

Estudio clínico y de personalidad en pacientes con fibromialgia. Variables psicológicas y datos preliminares para una intervención cognitivo-conductual

Clinical and personality study in patients with fibromyalgia. Psychological variables and preliminary data for cognitive-behavioral intervention

Yolamny Rosa Perdomo¹, Cristina Giménez Muniesa², Borja Farré Sender², JM^a Farré i Martí², Cayetano Alegre de Miquel³

Resumen

Se presentan los datos preliminares del estudio de fibromialgia (FM) encaminado a observar la evolución de la calidad de Vida, el impacto de la FM y la percepción de dolor en participantes intervenidas con TCC con/sin entrenamiento en asertividad respecto a un grupo control, e identificar si existen algunos rasgos de personalidad específicos en las participantes de la muestra. La muestra estuvo formada por 12 mujeres con diagnóstico de FM en el Institut Universitari Dexeus. Los resultados indican que las pacientes presentan una percepción de afectación moderada por el impacto de la FM, con una elevada percepción de dolor, percepción de gran afectación en su calidad de vida y rasgos de personalidad con tendencia al Neuroticismo-Ansiedad.

Palabras clave: Fibromialgia. Calidad de vida. Dolor. Asertividad. Personalidad.

Summary

We present the preliminary data about the study of fibromyalgia (FM). This study is directed to observe the evolution of life quality, the impact of FM, and the perception of pain in persons

¹Psicóloga, Master en Psicología Clínica y Medicina Conductual, UAB -Institut Universitari Dexeus Barcelona (IUD)

²Servicio de Psiquiatria, Psicología y Medicina Psicosomática USP-IUD

³Servicio de Reumatología USP-IUD.

Correspondencia: Dra. Yolamny Rosa Perdomo
USP Instituto Universitario Dexeus
C/ Sabino Arana, 5-19, 3^a Pl. Consultas Externas
08028 BARCELONA

treated with TCC with/without training on assertiveness in regard to a control group, and also to identify if there are some specific features of personality on the sample persons. The sample persons were twelve women diagnosed with FM in the USP Dexeus University Institute. The results indicate that the patients present a perception of moderate affectation for the impact of FM, with a high perception of pain, perception of high involvement in their quality of life and with a tendency to the Neurotic-Anxiety personality traits.

Key words: Fybromialgia. Quality of life. Pain. Assertiveness. Personality.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica de causa actualmente desconocida, que se caracteriza por la presencia de dolor musculoesquelético generalizado, asociado a una serie de puntos dolorosos específicos que ayudan a su diagnóstico (García Campayo & Pascual 2006b). Afecta a las esferas biológica, psicológica y social de la persona que la padece (Amaro, Martí, Soler & Granados, 2006; García Campayo & Pascual, 2006b) y en algunos casos puede llegar a ser invalidante, siendo su evolución compleja y variable (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004). Fue descrita hace casi un siglo por Gowers con el término "Fibrositis" y reconocida como enfermedad por el American College of Rheumatology (ACR) en 1990. En 1993 la OMS la incorporó a su lista de enfermedades (M 729.0) Los criterios que se siguen para su diagnóstico son: debe existir una historia de dolor crónico de al menos 3 meses de evolución; dolor referido ante la presión de al menos 11 de los 18 puntos sensibles; la presencia de otras enfermedades no excluye el diagnóstico de FM. La prevalencia de la enfermedad está en torno al 2-3% de la población general. En España el número de afectados oscila entre 800.000 y 1.200.000. La edad de aparición está entre los 30-50 años, aunque se han reportado casos en niños y ancianos. La incidencia es de 7-1 en mujeres con respecto a los hombres (García Campayo, 2006a).

El dolor es el síntoma central de la fibromialgia, está presente en todas las personas que padecen la enfermedad. Otros síntomas por orden de frecuencia son: la fatiga, el insomnio, dolor articular, dolor de cabeza, piernas inquietas, hormigueos en extremidades o parestesias, fallos de

memoria, espasmos musculares o contracturas, dificultad de concentración y nerviosismo. Se asocian también: ansiedad, depresión, mareos, sensación de hinchazón, quemazón en pies y manos y colon irritable. Por el contrario, la FM no produce dolor ni hinchazón en las articulaciones, no hay riesgo vital, no hay degeneración muscular o articular y actualmente no hay curación definitiva. Las recidivas son frecuentes y la remisión total sólo se consigue en una minoría de casos. En estudios de intervención multidisciplinar, incluyendo tratamiento psicológico, con seguimiento a seis meses, se ha observado que el dolor percibido se ha mantenido estable, pero ha mejorado la calidad de vida (Peri, 2009).

Distintos autores señalan que el comienzo de la enfermedad coincide con la presencia de eventos vitales estresantes. Los episodios de carácter psicológico más frecuentemente descritos son los relacionados con estrés y depresión (Munguía, Legaz & Alegre, 2007). La presencia de malestar emocional, específicamente ansiedad y depresión, está referenciada en numerosos estudios (Amaro et al., 2006; Vallejo, Comeche, Ortega, Rodríguez & Díaz., 2009; Mata et al., 2009a). Concretamente, y en estudios recientes, se observa hasta en un 70% de la presencia de síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión (Camino, Jiménez, de Castro & Fábregas, 2009). También se han descrito otros trastornos psiquiátricos como somatizaciones, fobias (Peñacoba, 2009), trastorno obsesivo-compulsivo y distintos trastornos de personalidad (Ruiz Fabeiro et al., 2004; Doleys & Doherty, 2001 citado en Peñacoba, 2009). No obstante, no todos los afectados presentan los mismos niveles de psicopatología (Ahles, Yunus, Riley, Bradley & Masi, 1984). Existen diferencias significativas, tanto en la presentación

clínica, como en la respuesta al tratamiento, en presencia o no de alguna psicopatología. (Alegre & Sellas, 2008).

Los estudios actuales sugieren que algunos aspectos de personalidad de las personas con FM pueden ser un factor de riesgo para sufrir la enfermedad. Camino et al. (2009), hablan de 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*; caracterizándose por ser excesivamente responsables y autoexigentes, y con tendencia a sentirse culpables. Tobo (2007), observa una alta susceptibilidad al estrés, baja percepción de apoyo social, creencias y valores con predominio de tradición y benevolencia, con una elevada resistencia a modificar creencias y valores. Otros autores han encontrado un aumento de la emocionabilidad negativa y alexitimia (van Middendorp et al., 2008). En un estudio controlado (Deus, 2009), se observaron diferencias importantes en el perfil de personalidad y la presencia psicopatológica, así como el umbral de respuesta al dolor en personas diagnosticadas de FM. Concretamente, los resultados de las medidas autoaplicadas y las pruebas de neuroimagen revelaban un estado emocional, y un estilo de afrontamiento, caracterizados por una significativa elevación de la ansiedad estado-rasgo y del factor neuroticismo, marcada tendencia a la excesiva preocupación por acontecimientos futuros y pasados, marcada ansiedad anticipatoria y evitación del daño, emocional o físico.

Existen diversas razones que justifican las intervenciones psicológicas en la FM. Primeramente, porque se trata de una enfermedad crónica de gran impacto que afecta a la calidad de vida de las personas que la padecen (Amaro et al., 2006; Mata et al., 2009b) y con la que deben aprender a convivir. *El impacto de la FM*, se refiere al grado de incapacitación o de disfunción que la sintomatología de la enfermedad provoca en la persona. La calidad de vida, es un constructo descriptivo que se refiere al bienestar físico, emocional y social y a la capacidad funcional para la ejecución de las tareas comunes de la vida diaria (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004). En estas personas y en relación con la salud, las áreas más

afectadas son la función física, la actividad intelectual, el estado emocional y la calidad del sueño (Munguía, Legaz & Alegre, 2007).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es la intervención psicológica que ha demostrado más eficacia en el tratamiento de la FM (Wells-Federman et al., 2003 citado en Peñacoba, 2009; Sarzi-Puttini, Buskila, Carrabba, Doria & Atzeni, 2008; García Campayo et al. 2009). La TCC aumenta su eficacia en la FM cuando se combina con otros tratamientos (Williams, 2003): en la terapia se utilizan técnicas de condicionamiento clásico y operante, aprendizaje observacional, estrategias en solución de problemas y habilidades de afrontamiento. Incluye una fase educacional que les informa sobre la naturaleza del trastorno y el modo de afrontarlo. Con el tratamiento psicológico se busca que la persona afectada modifique sus creencias sobre la enfermedad, y aprenda técnicas de afrontamiento que le permitan responder adecuadamente al dolor y a otras manifestaciones clínicas (Peñacoba, 2009). La mayoría de las intervenciones actuales se realizan con equipos multidisciplinares.

La calidad de vida puede mejorar, modificando algunos aspectos psicológicos que han sido estudiados: autoeficacia (Buckelew et al., 2003, Peri, 2009; Vallejo et al., 2009), creencias favorables, afrontamiento activo, creencias de indefensión, locus de control externo (Peri, 2009), catastrofismo (García Campayo & Pascual, 2006b; Peri, 2009), expresión de la cólera (van Middendorp et al., 2009). La falta de asertividad parece ser una característica común en las personas diagnosticadas de FM (Mata et al., 2009a; Jhonson, Paananen, Rahinantti & Hannonen, 1997). Se ha planteado incluso que sería uno de sus factores precipitantes (Peri, 2010). En referencia al entrenamiento en asertividad en personas con FM, la bibliografía aún no reporta suficientes resultados en cuanto al papel de esta variable, si bien, ha sido incluido en programas de TCC (Camino et al., 2009; Lera, 2006; Moix, 2009; Peri, 2009). De ahí nuestro interés en estudiar el papel del entrenamiento en asertividad en la terapia de la FM.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

H1 -El impacto de la FM disminuiría después

de la TCC con entrenamiento en asertividad más que con TCC en solitario, y más que el grupo control.

H2 -La calidad de vida aumentaría después de la TCC con entrenamiento en asertividad más que con TCC en solitario, y más que el grupo control.

H3 -La percepción de dolor en las participantes de la muestra no presentaría cambios significativos en ninguno de los tres grupos en el post tratamiento.

H4 -Si disminuye el impacto de la FM en las participantes, aumentaría la calidad de vida.

Objetivos

OBJ 1 -Observar la evolución de la calidad de vida, el impacto de la FM y la percepción de dolor en participantes intervenidas con TCC con/sin entrenamiento en asertividad respecto a un grupo control.

OBJ 2 -Identificar si existen algunos rasgos de personalidad específicos en las participantes de la muestra.

MATERIAL Y MÉTODO

Instrumentos y variables

1) Cuestionario autoadministrado: Recoge las *Variables sociodemográficas*: edad, nivel académico, estado civil y situación laboral. *Variables clínicas y de salud*: duración e inicio del trastorno, profesionales consultados, tratamientos utilizados y medicación administrada.

2) Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIO): Mide el *Impacto producido por la FM*. La medida se realiza mediante el cómputo total de la puntuación del instrumento. En nuestro estudio utilizaremos la versión validada en castellano por Rivera Redondo (2003). Es un instrumento de autoinforme. Está compuesto por 10 ítems que evalúan el grado de incapacitación o de disfunción que los síntomas de dolor fibromiálgico han producido durante la última semana. Consta de 10 áreas o escalas, cada una de las cuales puntúa entre 0 y 10 (Anexo 1). *El índice global de impacto o afectación* se obtiene sumando

las puntuaciones transformadas en las diez escalas descritas y fluctúa entre los valores de 0 a 100, siendo 100 la máxima disfunción que el trastorno puede causar. En la validación española la consistencia interna mostró un coeficiente alfa de 0,78 para todos los ítems. Los 9 ítems sobre la función física mostraron un coeficiente alfa de 0,84. Este cuestionario tiene una *Subescala Analógica Visual (EVA o VAS)*: se mide la intensidad del dolor mediante una línea recta de 10 cm de longitud. El sujeto debe valorar sobre el *continuum* cuál es la intensidad percibida de dolor durante las últimas horas y señalarlo sobre la escala, cuyos extremos van de “sin dolor” a “máximo dolor experimentado”. Este tipo de escalas han mostrado ampliamente su validez en la medición de la intensidad del dolor. El coeficiente de la escala en la validación española fue de $r = 0,53$.

3) Cuestionario de salud y calidad de vida SF-36: Mide la *calidad de vida autopercebida*. Es un cuestionario de autoinforme que proporciona un perfil de la calidad de vida durante el último mes según la percepción del estado de salud que tiene la propia persona. A través de ocho escalas con dos dimensiones: Estado funcional y Bienestar emocional (subescalas: Función física, Función social, Limitaciones del rol por problemas físicos, Limitaciones del rol por problemas emocionales, Salud mental, Salud general, Vitalidad y Dolor). Existe un índice global de Salud general autopercebida. El cuestionario, validado con muestra española, ha demostrado niveles de consistencia interna y de fiabilidad muy aceptables (Vilagut et al., 2005). Todas las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 0 y 100. No existen puntos de corte; a mayor puntuación, mejor calidad de vida. (Ware & Sherbourne (1992) publicado por Bobes, et al. (2004).

4) Cuestionario de Personalidad de Zuckerman y Kuhlman (ZKPQ). Evalúa las dimensiones de personalidad que constituyen el Modelo de los Cinco Factores Alternativos. Consiste en 99 ítems dicotómicos con respuestas de verdadero o falso y mide cinco dimensiones básicas de la personalidad: *Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx)*, *Actividad (Act)*, *Sociabilidad (Sy)*, *Impulsividad y Búsqueda de Sensaciones (ImpSS)* y *Agresividad-Hostilidad (AggHost)*. Ha sido validado en castellano (Gomà-Freixanet & Valero, 2008), mos-

trando validez consensual, así como concurrente, la correlación interescala fue de $r=.14$.

5) Symptom Check List 90 Revised (SCL-90-R) de Derogatis, (1977), Adaptación española de González Rivera y cols., 2002.

6) Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+), adaptación española de Calvo, Caseras, Ponce de León y Torrubia (2002).

7) Inventario de Asertividad Gambrell y Ritchie, 1975 (Caballo, 1993).

Procedimiento

Criterios de inclusión: adultos a partir de los 18 años de edad. Diagnosticadas de fibromialgia según criterios ACR -1990. Estables en el tratamiento farmacológico y no farmacológico (acupuntura, masajes, etc.). Que no estaban en proceso de juicio por incapacidad laboral. No asertivas y sin haber recibido entrenamiento previo en asertividad. Con un grado de percepción de dolor superior a 4 e inferior a 9, medido con una escala de tipo visual-analógico (EVA o VAS).

Criterios de exclusión: sintomatología psiquiátrica grave en fase aguda, evaluada mediante el SCL-90-R. Trastornos de personalidad graves, evaluados mediante el PDQ-4+ y Entrevista Clínica. Ser asertiva, evaluada mediante Inventario de Asertividad de Gambrell y Richey, 1975.

Muestra

Constituida por 12 mujeres, con diagnóstico de fibromialgia, valoradas clínicamente en el Servicio de Reumatología de USP-IUD, que cumplieron los criterios de inclusión/exclusión. Se recogieron los datos de las participantes que firmaron el consentimiento informado. Se distribuyeron aleatoriamente para el grupo de intervención de TCC sin asertividad y fueron evaluadas antes del inicio del tratamiento. Se consideró aplicar el protocolo previsto (Tabla 1), efectuar las mediciones pertinentes al término del tratamiento y realizar el seguimiento a los tres, seis meses y un año. La intervención es de formato grupal, con 11 sesiones de TCC de una hora y media de duración y frecuencia semanal.

Diseño

Ensayo clínico, longitudinal, prospectivo, $n=36$.

Variables independientes: TCC con asertividad; TCC sin asertividad y control. Variables dependientes: impacto de la FM; calidad de vida; percepción de dolor.

Para el análisis estadístico de la fase actual, $n=12$ (fase 2, Tabla 1) se utilizó el paquete estadístico SPSS (V18). Se determinó el nivel basal de la muestra de las participantes del grupo experimental 1, determinando las medias grupales y la desviación típica en cuanto a impacto de FM, percepción de dolor, calidad de vida, asertividad, rasgos de personalidad. Se obtuvieron tablas de frecuencia para las variables sociodemográficas.

RESULTADOS

Las pacientes del estudio tienen edades comprendidas entre 41-68 años, con una media de 52 años ($SD\pm 8,86$). Durante 12,83 años ($\pm 8,24$), han padecido los síntomas de la enfermedad. Recibieron diagnóstico de FM hace 8,33 años ($\pm 6,47$). El 98% ($n=11$) están casadas o viven con pareja. En relación con el nivel académico, el 50% ($n=6$) tiene estudios de bachillerato y el vínculo laboral del 41,7% ($n=5$) ha sido como empresarias o autónomas.

Las participantes expresan haber consultado a diferentes especialistas médicos a consecuencia de su enfermedad, la cifra oscila entre seis y diez especialistas, según comunica el 75% de la muestra ($n=6$). De la misma manera, han realizado entre tres y cinco tratamientos diferentes ($n=9$). Al expresar la posible relación causal entre acontecimientos vitales estresantes y el inicio de la enfermedad, el 45% ($n=5$) hace referencia al estrés percibido en el día a día. Otros factores atribuidos son: depresión ($n=2$), al suceso del parto ($n=2$), crisis matrimoniales ($n=2$), como consecuencia de una intervención quirúrgica ($n=2$).

En cuanto a los resultados de la percepción que tienen de su calidad de vida, evaluada con el SF-36, se observa que, debido a la afectación general estas participantes, tienden a expresar peor calidad de vida, principalmente el *Rol físico* donde las bajas puntuaciones indican hasta qué punto los problemas de salud física interfirieron con el funcionamiento ocupacional personal (14,58; $\pm 29,11$). En la *Vitalidad* las puntuaciones también son bajas, esto indica que el nivel de fatiga

Tabla 1
Protocolo de actuación

FASE 0			
Pre-selección desde Reumatología y Psicología/Psiquiatría	Cumpliendo los criterios de inclusión, se administró SCL-90-R; PDQ-4+; Inventario de Asertividad y Entrevistas clínicas.		
FASE 1			
Distribución de la muestra	Grupo experimental 1:	Grupo experimental 2:	Grupo control:
FASE 2			
Evaluación inicial	FIQ; ZKPQ; SF-36 y Cuestionario sociodemográfico.	FIQ; ZKPQ; SF-36 y Cuestionario sociodemográfico.	FIQ; ZKPQ; SF-36 y Cuestionario sociodemográfico.
Intervención grupal (sesiones)	1ª. Psicoeducación. 2ª. Factores mantenedores del dolor. Identificar conductas de dolor I. Respiración diafragmática. 3ª. Identificar conductas de dolor II. RMB. 4ª. Identificar conductas de dolor III. RMI. 5ª. Terapia cognitiva I. RMA. 6ª. Terapia cognitiva II. RMA+ visualización. 7ª. Terapia cognitiva III. RMA+ visualización. 8ª. Terapia cognitiva IV. RMA+ visualización. 9ª. Autoeficacia. RMA+ visualización. 10ª. Patrón final de comportamiento y cognitivo modificado. RMA+ visualización. 11ª. Explicación del trabajo realizado, aclaramientos. Aplicación de cuestionarios FIQ,SF-36 e Inventario de Asertividad. Orientación a familiares.	1ª. Psicoeducación. 2ª. Factores mantenedores del dolor. Identificar conductas de dolor I. Respiración diafragmática. 3ª. Identificar conductas de dolor II. RMB. 4ª. Terapia cognitiva I. RMI. 5ª. Terapia cognitiva II. RMA. 6ª. Terapia cognitiva III. RMA+ visualización. 7ª. Autoeficacia. RMA+ visualización. 8ª. Asertividad. RMA+ visualización. 9ª. Asertividad. RMA+ visualización. 10ª. Patrón final de comportamiento y cognitivo modificado. RMA+ visualización. 11ª. Explicación del trabajo realizado, aclaramientos. Aplicación de cuestionarios FIQ, SF-36 e Inventario de Asertividad. Orientación a familiares.	Sin intervención.
FASE 3			
Seguimiento a tres, seis meses y un año	FIQ; SF-36	FIQ; SF-36	FIQ; SF-36

Nota: RMB: relajación muscular básica, RMI: relajación muscular intermedia, RMA: relajación muscular avanzada.

tiende a ser elevado y expresan poca energía (22,92; $\pm 22,10$). El *Dolor corporal* que experimentan y la interferencia que este les produce en la vida diaria tiende a ser elevado, indicado con puntuación baja (26,59; $\pm 16,53$). La percepción que tienen de su *Salud general*, la puntuación indica que también tiende a ser baja, lo que implica una serie de creencias negativas acerca de su enfermedad (34,75; $\pm 18,70$). En las subescalas de *Función física*, *Función social*, *Rol emocional* y *Salud mental* las valoraciones tienden a indicar una afectación moderada (Tabla 2).

En cuanto al *Impacto de la FM* observado en los resultados del FIQ, los valores indican una puntuación de afectación media de 64,33 ($\pm 16,07$). Este impacto es superior al 60%, observándose que el impacto de la enfermedad percibido tiende a ser moderado. Por el contrario, se observa en la EVA que las participantes refieren mayor *percepción de dolor* (8,0; $\pm 1,41$), pues su percepción de dolor es del 80% de intensidad (Tabla 3).

En el Inventario de Asertividad, el nivel basal de las participantes de la muestra tiene un *grado de malestar* con una media de 111,83 ($\pm 18,24$) y siendo la *probabilidad de respuesta* de 110,92

($\pm 22,13$). Muestran puntajes que las sitúan en la subcategoría de *no asertivas* (Tabla 4).

Los resultados de personalidad del cuestionario ZKPQ, expresan que el factor *Neuroticismo-Ansiedad* tiene valores en las participantes superiores al baremo de la población general, lo que indica la tendencia a la preocupación frecuente, mostrándose tensas, disgustadas, miedosas, indecisas, con baja autoconfianza y muy sensible a las críticas (13,42; $\pm 3,65$), significación $p=,003$. En el resto de las escalas del cuestionario los valores de la muestra clínica no muestran diferencias, estadísticamente significativas, con respecto a la población general. El factor *Actividad* muestra una media de 7,67 ($\pm 3,44$). En la *Sociabilidad* se observa un resultado de 5,92 ($\pm 4,10$). En cuanto a la *Impulsividad* y *Búsqueda de Sensaciones* los valores medios son de 4,83 ($\pm 2,62$) y en la *Agresividad-Hostilidad* son de 5,75 ($\pm 3,10$) (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Los datos preliminares corresponden a una fase temprana del estudio, referidos a un primer grupo experimental, que se deberán ampliar en un

Tabla 2
Resultados de calidad de vida. Cuestionario SF-36

	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Media	44,17	14,58	26,50	34,75	22,92	54,33	41,67	49,33
DT	($\pm 22,03$)	($\pm 29,11$)	($\pm 16,53$)	($\pm 18,70$)	($\pm 22,10$)	($\pm 33,44$)	($\pm 47,42$)	($\pm 24,73$)
Afectación	44/100	15/100	26/100	35/100	23/100	54/100	42/100	49/100

Nota: no existen puntos de corte; de 0 a 100, a mayor puntuación mejor calidad de vida.

Tabla 3
Impacto de la fibromialgia. Cuestionario FIQ y subescala EVA

	FIQ	EVA
Media	64,33	8,0
DT	($\pm 16,07$)	($\pm 1,41$)

Nota: puntuación en el FIQ de 0-100, puntuación en la EVA de 0-10. A mayor puntuación, mayor afectación.

Tabla 4
Resultados Inventario de asertividad Gambrill y Ritchie, 1975

	Grado de Malestar	Probabilidad de Respuesta
Media	111,83 ($\pm 18,24$)	110,92 ($\pm 22,13$)

futuro incrementando la muestra para obtener resultados con mayor potencia estadística. Aún así,

Tabla 5
Resultados cuestionario de personalidad ZKPQ

	Muestra	Población general	Significación
	Media (DT)	Media (DT)	
Neuroticismo-Ansiedad	13,42 (± 3,65)	9,47 (±4,45)	,003
Actividad	7,67 (±3,44)	7,76 (±3,54)	,297
Sociabilidad	5,92 (±4,10)	6,33 (±3,47)	,734
Impulsividad	4,83 (±2,62)	6,19 (±4,24)	,101
Agresión-Hostilidad	5,75 (±3,10)	6,36 (±3,06)	,511
Infrecuencia	1,92 (±1,37)	1,88 (±1,65)	,928

Nota: DT: desviación típica

los resultados obtenidos nos permiten establecer ciertos paralelismos con estudios de otros autores, como el de Lera (2006), quien realizó un estudio con 83 pacientes de fibromialgia residentes en la comunidad barcelonesa del Bages. En nuestra muestra la edad media es de 52 años frente a la media de 50 años en el de Lera. Las pacientes de nuestro estudio han tenido un tiempo de evolución de la enfermedad relativamente largo, 12,83 años de media, aunque comparativamente es inferior, frente a los 15,79 años de media en la muestra de Lera. El 50% de nuestras participantes cursaron estudios de bachillerato, y en el de Lera más del 60% cursaron estudios básicos o elementales. El 41,7% de nuestras participantes han trabajado de autónomas o empresarias, frente al 50% de las participantes en la muestra de Lera que se desempeñaron como obreras, trabajadoras de servicio o trabajadoras agrarias.

Las participantes en nuestro estudio identifican como posibles causas, desencadenantes de la FM, los acontecimientos vitales estresantes cotidianos: el suceso del parto, las crisis matrimoniales, la depresión, y las intervenciones quirúrgicas. Estas causas fueron referidas por Munguía, Legaz y Alegre (2007), que reportaron una alta frecuencia de episodios de estrés y depresión como factores desencadenantes.

Se observa, asimismo, una percepción que tiende a ser negativa con referencia a la calidad de vida, siendo las más afectadas las subescalas de Rol físico, Vitalidad, Dolor corporal y Salud general, con una afectación moderada-alta en la Función física y el Rol emocional; estos resulta-

dos coinciden con los planteados por Munguía et al. (2007), quienes también llaman la atención sobre la calidad del sueño.

Los datos sobre personalidad indican valores diferenciados del factor Neuroticismo-Ansiedad superiores al baremo de la población general y coincidiendo con los resultados encontrados por Deus (2009). Estos rasgos pueden tener importancia al relacionarlos con otras características de personalidad que se han observado en muestras de otros estudios recientes, tales como la inhabilidad social (Mata et al. 2009a), la tendencia a sentirse culpables (Camino et al. 2009), la alta susceptibilidad al estrés (Tobo, 2007); además, pueden ser un factor de predisposición a experimentar la ansiedad que se ha observado asociada a la FM (Vallejo et al., 2009; Camino et al., 2009).

La afectación que experimentan debido al impacto de la enfermedad medida mediante el FIQ es moderada, lo cual coincide con los resultados encontrados por Lera (2006). Por el contrario, la percepción de dolor en la subescala EVA fue de alta intensidad. Si estos resultados se mantienen, en el futuro se deberán considerar, a fin de establecer la correlación entre el moderado impacto de la enfermedad que perciben las pacientes y la elevada afectación en la calidad de vida que se observa. De forma general podemos concluir, que las participantes en nuestra muestra presentan una afectación moderada de impacto de la FM y una elevada percepción de dolor, de la afectación de la calidad de vida y rasgos de personalidad con tendencia al Neuroticismo-Ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Alegre C y Sellas A.:** Fibromialgia: Enfermedad de la emoción o emoción del dolor. *Medicina Clínica*, 2008; 131: 503-4.
2. **Amaro T, Martín M, Soler P, y Granados J.:** Fibromialgia: Estudio de la calidad de vida antes y después del tratamiento psicológico. *C. Med. Psicosom.*, 2006; 79/80: 47-52.
3. **Ahles T, Yunus M, Riley S, Bradley J & Masi A.:** Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, 1984; 27: 1101-6.
4. **Bobes J, Portilla M, Bascarán M, Sáiz P y Bousoño M.:** Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36) 3ª ed. (pp. 163). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Barcelona: Arsmédica, 2004.
5. **Buckelew S, Parker J, Keefe F, Deuser W, Crews T, Conway R, Kay D & Hewet J.:** Self-efficacy and pain behavior among subjects with fibromyalgia. *Pain* 2003; 59: 377-84.
6. **Caballo V.:** Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo veintiuno editores, S.A., 1993; pp. 127.
7. **Calvo N, Caseras X, Gutiérrez F y Torrubia R.:** Adaptación española del Personality Questionnaire-4+ (PDQ-4+). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2002; 30.
8. **Camino A, Jiménez B, de Castro-Palomino M y Fábregas M.:** Ira, fibromialgia y ansiedad: aproximación desde un CSM. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2009; 29: 203-215.
9. **Deus J.:** Dimensión emocional de la respuesta cerebral al dolor en pacientes con fibromialgia (FM). *Revista del COPC* 2009; 220: 19-26.
10. **García Campayo J.:** Trastornos somatomorfos específicos: I. Fibromialgia. *Monografías Siete Días Médicos*, 2006: 7-13.
11. **García Campayo J y Pascual A.:** Aprender a vivir con fibromialgia. Barcelona: Edika Med, 2006.
12. **García Campayo J, Serrano-Blanco A, Rodero B, Magallón R, Alda M, Andrés E, Luciano J y del Hoyo Y.:** Effectiveness of the psychological and pharmacological treatment of catastrophization in patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Trials*, 2009; 10: 24.
13. **Gomá-Freixanet M y Valero S.:** Spanish normative data of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a general population sample. *Psicothema*, 2008; 20: 324-330.
14. **González de Rivera, J y cols.:** SCL-90-R Cuestionario de 90 Síntomas. Leonard R. Derogatis Ph.D. Manual. Publicaciones de Psicología Aplicada. Madrid: TEA Ediciones, S.A. 2002.
15. **Johnson M, Paananen M, Rahinanti P & Hannonen P.:** Depressed fibromyalgia patients are equipped with an emphatic competence dependent self-esteem. *Clinical Rheumatology*, 1997; 16: 578-584.
16. **Lera S.:** Características y respuesta al tratamiento multidisciplinario de pacientes afectados de fibromialgia. Memoria de tesis doctoral, Universitat de Barcelona, 2006.
17. **Mata P, González L, López M, Camino M, de Felipe V y Castel B.:** Fibromialgia y psicopatología asociada. Ejemplar dedicado al XLIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. *C. Med. Psicosom.* 2009; 89/90: p. 31.
18. **Mata P, de Felipe V, Camino M, González L, Castel B y López M.:** Relación entre acontecimientos vitales estresantes y calidad de vida en pacientes con fibromialgia (FM). Ejemplar dedicado al XLIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, *C. Med. Psicosom.* 2009; 89/ 90: p. 32.
19. **Ministerio de Sanidad y consumo. Consejo Interterritorial Sistema Nacional de Salud.** Fibromialgia. Madrid: Centro de publicaciones, 2004.
20. **Moix J.:** Diseño de un protocolo cognitivo-conductual para el tratamiento del dolor crónico. *Actas del XLIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática*, Junio, Barcelona, 2009.
21. **Munguía D, Legaz A, y Alegre C.:** Guía de práctica clínica sobre el síndrome de fibromialgia para profesionales de la salud. Madrid: Elsevier, 2007.
22. **Peri J.:** Fibromialgia: desenredant la troca. Comunicación expuesta en la XXV Jornada de Terapia del Comportament i Medicina Conductual en la Práctica Clínica, 25 Marzo, Barcelona, 2010.
23. **Peri J.:** ¿Qué tienen que cambiar los pacientes con fibromialgia para que mejore su calidad de vida? Comunicación presentada en el XLIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, 2009, Junio, Barcelona.
24. **Peñacoba C.:** Intervención psicológica en personas con fibromialgia. *Infocop*, 2009; 43: 14-20.
25. **Rivera Redondo J.:** Calidad de vida en mujeres con fibromialgia (FM). Validación y adaptación del cuestionario "Fibromyalgia i impact questionnaire" FIQ en la población española. *Revista Española de Reumatología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Reumatología*, Ejemplar dedicado al XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología, 2003; 30 (5): p.185.
26. **Sarzi-Putini P, Buskila D, Carrabba M, Doria A & Atzeni F.:** Treatment strategy in fibromyalgia syndrome: where are we now?. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2008; 37: 353-65.
27. **Tobo N.:** Factores emocionales, cognitivos y con-

-
- ductuales en la vivencia de la FM. Trabajo de Master no publicado. Universidad Autónoma de Barcelona, 2007.
28. **Vallejo M, Comeche M, Ortega J, Rodríguez M, y Díaz M.:** Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escritos de Psicología*, 2009; 2: 28-34.
 29. **Van Middendorp H, Lumley M, Jacobs J, van Doornen L, Bijlsma J & Geenen R.:** Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 2008; 64: 159-67.
 30. **Van Middendorp H, Lumley M, Moerbeek M, Jacobs J, Bijlsma J, & Geenen R.:** Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: a diary study. *European Journal of Pain*, 2009; 14: 176-82.
 31. **Vilagut G. et al.:** El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit. Barcelona*, 2005; 19: 2.
 32. **Williams D.:** Psychological and behavioural therapies in fibromyalgia and related syndromes. *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology*, 2003; 17: 649-65.