar (sibilancias)
Síndrome de Colon Irritable	Fenómeno de Raynaud
Fatiga / agotamiento	Urticaria
Problemas de comprensión o memoria	Zumbidos en los oídos
Debilidad muscular	Vómitos
Dolor de cabeza	Acidez de estómago
Calambres en el abdomen	Aftas orales (úlceras)
Entumecimiento / hormigueos	Pérdida o cambios en el gusto
Mareo	Convulsiones
Insomnio	Ojo seco
Depresión	Respiración entrecortada
Estreñimiento	Pérdida de apetito
Dolor en la parte alta del abdomen	Erupciones / Rash
Nauseas	Intolerancia al sol
Ansiedad	Trastornos auditivos
Dolor torácico	Fáciles equimosis
Visión borrosa	Caída del cabello
Diarrea	Micción frecuente
Boca seca	Micción dolorosa
Picores	Espasmos vesicales

Cuente el número de síntomas marcados, y anótelos aquí: _____

Si tiene 0 síntomas, su puntuación es 0

Entre 1 y 10, su puntuación es 1

Entre 11 y 24, su puntuación es 2

25 o más, su puntuación es 3

Anote aquí su puntuación de la SS-Parte 2b (entre 0 y 3): _____

Suma de su puntuación SS-Parte 1b+ SS-Parte 2b = _____

Compruebe que la puntuación se encuentre entre 0 y 12 puntos.



EVALUACIÓN PARA EL PROFESIONAL

Se considerará el diagnóstico de Fibromialgia en los siguientes dos casos:

- WPI ≥ 7 y SS ≥ 5
- WPI entre 3 y 6 y SS ≥ 9 Fácies

No debe existir otro proceso que justifique el dolor.



Anexo 4. Entrevista semiestructurada

NÚMERO DE CASO _____

PROTOCOLO RECOGIDA DE DATOS PACIENTES FM-CONTROLES

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha nacimiento: _____ Edad: _____ Dominancia manual: _____ Sexo: _____

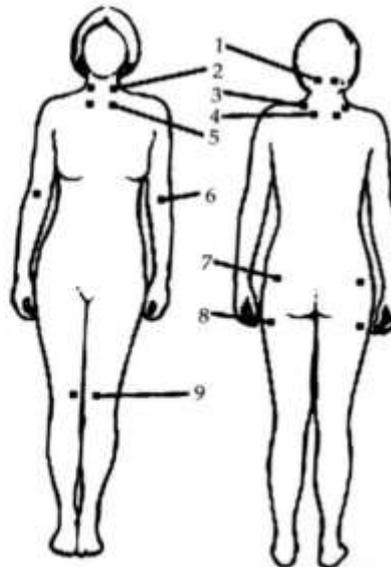
Nivel de estudios	Sin estudios	<input type="checkbox"/>
	Estudios primarios (5 años a 11 años de edad)	<input type="checkbox"/>
	Estudios secundarios (12 a 16 años de edad)	<input type="checkbox"/>
	Estudios de bachillerato (16 a 18 años de edad)	<input type="checkbox"/>
	Estudios de Formación Profesional	<input type="checkbox"/>
	Estudios Universitarios	<input type="checkbox"/>

Periodo transcurrido desde el diagnóstico reumatológico/traumatológico de la enfermedad, aproximadamente en meses, hasta el momento de la exploración actual (aplicable específicamente al grupo de pacientes): _____.

Número de puntos sensibles ('*tender points*') valorados como positivos en la exploración clínica actual (aplicable específicamente al grupo de pacientes): _____.

1. **Occipucio:** bilateral. Situado en la inserción muscular suboccipital.
2. **Trapezio:** bilateral. Situado en la parte media del borde superior.
3. **Supraespinoso:** bilateral. Situado en la parte superior de la espina escapular, cerca del borde medial.
4. **Cervical bajo:** bilateral. Situado en la cara anterior de los espacios intertransversos de C5-C7.
5. **Segunda costilla:** bilateral. Situado en la segunda unión costochondral.
6. **Epicóndilo lateral:** bilateral. Situado a 2 cm de distancia de los epicóndilos.
7. **Glúteo:** bilateral. Situado en el cuadrante superoexterno de la nalga.
8. **Trocante mayor:** bilateral. Situado posteriormente a la eminencia trocantérea.

9. **Rodilla:** bilateral. Situado en la cara lateral interna de la rodilla, proximal a la línea articular.



NÚMERO DE CASO

Periodo en meses, previa a la exploración actual, de la historia de dolor generalizado (aplicable específicamente al grupo de pacientes): _____.

Indicar en que aspectos el paciente refiere el dolor generalizado (aplicable específicamente al grupo de pacientes):

	Presente	Ausente
• Dolor en el lado izquierdo del cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolor en el lado derecho del cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolor por arriba de la cintura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolor por debajo de la cintura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolor del esqueleto axial (columna cervical o tórax anterior y columna dorsal o lumbalgia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anotar número de síntomas acompañantes en el momento de la exploración actual (aplicable específicamente al grupo de pacientes): _____.

	PRESENTE	AUSENTE
1. Cansancio al levantarse.		
2. Sueño poco reparador.		
3. Sueño fragmentado.		
4. Fatiga general.		
5. Rigidez matutina.		
6. Rigidez postreposo.		
7. Tumefacción subjetiva.		
8. Parestesias: entumecimiento u hormigueo.		
9. Cefaleas: tensión y jaqueca		
10. Síntomas de síndrome de colon irritable.		
11. Sintomatología de alteración afectiva.		
12. Síntomas de ansiedad.		
13. Dificultades de la atención y concentración.		
14. Quejas subjetivas de pérdida de memoria.		

Nivel de dolor actual (EAV) (aplicable específicamente al grupo de pacientes): _____.

Nivel de fatiga actual (EAV) (aplicable específicamente al grupo de pacientes): _____.

Número de episodios de baja laboral directamente causados o relacionados con el diagnóstico de Fibromialgia (aplicable específicamente al grupo de pacientes): _____.

Periodo más largo de baja laboral directamente causada o relacionada con el diagnóstico de Fibromialgia (aplicable específicamente al grupo de pacientes): _____.

Antecedentes psicopatológicos previos según criterios FH-RDC: _____

Antecedentes psicopatológicos familiares según criterios FH-RDC: _____

NÚMERO DE CASO

Tratamientos farmacológicos conocidos previos y actuales para el tratamiento de la Fibromialgia (aplicable específicamente al grupo de pacientes):

PREVIOS		ACTUALES	
Psicotropos	Antiinflamatorios/antiaálgicos	Psicotropos	Antiinflamatorios/antiaálgicos

Anexo 5. Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R).

TCI-R

(Traducción española)

En este cuestionario encontrará una serie de frases que la gente utiliza normalmente para describir sus actitudes, opiniones, intereses u otros sentimientos personales. Intente describir cómo actúa y se siente "habitualmente", y no tan sólo cómo se siente o actúa en este momento.

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor haga un círculo en el número que mejor describa como se siente o actúa habitualmente (sólo un número para cada pregunta):

1	2	3	4	5
Completamente falso	Casi seguro o probablemente falso	Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que de falso	Casi seguro o probablemente verdadero	Completamente verdadero

Conteste a todos los enunciados aunque no esté completamente seguro de la respuesta. No es necesario dedicarle mucho tiempo a decidir ya que no hay respuestas correctas o incorrectas, sino que únicamente son descripciones de sus posibles opiniones personales o sentimientos.

Copyright 1987 1992 1996 1999 by CR. Cloninger

Traducción española a cargo de Fernández-Aranda, F., Badia, A., Bayón, C y Aitken, A., 2001

TCI-R

Copyright 1987 1992 1996 1999 by CR. Cloninger (Traducción española a cargo de Fernández-Aranda, F., Bayón, C., Badía, A. y Aitken, A.)

1	2	3	4	5
Completamente falso	Casi seguro o probablemente falso	Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que falso	Casi seguro o probablemente verdadero	Completamente verdadero

1	A menudo hago cosas nuevas simplemente por diversión o emoción, aunque la mayoría de la gente piense que es una pérdida de tiempo.	1	2	3	4	5
2	Suelo confiar en que todo irá bien, incluso en situaciones que preocupan a la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
3	Siento con frecuencia que soy una víctima de las circunstancias.	1	2	3	4	5
4	Suelo aceptar a los demás tal y como son, aunque sean muy diferentes a mí.	1	2	3	4	5
5	Me gustan más los retos que los trabajos fáciles.	1	2	3	4	5
6	Con frecuencia pienso que mi vida tiene poco sentido o propósito.	1	2	3	4	5
7	Me gusta ayudar a encontrar soluciones a los problemas para que todo el mundo salga beneficiado.	1	2	3	4	5
8	Generalmente, soy muy impaciente a la hora de empezar cualquier trabajo que tenga que hacer.	1	2	3	4	5
9	A menudo me siento tenso y preocupado en situaciones poco familiares, aún cuando otros piensen que no hay motivos para preocuparse.	1	2	3	4	5
10	Con frecuencia, hago cosas en función de cómo me siento en ese momento, sin pensar en cómo se han hecho en el pasado.	1	2	3	4	5
11	Suelo hacer las cosas a mi manera sin ceder a los deseos de los demás.	1	2	3	4	5
12	A menudo siento una poderosa sensación de unión con todas las cosas que me rodean.	1	2	3	4	5
13	Haría cualquier cosa, dentro de la legalidad, para llegar a ser rico y famoso, aunque con ello perdiese la confianza de algunos buenos amigos.	1	2	3	4	5
14	Soy más reservado y me controlo más que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
15	Me gusta hablar abiertamente de mis experiencias y sentimientos, con mis amigos, en vez de guardármelos para mí.	1	2	3	4	5
16	Tengo menos energía y me canso antes que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
17	Casi nunca me siento libre para elegir lo que quiero hacer.	1	2	3	4	5
18	Me parece que no comprendo muy bien a la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
19	Con frecuencia evito conocer a extraños, porque no me siento seguro con gente que desconozco.	1	2	3	4	5
20	Me gusta agradar a la gente todo lo que puedo.	1	2	3	4	5
21	A menudo, deseo ser más inteligente que el resto de la gente.	1	2	3	4	5
22	Ningún trabajo es lo suficientemente duro como para impedir que dé lo mejor de mí.	1	2	3	4	5
23	A menudo espero que otro me solucione mis problemas.	1	2	3	4	5
24	Con frecuencia, me gasto el dinero hasta quedarme sin nada, o me endeudo por pedir demasiados créditos.	1	2	3	4	5
25	Con frecuencia, cuando estoy relajado, tengo inesperados destellos de intuición o comprensión de las cosas.	1	2	3	4	5
26	No me preocupa mucho si yo, o mi manera de hacer las cosas, les gusta a la gente.	1	2	3	4	5
27	Suelo intentar conseguir lo que quiero para mí; ya que, de cualquier forma, es imposible satisfacer a todos.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Completamente falso	Casi seguro o probablemente falso	Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que de falso	Casi seguro o probablemente verdadero	Completamente verdadero

28	No tengo paciencia con la gente que no acepta mis puntos de vista.	1	2	3	4	5
29	Algunas veces, me siento tan en contacto con la naturaleza que todo parece formar parte de un único ser vivo.	1	2	3	4	5
30	Cuando tengo que conocer a gente nueva, soy más tímido que la mayoría de las personas.	1	2	3	4	5
31	Soy más sentimental que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
32	Pienso que la mayoría de las cosas llamadas milagros son mera casualidad.	1	2	3	4	5
33	Cuando alguien de alguna forma me hace daño suelo intentar vengarme.	1	2	3	4	5
34	Mis acciones están determinadas mayoritariamente por influencias que están fuera de mi control.	1	2	3	4	5
35	Cada día intento dar un paso más hacia mis metas.	1	2	3	4	5
36	Por favor, haz un círculo en el número cuatro, este es un ítem de validez.	1	2	3	4	5
37	Soy una persona muy ambiciosa.	1	2	3	4	5
38	Suelo estar tranquilo y seguro en situaciones que la mayoría de la gente encontraría físicamente peligrosas.	1	2	3	4	5
39	Pienso que no es inteligente ayudar a la gente débil que no puede ayudarse a sí misma.	1	2	3	4	5
40	No me siento tranquilo si trato a otra gente de forma injusta, aunque ellos hayan sido injustos conmigo.	1	2	3	4	5
41	Por lo general la gente me dice cómo se siente.	1	2	3	4	5
42	Algunas veces, he sentido que formo parte de algo que no tiene límites ni fronteras en el espacio o tiempo.	1	2	3	4	5
43	Algunas veces, siento una especie de contacto espiritual con otra gente que no puedo explicar con palabras.	1	2	3	4	5
44	Me gusta que la gente pueda hacer lo que quiera, sin reglas estrictas ni normas.	1	2	3	4	5
45	Cuando fracaso en algo, todavía me esfuerzo más en hacerlo mejor.	1	2	3	4	5
46	Generalmente, me preocupo más que la mayoría de la gente de que algo pueda ir mal en un futuro.	1	2	3	4	5
47	Suelo pensar en todos los detalles antes de tomar una decisión.	1	2	3	4	5
48	Tengo varios malos hábitos que me gustaría poder dejar.	1	2	3	4	5
49	Los demás me controlan demasiado.	1	2	3	4	5
50	Me gusta ser útil a los demás.	1	2	3	4	5
51	Por lo general, consigo que la gente me crea, incluso cuando sé que estoy exagerando o diciendo cosas que no son ciertas.	1	2	3	4	5
52	Algunas veces, he sentido que mi vida era dirigida por una fuerza espiritual superior a cualquier ser vivo.	1	2	3	4	5
53	Tengo reputación de ser una persona muy práctica, que no se deja llevar por las emociones.	1	2	3	4	5
54	Me conmueven profundamente las peticiones de caridad (por ej. cuando alguien me pide ayuda para los niños minusválidos).	1	2	3	4	5
55	Suelo poner tanto empeño en las cosas, que continuo trabajando incluso después de que otras personas se han dado por vencidas.	1	2	3	4	5
56	He tenido momentos de gran felicidad, en los cuales repentinamente he tenido una clara y profunda sensación de unidad con todo lo que existe.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Completamente falso	Casi seguro o probablemente falso	Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que falso	Casi seguro o probablemente verdadero	Completamente verdadero

57	Sé lo que quiero hacer en mi vida.	1	2	3	4	5
58	A menudo, no me enfrento a los problemas porque no sé lo que hay que hacer.	1	2	3	4	5
59	Prefiero gastar dinero que ahorrarlo.	1	2	3	4	5
60	A menudo, me han llamado «adicto al trabajo» debido a mi entusiasmo por trabajar mucho.	1	2	3	4	5
61	Cuando me avergüenzan o me humillan, me recupero rápidamente.	1	2	3	4	5
62	Me gusta luchar por conseguir más y mejores cosas cada vez.	1	2	3	4	5
63	Por lo general, necesito muy buenas razones para cambiar mi manera habitual de hacer las cosas.	1	2	3	4	5
64	Suelo estar relajado y despreocupado, incluso en situaciones en que casi todo el mundo tiene miedo.	1	2	3	4	5
65	Las películas y las canciones tristes me parecen bastante aburridas.	1	2	3	4	5
66	A menudo, las circunstancias me obligan a hacer cosas en contra de mi voluntad.	1	2	3	4	5
67	Generalmente, disfruto siendo mezquino con gente que lo ha sido conmigo.	1	2	3	4	5
68	A menudo, me fascina tanto lo que estoy haciendo que pierdo la noción de todo, como si me desconectara en tiempo y lugar.	1	2	3	4	5
69	Pienso que no tengo un propósito claro en mi vida.	1	2	3	4	5
70	A menudo, me siento tenso y preocupado en situaciones poco familiares, aun cuando otros piensen que no existe peligro.	1	2	3	4	5
71	Suelo guiarme por mi intuición, corazonadas o instintos, sin considerar bien todos los detalles.	1	2	3	4	5
72	Me gusta destacar en todo aquello que hago.	1	2	3	4	5
73	A menudo, siento una fuerte conexión espiritual o emocional con la gente que me rodea.	1	2	3	4	5
74	Generalmente, intento ponerme en el lugar de los otros para poder comprenderles realmente.	1	2	3	4	5
75	Principios como la honestidad y la justicia tienen poca importancia en algunos aspectos de mi vida.	1	2	3	4	5
76	Soy más trabajador que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
77	Por lo general, insisto en que las cosas se hagan de una forma ordenada y meticulosa, aun cuando los demás piensen que no es importante.	1	2	3	4	5
78	Me siento seguro y confiado en la mayoría de las situaciones sociales.	1	2	3	4	5
79	A mis amigos, les resulta difícil conocer mis sentimientos porque raramente les comento lo que pienso.	1	2	3	4	5
80	Sé comunicar con facilidad mis sentimientos a los demás.	1	2	3	4	5
81	Tengo más energía y me canso menos que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
82	Con frecuencia, interrumpo lo que estoy haciendo debido a preocupaciones, aunque mis amigos me digan que todo saldrá bien.	1	2	3	4	5
83	A menudo deseo ser más poderoso que los demás.	1	2	3	4	5
84	A los miembros de un equipo raramente les toca lo que les corresponde.	1	2	3	4	5
85	No cambio mi manera de actuar por complacer a los demás.	1	2	3	4	5
86	No soy nada tímido con personas desconocidas.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Completamente falso	Casi seguro o probablemente falso	Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que de falso	Casi seguro o probablemente verdadero	Completamente verdadero

87	Paso la mayor parte de mi tiempo haciendo cosas que parecen ser necesarias, pero que no tienen realmente importancia para mí.	1	2	3	4	5
88	No creo que, en las decisiones de negocios, deban influir principios religiosos o éticos sobre lo que está bien o mal hecho.	1	2	3	4	5
89	A menudo, intento dejar a un lado mis propios valores y opiniones, para que pueda entender mejor las experiencias de los demás.	1	2	3	4	5
90	Muchos de mis hábitos, me hacen difícil lograr metas que merezcan la pena.	1	2	3	4	5
91	He hecho verdaderos sacrificios personales para hacer de este mundo un lugar mejor donde vivir, tales como tratar de prevenir la guerra, pobreza e injusticia.	1	2	3	4	5
92	Tardo tiempo en abrirme a los demás.	1	2	3	4	5
93	Siento placer viendo a mis enemigos sufrir.	1	2	3	4	5
94	Me gusta empezar los trabajos enseguida, independientemente de que sean muy duros.	1	2	3	4	5
95	A menudo, la gente piensa que estoy en la luna porque soy poco consciente de lo que ocurre a mi alrededor.	1	2	3	4	5
96	Normalmente, me gusta ser frío y distante con los demás.	1	2	3	4	5
97	Lloro con más facilidad que la mayoría de la gente cuando veo una película triste.	1	2	3	4	5
98	Me recupero con más rapidez que la mayoría de la gente de enfermedades leves y/o situaciones de estrés.	1	2	3	4	5
99	Con frecuencia, pienso que soy parte de una fuerza espiritual de la que depende toda la vida.	1	2	3	4	5
100	Antes de ser capaz de confiar en mí mismo ante situaciones difíciles, necesito más práctica para desarrollar hábitos adecuados.	1	2	3	4	5
101	Por favor, redondea el número uno, es un ítem de validez.	1	2	3	4	5
102	Me gusta tomar decisiones rápidas, para ponerme cuanto antes a realizar lo que haya que hacer.	1	2	3	4	5
103	Normalmente, me siento confiado haciendo cosas que los demás considerarían peligrosas (como conducir un coche a mucha velocidad por una carretera mojada o helada).	1	2	3	4	5
104	Me gusta explorar nuevas maneras de hacer las cosas.	1	2	3	4	5
105	Disfruto más ahorrando que gastándome el dinero en ocio o diversión.	1	2	3	4	5
106	He tenido experiencias personales en las que me sentí como si estuviera en contacto con un poder divino y espiritual.	1	2	3	4	5
107	Tengo tantos defectos que hacen que no me guste mucho.	1	2	3	4	5
108	La mayoría de la gente parece tener más recursos que yo.	1	2	3	4	5
109	Cuando creo que no me van a pillar, suelo desobedecer reglas y leyes.	1	2	3	4	5
110	Incluso con amigos, prefiero no abrirme mucho.	1	2	3	4	5
111	Cuanto más duro sea un trabajo más me gusta.	1	2	3	4	5
112	A menudo, al mirar cosas cotidianas, me sucede algo maravilloso; tengo la sensación de que las estoy viendo por primera vez.	1	2	3	4	5
113	Me suelo sentir tenso y preocupado cuando tengo que hacer algo nuevo que me es poco familiar.	1	2	3	4	5
114	Estoy impaciente por empezar cualquier tarea que me asignen.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Completamente falso	Casi seguro o probablemente falso	Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que de falso	Casi seguro o probablemente verdadero	Completamente verdadero

115	Tengo poca fuerza de voluntad para resistir tentaciones fuertes, aunque sepa que voy a sufrir las consecuencias.	1	2	3	4	5
116	Si me siento molesto o alterado, suelo sentirme mejor con amigos que estando solo.	1	2	3	4	5
117	Suelo llevar a cabo más cosas de las que la gente espera de mí.	1	2	3	4	5
118	Experiencias religiosas me han ayudado a entender el verdadero propósito de mi vida.	1	2	3	4	5
119	Generalmente, me esfuerzo más que el resto de la gente, porque quiero hacer las cosas lo mejor que puedo.	1	2	3	4	5
120	Por favor, redondea el número cinco, es un ítem de validez.	1	2	3	4	5
121	Me suelo sentir con más energía y confianza que la mayoría de la gente, incluso después de situaciones de estrés y/o enfermedades leves.	1	2	3	4	5
122	Cuando no sucede nada nuevo, suelo buscar algo que me resulte excitante o novedoso.	1	2	3	4	5
123	Me gusta pensar las cosas durante mucho tiempo antes de tomar una decisión.	1	2	3	4	5
124	La gente que se relaciona conmigo tiene que aprender a hacer las cosas a mi manera.	1	2	3	4	5
125	Suelo establecer contactos afectuosos con la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
126	Suelen describirme como una persona ambiciosa.	1	2	3	4	5
127	Prefiero leer un libro que hablar acerca de mis sentimientos con otra persona.	1	2	3	4	5
128	Disfruto vengándome de la gente que me ha hecho daño.	1	2	3	4	5
129	Si algo no sale como tengo previsto, tiendo más a abandonarlo que a seguir intentándolo durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
130	Es fácil para la gente acercarse a mí emocionalmente.	1	2	3	4	5
131	Probablemente, me encontraría relajado y a gusto quedando con gente desconocida, aunque me hubieran dicho que es gente poco amigable.	1	2	3	4	5
132	Por favor, redondea el número dos, es un ítem de validez.	1	2	3	4	5
133	En general, no me gusta la gente que tiene ideas distintas a las mías.	1	2	3	4	5
134	Con frecuencia, me cuesta iniciar cualquier proyecto.	1	2	3	4	5
135	Por lo general, soy hábil deformando o exagerando la realidad a la hora de contar una historia divertida o gastar una broma a alguien.	1	2	3	4	5
136	Me es muy difícil adaptarme a cambios en mi forma habitual de hacer las cosas, porque me pongo nervioso, me canso o me preocupo.	1	2	3	4	5
137	Soy más perfeccionista que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
138	Con frecuencia, la gente piensa que soy demasiado independiente porque no hago lo que ellos quieren.	1	2	3	4	5
139	Se me da mejor ahorrar que a la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
140	A menudo, dejo una actividad si requiere más tiempo del que yo pensaba.	1	2	3	4	5
141	El que algo esté bien o mal es tan sólo una cuestión de opinión.	1	2	3	4	5
142	A menudo, aprendo mucho de otra gente.	1	2	3	4	5
143	Creo que la vida depende de un orden o poder espiritual que no puede ser explicado del todo.	1	2	3	4	5
144	Si no soy muy cuidadoso, a menudo las cosas me suelen ir mal.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Completamente falso	Casi seguro o probablemente falso	Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que de falso	Casi seguro o probablemente verdadero	Completamente verdadero

145	Soy más lento que la mayoría de la gente a la hora de entusiasarme por ideas y actividades nuevas.	1	2	3	4	5
146	Probablemente, podría conseguir más cosas de las que logro, pero no veo la necesidad de exigirme más allá de lo estrictamente necesario.	1	2	3	4	5
147	Suelo permanecer alejado de situaciones sociales en las que tengo que conocer a gente nueva, incluso si se me asegura que serán amistosos.	1	2	3	4	5
148	A menudo, me siento tan en conexión con la gente que tengo a mi alrededor, que es como si no hubiera separación entre nosotros.	1	2	3	4	5
149	En la mayoría de las situaciones, mi forma natural de responder se basa en las buenas costumbres que he desarrollado.	1	2	3	4	5
150	Con frecuencia, tengo que dejar lo que estoy haciendo porque comienza a preocuparme que algo salga mal.	1	2	3	4	5
151	Con frecuencia, me dicen que soy distraído porque me meto tanto en lo que estoy haciendo que pierdo la noción de todo.	1	2	3	4	5
152	Generalmente, tengo en cuenta los sentimientos de otras personas tanto como los míos.	1	2	3	4	5
153	Con frecuencia, soy descrito como muy poco ambicioso.	1	2	3	4	5
154	La mayor parte del tiempo, prefiero hacer cosas algo arriesgadas (como conducir en una zona montañosa con curvas escarpadas) que estar quieto o inactivo durante horas.	1	2	3	4	5
155	Alguna gente, piensa que soy demasiado tacaño o mirado con el dinero.	1	2	3	4	5
156	Prefiero las viejas formas de hacer las cosas, «ensayadas y correctas», que intentar formas «nuevas y mejores».	1	2	3	4	5
157	Con frecuencia, hago cosas para ayudar a evitar la extinción de animales y plantas.	1	2	3	4	5
158	A menudo, me esfuerzo hasta el agotamiento y/o intento hacer más de lo que realmente puedo.	1	2	3	4	5
159	Cuando me pillan haciendo algo mal, no soy muy bueno para salir del atolladero.	1	2	3	4	5
160	La práctica continuada de las cosas me ha permitido adquirir buenos hábitos, que son más fuertes que la mayoría de los impulsos que me aparecen temporalmente.	1	2	3	4	5
161	Pienso que tendré suerte en el futuro.	1	2	3	4	5
162	Me abro fácilmente con las demás personas, aún cuando no las conozca demasiado.	1	2	3	4	5
163	Cuando fracaso en conseguir alguna cosa al principio, el poder conseguirla se convierte en mi reto personal.	1	2	3	4	5
164	No es necesario ser deshonesto para tener éxito en los negocios.	1	2	3	4	5
165	En las conversaciones, suelo ser mejor escuchando que hablando.	1	2	3	4	5
166	No sería feliz en un trabajo donde no pudiese comunicarme con otras personas.	1	2	3	4	5
167	Mis actitudes están determinadas mayoritariamente por influencias que están fuera de mi control.	1	2	3	4	5
168	A menudo, desearía ser el más fuerte.	1	2	3	4	5
169	Suelo necesitar siestas o periodos de descanso extra, porque me canso con facilidad.	1	2	3	4	5
170	Me cuesta mucho mentir, aunque lo tenga que hacer para no herir los sentimientos de otros.	1	2	3	4	5
171	Siempre pienso que las cosas saldrán bien, sea cual sea el problema a superar.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Completamente falso	Casi seguro o probablemente falso	Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que de falso	Casi seguro o probablemente verdadero	Completamente verdadero

172	Me cuesta disfrutar gastándome el dinero en mí mismo, aunque tenga mucho ahorrado.	1	2	3	4	5
173	A menudo, hago mi mejor trabajo bajo circunstancias difíciles.	1	2	3	4	5
174	Me gusta guardarme los problemas para mí.	1	2	3	4	5
175	Tengo una imaginación muy viva y desarrollada.	1	2	3	4	5
176	Me gusta más estar en casa que viajar o explorar nuevos lugares.	1	2	3	4	5
177	Las relaciones de amistad intensas con las demás personas son muy importantes para mí.	1	2	3	4	5
178	A menudo, tengo el deseo de seguir siendo siempre joven.	1	2	3	4	5
179	Me gusta leer antes todo lo que tengo que firmar.	1	2	3	4	5
180	Pienso que me sentiría confiado y relajado con desconocidos, aunque me dijeran que están enfadados conmigo.	1	2	3	4	5
181	Siento que es más importante ser afectivo y comprensivo con la gente que ser práctico e inflexible.	1	2	3	4	5
182	Con frecuencia, desearía tener poderes especiales como Superman.	1	2	3	4	5
183	Me gusta compartir con los demás lo que he aprendido.	1	2	3	4	5
184	Suelo considerar las situaciones difíciles como desafíos u oportunidades.	1	2	3	4	5
185	La mayoría de la gente que conozco sólo piensan en ellos mismos, sin importarles quien salga perjudicado.	1	2	3	4	5
186	Para recuperarme de enfermedades leves o situaciones de estrés, necesito mucho apoyo, descanso y tranquilidad.	1	2	3	4	5
187	Sé que existen principios en la vida que nadie puede violar, sin sufrir consecuencias a largo plazo.	1	2	3	4	5
188	No quiero ser más rico que los demás.	1	2	3	4	5
189	Cuando empiezo un trabajo, me gusta ir lentamente, aunque sea fácil de hacer.	1	2	3	4	5
190	Arriesgaría mi vida para hacer del mundo un lugar mejor.	1	2	3	4	5
191	Cuando la gente pasa mi trabajo por alto, me obstino aún más en lograr el éxito.	1	2	3	4	5
192	Con frecuencia, desearía detener el paso del tiempo.	1	2	3	4	5
193	Odio tomar decisiones solamente basadas en mi primera impresión.	1	2	3	4	5
194	Prefiero estar sola/o que tener que cargar con los problemas de otras personas.	1	2	3	4	5
195	No quiero ser más admirado que el resto de la gente.	1	2	3	4	5
196	Necesito mucha ayuda de los demás para que me enseñen a tener buenas costumbres.	1	2	3	4	5
197	Me gusta hacer los trabajos rápidamente y después ofrecerme para hacer más.	1	2	3	4	5
198	Me cuesta tolerar gente que sea diferente a mí.	1	2	3	4	5
199	Cuando alguien me hace daño, prefiero ser amable que intentar vengarme.	1	2	3	4	5
200	Realmente, me gusta estar ocupada/o.	1	2	3	4	5
201	Intento cooperar lo máximo posible con los demás.	1	2	3	4	5
202	Gracias a mi ambición y a mi trabajo duro, suelo tener éxito.	1	2	3	4	5
203	Por lo general, es fácil que me calga bien la gente que tiene valores distintos a los míos.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Completamente falso	Casi seguro o probablemente falso	Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que de falso	Casi seguro o probablemente verdadero	Completamente verdadero

204	Las buenas costumbres se han convertido en parte de mí, y me salen de forma natural y espontánea casi todo el tiempo.	1	2	3	4	5
205	Odio cambiar mi manera de hacer las cosas, aunque me digan que hay formas nuevas y mejores de hacerlas.	1	2	3	4	5
206	Pienso que no es sabio creer en cosas que no pueden ser explicadas científicamente.	1	2	3	4	5
207	Estoy dispuesto a sacrificarme mucho para tener éxito.	1	2	3	4	5
208	Me gusta imaginarme a mis enemigos sufriendo.	1	2	3	4	5
209	Por favor, redondea el número tres, es un ítem de validez.	1	2	3	4	5
210	Me gusta prestar atención a los detalles, en todo aquello que hago.	1	2	3	4	5
211	Por lo general, me siento libre para elegir lo que quiero hacer.	1	2	3	4	5
212	A menudo, me involucro tanto en lo que estoy haciendo, que llego a olvidar dónde estoy durante un instante.	1	2	3	4	5
213	Me gusta que los demás sepan que me preocupo por ellos.	1	2	3	4	5
214	La mayor parte del tiempo, preferiría hacer algo arriesgado (como lanzarme en paracaídas o ala delta), antes que tener que quedarme quieto e inactivo durante unas horas.	1	2	3	4	5
215	Debido a que suelo gastar de forma impulsiva mucho dinero, me cuesta ahorrar, incluso para cosas especiales como unas vacaciones.	1	2	3	4	5
216	A menudo, cedo a los deseos de mis amigos.	1	2	3	4	5
217	Nunca me preocupo de las cosas terribles que puedan ocurrir en un futuro.	1	2	3	4	5
218	A la gente, le resulta fácil acudir a mí en busca de ayuda, simpatía y comprensión.	1	2	3	4	5
219	La mayoría de las veces, perdono con rapidez a quien me ha hecho daño.	1	2	3	4	5
220	Pienso que mi forma espontánea de actuar es consistente con mis metas y mis principios a largo plazo.	1	2	3	4	5
221	Al hacer cosas, prefiero esperar a que sea otro quien tome el mando.	1	2	3	4	5
222	Me divierte comprarme cosas.	1	2	3	4	5
223	He tenido experiencias que me han aclarado tanto mi papel en la vida, que me han hecho sentir muy feliz y emocionada/o.	1	2	3	4	5
224	Suelo respetar las opiniones de las/los demás.	1	2	3	4	5
225	Mi conducta se encuentra fuertemente guiada por determinadas metas que he establecido en mi vida.	1	2	3	4	5
226	Suele ser tonto favorecer el éxito de otra gente.	1	2	3	4	5
227	A menudo, desearía poder vivir siempre.	1	2	3	4	5
228	Cuando alguien me señala mis fallos, suelo trabajar más duro para corregirlos.	1	2	3	4	5
229	No dejaría de hacer lo que estoy haciendo, sólo por haber tenido varios fracasos seguidos.	1	2	3	4	5
230	Generalmente, tengo buena suerte en todo lo que intento.	1	2	3	4	5
231	Desearía ser más guapa/o que las/los demás.	1	2	3	4	5
232	Probablemente, las experiencias místicas son sólo deseos.	1	2	3	4	5
233	Los derechos individuales son más importantes que las necesidades de cualquier grupo.	1	2	3	4	5
234	La falta de honestidad causa problemas, sólo si te descubren.	1	2	3	4	5
235	Los buenos hábitos me facilitan hacer las cosas en la forma en que quiero.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Completamente falso	Casi seguro o probablemente falso	Ni cierto, ni falso, o igual de cierto que de falso	Casi seguro o probablemente verdadero	Completamente verdadero

236	Los demás y las circunstancias suelen ser los responsables de mis problemas.	1	2	3	4	5
237	Suelo poder rendir «a tope», todo el día, sin tener que esforzarme.	1	2	3	4	5
238	Quiero ser la/el mejor en todo lo que hago.	1	2	3	4	5
239	Aunque los demás me pidan que tome una decisión rápida, casi siempre pienso en todos los hechos detenidamente antes de tomarla.	1	2	3	4	5
240	Cuando hay algo que debe hacerse, suelo prestarme rápidamente como voluntario.	1	2	3	4	5

NS1	HA1	RD1	PS1	SD1	C1	ST1
NS2	HA2	RD2	PS2	SD2	C2	ST2
NS3	HA3	RD3	PS3	SD3	C3	ST3
NS4	HA4	RD4	PS4	SD4	C4	STTOT
NSTOT	HATOT	RDTOT	PSTOT	SD5	C5	
				SDTOT	CTOT	

VALIDITY
(SCORE OUT OF 5)

Anexo 6. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)

Nº 247

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAxIAL DE MILLON (II)

MCMII - II

Th. MILLON

INSTRUCCIONES

1. Anote todas sus contestaciones en la Hoja de respuestas que se le ha facilitado. NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.
2. Para contestar en la Hoja de respuestas utilice un LÁPIZ blando que escriba en color NEGRO y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
3. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.
4. No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
5. A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la Hoja de respuestas. Si ESTÁ DE ACUERDO con una frase o piensa que describe su forma de ser, RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO correspondiente a la letra "V" (Verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO de letra "F" (Falso). Así:

1. "Soy un ser humano"
Como esta frase es verdadera para Vd. se ha rellenado completamente el espacio de la letra V (Verdadero).

2. "Mido más de tres metros"
Esta frase es falsa para Vd. por lo que se ha rellenado completamente el espacio de la letra F (Falso).

Hoja de Respuestas

	V	F
1.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	V	F
2.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

6. Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe rellenar el espacio de la letra F (Falso).
7. Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
8. No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN

Copyright © 1976, 1981, 1983, 1985, 1987, 1990 by Theodore Millon.
Adaptación española: Alejandro Avila-Espada (Director) y cols. - Copyright © 1996 by TEA Ediciones, S.A. - Traducido y adaptado con permiso de NCS, National Computer Systems (USA) - Editor: TEA Ediciones, S.A.; Frey Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tintas verde y gris. Si lo presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Imp. Castiles, S.L.; Agustín Calvo, 47; 28043 MADRID - Depósito Legal: M - 4.290 - 1998.

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.10. Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.13. Tengo poco interés en hacer amigos.14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen. | <ol style="list-style-type: none">16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.18. Ultimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.23. Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.30. Distruto en situaciones de intensa competitividad. |
|--|--|

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

- | | |
|--|--|
| <p>31. Cuando entro en crisis busco enseguida a alguien que me ayude.</p> <p>32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.</p> <p>33. Casi siempre me siento débil y cansado.</p> <p>34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.</p> <p>35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.</p> <p>36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.</p> <p>37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.</p> <p>38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.</p> <p>39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.</p> <p>40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.</p> <p>41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.</p> <p>42. Soy una persona muy agradable y dócil.</p> <p>43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".</p> <p>44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.</p> <p>45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.</p> | <p>46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectas posible muchas veces entorpece mi trabajo.</p> <p>47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.</p> <p>48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.</p> <p>49. Soy una persona tranquila y temerosa.</p> <p>50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.</p> <p>51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.</p> <p>52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.</p> <p>53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.</p> <p>54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.</p> <p>55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.</p> <p>56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.</p> <p>57. Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.</p> <p>58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.</p> <p>59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.</p> <p>60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.</p> |
|--|--|

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

- | | |
|--|---|
| <p>61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.</p> <p>62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.</p> <p>63. Le gusto a muy poca gente.</p> <p>64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.</p> <p>65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.</p> <p>66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.</p> <p>67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.</p> <p>68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.</p> <p>69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.</p> <p>70. Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.</p> <p>71. Me siento continuamente muy cansado.</p> <p>72. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.</p> <p>73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.</p> <p>74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.</p> | <p>75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.</p> <p>76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.</p> <p>77. Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.</p> <p>78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.</p> <p>79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.</p> <p>80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.</p> <p>81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.</p> <p>82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.</p> <p>83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.</p> <p>84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.</p> <p>85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.</p> <p>86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.</p> <p>87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.</p> <p>88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.</p> <p>89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.</p> |
|--|---|

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

- | | |
|--|--|
| 90. No he visto ningún coche en los últimos diez años. | 105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo. |
| 91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero. | 106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas. |
| 92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido. | 107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor. |
| 93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo. | 108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme. |
| 94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez. | 109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo. |
| 95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho. | 110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden. |
| 96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial. | 111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás. |
| 97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien. | 112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto. |
| 98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas. | 113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida. |
| 99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida. | 114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso. |
| 100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años. | 115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros. |
| 101. No sé por qué, pero a veces digo cosas cueles para hacer sufrir a los demás. | 116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido. |
| 102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente. | 117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas. |
| 103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar. | 118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme. |
| 104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo efuda o bien que lo haga intencionadamente mal. | 119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso. |

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.

135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.

164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos periodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.

FIN DE LA PRUEBA.

**COMPRUEBE, POR FAVOR,
QUE NO HA DEJADO
NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR**

Anexo 7. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)



CUADERNILLO

MCMI - III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

INSTRUCCIONES

- 1 Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**
- 2 Para contestar en la hoja de respuestas utilice un **LÁPIZ** blando que escriba en color **NEGRO** y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
- 3 Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.**
- 4 No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
- 5 A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la hoja de respuestas. Si **ESTÁ DE ACUERDO** con una frase o piensa que describe su forma de ser, **MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO** correspondiente a la letra «V» (Verdadero). Si por el contrario la frase **NO REFLEJA NI CARACTERIZA** su forma de ser, **MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO** de la letra «F» (Falso). Así:

1 Soy un ser humano 1. V F
Como esta frase es verdadera para Vd. se ha tachado el espacio de la letra V (Verdadero).

2 Mido más de tres metros 2. V F
Esta frase es falsa para Vd., por lo que se ha tachado el espacio de la letra F (Falso).

- 6 Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe marcar el espacio de la letra F (Falso).
- 7 Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
- 8 No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN.



Autor: Theodore Millon.
Adaptación española: Violeta Cardenal y M^a Pilar Sánchez.
Copyright © 1997 by DICANDRIEN, INC.
Copyright © 2006 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain, Impreso en España.

- 1 Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.
- 2 Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.
- 3 Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
- 4 Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
- 5 Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.
- 6 La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
- 7 Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
- 8 La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
- 9 Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
- 10 Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
- 11 Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
- 12 Muestro mis emociones fácil y rápidamente.
- 13 En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
- 14 Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
- 15 Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
- 16 Soy una persona muy agradable y sumisa.
- 17 Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
- 18 Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.
- 19 Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.
- 20 He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
- 21 Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
- 22 Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
- 23 Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
- 24 Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
- 25 Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.
- 26 Los demás envidian mis capacidades.
- 27 Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
- 28 Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
- 29 La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
- 30 Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas.
- 31 Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
- 32 Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
- 33 Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.
- 34 Últimamente he perdido los nervios.
- 35 A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
- 36 Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.
- 37 Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
- 38 Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

3

MCAU-III. Inventario Clínico Multiaxial de Muros-III

- 39 Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
- 40 Creo que soy una persona miedosa e inhibida.
- 41 He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
- 42 Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.
- 43 A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.
- 44 Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
- 45 Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.
- 46 Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.
- 47 Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.
- 48 Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
- 49 Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
- 50 No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
- 51 Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.
- 52 Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.
- 53 Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.
- 54 Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.
- 55 En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.
- 56 Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
- 57 Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida.
- 58 Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.
- 59 Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
- 60 Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.
- 61 Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
- 62 Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
- 63 Mucha gente ha estado espionando mi vida privada durante años.
- 64 No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.
- 65 En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.
- 66 En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.
- 67 Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
- 68 Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
- 69 Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.
- 70 Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
- 71 Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.
- 72 Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
- 73 A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.

- 74 No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
- 75 Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
- 76 Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
- 77 Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
- 78 Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
- 79 Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.
- 80 Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.
- 81 Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.
- 82 Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
- 83 Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.
- 84 Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.
- 85 No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
- 86 Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.
- 87 A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
- 88 Cuando estoy en una fiesta nunca me aísló de los demás.
- 89 Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.
- 90 Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.
- 91 El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
- 92 Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
- 93 Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
- 94 La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
- 95 A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.
- 96 En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.
- 97 Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
- 98 Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.
- 99 Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
- 100 Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.
- 101 Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.
- 102 Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
- 103 Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.
- 104 No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.
- 105 Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.
- 106 He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
- 107 He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.
- 108 Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.

MCM-III, INVENTARIO CLÍNICO MULTIDOMINIO DE MILLON-III

- 109 El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.
- 110 El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
- 111 Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.
- 112 He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.
- 113 Me he metido en problemas con la ley un par de veces.
- 114 Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.
- 115 A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.
- 116 He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
- 117 La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.
- 118 Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.
- 119 La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.
- 120 Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.
- 121 Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.
- 122 Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.
- 123 Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.
- 124 Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.
- 125 A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas.
- 126 Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto.
- 127 No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.
- 128 Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.
- 129 Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.
- 130 Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
- 131 Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.
- 132 Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.
- 133 Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.
- 134 Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.
- 135 Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.
- 136 Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".
- 137 Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.
- 138 Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.
- 139 Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
- 140 Creo que hay una conspiración contra mí.
- 141 Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.
- 142 Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.
- 143 Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.
- 144 Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.

- 145 Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
- 146 Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
- 147 Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.
- 148 Pocas cosas en la vida me dan placer.
- 149 Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
- 150 Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
- 151 Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
- 152 Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
- 153 Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
- 154 He intentado suicidarme.
- 155 Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
- 156 No entiendo por qué algunas personas me sonríen.
- 157 No he visto un coche en los últimos diez años.
- 158 Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
- 159 Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
- 160 Mi vida actual se ve todavía afectada por 'imágenes mentales' de algo terrible que me pasó.
- 161 Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
- 162 A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.
- 163 La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
- 164 Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.
- 165 No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.
- 166 Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.
- 167 Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
- 168 Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.
- 169 Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.
- 170 Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
- 171 Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
- 172 La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.
- 173 Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
- 174 Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
- 175 A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

FIN DE LA PRUEBA.
 COMPRUEBE, POR FAVOR,
 QUE NO HA DEJADO NINGUNA
 FRASE SIN CONTESTAR.

Anexo 8. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

5.7. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD)

1

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0. Igual que siempre
1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces
3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

0. Nunca
1. Sólo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

5.7. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
(Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD)

2

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuido como debiera
0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

Anexo 9. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

N.º 124

STAI

AUTOEVALUACION A (E/R)

A / E	P D = 30	+	-	=
A / R	P D = 21	+	-	=

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

A-E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



Autor: C.D. Spielberger.
 Copyright © 1968 by Consulting Psychologists Press, Inc. (Palo Alto, California, U.S.A.).
 Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S.A. - Editor: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial.
 Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, **NO LA UTILICE** - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Dagaño, 15 s/dto.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 35805 - 1988.

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd, generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Anexo 10. Escala de Salud SF-36 (SF-36)

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1.- En general, usted diría que su salud es:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2.- ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparado con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año Algo mejor ahora que hace un año
 Más o menos igual que hace un año Algo peor ahora que hace un año
 Mucho peor ahora que hace una año

3.- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí me limita un poco	No, no me limita nada
a) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Coger o llevar la bolsa de la compra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Subir varios pisos por la escalera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Subir un solo piso por la escalera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Agacharse o arrodillarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Caminar un kilómetro o más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Bañarse o vestirse por sí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.- Durante las últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	SI	NO
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ej, le costo más de lo normal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.- Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	SI	NO
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

7.- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No ninguno Sí, muy poco Sí, un poco Sí, moderado Sí, mucho Sí, muchísimo

8.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

9.- Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) se sintió lleno de vitalidad?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) estuvo muy nervioso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) se sintió calmado y tranquilo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) tuvo mucha energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) se sintió desanimado y triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) se sintió agotado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) se sintió feliz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) se sintió cansado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10.- Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

11.- Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Estoy tan sano como cualquiera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Creo que mi salud va a empeorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Mi salud es excelente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FUNCIÓN FÍSICA **FUNCIÓN SOCIAL**
LIMITACIONES DEL ROL: PROBLEMAS FÍSICOS
LIMITACIONES DEL ROL: PROBLEMAS EMOCIONALES
SALUD MENTAL **VITALIDAD** **DOLOR**
PERCEPCIÓN DE LA SALUD GENERAL
CAMBIO DE LA SALUD EN EL TIEMPO

Anexo 11. Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ)

CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA (FIQ)

Nombre: _____ Apellidos: _____
 Fecha nacimiento: _____ Edad: _____ Dominancia manual: _____ Sexo: _____

INSTRUCCIONES. Rodee con un círculo el número que mejor describa su capacidad para realizar las siguientes tareas durante la última semana.

1. Es usted capaz de:				
	SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES	NUNCA
Ir a comprar	0	1	2	3
Lavar y tender la ropa	0	1	2	3
Preparar la comida	0	1	2	3
Lavar a mano los platos y otros cubiertos	0	1	2	3
Limpia el suelo	0	1	2	3
Hacer la cama	0	1	2	3
Pasear por el barrio	0	1	2	3
Visitar a los amigos y familiares	0	1	2	3
Subir escaleras	0	1	2	3
Utilizar transporte público	0	1	2	3

2. De los últimos 7 días, ¿cuantos se ha encontrado bien?.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. ¿Cuantos días de la semana pasada faltó en el trabajo por culpa de la fibromialgia? (Si no realiza ningún trabajo fuera de casa deje esta pregunta en blanco y sin contestar).

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

INSTRUCCIONES. Rodee con un círculo el número que mejor describa sus sensaciones durante la última semana:

4. Si fue a trabajar, ¿en qué grado el dolor o los síntomas de la fibromialgia interfirieron en la realización de su trabajo?.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No fue ningún problema						Fue una gran dificultad				

5. ¿Qué intensidad de dolor ha sentido?.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor						Dolor muy intenso				

6. ¿Qué grado de cansancio ha sentido?.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada de cansancio						Mucho cansancio				

INSTRUCCIONES. Rodee con un círculo el número que mejor describa sus sensaciones durante:

7. ¿Cómo se siente cuando se levanta de la cama por la mañana?.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy descansado/a						Muy cansado/a				

8. ¿Qué grado de rigidez ha tenido?.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ninguna rigidez						Mucha rigidez				

9. ¿Se ha sentido tenso/a, nervioso/a o ansioso/a?.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me he sentido tenso/a						Me he sentido muy tenso/a				

10. ¿Se ha sentido deprimido/a o triste?.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me he sentido deprimido/a						Me he sentido muy deprimido/a				

Por favor compruebe que ha contestado todas las preguntas formuladas 

Anexo 12. Cuestionario de dolor del Mc Gill (MPQ)

Indique sus sentimientos y sensaciones en el momento actual

<p>Temporal I: <input type="radio"/> A golpes <input type="radio"/> Continuo</p> <p>Temporal II: <input type="radio"/> Periódico <input type="radio"/> Repetitivo <input type="radio"/> Insistente <input type="radio"/> Interminable</p> <p>Localización I: <input type="radio"/> Impreciso <input type="radio"/> Bien delimitado <input type="radio"/> Extenso</p> <p>Localización II: <input type="radio"/> Repartido <input type="radio"/> Propagado</p> <p>Punción: <input type="radio"/> Como un pinchazo <input type="radio"/> Como agujas <input type="radio"/> Como un clavo <input type="radio"/> Punzante <input type="radio"/> Perforante</p> <p>Incisión: <input type="radio"/> Como si cortase <input type="radio"/> Como una cuchilla</p> <p>Constricción: <input type="radio"/> Como un pellizco <input type="radio"/> Como si apretara <input type="radio"/> Como agarrotado <input type="radio"/> Opresivo <input type="radio"/> Como si exprimiera</p>	<p>Tracción: <input type="radio"/> Tirantez <input type="radio"/> Como un tirón <input type="radio"/> Como si estirara <input type="radio"/> Como si arrancara <input type="radio"/> Como si desgarrara</p> <p>Térmico I: <input type="radio"/> Calor <input type="radio"/> Como si quemara <input type="radio"/> Abrasador <input type="radio"/> Como hierro candente</p> <p>Térmico II: <input type="radio"/> Frialdad <input type="radio"/> Helado</p> <p>Sensibilidad Táctil: <input type="radio"/> Como si rozara <input type="radio"/> Como un hormigueo <input type="radio"/> Como si arañara <input type="radio"/> Como si raspara <input type="radio"/> Como un escozor <input type="radio"/> Como un picor</p> <p>Consistencia: <input type="radio"/> Pesadez</p> <p>Miscelánea Sensorial I: <input type="radio"/> Como hinchado <input type="radio"/> Como un peso <input type="radio"/> Como un flato <input type="radio"/> Como espasmos</p>	<p>Miscelánea Sensorial II: <input type="radio"/> Como latidos <input type="radio"/> Concentrado <input type="radio"/> Como si pasara corriente <input type="radio"/> Calambrazos</p> <p>Miscelánea Sensorial III: <input type="radio"/> Seco <input type="radio"/> Como martillazos <input type="radio"/> Agudo <input type="radio"/> Como si fuera a explotar</p> <p>Tensión Emocional: <input type="radio"/> Fastidioso <input type="radio"/> Preocupante <input type="radio"/> Angustiante <input type="radio"/> Exasperante <input type="radio"/> Que amarga la vida</p> <p>Signos Vegetativos: <input type="radio"/> Nauseante</p> <p>Miedo: <input type="radio"/> Que asusta <input type="radio"/> Temible <input type="radio"/> Aterrador</p> <p>Categoría Valorativa: <input type="radio"/> Débil <input type="radio"/> Soportable <input type="radio"/> Intenso <input type="radio"/> Terriblemente molesto</p>
---	---	--

Indique la expresión que mejor refleja la intensidad del dolor, en su conjunto, en el momento actual

Leve, débil, ligero
 Moderado, molesto, incómodo
 Fuerte
 Extenuante, exasperante
 Insoportable

Marque con una cruz sobre la línea, indicando cuanto dolor tiene actualmente

SIN DOLOR DOLOR INSOPORTABLE

PRI-S
 PRI-E
 PRI-V
 PRI-M
 PRI-TOTAL

Número Palabras:
 PPI:
 EVA (0-10):

Anexo 13. Currículum Vitae

Nombre y Apellidos: Alba Garcia Fontanals

Fecha: 16.09.2013

Situación profesional actual

Organismo: Universitat Autònoma de Barcelona

Facultad, Escuela o Instituto: Facultad de Psicología

Depto./Secc./Unidad estr.: Departament de Psicologia Clínica i de la Salut

Dirección postal: 08193

Teléfono (indicar prefijo, número y extensión): 935814453

Fax:

Correo electrónico: alba.garcia.fontanals@uab.cat

Especialización (Códigos UNESCO): 61 (6106)

Categoría profesional: Psicólogo

Fecha de inicio: 01/10/2011

Situación administrativa

Plantilla

Contratado

Interino

Becario

Otras situaciones especificar:

Dedicación

A tiempo completo

A tiempo parcial

Líneas de investigación

Breve descripción, por medio de palabras claves, de la especialización y líneas de investigación actuales.

Personalidad, Psicopatología, Fibromialgia

Formación Académica

Titulación Superior Fecha	Centro	
Licenciatura en Psicología	Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)	2007
Máster en Psicología Clínica y Medicina Conductual	Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)	2009
Máster Oficial Universitario en Investigación en Psicología de la Salud	Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)	2010
Máster en Sexología y Terapia de Pareja	Asociación Española de Psicología Clínica Cognitivo-Conductual (AEPCCC)	2011

Doctorado	Centro	Fecha
Doctorado en Psicología clínica y de la salud	Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)	En curso

Actividades anteriores de carácter científico profesional

Puesto	Institución	Fechas
Personal investigador en formación (Beca PIF)	Universitat Autònoma de Barcelona	1/10/2011 -
Directora editorial ISEP Science	Institut Psicològic d'Estudis Superiors (ISEP)	1/02/2011-1/06/2013
Psicóloga	Institu Ferran de Reumatologia (IFR) (Centre Internacional de Medicina Avanzada, CIMA)	1/12/2009-31/08/2010
Psicóloga en convenio de prácticas	Centre Mèdic. Centre Ginecològic i Obstètric (C.G.O)	1/10/2007-01/05/2009
Psicóloga en convenio de prácticas	Centre de Psiquiatria i Psicologia (CPP)	01/09/2006-01/06/2007
Profesora curso Pla de Transició al Treball (PTT)	Generalitat de Catalunya. Departament de Educació (Pla de Transició al Treball, PTT)	01/01/2005-01/06/2005
Monitora	Centro Ocupacional de Personas con Deficiencia Mental; Taller Alba; ABAC, Servicios Pedagógicos	01/02/2004-01/06/2004

Idiomas (R = regular, B = bien, C = correctamente)

Idioma	Habla	Lee	Escribe
Castellano	C	C	C
Catalán	C	C	C
Inglés	C	C	C

Publicaciones o Documentos Científico-Técnicos

(CLAVE: L = libro completo, CL = capítulo de libro, A = artículo, R = "review", E = editor, S = Documento Científico-Técnico restringido.)

Autores (p.o. de firma): Garcia-Fontanals, A., y Deus, J.

Título: Evaluación de los Trastornos de la personalidad mediante la SCID-II, TCI-R y MCMI-III

Ref. revista : Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace Libro

Clave: Volumen: 96 Páginas, inicial: (monográfico 1):9 final: 19 Fecha: 2010

Editorial (si libro):

Lugar de publicación: España

**Estancias en Centros extranjeros
(estancias continuadas superiores a un mes)**

CLAVE: D = doctorado, P = postdoctoral, I = invitado, C = contratado, O = otras (especificar).

Centro: Universidad de Cardiff

Localidad: Cardiff

País: Inglaterra

Fecha: 01/01/2006 a Duración (semanas): 24
30/06/2006

Tema: Estudios Licenciatura Psicología

Clave: (Beca "International Exchange Student")

Contribuciones a Congresos

Autores: Garcia-Fontanals, A.

Título: Tipo de participación: Ponencia "Evaluación y diagnóstico en los trastornos de la personalidad"

Congreso: "VI Congrés de la Societat Catalano Balear de Psicologia de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya y Balears"

Publicación: Libro de ponencias del congreso

Lugar celebración: Palma de Mallorca

Fecha: 2011

**Otros méritos o aclaraciones que se desee hacer constar
(utilice únicamente el espacio equivalente a una página).**

FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

MIEMBRO de GRUPO DE INVESTIGACIÓN CONSOLIDADO.

Investigadora Colaboradora de la línea de investigación del estudio del dolor en pacientes con Fibromialgia del Grupo de Investigación Consolidado (GRC) 2009/1450, por la Agencia de Gestión de Ayudas Universitarias y de Investigación (AGUR) de la *Generalitat de Catalunya*, 'Comportamientos, estilos de vida y salud en mujeres'. Investigador Principal la Catedrática Dra. Rosa M^a Raich i Escursell.

- 2011 Asistencia al "VI Congrés de la Societat Catalano Balear de Psicologia de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya y Balears". Societat Catalano-Balear de Psicologia de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya y Balears

- 2010 Asistencia al "V Congrés de la Societat Catalano Balear de Psicologia de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya y Balears". Societat Catalano-Balear de Psicologia de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya y Balears

- 2010 Asistencia al 16th "Annual meeting of the Organization for Human Brain-Mapping".

- 2009 Asistencia al "IV Congrés de la Societat Catalano Balear de Psicologia de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya y Balears". Societat Catalano-Balear de Psicologia de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya y Balears.

- 2008 Asistencia a la jornada "El trastorn obsessiu-compulsiu: Avaluació, diagnòstic diferencial, avenços i abordatges". Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.

- 2007 Curso de Formación: "El Trastorno por Déficit de Atención, con o sin hiperactividad". Centre de Psicologia y Psiquiatria.

- 2005 Asistencia a la jornada "El lleure en les persones amb discapacitat intel·lectual". Federació Catalana Pro-Persones amb Retard Mental.