

ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 22/05/2017. Aceptado: 11/07/2017

PERSONALIDAD Y PERCEPCIÓN DE DOLOR EN FIBROMIALGIA: UN ESTUDIO PILOTO DE CASOS Y CONTROLES

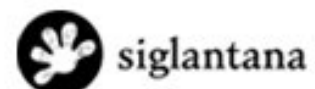
PERSONALITY TRAITS AND PERCEPTION OF PAIN IN FIBROMYALGIA: A PILOT STUDY OF CASES AND CONTROLS

B. Hermoso¹, A. García-Fontanals², S. García-Blanco³, Poca³, F. García-Fructuoso³, T. Gutiérrez⁴,
M. López-Ruiz⁴, M. Gomà-i-Freixanet⁴, R. Raich⁴, J. Deus^{1,4}

¹Servicio de Psicología Médica. Centro de Ginecología y Obstetricia, CGO-Psicología, Mataró, Barcelona. ²Benito Menni Complex Asistencial en Salut Mental, Sant Boi de Llobregat, España. ³Servicio de Reumatología. Instituto Ferran de Reumatología (IFR). ⁴Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

Correspondencia: Dr. Joan Deus, Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Edificio B. 08193 Bellaterra. Barcelona.

Declaración de Conflicto de intereses: Los autores responsables del presente manuscrito, declaran que este artículo ni se ha enviado ni publicado anteriormente en ninguna otra revista científica ni nacional ni internacional, y que no se objetiva ningún aspecto que pudiese ser conflicto de interés.



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2017;(1)3:7-17.



RESUMEN

Mediante el presente estudio se pretende evaluar la influencia de los rasgos de personalidad en el grado y tipología de dolor referido. **Muestra:** 80 participantes, todas ellas mujeres de edades comprendidas entre los 31 y los 63 años de edad, divididas en dos grupos, grupo Fibromialgia (FM) y grupo control. **Material y método:** Se administró el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ) para evaluar el impacto de la FM, el Inventario de Temperamento y Carácter - Revisado de Cloninger (TCI-R) para evaluar las dimensiones de la personalidad y el Cuestionario del Dolor de McGill (MPQ) para la evaluación de la percepción de dolor inducido mecánicamente. **Resultados:** Se observan diferencias entre el grupo FM y el grupo control en la valoración del dolor y en las dimensiones Búsqueda de novedad (BN), Evitación del daño (ED) y Autodirección (AD). Además, se constata que las dimensiones de la personalidad ED ($p = 0,00$) y Cooperación (COOP) ($p = 0,12$) correlacionan significativamente con la percepción de dolor en el grupo FM. **CONCLUSIONES.** Se objetiva que existen diferencias en los rasgos de personalidad y percepción de dolor inducido entre FM y el grupo control y, aunque no explica el total de la varianza, se halla que los rasgos de personalidad ED y COOP permiten predecir el nivel y tipología de dolor referido con una varianza total explicada del 21%.

Palabras clave: Fibromialgia, Rasgos de personalidad, Percepción de dolor, TCI-R, MPQ.

ABSTRACT

Through the present study is intended to evaluate the influence of personality traits on the level and type of reported. **Sample:** 80 participants, all women aged between 31 and 63 years old, divided into two groups, Fibromyalgia group (FM) and control group. **Material and method:** The Fibromyalgia Questionnaire Impact (FIQ) was administered to assess the impact of Fibromyalgia, Temperament-Character Inventory Revised (TCI-R) to assess personality dimensions and McGill Pain Questionnaire (MPQ) for the evaluation for assessment and perception of mechanically induced pain. **Results:** Are observed some differences between the FM group and the control group in the assessment of pain and dimensions Novelty Seeking (NS), Harm Avoidance (HA) and Self-Direction (SD). In addition, it is found that dimensions HA ($p = 0.00$) and Cooperation (COOP) ($p = 0.12$) correlate significantly with the perception of pain in the FM group. **CONCLUSIONS.** It is found that there are differences in personality traits and perception of pain between the FM group and the control group. In the same way, although does not explain all of the variance, it is found that personality traits HA and COOP predict the level and type of pain reported with a percentage of explained total variance of a 21%.

Keywords: Fibromyalgia, personality traits, perception of pain, TCI-R, MPQ.

INTRODUCCIÓN

La Fibromialgia (FM) es un problema de salud reconocido como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1992 (ICD-10: código M79.0). Este síndrome se caracteriza por la presencia de dolor músculo-esquelético generalizado y diagnosticado a través de unos criterios clínicos establecidos (Wolfe et al., 2010). La FM se define por una historia de dolor difuso de más de 3 meses de evolución,

de forma continua, en los cuatro cuadrantes corporales. El dolor se intensifica y localiza mediante presión digital, en al menos, 11 de los 18 puntos sensibles que corresponden a las regiones corporales con un umbral más bajo al dolor (Wolfe, Smythe, Yunus, Bennet, Bombardier y Goldenberg, 1990; Wolfe et al., 2010). Constituye uno de los trastornos de dolor crónico generalizado más frecuentes en la población, así como uno de los problemas sanitarios más actuales en



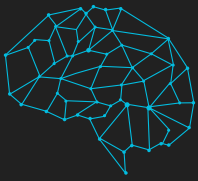
los países en desarrollo. Provoca dolores que pueden llegar a ser invalidantes y afecta a la esfera biológica y social de los pacientes (Collado et al., 2002, 2014). El dolor músculo-esquelético es el síntoma principal, aunque no es el único y los pacientes con FM suelen mostrar otra sintomatología como alteraciones del sueño, fatiga, cefaleas, parestesias, rigidez, depresión, ansiedad, quejas subjetivas de déficits atencionales y problemas de memoria (Lledó, Pastor y López-Roig, 2012; García-Blanco et al., 2013). Los factores psicológicos (Yunus, Ahles, Aldag y Masi, 1991; García-Fontanals et al., 2016), actualmente, tienen un papel modulador de la respuesta terapéutica y percepción del dolor.

La prevalencia estimada de la FM, en la población general, se sitúa entre el 2 y el 5% (Wolfe et al., 1990; Wolfe, Brähler, Hinz y Häuser, 2013; Sumpton y Moulin, 2014). España se encuentra dentro de los porcentajes de prevalencia más altos de Europa (2-4%) (Mas, Valverde y Ribas, 2008; Rivera et al.; 2006), frente a Francia e Italia que poseen los porcentajes más bajos (1%) (Branco, Bannwarth, Failde, Abelló, Blotman y Spaeth, 2010). Según el sexo se observan grandes diferencias, siendo la prevalencia de un 4,2% para el sexo femenino y 0,2% para el sexo masculino (Valverde et al., 2000) y con una relación de 9:1 a favor del sexo femenino (Staud, 2009). Puede afectar a la población infantil y juvenil, aunque en ellos la mayor prevalencia en la población femenina no es tan acusada (Reid, Lang y McGrath, 1997). En cuanto a la edad, el pico de prevalencia se sitúa entre los 30-55 años, siendo infrecuente antes de los 40 años y en personas que superan los 80 años de edad (Sumpton y Moulin, 2014).

Su etiología es aún desconocida, si bien se postulan causas relacionadas con la modulación central y/o periférica del dolor, caracterizadas por un menor umbral en la detección de estímulos potencialmente dolorosos y un estado de sensibilización e hiper-excitabilidad central (Russell, Vaeroy, Javoers y Nyberg, 1992; Deus et al., 2006; MSPSI, 2011), con trastornos del sueño (Moldofsky, 1989; Sumpton y Moulin, 2014) y alteraciones neuroendocrinas (Adler, Kinsley, Hurwitz, Mossey y Goldenberg, 1999; Sumpton y Moulin, 2014). Hay un consenso en que las causas neurológicas explican su etiología centrada en tres teorías: hiperactividad de la matriz neural del dolor, fallo en el sistema endógeno del dolor y alteración en el procesamiento sensorial central (Deus, 2009; Pujol et al., 2014; Walitt, Ceko, Garcely y Gracely, 2016; Deus, Soler, Pelayo y Vidal, 2017).

Diferentes estudios proponen que la personalidad puede influir en la manifestación clínica de la FM y también en la

manera en la que se percibe el dolor. Se puede entender por rasgos de personalidad aquellos "patrones de conducta profundamente arraigados, que incluyen el modo de relacionarse, percibir y pensar sobre el medio ambiente y sobre nosotros mismos, que se exhiben en una amplia gama de contextos sociales y personales" (American Psychiatric Association). Estos patrones de conducta pertenecerían a la dimensión cognitivo-evaluativa de la teoría de la compuerta (Melzack y Wall, 1965). Según ésta, la dimensión directamente afectada por los rasgos de personalidad modificaría las otras dos dimensiones de la experiencia dolorosa: la dimensión sensorial-discriminativa y la motivacional-afectiva. Por ello, se podría asegurar que la personalidad parece tener un peso importante sobre la conducta. Así, se les puede considerar como factores moduladores de la adaptación al dolor de las personas con FM y/o dolor crónico. Autores como Blumer y Heilbronn (1981) o Engel (1959), identificaron posibles patrones o perfiles de personalidad característicos en personas con FM o dolor crónico. Éstos proponían unos rasgos comunes, a los cuales denominaban personalidad propensa al dolor, caracterizada por metas muy altas, perfeccionismo, altruismo, falta de asertividad, alexitimia, frustración, incapacidad para relajarse y disfrutar de la vida, negación de los conflictos emocionales e interpersonales, baja autoestima y necesidad excesiva de reconocimiento y aceptación social. Pese a estos primeros resultados, no se han encontrado evidencias que permitan demostrar de manera concluyente la existencia de este "tipo de personalidad" solo en la FM (Aghari y Nicolas, 1999), considerándose el término de personalidad del dolor crónico (Gustin, 2011). Ante la incapacidad de evidenciar la función causal de los rasgos de personalidad sobre el dolor, surge la hipótesis de que los factores de personalidad pueden influir sobre la capacidad de ajuste al dolor, de manera que las personas que presentan rasgos de personalidad más pesimistas, ansiosos, inestables emocionalmente, excesivamente preocupados e introvertidos, pueden percibir como más intenso el dolor que sienten (Esteve y Ramírez, 2003; Torres et al., 2013; García-Fontanals et al., 2016). Estudios recientes muestran una posible asociación de la FM con patrones de comportamientos (Laire, Rodríguez y Rodríguez, 2012), donde los resultados muestran puntuaciones significativamente altas en 4 de los 16 factores de personalidad: Dominancia, Sensibilidad, Autosuficiencia y Tensión. Finalmente, otros estudios han demostrado un perfil de personalidad en FM caracterizado por elevada ansiedad



y baja impulsividad y autodirección (García-Fontanals et al., 2014). Algunos autores hacen alusión, también, a un patrón de conducta Tipo F como un complejo "emoción-acción" caracterizado por un estado de generalizada activación en un intento de superadaptarse a un entorno carente de retroalimentación (Mingote y Arigita, 2000).

En este contexto, se plantea evaluar la influencia de los rasgos de personalidad en el nivel de dolor referido al ser inducido mecánicamente. Específicamente, relacionar los niveles de dolor referido con las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones de la personalidad según modelo psicobiológico de Cloninger y establecer la posible capacidad predictiva de los rasgos de personalidad sobre la tipología de dolor y su intensidad. Se presupone que la Evitación del daño (dimensión temperamental) y la Autodirección (dimensión caracterial) pueden predecir la percepción de dolor informada.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra es de 42 participantes, en su totalidad mujeres diagnosticadas de FM con edades comprendidas entre los 32 y los 63 años de edad ($M=47.10$; $DE=7.98$), procedentes del *Institut Ferrán de Reumatologia* (IFR). Con el objetivo de regular la fiabilidad y la validez de la investigación, se establecieron como criterios de exclusión posibles causas de FM secundaria o asociada a otras enfermedades reumatológicas, Síndrome de Fatiga Crónica (SFC), historia de trastorno psicótico o abuso de sustancias, diagnóstico de trastorno de la personalidad del cluster A o B e historia de dolor neuropático. El total de la muestra de pacientes diagnosticadas de FM cumplieron los criterios de inclusión, en tanto que cumplían los criterios diagnósticos de la *American College of Rheumatology* (ACR) tipificados en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.0 y por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) clasificada con el código X33.X8a. El grupo control se compuso de una muestra de 38 mujeres voluntarias sanas, no consanguíneas y usuarias de un centro de salud, con edades comprendidas entre los 31 y los 62 años ($M = 44,37$; $DE = 6,30$). Como criterios de inclusión se establecieron la ausencia de historia clínica de afección reumatológica, ausencia de algún tipo de dolencia física o funcional, de la que

TABLA I. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas.

	FM (n = 42)		Control (n = 38)	
	M	DE	M	DE
Edad	47,10	7,98	44,37	6,30
Años de estudio	14	4,76	15,05	4,56
Nivel de estudios	3,28	0,79	2,84	0,97
Primarios	5		2	
Secundarios	10		9	
Bachillerato	5		5	
Formación profesional	8		6	
Universitarios	14		16	

M: media; DE: desviación estándar; MPQ: Cuestionario de dolor de McGill; PRI: Intensidad de dolor presente; EVA: escala visual analógica. $p < 0,05$.

se pudieran desprender síntomas a nivel orgánico que generaran dolor de manera continuada y ausencia de historia de alteración neurológica y psicopatológica conocida. Se instó a todos los participantes a firmar el consentimiento informado por escrito, aceptando las condiciones del estudio, el cual fue aprobado por el comité ético local en concomitancia con la Declaración de Helsinki. Como se observa en la *tabla I*, no hay diferencias significativas entre ambos grupos en referencia a la edad ($t(78) = -1,685$; $p = 0,096$) o el nivel de escolarización ($t(78) = 1,008$; $p = 0,317$).

En cuanto a las características de la muestra de FM, se observa que la media de puntos sensibles se establece en 15,9 (+ 1,97) y el tiempo medio en meses, desde el diagnóstico de la enfermedad, es de 85,9 (+55,3). 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 subjetivas de atención y concentración (83,3%) y quejas subjetivas de pérdida de memoria (88,1%). Durante el protocolo de exploración, el 85,7% de las participantes con FM recibe tratamiento farmacológico, el 76,2% antidepresivos, el 50% ansiolíticos, el 14,3% hipnóticos, el 23,8% anticomiciales, el 69% antiinflamatorios y el 54,8% antiálgicos (*Tabla II*).

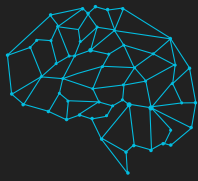
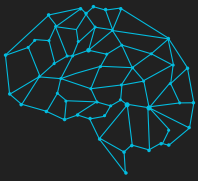


TABLA II. Características clínicas de los pacientes con Fibromialgia.

Características clínicas	Descriptivo	Características clínicas	Descriptivo
Puntos sensibles (M+ DE)	15,90 (+1,97)	Quejas subjetivas de pérdida de memoria (n, %)	37 (88,1)
Tiempo transcurrido en meses desde el diagnóstico(M+ DE)	85,95 (+55,39)	Farmacoterapia actual (n, %)	36 (85,7)
Meses con dolor generalizado(M+ DE)	60,57 (+54,90)	Antidepresivos	32 (76,2)
Dolor en lado izquierdo del cuerpo (%)	92,9	Ansiolíticos	21 (50)
Dolor en lado derecho del cuerpo (%)	95,2	Hipnóticos	6 (14,3)
Dolor por encima de la cintura (%)	95,2	Anticomociales	10 (23,8)
Dolor por debajo de la cintura (%)	85,7	Antiinflamatorios	29 (69)
Dolor en el esqueleto axial (%)	95,2	Antiálgicos	
Dolor (EVA) (0-10) de la enfermedad(M+ DE)	7 (+1,5)	Cuestionario de dolor McGill tras dolor inducido(M+ DE)	23 (54,8)
Fatiga (EVA) (0-10) de la enfermedad(M+ DE)	7,6 (+1,5)	IVD-T	41,93 (10,01)
Episodios de baja laboral debido a FM(M+ DE)	4,06 (+7,13)	IVD-S	25,36 (6,59)
Episodio más largo baja laboral por la FM (meses)(M+ DE)	22,40 (+44,04)	IVD-A	5,52 (1,86)
Número síntomas clínicos acompañantes (0-14)(M+ DE)	11,26 (+2,49)	IVD-V	3,52 (0,97)
Cansancio al levantarse (n, %)	37 (88,1)	IVD-M	7,52 (2,45)
Sueño poco reparador (n, %)	36 (85,7)	NAE	15,62 (2,70)
Sueño fragmentado (n, %)	30 (71,4)	EVA	7,11 (1,48)
Fatiga general (n, %)	41 (97,6)	Cuestionario de Impacto de la FM(M+ DE)	
Rigidez matutinal (n,%)	37 (88,1)	FIQ Total	66,50 (16,07)
Rigidez post-reposo (n, %)	26 (69)	Función física	5,06 (1,94)
Tumefacción subjetiva (n, %)	36 (85,7)	Días sentido mal	5,5 (1,80)
Parestesias (n, %)	38 (90,5)	Ausencia laboral	1 (1,60)
Cefaleas (n, %)	33 (78,6)	Interferencia dolor en el trabajo	6,59 (2,09)
Síntomas de síndrome de colón irritable (n, %)	21 (50)	Dolor	7,07 (2,05)
Síntomas de alteración afectiva subjetiva (n, %)	30 (71,4)	Fatiga	7,88 (1,93)
Síntoma de ansiedad subjetivos (n, %)	34 (81)	Cansancio matutino	7,81 (2,23)
Dificultades de atención y concentración subjetivas (n, %)	35 (83,3)	Rigidez	7,07 (2,29)
		Ansiedad	6,88 (2,13)
		Depresión	5,79 (2,85)

Abreviaciones. 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-E: Índice de Valoración del Dolor-Emocional; IVD-V: Índice de del Dolor-Visceral; IVD-M: Índice de Dolor-Miscelánea; NAE: Números de adjetivos elegidos; IDP: Intensidad dolor presente; EVA: escala visual analógica.



INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Se empleó el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ; Burckhardt, Clark y Bennet, 1991), administrando la adaptación española (Monterde, Salvat, Montull y Fernández-Ballart, 2004). Instrumento psicométrico muy empleado para conocer la repercusión que tienen los síntomas de FM sobre el paciente y como interfieren en su vida en general. Conformado por un total de 10 ítems, valorados según una escala tipo Likert (0-10) que evalúan el impacto de la enfermedad en la capacidad física del sujeto, la interferencia en su trabajo habitual, así como aspectos subjetivos relacionados con el cuadro clínico de la FM (rigidez, fatiga y cansancio). La puntuación total de la prueba se encuentra entre 0-100, donde 0 representa una capacidad funcional y calidad de vida más elevadas y 100 deterioro máximo. El valor del coeficiente de correlación intraclase del S-FIQ total es de 0.81.

Para evaluar las diferencias en función de los rasgos de personalidad, se empleó el Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado de Cloninger (TCI-R) (Cloninger y cols., 1994), administrando la versión española (Gutiérrez-Zotes et al., 2004). Este instrumento está compuesto de 240 ítems, valorados en un escala tipo Likert de 5 puntos, de los cuales 5 conforman la escala de validez, 35 miden búsqueda de sensaciones, 33 ítems proporcionan información relativa a evitación de daño, 30 ítems para dependencia de recompensa, 35 de persistencia, 40 sobre autodirección, 36 cooperación y 26 ítems para autotranscendencia. Dichas escalas permiten evaluar cuatro dimensiones temperamentales y tres de carácter. Tres de las cuatro dimensiones de temperamento permiten definir 8 perfiles de personalidad. La adaptación española del TCI-R muestra una consistencia interna satisfactoria en todas las dimensiones (α de Cronbach superior a 0.77).

Para la evaluación de aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor se administró el Cuestionario del Dolor de McGill (Melzack, 1975) en su adaptación española (Lázaro et al., 2001). Cuestionario autoadministrado que evalúa el umbral o intensidad del dolor mediante 64 descriptores de dolor organizados en 19 subclases. La puntuaciones de cada clase se agrupan, obteniendo puntuaciones en 4 subescalas: sensorial, emocional, visceral y miscelánea. La consistencia ordinal muestra resultados satisfactorios ($r_s > 0,9$).

PROCEDIMIENTO

El presente estudio transversal tiene un diseño correlacional. Se solicitó a cada participante un consentimiento

informado a cada participante y se aseguró la confidencialidad de los datos. Tras obtener la autorización, se citó a los participantes en el Servicio de Resonancia Magnética del Hospital del Mar-Parc Salut Mar para proceder a la evaluación con una duración aproximada de 90 minutos, asegurando la comprensión de las preguntas y la correcta cumplimentación de los instrumentos. El dolor se valoró subjetivamente tras ser inducido mecánicamente mediante presión en la parte central de la uña del dedo pulgar de la mano dominante a 4 kg/cm² de peso según el procedimiento descrito en un estudio previo (Deus et al., 2006).

ANÁLISIS DE DATOS

Para el tratamiento de datos, se realizó un análisis de medias para describir la incidencia de cada una de las variables estudiadas. Además, se implementaron distintos análisis con la t-Student para estudiar las diferencias entre grupos para las dimensiones de personalidad y el nivel referido de dolor, mecánicamente inducido, con el MPQ. Se efectuó un análisis de correlación de Pearson entre las dimensiones del TCI-R y las dimensiones del MPQ, estableciendo un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. Se ha efectuado un análisis de regresión lineal, entre las dimensiones del TCI-R y la puntuación total del MPQ, para observar el peso predictor de las variables de estudio sobre la percepción subjetiva de dolor inducido mecánicamente. Los análisis fueron realizados con la versión 23.0 para Windows del paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

En el ámbito de percepción de dolor, los participantes refieren puntuaciones diferentes en función del grupo al que pertenecen. Los participantes con diagnóstico de FM son los que obtienen puntuaciones más altas, lo que indica mayor intensidad de dolor y síntomas asociados (Tabla III).

Respecto a las dimensiones de personalidad, existen diferencias en las variables Búsqueda de Novedad (BN) ($t = -3,12$; $p = 0,03$), Evitación del daño (ED) ($t = -8,752$; $p = 0,00$) y Autodirección (AD) ($t = 2,71$; $p = 0,02$). Para estas variables se obtienen magnitudes de tamaño del efecto grande. Concretamente, se encuentra que el grupo FM puntúa más alto en ED frente al grupo control que puntúa más alto en factores como BN y AD (Tabla III).

No existen relaciones significativas entre las distintas dimensiones del factor BN y cada una de las dimensiones

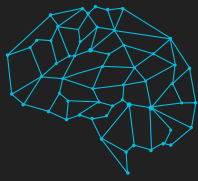


TABLA III. Comparación de medias entre el grupo control y el grupo FM para el MPQ y las dimensiones del TCI-R.

	FM		Control		t	p	Cohen δ'
	M	DE	M	DE			
MPQ							
PRI total MPQ	47,49	21,73	36,45	18,71	-2,43	0,18	0,59
Nº palabras MPQ-SV	18,70	8,04	14,18	6,417	-2,76	0,24	0,62
Intensidad del dolor MPQ-SV	3,28	0,79	2,84	0,97	-2,22	0,37	0,18
EVA MPQ	7,94	1,35	7,71	1,42	-0,76	0,52	0,16
TCI-R							
Búsqueda de novedades	33,98	21,83	50,63	26,08	3,12	0,03	0,69
Evitación del daño	87,12	12,88	43,34	29,81	-8,75	0,00	0,90
Dependencia de la recompensa	53,86	27,91	47,95	24,36	-1,00	0,29	
Persistencia	40,23	28,76	52,26	26,34	1,95	0,51	
Autodirección	45,23	29,75	62,29	26,33	2,71	0,02	0,60
Cooperación	52,53	28,05	57,76	22,21	0,93	0,15	
Autotrascendencia	48,53	29,20	48,82	26,58	0,04	0,45	

M: media; DE: desviación estándar; MPQ: Cuestionario de dolor de McGill; PRI: Intensidad de dolor presente; EVA: escala visual analógica. p < 0,05.

del MPQ para ninguno de los dos grupos (Tabla IV). Referente a la dimensión EV, ésta correlaciona con las distintas medidas del MPQ para el grupo de FM, no siendo así para el grupo control. Concretamente, se hallan correlaciones de intensidad moderada para la EVA e Índice intensidad del dolor inducido mecánicamente. Entre las distintas dimensiones de este factor, se observan correlaciones moderadas entre Ansiedad anticipatoria y el Índice de intensidad del dolor. También se encuentra correlación moderada inversa entre la dimensión Temor a lo incierto y el Índice de intensidad de dolor. Además, la dimensión Fatigabilidad correlaciona de manera inversa e intensidad moderada con las variables EVA e Índice de intensidad del dolor (Tabla V).

La dimensión de carácter AD no se correlaciona con ninguno de los distintos componentes del MPQ para el grupo control. En cambio, en el grupo de FM se observa que el índice de intensidad del dolor mantiene correlaciones moderadas inversas con la AD y con los subrasgos Determinación, Autoeficacia y Autoaceptación. De forma equivalente, la dimensión Evaluación analógica del dolor mantiene correlaciones moderadas significativas a nivel estadístico con estas variables

(Determinación, Autoeficacia y Autoaceptación) y también con Hábitos congruentes (Tabla VI).

Respecto a la capacidad predictiva de los rasgos de personalidad sobre la intensidad de dolor subjetivo percibido inducido mecánicamente, se constata que del análisis de regresión solamente la dimensión de temperamento ED y la dimensión de carácter COOP permiten predecir el nivel y tipología de dolor referido inducido con un porcentaje de varianza total explicada del 21,10% (Tabla VII).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se proponía evaluar la influencia de los rasgos de personalidad en el nivel de dolor subjetivo percibido. Para ello, se evaluó una muestra de 80 participantes, pacientes con FM y grupo control. En la comparación de los rasgos de personalidad y las características cuantitativas y cualitativas del dolor entre ambos grupos de estudio, aparecen diferencias significativas para los aspectos medidos por el MPQ. Se observa que los pacientes con FM muestran mayores puntuaciones en todas las variables que miden in-

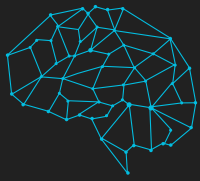


TABLA IV. Relación entre las distintas dimensiones del rasgo temperamental. Búsqueda de novedades y el dolor informado e inducido mecánicamente.

	Intensidad del dolor en EVA		Índice de intensidad del dolor	
	p	r	p	r
Fibromialgia				
Búsqueda de novedad	0,094	0,547	-0,025	0,875
Excitabilidad exploratoria	-0,076	0,626	-0,091	0,560
Impulsividad	0,276	0,073	0,126	0,422
Extravagancia	-0,120	0,443	-0,146	0,351
Desorden	0,239	0,122	0,117	0,454
Control				
Búsqueda de novedad	-0,028	0,871	-0,041	0,805
Excitabilidad exploratoria	-0,101	0,553	-0,114	0,495
Impulsividad	-0,012	0,946	-0,029	0,865
Extravagancia	-0,034	0,843	-0,037	0,825
Desorden	0,122	0,471	0,109	0,515

PRI: Intensidad de Dolor Presente; EVA: Escala Visual Analógica. p < 0,05.

TABLA V. Relación entre las distintas dimensiones del rasgo temperamental. Evitación del daño y el dolor informado.

	Intensidad del dolor en EVA		Índice de intensidad del dolor	
	p	r	p	r
Fibromialgia				
Evitación del daño	0,392	0,009	0,455	0,002
Ansiedad ant. y pesimismo	0,285	0,064	0,443	0,003
Temor de lo incierto	0,269	0,081	0,391	0,010
Timidez	0,289	0,060	0,123	0,431
Fatigabilidad	0,314	0,040	0,418	0,005
Control				
Evitación del daño	0,233	0,165	-0,039	0,814
Ansiedad ant. y pesimismo	0,253	0,131	-0,015	0,931
Temor de lo incierto	0,245	0,144	-0,037	0,826
Timidez	0,022	0,899	-0,099	0,554
Fatigabilidad	0,185	0,273	0,031	0,855

PRI: Intensidad de Dolor Presente; EVA: Escala Visual Analógica. Anti.: Anticipatoria. p < 0,05.

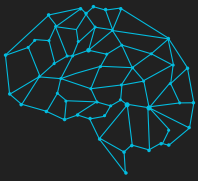


TABLA VI. Relación entre las distintas dimensiones del rasgo caracterial de autodirección y el dolor informado.

	Intensidad del dolor en EVA		Índice de intensidad del dolor	
	p	r	p	r
Fibromialgia				
Autodirección	-0,455	0,002	-0,443	0,003
Responsabilidad	-0,180	0,247	-0,164	0,294
Determinación	-0,546	0,000	-0,463	0,002
Autoeficacia	-0,311	0,043	-0,394	0,009
Autoaceptación	-0,304	0,048	-0,355	0,020
Hábitos congruentes	-0,352	0,021	-0,281	0,068
Control				
Autodirección	-0,222	0,187	-0,175	0,293
Responsabilidad	-0,133	0,434	-0,227	0,171
Determinación	-0,165	0,328	-0,199	0,231
Autoeficacia	-0,211	0,211	-0,058	0,731
Autoaceptación	-0,192	0,256	-0,148	0,377
Hábitos congruentes	-0,077	0,649	0,033	0,845

PPRI: Intensidad de Dolor Presente; EVA: Escala Visual Analógica. $p < 0,05$.

tensidad de dolor. Estos resultados podrían responder a la etiología causal del mismo que, pese a no existir causas conocidas justificadas, se postula que podría verse afectada la percepción del dolor. La afectación de la modulación del dolor estaría relacionada con un umbral menor en la detección de estímulos potencialmente dolorosos y un estado de sensibilización e hiper-excitabilidad central (MSPSI, 2011; Russell, Vaeroy, Javoers y Nyberg, 1992) que explicaría las diferencias entre ambos grupos.

Adicionalmente, se ha planteado analizar la correlación entre las distintas dimensiones de la personalidad y el nivel de dolor inducido informado, diferenciando entre grupos. En este caso, se hallan correlaciones significativas entre estas variables y las características cualitativas y cuantitativas del dolor. Así, se observan altas puntuaciones en Evitación del daño y bajas en Autodirección en la FM, como ya señalaban la mayoría de estudios anteriores al respecto (Gencay-Can y Can, 2011; Lundberg, Anderberg y Gerdle, 2009; García-Fontanals et al., 2016). De este modo, el perfil de personalidad en el dolor crónico, entre ellos la FM, vendría definido por una alta Evitación del daño, que sugiere altos niveles de ansiedad, y

TABLA VII. Capacidad predictiva de las distintas dimensiones de la personalidad sobre la percepción de la intensidad de dolor inducido en pacientes FM.

Variable	B	t	p
Constante	-20,64		
Evitación del daño	0,564	0,239	0,023
Cooperación	0,362	0,110	0,002

R² Ajustado = 0,211. PPRI: Intensidad de Dolor Presente; EVA: Escala Visual Analógica. $p < 0,05$.

una baja Autodirección, que sugiere baja capacidad de auto-control. Es sabido que la intensidad del dolor está relacionada con variables de ansiedad (Lledó, Pastor y López, 2012) y la teoría de la compuerta. Las emociones provocarían la apertura de una puerta que deja paso al dolor, relacionando la escala EVA tanto con la percepción de dolor espontáneo e inducido, como con la presencia de alteración afectiva, habitualmente, de tipo distímico. Es decir, emociones como depresión o ansiedad aumentan la percepción del dolor (Alonso, Tirado,



van der Hofstat, Rodríguez-Marín, 2014). También se observa la influencia de rasgos de personalidad de la dimensión caracterial Autodirección (Determinación, Autoaceptación y Autoeficacia) para el grupo FM, la cual se relaciona con la probabilidad del desarrollo psicopatológico (García-Fontanals et al., 2017). El dolor influye en todas las esferas de la vida (Collado et al., 2002) por tanto es esperable que existan rasgos de la personalidad, que pese a ser estables, se vean afectadas y éste puede ser uno de los signos de la afección, repercutiendo de manera negativa sobre los mismos.

En relación a la capacidad predictiva de los rasgos de la personalidad sobre la intensidad de dolor subjetiva inducida, los resultados muestran que los mejores predictores de ésta son la Evitación del daño y la Cooperación, los cuales permiten predecir el nivel y tipología de dolor referido con un porcentaje de varianza total explicada de un 21%. La dimensión Evitación del Daño obedece, de algún modo, a rasgos temperamentales (innatos) ansiosos, en tanto que la dimensión Cooperación mide aspectos del carácter (aprendidos) relacionados con la capacidad de adaptación. Los sujetos cooperativos se caracterizan por ser socialmente tolerantes, útiles, compasivos y empáticos (Mateos y De la Gándara, 2001). Hay que remarcar que un importante porcentaje de los pacientes con FM muestran un perfil temperamental del Cluster C tipo obsesivo-compulsivo, que no llega a ser un trastorno de la personalidad sintomático si la dimensión carácter, que implica adaptación, es elevada (García-Fontanals et al., 2017). Ello concuerda con el postulado de Mingote (2000) que establece el "Patrón de conducta tipo F" para definir este conjunto de rasgos en los pacientes con FM. Siguiendo estas premisas, se podría hablar de la capacidad predictiva de estas dimensiones, en tanto que a mayores niveles de ansiedad (Evitación del Riesgo) y menor adaptación

(Cooperación) mayor percepción de dolor. Se constata, pues, que la dimensión que permite predecir el grado de percepción subjetiva de dolor inducido es, principalmente, la Cooperación, implicada en el mantenimiento y la exacerbación de la enfermedad.

La principal limitación de este estudio es el tamaño muestral. En este sentido, no se puede hablar en términos de extrapolación de datos a una población en concreto, por lo reducida y localizada de la muestra. Además, por lo reducido del tamaño muestral, no se ha considerado la posibilidad de establecer límites en los niveles de afección de la población FM que permita excluir a los participantes que presenten menores síntomas o menor intensidad de dolor. Una muestra mayor permitiría hacer subgrupos en relación a la percepción de dolor. Para líneas futuras de investigación, sería necesario partir de una muestra más amplia y controlar aspectos como la sintomatología asociada, niveles de dolor, auto eficacia percibida y calidad de vida informada.

En conclusión, el presente estudio pretende entender estos problemas de salud desde otros enfoques (multicasuales, biopsicosociales, etc.) proporcionando una mejor comprensión de la FM y aportando información de utilidad clínica, para que desde la psicología se contribuya con un tratamiento más eficaz a la mejora de la calidad de vida de pacientes con FM.

AGRADECIMIENTOS

El presente manuscrito ha sido apoyado por el Plan Nacional I+D+I (PSI2014-53524-P) del Ministerio de Educación y Ciencia de España. El Dr. Joan Deus pertenece al Grupo de Investigación SGR2014-1673 de l'Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca de la Generalitat de Catalunya.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adler GK, Kinsley BT, Hurwitz S, Mossey CJ, Goldenberg DL. Reduced hypothalamic-pituitary and sympathoadrenal responses to hypoglycemia in women with fibromyalgia syndrome. *Am J Med.* 1999;106:534-43.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª ed.). Washington: American Psychiatric Association.
3. Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Abelló J, Blotman F, Spaeth M. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Semin Arthritis Rheum.* 2010;39(6):448-53.
4. Cardona JA, León V, Cardona AA. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con fibromialgia. *Colomb. reumatol.* 2013;20(1):19-29.
5. Castel A, Cascón R, Padrol A, Sala J, Rull M. Multicomponent cognitive-behavioral group therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: Long-term outcome. *The Journal of Pain.* 2012;13(3):255-265.
6. Collado A, Torresi X, Arias i Gassol A, Cerdà D, Vilarrasa R; Valdés M. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Medicina Clínica (Barc).* 2001;117:401-5.



7. De Laire X, Rodríguez A, Rodríguez J. Descripción dimensional de rasgos de personalidad en mujeres con diagnóstico médico de fibromialgia. *Revista de Psicología GEPU*. 2012;3(2):15-35.
8. Deus J, Pujol J, Bofill J, Villanueva A, Ortiz H, Cámara E, Soriano-Mas C, Cardoner N, Vallejo J. Resonancia magnética funcional de la respuesta cerebral al dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *PsiqBiol*, 2006;13:39-46.
9. Deus J. Can we see pain?. *Rheumatol Clin*, 2009;5:228-232.
10. Deus J, Soler D, Pelayo R, Vidal J. La estimulación transcraneal por corriente directa (tDCS) en Fibromialgia: estado actual. *Rev Neurol*, 2017; [in press]. Review.
11. García-Blanco S, Poca-Dias V, Pereira Santos C, Fernández Solà A, CuscóSegarra A, García-Fructuoso F, Deus J. Efecto del trastorno afectivo en el rendimiento cognitivo del paciente con Fibromialgia. *C Med Psicosom*, 2013;107:23-31.
12. García-Fontanals A, García-Blanco S, Portell M, Pujol J, Poca V, García-Fructuoso F, Gutiérrez T, Gomà-i-Freixanet M, Deus J. Vulnerability to psychopathology and dimensions of personality in patients with Fibromyalgia. *Clin J Pain*, 2017 [Epub on-line].
13. Gencay-Can A, Can SS. Temperament and character profile of patients with fibromyalgia. *Rheumatology International*. 2012;32(12):3957-61.
14. Gutiérrez-Zotes JA, Bayón C, Montserrat C, Valero J, Labad A, Cloninger CR, 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(1):8-15.
15. Lázaro C, Caseras X, Whizar-Lugo VM, Wenk R, Baldioceda F, Bernal R, Baños JE. Psychometric properties of a Spanish version of the McGill Pain Questionnaire in several Spanish-speaking countries. *The Clinical journal of pain*. 2001;17(4), 365-74.
16. Lledó A, Pastor MA, López S. (2012). Intervención psicológica en la FM. FOCAD: Formación Continuada a Distancia. Colegio Oficial de Psicólogos. ISSN 1989-3906.
17. López Espino M, Gozalo Palomares A, Mingote JC, Borobia Fernández C. Indicadores bioquímicos y pruebas isométricas en fibromialgia. *Medicina y Seguridad en el Trabajo*. 2008;54(213).
18. Lundberg G, Anderberg UM, Gerdle B. Personality features in female fibromyalgia syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*. 2009;17(2):117-30.
19. Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B. EPISER StudyGroup. 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.
20. Mateos M, de la Gándara JJ. (2001). Temperamento, carácter y personalidad. Guía práctica de corrección y evaluación del TCI. Madrid: SCM.
21. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965;150:971-9.
22. Mingote JC, Arigita I. (2000). Jornadas de la mujer. Instituto de la mujer.
23. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Fibromialgia*. ISBN: 978-84-76701-717-3. Madrid.
24. Moldofsky H. Sleep and fibrositis syndrome. *Rheum Dis Clin North Am*. 1989;15(1):91-103.
25. Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández-Ballart J. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Revista Española de Reumatología*. 2004;31(9):507-13.
26. Pastor MA, Pons N, Lledó A, Martín-Aragón M, López-Roig S, Terol MC, Rodríguez-Marín J. (2003). Evaluación de la eficacia de las intervenciones psicológicas en enfermedades reumáticas: el caso de la fibromialgia. En M. Pérez Álvarez, J.R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (Ed.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (T.II)*: Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide.
27. Pastor MA, Lledó A, López-Roig S, Pons N, Martín-Aragón M. Predictores de la utilización de recursos sanitarios en la fibromialgia. *Psicothema*. 2010;22(4):549-55.
28. Pujol J, Macià A, García Fontanals A, Blanco-Hinojo L, López-Solà M, et al. The contribution of sensory system functional connectivity reduction to clinical pain in fibromyalgia. *PAIN*. 2014;155(8):1492-503.
29. Reid GJ, Lang BA, McGrath PJ. Primary juvenile fibromyalgia: psychological adjustment, family functioning, coping, and functional disability. *Arthritis Rheum*. 1997;40(4):752-60.
30. Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. *ReumatolClin*, 2006;2:S55-66.
31. Russell IJ, Vaeroy H, Javors M, Nyberg F. Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in fibromyalgia/fibrositis syndrome rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1992;35:550-6.
32. Staud R. Chronic widespread pain and fibromyalgia: two sides of the same coin? *Curr Rheumatol Rep*. 2009;11:433-6.
33. Sumpton JE, Moulin DE. Fibromyalgia. *Handb Clin Neurol*. New York: Elsevier, 2014;119:513-27.
34. Thieme K, Dennis C, Turk H. Comorbid Depression and Anxiety in Fibromyalgia Syndrome: Relationship to Somatic and Psychosocial Variables. *Psychosomatic Medicine*. 2004;66:837-44.
35. Torres X, Bailles E, Valdés M, Gutiérrez F, Peri JM, Arias A, Gómez E, Collado A. Personality does not distinguish people with fibromyalgia but identifies subgroups of patients. *General Hospital Psychiatry*. 2013;35:640-48.
36. Valverde M, Juan A, Ribas B, Benito JC, Carmona I. y grupo de trabajo EPISER 2000. Prevalencia de la fibromialgia en la población española. *Estudio EPISER 2000*. *Revista Española de Reumatología*. 2000;27:157.
37. Vural M, Demir-Berkol T, Erdogdu Z, Kucukserat K, Aksoy C. Evaluation of personality profile in patients with fibromyalgia syndrome and healthy controls. *Modern Rheumatol*. 2014;24(5):823-8.
38. Walitt B, Ceko M, Gracely JL, Gracely RH. Neuroimaging of Central Sensitivity Syndromes: Key Insights from the Scientific Literature. *Curr Rheumatol Rev*, 2016;12(1):55-87. Review.
39. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 1990;33:160-72.
40. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Yunus MB. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care and Research*. 2010;62(5):600-10.
41. Wolfe F, Brähler E, Hinz A, Häuser W. Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. *Arthritis Care Res*. 2013;65:777-85.
42. Yunus MB, Ahles TA, Aldag JC, Masi AT. Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 1991;34:15-21.