

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Departamento de Psicología

Programa de Neurociencias

TESIS DOCTORAL:

Rasgos psicológicos y percepción del dolor en pacientes con
fibromialgia.

Autora:

Mónica Álvarez Morezuelas

Directora:

Mercedes Paino

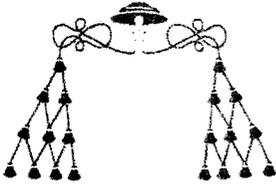
2015.

“Es intentando lo Imposible, como se realiza lo Posible”.

(Henri BarBusse)

Esta tesis va dedicada a ti, que confiaste en mí.
Que me animaste y que siempre estuviste ahí, durante estos años.

A Juan y a Miguel, no.
Para ellos, apartir de ahora, mi energía y mi tiempo.



RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis

Español/Otro Idioma: RASGOS PSICOLÓGICOS Y PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Inglés: PSYCHOLOGICAL TRAITS AND PERCEPTION OF PAIN IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA

2.- Autor

Nombre:
MÓNICA ÁLVAREZ MOREZUELAS

DNI/Pasaporte/NIE:

Programa de Doctorado: NEUROCIENCIAS

Órgano responsable: UNIVERSIDAD DE OVIEDO. DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

RESUMEN (en español)

La fibromialgia es un síndrome complejo que lleva asociado diferentes síntomas. Esta patología se caracteriza por dolor generalizado y persistente, mayor sensibilidad al dolor y otros síntomas, como fatiga, sueño no reparador, y alteraciones del estado de ánimo. El objetivo de este estudio es conocer la posible relación existente entre diferentes rasgos psicológicos y la percepción de dolor en general, interesándonos particularmente aquellas personas con fibromialgia, y también la capacidad de estas personas para experimentar y explicar sensaciones y emociones (positivas y negativas), y la influencia que ello pueda tener en la percepción de dolor. Nuestros resultados indican que existen diferencias en los rasgos medidos, tanto si se clasifica a los sujetos por su diagnóstico (fibromialgia, artritis reumatoide, sano), como por la intensidad del dolor percibido (severo, moderado o leve).

RESUMEN (en Inglés)

Fibromyalgia is a complex disorder with many associated symptoms. This pathology is characterized by persistent widespread pain, abnormal pain sensitivity, and additional symptoms, such as fatigue, sleep disturbance, and mood symptoms. The aim of this study is to investigate whether there is a relationship between some psychological traits of people with pain in general, interested in particular in those with fibromyalgia, and the ability of these people to experiment and explain feelings and emotions (both positive and negative) and the influence that it may have on the intensity of pain and quality of life perceived by the person. Our results indicate that, indeed, there are differences in some of the evaluated psychological traits, whether subjects are classified by their diagnosis (fibromyalgia, rheumatoid arthritis and healthy people) or by their perception of pain (severe, moderate and mild pain).

SR. DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN NEUROCIENCIAS

Indice de contenidos:

Resumen.	Pág. 14
Abstract.	Pág. 17
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
Introducción	Pág. 22
CAPITULO 1: La fibromialgia	Pág. 24
1.1. Evolución histórica del concepto de fibromialgia	Pág. 25
1.2. Cuadro clínico de la fibromialgia	Pág. 27
1.3. Evaluación y Diagnóstico de la fibromialgia	Pág. 29
1.4. Sintomatología asociada y diagnóstico diferencial	Pág. 37
1.5. Etiología de la fibromialgia	Pág. 42
1.6. Fisiopatología de la fibromialgia	Pág. 46
1.7. Tratamiento de la fibromialgia	Pág. 47
1.7.1. Tratamiento farmacológico	Pág. 48
1.7.2. Tratamientos no farmacológicos	Pág. 51
1.8. Epidemiología y Prevalencia	Pág. 62
CAPITULO 2: Relación de factores psicológicos y fibromialgia	Pág. 64
2.1. La Personalidad.	Pág. 66
2.1.1. Personalidad y fibromialgia.	Pág. 70
2.2. El concepto de Calidad de Vida.	Pág. 79
2.2.1. Calidad de vida y fibromialgia.	Pág. 80
2.3. El Sentido de Coherencia.	Pág. 83

2.3.1. Sentido de Coherencia y fibromialgia.	Pág. 86
2.4. La Alexitimia.	Pág. 87
2.4.1. Alexitimia y fibromialgia.	Pág. 92
2.5. La Anhedonia.	Pág. 94
2.5.1. Anhedonia y fibromialgia.	Pág. 96
CAPITULO 3: El Dolor.	Pág. 97
3.1. Neuroanatomía del dolor.	Pág. 98
3.2. Tipos de dolor.	Pág. 99
3.3. Evaluación del dolor.	Pág. 101
3.4. Variables psicológicas y dolor.	Pág. 103
3.4.1. Relación entre Personalidad y Dolor.	Pág. 105
3.4.2. Relación entre Sentido de Coherencia y Dolor.	Pág. 106
3.4.3. Relación entre Alexitimia y Dolor.	Pág. 107
3.4.4. Relación entre Anhedonia y Dolor.	Pág. 107
3.5. Dolor y fibromialgia.	Pág. 109
INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	
CAPITULO 4: Objetivos e Hipótesis del estudio	Pág. 112
4.1. Objetivos.	Pág. 113
4.2. Hipótesis.	Pág. 115
CAPITULO 5: Metodología	Pág. 117
5.1. Participantes.	Pág. 118
5.2. Instrumentos de medida.	Pág. 120
5.2.1. Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R).	Pág. 120

5.2.2. Escala Visual Numérica del Dolor (EVN).	Pág. 121
5.2.3. Escala de Alexitimia Toronto (TAS-20).	Pág. 122
5.2.4. Escala Revisada de Anhedonia Física y Social.	Pág. 123
5.2.5. Cuestionario de Salud (SF-36).	Pág. 124
5.2.6. Cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ).	Pág. 125
5.3. Procedimiento.	Pág. 126
5.4. Análisis de los datos.	Pág. 127
CAPITULO 6: Resultados.	Pág. 128
6.1. Comparación de las puntuaciones en rasgos de Personalidad	Pág. 129
6.1.1. Comparación de las puntuaciones en los Rasgos de Personalidad de los grupos, según su diagnóstico.	Pág. 130
6.1.2. Comparación de las puntuaciones en los Rasgos de Personalidad de los grupos, según su diagnóstico.	Pág. 131
6.2. Comparación de las puntuaciones de los grupos en Anhedonia.	Pág. 132
6.2.1. Comparación de los grupos, según su diagnóstico, en Anhedonia física y social.	Pág. 132
6.2.2. Comparación de los grupos, según la intensidad de dolor percibido, en Anhedonia física y social.	Pág. 132
6.3. Comparación de las puntuaciones de los grupos en Alexitimia	Pág. 134
6.3.1. Comparación de las puntuaciones de los grupos en Alexitimia, según el diagnóstico.	Pág. 134
6.3.2. Comparación de las puntuaciones de los grupos en Alexitimia, según la intensidad del dolor.	Pág. 135

6.4. Comparación de las puntuaciones en Sentido de Coherencia.	Pág.136
6.4.1. Comparación de las puntuaciones en Sentido de Coherencia, según el diagnóstico.	Pág. 136
6.4.2. Comparación de las puntuaciones en Sentido de Coherencia, según la intensidad del dolor.	Pág. 137
6.5. Comparación de resultados de los grupos en Calidad de Vida.	Pág. 139
6.5.1. Comparación de resultados en Calidad de Vida percibida, según el diagnóstico.	Pág. 139
6.5.2. Comparación de resultados en Calidad de Vida percibida, según la intensidad del dolor.	Pág. 140
6.6. Comparación de resultados en percepción subjetiva del dolor, en función del grupo por diagnóstico.	Pág. 141
CAPITULO 7: Discusión y Conclusiones.	Pág. 144
7.1. Discusión y conclusiones específicas.	Pág. 145
7.2. Conclusiones generales.	Pág. 154
7.3. Limitaciones del estudio.	Pág. 156
7.4. Líneas futuras de investigación.	Pág. 157
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	Pág. 158
ANEXOS.	Pág. 202

Índice de tablas y figuras:

Tabla 1. Enfermedades que comparten algunas manifestaciones con la fibromialgia.

Tabla 2. Frecuencia de síntomas asociados con fibromialgia en el momento del diagnóstico.

Tabla 3: Comparación de los tratamientos más recomendados según las guías diagnósticas de Canadá, Israel y Alemania.

Tabla 4. Dimensiones medidas en el NEO PI-R y sus respectivas facetas.

Tabla 5. Resumen de los cuestionarios más destacados de calidad de vida.

Tabla 6. Dimensiones medidas en el NEO PI-R y sus respectivas facetas.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del cuestionario NEO PI-R.

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de las escalas de Anhedonia.

Tabla 9. Estadísticos descriptivos del cuestionario de Alexitimia TAS-20.

Tabla 10. Estadísticos descriptivos del cuestionario OLQ.

Tabla 11: Estadísticos descriptivos del cuestionario SF-36.

Tabla 12: Distribución de los participantes según intensidad de dolor percibido y grupo diagnóstico.

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de la escala EVN.

Figura 1: Puntos de la FM.

Figura 2: Vías de procesamiento de la sensación de dolor en el SN.

Figura 3. Concepto de personalidad según Costa y McCrae (1994).

Figura 4. Ejemplo de Escala Verbal Numérica para la medida del Dolor.

Figura 5. Vías del dolor.

Figura 6. Puntuaciones medias en las dimensiones del Inventario de personalidad NEO PI-R en función de los grupos según su diagnóstico.

Figura 7. Puntuaciones medias en las dimensiones del Inventario de personalidad NEO PI-R en función de los grupos según el dolor percibido.

Figura 8. Puntuación media en la escala de Alexitimia en función de los grupos según el diagnóstico.

Figura 9. Puntuación media en la escala de Alexitimia en función de los grupos de dolor.

Figura 10. Puntuaciones medias en la escala OLQ en función de los grupos según el diagnóstico.

Figura 11: Puntuación media en la escala OLQ en función de los grupos de dolor percibido.

Figura 12: Puntuación media en la escala SF-36 en función de los grupos según su diagnóstico.

Figura 13: Puntuaciones medias en la escala EVN en función de los grupos de diagnóstico.

Listado de abreviaturas:

A: Amabilidad

A1: Confianza

A2: Franqueza

A3: Altruismo

A4: Actitud conciliadora

A5: Modestia

A6: Sensibilidad a los demás

ACR: *American College of Rheumatology*

ACTH: Hormona Adrenocorticotrópica

AENFIPA: Asociación de Enfermos de Fibromialgia del Principado de Asturias

AINE: Antiinflamatorios no esteroideos

APA: American Psychiatric Association

ASD: *Affective Spectrum Disorder*

ASES: *Arthritis Self Efficacy Scale*

BPI: *Brief Pain Inventory*

BFQ: *Big Five Questionnaire*

C: Responsabilidad

C1: Competencia

C2: Orden

C3: Sentimiento del deber

C4: Necesidad de logro

C5: Autodisciplina

C6: Deliberación

CIE: Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades

CMPS: El Cuestionario de personalidad Cesarec Marke

CO: Cooperación

D2: Dopamina

DEP: Dolorímetro Electrónico Portátil

DSMIII: Tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico

DSM IV-R: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría en su cuarta edición revisada

E: Extraversión

E1: Cordialidad

E2: Gregarismo

E3: Asertividad

E4: Actividad

E5: Búsqueda de emociones

E6: Emociones positivas

EAV/EVA/VAS: Escala Analógica Visual o *Visual Analogue Scale*

EVD: Escalas Verbales Descriptivas

EVN: Escala Visual Numérica

ECCA: Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado

EMDR: *Eye movement desensitization and reprocessing*

EMT: Estimulación magnética transcraneal

EPI: El Inventario de Personalidad de Eysenk

FIQ: *Fibromyalgia Impact Questionnaire*

FP: Formación Profesional

GABA: Ácido Gamma-Aminobutírico

HA: Evitación del daño

HAQ: *Health Assessment Questionnaire*

HPC: Sistema Hipotalámico-Pituitario-Adrenal

IASP: *The International Association for the Study of Pain*

IMAO: Inhibidores de la Monoaminoxidasa

ITC: El Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger

KSP: La Escala de Personalidad Karolinska

L-DOPA: Levodopa

MMPI: Inventario de Personalidad Minnesota Multifásico

MPI: *Multidimensional Pain Inventory*

MPQ: *McGill Pain Questionnaire*

N: Neuroticismo

N1: Ansiedad

N2: Agresión-Hostilidad

N3: Depresión

N4: Ansiedad Social

N5: Impulsividad

N6: Vulnerabilidad al estrés

NEO PI-R: Inventario de Personalidad NEO Revisado

NS: Búsqueda de novedad

O: Apertura

O1: Fantasía

O2: Estética

O3: Sentimientos

O4: Acciones

O5: Ideas

O6: Valores

OMS/ WHO: Organización Mundial de la Salud

PAS: Escala de anhedonia física o *Physical Anhedonia Scale*

PBCL: *Pain Behavior Checklist*

PBS: *Pain Behavior Scale*

PE: Persistencia

PPI: *Present Pain Intensity*

PTSD: Post Traumatic Stress Disorder Syndrome

PVAQ: *Pain Vigilance and Awareness Questionnaire*

PVM: Prolapso de la válvula mitral

RD: Dependencia de la Recompensa

RPS: *Regional Pain Scale*

RSAS: Escala revisada de anhedonia social o *Revised Social Anhedonia Scale*

SA: Sistema Simpático Adrenal

SD: Autodirección

SF-36: Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud

SF-MPQ: *Short- Form-McGill Pain Questionnaire*

SN: Sistema Nervioso

SOC: Sentido de Coherencia

SS: *Symptom severity Scale*

ST: Autotranscendencia

TAS-20: Escala de Alexitimia Toronto

TCC: Terapia Cognitivo Conductual

TCO: Terapia Conductual Operante

tDCS: La estimulación transcraneal con corriente continua

TENS: Estimulación nerviosa transcutánea

WPI: *Widespread Pain Index*

Resumen.

La fibromialgia es, sin duda, un síndrome que presenta una gran variedad de síntomas de diversa naturaleza. Su forma de presentación, dentro de unos síntomas comunes, es bastante variable, tanto inter, como intra-sujeto. Tiene carácter crónico y se desconoce aún su causa específica. El síntoma principal es la presencia de dolor músculo-esquelético generalizado, benigno y de origen no articular. Su diagnóstico clínico se realiza siguiendo los criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) (Wolfe, et al., 1990) y actualmente también los nuevos Criterios Preliminares del Colegio Americano de Reumatología para el diagnóstico de la fibromialgia (Wolfe et al., 2010). Esta patología se caracteriza por dolor crónico generalizado, una alteración a la sensibilidad del dolor, trastornos del sueño y del estado de ánimo, entre otros. Se desconoce la etiología y patogénesis exacta de este síndrome.

Como es de esperar, la calidad de vida del paciente de fibromialgia está claramente afectada, especialmente las áreas de la función física, pero también aquellas relacionadas con la actividad intelectual y el estado emocional, lo que influye de manera determinante sobre la capacidad para trabajar, pero también para realizar cualquier actividad de la vida social y familiar de estas personas (Collado et al., 2002).

La fibromialgia, como otras enfermedades crónicas, se ve influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociológicos. Se ha sugerido que el estrés o los factores psicológicos estarían jugando un papel fundamental en el síndrome, tanto en su inicio como en su mantenimiento (Kroenke, 2007; Lipowski, 1988). Malin (Malin et al., 2012) opina que la personalidad puede funcionar como filtro, modulando las respuestas de las personas ante estresores (psicológicos) externos. Estos autores apoyan la idea de que determinados tipos de personalidad podrían facilitar la traducción de esos estresores en respuestas fisiológicas tales, que pongan en marcha los mecanismos de la fibromialgia.

Las emociones negativas son comunes entre los pacientes con este síndrome, lo que puede aumentar la sensación de dolor. Esto implica que la forma en la que las personas con fibromialgia procesan y regulan sus emociones puede ser muy relevante a la hora de percibir el grado o la intensidad de la sensación de dolor y, en general, la forma en que afrontan la enfermedad (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, y Turk, 2007; Van Middendorp, Lumley, Jacobs, Bijlsma, y Geenen, 2010). Otro dato a tener en cuenta, es que las mujeres con fibromialgia informan de mayor intensidad emocional, dificultades para identificar sentimientos y emociones, supresión de emociones y una baja capacidad para expresarlas, por lo que podría haber alguna relación entre Alexitimia e intensidad de los síntomas de la fibromialgia (Geen, Van Ooijen, Lumley, Bijlsma, y van Middendorp, 2012).

El término Anhedonia tradicionalmente se ha relacionado con ansiedad y depresión, trastornos que aparecen en un alto porcentaje de pacientes con esta patología de nuestro interés. Sin embargo, apenas se ha encontrado evidencia científica que relacione este concepto con Calidad de Vida percibida, y menos aún con fibromialgia.

Otro rasgo explorado en este estudio es el Sentido de Coherencia (SOC). Este concepto ha de ser entendido como una disposición personal, como la valoración que hace una persona de sus experiencias vitales como comprensibles, manejables y llenas de significado. Se ha encontrado que, al igual que el resto de la población general, las mujeres con fibromialgia y con un Sentido de Coherencia fuerte manifestaban mayor estabilidad emocional y sensaciones de bienestar respecto a aquellas con un Sentido de Coherencia débil (Söderberg, Lundman y Norberg, 1997).

Por último, es ya clásico en el estudio de la fibromialgia, los intentos por aclarar, entre otras incógnitas, dónde está el origen del dolor, cuales son las causas de su topografía, curso e intensidad y porque resulta tan incapacitante para estas personas, incluso más que para personas que padecen otras patologías que cursan con dolor crónico

severo (Bengtsson y Henriksson, 1989; Staud, 2011; Albrech et al., 2013). Se especula con una conexión entre la sintomatología de la fibromialgia y determinadas variables psicológicas. Van Middendorf (Van Middendorf et al., 2010), concluye que un estado afectivo negativo, como la ira o la tristeza, puede hacer incrementar la sensación de dolor.

A partir de todos estos datos, el objetivo general de este estudio, fue investigar si existe alguna relación entre los rasgos psicológicos mencionados, de las personas que padecen dolor en general, interesándonos en particular los sujetos con fibromialgia, y la capacidad de estas personas para experimentar y explicar sensaciones y emociones (tanto positivas como negativas), así como la influencia que ello pueda tener en la intensidad del dolor y en la Calidad de Vida percibida por la persona. Para ello se utilizó una muestra total 147 sujetos. Se clasificó a los sujetos siguiendo dos criterios distintos: Por una parte, la intensidad del dolor percibido, obteniendo tres grupos (dolor leve, dolor moderado y dolor severo). Por otra, el diagnóstico (fibromialgia, artritis reumatoide, y por último personas sin una patología conocida: sanas). Se pasó una batería de pruebas a todos ellos, compuesta por los siguientes instrumentos de medida: El Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R) para obtener los rasgos de personalidad de la muestra; La Escala de Alexitimia Toronto (TAS-20), que mide la Alexitimia; La Escala Revisada de Anhedonia Física (RPAS) y Social (RSAS), que dan las puntuaciones de anhedonia física y social, respectivamente; El Cuestionario de Salud (SF-36) da una medida general de la calidad de vida percibida, relacionada con la salud. El Cuestionario de Orientación a la Vida de Antonovsky (OLQ), que permite conocer el valor del Sentido de Coherencia de cada sujeto y por último, una escala de dolor percibido, la Escala Visual Numérica (EVN). Nuestros resultados indican que, efectivamente, existen diferencias en algunos de los rasgos psicológicos evaluados, tanto si se clasifica a los sujetos por su percepción del dolor (dolor severo, dolor moderado y dolor leve), como por su diagnóstico (fibromialgia, artritis

reumatoide y personas sanas). Concretamente se encontraron diferencias en las dimensiones de personalidad, Alexitimia, Sentido de Coherencia y Calidad de Vida percibida, por lo que se puede concluir que estos factores pueden estar influyendo en la salud de las personas y en la intensidad del dolor.

Abstract.

Fibromyalgia is a complex disorder with many associated symptoms. The main symptom is chronic widespread pain, benign and non articular origin, but there are other important characteristics. Its clinic diagnosis follows the American College of Rheumatology Criteria (Wolfe et al., 1990) and the new Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromialgia (Wolfe et al., 2010). This pathology is characterized by persistent widespread pain, abnormal pain sensitivity, and additional symptoms, such as fatigue, sleep disturbance, and mood symptoms. Although, the exact etiology and pathogenesis of this syndrome, are still unknown. As it can expect, the quality of life of these patients is low, specially the physic areas, but also those who has some relation with mental activity or mood. These have important influence in capacity to work, and social and familiar life (Collado et al., 2002).

Fibromyalgia, like other chronic conditions, is affected by biological, psychological and sociological factors. It has been suggested that stress or psychological factors may play a key role in the syndrome, in the beginning and maintenance (Kroenke, 2007; Lipowski, 1988). Malin (Malin et al., 2012) says that personality can play like a filter, modulate individual responses to psychological and external stress situations. This author support the idea that, same kind of personality could make the traslation of that stressors in fisiological responses that start up fibromyalgia's mechanisms.

Negative emotions are very common in people with this pathology. These kind of emotions can influence in pain severity perception. How people manage and regulate their emotions could be important in how they feel pain, and how they face the illness.

Fibromyalgia is a complex disorder with many associated symptoms. The main symptom is chronic widespread pain, benign and with a non articular origin, but there are other important characteristics. Its clinical diagnosis follows the American College of Rheumatology Criteria (Wolfe et al., 1990) and the New Fibromialgia Preliminary Diagnostic Criteria (Wolfe et al., 2010). This pathology is characterized by persistent widespread pain, abnormal pain sensitivity, and additional symptoms, such as fatigue, sleep disturbance, and instability of mood . The exact etiology and pathogenesis of fibromyalgia are still unknown. As expected, the quality of life of these patients is lower, specially the physical area, but also those who have problems with mental activity or unstable mood. This has a important influence in their ability to work, and to have a good social and family life (Collado et al., 2002).

Fibromyalgia, like other chronic conditions, is affected by biological, psychological and sociological factors. It has been suggested that stress or psychological factors may play a key role in the syndrome, at the beginning and maintenance of the illness (Kroenke, 2007; Lipowski, 1988). Malin (Malin et al., 2012) says that personality can work like a filter, modulating individual responses to psychological and external stress situations. This author supports the idea of same kind of personalities could transform that stressors in fisiological responses which trigger fibromyalgia's mechanisms.

Negative emotions are very common in people with this pathology. These kind of emotions can influence pain severity perception. How people manage and regulate their emotions could be important in how they feel pain, and how they face the illness. This implies that the way in which people with fibromyalgia process and regulate their

emotions can be very important when it comes to perceive the degree or intensity of sensation of pain and in general, the way they face the disease (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, and Turk, 2007; Van Middendorp, Lumley, Jacobs, Bijlsma, and Geenen, 2010).

Another point to consider is that women with fibromyalgia report greater emotional intensity, difficulty identifying feelings and emotions, suppressed emotions and low ability to express themselves, so there might be some relationship between alexithymia and intensity of fibromyalgia symptoms (Geen, Van Ooijen, Lumley, Bijlsma, y van Middendorp, 2012).

Term "Anhedonia" has traditionally been associated with anxiety, depression, disorders which appear in a high percentage of patients with this disease. However, little scientific evidence has been found linking this concept with perceived quality of life, and even less with fibromyalgia.

Another trait explored in this study is the Sense of Coherence (SOC). This concept must be understood as a personal choice, as the assessment made by a person about their life experiences as understandable, manageable and meaningful. It has been found that, like the rest of the general population, women with fibromyalgia and a strong sense of coherence, show greater emotional stability and feelings of well-being than those with a weak sense of coherence (Söderberg, Lundman y Norberg, 1997).

Finally, it is a classic, in the study of fibromyalgia to attempt to clarify, among other questions, where is the source of pain, what are the causes of its topography, course and intensity and why is so disabling for these people, even more than for people with other diseases that present also cronic pain (Bengtsson y Henriksson, 1989; Staud, 2011; Albrech et al., 2013). It is speculated that there is a connection between the symptoms of fibromyalgia and certain psychological variables. Van Middendorf (Van Middendorf et

al., 2010) concludes that a negative emotional state such as anger or sadness, can increase the sensation of pain.

From these data, the overall aim of this study is to investigate whether there is a relationship between some psychological traits of people with pain in general, interested in particular in those with fibromyalgia, and the ability of these people to experiment and explain feelings and emotions (both positive and negative) and the influence that it may have on the intensity of pain and quality of life perceived by the person. This requires a total sample of 147 individuals. We classified subjects using two different criteria: In one group, the intensity of perceived pain, divided in three different groups (mild, moderate and severe pain). In the other group diagnosis (fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and healthy people without a known pathology).

The subjects were tested using a battery of exams composed by the following measuring instruments: The Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) for the personality traits of the samples; Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), which measures the Alexitimia; Revised Physical Anhedonia (RPAS) and Social (RSAS) Scale, giving scores of physical and social respectively anhedonia; Health Questionnaire (SF-36) that provides an overall measurement of the health-related perceived quality of life. Life Orientation Questionnaire from Antonovsky (OLQ), which identifies the value of the sense of coherence of each subject and eventually The Pain Rating Scale. Our results indicate that, indeed, there are differences in some of the evaluated psychological traits, whether subjects are classified by their perception of pain (severe, moderate and mild pain) or by their diagnosis (fibromyalgia, rheumatoid arthritis and healthy people). Specifically, differences were found in personality dimensions, alexithymia, sense of coherence and perceived quality of life, so it can be concluded that these factors may be influencing people's health and intensity of pain.

Fundamentación Teórica.

Introducción.

Cuando se busca información acerca de la fibromialgia, uno suele encontrar que se la conceptualiza como un síndrome complejo, de condición crónica y de etiología aún desconocida, cuyo síntoma principal es la presencia de dolor músculo-esquelético generalizado, benigno, de origen no articular y que se diagnostica siguiendo unos criterios establecidos.

El síndrome fibromiálgico (SFM) o fibromialgia (FM) es sin duda un síndrome muy complejo que presenta una gran variedad de síntomas de diversa naturaleza y cuya forma de presentación, dentro de unos síntomas comunes, es bastante variable, tanto inter, como intra-sujeto. Los síntomas afectan a múltiples sistemas del cuerpo, lo que hace que los clínicos que la tratan y los investigadores que la estudian, encuentren cierta dificultad en categorizarla como una condición sistémica específica. Debido a la variedad y gravedad de sus síntomas, las personas que la padecen ven afectados diferentes aspectos de su vida, por no hablar de la dificultad para hacer un diagnóstico inequívoco en la práctica clínica. Normalmente, los sujetos reciben el diagnóstico definitivo tras varios años de bagaje por distintos profesionales y especialistas de la salud.

Estudios recientes concluyen que el síndrome fibromiálgico o fibromialgia ha de ser visto y tratado como un trastorno que se mueve en un continuo (Wolfe, Brahler, Hinz y Hausser, 2013). Esto tiene importantes consecuencias, tanto para su estudio a nivel epidemiológico como neurobiológico, pero también a la hora de realizar el diagnóstico y posterior tratamiento. Dado que el síntoma más característico de la fibromialgia es el dolor, ha sido considerado como un trastorno doloroso, al menos desde la Reumatología y otras disciplinas relacionadas. Sin embargo, desde la Psiquiatría, la Psicología, la Medicina psicosomática e incluso desde la Medicina general, la fibromialgia se considera más bien

un síntoma de un trastorno mental principal o una enfermedad psicosomática (Kroenke, 2007; Lipowski, 1988) y se ha sugerido que el estrés o los factores psicológicos estarían jugando un papel fundamental en el síndrome, tanto en su inicio como en su mantenimiento.

Tanto para los especialistas de la reumatología, como para la comunidad médica en general, y los científicos en particular, la fibromialgia se trata, sin duda, de todo un reto.

Una patología frecuentemente utilizada en los estudios comparativos de fibromialgia, es la artritis reumatoide (Birtane, Uzunca, Taştekin, y Tuna, 2007; Uguz et al., 2015). Se trata de una enfermedad crónica que lleva a la inflamación de las articulaciones y tejidos circundantes. También puede afectar otros órganos. La artritis reumatoide se puede presentar a cualquier edad, pero lo más frecuente es que se de entre los 50 y 60 años. Las mujeres resultan afectadas con mayor frecuencia que los hombres. No hay una prueba de laboratorio que determine su diagnóstico, de hecho la normalidad en la mayor parte de los resultados analíticos es lo habitual. El diagnóstico clínico se realiza a partir de un conjunto de síntomas típicos y de los resultados de exámenes físicos. El origen está vinculado a una infección, en los genes o en las hormonas. La mayoría de las veces, la artritis reumatoidea afecta las articulaciones en ambos lados del cuerpo por igual. Las muñecas, las rodillas, los dedos de las manos y los tobillos son los que resultan afectados con mayor frecuencia. La enfermedad a menudo comienza de manera lenta. Los síntomas iniciales pueden ser: dolor articular leve, rigidez y fatiga (Huizinga y Pincus, 2010).

CAPITULO 1: La fibromialgia.

- 1.1. Evolución histórica del estudio de la fibromialgia.**
- 1.2. Cuadro clínico de la fibromialgia.**
- 1.3. Evaluación y Diagnóstico de la fibromialgia.**
- 1.4. Sintomatología asociada y diagnóstico diferencial.**
- 1.5. Etiología de la fibromialgia.**
- 1.6. Fisiopatología de la fibromialgia.**
- 1.7. Tratamiento de la fibromialgia.**
- 1.8. Epidemiología y Prevalencia.**

1.1. Evolución histórica del estudio de la fibromialgia.

Parece haber cierto consenso en destacar la figura de R. Froriep (1943) como el responsable del inicio del estudio de la fibromialgia, aunque no fuera él quien acuñara el término definitivo. Desde entonces hasta el momento presente, se ha registrado un desarrollo considerable en cuanto al conocimiento de su sintomatología, curso y prevalencia, destacando en los últimos años, el análisis y la identificación de los aspectos psicosociales, como factores de gran relevancia en la adaptación a los problemas de salud crónicos.

Ya en 1850, Froriep estableció la distinción entre *reumatismo articular o muscular o de partes blandas* (Froriep, 1850), definiéndose por la presencia de sensaciones de dolor, de rigidez, pinchazos con agarrotamiento y falta de movilidad de los músculos o tejidos blandos. A principios del siglo XX, Gowers (1904) introduce el término *fibrositis* para describir el reumatismo muscular en la espalda, con hipersensibilidad a la presión, fatiga y alteraciones del sueño. Este término, aunque siguió usándose durante un tiempo, no parecía ser totalmente correcto, ya que parecía implicar una inflamación en los tejidos blandos, cosa que no sucede en la fibromialgia (Lewis y Kellgren, 1939). Posteriormente, aparecieron dos conceptos relacionados con la fibromialgia: *el síndrome doloroso miofascial* (Travell y Simons, 1983) y *el reumatismo psicógeno o tensional* (Boland, 1947), este último surgió debido a que no se encontraban alteraciones en los músculos, de manera que se atribuía el origen de la patología en una psiconeurosis (Villagrán, Páez, Campo, Pérez y Salaberri, 2000). El primero de ellos se caracteriza por la presencia de dolor en uno o más grupos musculares, definiendo los *trigger points* (puntos gatillo o desencadenantes) como aquellas zonas del músculo cuya presión desencadena dolor en el mismo sitio que fue presionado o en otro lugar del cuerpo, a más o menos distancia de este punto (Campbell, Clark, Tindall, Forehand y Bennet, 1983). El segundo, *el reumatismo*

psicógeno o tensional, está basado en la ausencia de hallazgos demostrables que justifiquen la sintomatología. Este reumatismo psicógeno atribuye el origen del cuadro a una psiconeurosis.

Finalmente, el término *fibromialgia* fue acuñado por Hensch (1976) y Smythe y Moldofsky (1977) lo utilizaron por primera vez para resaltar la existencia de fenómenos dolorosos a nivel muscular, en algunas zonas concretas del cuerpo y la ausencia de signos inflamatorios. Ya en esta época, se comenzaba a especular sobre la posible relación entre el dolor muscular, su localización concreta (en los puntos gatillo) y la posible repercusión en la calidad del sueño de la persona, así como los síntomas de fatiga que se presentaban. Es en este momento, en el que se inician los primeros estudios clínicos para determinar las características concretas de esta nueva entidad (Yunus, et al. 1986; Yunus, 1989).

A finales de 1980 se lleva a cabo un estudio multicéntrico, con la intención de obtener unos criterios de clasificación empíricos de la fibromialgia (Wolfe, Smythe, and Yunus, 1990). Este estudio incluía unos 300 pacientes con fibromialgia (fm) y 285 controles (sin fm), pero con otras enfermedades que cursaban con dolor. De este estudio surgieron los que más tarde se denominarían como Criterios diagnósticos de la fibromialgia del Colegio Americano de Reumatología. Desde su publicación (Wolfe et al. 1990), estos criterios se convirtieron en el modelo para el diagnóstico y la investigación de la fibromialgia en todo el mundo, permitiendo por fin un consenso en la literatura. Sin embargo, y como se verá más adelante, estos criterios, aunque aceptados y utilizados por la mayor parte de la comunidad científica, no han estado exentos de críticas.

En 1992, la fibromialgia fue admitida por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1992) como entidad clínica dentro de los reumatismos de partes blandas, catalogándola en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M 79.0. Dos años más tarde, la fibromialgia fue

reseñada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (Merskey y Bogduck, 1994), catalogándola dentro del grupo de Síndromes Relativamente Generalizados, en su apartado 9 con el código X33 X8a.

1.2. Cuadro clínico de la Fibromialgia.

El cuadro clínico de la fibromialgia consiste en una serie de síntomas y signos considerados típicos, por lo que el diagnóstico de fibromialgia se basa, exclusivamente, en los síntomas que manifiesta el paciente. Este síndrome muestra una etiopatogenia multifactorial, en la que se combinan factores genéticos y epigenéticos, los cuales estarían condicionando una alteración persistente del sistema de autorregulación y control del dolor y el estrés en el Sistema Nervioso Central.

El dolor y la fatiga, suelen ser los dos síntomas que más condicionan la vida del paciente de fibromialgia. El dolor se da en el 100% de los pacientes (Yunus, Masi, Calabro, Millar y Feigenbaum, 1981). Suele presentarse en todo el cuerpo, aunque puede aparecer inicialmente en una región concreta y con el tiempo extenderse a otras zonas (McCain, Bell, Mai y Halliday, 1988). Aunque el paciente lo define como continuo, aparecen oscilaciones a lo largo del día, empeorando por la mañana, con una mejoría parcial durante el resto del día y con un nuevo empeoramiento por la tarde-noche. Los factores que pueden hacer que este dolor se agrave son varios, como las posiciones mantenidas, las cargas físicas, la activación emocional o los cambios climatológicos (Yunus, Masi y Aldag, 1989a; Vincent, Whipple y Rhudy, 2015). La intensidad del dolor es seguramente la característica más significativa de este síndrome, pues el paciente lo define como intenso e insoportable. Tiene el patrón del dolor crónico (Leavitt, Katz, Golden, Glickman y Layfer, 1986) y nociceptivo, esto significa que es un

tipo de dolor asentado en estructuras musculares y tendinosas, especialmente en hombros y caderas: produce una sensación de dolor sordo o intenso. Puede ser de intensidad media o fuerte. También puede tener las características del dolor articular, haciendo que pueda confundirse con una enfermedad articular inflamatoria (Reilly y Littlejohn, 1992).

El dolor también puede tener características de dolor neuropático o visceral: aquel provocado por un comportamiento inadecuado del Sistema Nervioso debido a una lesión, enfermedad o trauma. Suele estar circunscrito a una zona del cuerpo pequeña (por ejemplo, el trauma provocado por una intervención quirúrgica). El dolor neuropático puede ser punzante, intenso, chocante o penetrante. También resulta ser muy persistente ya que no suele responder tan bien como el dolor nociceptivo a las terapias convencionales contra el dolor.

La **fatiga**, es el segundo síntoma más predominante entre las personas con fibromialgia, pues se encuentra presente aproximadamente en el 70% de los pacientes (Wolfe, Hawley y Wilson, 1996). Se da en forma de crisis, de uno o dos días de duración, y se presenta como agotamiento severo, o más habitualmente, de forma continua y menos severa que en la forma anterior. Suele remitir levemente con el reposo aunque algunos pacientes presentan una fatiga profunda que no mejora en ningún momento, predomina sobre el dolor y cumple los criterios para el diagnóstico del síndrome de fatiga crónica (Fukuda et al., 1994).

Las alteraciones del **sueño** son el tercer síntoma más frecuente y se correlaciona con la intensidad de los síntomas del síndrome. El tipo de alteraciones más frecuentes afectan a la conciliación y mantenimiento del sueño, con despertares frecuentes, muchos debidos a un patrón respiratorio anormal, y un sueño no reparador (Jennun, Drewes, Andreasen y Nielsen, 1993). Todavía no se ha podido establecer cuál es la secuencia temporal de esta alteración, ya que si bien los estímulos dolorosos interfieren con el sueño normal, las

alteraciones en el sueño también pueden provocar una alteración en la interpretación del dolor (Moldofsky, 2001). Distintos autores han relacionado el sueño con el dolor y viceversa (Wilson, Eriksson, D'Eon, Mikail, y Emery, 2002) objetivando la presencia de una peor calidad del sueño a mayor intensidad de dolor, en distintos tipos de pacientes con dolor crónico (Covarrubias, Guevara, Betancourt, Delgado, Cardona, y Hernández, 2005). En nuestro país se encontró que los hombres presentan una relación entre mala calidad del sueño, intensidad del dolor y dolor agudo. Sin embargo no se encontró tal relación entre las mujeres (Calsina, Moreno, González, Solsosa, y Porta, 2011).

1.3. Evaluación y Diagnóstico de la fibromialgia.

No existe un método diagnóstico definitivo y único para la fibromialgia: se trata de una de las denominadas enfermedades o síndromes funcionales somáticos, que se caracterizan más por los síntomas y por los signos, que por los resultados en pruebas complementarias, ni por la existencia de una lesión corporal concreta. Por tanto, se dice que el diagnóstico de la fibromialgia es clínico, debido a la falta de una prueba objetiva. Es decir, no se apoya en ninguna prueba analítica, de imagen o anatomopatológica específica.

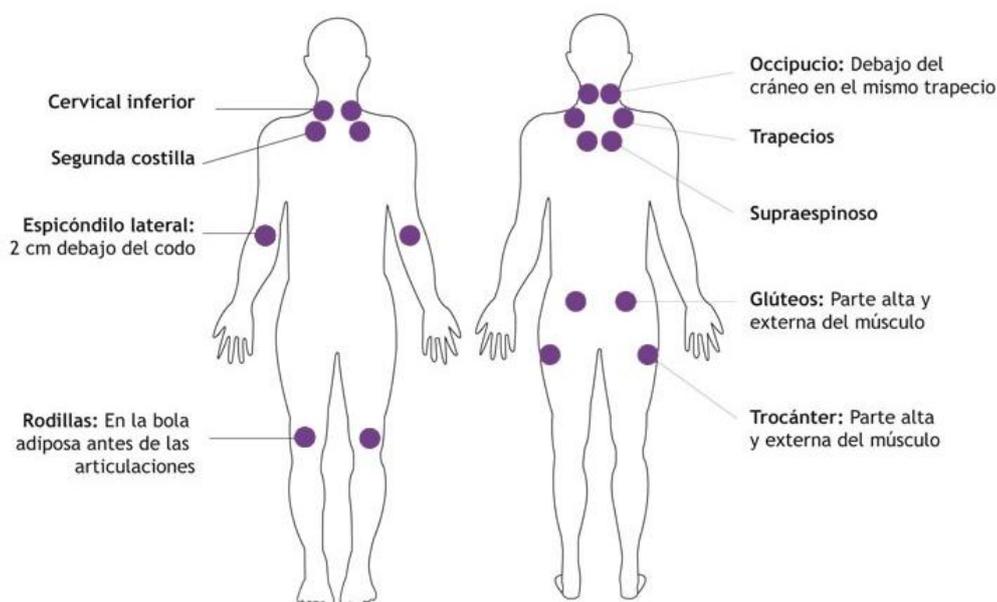
En 1990, el Colegio Americano de Reumatología (ACR), establece los conocidos *Criterios diagnósticos de la fibromialgia* (Wolfe et al. 1990). Desde su publicación, estos criterios se convirtieron en el modelo para el diagnóstico y la investigación de la fibromialgia aceptados en todo el mundo. Se enumeran a continuación:

1. Dolor generalizado, presente durante al menos tres meses. Debe darse en las áreas siguientes: lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura y en el esqueleto axial (columna cervical, pared torácica anterior, columna dorsal o columna lumbar). Por tanto, se cumplen las condiciones de dolor generalizado si existe dolor en alguna región del esqueleto axial y en, al menos, tres

de los cuatro cuadrantes corporales (dividiendo el cuerpo con una línea vertical longitudinal que separe dos hemicuerpos, derecho e izquierdo, y una línea transversal que pase por la cintura y separe dos mitades, superior e inferior) o, excepcionalmente, sólo dos si se trata de cuadrantes opuestos respecto a los dos ejes de división corporal.

2. Ausencia de otra enfermedad sistémica que pudiera ser la causa del dolor y del resto de síntomas.
3. Dolor a la presión en al menos 11 de 18 puntos gatillo (nueve pares) que corresponden a áreas muy sensibles para estímulos mecánicos, es decir, con bajo umbral para el dolor por estímulos mecánicos (ver figura 1).

Figura 1. Puntos de dolor para el diagnóstico de la fibromialgia.



Los puntos dolorosos no deben presentar signos inflamatorios, y los pacientes con fibromialgia pueden presentar dolor provocado a la presión en otras zonas distintas a las exigidas para el diagnóstico. La presencia de dolor generalizado, junto con el dolor a la presión moderado o intenso en, al menos 11 de los 18 puntos valorados, presenta una sensibilidad diagnóstica del 88,4% y una especificidad del 81,1% (Wolfe et al., 1990; Yusta, Laguna y Ballina, 2002).

Aunque la utilidad y beneficio de estos criterios diagnósticos es indudable, hay que decir que han sido muy cuestionados y criticados desde el momento mismo de su aparición. Esto es debido a las numerosas limitaciones que presentan, entre las que caben se destacar las siguientes:

1. Dificultad de comprobar durante la práctica clínica.
2. La relativa falta de aplicación consistente y homogénea por parte de los clínicos en sus consultas.
3. Se basan exclusivamente en datos subjetivos, como lo es el dolor que refiere el paciente, y el que se desencadene mediante la presión de una serie de puntos que, obviamente, también dependen de una percepción subjetiva.
4. Uno de los puntos más criticados es la posible falta de validez de los puntos gatillo; concretamente, no está claro cuál debería ser el número exacto de puntos gatillo positivos que un paciente debe referir para ser diagnosticado de fibromialgia, ni si éstos son realmente relevantes para el diagnóstico de la fibromialgia. Uno se puede preguntar ¿Dónde hay una diferencia clínicamente significativa entre tener 8, 11 o más puntos gatillo positivos?

Estos criterios diagnósticos de la fibromialgia, permiten seleccionar al subconjunto de pacientes con síntomas más intensos: los que tienen más zonas de dolor y más puntos

sensibles a la palpación. Sin embargo, como se ha comentado anteriormente, el número de localizaciones de puntos dolorosos a la presión son variables, y se distribuyen de una forma continua dentro del espectro de dolor crónico idiopático.

Existen estudios, en los que se ha encontrado que los puntos gatillo son el parámetro más asociado con angustia emocional (McCarberg et al., 2003) mientras que en otros, éste ha resultado ser el parámetro más independiente de este estado afectivo (Petzke, Gracely, Park, Ambrose y Clauw, 2003). Los puntos gatillo son también un marcador de alodinia (dolor secundario a un estímulo que, por su intensidad, normalmente no desencadenaría la sensación de dolor), el cual es mucho más frecuente en la mujer, y ha demostrado tener una relación con el estrés psicológico (Wolfe, 1997).

A partir de los datos presentados, se puede concluir que, el punto de corte para la clasificación es arbitrario. No está claro que el tener 11 o más puntos gatillo sea realmente determinante para el correcto diagnóstico de la fibromialgia, por lo que parece que en la práctica clínica se es menos estricto con el cumplimiento de este criterio.

En el año 2010, los criterios diagnósticos vigentes hasta el momento, fueron revisados y modificados tras un nuevo estudio multicentro (Wolfe et al., 2010). De los nuevos criterios diagnósticos propuestos, solamente 1 está relacionado directamente con dolor musculoesquelético. Estos nuevos criterios, abandonan el recuento de puntos dolorosos como elemento fundamental del diagnóstico de fibromialgia y contemplan la valoración cuantitativa del dolor generalizado y de otras manifestaciones de la fibromialgia como cansancio, sueño no reparador, síntomas cognitivos y síntomas orgánicos. También es importante señalar que los autores aportan escalas de gravedad que facilitan al clínico la evaluación del dolor y el resto de manifestaciones clínicas en cada paciente concreto, así como el seguimiento de su evolución.

Los nuevos criterios propuestos se conocen como “Los Nuevos Criterios Diagnósticos preliminares para la fibromialgia” de la ACR (Wolfe et al., 2010). Un paciente satisface los criterios diagnósticos para la fibromialgia si cumple las siguientes tres condiciones:

4. No deben existir otras causas, otras patologías, que expliquen los síntomas.
5. Los síntomas deben estar presentes un mínimo de 3 meses de forma estable. Al menos tres meses de dolor generalizado con uno o más de los siguientes síntomas:
 - a. Constantes problemas de sueño.
 - b. Fatiga.
 - c. Problemas de memoria o pensamiento.
6. El Índice de Dolor Generalizado (*Widespread Pain Index*, WPI) (Wolfe et al., 2010) es igual o mayor a 7 y la Escala de Severidad de los Síntomas (*Symptom severity scale*, SS) (Wolfe et al., 2010) es igual o mayor de 5, o WPI entre 3 y 6 y SS igual o mayor de 9.

El Índice de Dolor Generalizado puntúa las zonas del cuerpo donde el paciente refiere dolor. Las puntuaciones van de 0-19 puntos. La Escala de Severidad de los Síntomas, como su propio nombre indica, puntúa la severidad o intensidad de los síntomas. Las puntuaciones van de 0-12 puntos. La escala SS valora la severidad de los siguientes síntomas: fatiga, despertar poco restablecedor y síntomas cognitivos.

Se puntúan de la siguiente forma:

0: Sin problemas.

1: Problemas escasos o leves. Generalmente leves o intermitentes.

2: Problemas moderados o considerables. Están presentes frecuentemente o cuando aparecen lo hacen a un nivel moderado.

3: Severos. Están presentes de manera continua y generalizada.

Niveles de otros síntomas somáticos asociados:

0: Sin síntomas.

1: Algún síntoma.

2: Varios síntomas.

3: Gran cantidad de síntomas.

Los propios autores afirman que estos nuevos criterios fueron creados más como una herramienta que complementa a los primeros y que facilite el trabajo a los profesionales de atención primaria, que como criterios diagnósticos “de oro” que sustituyan a los creados en 1990. Los autores recomiendan seguir utilizando los primeros en el ámbito de la investigación y el diagnóstico. A partir de estos nuevos criterios, ya no sería necesario encontrar puntos de sensibilidad durante el examen médico para hacer un diagnóstico fiable. Aunque en España, desde el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, se recomienda continuar utilizando los criterios diagnósticos iniciales de la ACR, y por tanto realizar una exploración física detallada y exhaustiva, tanto para confirmar la fibromialgia, como para descartar otras enfermedades, en especial del sistema osteoarticular y neurológico.

Como se ha comentado anteriormente: no existen pruebas de laboratorio específicas. Es más, la normalidad analítica, según el grupo de trabajo de fibromialgia en Cataluña (Collado et al., 2002), debe considerarse a favor del diagnóstico de este síndrome. La falta

de herramientas diagnósticas fiables ha forzado a utilizar escalas subjetivas para la valoración del grado de dolor y de fatiga de cada paciente. Se han presentado varias para esta función: *Regional Pain Scale (RPS)* (Wolfe, 2003); *Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)* (Buckhart, Clark y Bennet, 1991) ; *Health Assessment Questionnaire (HAQ)* (Lovel, 1992); *Arthritis Self Efficacy Scale (ASES)* (Mueller, Hartmann, Mueller et al. 2003); *Pain Vigilance and Awareness Questionnaire (PVAQ)* (Roelofs, Peters, McCracken et al., 2003).

En España, como en otros países de nuestro entorno, las entidades estatales recomiendan seguir unos protocolos de actuación concretos para realizar un correcto diagnóstico de este síndrome (Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2011).

El diagnóstico debe seguir los siguientes pasos:

1. **Anamnesis.** Tiene gran importancia una anamnesis detallada, que permita una valoración integral del dolor, la funcionalidad y el contexto psicosocial del sujeto. Es conveniente realizar una anamnesis de los factores psicológicos y psiquiátricos: antecedentes personales y familiares de trastorno mental; sintomatología psicopatológica actual; nivel de apoyo social, incluyendo las relaciones familiares y la repercusión y/o condiciones en la esfera sociolaboral.
2. **Exploración Clínica.** La exploración física detallada y exhaustiva es esencial, tanto para confirmar la fibromialgia como para descartar otras enfermedades, en especial del sistema osteoarticular y neurológico. En la fibromialgia, la movilidad y el aspecto articular deben ser normales, a menos que coexista con otra enfermedad osteoarticular de cualquier tipo. Es frecuente encontrar la provocación de dolor a los estiramientos laterales tanto a nivel cervical como a nivel lumbar. También en una parte de los pacientes se detecta alodinia dinámica al roce cutáneo, generalmente en zona de trapecios, parte proximal de brazos y muslos, que estas personas definen como una

sensación de ardor o escozor, al realizar la estimulación, entre otros signos neurológicos.

El hallazgo más relevante en pacientes con fibromialgia es la detección de un umbral del dolor patológicamente descendido para diversas estimulaciones, aunque en la práctica clínica se utiliza la estimulación mecánica, mediante la comprobación y cuantificación de los puntos sensibles. Es necesario que la exploración física se haga de forma sistematizada y con precisión, recomendándose seguir el *Manual Tender Point Survey*. Si la exploración de los puntos sensibles se realiza de forma correcta, la reproducibilidad inter o intra evaluación es buena (Cott et al., 1992; Tunks et al., 1995).

3. **Diagnóstico diferencial.** Es conveniente realizar determinadas exploraciones complementarias con objeto de descartar la coexistencia de otros procesos asociados. La valoración de pacientes con fibromialgia debe incluir el hemograma, la bioquímica básica y los reactantes de fase aguda. La petición de otras pruebas complementarias debe ser individualizada, en función del cuadro clínico, la exploración física y la sospecha de una enfermedad asociada.

1.4. Sintomatología asociada y diagnóstico diferencial.

A la hora de hacer un diagnóstico lo más acertado posible, es importante que se descarten otras patologías que pudieran ser las causantes del cuadro sintomático que presenta la persona. En la tabla 1 se muestra un resumen de aquellas patologías que presentan algunos rasgos comunes con la fibromialgia.

Tabla 1. Enfermedades que comparten algunas manifestaciones con la fibromialgia.

Tabla 1. Enfermedades que pueden compartir manifestaciones clínicas con la fm.

Lupus eritematoso sistémico	Miopatía (metabólica o inflamatoria)
Artritis reumatoide	Polimialgia reumática
Espondiloartropatías	Trastorno depresivo mayor
Esclerosis múltiple	Poliartrosis
Hipotiroidismo	Afectaciones musculares por fármacos
Neuropatías periféricas	Hiperparatiroidismo

Como es de esperar, la calidad de vida del paciente de fibromialgia está claramente afectada, especialmente en áreas de la función física, pero también aquellas relacionadas con la actividad intelectual y el estado emocional, lo que influye de manera determinante sobre la capacidad para trabajar, así como para la vida familiar y social de estas personas (Collado et al., 2002). Muchos pacientes refieren que tienen la sensación de que no controlan la energía de su cuerpo, y que en un período de escasos minutos pasan de estar activos y llenos de energía, a agotados, como si les hubieran desenchufado (“Anónimo”, s.f.). Es bastante frecuente que las personas con fibromialgia, se vean obligadas a rebajar su jornada laboral, o incluso dejar de trabajar. De hecho, el porcentaje de personas con

fibromialgia que deja de trabajar por esta razón, está entre el 25 y el 50% en países de nuestro entorno (White, Speecheley, Hart y Ostbye, 1999). Al igual que el dolor y la fatiga, la severidad del resto de síntomas, así como su variación en el tiempo, tienden a ser volubles tanto inter como intra sujetos.

Son relativamente frecuentes los hallazgos de alteraciones inespecíficas, como anemia, alteraciones tiroideas, perfiles de inmunoglobulinas alterados, etc. (Al Allaf, Ottewell y Pullar, 2002). Existe una cierta variedad de síntomas y síndromes relacionados o asociados con la fibromialgia. Las personas que padecen fibromialgia suelen presentar uno o más de los siguientes síntomas (*National Fibromyalgia Partnership*, 2001):

- a. **Anquilosamiento.** Esta rigidez puede notarse particularmente por las mañanas, o después de permanecer cierto tiempo en una misma posición, sin moverse, o también por cambios de la temperatura o de la humedad relativa del ambiente. (Wolfe, Ross, Anderson, Russel y Hebert, 1995).
- b. **Dolores de cabeza o de la cara.** El dolor de cabeza o en la cara puede ser causado por músculos del cuello o de los hombros extremadamente anquilosados o sensibles, transmitiendo el dolor hacia arriba (Silberstein, 1994; Yunus et al., 1981).
- c. Una **disfunción de la articulación temporo-mandibular.** Condición que afecta aproximadamente a una tercera parte de los pacientes con fibromialgia y que afecta a las articulaciones de la mandíbula y los músculos correspondientes.
- d. **Trastornos del sueño.** Sueño no reparador. Dificultades al inicio y mantenimiento del sueño. Las primeras investigaciones en laboratorios de sueño sobre fibromialgia documentaron interrupciones en la etapa más profunda del sueño, la etapa delta, de algunos pacientes con esta enfermedad (Jennum, Drenes, Andreasen y Nielsen, 1993). Alteraciones en la arquitectura del sueño hacen que éste no sea reparador. Con el tiempo, estos trastornos pueden producir el síndrome de fatiga crónica (Nicasio,

- Moxham, Schuman y Gevirtz, 2002). Se han relacionado los trastornos del sueño con el dolor y viceversa (Moldofsky, 2001; Wilson, Eriksson, D'Eon, Mikail, y Emery, 2002) objetivando la presencia de una peor calidad del sueño a mayor intensidad de dolor (Covarrubias, Guevara, Betancourt, Delgado, Cardona, y Hernández, 2005).
- e. **Trastornos cognoscitivos.** Estos incluyen dificultad para concentrarse, "lentitud mental", lapsos de memoria y dificultad para recordar palabras/nombres (Elert, Dahlqvist, Almay y Eisemann, 1993), además de sentirse fácilmente abrumados al enfrentarse a varias tareas a la vez.
 - f. **Malestar abdominal.** Trastornos digestivos, dolores abdominales, meteorismo, estreñimiento y/o diarrea. Estos síntomas se conocen colectivamente como "síndrome del colon irritable" (Wolfe, Ross, Anderson y Russell, 1995b; Yunus et al., 1989b; Yunus et al., 1981).
 - g. **Problemas genito-urinarios.** Es posible que los pacientes con fibromialgia se quejen de un aumento en la frecuencia, o de mayor urgencia para orinar (Paira, 1994), lo que normalmente no se debe a una infección de la vejiga. Algunos pacientes pueden presentar una condición más crónica. Esta es la inflamación de la pared de la vejiga, conocido como **cistitis intersticial**. En las mujeres, la fibromialgia puede causar períodos menstruales más dolorosos o bien que los síntomas de la fibromialgia sean más severos durante este periodo.
 - h. También pueden presentarse otras condiciones, tales como la **vestibulitis vulvar**, caracterizada por dolores en la región de la vulva y dolores durante el coito.
 - i. **Parestesias.** Entumecimiento u hormigueo en extremidades (por ejemplo, en las manos o los pies) o sensación anormal de frío, cosquilleo, picor, etc. (Simms y Goldenberg, 1988; Yunus et al., 1981).

- j. **Puntos miofasciales hipersensibles.** Un significativo número de pacientes con fibromialgia tienen una condición neuromuscular conocida como el "síndrome del dolor miofascial" en el que se forman unos puntos extremadamente dolorosos, puntos hipersensibles. Estos puntos se distribuyen en bandas encogidas en los músculos u otros tejidos conectivos, muchas veces a consecuencia de una lesión, resultado de movimientos repetitivos o posturas incorrectas durante períodos largos. El síndrome del dolor miofascial es una condición localizada en áreas muy específicas, como son el cuello, los hombros o la cintura.
- k. **Síntomas del tórax.** Dolores del pecho o las partes superiores del cuerpo. A menudo, estos dolores van acompañados de jadeos y problemas de postura. Algunos pacientes pueden también presentar una condición llamada "costocondralgia", que es un dolor muscular en la zona donde las costillas se unen al esternón.
- l. **Prolapso de la válvula mitral (PVM).** Las personas que padecen fibromialgia son también susceptibles de padecer esta condición cardíaca, generalmente asintomática, en la cual una de las válvulas del corazón se hincha durante un latido, causando un chasquido o soplo.
- m. **Problemas de desequilibrio.** Algunos pacientes con fibromialgia tienen una condición conocida como "hipotensión de origen neurológico" lo que causa, al ponerse de pie, un bajón en la presión arterial y en la frecuencia cardíaca, produciendo mareos, náuseas y dificultad para pensar con claridad.
- n. **Síndrome de piernas inquietas.** Condición caracterizada por un impulso incontrolable de mover las piernas, sobre todo cuando se está descansando o reposando.
- o. **Hipersensibilidad sensorial.** Hipersensibilidad mecánica, térmica y auditiva y se cree que resulta de una hipervigilancia del sistema nervioso. Pueden tener reacciones

parecidas a las alérgicas a una variedad de sustancias, pero sin las reacciones inmunológicas que se dan en las condiciones alérgicas.

- p. **Problemas de la piel.** Síntomas molestos, como prurito, sequedad o manchas. Los pacientes con fibromialgia también pueden experimentar una *sensación* de hinchazón, particularmente en las extremidades, como por ejemplo en los dedos.
- q. **Depresión y ansiedad.** Estas condiciones pueden exacerbar la sintomatología de la enfermedad e interferir con un buen manejo de los síntomas. Ansiedad y depresión son los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes entre pacientes afectados por fibromialgia (Sletvold, Stiles y Landro, 1995).
- r. Problemas de **vasoconstricción muscular**, como el Síndrome de Raynaud. Conjunto de síntomas vasculares caracterizados por episodios repetidos de constricción o estrechamiento reactivo de las paredes de los vasos (Bennett et al. 1991).

Como ya se ha comentado, es frecuente encontrar distintos síntomas entre las personas con este síndrome, además de los estrictamente necesarios para cumplir los criterios diagnósticos de fibromialgia, siendo variable la frecuencia con que se dan (Kranzler, Gendreau y Rao, 2002) (Ver tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia de síntomas asociados con fibromialgia en el momento del diagnóstico.

Síntoma	Porcentaje
Dolor muscular	100
Fatiga	96
Insomnio	86
Dolor articular	72
Dolor de cabeza	60
Síndrome de piernas inquietas	56
Parestesias	52
Fallos de memoria	46
Espasmos o contracturas musculares	42
Dificultades de concentración	41
Nerviosismo	32
Otros: sensación de quemazón e hinchazón en plantas y palmas, acúfenos, inestabilidad cardiovascular –mareos frecuentes–, piel marmórea y clínica compatible con intestino irritable, astenia, ansiedad o cuadros depresivos.	

1.5. Etiología de la fibromialgia.

La causa principal de este síndrome continua siendo una incognita, pero la evidencia acumulada tras 40 años de investigación sugiere que pueden ser varios los factores que estarían en la base de la fibromialgia. A pesar de las numerosas teorías e hipótesis existentes y la abundante investigación generada, sigue sin conocerse una causa única e inequívoca que explique la etiología de la fibromialgia. Son numerosos los hallazgos encontrados hasta el momento, considerándose como factores predisponentes el estrés muscular agudo, micro-traumatismos repetidos, u otras patologías concomitantes, como compresión nerviosa, radiculopatías (pérdida o disminución de la función sensitiva o

motora de una raíz nerviosa) o neuralgias (dolor agudo e intenso que sigue la ruta de un nervio y se debe a la irritación o daño a dicho nervio) que, junto a otros factores genéticos, y otros más inespecíficos, tales como alteraciones posturales, metabólicas, nutricionales (déficits vitamínicos y minerales), psicológicas, del patrón del sueño y del área afectiva, favorecerían su desarrollo. A continuación se enumeran los hallazgos más destacados:

- a. **Alteraciones en algunos neurotransmisores.** Se ha encontrado que las personas con fibromialgia presentan bajos niveles de serotonina en plaquetas (Ernberg et al., 2000; Russell et al., 1992; Yunus et al., 1992). La investigación también señala una alteración en el sistema dopaminérgico. Los pacientes de fibromialgia muestran un aumento en la respuesta de la prolactina, lo que podría indicar un incremento en la sensibilidad o en la densidad de receptores de dopamina (D2). Estudios con tomografía por emisión de positrones, muestran que existe una alteración en la actividad pre-sináptica de la dopamina que se muestra en la recaptación o la absorción de L-DOPA (Wood, Patterson, Sunderland, Tainter, Glabus y Lilien, 2007).
- b. **Aumento de los niveles de sustancia P en líquido cefalorraquídeo** (Giovengo, et al., 1999; Vaeroy et al., 1988).
- c. **Alteración del sistema de procesamiento del dolor a nivel central.** La investigación de la modulación del dolor ha demostrado que la fibromialgia está asociada a un incremento en la sensibilidad al dolor, lo que sugiere una alteración de este proceso a nivel central (Clauw y Chorusos, 1997; Yunus, 1992). Si los comparamos con personas sanas, los pacientes de fibromialgia presentan umbrales de dolor más bajos a diferentes tipos de estímulos dolorosos experimentalmente inducidos. Se podría decir que existe una exacerbación de la percepción de dolor cuando estímulos dolorosos se presentan repetidamente. La actividad cortical, como respuesta a estímulos nociceptivos, es exagerada en los pacientes de fibromialgia.

- d. **Alteraciones en el Sistema Simpático-Adrenal (SA) y en el Sistema Hipotalámico-pituitario-Adrenal (HPA).** Existe gran cantidad de evidencia que sugiere la existencia de una hiporeactividad en el SA y en el HPA ante la presencia de estresores, incluido el ejercicio físico, en pacientes de fibromialgia. Este síndrome está también asociado a niveles basales de catecolaminas alterados, así como niveles anormales de hormona adrenocorticotrópica (ACTH). La investigación muestra que existe una función concreta que se encuentra alterada en el polimorfismo de un gen beta-adrenérgico, en pacientes de fibromialgia (Vargas et al., 2007), por lo que presentan un incremento significativo en la expresión genética de los receptores moleculares adrenérgicos en respuesta al ejercicio físico, así como al descanso, si los comparamos con sujetos sanos, lo que podría implicar una vulnerabilidad genética, al menos en algunos pacientes de fibromialgia.
- e. **Alteraciones musculares y modulación del dolor.** En general, la evidencia científica que apoya el argumento de que una alteración o un daño en el tejido muscular de personas con fibromialgia es escasa (Drenes, Andreasen, Schroder et al., 1993). Sin embargo, sí se ha encontrado que zonas musculares afectadas (dolorosas) en pacientes de fibromialgia, mostraban hipoxia (Bengtsson y Henriksson, 1989). Otros estudios sugieren que ciertas anormalidades metabólicas contribuirían a la debilidad y agotamiento muscular entre estos pacientes, por ejemplo: problemas de vasoconstricción muscular (síndrome de Raynaud) son frecuentes en pacientes de fibromialgia (Bennett et al. 1991). El número de puntos sensibles parece estar relacionado con una hiperalgesia mecánica difusa presente en los pacientes de fibromialgia. Todas estas alteraciones periféricas podrían estar creando un ambiente bioquímico que contribuyese a la sensibilización local, lo que jugaría un papel destacado en la sensibilidad o susceptibilidad al dolor a nivel central (Staud, 2011).

También se ha encontrado un aumento en tamaño y número de la inervación de fibras sensoriales en algunas zonas concretas del cuerpo (en las palmas de las manos)

(Albrecht, Hou, Argoff, Storey, Wymer & Rice, 2013).

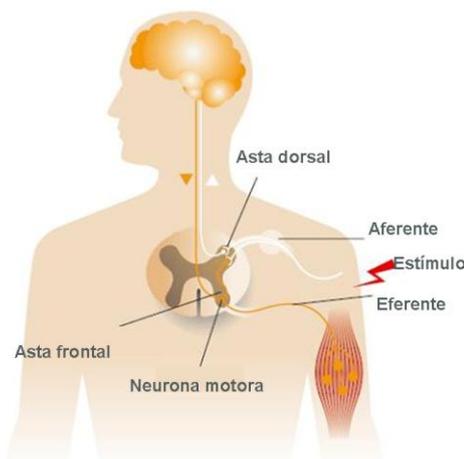
- f. Evidencia a favor de una **tendencia o riesgo genético**. Algunos estudios demuestran la existencia de un conjunto de genes que influyen en las vías del dolor y la analgesia. Estos estudios, aportan evidencia a favor de la existencia de múltiples mecanismos biológicos subyacentes, que estarían en la base de la fisiopatología de la fibromialgia (Arnold et al., 2004). Dos estudios, relativamente recientes, con gemelos sobre dolor generalizado, establecieron que el riesgo de padecer una enfermedad de este tipo, por causas genéticas, estaría entre el 48-54% (Kato, Sullivan, Evengard y Pedersen, 2006) y el 51% (Markkula et al., 2009). Se han identificado tres genes que podrían estar en la base del origen de esta enfermedad (Smith et al., 2012).
- g. La asociación con **trastornos depresivos** ha dirigido numerosos esfuerzos al estudio de posibles causas psiquiátricas. En estudios llevados a cabo en Israel, por ejemplo, se ha observado que la fibromialgia estaba asociada al trastorno por estrés postraumático (PTSD) en un 57%, y la prevalencia de PTSD en pacientes con fibromialgia es mucho mayor que en el resto de la población (Cohen et al., 2002). La fibromialgia está también asociada a un incremento en la sensibilidad a la tensión, al nerviosismo.
- h. También se ha encontrado que los pacientes con fibromialgia y otros pacientes con trastornos dolor generalizado, presentan mayor frecuencia de **problemas durante la infancia** (maltrato, separación de los padres, alcoholismo de los progenitores, etc.) (Imbierowicz y Egle, 2003).

1.6. Fisiopatología de la fibromialgia.

Aunque durante varios años la idea general fue que la fibromialgia podría representar una cierta forma de somatización, las evidencias que se presentan cada día en las publicaciones científicas apuntan hacia procesos que provocan una hipersensibilidad a los estímulos dolorosos (Clauw y Chorusos, 1997; Yunus, 1992).

Las vías de procesamiento de la sensación dolorosa se han expuesto en las revisiones de Kranzler et al. (2002) y Rao (2002). Se puede decir que la nocicepción no es un proceso unidireccional, sino mas bien bidireccional, ascendente y descendente. En el esquema adjunto (ver Fig. 2) se observa cómo la sensación nociceptiva va por las fibras aferentes periféricas al asta dorsal de la médula, que lleva la información a los centros superiores.

Figura 2: Vías de procesamiento de la sensación de dolor en el SN.



Ya en 1983, Woolf observó que en los procesos de dolor crónico se producía un efecto de ‘resonancia’ (*windup*) en las sinapsis del asta dorsal, al mediar la sensibilización responsable de la alodinia y la hiperalgesia (Woolf, 1983). El acoplamiento de la sustancia P con sus receptores de forma crónica produciría una reorganización bioquímica

(neuroplasticidad) en las sinapsis del asta dorsal, con cambios persistentes que provocarían un aumento de la actividad sensorial en los tractos espinotalámicos (Dickenson, 1995; Mannion y Woolf, 2000), que conducirían finalmente a alodinia y a hipersensibilidad.

1.7. Tratamiento de la fibromialgia.

El tratamiento de la fibromialgia es sintomático, ya que no se conoce la etiología. Los tratamientos van encaminados básicamente a disminuir el dolor y la fatiga, a mejorar el sueño y los niveles de actividad, la adaptación y calidad de vida de las y los pacientes, así como a mantener su funcionalidad e incrementar la capacidad de afrontar la enfermedad y mejorar el bienestar psicológico. Las estrategias terapéuticas a escoger deben ser aquellas tomadas de común acuerdo entre el clínico y el paciente, buscando conseguir metas realistas y la implicación activa del propio paciente.

Aunque no se refleja en muchos protocolos, un elemento fundamental dentro de cualquier estrategia terapéutica de la fibromialgia debería ser la **información/educación** del paciente sobre su propia enfermedad. En la mayor parte de los ensayos clínicos la información/educación se asocia con otras intervenciones o forma parte de tratamientos multidisciplinares. Sin embargo, en estudios realizados al respecto se ha comprobado, por ejemplo, que la combinación de educación y ejercicio físico parece especialmente eficaz (Jones, Burckhardt y Bennet, 2004).

1.7.1. Tratamiento farmacológico.

No hay ningún fármaco aprobado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, ni por la Agencia Europea de Medicamentos, con indicación específica para la fibromialgia. Sólo unos pocos fármacos han demostrado eficacia de forma consistente en ECCA (Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado) en algunos de los síntomas de la fibromialgia.

Se describen a continuación las principales alternativas:

1. **Antidepresivos:** En una revisión realizada en 2009 (Häuser et al., 2009), se concluye que los antidepresivos son útiles en el tratamiento de algunos síntomas de la fibromialgia. Nishishinya et al. (2008) analizaron la eficacia de los antidepresivos en fibromialgia concluyendo que eran útiles, principalmente la del antidepresivo tricíclico amitriptilina. En la revisión mencionada anteriormente, realizada por Häuser et al. (2009) se concluye que hay una fuerte evidencia acerca de la eficacia de los antidepresivos en la reducción del dolor, las alteraciones del sueño, la depresión y la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia. Tras analizar de forma independiente la eficacia de los diferentes antidepresivos los autores llegan a las siguientes conclusiones:
 - a. La **amitriptilina** muestra una dimensión del efecto grande en la reducción del dolor, la fatiga y las alteraciones del sueño. La amitriptilina reduce el dolor, la fatiga, mejora el sueño y produce una sensación global de mejoría desde la perspectiva del médico y del propio paciente, por lo tanto, puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con fibromialgia.
 - b. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina tienen una dimensión del efecto pequeña en la reducción del dolor. La **duloxetina** reduce el dolor,

mejora el sueño, el estado de ánimo, la calidad de vida y la capacidad funcional, por lo tanto, puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con fibromialgia. Tras algunos ensayos clínicos se concluye que la duloxetina a 60 mg/día, por vía oral, es superior al placebo en relación a la disminución del dolor y a la mejora de la limitación funcional a corto y medio plazo (Haüser et al., 2009).

La evidencia sobre el efecto de la **fluoxetina** sobre el dolor, el sueño y la fatiga en pacientes con fibromialgia es controvertida y parece eficaz en depresión y limitación funcional, siendo necesario confirmar el potencial beneficio de este principio activo, antes de recomendarlo en la práctica clínica habitual, cuando se utiliza como único fármaco.

- c. Los inhibidores mixtos de la recaptación de serotonina y noradrenalina demostraron eficacia en la reducción del dolor, las alteraciones del sueño y la depresión con una dimensión del efecto pequeña.
- d. En los escasos ensayos clínicos realizados con los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO), estos mostraron una reducción del dolor con una dimensión del efecto moderada. Algunos antidepresivos, como el citalopram y la nortriptilina, no demostraron superioridad sobre el placebo.

2. **Analgésicos.**

- a. Aunque la **ciclobenzaprina** se suele clasificar como un relajante muscular, su estructura química es muy similar a la del antidepresivo tricíclico amitriptilina (sólo se diferencian en un doble enlace). La ciclobenzaprina reduce el dolor a corto plazo y mejora el sueño, por lo tanto, puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con fibromialgia.

- b. La **pregabalina** es un análogo del ácido gamma-aminobutírico (GABA). Aunque su mecanismo de acción no está aún claro, disminuye la excitabilidad neuronal central. Moore, Straube, Wiffen y McQuay (2009) afirman que es eficaz en fibromialgia. Dos metaanálisis recientes (Haüsser et al., 2009; Straube, Derry, Moore y McQuay, 2010). Ambos metaanálisis concluyen que existe una fuerte evidencia de eficacia en la reducción del dolor y en la mejoría del sueño y la calidad de vida. Se observó, además, una disminución en la ansiedad y la fatiga pero la magnitud del efecto era pequeña. No se observaron diferencias en la depresión. La pregabalina reduce el dolor y mejora el sueño y la calidad de vida, por lo tanto, puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con fibromialgia.
- c. **Tramadol**. Este fármaco tiene una débil actividad agonista sobre los receptores opioides μ pero, además, es un inhibidor mixto de la recaptación de serotonina y noradrenalina. Hay moderada evidencia sobre el efecto del tramadol para el manejo del dolor como fármaco único o combinado con el paracetamol.
- d. **Paracetamol**. El paracetamol es el fármaco más utilizado en fibromialgia. Wolfe et al. (2000) observan que el 75% de pacientes tomaban paracetamol y sólo el 27% lo consideraba totalmente ineficaz. En un estudio realizado con 2.596 pacientes de fibromialgia (Bennet, et al., 2007) el paracetamol era el fármaco más utilizado (el 94% lo habían tomado alguna vez en su vida). El 36% de pacientes consideraba que el paracetamol les había sido útil. Aunque no hay ningún estudio comparado con placebo que analice la eficacia del paracetamol en fibromialgia, parece razonable la utilización de este fármaco por razones de tolerancia y seguridad.

6. **Antiinflamatorios.**

Glucocorticoides. No se recomiendan los glucocorticoides para el tratamiento de los síntomas de la fibromialgia ya que ningún estudio avala su eficacia en este trastorno y, además, en tratamientos continuados la aparición de efectos secundarios es frecuente.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE). No hay evidencia de que los AINE (naproxeno e ibuprofeno) sean efectivos cuando se administran solos en pacientes con fibromialgia, aunque pueden ser útiles como adyuvantes analgésicos cuando se combinan con antidepresivos tricíclicos, ciclobenzaprina o benzodiacepinas.

7. **Otros.** Hay un conjunto de fármacos que han demostrado eficacia y que podrían considerarse como alternativas en casos seleccionados: gabapentina (Arnold, Goldenberg, Stanford et al., 2007); pramipexol: los pacientes de fibromialgia del estudio refirieron mejoría en algunos síntomas: dolor, fatiga, funcionamiento y estado general (Holman y Myers, 2005); oxibato sódico (Russel, Perkins y Michalek, 2009); hormona del crecimiento (Bennet, Clark y Walczyk, 1998; Cuatrecasas et al., 2010); o nabilona, fármaco sintético basado en la marihuana, muestra buenos resultados aliviando el dolor en los pacientes con fibromialgia y también en el grado de ansiedad sufrido. Además, este fármaco presentó unos efectos adversos mínimos (Skrabek, Galimova, Ethans y Perry, 2008).

1.7.2. Tratamientos no farmacológicos.

1. **Ejercicio Físico:** Un bajo estado de forma es una característica común entre los pacientes de fibromialgia, por lo que se considera como una parte muy importante a incorporar en cualquier programa terapéutico. La eficacia del ejercicio físico en la mejoría de un paciente, va a depender de lo personalizado que éste sea.

Existen tres alternativas:

- a. **Ejercicios aeróbicos.** Utilizan grandes grupos musculares, involucrándolos en movimientos repetidos, con aumento de la frecuencia cardiaca pero sin superar el umbral anaeróbico (hasta 70-85% de la frecuencia cardiaca máxima para la edad). En los pacientes con fibromialgia es necesario comenzar con una intensidad de entrenamiento muy baja (del 60-75% de la frecuencia cardiaca máxima) y una frecuencia mayor, para que una vez adaptados a la práctica de ejercicio el paciente pueda incrementar la intensidad y disminuir la frecuencia. Entre ellos se incluyen ejercicios en carga (caminar, danza) y en descarga (bicicleta, natación...). A corto plazo (6-23 semanas) el ejercicio aeróbico mejora el dolor, la sensación global de bienestar, la función física (Busch, Barber, Overend, Peloso y Schachter, 2007). El ejercicio aeróbico reduce el dolor, la fatiga, la depresión, las limitaciones de la calidad de vida relacionada con la salud y las condiciones físicas después del tratamiento (Häuser et al., 2010).
- b. **Ejercicios de fortalecimiento muscular.** Pretenden mejorar la fuerza, la resistencia y la potencia muscular realizando contracciones musculares contra determinadas resistencias como bandas elásticas, pesas o el propio peso del paciente.
- c. **Ejercicios de estiramiento o flexibilidad.** Su objetivo es mejorar la flexibilidad muscular y de los tejidos blandos.

Se recomienda que sigan una progresión gradual, paulatina y siempre yendo de menor intensidad a mayor (Kelly, Nelly y Jones, 2011), para que el paciente pueda realizar los ejercicios sin excesivo esfuerzo, incrementando la intensidad de forma gradual, añadiendo diferentes tipos de ejercicios y reduciendo la intensidad/duración del ejercicio,

mientras se mantiene la frecuencia, si el paciente no tolera esa intensidad/duración (Busch et. al, 2011).

Recomendaciones para la práctica de ejercicio físico a pacientes de fibromialgia (Häuser et al., 2010):

- a. La cantidad y la intensidad del ejercicio aeróbico inicial se adaptará a nivel individual.
 - b. El inicio debe ser en niveles justo por debajo de esa capacidad individual.
 - c. Se aumentará gradualmente la duración e intensidad hasta realizar en 2-3 semanas ejercicio diario de intensidad baja a moderada durante 20-30 minutos.
 - d. El tipo de ejercicio aeróbico se debe adaptar a las preferencias del paciente, las comorbilidades y las ofertas locales.
 - e. El programa de entrenamiento inicial debe durar un mínimo de cuatro semanas.
 - f. Los pacientes deben ser informados de que a corto plazo pueden tener un aumento tolerable en el dolor y la fatiga, pero que si el ejercicio se realiza a una intensidad adecuada, estos síntomas deben regresar a los niveles basales dentro de las primeras semanas de ejercicio.
 - g. Los pacientes deben ser motivados para continuar el ejercicio después del programa.
2. **Terapia con Agentes Físicos:** El dolor musculoesquelético generalizado parece un mal candidato para los tratamientos físicos ya que estos, habitualmente, tienen un efecto fundamentalmente local. Como se comenta en la guía publicada por el Ministerio de Sanidad (2011), existen diferentes opciones terapéuticas que utilizan

dispositivos físicos. Los diversos estudios sugieren un efecto positivo, en la mayor parte de los casos, sólo a corto plazo, tras la aplicación de medios físicos.

- a. **Láser o Luz Amplificada por Emisión Esmulada de Radiación** (*Light by Amplification Stimulated Emisión of Radiation*). Es una técnica mediante la cual se aplica al organismo energía del espectro electromagnético para facilitarle su actividad bioquímica. En 2002, se realizaron diferentes estudios, en los que ponían a prueba la eficacia de este método en el tratamiento de la fibromialgia, aplicado de forma individual o combinada (Gür, Karakoç, Nas, Cevik, Sarac, y Ataoglu, 2002). Observan una mejoría significativa en varios parámetros (dolor, limitación funcional, número de puntos dolorosos...) en el grupo que recibió láser real. Armagan et al. (2006) comparan láser de arseniuro de galio-aluminio con láser placebo y observan también disminución del dolor y de la limitación funcional. Ricci, Dias y Driusso (2010) realizaron una revisión sobre la efectividad de este método en el tratamiento de la fibromialgia, y concluyen que no existe evidencia suficiente que recomiende el uso de este instrumento terapéutico.

- b. **Termoterapia.** Técnica que consiste en la aplicación de calor, en sus diferentes grados, sobre el organismo con fines terapéuticos. Esta aplicación se da mediante **agentes térmicos**, los cuales son materiales que están a una temperatura mayor a los límites fisiológicos. Busca a partir de los efectos que provoca, mejorar el estado de una lesión o enfermedad. Brockow et al. (2007) realizan un estudio donde se compara rehabilitación multimodal asociada o no al calentamiento global del cuerpo con infrarrojos. El grupo que recibió infrarrojos mejoró significativamente más en dolor y limitación funcional.

- c. **Estimulación nerviosa transcutánea (TENS).** La estimulación eléctrica transcutánea nerviosa es una forma de electroterapia de baja frecuencia, que permite estimular las fibras nerviosas gruesas A - alfa mielínicas de conducción rápida. Desencadena a nivel central la puesta en marcha de los sistemas analgésicos descendentes de carácter inhibitorio. Se utiliza principalmente para disminuir el dolor. Su eficacia en el tratamiento y mejoría de los síntomas de la fibromialgia es igual o menor que otras técnicas de este tipo, por lo que su recomendación es limitada.
- d. **Ultrasonido.** Es una forma de energía que proviene de las vibraciones mecánicas. Esta energía se propaga en forma de ondas de compresión longitudinal y necesita de un medio elástico para ser transmitido. Se entiende por tratamiento ultrasónico el empleo de vibraciones sonoras en el espectro no audible, con fines terapéuticos.
- e. **Magnetoterapia.** Técnica terapéutica que consisten en la aplicación de campos magnéticos artificiales, en presencia de trauma o disfunción, controlando la frecuencia e intensidad de estos campos.

Hay dos tipos: **Campos estáticos** y **Campos pulsantes de baja frecuencia.**

Muestran un efecto favorable a corto plazo aunque se requiere mayor cantidad de investigación.

- f. **Tratamientos físicos aplicados a nivel craneal.**

Dos variantes: **Estimulación magnética transcraneal (EMT)**, técnica no invasiva utilizada en el tratamiento de diversas patologías de distinta índole. De forma simplificada se puede decir que la estimulación magnética transcraneal produce una

corriente eléctrica específicamente en zonas concretas del cerebro, que en función del tipo de campo aplicado producirá aumento o disminución de la excitabilidad neuronal, y produce además cambios en el metabolismo de algunos neurotransmisores en algunas áreas cerebrales.

Corriente directa transcraneal. La estimulación transcraneal con corriente continua (tDCS) es una técnica de estimulación cerebral no invasiva que se ha aplicado con éxito para la modulación de la excitabilidad cortical; es capaz de inducir cambios en los potenciales de membrana neuronal de una manera dependiente de la polaridad.

En general, existe escasa evidencia acerca de la efectividad de estas técnicas.

- g. **Tratamiento quiropráctico.** Este tipo de tratamiento consiste en realizar ajustes manuales específicos de las vértebras, con el fin de que éstas normalicen su funcionamiento y no produzcan interferencias en la función del sistema nervioso. El Tyers, en 2001, realizó un metaanálisis, en el que concluye que la evidencia es insuficiente para considerar eficaz el tratamiento quiropráctico. Bronfort et al. (2010) publican un informe en el que llegan a la misma conclusión.
 - h. **Masaje.** Terapia manual o masaje, está destinada a producir una serie de reacciones fisiológicas controladas, en el sistema musculoesquelético y/u otros sistemas del cuerpo, que conducen al alivio terapéutico del individuo. Los efectos del masaje han sido analizados en numerosos estudios. Se han realizado varias revisiones al respecto (Tsao, 2007; Kalichman, 2010), en las que se concluye que la evidencia sobre la efectividad de esta técnica, por otra parte muy conocida desde épocas muy antiguas (ej. China siglo II a. C.), es modesta para el tratamiento de la fibromialgia.
3. **Tratamiento psicológico:** De todas las variantes que podemos encontrar, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Terapia Conductual Operante (TCO) son las dos

opciones terapéuticas más utilizadas en el tratamiento de la fibromialgia. La primera se centra más en la función de las expectativas y las creencias desadaptativas de los pacientes, es decir, en las variables cognitivas que mantienen y empeoran los síntomas de la enfermedad, por lo que, el objetivo primordial de esta opción terapéutica es cambiar las disfunciones cognitivas que presenta la persona (Thieme, Turk y Flor, 2006). Para ello, se trabaja con respuestas fisiológicas, cognitivas, emocionales y comportamentales, mediante la relajación, biofeedback, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, control de estímulos, reinterpretación sensorial, etc., pudiendo dar lugar, por tanto, a diferentes combinaciones de tratamiento. Tradicionalmente ha sido la opción psicoterapéutica elegida para el manejo de los síntomas de enfermedades crónicas que cursan con dolor, aunque sus resultados a largo plazo son modestos, tanto en la reducción del dolor, la fatiga, el funcionamiento diario y el estado de ánimo (Williams, 2004). La razón de ser del uso de la Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento del dolor crónico, radica en la idea de que la “experiencia de dolor” es el resultado de la interacción de factores fisiopatológicos, cogniciones, factores afectivos y factores conductuales. La modificación de alguno de estos cuatro factores puede afectar positiva o negativamente a la forma en la que una persona va a vivir o va a afrontar el dolor. Bernardy (Bernardy, Füber, Köllner y Häuser, 2010) realiza una revisión en la que se comprueba que la TCC mejora el estado de ánimo, el dolor, la fatiga, el sueño, la calidad de vida y la autoeficacia, aunque se concluye que a largo plazo ofrece solamente una mejoría de la autoeficacia en el manejo del dolor y del estado de ánimo en pacientes con fibromialgia, y que por sí sola el efecto sobre otros síntomas (dolor, fatiga y sueño) no sería significativo. Los mejores resultados se obtenían combinando ejercicio físico y TCC. La TCC mejora la percepción del dolor

y los niveles de depresión (Wiger, Stiles y Vogel, 1996), además de la sensación de fatiga y el funcionamiento físico (Willians *et al.*, 2002).

Por otra parte, la Terapia Conductual Operante sería especialmente relevante en la reducción del número de visitas médicas y en cambiar las conductas relacionadas con el dolor. La Terapia Conductual Operante incluye elementos como el incremento de actividad, la reducción del reforzamiento de las conductas de dolor por parte de otros, y la disminución de la medicación contingente al dolor. Se ha encontrado que los pacientes que seguían este tipo de terapia, presentaban mejorías significativas en el dolor, la incapacidad y estado de ánimo. Estas ganancias se seguían manteniendo a los 15 meses de seguimiento (Thieme, Gromnica-Ihle y Flor, 2003). Otro reciente metaanálisis (Glombiewski *et al.*, 2010) sobre la eficacia a corto y largo plazo de diferentes tipos de tratamientos psicológicos en fibromialgia, se muestra que el uso de estos, en general, disminuye significativamente la percepción del dolor, los problemas de sueño, la depresión y el catastrofismo, además de mejorar el estado funcional. Los tamaños del efecto oscilaron entre pequeños y medianos a corto y largo plazo (media de seguimiento de 7,4 meses) para cualquier intervención psicológica. Las autoras encuentran que el tipo de tratamiento aplicado y la “dosis” del mismo moderan la eficacia en algunos de los resultados. En este sentido, de entre todos los tratamientos revisados (TCC, TCO, relajación y biofeedback, educación, “*mindfulness*” o atención plena y EMDR –“*Eye movement desensitization and reprocessing*”–) la TCC fue la más eficaz en la reducción de la intensidad del dolor a corto plazo y, junto con la relajación, en la reducción de los problemas de sueño. La TCC potencia la eficacia del tratamiento si se acompaña o se combina con otras formas de intervención. Lera *et al.* (2010) realizan una revisión en la que se analiza si añadir TCC a un tratamiento multidisciplinario (educación, medicación y

ejercicio físico) mejora los resultados. Concluyen que la TCC mejora los síntomas y disminuye la limitación funcional.

4. **Terapias Alternativas o Naturales:** Pese a la escasa evidencia científica existente a cerca de su eficacia, está muy extendido su uso entre las personas con fibromialgia. En 2012 se realizó una revisión sobre la efectividad de distintas terapias de este tipo (acupuntura, tratamiento quiropráctico, homeopatía, hidroterapia y masajes) como tratamiento único, encontrándose algunos efectos positivos con la acupuntura, homeopatía, hidroterapia y masaje (Langhorst et al., 2010). Las más conocidas son:
 - a. **Acupuntura:** No hay suficiente evidencia para recomendar la acupuntura como tratamiento eficaz en pacientes con fibromialgia, aunque algunos estudios demuestran una leve mejoría del dolor a corto plazo, sin embargo en otros no se encontraba ningún efecto con esta técnica (Langhorst et al., 2010; Mayhew y Ernst, 2007).
 - b. **Homeopatía:** No está probada la efectividad de este tipo de tratamiento (Perry, Terry y Ernst, 2010), por lo que no se puede recomendar la homeopatía como tratamiento efectivo de los síntomas de la fibromialgia.
 - c. **Ozonoterapia:** Se ha publicado una revisión sobre ozonoterapia (Romero, 2005) en la que se concluye que no hay suficiente evidencia para recomendar la ozonoterapia como tratamiento en pacientes con fibromialgia.
 - d. **Suplementos dietéticos y nutricionales:** Un metaanálisis publicado en 2010 (De Silva, Macfarlane, Lewith, Ernst, Metwally, 2010) sobre terapias naturales centradas en suplementos dietéticos o nutricionales y productos de aplicación tópica, sus autores concluyen que la evidencia es insuficiente para afirmar que cualquiera de estos productos es eficaz.

- e. **Qi-Gong:** Un estudio de meditación con movimientos de Qi Gong en 128 pacientes con fibromialgia mostró reducciones en el dolor, la discapacidad y la depresión, pero estas mejoras no fueron superiores que las observadas en el grupo control, que recibió el apoyo educativo (Astin et al., 2003).
- f. **Reiki:** No se ha demostrado la eficacia del Qi-Gong, Reiki y otras terapias naturales en el tratamiento de la fibromialgia (Assefi et al., 2008).
- g. **Taichi:** Un estudio reciente (Wang et al., 2010) en comparación con una intervención control consistente en educación y estiramiento, observa mejorías significativas en el humor, la calidad de vida, el sueño y la capacidad de realizar ejercicio en el grupo de Taichi con respecto al grupo control, al igual que otros procesos que cursan con dolor músculo-esquelético. Aunque este primer estudio sugiere que el Taichi puede presentar beneficios en pacientes con fibromialgia, no se ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la fibromialgia.

En la revisión realizada por Ablin et al. (2013), se comparan las distintas estrategias terapéuticas recomendadas por las principales guías terapéuticas publicadas en tres continentes: Alemania, Canadá e Israel, para el tratamiento de los síntomas del Síndrome de fibromialgia y el grado de recomendación de unas técnicas u otras (tabla 3). Las tres guías recomiendan la implicación activa del paciente, la búsqueda de consenso entre el especialista y el paciente y la búsqueda de soluciones no farmacológicas, como primera opción de tratamiento.

Tabla 3: Comparación de los tratamientos más recomendados según las guías diagnósticas de Canadá, Israel y Alemania.

	CANADÁ		ALEMANIA		ISRAEL	
	Nivel de evidencia	Nivel de recomendación	Nivel de evidencia	Nivel de recomendación	Nivel de evidencia	Nivel de recomendación
Ejercicio aeróbico	Ia	A	Ia	A	Ia	A
Amitriptilina	Ia	A	Ia	B	Ia	A
Anticonvulsivos (gabapentina, pregabalina)	Ia	A	Ia	C	Ia	A
Balneoterapia	No se comenta		Ia	B	Ia	C
Terapia Cognitivo Conductual	Ia	A	Ia	A*	Ia	A
Terapia Multicomponente	Ia	A	Ia	A	Ia	A
SNRI (duloxetina, milnacipran)	Ia	A	Ia	B/C**	Ia	A
SSRI	Ia	A	Ia	C	Sin recomendaciones.	
Tramadol	IIa	C	No se comenta***		IIa	B

Ia: Revisión sistemática de estudios aleatorios controlados. IIa: Revisión sistemática de estudios de cohortes.

IIIa: Revisión sistemática de estudios de casos. A: Muy recomendable: la intervención se puede recomendar a la gran mayoría de los pacientes. B: Recomendable: La intervención se puede recomendar a muchos de los pacientes, pero no a todos. C: Recomendación opcional: La intervención puede ser recomendable sólo para una minoría de los pacientes. *: Si se combina con ejercicio físico. **: B: En caso de comorbilidad con un trastorno depresivo o con un trastorno de ansiedad generalizada. C: en caso de no haber ni depresión, ni trastorno de ansiedad generalizada. ***: En el caso de un solo estudio aleatorio con resultados positivos, no hay ninguna recomendación. SNRI: Inhibidores de la recaptación de Serotonina y Noradrenalina SSRI: Inhibidores de la recaptación de Serotonina TCA: Antidepresivos Tricíclicos.

La mayoría de los estudios indican que la remisión completa o sostenida es muy rara en la fibromialgia (Forseth y Gran, 2002), aunque sí se ha establecido que, con el paso del tiempo, se da una cierta mejoría y los criterios diagnósticos suelen dejar de cumplirse en los pacientes que previamente habían sido diagnosticados siguiendo los criterios de la ACR (Forseth et al., 1999; Granges, Ziko y Littlejohn, 1994).

Estudios a tres años del diagnóstico indican que un 47% de enfermos expresan que su estado general es mejor (Fitzcharles, Costa y Poyhia, 2003). Parece ser que el inicio a una edad más temprana (46 frente a 51 años) y el que existan menos alteraciones del sueño son mejores predictores a largo plazo (seguimiento a los tres años).

1.8. Epidemiología y Prevalencia de la fibromialgia.

Según la definición que maneja la Organización Mundial de la Salud [OMS o WHO] (s.f.) “la epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud”.

La fibromialgia es un síndrome que predomina especialmente en el sexo femenino, ya que entre el 80 y 90% de los casos se dan en mujeres. La edad de aparición está normalmente entre los 30 y los 50 años, aunque se han descrito casos de pacientes en los que la sintomatología ha debutado con más de 60 años, y que están relacionados con la artrosis y donde las manifestaciones del síndrome fibromiálgico son más leves (Yunus, Holt, Masi y Aldag, 1988). También ha sido descrita en niños, en los que se ha asociado con la presencia de hiperlaxitud (Buskilla et al., 1993), aunque estos son los casos menos frecuentes.

La prevalencia de la fibromialgia en la población española, según los criterios del *American College of Rheumatology* (ACR) (Wolfe et al., 1990), es de un 4,2% para

mujeres y un 0,2% para varones; en total, se calcula que un 2,73% de la población española padece este síndrome (Collado et al., 2002). Esto supone que aproximadamente hay unas 700.000 personas afectadas en nuestro país (Valverde et al., 2000; Carmona et al., 2001). En una muestra aleatoria de pacientes que acuden a consulta de Reumatología en España, el 12,2% cumplen criterios de la fibromialgia (Grunenthal et al., 2003). En otros países, la prevalencia en el total de la población varía entre el 2% y el 10,5% en mujeres (Forseth y Gran, 2002). En países de nuestro entorno la incidencia anual se estima que es de alrededor del 0,6% en mujeres previamente libres de dolor, de entre 26 y 55 años (Forseth, Gran y Husby, 1997). Se calcula que a nivel mundial, la prevalencia de este síndrome estaría entre el 3-6% de la población (WHO, 2008).

Entre finales de los años '90 y principios del 2000, se estimaba que la ratio mujer-hombre con el diagnóstico de fibromialgia era de 9:1 (Anderberg, Marteinsdottir, Theorell y von Knorring, 2000; Macfarlane et al., 1999). Distintos factores podrían ser los causantes de este desajuste, tales como factores genéticos, hormonales, ambientales o conductuales. Una distinta patogénesis en los dos sexos también podría estar presente. No obstante, la diferencia en la proporción de casos según el género también podía explicarse en parte, por el hecho de que la presión sobre determinados puntos hipersensibles, forma parte del propio diagnóstico y las mujeres son más sensibles que los hombres (Bartels et al., 2009).

Un estudio realizado que pretendía determinar la prevalencia de la fibromialgia en 5 países europeos, se encontró que ésta era de 4,7% , y que la relación mujer: hombre había disminuido hasta valores de 2-3:1 (Branco et al., 2010). Más aún, Wolfe, Braehler, Hinz, y Häusser (2013) encontraron leves diferencias entre sexos (2,4% de mujeres, frente al 1,8% de hombres de su muestra), pero no resultan ser significativas. También encontraron que este porcentaje aumenta en función de la edad (0,8% en personas \leq de 40 años; 2,5% de personas entre 40-59 años; y 3,0% de personas \geq de 60 años).

CAPITULO 2: Relación de factores psicológicos con la fibromialgia.

2.1. La Personalidad.

2.1.1. Personalidad y fibromialgia.

2.2. El concepto de Calidad de Vida.

2.2.1. Calidad de vida y fibromialgia.

2.3. La Anhedonia.

2.3.1. Anhedonia y fibromialgia.

2.4. El Sentido de Coherencia.

2.4.1. Sentido de Coherencia y fibromialgia.

2.1. La Personalidad.

En general, más o menos todo el mundo tiene claro a que se refiere el término **personalidad**, aunque luego resulte complicado verbalizarlo. Lo mismo ocurre en la comunidad científica. Es difícil encontrar una definición aceptada por la totalidad de sus miembros. La mayor parte de las definiciones existentes proponen las siguientes características del concepto personalidad (Pérez y Bermúdez, 2003):

1. La personalidad es un constructo hipotético, inferido de la observación de la conducta.
2. El uso del término, no implica connotaciones de valor sobre la persona que caracteriza.
3. Incluye una serie de elementos relativamente estables en el tiempo (*rasgos o disposiciones internas*), y consistentes de unas situaciones a otras.
4. También incluye otra serie de elementos, como *cogniciones, motivaciones o estados afectivos*, que pueden explicar la falta de consistencia y de estabilidad de la conducta en determinadas circunstancias.
5. Abarca tanto la conducta manifiesta como la experiencia privada.
6. La conducta de una persona, será fruto tanto de los elementos más estables, como de los aspectos determinados por las influencias personales (percepción de la situación, experiencia previa, etc.), las influencias sociales o culturales.
7. La personalidad es algo distintivo y propio de cada individuo, a partir de la estructuración de sus características y elementos.
8. El individuo busca adaptarse a su entorno, según su percepción de éste, que va a estar guiada o mediada por sus propias características personales.

Al igual que existen múltiples definiciones del concepto personalidad, también podemos encontrar en la literatura distintos modelos que pretenden explicar cuál es la estructura y los componentes fundamentales de toda personalidad. Allport (1961), uno de los fundadores de la psicología de la personalidad, proponía que los rasgos eran los elementos fundamentales de la personalidad, aunque no indicó cuál debía ser el número exacto de ellos.

Los modelos que se han propuesto defieren fundamentalmente en este aspecto, pues los diferentes autores no se ponen de acuerdo en cual ha de ser el número exacto de rasgos que conforman la estructura de la personalidad.

Cattell (1950) propone en su modelo 16 factores. Según este autor, la Personalidad es aquello que nos permite predecir lo que una persona hará cuando se encuentre en una situación determinada. Para él, el elemento estructural básico de la personalidad es el Rasgo, que implica tendencias reactivas generales y hace referencia a características relativamente permanentes. Para obtener los rasgos fundamentales de la personalidad, Cattell partió del análisis del lenguaje, ya que consideraba que el idioma disponía de los términos que recogían cualquier cualidad (criterio léxico).

Según Eysenk (1969) son 3 los factores que conforman la estructura de la personalidad. Eysenck combina la tradición correlacional (modelo descriptivo o taxonómico) con la experimental (modelo causal o explicativo). Para Eysenck la personalidad estaría formada por tres dimensiones independientes: Psicoticismo (P), Extraversión (E) y Neuroticismo (N). En su opinión, las diferencias en la personalidad, y por tanto, en la conducta de las personas, se deben a diferencias en el funcionamiento del SN (Bermudez et al., 2003).

Modelo de los Cinco Grandes factores o *Big Five*: El modelo de los Cinco Grandes propone la existencia de cinco factores básicos de personalidad que tendrían validez universal. Este modelo parte de una hipótesis léxica (Goldberg, 1990), que defiende que, en los diferentes lenguajes naturales, han quedado codificadas aquellas características de la personalidad más importantes y socialmente útiles. Evolución histórica del modelo:

Allport y Odbert (1936) asientan las bases de los trabajos taxonómicos posteriores, tomando los términos de personalidad relevantes encontrados en el diccionario. Crearon 4 categorías de clasificación: rasgos de personalidad, estados temporales, términos evaluativos, que traducían el efecto que la conducta del sujeto tenía sobre otros, y una categoría mixta, referida a cualidades físicas, capacidades y otros términos sueltos. Actualmente, McCrae y Costa son los máximos representantes del modelo, pues desarrollaron un cuestionario para medir estos cinco factores (NEO PI-R) (Costa y McCrae, 1992). También se puede encontrar el cuestionario *Big Five Questionnaire* (BFQ) desarrollado un año después por Caprara y colaboradores para el mismo fin (Caprara, Barbaranelli, Borgogni y Perugini, 1993). Costa y McCrae (1994) consideran que una definición de la personalidad debería incluir los siguientes elementos (ver figura 3):

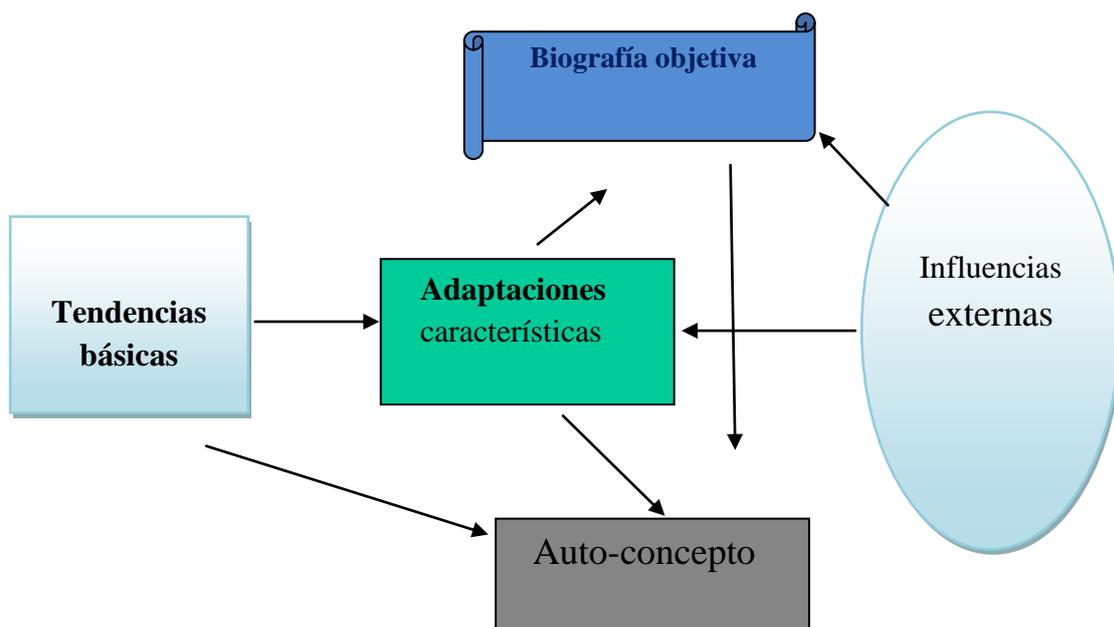
- a. Una organización dinámica o conjunto de procesos que integran el flujo de la experiencia y la conducta.
- b. Sistemas psicofísicos, que representan tendencias y capacidades básicas del individuo.
- c. Formas características de pensar y comportarse, como son los hábitos, actitudes o la forma en general que tiene el individuo de adaptarse a su entorno.
- d. Influencias externas, que incluiría tanto la situación inmediata, como las influencias sociales, culturales e históricas.
- e. La biografía objetiva del individuo.

f. El autoconcepto, o sentido del individuo de quien es él.

Según el planteamiento de Costa y McCrae, las tendencias básicas y las influencias externas serían consideradas como las fuentes últimas de explicación de la conducta, entendiéndose como las unidades básicas de la personalidad.

Existen otros modelos que apuestan por un modelo de siete factores. Cloninger (Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993) propuso su modelo biosocial de la personalidad, sustentado en la distinción entre rasgos temperamentales (basados en mecanismos biológicos) y caracteriales (producto del aprendizaje psicosocial), componentes ambos de la personalidad, tanto normal como patológica. De acuerdo con este modelo, el temperamento se refiere a respuestas emocionales automáticas que son heredables en una buena parte, se manifiestan desde los momentos iniciales de la vida y son estables en el tiempo.

Figura 3. Concepto de personalidad según Costa y McCrae (1994).



Por el contrario, los rasgos caracteriales representan diferencias individuales en autoconcepto, metas individuales y valores asumidos, que se desarrollan durante la vida a través de la experiencia compartida con el resto de personas. Los factores que componen la personalidad propuestos por estos autores son: búsqueda de novedad (NS), evitación del daño (HA), dependencia de recompensa (RD) y persistencia (PE), como rasgos temperamentales; y *autodirección* (SD), *cooperación* (CO) y *autotrascendencia* (ST), como rasgos caracteriales.

En conclusión, se puede decir que la personalidad hace referencia a la forma de pensar, percibir o sentir de un individuo, que constituye su auténtica identidad y que está integrada por elementos de carácter más estable (*rasgos*, o *nivel I*) y elementos cognitivos, motivacionales y afectivos (*nivel II*), más vinculados con la situación y con las influencias socio-culturales y, por tanto, más cambiables y adaptables. Encontrando que las características del entorno determinan la conducta del individuo, a través de una continua interrelación e interdependencia entre ambos, y que generan nuevos productos cognitivos, motivacionales o afectivos que van a influir en la conducta futura, mediante cambios de expectativas, creencias, metas, estrategias, valoración de las situaciones, etc. (Pérez et al., 2003).

2.1.1. Personalidad y fibromialgia.

Desde los inicios del estudio de la fibromialgia, ya se apuntaba hacia la importancia, si no posible causalidad, de los factores psicológicos en el inicio, mantenimiento y/o severidad de los síntomas de este síndrome. Se habla de un posible perfil psicológico de las personas con fibromialgia, siendo estas calificadas por algunos especialistas como personas perfeccionistas, dependientes, altamente demandantes, controladoras, etc.

Algunos estudios afirman que existen evidencias que permiten sustentar la hipótesis de una asociación frecuente entre el síndrome fibromiálgico y la patología psiquiátrica; por ejemplo, suelen encontrarse entre este grupo de personas, trastornos como depresión, trastornos de ansiedad y rasgos vulnerables de personalidad (Alda et al., 2003). Rook y colaboradores (Rook et al., 1981) comprobaron cómo estos pacientes presentaban características de afectividad negativa más frecuentemente que el resto de la población general. Estos factores psicológicos típicos, relacionados con el neuroticismo, podrían contribuir a las molestias físicas, aumentando la susceptibilidad de estos pacientes a padecer dicho tipo de malestar. Investigaciones más recientes indican que podrían existir evidencias de que pacientes con fibromialgia presentan rasgos de personalidad y creencias de control que estarían actuando de forma patogénica, favoreciendo la aparición de la enfermedad y alterando la percepción subjetiva de la misma (Besteiro et al., 2008).

Las alteraciones psicológicas forman una parte notable de la fibromialgia, aunque sólo un pequeño porcentaje de pacientes presenta trastornos psiquiátricos mayores (Alda et al., 2003). En diversos estudios, se ha observado la presencia de episodios depresivos, tanto actuales como pasados, siendo más frecuentes entre personas con fibromialgia (71%), que si son comparados con grupos control (12%). Estudios similares a los anteriormente mencionados, demuestran que la depresión influye en la percepción del dolor musculoesquelético, haciendo que éste se perciba con mayor intensidad. Algo similar ocurre con respecto a los trastornos de ansiedad, siendo en estos pacientes más frecuentes, con un porcentaje del 26%.

Otra cuestión a tener en cuenta es la **atención al dolor** y el miedo al sufrimiento de muchos pacientes. Estos factores están frecuentemente asociados a las enfermedades que, como la fibromialgia, cursan con dolor crónico. El concepto de hipervigilancia fue introducido por primera vez por Chapman (1978) y lo definió como un constante escaneo

del cuerpo para analizar e identificar cualquier síntoma físico en cualquier parte del cuerpo y, más específicamente, síntomas dolorosos. El incremento de la atención hacia el dolor y otras señales somatosensoriales es definido como *hipervigilancia específica*, mientras que cuando la atención es dirigida hacia estímulos neutros, se le denomina *hipervigilancia general*.

En pacientes con fibromialgia, se ha planteado el modelo de hipervigilancia al dolor, que hace que estos pacientes tengan una más alta sensibilidad al dolor, con un menor umbral de tolerancia de éste, lo que se ha denominado “estilo de amplificación perceptiva”, lo que podría estar influyendo en la forma y cantidad en que las personas con fibromialgia experimentan el dolor (McDermid et. al. 1996).

En 1999, Eccleston y Crombez, dando explicación a la relación existente entre la atención al dolor y la experiencia de dolor, introducen el *Modelo Cognitivo-Afectivo de la función interruptora del dolor* (Eccleston y Crombez, 1999). Desde un punto de vista evolutivo, estos autores consideraron el concepto de la atención como un “mecanismo dinámico de selección para la acción”. Según estos autores, el dolor interrumpe la actividad en curso para demandar atención, hecho que depende de factores como la intensidad del dolor, la novedad, la predictibilidad, la sensación de amenaza y factores relacionados con el entorno del dolor, como el arousal emocional. Este modelo cognitivo de la interrupción del dolor asume que, como consecuencia del dolor, la atención se dirige automáticamente hacia éste. Esta excesiva atención al dolor es lo que denominan *hipervigilancia*.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la **evaluación del dolor** en los pacientes con fibromialgia. Como más adelante se comentará con mayor profundidad, diversos instrumentos se han utilizado para valorar el dolor y su intensidad de la forma más objetiva posible. Entre ellos destacan: Escala Analógica Visual (EAV o VAS)

(Huskisson, 1974), *Pain Rating Scale*, *Present Pain Intensity* (PPI) (Melzack, 1975) y número de palabras tomadas del *McGill Pain Questionnaire* (Melzack, y Togerson, 1971), mediante un examen físico de los puntos gatillo (*trigger points*), llegando a la conclusión de que el mejor instrumento para evaluar el dolor en pacientes con fibromialgia es la Escala Analógica Visual.

La fibromialgia, como otras enfermedades crónicas, se ve influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociológicos, los cuales pueden hacer a una persona más vulnerable a la enfermedad. Desde disciplinas como la psiquiatría, la psicología, la medicina psicosomática e incluso desde la medicina general, la fibromialgia se considera más un síntoma de una enfermedad mental principal o como una enfermedad psicosomática (Lipowski, 1988; Kroenke, 2007) que una enfermedad como entidad propia. Se ha señalado la alta incidencia de síntomas psiquiátricos, especialmente afectivos, entre los sujetos con esta patología (Villagrán et al., 2000) y la posible utilidad de los antidepresivos en el manejo terapéutico de sus síntomas, pero en dosis inferiores a las indicadas para el tratamiento convencional de esta patología (Mera & Insúa, 1996).

Desde las primeras descripciones de la fibromialgia se ha prestado especial interés a este aspecto, ya que en un porcentaje cercano al 30% de personas con fibromialgia presentan alteraciones psiquiátricas. Es frecuente la aparición de cuadros depresivos, ansiedad, alteraciones psicológicas de personalidad, disfunciones sexuales y dificultades funcionales diversas. (Mera & Insúa, 1996). Algunos psiquiatras incluyen la fibromialgia y los síndromes de dolor crónico dentro de un grupo denominado enfermedades del espectro afectivo (*Affective Spectrum Disorder*, ASD), junto con depresión mayor, déficit de atención con hiperactividad, bulimia nerviosa, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, síndrome de colon irritable, migraña, trastorno obsesivo-compulsivo, reacciones de pánico, trastorno por estrés posttraumático, entre otros (Hudson et al. 2003).

Los pacientes de fibromialgia son tradicionalmente descritos, por los profesionales que los tratan, como personas perfeccionistas (Herken et al., 2001); introspectivas (Amir, et al., 2000), demandantes y a veces “agotadoras” a la hora de tratar en consulta (Asbring y Narvanen, 2003).

Las emociones negativas son comunes entre los pacientes con fibromialgia, lo que puede aumentar la sensación de dolor. Esto implica que la forma en la que las personas con fibromialgia procesan y regulan sus emociones puede ser muy relevante a la hora de percibir el grado o intensidad de la sensación de dolor y, en general, la forma en que afrontan la enfermedad (Gatchel et al., 2007; Van Middendorp et al., 2010(a); Van Middendorp et al., 2010(b)).

Malin (Malin et al., 2012) opina que la personalidad puede funcionar como filtro, modulando las respuestas de las personas ante estresores (psicológicos) externos. Los autores apoyan la idea de que determinados tipos de personalidad podrían facilitar la traducción de esos estresores en respuestas fisiológicas tales que pongan en marcha los mecanismos de la fibromialgia. En la revisión realizada por estos autores, se concluye que no existe un tipo de personalidad específica de persona con esta patología, pero sí la existencia de unos rasgos de personalidad que se dan con cierta frecuencia, los cuales podrían ser los causantes del incremento del sufrimiento emocional que presentan muchas de estas personas. También se enumeran una serie de rasgos de personalidad típicos, como son: perfeccionismo, tener expectativas poco realistas, personalidad tipo A, personas con una excesiva necesidad de orden y limpieza, personas controladoras, que tienen dificultad para relajarse, altamente irritables, sujetos que adoptan un rol de enfermo, que presentan un incremento de la ira o el enfado y la agresión indirecta, con escasas habilidades de afrontamiento, pensamiento pesimista, suelen presentar ansiedad sobre el futuro y una tendencia a somatizar, además de dificultad para verbalizar sus pensamientos y emociones.

A lo largo de los años, se han utilizado distintas herramientas para el estudio de la personalidad en personas con fibromialgia y dolor crónico; según la hipótesis de partida los diferentes investigadores han optado por uno u otro. Entre ellos encontramos: El Inventario de Personalidad Minnesota Multifásico (MMPI/MMPI 2) (Hathaway, y McKinley, 1942; Butcher et al., 1989). Quizás sea ésta la herramienta más utilizada en investigación y en salud mental; El Cuestionario de personalidad Cesarec Marke (CMPS) (Cesarec y Marke, 1968), cuestionario basado en la Teoría de las Necesidades de Murray; La Escala de Personalidad Karolinska (KSP) (Schalling y Edman, 1993); El Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) (Cloninger et al., 1993); El Inventario de Personalidad de Eysenk (EPI) (Eysenk y Eysenk, 1975); y el Inventario de Personalidad NEO revisado (NEO PI-R) (Costa y McCrae, 1992) basado en el modelo de cinco factores, entre otros. En la tabla 4 se especifican las dimensiones y sub-factores que mide este cuestionario.

Tabla 4. Dimensiones medidas en el NEO PI-R y sus respectivas facetas.

Neuroticismo	Extraversión	Apertura a la experiencia	Amabilidad	Responsabilidad
Ansiedad	Cordialidad	Fantasía	Confianza	Competencia
Agresión-Hostilidad	Gregarismo	Estética	Franqueza	Orden
Depresión	Asertividad	Sentimientos	Altruismo	Sentido del deber
Ansiedad Social	Actividad	Acciones	Actitud conciliadora	Necesidad de logro
Impulsividad	Búsqueda de emociones	Ideas	Modestia	Autodisciplina
Vulnerabilidad	Emociones positivas	Valores	Sensibilidad a los demás	Deliberación

A continuación se especifica qué mide cada dimensión y sus respectivas facetas:

Neuroticismo (N) El Neuroticismo contrapone el ajuste y la estabilidad emocional. La persona que puntúa alto en este factor tiene tendencia general a experimentar sentimientos negativos, tales como ira, miedo, melancolía, vergüenza, etc. Por el contrario, los sujetos que puntúan bajo en N son emocionalmente estables. Suelen estar tranquilos, sosegados y relajados y son capaces de enfrentarse a situaciones estresantes sin alterarse ni aturdirse.

Ansiedad (N1): Abarca tensión, nerviosismo, tendencia a preocuparse y a experimentar miedo.

Agresión-Hostilidad (N2): Tendencia a experimentar enfado, irritación.

Depresión (N3): Sentimientos de culpa, tristeza, soledad.

Ansiedad social (N4): Sentimientos de vergüenza, sensibilidad al ridículo.

Impulsividad (N5): Dificultad en el control de impulsos y necesidades.

Vulnerabilidad al estrés (N6): Dificultad para controlar el estrés y tendencia a la dependencia en situaciones interpretadas de emergencia.

Extraversión (E): Esta dimensión incluye la sociabilidad aunque esta es solo uno de sus componentes. Las personas con puntuaciones altas en este factor son asertivos, activos y habladores, les gusta la excitación y la estimulación. Son energéticos y optimistas. Los introvertidos suelen ser reservados, pero no huraños, calmados más que indolentes.

Prefieren estar solos, pero no por ansiedad social, y no son ni infelices ni pesimistas.

Cordialidad (E1): Capacidad para establecer vínculos con otros.

Gregarismo (E2): Preferencia para estar en compañía de otros.

Asertividad (E3): Recoge desde la tendencia a la dominancia hasta la tendencia a evitar confrontaciones.

Actividad (E4): Necesidad de estar ocupado. Se caracteriza por conductas motoras vigorosas.

Búsqueda de emociones (E5): Es la tendencia a acercarse a las fuentes de estimulación.

Emociones positivas (E6): Tendencia a experimentar emociones de alegría, felicidad, etc.

Apertura a la Experiencia (O): Esta dimensión hace referencia a un individuo abierto, original e imaginativo. Curioso por el medio externo e interno, con una vida rica e interesado por ideas nuevas y valores no convencionales. En su polo opuesto el individuo tiende a ser convencional en su conducta y apariencia, prefiere lo familiar a lo novedoso y son social y políticamente conservadores.

Fantasía (O1): Puntúa bajo la gente que prefiere ocuparse de lo que tiene entre manos.

Estética (O2): Hace referencia a la apreciación por el arte y la belleza.

Sentimientos (O3): Implica receptividad a los propios sentimientos y emociones, que se valoran como importantes para la vida.

Acciones (O4): Interés por diferentes actividades, por ir a sitios nuevos o comer cosas inusuales.

Ideas (O5): Apertura de mente a cosas nuevas, a ideas poco convencionales, disfrute de argumentos filosóficos, etc.

Valores (O6): Tendencia a reexaminar los valores sociales, religiosos o políticos.

Amabilidad (A): Refleja tendencias interpersonales. La persona con puntuaciones altas es altruista, considerado, confiado y solidario. Suele ser amable, agradable y cordial con los demás. Se preocupa por las necesidades del prójimo y por su bienestar. Tiende a ser confiado. Percibe e interpreta adecuadamente tanto sus propias emociones como las del otro. Es una persona empática, capaz de resonar emocionalmente con los demás. En la parte baja de las puntuaciones el individuo es frío, egocéntrico, escéptico y competitivo.

No le preocupa lo que le pueda pasar a la gente que le rodea y al mundo en general. Es una persona sin escrúpulos, capaz de manipular a los demás para conseguir lo que quiere.

Confianza (A1): Tendencia a atribuir buenas intenciones a los demás.

Franqueza (A2): Se trata de individuos francos, sinceros e ingenuos.

Altruismo (A3): Preocupación activa por los otros, generosidad, consideración hacia los demás.

Actitud conciliadora (A4): Se refiere a las reacciones hacia los conflictos, puntúan alto los cooperativos, no rencorosos, los que perdonan ofensas, etc.

Modestia (A5): Se trata de un aspecto de autoconcepto, los que puntúan alto prefieren pasar desapercibidos.

Sensibilidad a los demás (A6): Simpatía y preocupación por otros.

Responsabilidad (C): La Responsabilidad es un aspecto de lo que a veces se llama carácter, quienes puntúan alto son escrupulosos, puntuales y fiables. Los que puntúan bajo no es que carezcan de principios morales, sino que son menos rigurosos en aplicarlos, ya que son más descuidados en luchar por sus objetivos.

Competencia (C1): Es el sentimiento de creerse capaz, efectivo y resolutivo para tratar con los aspectos de la vida.

Orden (C2): Personas limpias, ordenadas y bien organizadas.

Sentimiento del deber (C3): Tendencia a adherirse estrictamente a sus principios éticos y cumplir sus obligaciones.

Necesidad de logro (C4): Niveles de aspiración elevados y tendencia a trabajar duro para conseguir un objetivo.

Autodisciplina (C5): Habilidad para empezar tareas y llevarlas a cabo a pesar del aburrimiento o de cualquier distracción.

Deliberación (C6): Tendencia a pensar cuidadosamente antes de actuar.

2.2. El concepto de Calidad de Vida.

Para la Real Academia de la Lengua Española, el concepto de Calidad de Vida se refiere, *al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida.*

El interés y posterior estudio de la Calidad de Vida de las personas surgió en Estados Unidos tras la Segunda Guerra Mundial. El concepto de Calidad de Vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Pese a esto, no existe una definición única del concepto, ni una completa diferenciación con otros conceptos relacionados, como son la satisfacción con la vida, el bienestar subjetivo, el estado de salud, la salud mental, la felicidad, etc.

Existen múltiples perspectivas desde donde se define este concepto. Desde las que tienen en cuenta las condiciones de vida: La Calidad de Vida es equivalente a la suma de las puntuaciones de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona, tales como salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación; otras que igualan Calidad de Vida con la satisfacción con la vida: se considera a la Calidad de Vida como un sinónimo de satisfacción personal.

Existe un tercer tipo de definiciones, en las que se tienen en cuenta las condiciones de vida y la satisfacción personal. Desde esta perspectiva, las condiciones de vida pueden ser establecidas objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, los que sumados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden ser reflejados en el bienestar general.

Un cuarto tipo de teorías son aquella que vinculan las condiciones de vida, con la satisfacción con la vida y además tienen en cuenta los valores de la persona. Así, la Calidad de Vida de una persona, es definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material,

social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales (Urzúa y Caqueo, 2012). En esta categoría de definiciones podría incluirse la planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1995. Bajo este marco, la OMS define la Calidad de Vida como la percepción individual de la posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses. Se explica que la Calidad de Vida es subjetiva. Distinguiéndose la percepción de condiciones objetivas (ej. recursos materiales) y condiciones subjetivas (satisfacción con ese recurso), así como su naturaleza multidimensional de la Calidad de Vida, e incluye tanto funcionamientos positivos como dimensiones negativas (The WHOQOL Group, 1995).

La vaguedad conceptual del término, y su componente subjetivo, han dificultado el progreso de la investigación de la calidad de vida, en general, y dentro del ámbito de la medicina, en particular. El primer intento de refinamiento del concepto, consistió en entresacar el objeto de su estudio de la realidad total, y acuñar el término «calidad de vida relacionada con la salud» para nombrar únicamente los aspectos de la vida relacionados con la salud, la enfermedad y los tratamientos. Calidad de Vida Relacionada con la Salud es, pues, el aspecto de la calidad de vida que se refiere, específicamente, a la salud de la persona y se suele utilizar para hablar de los resultados concretos de la evaluación clínica y para la toma de decisiones terapéuticas (Fernández et al., 2010).

2.2.1. Calidad de vida y fibromialgia.

Como ya se ha comentado con anterioridad, se desconoce aún cuál es la causa última de la fibromialgia. Un interrogante también a resolver es porqué la mayor parte de las personas con fibromialgia se sienten tan incapaces de afrontar sus actividades diarias.

El impacto en su salud es tal, que hace mermar de forma importante su calidad de vida. Este es un aspecto clave, porque se ha relacionado con el uso de estrategias poco adaptativas y la percepción de una capacidad deficiente para realizar las actividades de la vida diaria en estos pacientes (Lindberg & Iwarsson, 2002).

Este concepto ha sido ampliamente estudiado en relación con el síndrome fibromiálgico. En un estudio realizado por Wolfe (Wolfe et al.1997), se analizaron pacientes con diversas patologías reumatológicas (artritis reumatoide, osteoartritis y fibromialgia), encontrando menor calidad de vida en los pacientes con fibromialgia que en los otros dos grupos de pacientes. Del mismo modo, cuando se comparan pacientes con fibromialgia con controles sanos, se encuentran niveles significativamente menores de calidad de vida en los pacientes con fibromialgia (Martínez, et al. 2001; Verbunt et al., 2008).

Martín, de Sousa y Calvo (2010) encuentran que la calidad de vida de las personas con fibromialgia está gravemente afectada, si se la compara con los valores la población sana de referencia, especialmente en áreas relacionadas con el dolor, los problemas físicos, la vitalidad y la percepción que tienen de su salud en general. Es curioso señalar que la afectación a nivel físico que padecen estos pacientes contrasta con la escasez de signos clínicos evidenciados en la evaluación física de los mismos. A partir de los resultados encontrados en su estudio, las autoras afirman que la disfunción física presente en los enfermos de fibromialgia es independiente de los problemas emocionales, pero no pueden afirmar lo mismo respecto al dolor, la función social o la percepción general de salud.

Castelli et al. (2012) concluyen que la presencia e intensidad del dolor, así como depresión, son los factores que más contribuyen a la hora de explicar el componente físico de la calidad de vida, mientras que ansiedad, depresión e intensidad del dolor, son los

factores que permiten explicar fundamentalmente el componente mental del concepto calidad de vida en este grupo de pacientes.

Existen numerosos cuestionarios que permiten evaluar esta área (ver tabla 5). Uno de los más utilizados es el “survey 36 item short-form” más conocido por sus siglas: SF-36. El cuestionario ha sido adaptado para su utilización en España. El SF-36 contempla aspectos de salud tanto física, como psíquica y social de la persona. En la revisión realizada por Hoffman y Dukes (2008), donde se revisan 37 estudios que comparan personas con fibromialgia respecto a personas con otras patologías y personas de la población general sana, con el cuestionario SF-36 y su versión abreviada (SF-12). Se concluye que las personas con fibromialgia presentan el mayor impacto en las 8 áreas que evalúan estos cuestionarios. En la tabla 5 se resumen algunos de los más destacados.

Tabla 5. Resumen de algunos de los cuestionarios más destacados de Calidad de Vida.

Cuestionario	Autor
<i>The Sickness Impact Profile (SIP)</i>	Berger, Bobbitt, Carter, y Gilson (1981).
<i>The McMaster Health Index Questionnaire</i>	Chambers, Sackett, Goldsmith, Macpherson, y McAuley (1976)
<i>The MOS- Short-form General Health Survey</i>	Stewart, Hays, y Ware (1988)
<i>Visual Analogue Pain Rating Scale</i>	Huskisson (1974)
<i>The Nottingham health Profile: NHP</i>	Hunt, McKenna, McEwen, Backett, Willians y Papp (1980)
<i>The Functional Status Index</i>	Jette (1980)
<i>The Karnofsky Perfomance Status Scale</i>	Karnofsky, y Buchenal (1949)
<i>The General Health Questionnaire: GHQ</i>	Goldberg (1978)
<i>The Health Assessment Questionnaire: HAQ</i>	Fnes, Spitz y Young (1982)
<i>The MOS-36-item Short-Form Health Survey: SF-36</i>	Ware, y Sherbourne (1992)
<i>The McGill Pain Questionnaire: MPQ</i>	Melzack, y Togerson (1971)
<i>The European Research Questionnaire Quality of Life: EUROQOL 1999</i>	EuroQol Group (1990)
<i>The Perceived Quality of Life Scale: PQoL</i>	Patrick, Danis, Southerland, y Hong (1988)

Continuación

<i>The World Health Organization Quality of Life:</i> WHOQOL Instrument	The WHOQOL Group (1995)
<i>The World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS II)</i>	The WHOQOL Group (2000)
<i>Quality of Life: QOL</i>	Antonovsky(1993)
<i>The Health and Activities Limitations Index:</i> HALEX,	Bradley, Kroll, Holmes-Rovner (2000)

2.3. El Sentido de Coherencia.

El sentido de coherencia (SOC) ha de ser entendido como una disposición personal, la valoración que hace una persona de las experiencias vitales como comprensibles, manejables y llenas de significado. Este concepto surge de la experiencia de Aaron Antonovsky con mujeres supervivientes de campos de concentración alemanes durante la II Guerra Mundial. En 1979, Antonovsky publica el libro “*Health, Stress and Coping*”, en el cual presenta su modelo teórico que pretende explicar la relación existente entre estresores, estrategias de afrontamiento y salud. El SOC no se considera un estilo de afrontamiento, sino más bien como una capacidad general de percibir experiencias vitales, que permite actuar de forma constructiva en situaciones desfavorables.

La Teoría del Sentido de Coherencia (SOC) (Antonovsky, 1993) defiende que el Sentido de Coherencia de una persona está compuesto de tres dimensiones: Comprensión, Manejabilidad y Sentido o Significado. La *Comprensión* o *Comprensibilidad* se refiere a la capacidad de percibir los estímulos internos o externos como información ordenada, consistente, estructurada y clara, y no como algo caótico, desordenado o inexplicable. La ambigüedad, la incertidumbre y la dificultad para comprender situaciones en la vida

pueden ser importantes fuentes de estrés. Desde esta teoría se cree que un elevado sentido de comprensibilidad favorecería la interpretación de los acontecimientos como explicables o con sentido (con independencia de que dichos estímulos o situaciones sean o no deseables). La *Manejabilidad* se refiere al grado en que la persona cree tener a su disposición los recursos adecuados para hacer frente a las demandas planteadas por la vida. Según Antonovsky (1987), un individuo con un SOC elevado seleccionaría la estrategia de afrontamiento más adecuada para hacer frente al estresor ante el que se encuentre en un momento dado.

De acuerdo con el modelo transaccional del estrés de Lazarus (1994), las expectativas de afrontamiento se derivan también de procesos de evaluación secundarios, una vez que la persona valora los medios de que dispone para afrontar la situación estresante. Este factor, que alude a creencias de afrontamiento positivo, refleja el grado de confianza en los recursos propios o ajenos a los que se podría apelar. El componente de *Sentido* o *Significado* hace referencia a la creencia de que la vida tiene sentido emocionalmente y de que, a pesar de los problemas y dificultades, merece la pena invertir energía, y que dichas experiencias son retos en los que merece la pena implicarse, en vez de cargas de las que uno quisiera librarse. Así pues, el sentido de coherencia expresa el grado en que la persona tiene sentimientos de confianza estables y dinámicos respecto a que:

- a. Los estímulos del ambiente interno o externo a lo largo de la vida están estructurados, son predecibles y explicables.
- b. Los recursos están disponibles para hacer frente a las demandas creadas por dichos estímulos.
- c. Estas demandas son retos en los que merece implicarse e invertir esfuerzo.

Antonovsky refiere que puede guardar relación con la salud, influyendo en el proceso de evaluación que una persona hace de las situaciones como estresantes o no, moderando el grado de tensión que un estresor produce y moderando también las consecuencias adversas para la salud. El Sentido de Coherencia está relacionado tanto con la salud física como con la salud mental. Este modelo defiende que una persona con un SOC fuerte será aquella cuya conducta vaya encaminada a mantener o mejorar su salud y que afecta a su sistema endocrino e inmunológico, movilizandando así los recursos adecuados (Flensburg-Madsen et al, 2005).

El Sentido de Coherencia ha demostrado ser una variable asociada con resultados de salud en muestras clínicas y no clínicas. Un nivel elevado de SOC se relaciona significativamente con la recuperación de estados depresivos (Cartens, Spangenberg, 1997; Skarsater, Langius, Agren, Haggstrom, y Dencker, 2005) un mayor nivel de funcionamiento en población general (Langius A, Björvell, 1993) y una menor mortalidad por cualquier causa (Surtees, Wainwright, Luben, Khaw, y Day, 2006) corroborando la incidencia positiva de un sentido de coherencia (*SOC*) fuerte sobre la salud y el bienestar general del sujeto. Carmel (Carmel et al. 1991) encontró que las puntuaciones altas en el sentido de coherencia predecían un mayor bienestar físico y psicológico, así como una mejor habilidad funcional en las actividades cotidianas. Flannery y Flannery (1990), por su parte, han hallado igualmente que las puntuaciones más altas en *SOC* estaban relacionadas con menores síntomas psicológicos. Eriksson y Lindström (2006) encuentran una fuerte asociación entre el sentido de coherencia y la salud percibida (especialmente la salud mental). Sin embargo, Flensburg-Madsen et al. (2005) en su revisión sobre sentido de coherencia y su relación con la salud, indican que esta relación es clara e inversamente proporcional entre SOC y salud mental, pero no parece tan clara entre SOC y salud física.

2.3.1 Sentido de coherencia y fibromialgia.

No abundan los estudios que exploren la relación entre la orientación a la vida o sentido de coherencia y la fibromialgia. Sin embargo, investigaciones llevadas a cabo en nuestro país (Besteiro et al., 2007) encontraron que pacientes con fibromialgia obtenían puntuaciones inferiores en este parámetro, lo que revelaba un sentido de coherencia más débil en estas personas, con niveles inferiores en las dimensiones de comprensibilidad y significado. Por otra parte, Söderberg, Lundman y Norberg (1997), describen una imagen compleja de las mujeres con fibromialgia al hallar que, por una parte manifestaban tener gran cantidad de síntomas, pero por otra opinaban que se sentían bastante bien, con un buen sentido de coherencia en su vida, a pesar de tener algunos problemas importantes.

Estos autores concluyen que, al igual que el resto de la población general, las mujeres con fibromialgia y con un sentido de coherencia fuerte manifestaban mayor estabilidad y sensaciones de bienestar que aquellas con un sentido de coherencia débil.

2.4. La Alexitimia.

En su origen, la Alexitimia surge como un constructo hipotético derivado del trabajo clínico con pacientes psicósomáticos. Fue Sifneos (1973) quien parece que acuñó el término (que etimológicamente significa “sin palabras para los sentimientos”) para englobar la constelación de factores cognitivo-afectivos propios del estilo comunicativo de los pacientes psicósomáticos de su consulta.

La Alexitimia es un rasgo dimensional de personalidad compuesto por un conglomerado de características que incluye un déficit en el reconocimiento, diferenciación y verbalización de las emociones (Reker, et al, 2010). La consideración de la Alexitimia como mecanismo explicativo de las alteraciones psicósomáticas, se

fundamenta en la premisa de que una limitada conciencia sobre los estados emocionales, así como, las alteraciones en el procesamiento cognitivo de los sentimientos, llevan a focalizar, amplificar y prolongar los componentes somáticos de la activación emocional (Lumley, Beyer y Radcliffe, 2008).

Cabe destacar la dificultad que manifiestan las personas con Alexitimia para reconocer los estados emocionales que les están sucediendo. La mayoría de ellas pueden tener una sensación de incomodidad, de que algo está cambiando somáticamente (rubor, cosquilleo en el estómago, aumento de la tasa cardiaca, etc.), pero cuando se les pide que expliquen sus sentimientos, estas personas no tienen palabras que ofrecer. A menudo, el sujeto malinterpreta la expresión física de lo emocional como una expresión física de enfermedad (las lágrimas pueden ser un defecto del lagrimal, la ansiedad en el estómago una apendicitis...). Además, los estados emocionales pueden atribuirse a influencias ambientales adversas (ej. cambios en la presión atmosférica, cambios drásticos y repentinos de las temperaturas, etc.). Como si hubiera una falta de relación que permita formar un cuadro de la situación emocional (Paula, Martos y Llorente, 2010).

Las características clínicas del constructo Alexitimia se han ido formulando desde el momento en que empiezan a converger los primeros datos empíricos y observacionales (Apfel y Sifneos, 1979; Vogt et al., 1977; Von Rad, 1984). Taylor et al. (1991), resumen las características alexitímicas más sobresalientes:

1. Dificultad en identificar y describir sentimientos, tanto propios como ajenos.
2. Dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales propias de la activación emocional.
3. Proceso imaginario constreñido, evidenciado por la escasez de fantasías y sueños.
4. Estilo cognitivo orientado hacia el exterior.

Otros autores, siguiendo una tradición clínica, han considerado a la Alexitimia como un síndrome clínico (Jódar, Valdés, Sureda y Ojuel, 2000) o en la forma de un perfil de personalidad (Alonso-Fernández, 2011), conformando algunas características psicológicas, cognitivas y conductuales como las siguientes:

- a. Dificultad para verbalizar emociones, reconocerlas y utilizarlas como señales internas (Nemiah, 1977). El paciente alexitímico parece no diferenciar una emoción de otra, el miedo de la cólera, la ansiedad de la tristeza. Experimenta las emociones de forma indiferenciada. Dado que su dimensión emocional está tan desligada de la modulación cognitiva es frecuente que sus escasas manifestaciones afectivas sean explosivas, bruscas y desreguladas.
- b. Dificultad para localizar las sensaciones del propio cuerpo (Nemiah, 1977). Identifica (o confunde) las respuestas psicofisiológicas de la emoción con la propia emoción, refiriendo malestar físico en situaciones emocionales intensas.
- c. Tendencia a utilizar la acción como estrategia de afrontamiento ante situaciones conflictivas. Superficialmente, son individuos activos y bien adaptados a la realidad, sin embargo, Taylor (1984) los define como sujetos-robots, con una existencia mecanizada, que disfrutan de una pseudonormalidad a expensas de un escaso contacto con su realidad psíquica.
- d. Pensamiento concretista, desprovisto de símbolos y abstracciones (Nemiah, 1977). Este característico estilo cognitivo hace que su discurso resulte estéril, monótono y sin contenido afectivo.
- e. En la comunicación pre-verbal son sujetos rígidos con escasa mímica y pocos en movimientos corporales. Usan pocas gesticulaciones al hablar, se sientan de forma rígida y escasa capacidad prosódica, apenas introducen cambios en el tono de voz.
- f. Falta de capacidad para la introspección y la creatividad (Alonso-Fernández, 2011).

- g. Descripción prolija de los hechos.
- h. Inclínación al aislamiento, sin tener sensación de soledad.
- i. Impresión generalizada de una personalidad seria, adusta o aburrida, sin embargo, una atribución de que el aburrido o serio es el otro, lo que lleva a ver los demás con sus propias características.

No obstante, esta rica descripción clínica de la Alexitimia, en la actualidad se la considera más bien un rasgo de personalidad que se distribuye de manera normal en la población, siendo diversos los estudios que respaldan esta aseveración (Mikolajczak y Luminet, 2006; Salminen et al., 2006 y Porcelli et al., 2011).

Existen estudios que vinculan la Alexitimia con los rasgos de personalidad normal; esto corresponde al modelo de 3 factores de orden superior de Eysenck (Eysenck et al., 1969), destacando una asociación positiva entre Alexitimia y neuroticismo, baja correlación con psicoticismo y una asociación moderada y negativa con extraversión (Taylor, 1997). En referencia a los 5 factores de personalidad de (Costa & McCrae, 1985) se han destacado asociaciones positivas entre Alexitimia y neuroticismo, la correlación negativa con extraversión y apertura a la experiencia (Luminet et al., 1999). Zimmermann et al. (2005) concluyen que la Alexitimia es un estado caracterizado por un pensamiento orientación hacia el exterior e inestabilidad emocional, debida a la incapacidad para afrontar situaciones de estrés. En su estudio se corrobora la coincidencia o solapamiento de este estado con diversos rasgos de personalidad del modelo de Cinco Factores de Personalidad, como el locus de control externo y creencias irracionales, aunque sorprendentemente, no encontraron una asociación entre Alexitimia e impulsividad.

A lo largo de los años, se ha encontrado evidencia que vincula la Alexitimia con enfermedades corporales llevando a los investigadores a preguntarse por las implicaciones

de Alexitimia y salud. En la actualidad, la hipótesis de la Alexitimia como factor predisponente de diversas enfermedades físicas ha adquirido importante respaldo (Lumley, Beyer y Radcliffe, 2008). La tradicional asociación entre Alexitimia y trastornos somáticos en la actualidad se ha visto enriquecida con diversas asociaciones, llegando incluso a plantearse que la Alexitimia podría constituir un factor general de predisposición para la psicopatología (Grabe, Spitzer y Freyberger, 2004). Estudios longitudinales demuestran que la Alexitimia está asociada a la severidad de la depresión (Honkalampi, Hintikka, Laukkanen, Lehtonen y Viinamaki, 2001), la ansiedad (Berthoz, Consoli, Perez-Diaz y Jouvent, 1999) y la esquizofrenia (Cedro, Kokoszka, Popiel y Narkiewicz-Jodk, 2001).

El índice de prevalencia de Alexitimia entre los pacientes con enfermedades psicosomáticas, como trastornos alimenticios (Ridout, Thom y Walli, 2010), síndrome de fibromialgia (Huber et al., 2009) o dolor de espalda (Mehling y Krause, 2005), es significativamente más elevado si se compara con grupos control. Estudios realizados en población general, indican que la prevalencia de la Alexitimia estaba influenciada por factores como la edad, pero el género, el nivel socioeconómico, etc. (Salminen, Saarijärvi, Aärelä, Toikka y Kauhanen, 1999). Estos autores encontraron que los índices de prevalencia en sujetos sanos se situaban entre el 17% para los hombres y el 13% para las mujeres. En concreto los autores afirman que la Alexitimia estaba asociada con el sexo masculino, edad avanzada, nivel socioeconómico bajo y un nivel cultural bajo. Estudios realizados en otros países y con distintos cuestionarios confirman estos resultados (Parker, Taylor y Bagby, 2001). Sin embargo, otros estudios como el de Pasini (Pasini, Chiaie, Seripa y Ciani, 1992) no encuentran diferencias según el género.

Uno de los tópicos más estudiados, se refiere a la reiterada relación entre síntomas depresivos o depresión y Alexitimia (Luminet, Bagby y Taylor, 2001; Tselebis et al., 2010;

Zak-Golab et al, 2013). Se ha llegado incluso a proponer la existencia de un subtipo de depresión alexitímica con más síntomas depresivos de carácter afectivo-somático y con un funcionamiento interpersonal tendente al aislamiento (Vanheule, Inslegers, Meganck, Ooms y Desmet, 2010). Por otro lado, se ha relacionado también Alexitimia con desórdenes de ansiedad. Sifneos (1973) encontró que pacientes con trastornos psicósomáticos, en comparación a el grupo control, puntuaron el doble más alto en la medida de características de Alexitimia, encontrándose en estos una mayor tendencia a describir detalles nimios en vez de los sentimientos, una incapacidad para usar las palabras adecuadas para describir emociones, la ausencia total o parcial de vida fantasiosa y el uso de acciones para expresar emociones.

2.4.1. Alexitimia y fibromialgia.

Como se ha comentado anteriormente, la presencia de estrés emocional, especialmente ansiedad y depresión, es un aspecto bien conocido en fibromialgia. Al mismo tiempo, la elevada prevalencia de Alexitimia en pacientes con depresión está sólidamente establecido (Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen y Viinamäki, 2000).

Recordando lo mencionado más arriba, a Alexitimia es un rasgo muy común entre las personas que padecen una enfermedad crónica que cursa con dolor, como la fibromialgia, la artritis reumatoide, dolor crónico de espalda, etc. y especialmente relacionada con enfermedades que podrían estar causadas o mantenidas por factores psicológicos. Sin embargo, aún está por aclarar si la prevalencia de Alexitimia en pacientes de fibromialgia se puede explicar o no, por la simple presencia de síntomas depresivos. Lo que sí parece claro, es que este grupo de pacientes puntúan más alto en Alexitimia (Huber, Suman, Biasi y Carli, 2009), tanto si se las compara con las puntuaciones estándar de la

población general de referencia, como con grupos de control sanos, o respecto a otros grupos de pacientes con enfermedades crónicas que cursan con dolor.

Existe evidencia que demuestra la relación entre la cronicidad e intensidad del dolor y la presencia de Alexitimia (Hosoi et al. 2010). Se ha propuesto que el dolor tiene dos factores, uno sensorial y otro afectivo. La Alexitimia estaría relacionada con este último. Esta asociación podría mediar en la presencia de depresión. Distintos estudios han demostrado que en el caso de la fibromialgia predomina más la parte afectiva del dolor que la sensorial (Huber et al., 2009).

La prevalencia de Alexitimia entre las personas con fibromialgia varía según los estudios. Desde un 15% (Pedrosa-Gil, 2008), a un 20% (Castelli et al., 2012) e incluso hay quien encuentra una prevalencia del 44% (Steinweg, Dallas y Rea, 2011), frente a otros grupos de pacientes con artritis reumatoide (21%) u otras enfermedades medicas de carácter más general (8%) (Steinweg et al. 2011).

Los hallazgos encontrados en investigaciones recientes son poco esclarecedores. Pues algunos resultados indican que este grupo de pacientes puntúan más alto en Alexitimia, si lo comparamos con niveles poblacionales. Sin embargo, estas diferencias son especialmente significativas en el factor “identificación de emociones”, pero no en los factores de “dificultad para describir emociones”, ni “pensamiento orientado al exterior” (Castelli et al., 2012). Otros, como Steinweg (2011), concluyen que las diferencias en Alexitimia entre los grupos comparados, se deben a la comorbilidad con una depresión moderada o elevada y si se controla este factor (depresión) las diferencias entre los grupos no son estadísticamente significativas.

2.5. La Anhedonia.

Anhedonia, la definición de este término ha sufrido distintos cambios, desde su creación por el filósofo y psicólogo francés Theodor Armand Ribot (Ribot, 1897), quien lo vinculó a la literatura psicoanalítica de la época. Sin embargo, este término no fue incorporado al ámbito de la psiquiatría moderna hasta 1980, cuando aparece en el Manual Diagnóstico y Estadístico en su tercera edición (DSM III) (Berrios & Olivares, 1995). Desde el “bloqueo de la capacidad de recompensa ante estímulos habitualmente reforzantes” (Rado, 1956), hasta el más amplio y confuso «pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades» (DSM-III, 1980).

En la actualidad se entiende por Anhedonia, la reducida capacidad para experimentar placer. Es un síntoma asociado a numerosas dolencias. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría en su cuarta edición revisada (DSM IV-R) (APA, 2000) se la considera un criterio diagnóstico para la depresión mayor, la depresión somatogena (CIE-10, 1992) y un síntoma negativo de la esquizofrenia (Andreasen & Olsen, 1982). El concepto de Anhedonia describe el sentimiento o la sensación de un descenso o desaparición, según el caso, de la capacidad para experimentar placer ante actividades que en el pasado el sujeto encontraba placenteras. El sujeto ya no disfruta con la misma intensidad que antes (Agrawal et al., 2012; Rubin, 2012; Shomaker et al., 2012).

Se han encontrado porcentajes muy importantes de anhedonia en personas con depresión (37%) y esquizofrenia (45%) (Pelizza, y Ferrari, 2009). Pero encontramos otras patologías asociadas a la anhedonia como: ansiedad (Dinovo, y Vasey, 2011), trastornos por estrés postraumático (Pittman, Goldsmith, Lemmer, Kilmer, y Baker, 2012; Wechsler-Zimring, y Kearney, 2011), autismo (Chevallier, Grezes, Molesworth, Berthoz, y Happe,

2012) y algunas enfermedades crónicas (de Cock, Emons, Nefs, Pop, y Pouwer, 2011; Nefs, Pouwer, Pop, y Denollet, 2012; Pelle et al., 2011; Tully, y Baker, 2012), entre otras. Es importante destacar que todas estas patologías pueden presentar comorbilidad con depresión, que en algunos casos podría explicar la presencia del síntoma de anhedonia.

El concepto de anhedonia puede ser visto desde el punto de vista de un continuo, donde se describe la intensidad del placer o agrado experimentado por la persona ante una situación, experiencia o estímulo del tipo que sea (Germine, Garrido, Bruce y Hooker, 2011; Ritsner, Arbitman y Lisker, 2011). Es habitual tanto el uso de escalas de medida como auto-informes para medir este estado o rasgo, según se le considere.

Chapman et al. (1970), crearon las escalas de anhedonia física y social, las llamadas Escala de anhedonia física o *Physical Anhedonia Scale* (PAS) (Chapman y Chapman, 1978) y la Escala revisada de anhedonia social o *Revised Social Anhedonia Scale* (RSAS) (Eckblad, Chapman, Chapman y Mishlove, 1982). Estas escalas pretenden medir el grado de hedonismo de una persona o la severidad de la anhedonia que presenta (Chapman, Chapman y Raulin 1976; Eckblad, Chapman, Chapman y Mishlove, 1982; Kirkpatrick et al., 2011; Miettunen et al., 2011; Winterstein et al., 2011) con estímulos de tipo físico-sensoriales y con situaciones sociales o de contacto interpersonal. Sin embargo, incluso personas con síntomas severos de anhedonia pueden disfrutar o sentir placer con unos pocos estímulos (Meehl, 1990), y personas consideradas “normales” o sin una patología conocida, varían en su tono hedónico y también son capaces de encontrar placer o disfrute limitados estímulos o situaciones (Grillo, 2012). No está claro dónde está el límite en donde la anhedonia se considera o no un síntoma patológico, depende de la duración, la intensidad y el grado en que afecta a las actividades diarias del sujeto.

En estudios recientes, se ha encontrado que la anhedonia social, medida a través de la escala RSAS, se asocia con una menor atención por parte de los sujetos estudiados a las

emociones positivas (Martin, Becker, Cicero, Docherty y Kerns, 2011). No está claro si la anhedonia es un rasgo o un estado, aunque algunos autores (Berstein y Riedel, 1987) consideraron que se trataba de algo transitorio en la depresión y una característica que dura toda la vida en la esquizofrenia.

2.5.1. Anhedonia y fibromialgia.

No se han encontrado estudios en los que se relacione anhedonia y fibromialgia, pero si se han encontrado estudios en los que se comparan las puntuaciones en anhedonia y distintas enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales (Pelle et al., 2011; Ritsner, Arbitman y Lisker, 2011). Parece que pacientes con altas puntuaciones en anhedonia presentaban un peor estado de salud general y mayor número de síntomas somáticos y cognitivos.

CAPITULO 3: EL DOLOR.

3.1. Neuroanatomía del dolor.

3.2. Tipos de dolor.

3.3. Evaluación del dolor

3.4. Variables psicológicas y dolor.

3.4.1. Relación entre Personalidad y Dolor.

3.4.2. Relación entre Sentido de Coherencia y Dolor.

3.4.3. Relación entre Alexitimia y Dolor.

3.4.4. Relación entre Anhedonia y Dolor.

3.5. Dolor y fibromialgia.

CAPITULO 3: El dolor.

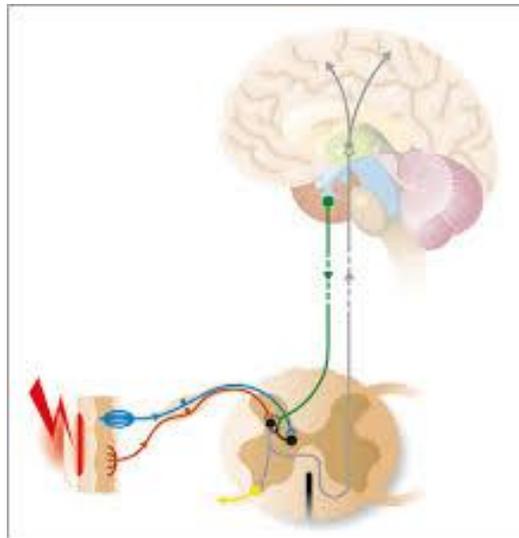
El dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria (AP) (López, Sánchez de Enciso, Rodríguez & Vazquez, 2007). Un 29% de la población española no hospitalizada sufre algún tipo de dolor, siendo crónico en el 17% de los casos (Casals y Samper, 2004; Català, Reig, Artes, Aliaga, López, y Segú, 2002). Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*The International Association for the Study of Pain, IASP*), el dolor es "*una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño real o potencial del tejido, o se describe en términos de dicho daño*" (IASP, 1994). El dolor siempre es una experiencia subjetiva, que conlleva una reacción o experiencia emocional acerca de un daño potencial o presente. Es el resultado de la transducción, transmisión y modulación de información sensorial. Es interesante diferenciarlo de otro término muy relacionado con él, la nocicepción, el cual hace referencia a un fenómeno más objetivo, pues es el resultado de la estimulación, a determinada intensidad, de los nervios que envían información al cerebro sobre un posible daño.

3.1. Neuroanatomía del dolor.

Pedrajas y Molino (2008), explican con claridad como se transmite la señal dolorosa a través del Sistema Nervioso. Como bien exponen estos autores, la señal es recogida por los nociceptores y enviada hacia el Sistema Nervioso Central pasando por varias estaciones: La primera de ellas se sitúa en los ganglios espinales dorsales, a continuación, la información pasa por el asta dorsal de la medula espinal, asciende hacia diversas estructuras subcorticales, entre las que destaca el tálamo, hasta llegar a la corteza cerebral,

con especial importancia de la corteza somatosensorial, la circunvolución cingulada anterior, la ínsula, la corteza prefrontal y parietal inferior. Es en estas estructuras, en las que se origina la percepción consciente del dolor y las actividades subconscientes y respuestas neuromoduladoras (efectoras, endocrinas y emocionales) iniciadas consciente e inconscientemente. La figura X muestra las vías, ascendente y descendente, que sigue la señal con información dolorosa y la consecuente respuesta del SN.

Fig. 5: Vías del dolor.



3.2. Tipos de dolor.

Existen numerosas clasificaciones del dolor. Se puede hacer atendiendo su duración (agudo-crónico), a su patogenia (neuropático, nociceptivo o psicógeno), a su localización (somático-visceral), a su curso (continuo-irruptivo), según su intensidad (leve, moderado, severo), o a factores de pronóstico de control del dolor y, finalmente, según la farmacología.

La distinción entre dolor agudo o crónico se hace en función de la duración de los síntomas. Pese a que esta distinción es arbitraria, desde la definición de Bonica (1990) quien lo define como aquel dolor que persiste al menos un mes más que la lesión que lo causó y que permanece una vez que dicha lesión ha desaparecido. Normalmente se habla de dolor crónico cuando éste persiste más de 3-6 meses, Stembach (1974). Otro criterio muy importante en esta distinción es la relación del dolor crónico con aspectos cognitivos y conductuales (Pedrajas y Molino, 2008). El dolor agudo tiene una función biológica muy importante: es una señal de peligro real o potencial para el organismo, y es necesario para la supervivencia y mantenimiento de la integridad de dicho organismo. Sin embargo, el dolor crónico carece de dicha función. Produce una constelación de síntomas secundarios, como ansiedad y depresión, y disminuye la calidad de vida del organismo. Este tipo de dolor no tiene una función protectora para el individuo y se convierte en una enfermedad en sí misma, con importantes repercusiones en todas las facetas de la persona-paciente (personal, laboral, familiar y social).

Melzack y Wall (1989) proponen un modelo de dolor crónico integrado por un componente sensorial o nociceptivo, un componente afectivo (la respuesta del paciente ante el dolor), y un componente cognitivo o evaluativo (interpretación del paciente sobre el dolor). La experiencia del dolor se encuentra modelada por la interacción recíproca y dinámica entre aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales que modelan la experiencia de dolor (Olivares y Cruzado, 2008).

3.3. Evaluación del dolor.

El primer paso para un tratamiento eficaz es detectarlo y valorarlo de forma adecuada. Se debe partir del hecho de que se trata de una experiencia multidimensional, con varios niveles: nocicepción (la estimulación de las fibras nerviosas), sensación, percepción, motivación, emoción y valoración cognitiva (peligro percibido, significado, etc.), y subjetiva, única para cada persona, por lo tanto, debe medirse en base a la información facilitada por la persona que lo padece. La mejor forma de evaluar el dolor es preguntar al paciente. Dada su complejidad, hay múltiples barreras que deben superarse para evaluar correctamente el dolor. Unas son obvias (como la incapacidad de expresión verbal), y otras más sutiles (como las barreras culturales, religiosas o la dificultad del paciente para comprender y expresar su sintomatología, entre otras). Para ello se ha de escoger el método más adecuado y fiable para cada caso.

Para una correcta evaluación del dolor se debe comenzar con una entrevista con el paciente, y cuando esté indicado, con sus cuidadores. La entrevista permite obtener datos directos de observación de conductas de dolor y del estado emocional del paciente, así como los objetivos generales de la evaluación: determinar la frecuencia, intensidad, localización, cronología, antecedentes internos y externos que aumentan o disminuyen la experiencia de dolor, etc. (Bradle y Mckendree-Smith, 2001).

La siguiente herramienta son los autoinformes, donde los pacientes describen su dolor en una escala estructurada que lo cuantifica de forma objetiva. Entre ellos cabe distinguir:

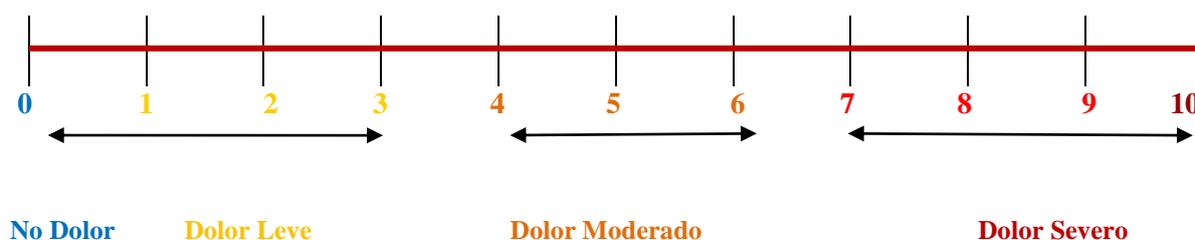
Las **escalas unidimensionales**, son fáciles de aplicar. No contemplan la naturaleza multidimensional del dolor, ya que sólo informan sobre la intensidad del mismo. Las más empleadas son: la Escala Visual Analógica (EVA) (Huskisson, 1974). En la Escala Visual

Analógica, se solicita al paciente que sitúe la intensidad de su dolor en una línea de 10 cm, en la que en el extremo izquierdo se indica “no dolor” y en el derecho, “el peor dolor imaginable”. Otra opción es la Escala Visual Numérica (EVN) (McCafery, y Beebe, 1989). Se pide al paciente que seleccione un número entre 0 (ausencia de dolor) y 10 (dolor máximo). La Escala Visual Numérica (EVN) puede ser escrita o hablada, y cumplimentada por el paciente o el médico.

Escalas Verbales Descriptivas (EVD). Como el Cuestionario de dolor McGill (MPQ) (Melzack, 1975). El paciente selecciona el adjetivo, denominado *descriptor*, que mejor se ajusta al dolor que presenta. Son más sencillas de realizar que las anteriores y emplean menos tiempo, aunque tienen una fiabilidad menor. Su principal inconveniente es la variabilidad interpersonal. Algunas de estas escalas son la Escala de Melzack o la Escala de Keele.

Las VAS han mostrado sensibilidad para detectar el cambio en el dolor tras recibir un tratamiento (Jensen, Chen y Brugger, 2002) y presentan buena fiabilidad test-retest (Fisher et al. 1999). La figura 4 muestra un ejemplo de Escala Verbal Numérica para la medida subjetiva del dolor. En una escala de diez puntos, se habla de dolor leve cuando la persona puntúa su dolor de 1-3 puntos, moderado entre 4-6 puntos y severo entre 7-10 puntos.

Fig. 4. Ejemplo de Escala Verbal Numérica para la medida del Dolor.



Por otra parte también tenemos las **escalas o métodos multidimensionales**. Los métodos multidimensionales son escalas psicométricas desarrolladas para evaluar distintos componentes del dolor, que aportan más información que los unidimensionales, y son especialmente útiles en el ámbito clínico en situaciones de cronicidad, o cuando se pretende una evaluación precisa en el contexto de un estudio clínico.

- a. El auto-registro. Esta herramienta permite evaluar la frecuencia y duración del dolor a lo largo de días o semanas, lo cual ofrece la oportunidad de observar cuando y en que situaciones, actividades o momentos está presente el dolor, aumenta o disminuye (Jensen y Karoly, 2001).
- b. Observación. Las conductas de dolor abarcan las expresiones faciales o verbales de malestar, la deambulación, posturas desadaptadas, signos de afectividad negativa y evitación de la actividad, inactividad, peticiones de asistencia, etc.) (Hadjistavropoulos y Craig, 2002; Turk & Burwinkle, 2005). Se pueden emplear métodos estructurados o no estructurados en varias situaciones. Existen instrumentos estandarizados: *Pain Behavior Scale* (PBS) (Richards, Nepomuceno, Riles & Suer, 1982) o el *Pain Behavior Checklist* (PBCL) (Kerns et al., 1991).
- c. Cuestionarios. Existen números tipos: los que evalúan el dolor, los que miden el afrontamiento, la funcionalidad y la calidad de vida, también tenemos aquellos que exploran las indicaciones psicopatológicas. Uno de los más conocidos es el Cuestionario de dolor de McGill (*McGill Pain Questionnaire*, MPQ) (Melzack, 1975) valorar las dimensiones sensorial, emocional y evaluativa. Además de una puntuación de cada categoría, se obtiene una valoración global de intensidad; la versión abreviada del MPQ (*Short- Form SF-MPQ*) (Melzack, 1987); el Inventario Multidimensional del Dolor (*West-Haven Yale. Multidimensional Pain Inventory*, MPI) (Kerns, Turk & Rudy, 1985); el Inventario Breve de Dolor (*Brief Pain*

Inventory, BPI) (Cleeland & Ryan, 1994). El test de Lattinen (que evalúa la intensidad, la frecuencia, el consumo de analgésicos, la incapacidad y el sueño), o el test de Nottingham (que valora el dolor, la energía, la movilidad física, el sueño, la reacción emocional y el aislamiento social). Otros instrumentos, como el dolorímetro electrónico (Atkins et al., 1992); el palpómetro (Bendtsen, Jensen, Jensen & Olesen, 1994) o el *Dolorímetro Electrónico Portátil* (DEP®) (Perez, Ballesteros, Jimenez, Godoy & Lopez de la Osa, 2000).

En España, se recomienda para la evaluación del dolor, en pacientes con fibromialgia, el uso de las siguientes escalas y cuestionarios: Escala Analógica Visual (EAV) de Dolor mediante papel o diario electrónico; el *Brief Pain Inventory* (BPI) y otras escalas y cuestionarios no específicos: SF-36 dolor corporal, FIQ escala dolor (Collado et al. 2011).

3.4. Variables psicológicas y dolor.

Desde finales del siglo pasado, el dolor en general, es entendido como una experiencia subjetiva compleja, siendo necesario un acercamiento a ella desde una perspectiva integral biopsicosocial, en la que el dolor es considerado como el resultado de la interacción de elementos biológicos: que pueden provocar y mantener distintas dolencias; de factores psicológicos: que influirán en la percepción de la experiencia subjetiva interna; y de elementos socioambientales: que ejercerán de moduladores de la percepción de la estimulación nociceptiva y de moldeadores de las respuestas del organismo (Miró, 2003; Turk y Rudy, 1992).

El dolor está modulado, a nivel cognitivo, por varios componentes: la atención, la anticipación, las emociones y la memoria, o el recuerdo de experiencias pasadas relacionadas con el dolor (Stoeter et al., 2007). Como afirman Vallejo y Comeche (1992),

se trata de una experiencia, con carácter global, amplio. Este punto de vista tiene en cuenta diferentes aspectos: se considera la influencia diferencial que las distintas variables psicosociales puedan tener sobre la experiencia de dolor de una persona. Se pone así al mismo nivel de importancia, los distintos aspectos que atañen a la experiencia de dolor, eliminando la preponderancia de los aspectos sensoriales. Se resalta también la importancia diferencial, que en cada caso concreto, pueden tener dichas variables.

Esta forma de entender la peculiaridad de la experiencia de dolor, sigue el camino abierto por Melzack y Casey (1968) y su Teoría de la Compuerta del dolor. Estos autores parten del supuesto de que el dolor está compuesto por tres dimensiones íntimamente relacionadas que configuran y determinan esta experiencia: la dimensión sensorial-discriminativa; la dimensión motivacional-afectiva y la dimensión cognitivo-evaluativa. La Teoría de la Compuerta explica porqué disminuye la percepción de dolor cuando el cerebro está experimentando una sensación de distracción, o se produce simultáneamente un estímulo táctil, que por su mayor velocidad en los nervios, llega primero a la compuerta y cierra la puerta parcialmente a la sensación de dolor. En estas circunstancias, la percepción del dolor disminuye porque la interpretación de este tipo de información sensorial está modulada por la distracción.

Las variables psicológicas no sólo son importantes en la experiencia de dolor, sino que representan una enorme influencia en la respuesta de los pacientes al tratamiento (Garofalo, 2000). La contribución de los factores psicológicos se hace especialmente relevante y obvia en el caso del dolor crónico (Ackerman y Stevens, 1989; Meilman, 1984), destacando el papel de los factores psicológicos como mediadores de la percepción, mantenimiento y exacerbación del dolor, pudiendo estar desencadenado o no por procesos biológicos (Belloch, 1989). En la revisión realizada por Lumley (Lumley et al., 2011) se concluye que, desde el campo de la Neurobiología se constata la diferencia de

procesamiento del dolor emocional, respecto al dolor sensorial, estableciendo así una relación entre emoción y dolor. Además, los autores concluyen que desde el campo de la Psicología, la investigación demuestra la relación existente entre intensidad del dolor percibido, estrés emocional, conocimiento, procesamiento y expresión emocional.

3.4.1. Relación entre Personalidad y Dolor.

En la revisión realizada por Truyols, Perez, Medinas, Palmer y Sesé (2008), se plasma la idea de algunos autores que sostienen que las personas con dolor crónico, presentan una estructura de personalidad normal (Carlsson, 1986) y que los cambios producidos en ellas serían atribuibles al impacto de la enfermedad en la estructura de la personalidad. En este artículo se destaca que, no ha podido establecerse claramente si son determinadas características de personalidad, o personalidad premórbida, las que predisponen al dolor (Engel 1959; Blumer y Heilbronn, 1982) o afectan a la modulación o percepción del mismo (Ferrer, 1992) o si por el contrario, las alteraciones en determinadas características de la personalidad observadas en algunos pacientes con dolor crónico son el resultado del padecimiento y del impacto del dolor en sus vidas (Sternbach, 1974; Atkinson, Slater, Patterson, Grant, y Garfin, 1991; Ellersten, 1992). Los resultados del trabajo de Wade, Dougherty, Hart, Rafii, y Price (1992) indican que los niveles de neuroticismo no afectan a la intensidad percibida de dolor, aunque los pacientes con dolor crónico que presentan altos niveles de neuroticismo sí manifiestan un mayor nivel de malestar subjetivo relacionado con el dolor.

3.4.2. Relación entre Sentido de Coherencia y Dolor.

Como ya se explicó con anterioridad, el Sentido de Coherencia hace referencia a la disposición de una persona para valorar las experiencias vitales como más o menos comprensibles, manejables. No se considera un estilo de afrontamiento, sino más bien como la medida de la capacidad individual para poner en marcha los mecanismos necesarios, y más adecuados, para hacer frente a un estresor dado (Gallagher, Wagenfeld, Baro, y Haepers, 1994).

Desde el origen de este constructo, se planteó la relación que podía guardar con la salud, influyendo en el proceso de evaluación que una persona hace de las situaciones como estresantes o no, moderando el grado de tensión que un estresor produce e influyendo también en las consecuencias para la salud. (Antonovsky, 1979). De acuerdo con el modelo de Antonovsky (1987), un individuo con un Sentido de Coherencia fuerte, puede hacer frente a situaciones estresantes sin que ello repercuta en su salud, incluso en circunstancias con cambios extremos.

Diversos estudios relacionan Sentido de Coherencia y salud (Cartens et al., 1997; Skarsater et al., 2005; Surtees et al., 2006; Eriksson et al., 2006). Sin embargo, no existen muchos estudios que lo relacionen con dolor crónico. Anke, Damsgard, y Roe (2013) encuentran que un Sentido de Coherencia fuerte se asocia con menor intensidad de dolor percibido. Resultados similares son hallados por Chumbler (Chumbler et al., 2013). Por otra parte, estos autores sostienen que condiciones prolongadas de dolor podrían influir negativamente sobre el Sentido de coherencia de una persona. Una persona con dolor crónico musculoesquelético y con un fuerte Sentido de Coherencia, será capaz de hacer frente a las fuentes de estrés utilizando recursos y estrategias adecuadas, adaptativas que le permitan tener una buena calidad de vida (Yang, Hao, George, y Wang, 2012).

3.4.3. Relación entre Alexitimia y Dolor.

El dolor crónico es un problema de salud importante a nivel mundial. Se estima que el 40% de la población sufre de esta dolencia (Tsang et al., 2008). Se sabe que el dolor crónico tiene causas y consecuencias importantes de tipo, biológico, social y psicológico que interactúan entre sí (Manchikanti, Fellows, Singh, 2002; Sharp, y Keefe ,2005; Tunks, Crook, y Weir ,2008).

Por su parte, como ya se dijo, la Alexitimia es un rasgo de personalidad compuesto por un conglomerado de características que incluye un déficit en el reconocimiento, diferenciación y verbalización de las emociones (Reker et al., 2010). Se considera a la Alexitimia como un mecanismo explicativo de algunas alteraciones psicosomáticas (Lumley, Beyer y Radcliffe, 2008). Puede ser un factor riesgo para padecer distintos tipos de enfermedades crónicas (Lumley et al., 2005; Mehling, y Krause, 2005). Algunas investigaciones demuestran la importante relación existente entre Alexitimia y prevalencia de dolor crónico, así como con la intensidad del dolor percibido (Shibata et al., 2014; Hosoi et al., 2010).

3.4.4. Relación entre Anhedonia y Dolor.

La Anhedonia describe el sentimiento o la sensación de un descenso o desaparición, según el caso, de la capacidad para experimentar placer ante actividades que en el pasado una persona encontraba placenteras (Agrawal et al., 2012; Rubin, 2012; Shomaker et al., 2012). Se la considera como un continuo en el que varía el tono hedónico, y que puede ser medido y cuantificado (Ho, y Sommers, 2013). Se puede distinguir entre anhedonia física: cuando el sujeto tiene dificultad, o incluso incapacidad para disfrutar con actividades físicas, como comer, oler, practicar sexo, etc. (Rodrigo et al., 2011; Soliman et al., 2011). Por otra parte, la anhedonia social hace referencia a la

dificultad, o incapacidad para disfrutar de experiencias o situaciones que tengan que ver con interacción social, como charlar o estar con amigos o familiares (Blanchard, Collins, Aghevli, Leung, y Cohen, 2011). De hecho, como ya se comentó en otro apartado anterior, podemos encontrarla como parte de diferentes patologías. La mayor parte de la investigación ha relacionado Anhedonia con el trastorno depresivo mayor y con la esquizofrenia (Ho, y Sommers, 2014). La naturaleza de la anhedonia puede variar en función del contexto de la patología en la que se da. Como concluyen estas autoras, se puede encontrar una activación cerebral diferente según la patología del individuo.

De hecho, suele ser el síntoma más resistente a la mejora en el tratamiento de la depresión mayor (McMakin et al., 2012; Tran et al., 2012; Treadway y Zald, 2011), y de la esquizofrenia (Couture et al., 2011; Grant et al., 2012).

Existe escasa investigación que relacione este rasgo con dolor crónico. Xie (Xie et al., 2014) relacionan Anhedonia con la tendencia hacia conductas suicidas. Marbach y Lund (1981) con dolor y depresión. Estos autores encontraron que, variables como duración del dolor, búsqueda de ayuda y número de síntomas, correlacionaban significativamente con altas puntuaciones en depresión, pero no ocurría lo mismo con las puntuaciones en Anhedonia.

3.5. Dolor y fibromialgia.

De todos los síntomas que componen el cuadro de la fibromialgia, éste es el que presentan el 100% de las personas afectadas y el que resulta más incapacitante (Yunus et al., 1981). Es habitual que este síntoma se presente en todo el cuerpo, aunque puede aparecer inicialmente en una región concreta y con el tiempo extenderse a otras zonas (McCain et al., 1988). Aunque el paciente lo define como continuo, aparecen oscilaciones a lo largo del día, empeorando por la mañana, con una mejoría parcial durante el resto del día. Es típico que las personas con fibromialgia, presenten periodos de exacerbación de los síntomas, o crisis (en inglés *flares*). Durante estos periodos la sintomatología difiere, por intensidad o por variedad, de la que habitualmente presenta la persona con fibromialgia (Vincent, Whipple & Rhudy, 2015).

Desde el inicio del estudio de la fibromialgia, se han intentado aclarar, entre otras incógnitas, las causas de la sensación dolorosa en las personas con fibromialgia. Dónde está su origen, cuales son las causas de su topografía, curso e intensidad y porque resulta tan incapacitante para estas personas, incluso más que para personas que padecen otras patologías que cursan con dolor crónico severo (Bengtsson y Henriksson, 1989; Staud, 2011; Albrech et al., 2013). Actualmente se sabe que las personas con fibromialgia puntuaban más alto en distintas medidas de dolor tanto general, como en específico (sensitivo, afectivo y evaluativo:) si se las comparaba con personas que padecían otra enfermedad crónica y con personas sanas (Albertsen, Olsson, Lund & Orsin, 2002).

Atendiendo a la teoría multidimensional del dolor explicada más arriba, algunos investigadores han intentado encontrar la respuesta a las incógnitas existentes en la conexión que pueda existir entre la sintomatología de la fibromialgia y determinadas variables psicológicas. Van Middendorp, Lumley, Jacobs, Bijlsma y Geenen (2010),

concluyeron que un estado afectivo negativo, como la ira o la tristeza, puede hacer incrementar la sensación de dolor. Además, las personas con fibromialgia no muestran una respuesta más fuerte ante un estado afectivo negativo u otro. Kamping, Bomba, Kanske, Diesch, Flor (2013) compararon la diferente sensibilidad ante estímulos dolorosos combinados con estímulos emotivos (fotografías), de una muestra de mujeres con fibromialgia y otra de personas sanas. Los investigadores encontraron que el grupo con fibromialgia se beneficiaba menos de la presentación de estímulos emotivos positivos para reducir la sensación de dolor. Concluyeron que este grupo de personas son menos eficientes en la modulación del dolor a través de estímulos positivos, lo cual tiene importantes implicaciones a la hora de buscar estrategias terapéuticas que reduzcan la sensación dolorosa en estas personas.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.

CAPITULO 4: Objetivos e Hipótesis del estudio.

4.1. Objetivos.

4.2. Hipótesis.

4.1. Objetivos.

Objetivo general:

Se pretende averiguar si existe un patrón común de características de personalidad, así como un sesgo negativo en los rasgos de sentido de coherencia, anhedonia y Alexitimia, entre las personas que perciben el dolor con mayor intensidad, independientemente de su diagnóstico en general, y más específicamente en un grupo de pacientes diagnosticados con fibromialgia, así como su posible repercusión en la percepción subjetiva de dolor de estas personas y en la calidad de vida percibida en general.

Objetivos específicos:

Objetivo 1: Comprobar si existe un patrón de rasgos de personalidad característico entre aquellas personas que refieren niveles de dolor más severos y, más específicamente, en las personas con diagnóstico de fibromialgia.

Objetivo 2: Averiguar si las personas con dolor severo presentan mayores niveles de anhedonia física y social respecto a dos grupos de comparación (dolor moderado y dolor leve), y tratar de determinar también si existen diferencias en esta variable entre los grupos de fibromialgia, artritis reumatoide y grupo sano.

Objetivo 3: Investigar si las personas del grupo de dolor severo puntúan significativamente más alto en Alexitimia que los otros dos grupos de comparación con menores niveles de dolor; además de explorar si las personas con fibromialgia se diferencian en esta variable de los grupos de artritis reumatoide y sano.

Objetivo 4: Indagar si las personas del grupo de dolor severo puntúan más bajo en la escala de sentido de coherencia, respecto a los dos grupos de comparación (dolor leve y

dolor moderado) y comprobar si estas diferencias son estadísticamente significativas; asimismo, interesa averiguar si, las personas con fibromialgia se diferencian en las puntuaciones de esta variable, de las personas del grupo artritis reumatoide y del grupo de personas sanas.

Objetivo 5: Comprobar si la relación entre las variables dolor y calidad de vida percibida es inversamente proporcional, tratando de saber además si las personas del grupo fibromialgia, se diferencian en su calidad de vida percibida del grupo de personas diagnosticadas de artritis reumatoide y de las personas sanas.

Objetivo 6: Estudiar si existen diferencias entre los grupos fibromialgia, artritis reumatoide y personas sanas, en la percepción subjetiva del dolor.

4.2. Hipótesis.

Hipótesis general: Se encontrará un patrón común de características de personalidad, así como un bajo sentido de coherencia, alta anhedonia y alta Alexitimia, entre las personas que perciben el dolor con mayor intensidad y, más en concreto, entre las personas con fibromialgia, que se espera implicará una peor calidad de vida percibida y una mayor percepción subjetiva de dolor de estas personas.

En esta tesis nos planteamos demostrar varias hipótesis específicas que, como se intentará exponer, todas ellas guardan relación entre sí.

Hipótesis específicas:

Hipótesis 1: Si es cierto que las personas con dolor severo, en general, y con fibromialgia, en particular, presentan con frecuencia trastornos de ansiedad y de depresión, es de esperar encontrar un patrón común característico de rasgos de personalidad.

Hipótesis 2: Puede ocurrir que las personas con dolor severo, en general, pero también las personas con fibromialgia, en particular, tengan más dificultades para encontrar estímulos que les resulten agradables, placenteros, y por lo tanto es de suponer que presentarán un alto grado de anhedonia, tanto física como social, en comparación con otros grupos.

Hipótesis 3: Dado que el rasgo de Alexitimia parece ejercer una función mediadora en la percepción del dolor, se espera encontrar que las personas con dolor severo y las diagnosticadas de fibromialgia puntúen más alto en esta variable.

Hipótesis 4: Si el rasgo Sentido de coherencia influye de alguna manera en la salud percibida, significaría que las personas con mayores niveles de dolor, en general, y

específicamente las del grupo de fibromialgia, presentarán un menor Sentido de Coherencia.

Hipótesis 5: Estudios previos indican que las actividades de la vida diaria, así como las relaciones sociales y familiares de las personas se ven afectadas por el nivel de dolor, por lo que se espera que las personas con mayores niveles de dolor y, más en concreto, las personas con fibromialgia, presenten una pobre calidad de vida percibida, en comparación con los otros grupos.

Hipótesis 6: Si las características de personalidad pueden influir en la forma en la que se interpreta la información, se espera encontrar mayores puntuaciones en la percepción subjetiva del dolor entre las personas del grupo fibromialgia en comparación con otros diagnósticos.

Capítulo 5: Metodología.

5.1. Participantes.

5.2. Instrumentos de Medida.

5.2.1. Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R).

5.2.2. Escala Analógica Visual del Dolor (EAV).

5.2.3. Escala de Alexitimia Toronto (TAS-20).

5.2.4. Escala Revisada de Anhedonia Física y Social (RPAS Y RSAS).

5.2.5. Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud (SF-36).

5.2.6. Cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ).

5.3. Procedimiento.

5.4. Analisis de los Datos.

5.1. Participantes.

Para llevar a cabo el estudio, se contactó con el servicio de reumatología del Centro Médico Asturiano, con la Asociación de Enfermos de Fibromialgia del Principado de Asturias (AEMFIPA) y con el servicio de reumatología del Hospital Universitario Central de Asturias, todos ellos situados en Oviedo (Principado de Asturias, España). Se seleccionaron un total de 147 participantes, los cuales se dividieron en tres grupos. 78 de ellos con diagnóstico de fibromialgia, 37 con una patología reumática distinta de la fibromialgia (artritis reumatoide) y 32 sin una patología conocida. Todos ellos tenían características socio-demográficas similares.

Los criterios de inclusión del grupo de fibromialgia fueron los siguientes: los participantes debían presentar un informe diagnóstico de fibromialgia, según los criterios del Colegio Americano de Reumatología (Wolfe et al., 1990) y ser mayor de edad. Se excluyen todas las posibles causas de fibromialgia secundaria o asociadas a otras enfermedades reumatológicas. En total se seleccionaron 78 pacientes ambulatorios, con una media de edad de 48,59 años (SD: 9,588). En cuanto al estado civil, el 78,2% de los sujetos estaba casado, un 10,3% separado, un 7,7% soltero y un 3,8% viudo. En cuanto al nivel cultural, el 2,6% no tenía estudios, el 26,9% estudios primarios, el 11,5% estudios secundarios (Bachiller/FP) y el 12,8% estudios universitarios. El 46,2% restante no respondió a esta pregunta.

Dos grupos control:

Se reclutaron 37 sujetos con diagnóstico de artritis reumatoide. Patología reumática que cursa con dolor crónico, y a diferencia de la fibromialgia, es degenerativa. Además de dolor persistente, se caracteriza por inflamación articular, incapacidad funcional, rigidez y fatiga. Los criterios de inclusión fueron iguales a los del grupo anterior. La edad media de

las personas de este grupo era de 49,46 años (SD: 10,971). El estado civil, el 64,9% estaban casados, el 13,5% solteros, 8,1% separados y 8,1% viudos. En cuanto al nivel cultural, el 16,2% estudios primarios, el 27% estudios secundarios (Bachiller/FP) y el 13,5% estudios universitarios. El 43,7% restante no respondió a esta pregunta.

Por último, se reclutó un grupo de personas consideradas sanas. Los criterios de selección para este grupo fueron: no presentar ninguna patología conocida (ni física, ni psíquica). Ser mayor de edad y no tener relación filial alguna con miembros de los grupos anteriores. Se seleccionaron 31 individuos. Parte de esta muestra fue reclutada en el entorno de un centro deportivo de la región, otra parte en la Universidad de Oviedo y finalmente, para completar el grupo, a través de encuesta al azar en la población general. La edad media fue de 37,59 (SD: 11,589). El 28,1% estaban casados, el 62,5% solteros, 3,1%, separados y 3,1% viudos. En cuanto al nivel cultural, el 9,4% estudios primarios, el 18,8% estudios secundarios (Bachiller/FP) y el 50% estudios universitarios. El 28,1% restante no respondió a esta pregunta.

5.2. Instrumentos de Medida.

5.2.1. Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R).

El NEO PI-R fue diseñado por Costa y McCrae (1992) para evaluar la personalidad normal, siguiendo el modelo de los Cinco Grandes Factores de Personalidad, y como sustituto de su predecesor, el cuestionario NEO PI (1985), que solo medía las dimensiones de Neuroticismo, Extraversión y Apertura a la Experiencia. En la versión revisada, el cuestionario consta de 240 ítems, medidos mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (Totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutral, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo). Cada factor se descompone en seis facetas o sub-factores, lo que permite un análisis de la personalidad más fino, obteniéndose 35 puntuaciones diferentes: una para cada dimensión y el resto, por cada sub-factor o faceta. Este cuestionario ofrece una medida de la personalidad normal, por tanto no es una medida de psicopatología.

En el estudio original, el índice de fiabilidad de la consistencia interna de las cinco dimensiones principales, se encuentran valores de alfa aceptables, situados entre 0.86 y 0.93 (Costa y McCrae, 1992), y valores algo más bajos, para las sub-factores o facetas, con coeficientes entre 0.56 y 0.87. Respecto a la fiabilidad test-retest, para este instrumento se realizaron también medidas test-retest al cabo de dos años, obteniendo valores entre 0.83 y 0.91 (McCrae, Yik, Trapnell, Bond y Paulhus, 1998). El cuestionario se ha traducido y validado en numerosos países e idiomas (Borkenau y Ostendorf, 1993; Hoeekstra, Ormel y de Fruyt, 1996; Rolland, 1998; Zawadxki, Strelau, Szczepaniak y Sliwinska, 1997), obteniendo resultados similares a los obtenidos por los autores del cuestionario. Por lo que respecta a traducciones y validaciones en población española, existen varias publicaciones que reflejan la validez y consistencia de la versión española de TEA (1999). Aluja, García

y García (2002; 2004) utilizan el cuestionario en población española encontrando igualmente buenas propiedades psicométricas.

En la tabla 6 se resumen las cinco grandes dimensiones medidas en el NEO PI-R y sus respectivas facetas.

Tabla 6. Dimensiones medidas en el NEO PI-R y sus respectivas facetas.

Neuroticismo	Extraversión	Apertura a la experiencia	Amabilidad	Responsabilidad
Ansiedad	Cordialidad	Fantasía	Confianza	Competencia
Agresión-Hostilidad	Gregarismo	Estética	Franqueza	Orden
Depresión	Asertividad	Sentimientos	Altruismo	Sentido del deber
Ansiedad Social	Actividad	Acciones	Actitud conciliadora	Necesidad de logro
Impulsividad	Búsqueda de emociones	Ideas	Modestia	Autodisciplina
Vulnerabilidad	Emociones positivas	Valores	Sensibilidad a los demás	Deliberación

5.2.2. Escala Visual Numérica del Dolor (EVN).

Esta escala es una simplificación de la Escala Analógica Visual (EAV) (Huskisson, 1974). Se trata de una escala categórica, en la que se pide al paciente que seleccione el número que mejor describa la intensidad de su dolor, entre 0 (ausencia de dolor) y 10 (dolor máximo). La escala verbal numérica (EVN) (McCafery, y Beebe, 1989) puede ser escrita o hablada, y cumplimentada por el paciente o el médico (Kremer, Atkinson, & Ignelzi, 1981). A pesar de ello, tiene una buena correlación con la EVA, con una incidencia menor de no respondedores (un 2 frente a un 11%) (Bijur, Silver, Gallagher, 2001). La EVN ha mostrado ser una forma válida para la medida del dolor, resultando ser más fácil de completar y proporcionando menos errores para la medida del dolor que la escala Visual Analógica (VAS). La EVN muestra una adecuada fiabilidad

(Young, Cleland, Michener, y Brown, 2010) y un tamaño del efecto de 0,28, por lo que es sensible a los cambios de la intensidad del dolor (Ritter, Gonzalez, Laurent & Lorig, 2006).

5.2.3. Escala de Alexitimia Toronto (TAS-20).

La escala de Alexitimia de Toronto fue desarrollada por Bagby, Parker, Taylor (1994). La escala TAS-20S es un cuestionario auto-administrado. Consta de 20 preguntas con seis posibilidades de respuesta, que van desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo” y que se puntúan entre 0 y 5. La escala de Alexitimia de Toronto es un criterio fiable y válido de Alexitimia. Se trata de un instrumento más específico (95%) que sensible (78%), lo que sugiere su mayor capacidad para detectar la ausencia de rasgo que su presencia (Bagby et al., 1994). En la validación española se demostró la validez discriminante del instrumento al ser altamente significativa la diferencia de puntuación observada entre la muestra clínica (51,82) y la muestra control (44,23) (Moral de la Rubia, y Retamales, 2000). Las variables sociodemográficas influyen en los resultados. Así se observa menor Alexitimia cuanto mayor nivel de estudios y en edades intermedias. También se ha observado mayor nivel de Alexitimia en los varones.

La consistencia interna de la escala completa es elevada (alfa de Cronbach de 0,81), En la validación española la consistencia interna fue de 0,82 y la fiabilidad test-retest a las 24 semanas de 0,72 y a las 48 semanas de 0,69. La estructura más aceptada es la de 3 factores principales, que explican el 32,5% de la varianza. La sensibilidad es del 78% y la especificidad del 95% (Moral de la Rubia et al., 2000).

5.2.4. Escalas Revisada de Anhedonia Física y Social (RPAS Y RSAS).

La Escala Revisada de Anhedonia Física (*Revised Physical Anhedonia Scale*) (*RPhAS*) (Chapman, Chapman, & Raulin, 1976) y la Escala Revisada de Anhedonia Social (*Revised Social Anhedonia Scale*) (*RSAS*) (Eckblad, Chapman, Chapman, & Mishlove, 1982), son dos autoinformes ampliamente utilizados para la evaluación de la Anhedonia.

Escala Revisada de Anhedonia física (*The Revised Physical Anhedonia Scale*, *RPhAS*) (Chapman, Chapman y Raulin, 1976). Esta escala de auto-evaluación valora la posible existencia de un déficit en la capacidad de experimentar placer con aquellos estímulos físicos típicamente considerados placenteros, como son la comida, el sexo o la música. Está formada por 61 ítems con dos opciones de respuesta: Verdadero-Falso, pudiéndose obtener una puntuación que va desde el 0 al 61 puntos. Puntuaciones elevadas indican mayor severidad de anhedonia física. Presenta unas propiedades psicométricas adecuadas para la tarea para la que fue concebida. La consistencia interna del RSAS tiene valores entre 0,77 y 0,86 y la fiabilidad test-retest de 0,65-0,84. En nuestro país, se puso a prueba esta escala en población española, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0,92 (Fonseca, Paño, Lemos et al., 2009).

Escala Revisada de Anhedonia Social (*The Revised Social Anhedonia Scale*, *RSAS*) (Eckblad, Chapman, Chapman, y Mishlove, 1982). Al igual que la escala anterior, se trata de una escala de auto-evaluación, pero a diferencia de la anterior, se valora la existencia de un déficit o ausencia de capacidad para experimentar placer con aquellos estímulos sociales que típicamente son considerados placenteros, como estar en compañía de otros, conversar con otras personas o intercambiar expresiones de afecto con seres queridos. Está formada por 40 ítems, con dos opciones de respuesta: Verdadero-Falso, pudiéndose obtener una puntuación que va desde el 0 al 40. A más elevada sea la

puntuación obtenida, menor será el placer que la persona obtiene de las interacciones sociales, es decir mayor anhedonia social. Puntuaciones elevadas en esta escala se han relacionado con alteraciones a nivel cognitivo, atencional y emocional (Collins et al., 2005; Gooding, Shea, & Matts, 2005; Gooding & Tallent, 2003). La consistencia interna de la escala alcanza puntuaciones que van desde 0,81-0,89, y la fiabilidad test-retest de 0,75-0,84. La validez del RSAS se ha mantenido empíricamente en varios estudios (Chapman et al., 1995; Fonseca-Pedrero et al., 2008; Kwapil et al., 2008). El alfa de Cronbach es de 0,95 (Fonseca, Paino, Lemos et al., 2009).

5.2.5. Cuestionario de Salud (SF-36).

El Cuestionario de Salud SF-36 es la adaptación realizada para España por Alonso, Prieto y Antó (1995) del *SF-36 Health Survey* (Ware, Snow, Kosinski y Gandek, 1993). Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación. Se trata de un cuestionario auto-administrado, aunque también se ha utilizado mediante un entrevistador en entrevista personal, telefónica o mediante soporte informático (Ware et al. 1993). Según Ware et al. (1993), la consistencia interna no presentó diferencias entre los cuestionarios auto-administrados y los administrados con entrevistador.

El SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos relacionados con la salud. Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem

de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). A mayor puntuación, mejor estado de salud. Las estimaciones conjuntas obtenidas a partir del metaanálisis de los coeficientes α Cronbach fueron $\geq 0,7$ para las escalas Función física, Rol físico y Rol emocional. Las estimaciones conjuntas del resto de las escalas son $\geq 0,7$ (Vilagut et al., 2005).

5.2.6. Cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ).

El Sentido de Coherencia (*Sense of Coherence, SOC*) se evaluó aplicando el Cuestionario de Orientación hacia la Vida (*Orientation to Life Questionnaire, OLQ*) de Antonovsky (1987), que consta de 29 ítems medidos mediante una escala tipo Likert de 7 puntos (1= “Nunca tengo esa sensación”-7= “Siempre tengo esa sensación”). El cuestionario evalúa tres componentes: *Comprensibilidad, Manejabilidad y Significado*. La estructura factorial del OLQ parece ser más bien multidimensional (Flannery, Perry, Penk y Flannery, 1994). El *OLQ* ha demostrado buenas propiedades psicométricas en estudios realizados en al menos 32 países, encontrando un alfa de Cronbach entre 0,70-0,95, la correlación test-retest, fue de 0,69-0,78, en mediciones de 1-5 años (Antonovsky, 1993; Erikson, & Lindstrom, 2005; Flannery et al., 2005). Esta escala parece ser una herramienta válida, fiable y aplicable transculturalmente (Flannery et al., 2005).

5.3. Procedimiento.

Para llevar a cabo el estudio, se contactó con el servicio de reumatología del Centro Médico Asturiano, con la Asociación de Enfermos de Fibromialgia del Principado de Asturias (AEMFIPA) y con el servicio de reumatología del Hospital Universitario Central de Asturias, todos ellos situados en Oviedo (Asturias). Se seleccionaron un total de 148 participantes, los cuales se dividieron en tres grupos. Todos ellos tenían características socio-demográficas similares.

1. Grupo Experimental: compuesto por 78 personas con diagnóstico de fibromialgia.
2. Grupo Control Artritis: formado por 37 sujetos con una patología reumática distinta de la fibromialgia (artritis reumatoide).
3. Grupo Control Sano: integrado por 32 individuos sin una patología conocida.

Para el grupo de fibromialgia, los participantes debían presentar diagnóstico de fibromialgia, según los criterios del Colegio Americano de Reumatología (Wolfe et al., 1990). Se excluyeron todas las posibles causas de fibromialgia secundaria o asociadas a otras enfermedades reumatológicas. Los sujetos del grupo control-artritis eran derivados por su propio especialista tras acudir a consulta. Las personas que pertenecían al grupo control-sano fueron seleccionadas de la población general.

Todos los sujetos fueron consultados acerca de su interés y disponibilidad para participar en el estudio. Se les presentó un documento que ratificaba su consentimiento informado. Cada participante fue entrevistado individualmente, bien en un laboratorio de la facultad de Psicología o bien en una consulta de alguno de los centros de salud colaboradores. Con motivo de facilitar la participación de los sujetos y evitar la pérdida de casos, algunas de las pruebas que así lo permitían, se administraron vía telefónica.

La evaluación se llevo a cabo fundamentalmente en dos fases. Una primera en la que se realizó la explicación de las características del estudio, así como la batería de test a cumplimentar y tiempo total estimado para ello. En este primer momento se cumplimenta el consentimiento informado, la entrevista preliminar y el cuestionario NEO PI-R, por ser el que más tiempo ocupa. En una segunda sesión, los participantes cumplimentaron el resto de las pruebas.

En todos los casos se buscó que la realización de las pruebas fuese en condiciones semejantes y de forma individual, bien en la consulta del centro de salud, bien en un laboratorio de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo o bien vía telefónica, cuando las pruebas lo permitiesen.

5.4. Análisis de los datos.

Para comprobar si se cumplían las hipótesis de partida, y analizar la existencia de posibles diferencias significativas en las variables estudiadas, se llevaron a cabo análisis descriptivos en términos de porcentajes para las variables categóricas como grupo diagnóstico de pertenencia y grupo de dolor. Mientras que para las variables cuantitativas continuas como las puntuaciones en los distintos instrumentos administrados se calcularon distintos estadísticos como media, desviación típica, asimetría y curtosis.

De acuerdo con los objetivos planteados se comprobó el supuesto de normalidad con la prueba Kolgomorov-Smirnov (KS) y el supuesto de homogeneidad de varianzas con la prueba de Levene. El nivel de significación en todos los análisis fue del 0,05. Posteriormente se elaboraron diferentes modelos multivariados de varianza (MANOVA) y análisis de varianza (ANOVA).

Todos los análisis se llevaron a cabo mediante el programa estadístico IBM SPSS 20 para Windows.

CAPITULO 6: Resultados

6.1. Comparación de las puntuaciones en rasgos de personalidad.

6.1.1. Comparación de las puntuaciones en los Rasgos de Personalidad de los grupos, según su diagnóstico.

6.1.2. Comparación de las puntuaciones en los Rasgos de Personalidad de los grupos, según su diagnóstico.

6.2. Comparación de las puntuaciones de los grupos en Anhedonia.

6.2.1. Comparación de los grupos, según su diagnóstico, en Anhedonia física y social.

6.2.2. Comparación de los grupos, según la intensidad de dolor percibido, en Anhedonia física y social.

6.3. Comparación de las puntuaciones de los grupos en Alexitimia.

6.3.1. Comparación de las puntuaciones de los grupos en Alexitimia, según el diagnóstico.

6.3.2. Comparación de las puntuaciones de los grupos en Alexitimia, según la intensidad del dolor.

6.4. Comparación de las puntuaciones en Sentido de Coherencia.

6.4.1. Comparación de las puntuaciones en Sentido de Coherencia, según el diagnóstico.

6.4.2. Comparación de las puntuaciones en Sentido de Coherencia, según la intensidad del dolor.

6.5. Comparación de resultados de los grupos en Calidad de Vida percibida.

6.5.1. Comparación de resultados en Calidad de Vida percibida de los grupos, según el diagnóstico.

6.5.2. Comparación de resultados en Calidad de Vida percibida de los grupos, según la intensidad del dolor.

6.6. Comparación de resultados en percepción subjetiva del dolor, en función del grupo por diagnóstico.

6.1. Comparación de medias en los Rasgos de Personalidad de los grupos, según su diagnóstico y según los grupos de intensidad del dolor.

Para abordar estos objetivos se llevaron a cabo dos análisis multivariados de la varianza (MANOVA), donde la variable independiente fue: por una parte el diagnóstico de los sujetos y la variable dependiente las puntuaciones en el inventario de personalidad NEO PI-R; por otra parte la variable independiente fue la intensidad percibida del dolor y la variable dependiente las puntuaciones en el inventario de personalidad NEO PI-R. Se comprobaron los supuestos de normalidad mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov (KS) y la prueba de Levene para el supuesto de homogeneidad de varianzas.

La tabla 7 muestra los estadísticos descriptivos de cada una de las dimensiones del cuestionario NEO PI-R. La prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov es estadísticamente significativa en 4 de las 5 dimensiones [Neuroticismo $z=2,20$, $p<,001$; Extraversión $z=1,41$, $p=,04$; Apertura $z=1,70$, $p<,05$; Amabilidad $z=1,37$, $p=,05$; y Responsabilidad $z=1,75$, $p<,05$], los valores de asimetría y curtosis están dentro del rango, entre -1 y +1, por lo que su distribución es aproximadamente normal.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del cuestionario NEO PI-R.

	N	Media		D.T.		Asimetría		Curtosis	
		Estadíst.	E.T.	Estadíst.	Estadíst.	E.T.	Estadíst.	E.T.	
Neuroticismo	147	62,56	0,75	9,15	-0,84	0,20	0,03	0,40	
Extraversión	147	39,47	0,75	9,07	0,59	0,20	0,35	0,40	
Apertura	147	40,65	0,84	10,13	0,73	0,20	0,09	0,40	
Amabilidad	147	47,80	0,69	8,36	0,02	0,20	0,45	0,40	
Responsabilidad	147	37,65	0,65	7,87	0,79	0,20	0,62	0,40	

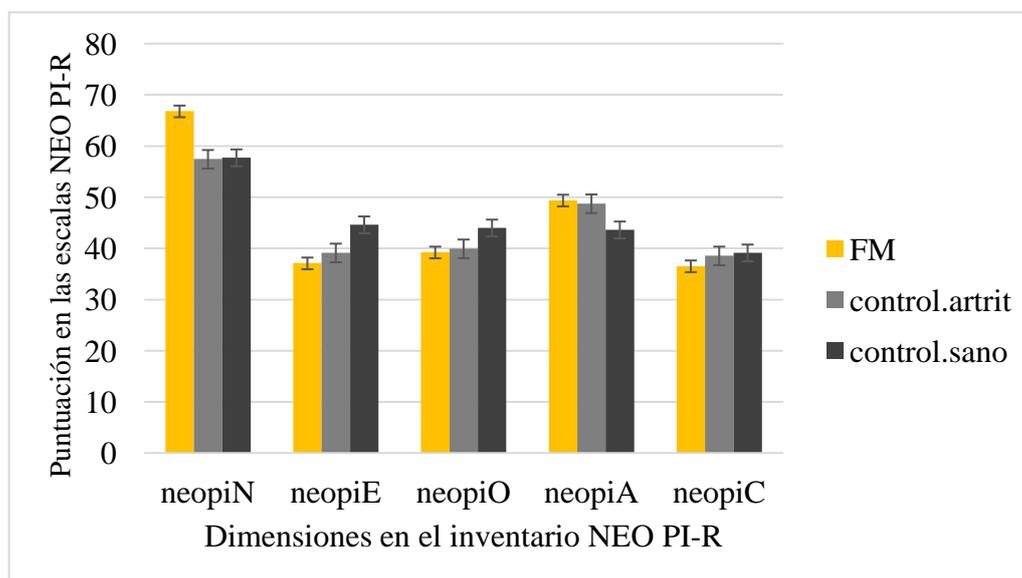
Nota. Estadíst.= Estadístico; E.T.=Error típico; D.T.=Desviación típica.

6.1.1. Comparación de las puntuaciones en los Rasgos de Personalidad de los grupos, según su diagnóstico.

La prueba de Levene sirve para probar la homogeneidad de varianzas entre los grupos comparados, esta prueba indicó una homogeneidad de varianzas entre los grupos de diagnóstico en tres de las cinco dimensiones [Apertura $F(2,144)=0,57$, $p=,57$; Amabilidad $F(2,144)=0,33$, $p=,72$; Responsabilidad $F(2,144)=2,93$, $p=,06$] y no se cumplió en dos de ellas [Neuroticismo $F(2,144)=5,76$; Extraversión $F(2,144)=5,76$, $p=,04$].

Para comparar los resultados obtenidos en las dimensiones del inventario de personalidad NEO PI-R por los sujetos pertenecientes a los tres grupos (fibromialgia, artritis reumatoide y sano) se realizó un análisis multivariado de la varianza (MANOVA), con el fin de verificar la existencia de diferencias estadísticamente significativas. Las puntuaciones obtenidas en los rasgos de personalidad son diferentes para los tres grupos analizados [λ de Wilks= 5,607; $F(10,236)=5,607$, $p<,001$, $\eta^2=0,192$]. Las diferencias entre los pacientes con fibromialgia y los dos grupos control resultan estadísticamente significativas en las dimensiones de Neuroticismo [$F(2,122)=16,727$, $p<,001$, $\eta^2=0,976$], Extraversión [$F(2,122)=6,975$, $p=,001$, $\eta^2=0,941$] y Amabilidad [$F(2,122)=4,809$, $p<,050$, $\eta^2=0,962$]. En concreto, la prueba pos hoc de Tukey sitúa estas diferencias en la dimensión Neuroticismo ($p<,001$) entre los pacientes de fibromialgia ($M=66,82$) con respecto a los dos grupos control: artritis y sanos ($M=57,46$; $M=57,75$, respectivamente); en la dimensión Extraversión, entre los pacientes de fibromialgia ($M=37,12$) con respecto a los pacientes control sanos ($M=44,66$) ($p<,001$); y entre los pacientes de fibromialgia ($M=49,40$) y control sanos ($M=43,66$) ($p<,50$) en la dimensión Amabilidad. Se encuentran las mayores puntuaciones para el grupo de fibromialgia en las dimensiones de Neuroticismo y Amabilidad, (ver figura 6).

Figura 6. Puntuaciones medias en las dimensiones del Inventario de personalidad NEO PI-R en función de los grupos según su diagnóstico.

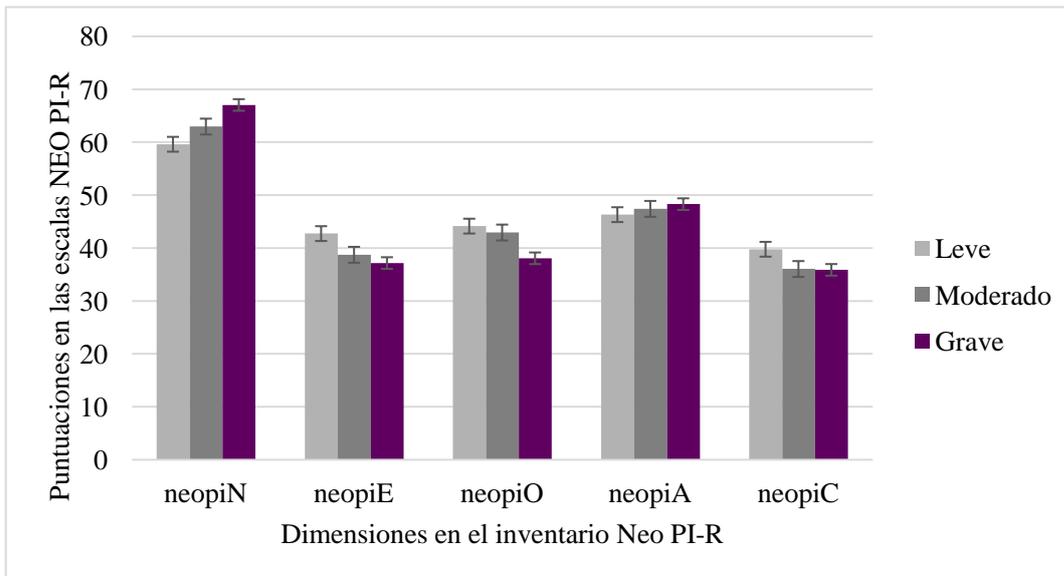


6.1.2. Comparación de las puntuaciones en los Rasgos de Personalidad de los grupos, según la intensidad del dolor percibido.

En estos grupos se cumple el supuesto de homocasticidad dado que la prueba de Levene en todas las dimensiones fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Las puntuaciones obtenidas en los rasgos de personalidad son diferentes para los tres grupos analizados (dolor leve, dolor moderado y dolor severo) [λ de Wilks= 0,76; $F(10,236)=3,20$ $p < 0,001$ $\eta^2 p=0,12$]. Las diferencias se detectan en todas las dimensiones salvo en Amabilidad ($p > 0,05$), en el resto se encuentran diferencias estadísticamente significativas [Neuroticismo $F(2,122)=10,99$ $p < 0,05$ $\eta^2 p=,15$; Extraversión $F(2,122)=4,33$ $p=0,01$ $\eta^2 p=,07$; Apertura $F(2,122)=4,80$ $p=0,01$ $\eta^2 p=,07$; y Responsabilidad $F(2,122)=3,32$ $p=0,04$ $\eta^2 p=,05$]. La prueba post-hoc de Tukey muestra diferencias en Neuroticismo entre el

grupo dolor severo con respecto a los otros dos grupos; en la dimensión Extraversión, Apertura y Responsabilidad entre el grupo dolor leve y dolor severo, (ver figura 7).

Figura 7. Puntuaciones medias en las dimensiones del Inventario de personalidad NEO PI-R en función de los grupos según el dolor percibido.



6.2. Comparación de las puntuaciones de los grupos en Anhedonia física y social, según diagnóstico y según intensidad de dolor percibido.

Para llevar a cabo este segundo objetivo se elaboró un nuevo modelo MANOVA donde la variable independiente de nuevo fue el diagnóstico y las variables dependientes fueron las puntuaciones en Anhedonia social y física.

En la tabla 8 se muestran los estadísticos descriptivos de las dos escalas de Anhedonia.

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de las escalas de Anhedonia.

	N	Media		D.T.	Asimetría		Curtosis	
		Estadíst.	E.T.	Estadíst.	Estadíst.	E.T.	Estadíst.	E.T.
RSAS	75	20,68	,50	4,35	-,12	,28	1,15	,55
RPAS	76	31,47	,88	7,64	-1,26	,28	4,63	,54

6.2.1. Comparación de los grupos, según su diagnóstico, en Anhedonia física y social.

Se comprobó el supuesto de homogeneidad de varianzas ($p > ,05$). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de ninguna de las dos escalas de Anhedonia (física y social) para ninguno de los tres grupos analizados según su diagnóstico [λ de Wilks=0,975; $F(4,140)=0,439$, $p = ,780$, $\eta^2 = 0,012$].

6.2.2. Comparación de los grupos, según la intensidad de dolor percibido, en Anhedonia física y social.

Tras realizar las correspondientes pruebas estadísticas, se encontró, como ya ocurrió en el apartado anterior, que las puntuaciones obtenidas en las escalas de Anhedonia no son diferentes para ninguno de los tres grupos analizados [λ de Wilks=,97; $F(4,242)=,87$ $p = ,49$, $\eta^2=0,014$]. También se comprobó que se cumpliera el supuesto de homocericidad en ambas escalas ($p > 0,05$).

6.3. Comparación de las puntuaciones de los grupos en Alexitimia, según el diagnóstico y según intensidad de dolor percibido.

Para explorar este tercer objetivo, se comprobó inicialmente el supuesto de homocedasticidad ($p > 0,05$). En la tabla 9 se muestran los estadísticos descriptivos del cuestionario TAS-20.

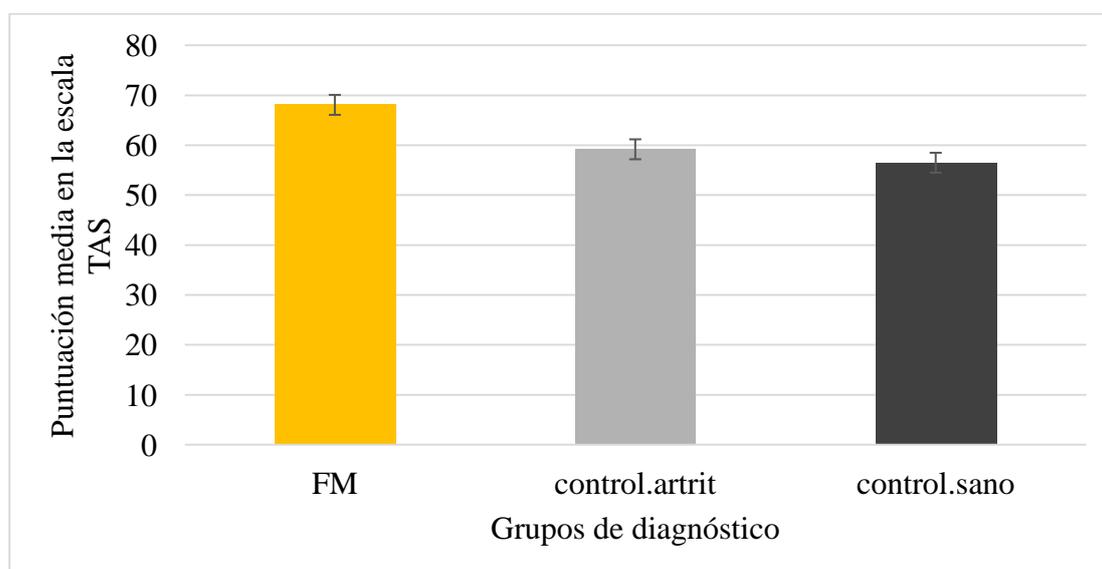
Tabla 9. Estadísticos descriptivos del cuestionario de Alexitimia TAS-20.

	N	Media		D.T.		Asimetría		Curtosis	
		Estadíst.	E.T.	Estadíst.	E.T.	Estadíst.	E.T.	Estadíst.	E.T.
TAS-20	80	63,26	1,26	11,31	0,14	,27	-0,50	0,53	

6.3.1. Comparación de las puntuaciones en Alexitimia de los grupos, según el diagnóstico.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de diagnóstico [$F(2,79)=10,31$, $p=,001$, $\eta^2=0,21$]. La prueba de Tukey situó las diferencias en el grupo de fibromialgia con respecto a los dos grupos control, (ver figura 8).

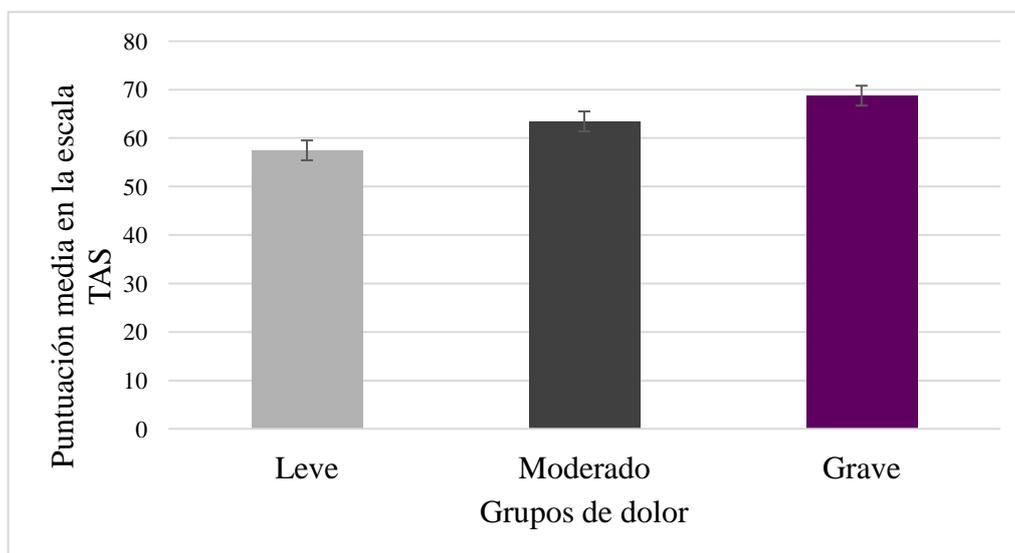
Figura 8. Puntuación media en la escala de Alexitimia en función de los grupos según el diagnóstico.



6.3.2. Comparación de puntuaciones en Alexitimia de grupos, según la intensidad de dolor percibida.

Para explorar el segundo apartado de nuestro tercer objetivo, se comprobó el supuesto de homocedasticidad ($p > 0,05$). Se pudo comprobar que existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos según la intensidad del dolor percibido [$F(2,76)=8,72$, $p=,001$, $\eta^2=0,19$]. La prueba de Tukey encuentra estas diferencias entre el grupo de dolor leve y grave (ver figura 9).

Figura 9. Puntuación media en la escala de Alexitimia en función de los grupos de dolor.



6.4. Comparación de las medias de las puntuaciones en Sentido de Coherencia, según diagnóstico y según intensidad de dolor percibido.

Tras analizar los resultados de la muestra en esta variable, se comprobó que se cumplía el supuesto de homogeneidad ($p > ,05$).

La tabla 10 muestra los estadísticos descriptivos del cuestionario OLQ.

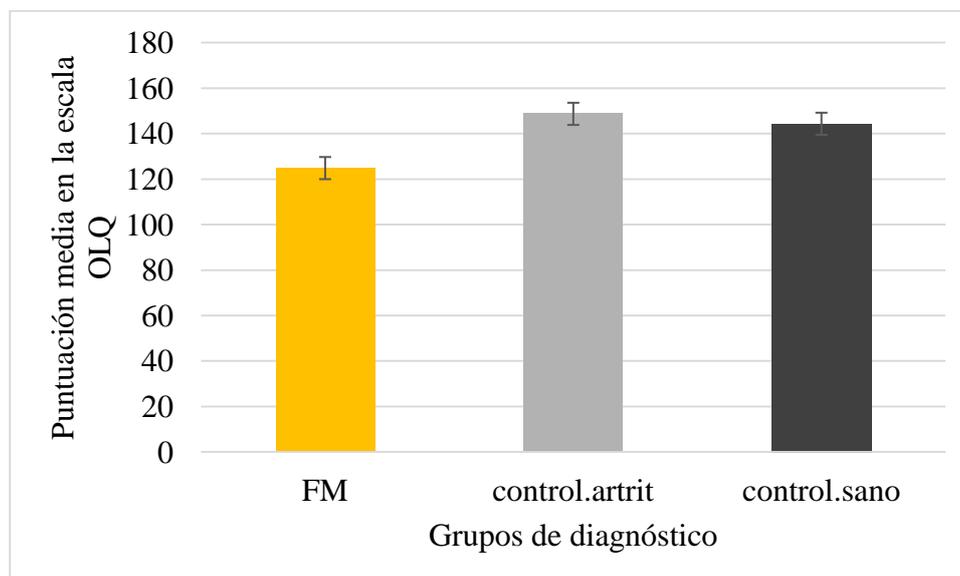
Tabla 10. Estadísticos descriptivos del cuestionario OLQ.

	N	Media		D.T.	Asimetría		Curtosis	
		Estadíst.	E.T.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	E.T.	
OLQ	125	133,60	2,68	29,96	-0,47	0,22	-0,20	0,43

6.4.1. Comparación de resultados en Sentido de Coherencia de grupos, según el diagnóstico.

Los resultados indicaron que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos según el diagnóstico [$F(2,124)=8,66$ $p < ,001$, $\eta^2=0,12$]. Por esta razón, se pasó a realizar la prueba post-hoc de Tukey, que permite conocer exactamente entre que grupos se daban las diferencias. Los resultados de dicha prueba mostraron que, las diferencias existían entre el grupo de fibromialgia y los dos grupos control (ver figura 10).

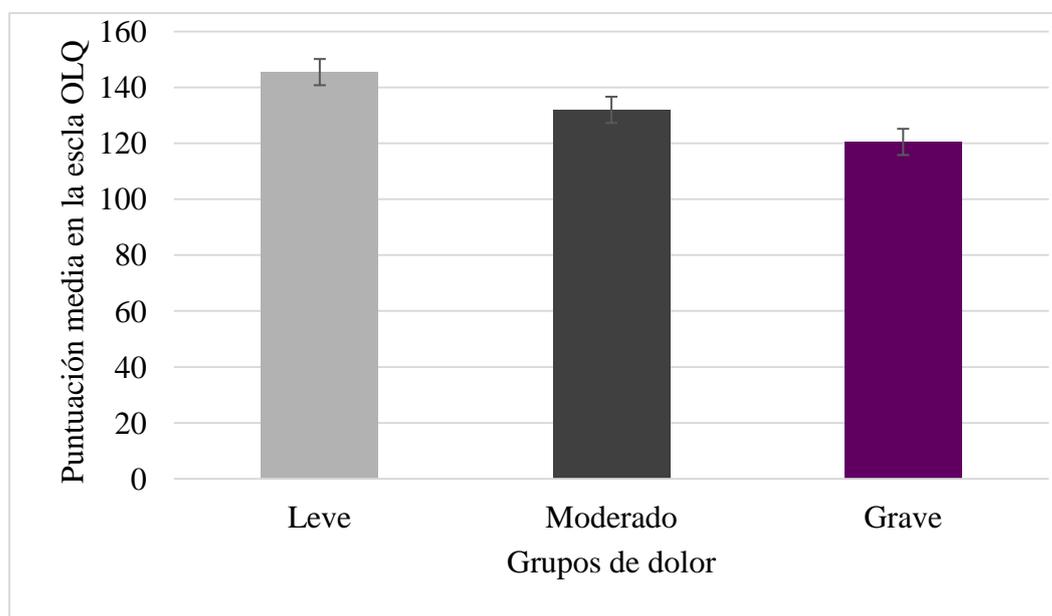
Figura 10. Puntuaciones medias en la escala OLQ en función de los grupos según el diagnóstico.



6.4.2. Comparación de resultados de los grupos en Sentido de Coherencia, según intensidad de dolor percibido.

Para comprobar esta posible relación entre variables, se comprobó el supuesto de homogeneidad, el cual se cumple ($p > ,05$). Los resultados indicaron que existen diferencias estadísticamente significativas [$F(2,103)=7,94$ $p < ,001$, $\eta^2=0,14$]. Para comprobar cuáles eran los grupos entre los cuales existían diferencias, se llevó a cabo la prueba post-hoc de Tukey, tras la cual se encontró que estas diferencias se daban entre el grupo de dolor débil y grave o severo (ver figura 11).

Figura 11: Puntuación media en la escala OLQ en función de los grupos de dolor percibido.



6.5. Comparación de resultados de los grupos en Calidad de Vida percibida, según diagnóstico y según intensidad de dolor percibido.

Como ya se comentó, el quinto de nuestros objetivos buscaba averiguar si existen diferencias significativas entre los grupos analizados en la variable Calidad de Vida percibida. Para tal propósito se utilizó el cuestionario SF-36, que mide la calidad de vida percibida relacionada con la salud. La tabla 11 muestra los estadísticos descriptivos del cuestionario.

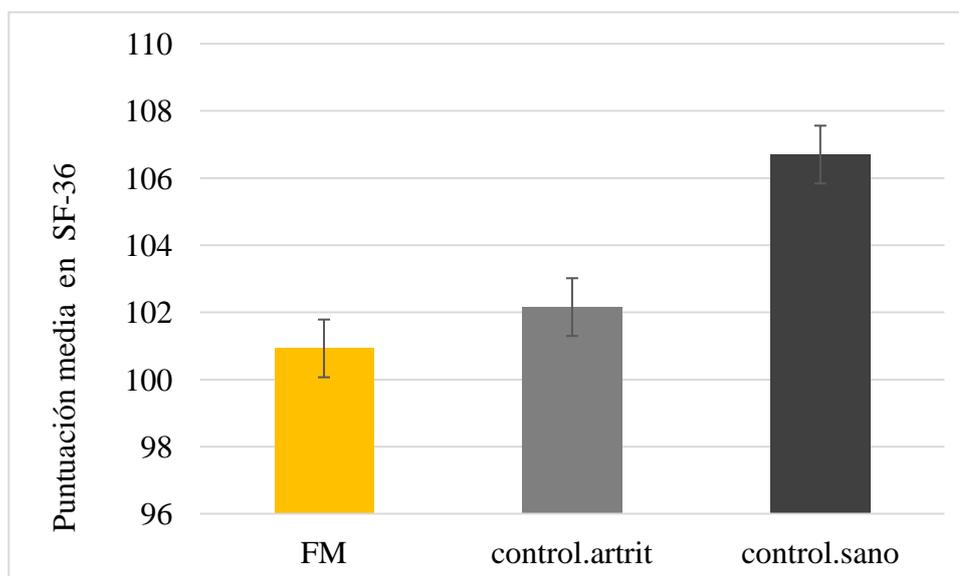
Tabla 11: Estadísticos descriptivos del cuestionario SF-36.

	N	Media		D.T.		Asimetría		Curtosis	
		Estadíst.	E.T.	Estadíst.	E.T.	Estadíst.	E.T.	Estadíst.	E.T.
SF-36	140	102,52	0,51	6,01	-0,32	0,20	-0,04	0,41	

6.5.1. Comparación de resultados en Calidad de Vida percibida de los grupos, según el diagnóstico.

Para corroborar si las diferencias eran estadísticamente significativas entre los grupos de la muestra, según su diagnóstico, y las puntuaciones en el SF-36, se aplicó un análisis unifactorial de la varianza (ANOVA). Los resultados indican que, efectivamente, existen diferencias entre los grupos en las puntuaciones del SF-36 [$F(2,139)=11,724$, $p<,001$]. En concreto se encontraron diferencias entre el grupo sano ($M=106,70$) con respecto al grupo de artritis reumatoide ($M=102,16$) y el grupo fibromialgia ($M=100,93$). Sin embargo, no se encuentran diferencias entre los dos últimos grupos mencionados. En otras palabras, el grupo de control sano puntúa significativamente más alto con respecto a los otros dos grupos comparados (ver figura 12).

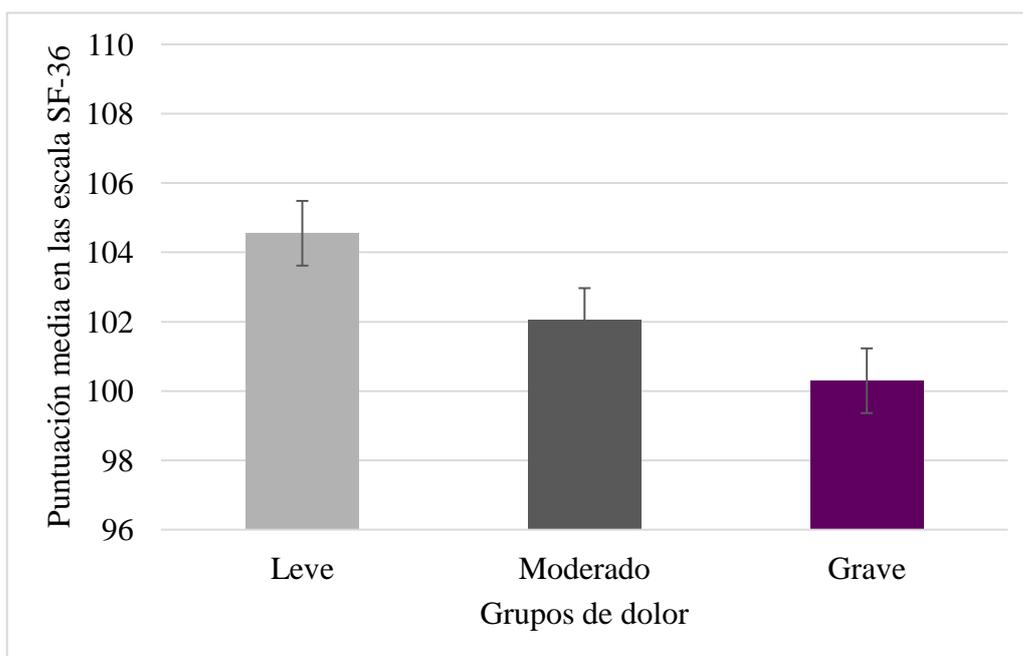
Figura 12: Puntuación media en la escala SF-36 en función de los grupos según su diagnóstico.



6.5.2. Comparación de resultados en Calidad de Vida percibida de los grupos, según intensidad de dolor percibido.

Para verificar el segundo apartado, de nuestro quinto objetivo, se comprobó inicialmente el supuesto de homogeneidad de varianzas en la escala ($p > ,05$). Los resultados indicaron que existen diferencias estadísticamente significativas [$F(2,116)=5,66$ $p=,005$, $\eta^2=0,09$]. A partir de estos resultados, se utilizó la prueba post-hoc de Tukey, hallando que estas diferencias se daban entre el grupo leve y el grupo grave o severo (ver figura 13).

Figura 13: Puntuación media en la escala SF-36 en función de los grupos de dolor.



6.6. Comparación de resultados en percepción subjetiva del dolor, en función del grupo por diagnóstico.

Inicialmente se quiso conocer la distribución de los sujetos teniendo en cuenta el diagnóstico y la intensidad de dolor percibido. La tabla 12 muestra la frecuencia y porcentaje de sujetos que pertenecían a cada “grupo de dolor”, medido a través de la Escala Visual Numérica (leve= 0-3 puntos; moderado= 4-6 puntos y Grave= 7-10 puntos), teniendo en cuenta el grupo diagnóstico al que pertenecían.

Tabla 12: Distribución de los participantes según intensidad de dolor percibido y grupo diagnóstico.

Dolor	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
leve	Fibromialgia	4	10,81
	Control artritis	11	29,73
	Control sano	22	59,46
	Total	37	100
moderado	Fibromialgia	20	62,50
	Control artritis	11	34,38
	Control sano	1	3,13
	Total	32	100
severo	Fibromialgia	48	85,71
	Control artritis	6	10,71
	Control sano	2	3,57
	Total	56	100

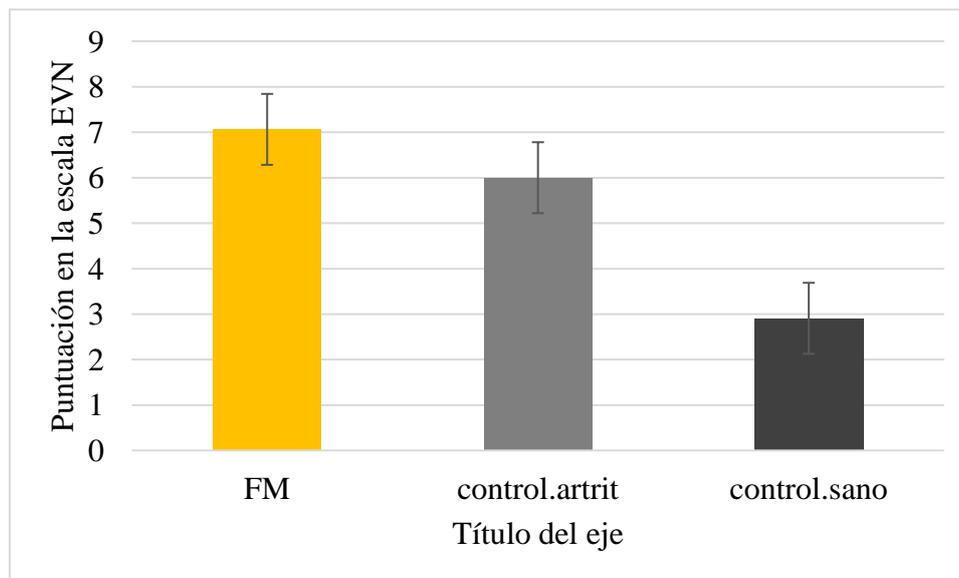
También se comprobó si existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de diagnósticos en las puntuaciones de la Escala Visual Numérica (EVN). Para estos análisis se comprobó el supuesto de homogeneidad de varianzas ($p > ,05$). Los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas [$F(2,29)=16,377$ $p < ,001$ $\eta^2 p=0,557$]. La tabla 13 muestra los estadísticos descriptivos de la Escala Visual Numérica.

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de la escala EVN.

	N	Media	Desv. típ.	Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	E. T	Estadístico	E. T.
EVN	29,00	5,41	2,69	-0,71	0,43	-0,22	0,85

La prueba post-hoc de Tukey encuentra que estas diferencias se dan concretamente entre el grupo de fibromialgia y el grupo control sano (ver figura 14).

Figura 14: Puntuaciones medias en la escala EVN en función de los grupos de diagnóstico.



CAPÍTULO 6: Discusión y Conclusiones.

6.1. Discusión y conclusiones específicas.

6.2. Conclusiones generales.

6.3. Limitaciones de la investigación

6.4. Líneas de investigación futuras.

6.1. **Discusión y conclusiones específicas.**

Hipótesis 1: Si es cierto que las personas con dolor severo, en general, y con fibromialgia, en particular, presentan con frecuencia trastornos de ansiedad y de depresión, es de esperar encontrar un patrón común característico de rasgos de personalidad.

En décadas pasadas, algunos estudios de laboratorio destacaron la peculiar relación existente entre dolor (crónico) y los trastornos de depresión (Fishbain , Cutler, Rosomoff , y Rosomoff, 1997). Entre los pacientes de fibromialgia suele darse la coexistencia de este síndrome con otros trastornos de carácter psiquiátrico, como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y rasgos vulnerables de personalidad (Alda et al., 2003). Se ha comprobado cómo estos pacientes presentan características de afectividad negativa más frecuentemente que el resto de la población general (Rook et al., 1981).

A partir de los datos obtenidos en nuestro estudio, podemos concluir que las personas con fibromialgia presentan unos rasgos de personalidad característicos y distintos de los presentados por personas con artritis reumatoide y también respecto a personas consideradas sanas. Estos rasgos característicos, hacen que estas personas, en conjunto, puntúen más alto en la dimensión Neuroticismo, responsable del equilibrio-desequilibrio emocional. Las personas que puntúan alto en este factor tienen una tendencia general a experimentar sentimientos negativos, tales como ira, miedo, melancolía, vergüenza, etc. También aparecen diferencias significativas en la dimensión Extraversión, con puntuaciones más bajas en el grupo fibromialgia, respecto al grupo sano. Según la definición que hicieron los autores de esta dimensión (Costa y McCrae, 1990), esto implica que las personas del grupo fibromialgia tienen tendencia a ser reservados, pero no huraños,

calmados. Prefieren estar solos. Sin embargo, no hay diferencias significativas en esta dimensión respecto al grupo artritis reumatoide.

Por último, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión Amabilidad respecto al grupo sano, donde las puntuaciones del grupo fibromialgia fueron inferiores. Esta dimensión hace referencia a tendencias interpersonales. Así, las personas con fibromialgia podrían ser descritas entonces, como sujetos más bien fríos, algo egocéntricos, escépticos y con tendencia a ser competitivos.

Estos resultados coinciden con los obtenidos en investigaciones anteriores llevadas a cabo en nuestro país (Besteiro et al., 2008).

Se ha demostrado cierta relación entre Neuroticismo, percepción subjetiva del dolor y diversos síntomas somáticos (Costa, 1997; Hazlett-Stevens, Craske, Mayer, Chang, y Naliboff, 2003; Kristensen, Mortensen, y Mors, 2009). Parte de este argumento se ha visto constatado con los resultados obtenidos en nuestro estudio, pues se encontró que las personas del grupo dolor severo-grave puntuaron significativamente más alto en la dimensión Neuroticismo, respecto a las personas del grupo dolor moderado y dolor leve. Nuestros datos también indican que, las personas del grupo dolor leve puntuaron significativamente más alto en las dimensiones de Extraversión, Apertura y Responsabilidad, respecto al grupo de dolor grave.

Hipótesis 2: Puede ocurrir que las personas con dolor severo, en general, pero también las personas con fibromialgia, en particular, tengan más dificultades para encontrar estímulos que les resulten agradables, placenteros, por lo que es de suponer que presentarán un alto grado de Anhedonia, tanto física como social, en comparación con otros grupos.

La fibromialgia cursa frecuentemente con trastornos de ansiedad y depresión. Se han encontrado porcentajes muy importantes de anhedonia en personas con depresión, ansiedad (Dinovo, y Vasey, 2011), trastornos por estrés postraumático (Pittman, et al., 2012; Wechsler-Zimring, y Kearney, 2011), y algunas enfermedades crónicas (de Cock, et al., 2011; Nefs, et al., 2012; Pelle et al., 2011; Tully, et al., 2012). Es importante destacar que todas estas patologías pueden presentar comorbilidad con depresión, que en algunos casos podría explicar la presencia del síntoma de anhedonia. Por ello se consideró que podría existir alguna relación entre esta variable y la fibromialgia en particular, y el dolor severo en general.

A pesar de lo que se esperaba encontrar, los resultados indican que las personas con fibromialgia no puntúan más alto en anhedonia, es decir no presentan diferencias significativas en esta variable respecto a los dos grupos de comparación. Por lo que no se cumple nuestra segunda hipótesis de trabajo.

Por otra parte, tras realizar las comparaciones entre los tres grupos según la intensidad del dolor percibido, se concluye que tampoco se confirma aquí nuestra suposición de partida, pues no se encontraron diferencias en Anhedonia entre los tres grupos estudiados según la intensidad del dolor.

Hipótesis 3: Dado que el rasgo de Alexitimia parece ejercer una función mediadora en la percepción del dolor, se espera encontrar que las personas diagnosticadas de fibromialgia, en particular, y las personas con dolor severo, en general, puntúen más alto en esta variable.

La consideración de la Alexitimia como mecanismo explicativo de algunas alteraciones psicósomáticas, se fundamenta en la premisa de que una limitada conciencia sobre los estados emocionales, así como, las alteraciones en el procesamiento cognitivo de los sentimientos, llevan a focalizar, amplificar y prolongar los componentes somáticos de la activación emocional (Lumley, Beyer y Radcliffe, 2008).

Existen estudios que vinculan la Alexitimia con los rasgos de personalidad normal. Destaca una asociación positiva entre Alexitimia y Neuroticismo, baja correlación con psicoticismo y una asociación moderada y negativa con Extraversión (Taylor, 1997). Desde el modelo de los 5 factores de personalidad (Costa y McCrae, 1985) se han destacado asociaciones positivas entre Alexitimia y Neuroticismo, la correlación negativa con Extraversión y con Apertura a la experiencia (Luminet et al., 1999). La Alexitimia es un estado caracterizado por un pensamiento orientado hacia el exterior, y donde predomina la inestabilidad emocional, pudiendo ser debida a la incapacidad para afrontar situaciones de estrés (Zimmermann et al., 2005).

Por otra parte, existe evidencia que vincula Alexitimia con afectividad negativa y con la intensidad del dolor percibida (Yalug et al., 2010), así como con mayor riesgo a padecer dolor crónico (Shibata et al., 2014).

Nuestros resultados indican que, existen diferencias significativas entre los grupos. Concretamente, los análisis estadísticos sitúan las diferencias entre el grupo fibromialgia y los dos grupos control. Obteniendo el primero de ellos, de media, puntuaciones superiores

en esta variable. Esto parece apoyar nuestra hipótesis que sostenía la influencia de factores psicológicos, como la Alexitimia en la vivencia de esta enfermedad.

Por otra parte, también se exploró la relación entre Alexitimia e intensidad del dolor percibido. A la luz de los resultados, podemos decir que nuestra hipótesis se ha visto parcialmente confirmada, pues el grupo dolor severo obtiene puntuaciones más elevadas en esta variable. Se puede concluir que existen diferencias significativas entre el grupo dolor severo y el grupo dolor leve, pero no entre el grupo dolor severo y dolor moderado.

Hipótesis 4: Si el rasgo Sentido de Coherencia influye de alguna manera en la salud percibida, significaría que las personas con mayores niveles de dolor, en general, y específicamente las del grupo de fibromialgia, presentarán un menor Sentido de Coherencia.

Desde el surgimiento del concepto Sentido de Coherencia, Antonovsky (1979) especulaba sobre su relación con la salud, moderando las consecuencias adversas de este constructo para la salud. El Sentido de Coherencia está relacionado tanto con la salud física como con la salud mental. Flensburg-Madsen (Flensburg-Madsen et al, 2005), concluye que una persona con un Sentido de Coherencia fuerte, será aquella cuya conducta vaya encaminada a mantener o mejorar su salud, lo que también afecta a su sistema endocrino e inmunológico, movilizandó así los recursos adecuados para un estado saludable.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio van en esta dirección, pues indican que las personas del grupo fibromialgia tienen, de media, puntuaciones inferiores a las de los dos grupos control en esta variable. Esto supone que nuestra hipótesis de partida se ha visto confirmada. Al igual que investigaciones anteriores (Besteiro et al., 2008), se puede concluir que las personas con fibromialgia presentan un Sentido de Coherencia significativamente inferior al de las personas de los grupos con artritis reumatoide y del grupo de personas sanas. Esto implica que muestran una disposición personal a hacer una valoración de las experiencias vitales como poco comprensibles, escasamente manejables y con menos significado. Como se ha visto en otros apartados, esto puede repercutir en la salud general de estas personas, debido a las herramientas personales que van a poner en marcha, o no, para hacer frente a las dificultades de la enfermedad y de la vida, en general.

Por otra parte, al analizar los grupos en función de la intensidad del dolor percibido, encontramos diferencias significativas entre el grupo dolor leve y dolor severo/grave. Siendo el primero de ellos el que puntuaba más alto en la variable medida.

Hipótesis 5: Estudios previos indican que las actividades de la vida diaria, así como las relaciones sociales y familiares de las personas se ven afectadas por el nivel de dolor, por lo que se espera que las personas con mayores niveles de dolor y, más en concreto, las personas con fibromialgia, presenten una pobre calidad de vida percibida, en comparación con los otros grupos.

Actualmente, la calidad de vida, relacionada con la salud de una persona, se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental (Velarde, y Avila, 2002). La investigación sobre este concepto parece demostrar que las personas con fibromialgia perciben su enfermedad con un nivel elevado de discapacidad y una Calidad de Vida inferior a la de pacientes con otras enfermedades crónicas y que cursan con dolor, como la artritis reumatoide (Birtane et al., 2007). Siendo estudiado con instrumentos como el Cuestionario de Salud SF-36 (SF36) (Birtane et al., 2007) utilizado en este estudio.

Los datos aquí encontrados indican que parte de nuestra hipótesis de trabajo se ha visto confirmada, pues existen diferencias significativas en esta variable entre el grupo sano con respecto al grupo de artritis reumatoide y el grupo de fibromialgia. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre el grupo de fibromialgia y el grupo de artritis reumatoide. Con lo que se obtienen resultados similares a los de otros estudios llevados a cabo con muestras semejantes y con idéntico instrumento de medida (Martín et al., 2010).

Hoffman y Dukes(2008) encuentran que, de distintas enfermedades causantes de dolor crónico en el que se valora el efecto de la enfermedad sobre la Calidad de Vida percibida relacionada con la salud, los pacientes con fibromialgia o con artritis reumatoide son los que presentan peores resultados observan. En España, (Carmona, Ballina, Gabriel, y Laffon, 2001) se observa que, en diferentes enfermedades estudiadas (artritis reumatoide, lumbalgia, artrosis de rodilla y fibromialgia), existe en general un mayor efecto sobre el componente físico que sobre el componente mental de la Calidad de Vida (especialmente en la artritis reumatoide), y que el impacto sobre el componente mental es más importante en los pacientes con Fibromialgia.

Nuestros resultados también indican que existen diferencias significativas entre el grupo dolor severo y el grupo dolor leve. Es el grupo dolor severo el que presenta una peor calidad de vida percibida.

Hipótesis 6: Si las características de personalidad pueden influir en la forma en la que se interpreta la información, se esperan encontrar las mayores puntuaciones en la percepción de dolor, entre las personas del grupo fibromialgia.

Algunas líneas de investigación apuntan a que, la personalidad puede determinar o mediar de alguna manera en el grado de incapacidad, cronificación y sufrimiento por el dolor (Dersh, Polatin, y Gatchel, 2002). En este sentido, se considera que la personalidad determina las estrategias o las habilidades que desarrollará un individuo en situaciones estresantes, siendo éstas a su vez las que permitirán al sujeto un alto o bajo nivel de adaptación a la enfermedad. A este respecto, por ejemplo, se ha encontrado que los pacientes con dolor crónico y con altas puntuaciones de neuroticismo padecen mayor dolor porque son los que más pensamientos catastróficos presentan (Ramírez, López y Esteve, 2001; Ramírez, 2002). A la vista de nuestros resultados, podemos concluir que nuestra hipótesis se ha visto en parte confirmada. Se han encontrado diferencias entre los tres grupos diagnósticos utilizados. Siendo el grupo de fibromialgia el que obtuvo las puntuaciones más altas. No obstante, estas diferencias tan solo fueron significativas entre el grupo de fibromialgia y el grupo control sano.

6.2. Conclusiones generales:

Las principales conclusiones que se pueden alcanzar, a partir de los datos obtenidos, son las siguientes:

1. Las puntuaciones obtenidas en los rasgos de personalidad son diferentes en todos los grupos analizados. Según su diagnóstico: las diferencias entre las personas con fibromialgia y los dos grupos control resultan estadísticamente significativas en las dimensiones de Neuroticismo, Extraversión y Amabilidad. Se encontraron las mayores puntuaciones en Neuroticismo y Amabilidad en las personas del grupo con fibromialgia y las menores puntuaciones en Apertura a la experiencia, también en este grupo. Según la intensidad del dolor percibida: las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de personalidad son diferentes para los tres grupos analizados. Las mayores diferencias se dan entre dolor leve y dolor severo. Este último es el que más puntúa en la dimensión Neuroticismo y el que menos en Extraversión, Apertura y Responsabilidad.
2. No se encuentran diferencias significativas en la variable Anhedonia, entre ninguno de los grupos analizados, ni si se sigue el criterio del diagnóstico, ni si el criterio es la intensidad del dolor percibido.
3. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las puntuaciones en Alexitimia, tanto si se tenía en cuenta el diagnóstico de los sujetos, como si lo que se tenía en cuenta era solo la intensidad del dolor percibido. Según el diagnóstico de los sujetos, se ha visto que las personas con fibromialgia puntúan más alto en esta variable, y según el dolor percibido, es el grupo de dolor severo el que más dificultades presenta para expresar ideas o sentimientos.
4. En cuanto a la variable Sentido de Coherencia, se encontraron diferencias significativas entre los grupos, tanto si se tenía en cuenta el diagnóstico de los sujetos,

como si lo que se tenía en cuenta era solo la intensidad del dolor percibido. Las personas del grupo fibromialgia presentaron menores puntuaciones, respecto a las que tenían diagnóstico de artritis reumatoide y las personas sanas. Lo mismo ocurrió con las personas del grupo dolor severo, respecto a las de dolor moderado y leve.

5. En lo que concierne a la Calidad de Vida, también en esta variable influye el diagnóstico y la intensidad del dolor percibido. Las personas sanas fueron las que mejores puntuaciones tuvieron en esta variable, sin embargo no se vieron diferencias entre los otros dos grupos según el diagnóstico. Cuando el criterio a tener en cuenta fue la intensidad del dolor percibido, se constató que las personas con dolor severo eran las que tenían peor calidad de vida.
6. Por último, siguiendo el criterio del diagnóstico, se comprobó que las personas con fibromialgia fueron las que mayores puntuaciones asignaron al dolor percibido.

6.3. Limitaciones de la investigación

Esta investigación no está libre de limitaciones, referentes a distintos aspectos de la misma.

Una de las limitaciones más importantes tiene que ver con el tamaño de la muestra. Este aspecto se refiere, tanto al n total de la muestra, como al n los tres grupos utilizados, debiendo ser homogéneos. Debido a que la investigación se llevó a cabo en distintos periodos de tiempo, y la duración total del estudio fue de varios años, la pérdida de casos en este proceso fue considerable, a pesar de los esfuerzos realizados. Para poder realizar una generalización más adecuada de los resultados obtenidos, sería deseable contar con un tamaño muestral superior al utilizado.

Otra limitación tiene que ver con los grupos control. Se seleccionaron como grupos de comparación, personas sanas y personas con artritis reumatoide. La artritis reumatoide presenta algunas características semejantes a la fibromialgia, como dolor crónico, pero sin embargo no es totalmente equivalente, ni en su inicio, ni en su curso, degenerativo en el caso de la artritis.

En cuanto a las limitaciones que tienen que ver con el método. Nos parece que la batería de pruebas fue demasiado extensa, lo que hizo que apareciese fatiga entre los participantes durante el proceso de evaluación. Hubiese sido deseable utilizar versiones más breves de algunos de los cuestionarios, o bien ser menos ambiciosos en el número de objetivos seleccionados.

Otra limitación del estudio se refiere al análisis de los cuestionarios. Se analizaron las puntuaciones globales de los cuestionarios, con la consiguiente pérdida de información que ello supone.

6.4. Líneas futuras de investigación.

La fibromialgia plantea diferentes incógnitas que están aún por resolver. Este grupo se plantea realizar análisis más exhaustivos y detallados de la información aportada por las escalas y cuestionarios utilizados en el presente estudio.

También nos parece oportuno el estudio de la influencia de la interpretación de información no verbal con carácter emocional, así como del estado de ánimo de las personas en general, interesándonos más aquellas personas con fibromialgia.

Sería pertinente buscar otras formas de evaluación, más dinámicas, breves y atractivas para los participantes en este tipo de estudios, siendo útil aprovechar las oportunidades que nos dan las tecnologías multimedia.

Conscientes de la dificultad que suponen, nos parece imprescindible realizar estudios longitudinales que permitan conocer el origen o circunstancias en las que aparece la fibromialgia.

Referencias bibliográficas:

- Aaron, L.A., Bradley, L.A., Alarcón, G.S., Alexander, R.W., Triana-Alexander, M., Martin, M.Y., y Alberts, K.R. (1996). Psychiatric diagnosis in patients with Fibromyalgia is related to health care-seeking behavior rather than to illness. *Arthritis and Rheumatism*, 39(3), 436-445.
- Ablin, J., Fitzcharles, M., Buskila, D., Shir, J., Sommer, C., y Häuser, W. (2013). Treatment of Fibromyalgia Syndrome: Recommendations of Recent Evidence-Based Interdisciplinary Guidelines with Special Emphasis on Complementary and Alternative Therapies. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 1-7. doi: 10.1155/2013/485272
- Ackerman, M. D. y Stevens, M. J. (1989). Acute and chronic pain: pain dimensions and psychological status. *Journal of Clinical Psychology*, 45(2), 223-228.
- Agrawal, A., Nelson, E., Littlefield, A., Bucholz, K., Degenhardt, L., Henders, A., y Lynskey, M. (2012). Cannabinoid receptor genotype moderation of the effects of childhood physical abuse on anhedonia and depression. *Archives of General Psychiatry*, 69(7), 732–740.
- AlAllaf, A.W., Ottewell, L., y Pullar, T. (2002). The prevalence and significance of positive antinuclear antibodies in patients with fibromyalgia syndrome: 24 years' followup. *Clinical Rheumatology*, 21(6), 472-477.
- Albertsen, E., Olafsson, S., Lund, A., y Ursin, H. (2002). Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. *BioMed Central Musculoskeletal Disorders*, 3, 12. doi:10.1186/1471-2474-3-12

- Albrecht, P., Hou, Q., Argoff, C., Storey, J., Wymer, J., y Rice, F. (2013). Excessive Peptidergic Sensory Innervation of Cutaneous Arteriole-Venule Shunts (AVS) in the Palmar Glabrous Skin of Fibromyalgia Patients: Implications for Widespread Deep Tissue Pain and Fatigue. *Pain Medicine*, 14(6), 895-915.
- Alda, M., García, J., Pascual, A., y Olmedo, M. (2003). Aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Monografías de Psiquiatría*, 15, 32-40.
- Allport, G. (1961). *Pattern and grown in Personality*. New York, Unite Estates of America: Holl, Rinehart and Winston.
- Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Alonso-Fernández, F. (2011). La Alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud Mental*, 34(6), 481-490.
- Aluja, A., Garcia, O., y Garcia, L. F. (2002). A comparative study of Zuckerman's three structural models for personality trough the NEOPI-R, ZKPQ-III-R, EPQ-RS and Goldberg's 50-bipolar adjectives. *Personality and Individual Differences*, 32, 713-725.
- Aluja, A., Garcia, O., y Garcia, L. F. (2004). Replicability of the three, four and five Zuckerman's personality super-factors: exploratory and confirmatory factor analysis of the EPQ-RS, ZKPQ and NEO-PI-R. *Personality and Individual Differences*, 36, 1093-1108.

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. revised)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
Recuperado de www.nlm.nih.gov/research/umls
- Amir, M., Neuman, L., Bor, O., Shir, Y., Rubinow, A., y Buskila, D. (2000). Coping styles, Anger, Social Support, and Suicide Risk of Women with Fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 8, 7–20. doi:10.2174/1874312901206010273
- Anderberg, U. M., Marteinsdottir, I., Theorell, T., y von Knorring L. (2000). The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls. *European Psychiatry*, 15(5), 295–301.
- Andreasen, N., y Olsen, S. (1982). Negative v positive schizophrenia. Definition and validation. *Archives of General Psychiatry*, 39(7), 789-794.
- Anke, A., Damsgard, E., y Roe, C. (2013). Life satisfaction in subjects with long-term musculoskeletal pain in relation to pain intensity, pain distribution and coping. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45(3), 277–285. doi: 10.2340/16501977-1102
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco, Estados Unidos: Jossey-Bass, p. 138
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.
- Antonovsky, A., Bradley, L.A., Alarcón, G.S., Alexander, R.W., Triana-Alexander, M., Martin, M.Y., y Alberts, K.R. (1996). Psychiatric diagnosis in patients with Fibromyalgia are related to health care-seeking behavior rather than to illness. *Arthritis and Rheumatism*, 39(3), 436-445.

- Apfel, R., y Sifneos, P. (1979). Alexithymia. Concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32(1-4), 180-190.
- Armagan, O., Tascioglu, F., Ekim, A., y Oner, C. (2006). Long-term efficacy of low level laser therapy in women with fibromyalgia: a placebo-controlled study. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 19(4), 135-140.
- Arnold, L., Hudson, J., Hess, E., Ware, A., Fritz, D., Auchenbach, M., Starck, L., y Keck, P. (2004). Family Study of Fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 50(3), 944-952.
- Arnold, L., Goldenberg, D., Stanford, S., Lalonde, J., Sandhu, H., Keck, P., ..., y Hudson, J. (2007). Gabapentin in the treatment of fibromyalgia. A randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Arthritis and Rheumatism*, 56(4), 1336-1344.
- Assefi, N., Bogart, A., Goldberg, J., y Buchwald, D. (2008). Reiki for the treatment of Fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(9), 1115-1122. doi: 10.1089/acm.2008.0068
- Astin, J., Berman, B., Bausell, B., Lee, W., Hochberg, M., y Forys, K. (2003). The efficacy of mindfulness meditation plus Qigong movement therapy in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *The Journal of Rheumatology*, 30(10), 2257-2262.
- Atkins, C., Zielinski, A., Klinkhoff, AV., Chalmers, A., Wade, J., Williams, D., Schulzer, M., y Della Cioppa, G. (1992). An electronic method for measuring joint tenderness in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatism*, 35(4), 407-410.
- Atkinson, J.H., Slater, M.A., Patterson, T.L., Grant, I. y Garfin, R. (1991). Prevalence, onset, and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain: a controlled study. *Pain*, 45(2), 111-121.

- Ayuso-Mateos, J., Lasa, L., Vázquez-Barquero, J, Oviedo, A., y Díez-Maurique, J. (1999). Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish versión of the SF-36. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 26-32.
- Bagby, R., Parker, J., y Taylor, G. (1994). The twenty-item Toronto Alexithimia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. doi:10.1016/0022-3999(94)90005-1
- Bagby, R., Parker, J., y Taylor, G. (1994). The twenty-item Toronto Alexithimia Scale-II. Convergent, discriminat, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40.
- Bartels, E., Dreyer, L., Jacobsen, S., Jespersen, A., Bliddal, H., y Danneskiold-Samsøe, B. (2009). Fibromyalgia, diagnosis and prevalence. Are gender differences explainable?. *Ugerskr Laeger*, 171, 3588-3592.
- Belloch, A. (1989). Conducta de salud y conducta de enfermedad. En E. Ibañez y A. Belloch (Eds.), *Psicología y Medicina* (pp. 165-174). Valencia: Promolibro.
- Bendtsen, L., Jensen, R., Jensen, N., y Olesen, J. (1994). Muscle palpation with controlled finger pressure: new equipment for the study of tender myofascial tissues. *Pain*, 59(2), 235-239.
- Bennett, R. , Clark, S. , Campbell, S., Ingram, S. , Burckhardt, C., Nelson, D., y Porter, J. (1991). Symptoms of Raynaud's syndrome in patients with fibromyalgia. A study utilizing the Nielsen test, digital photoplethysmography, and measurements of platelet alpha 2-adrenergic receptors. *Arthritis and Rheumatism*, 34(3), 264-269.

- Bennett, R.M., Clark, S., y Walczyk, J. (1998). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of growth hormone in the treatment of fibromyalgia. *The American Journal of Medicine*. 104(3), 227-231.
- Bennett, R.M., Jones, J., Turk, D.C., Russell, I., y Matallana, L. (2007). An internet survey of 2.596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9, 8-27.
- Bernardy, K., Füber, N., Köllner, V., y Häuser, W. (2010). Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapies in Fibromyalgia Syndrome -A Systematic Review and metaanalysis of Randomized Controlled trials. *The Journal of Rheumatology*, 37(10), 1991-2005. doi:10.3899/jrheum.100104.
- Berrios, G., y Olivares, J. (1995). The anhedonias: A conceptual history. *History of Psychiatry*, 6(24), 453-470.
- Berger, M., Bobbitt, R., Carter, W., y Gilson, B. (1981). The sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19(8), 787-805.
- Bernstein, A., y Riedel, J. (1987). Psychophysiological response patterns in college students with high physical anhedonia: Scores appear to reflect schizotypy rather than depression. *Biological Psychiatry*, 22(7), 829-847.
- Besteiro, J., Alvarez, 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.
- Berthoz, S., Consoli, S.M., Perez-Diaz, F., y Jouvent, R. (1999). Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. *European Psychiatry*, 14(7), 372-378.

- Bijur, P., Silver, W., y Gallagher, E. (2001). Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. *Academic Emergency Medicine*, 8, 1153-1157.
- Birtane, M., Uzunca, K., Taştekin, N., y Tuna, H. (2007). The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis by using SF-36 Health Survey. *Clinical Rheumatology*, 26(5), 679–684. doi: 10.1007/s10067-006-0359-2
- Blanchard, J., Collins, L., Aghevli, M., Leung, W., y Cohen, A. (2011). Social anhedonia and schizotypy in a community sample: The Maryland longitudinal study of schizotypy. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 587–602. doi: 10.1093/schbul/sbp107
- Blumer, D., y Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease. The pain-prone disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170(7), 381-406.
- Boland, E. W. (1947). Psychogenic rheumatism: the musculoskeletal expression of psychoneurosis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 6, 195-203.
- Bonica, J. (1990). Definitions and taxonomy of pain. In: Bonica, J. (Ed.) *The management of pain (2a ed.)*(pp. 18-27). Filadelfia: Lea y Febiger.
- Borkenau, P., y Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEOFFI) nach Costa und McCrae [NEO-Five-Factor Inventory according to Costa and McCrae]*. Goettingen (Germany): Hogrefe.
- Bradley, C., Kroll, J., y Holmes-Rovner, M. (2000). The health and activities limitation index in patients with acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(6), 555-562.
- Bradley, L., y Mckendree-Smith, N. (2001). Assessment of psychological status using interviews and self-report instruments. In D.C. Turk and R. Melzack. *Hand book of pain Assessment* 2nd ed. New York, Unated States of America: Guilford press (pp 292-319).

- Bradburn, N.M. (1969). *The Structure of psychological Well-Being*. Chicago, United States of America: Aldine.
- Branco, J., Bannwarth, B., Failde, I., Abello-Carbonell, J., Blotman, F., Spaeth, M., ..., y Matucci-Cerinic, M. (2010). Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 39, 448-453. doi: 10.1016/j.semarthrit.2008.12.003.
- Brockow, T., Wagner, A., Franke, A., Offenbächer, M., y Resch, K. (2007). A randomized controlled trial on the effectiveness of mild water-filtered near infrared whole-body hyperthermia as an adjunct to a standard multimodal rehabilitation in the treatment of fibromyalgia. *The Clinical Journal of Pain*, 23(1), 67-75.
- Bronfort, G., Haas, M., Evans, R., Leininger, B., y Triano, J. (2010). Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. *Chiropractic and Osteopathy*, 18(1), 3-33. doi: 10.1186/1746-1340-18-3.
- Buckhardt, C.S., Clark, S., y Bennet, R.M. (1991). The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *The Journal of Rheumatology*, 18(5), 728-733.
- Busch, A.J., Barber, K.A., Overend, T.J., Peloso, P., y Schachter, C. (2007). Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 17(4):CD003786.
- Busch, A.J., Webber, S.C., Brachaniec, M., Bidonde, J., Bello-Haas, V.D., Danyliw, A.D., ..., y Schachter, C.(2011). Exercise therapy for fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 15(5), 358–367. doi: 10.1007/s11916-011-0214-2
- Buskila, D, Press, J., Gedalia, A., Klein, M., Neumann, L., Boehm, R., y Sukenik, S. (1993). Assessment of nonarticular tenderness and prevalence of fibromyalgia in children. *The Journal of Rheumatology*, 20(2), 368-370.

Butcher, J.N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., y Kaemmer, B.

(1989). *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2. An administrative and interpretive guide*. Minneapolis, United States of America: University of Minnesota Press.

Calsina, A., Moreno, N., González, J., Solsona, L., y Porta, J. (2011). Prevalencia de dolor como motivo de consulta y su influencia en el sueño: experiencia en un centro de atención primaria. *Atención Primaria*, 43(11), 568-576. doi: 10.1016/j.aprim.2010.09.006

Campbell, S.M., Clark, S., Tindall, E.A., Forehand, M.E., y Bennett, R.M. (1983). Clinical characteristics of fibrositis: A blinded, controlled study of symptoms and tender points. *Arthritis and Rheumatism*, 26(7), 817-824.

Caprara, G., Barbaranelli, C., Borgogni, L., y Perugini, M. (1993). The Big Five Questionnaire: A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 15, 281-288. (Adaptación española de J. Bermúdez, TEA, Madrid, 1995).

Carlsson, A. (1986). Personality characteristics of patients with chronic pain in comparison with normal controls and depressed patients. *Pain*, 25(3), 373-382.

Carmona, L., Ballina, F., Gabriel, R., Laffon, A., y EPISER Study Group. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a nation-wide study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 60(11), 1040-1045.

Carmel, S., Anson, O., Levenson, A., Bonne, D.Y., y Maoz, B. (1991) Life events, sense of coherence and health: Gender differences on the kibbutz. *Social Science and Medicine*, 32(10), 1089-1096.

- Cartens, J., y Spangenberg, J. (1997). Major depression: a breakdown in sense of coherence? *Psychological Reports*, 80, 1121-1220.
- Casals, M., y Samper, D. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico Estudio ITACA. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11, 260-269.
- Castelli, L., Tesio, V., Colonna, F., Molinaro, S., Leombruni, P., Bruzzone, M.,..., y Torta, R. (2012). Alexithymia and psychological distress in fibromyalgia: prevalence and relation with quality of life. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 30(6, Suppl 74), 70-77.
- Català, E., Reig, E., Artes, M., Aliaga, L., López, J., y Segú, J. (2002). Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *European Journal of Pain*, 6 (2), 133-140.
- Cattell, R.B. (1950). *Personality: A systematic theoretical, and factorial study*. Nueva York, Unated States of America: McGraw – Hill.
- Cedro, A., Kokoszka, A., Popiel, A., y Narkiewicz-Jodko, W. (2001). Alexithymia in schizophrenia: an exploratory study. *Psychological Reports*, 89(1), 95-98.
- Cesarec, Z., y Marke, S. (1968). *Mätning av psykogena behov med frågeformulärsteknik (Manual of the Cesarec-Marke Personality Schedule: CMP)*. Stockholm: Skandinavia. Testförlaget.
- Chambers, L., Sackett, D., Goldsmith, C., Macpherson, A., y McAuley, R.(1976). Development and application of an index of social function. *Health Services Research*, 11(4), 430-441.
- Chapman, C.R. (1978). Pain: the perception of noxious events. En: R.A. Sternbach (Ed), *The psychology of pain*. New York, Unated States of America: Raven Press. (pp. 169-202).

- Chapman, L.J., Chapman, J., y Raulin, M.L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 374–382.
- Chevallier, C., Grezes, J., Molesworth, C., Berthoz, S., y Happe, F. (2012). Brief report: Selective social anhedonia in high functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(7), 1504–1509. doi: 10.1007/s10803-011-1364-0.
- Chumbler, N. Kroenke, K., Outcalt, S., Bair, M., Krebs, E., Wu, y J. Yu, Z. (2013). Association between sense of coherence and health-related quality of life among primary care patients with chronic musculoskeletal pain. *Health Qual Life Outcomes*, 11, 216-124. doi: 10.1186/1477-7525-11-216
- Clauw, D.J., y Chorusos, G.P. (1997). Chronic pain and fatigue syndromes: overlapping clinical and neuroendocrine features and potential pathogenic mechanisms. *Neuroimmunomodulation*, 4, 134-153.
- Cleeland, C., y Ryan, K. (1994). Pain Assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 23(2), 129-138.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cohen, H., Neumann, L., Haiman, Y., Matar, M.A., Press, J., y Buskila, D. (2002). Prevalence of posttraumatic stress disorder in fibromyalgia patients: overlapping syndromes or posttraumatic fibromyalgia syndrome? *Seminars in Arthritis Rheumatism* 32(1), 38-50.
- Collado, A., Alijotas, J., Benito, P., Alegre, A., Romera, M., Sañudo, I., Martín, R., Peri, JM., y Cots, JM. (2002). Documento de consenso sobre el diagnóstico de la fibromialgia en Cataluña. *Medicina Clínica*, 118, 745-749.

- Collado, A., Cuevas, M., Estrada, M., Florez, M., Giner, V., Martín, J., Pastor, M., Rodriguez, B., y Sanz, R. (2011). *Fibromialgia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <http://publicacionesoficiales.boe.es>
- Collins, L. M., Blanchard, J. J., y Biondo, K. M. (2005). Behavioral signs of schizoidia and schizotypy in social anhedonics. *Schizophrenia Research*, 78, 309-322.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory*. Odessa, United States of America: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P., y McCrae, R. (1990). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO five-factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odesa, United States Of America: Psychological Assessment Resources (adaptación de Cordero, Pamos y Seisdedos), Madrid: TEA.
- Costa, P., y McCrae, R. (1994). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality. Washington D.C.: American Psychological Association. En T.F. Heatherton y J.L. Weinberger (eds.), *Can personality change?* (pp. 21-40).
- Costa Jr, P. (1987). Influence of the normal personality dimension of neuroticism on chest pain symptoms and coronary artery disease. *The American Journal of Cardiology*, 60(18), 20–26.
- Covarrubias, A., Guevara, U., Betancourt, J., Delgado, M., Cardona, A., y Hernández, J. (2005). Evaluación del sueño en el dolor crónico no maligno. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 28(3), 130-138.
- Cuatrecasas, G., González, M.J., Alegre, C., Sesnilo, G., Fernández-Solà, J., Casanueva, F.F., ... y Puig, M. (2010). High Prevalence of Growth Hormone Deficiency in Severe Fibromyalgia Syndromes. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 95(9), 4331-4337. doi: 10.1210/jc.2010-0061

- Davis, G., Buchsbaum, M., y Bunney, W. (1979). Analgesia to painful stimuli in affective-illness. *The American Journal of Psychiatry*, 136(9), 1148–1151.
- De Cock, E., Emons, W., Nefs, G., Pop, V., y Pouwer, F. (2011). Dimensionality and scale properties of the Edinburgh Depression Scale (EDS) in patients with type 2 diabetes mellitus: The DiaDDzoB study. *BioMed Central Public Health Psychiatry*, 11, 141. doi: 10.1186/1471-244X-11-141.
- Dersh, J., Polatin, P., y Gatchel R. (2002). Chronic pain and Psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 773-786.
- De Silva, V., El-Metwally, A., Ernst, E., Lewith, G., y Macfarlane, G. (2010). On behalf of the Arthritis Research Campaign working group on complementary and alternative medicines. Evidence for the efficacy of complementary and alternative medicines in the management of fibromyalgia: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)*, 49, 1063-1068. doi: 10.1093/rheumatology/keq025
- Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Disponible en: <http://www.rae.buscon.es>.
- Dickenson, A. (1995). Spinal cord pharmacology of pain. *British Journal of Anaesthesia* 75(2), 193-200.
- Dinovo, S., y Vasey, M. (2011). Reactive and self-regulatory dimensions of temperament: Interactive relations with symptoms of general distress and anhedonia. *Journal of Research in Personality*, 45(5), 430–440.
- Drewes, A., Andreasen, A., y Schroder, H. (1993). Pathology of skeletal muscle in fibromyalgia: a histo-immunochemical and ultrastructural study. *British Journal of Rheumatology*, 32, 479-83.

- Dupuy, H.J. (1984). *The Psychological General Well-Being Index (PGWB)*. In Wenger, NK; Mattson, M.E., Furberg, C.D; Ellison, J (eds). New York,: Le Jacq Publ. p. 170-183.
- Eccleston, C., y Crombez, G. (1999) Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin*, 125, 356-366.
- Eckblad, M., Chapman, L.J, Chapman, J., y Mishlove, M. (2000). *The Revised Social Anhedonia Scale*. Madison, Wis, USA: University of Wisconsin-Madison; 1982.
- Eide, P. (2000). Windup and the NMDA receptor complex from a clinical perspective. *European Journal of Pain*, 4, 5-15.
- Elert, J., Dahlqvist, S., Almay, B., y Eisemann, M. (1993). Muscle endurance, muscle tension and personality traits in patients with muscle or joint pain-a pilot study. *The Journal of Rheumatology*, 20(9), 1550-1556.
- Ellertsen, B. (1992). Personality factors in recurring and chronic pain. *Cephalalgia*, 12(3), 129-132.
- Engel, G.L. (1959). Psychogenic pain and the pain-prone patient. *American Journal of Medicine*, 26(6), 899-918.
- Euroqol Group. (1990). Euroqol: A new facility for the measurement of healthrelated quality of life. *Health Policy*, 16,199–208.
- Eysenck, H., y Eysenck, S. (1969). *Personality structure and measurement*. Londres: England. Routledge y Kegal Paul

- Eysenck, H., y Eysenck, S. (1975). *Manual for the Eysenck Personality Questionnaire*. San Diego CA, Unated States of America: Educational and Industrial Testing Service.
- Fernández, J., Fernández, M., y Alarcos, C. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84, 169-184.
- Ferrer, V.A. (1992). *Dolor crónico: análisis de factores psicosociales y de personalidad que pueden influir en su percepción*. (Tesis Doctoral). Universidad de Islas Baleares, Palma de Mallorca.
- Fishbain, D., Cutler, R., Rosomoff, H., y Rosomoff, R. (1997). Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *The Clinical Journal of Pain*, 13(2), 116–137.
- Fisher, D., Stewart, A., Blich, D., Loring, K., Laurent, D., y Holman, H. (1999). Capturing the patient's view of change as a clinical outcome measure. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1157-1162.
- Fitzcharles, M.A., Costa, D., y Poyhia, R. (2003). A study of standard care in fibromyalgia syndrome: a favourable outcome. *The Journal of Rheumatology*, 30(1), 154-159.
- Flannery, R., Perry, J., Penk, W.E., y Flannery, G.J. (1994). Validating Antonovsky Sense of Coherence Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 575-577.
- Flensburg-Madsen, T., Ventegodt, S., y Merrick, J. (2005). Sense of Coherence and Physical Health. A Review of Previous Findings. *The Scientific World Journal*, 5, 665–673.

- Fnes, J.F., Spitz, P.W., y Young, D.Y. (1982). The dimensions of health outcomes. The Health Assessment Questionnaire. Disability and pain scales. *The Journal of Rheumatology*, 9, 789-793.
- Forseth, K., Gran, J., y Husby, G. (1997). A population study of the incidence of fibromyalgia among women aged 2655 yr. *British Journal of Rheumatology*, 36, 131-823.
- Forseth, K., y Gran, J. (2002) Management of fibromyalgia. What are the best treatment choices? *Drugs*, 62, 757-792.
- Froriep, R. (1943). Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie des Rheumatismus. Weimar.
- Fukuda, K., Straus, S., Hickie, I., Sharpe, M., Dobbins, J., y Komaroff, A. (1994). The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Annals of Internal Medicine*, 121(12), 953-959.
- Fundación Grünental, Sociedad Española de Reumatología. *Estudio EPIDOR: estudio epidemiológico del dolor en España, 2003*. Madrid: Edipharma.
- Gallagher, T., Wagenfeld, M., Baro, F., y Haepers, K. (1994). Sense of coherence, coping and caregiver role overload. *Social Science and Medicine*, 39(12), 1615–1622.
- Garofalo, J.P. (2000). Perceived optimism and chronic pain. En Gatchel, R.J., y Weisberg, J.N. (Eds.), *Personality Characteristics of Patients with Pain*. Washington: APA.
- Gatchel, R., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P., y Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624.
- Geenen, R., van Ooijen-van der Linden, L., Lumley, M., Bijlsma, J., van Middendorp, H. (2012). The match-mismatch model of emotion processing styles and emotion

- regulation strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(1), 45-50. doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.09.004.
- Germine, L., Garrido, L., Bruce, L., y Hooker, C. (2011). Social anhedonia is associated with neural abnormalities during face emotion processing. *Neuroimage*, 58(3), 935–945.
- Glombiewski, J.A., Sawyer, A.T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., y Hofmann, S. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain*, 151(2), 280-295.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the general health questionnaire*. Windsor England:NFER- Nelson.
- Gooding, D. C., y Tallent, K. A. (2003). Spatial, object, and affective working memory in social anhedonia: An exploratory study. *Schizophrenia Research*, 63, 247-260.
- Gooding, D. C., Tallent, K. A., y Matts, C. W. (2005). Clinical status of at-risk individuals 5 years later: Further validation of the psychometric high-risk strategy. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 170-175.
- Gowers, W. (1904). Lumbago: Its lessons and analogues. *British Medical Journal*, 16(1), 117-121.
- Grabe, H., Spitzer, C., y Freyberger, H. (2004) Alexithymia and Personality in Relation to Dimensions of Psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 16, 1299–1301.
- Granges, G., Ziko, P., y Littlejohn, G. (1994). Fibromyalgia syndrome: assessment of the severity of the condition 2 years after diagnosis. *The Journal of Rheumatology*, 21, 523-529.
- Gur, A. (2006). Physical therapy modalities in management of fibromyalgia. *Current Pharmaceutical Design*, 12(1), 29-35.

- Gür, A., Karakoç, M., Nas, K., Cevik, R., Sarac, J., y Ataoglu, S. (2002). Effects of low power laser and low dose amitriptyline therapy on clinical symptoms and quality of life in fibromyalgia: a single-blind, placebo-controlled trial. *Rheumatology International*, 22(5), 188-193.
- Gür, A., Karakoç, M., Nas, K., Cevik, R., Sarac, J., y Demir, E.(2002). Efficacy of low power laser therapy in fibromyalgia: a single-blind, placebo-controlled trial. *Lasers in Medical Science*, 17(1), 57-61.
- Hadjistavropoulos, T., y Craig, K. (2002). A theoretical framework for understanding self-report and observational measures of pain: a communications model. *Behavior Research and Therapy*, 40, 551-570.
- Hathaway, S., y McKinley, J. (1942). *The Minnesota Multiphasic Personality Schedule* (Vol. revised 1943). Minneapolis, Unated States of America: University of Minnesota Press.
- Häuser, W., Bernardy, K, Uçeyler, N., y Sommer, C. (2009). Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *JAMA*, 14, 301(2), 198-209.
- Häuser, W., Bernardy, K, Uçeyler, N., y Sommer, C. (2009). Treatment of fibromyalgia syndrome with gabapentin and pregabalin - A meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain*, 145(1-2), 69-81.
- Häuser, W., Klose, P., Langhorst, J., Moradi, B., Steinbach, M., Schiltenswolf, M., y Busch, A. (2010). Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Arthritis Research and Therapy*, 12(3), R79.
- Hazlett-Stevens, H., Craske, M., Mayer, E., Chang, L., y Naliboff, B. (2003). Prevalence of irritable bowel syndrome among university students: the roles of worry,

neuroticism, anxiety sensitivity and visceral anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(6), 501–505.

Hench, P. K. (1976). Nonarticular rheumatism, twenty-second rheumatism review: review of American and English literature for the year 1973 and 1974. *Arthritis and Rheumatism*, 19, 1081-1089.

Herken, H., Gursoy, S., Yetkin, O., Virit, O., y Esgi, K. (2001). Personality characteristics and depression levels in female patients with fibromyalgia syndrome. *International Medical Journal*, 8, 41- 44.

Ho, N., y Sommers, M. (2013). Anhedonia: A Concept Analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(3), 121–129. doi:10.1016/j.apnu.2013.02.001

Hoekstra, H. A., Ormel, J., y De Fruyt, F. (1996). *NEO persoonlijkheidsvragenlijsten NEO-PI-R en NEO-FFI*. Handleiding. Lisse: Swets and Zeitlinger.

Hoffman, D., y Dukes, E. (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.

Holman, A., y Myers, R. (2005). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pramipexole, a dopamine agonist, in patients with fibromyalgia receiving concomitant medications. *Arthritis and Rheumatism*, 52(8), 2495-2505.

Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., y Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*. 48, 99–104. doi:10.1016/S0022-3999 (99)00083-5

Honkalampi, K., Hintikka, J., Laukkanen, E., Lehtonen, J., y Viinamäki, H. (2001). Alexithymia and Depression: A Prospective Study of Patients With Major Depressive Disorder. *Psychosomatics*, 42, 229-234.

- Hosoi, M., Molton, I., Jensen, M., Ehde, D., Amtmann, S., O'Brien, S., Arimura, T., y Kubo, C. (2010). Relationships among alexithymia and pain intensity, pain interference, and vitality in persons with neuromuscular disease: Considering the effect of negative affectivity. *Pain, 149*(2), 273-277.
- Huber, A., Suman, A., Biasi, G., y Carli, G. (2009). Alexithymia in fibromyalgia syndrome: Associations with ongoing pain. *Journal of Psychosomatic Research, 66*(5), 425-433.
- Hudson, J.I., Mangweth, B., Pope, H.G., De Col, C., Hausmann, A., Gutweniger, S., Laird N., Biebl W., y Tsuang, M. (2003). Family study of affective spectrum disorder. *Archives in General Psychiatry, 60*, 170-177.
- Huizinga, T., y Pincus, T. (2010). In the clinic. Rheumatoid arthritis. *Annals of Internal Medicine, 153*(1), 1-15. doi: 10.7326/0003-4819-153-1-201007060-01001
- Hunt, S.M., Mckenna, S.P., McEwen, J., Backett, E.M., Willians, J., y Papp, E. (1980). A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health, 34*, 281-286.
- Huskisson, E. (1974). Measurement of pain. *Lancet, 9*(2), 1127-1131. doi: 10.1016/S0140-6736(74)90884-8
- Huskisson, E.C. (1983), Visual analogue scales. In: R. Melrack (Ed.), *Pain Measurement and Assessment*, New York: Unated States of America, Raven Press. pp 33-37.
- Imbierowicz, K., y Egle, U. (2003). Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *European Journal of Pain, 7*, 11-39.
- International Association for the Study of Pain "Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage" (pp 209-214). *Classification of Chronic Pain,*

Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, En H. Merskey and N. Bogduk.
Seattle, Unated States of America: IASP Press.

Jennum, P., Drewes, A., Andreasen, A., y Nielsen, K. (1993). Sleep and other symptoms in primary fibromyalgia and in healthy controls. *The Journal of Rheumatology*, 20(10), 1756-1759.

Jensen, M., y Karoly, P. (2001). Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. En D.C. Turk y R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment*. 2nd ed. (pp 15-34). New York: Guilford Press.

Jensen, M., Chen, C., y Brugger, A. (2002). Postsurgical pain outcome assessment. *Pain*, 99, 101-109.

Jette, A. (1980). Functional Status Index: reliability of a Chronic disease evaluation instrument. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 61(9), 395-401.

Jódar, I., Valdés, M., Sureda, B., y Ojuel, J. (2000). Alexitimia: Hipótesis etiológicas e instrumentos de medida. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 27 (3), 136-146.

Jones, K., Burckhardt, C., y Bennett, J. (2004). Motivational interviewing may encourage exercise in persons with fibromyalgia by enhancing self efficacy. *Arthritis and Rheumatism*, 15, 51(5), 864-867.

Jones, K., Adams, D, Winters-Stone, K., y Burckhardt, C. (2006). A comprehensive review of 46 exercise treatment studies in fibromyalgia (1988–2005). *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(67), 1477-1503.

Kalichman, L. (2010). Massage therapy for fibromyalgia symptoms. *Rheumatology International*, 30(9), 1151-1557.

- Kamping, S., Bomba, I., Kanske, P., Dösch, E., y Flor, H. (2013). Deficient modulation of pain by a positive emotional context in fibromyalgia patients. *Pain*, *154*, 1846-1855.
- Karnofsky, D., y Burchenal, J. (1949). The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: McLeod CM (Ed). *Evaluation of chemotherapeutic agents*. Columbia: Univ Press. pp 196.
- Kato, K., Sullivan. P., Evengard, B., y Pedersen, N. (2006). Importance of genetic influences on chronic widespread pain. *Arthritis and Rheumatism*, *54*(5), 1682-1686.
- Kelley, G.A., Kelley, K., y Jones, D.L. (2011). Efficacy and effectiveness of exercise on tender points in adults with fibromyalgia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis*, *1*(1), 485-495.
- Kerns, R., Turk, D., y Rudy, T. (1985). The West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, *23*, 345-356.
- Kerns, R., Haythornthwaite, J., Rosenberg, R., Southwick, S., Giller, E., y Jacob, M. (1991). The Pain Behavior Checklist (PBCL) - Factor structure and psychometric properties. *Journal of Behavioral Medicine*, *14*, 155-169.
- Kirkpatrick, B., Strauss, G., Nguyen, L., Fischer, B., Daniel, D., Cienfuegos, A., y Marder, S. (2011). The brief negative symptom scale: Psychometric properties. *Schizophrenia Bulletin*, *37*(2), 300-305.
- Kranzler, J.D., Gendreau, J.F., y Rao, S.G. (2002). The psychopharmacology of fibromyalgia: a drug development perspective. *Psychopharmacology Bulletin*, *36*, 165-213.
- Kremer, E., Atkinson, J., y Ignelzi, R. (1981). Measurement of pain: patient preference does not confound pain measurement. *Pain*, *10*, 241-248.

- Kristensen, A., Mortensen, E., y Mors, O. (2009). The association between bodily anxiety symptom dimensions and the scales of the revised NEO personality inventory and the temperament and character inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 50(1), 38–47.
doi: 10.1016/j.comppsy.2008.06.005
- Kroenke, K. (2007). Somatoform disorders and recent diagnostic controversies. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 593–619.
- Langhorst, J., Klose, P., Musial, F., Irnich, D., y Häuser, W. (2010). Efficacy of acupuncture in fibromyalgia syndrome - a systematic review with a meta-analysis of controlled clinical trials. *Rheumatology (Oxford)*, 49(4), 778-788.
- Langius, A., y Björvell, H. (1993). Coping ability and functional status in a Swedish population sample. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7, 3-10.
- Leavitt, F., Katz, R.S., Golden, H.E., Glickman, P., y Layfer, L. (1986). Comparison of pain properties in fibromyalgia patients and rheumatoid arthritis patients. *Arthritis and Rheumatism*, 29(6), 775-781.
- Lera, S., Gelman, S.M., López, M.J., Abenoza, M., Zorrilla, J., Castro-Fornieles, J., y Salamero, M. (2009). Multidisciplinary treatment of fibromyalgia: does cognitive behavior therapy increase the response to treatment? *Journal of Psychosomatic Research*, 67(5), 433-441.
- Lewis, T., y Kellgren, J.H., (1939). Observations relating to referred pain, visceromotor reflexes and other associated phenomena. *Clinical Science (London)*, 4, 47-71.
- Lindberg, L., y Iwarsson, S. (2002). Subjective quality of life, health, I -ADL ability and adaptation strategies in fibromyalgia. *Clinical Rehabilitation*, 16 (6), 675-683.
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358–1368.

- López, M., Sanchez de Enciso, M., Rodríguez, M., y Vazquez, E. (2007). Cavidol: calidad de vida y dolor en atención primaria. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 1, 9-19.
- Lovell, D.J. (1992). The Health Assessment Questionnaire: HAQ. *The Journal of Rheumatology*, 30, 819-824.
- Luminet, O., Bagby, R., Wagner, H., Taylor, G.J., y Parker, J.D (1999). Relation between alexithymia and the Five factor model of personality: a Facet level-Analysis. *Journal of Personality Assessment*, 73(3), 345-358.
- Luminet, O., Bagby, R., y Taylor, G. (2001). An Evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(5), 254-260.
- Lumley, M.A., Radcliffe, A., Macklem, D., Mosley-Williams, A., Leisen, J., Huffman, J., ..., y Rapport, J. (2005) Alexithymia and pain in three chronic pain samples: comparing Caucasians and African Americans. *Pain Medicine*, 6(3), 251–261. doi: 10.1111/j.1526-4637.2005.05036.
- Lumley, M. A., Beyer, J., y Radcliffe, A. (2008). Alexithymia and physical health problems: A critique of potential pathways and a research agenda. En A.J.J.M. Vingerhoets, I. Nyklíček y J. Denollet (Eds.). *Emotion Regulation Conceptual and Clinical Issues* (pp 43-68). USA, New York: Springer.
- Malin, K., y Littlejohn, G. (2012). Personality and fibromyalgia syndrome. *The Journal of Rheumatology*, 6, 273-285.
- Manchikanti, L., Fellows, B., y Singh, V. (2002) Understanding psychological aspects of chronic pain in interventional pain management. *Pain Physician*, 5(1), 57–82.
- Mannion, R.J., y Woolf, C.J. (2000). Pain mechanisms and management: a central perspective. *The Clinical Journal of Pain*, 16 (3 Suppl), 144-156.

- Marbach, J., y Lund, P. (1981). Depression, anhedonia and anxiety in temporomandibular joint and other facial pain syndromes. *Pain*, *11*(1), 73-84. doi:10.1016/0304-3959(81)90140-8
- Markkula, R., Järvinen, P., Leino-Arjas, P., Koskenvuo, M., Kalso, E., y Kaprio, J. (2009). Clustering of symptoms associated with fibromyalgia in a Finnish Twin Cohort. *European Journal of Pain*, *13*(7), 744-750. doi: 10.1016
- Martín, AM., de Sousa, J., y Calvo JI. (2010). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con fibromialgia. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, *23*(3), 199-205.
- Martin, E., Becker, T., Cicero, D., Docherty, A., y Kerns, J. (2011). Differential associations between schizotypy facets and emotion traits. *Psychiatry Research*, *187*(1–2), 94–99.
- Martínez, J.E., Barauna, Filho, I.S., Kubokawa, K., Pedreira, I.S., Machado L., y Cevasco, G. (2001). Evaluation of the quality of life in Brazilian women with fibromyalgia, through the medical outcome survey 36 item short-form study. *Disability and Rehabilitation*, *20*, *23*(2), 64-68.
- Mayhew, E., y Ernst, E. (2007). Acupuncture for fibromyalgia -a systematic review of randomized clinical trials. *Rheumatology (Oxford)*, *46*(5), 801-804.
- McCain, G.A., Bell, D.A., Mai, F.M., y Halliday, P.D. (1988). A controlled study of the effects of a supervised cardiovascular fitness training program on the manifestations of primary fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, *31*, 1135-41.
- McCaffery, M., y Beebe, A. (1989). *Pain: clinical manual for nursing practice*. C.V., St Louis, Unated States of America: Mosby.
- McCaffery, M. (1999). Pain management: problems and progress. In: McCaffery M, Pasero CL. *Pain: clinical manual*. 2nd ed. St. Louis: Mosby. pp:1–14.

McCarberg, B., Barkin, R., Wright, J., Cronan, T., Groessl, E., y Schmidt, S. (2003).

Tender points as predictors of distress and the pharmacologic management of fibromyalgia syndrome. *American Journal of Therapy*, 10(3),176–192.

McCrae, R., Yik, M., Trapnell, P., Bond, M., y Paulhus, D. (1998). Interpreting personality profiles across cultures: Bilingual, acculturation, and peer rating studies of Chinese undergraduates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 1041-1055.

McDermid, A.J., Rollman, G.B., y McCain, G.A. (1996). Generalized hypervigilance in fibromyalgia: evidence of perceptual amplification. *Pain*, 66(2-3), 133-144.

McFarlane, G., Morris, S., Hunt, I., Benjamin, S., McBeth, J., Papageorgiou, A., y Silman, A. (1999). Chronic widespread pain in the community: the influence of psychological symptoms and mental disorder on healthcare seeking behavior. *Journal of Rheumatology*, 26(2), 413–419.

Meehl, P. (1990). Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *Journal of Personality Disorders*, 4, 1–99.

Mehling, W., y Krause, N. (2005). Are difficulties perceiving and expressing emotions associated with low-back pain? The relationship between lack of emotional awareness (alexithymia) and 12-month prevalence of low- back pain in 1180 urban public transit operators. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 73-81.

Meilman, P.W. (1984). Chronic pain: the nature of the problem. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 5(6), 305-317 doi:10.2519/jospt.1984.5.6.305

Melzack, R., y Casey, K. (1968). Pain Mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-979.

- Melzack, R., y Togerson, W. (1971). On the language of pain. *Anesthesiology*, 34(1), 50-59.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.
- Melzack, R. (1987). The Short- Form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30, 191-197.
- Melzack, R., y Wall, PD. (1989). *Textbook of Pain*. Nueva York: Churchill Livingstone.
- Merskey, H., y Bogduck, N. (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain term*. 2ª Ed. Seattle: International Association for Study of Pain Press.
- Miettunen, J., Veijola, J., Isohanni, M., Paunio, T., Freimer, N., Jaaskelainen, E., y Lichtermann, D. (2012). Identifying schizophrenia and other psychoses with psychological scales in the general population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(4), 230–238.
- Mikolajczak, M., y Luminet, O. (2006). Is alexithymia affected by situational stress or is it a stable trait related to emotion regulation?. *Personality and Individual Differences* 40, 1399-1408.
- Miró, J. (2003). *Dolor crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Moldofsky, H., (2001). Sleep and pain. *Sleep Medicine Reviews*, 5 (5), 385-396.
- Moore, R., Straube, S., Wiffen, P. Derry, S., y McQuay, H. (2009). Pregabalin for acute and chronic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(3), 70-76.

- Moral de la Rubia, J., y Retamales, R. (2000). Estudio de validación de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española. *Psiquiatría.com*, 4(2), 1-10.
- Mueller, A., Hartmann, M., Mueller, K., y Eich, W. (2003). Validation of the arthritis selfefficacy shortform scale in German fibromyalgia patients. *European Journal of Pain*, 7(2), 163-171.
- Nefs, G., Pouwer, F., Pop, V., y Denollet, J. (2012). Type D (distressed) personality in primary care patients with type 2 diabetes: Validation and clinical correlates of the DS14 assessment. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(4), 251–257.
- Nicassio, P., Moxham, E., Schuman, C., y Gevirtz, R. (2002). The contribution of pain, reported sleep quality, and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia. *Pain*, 100 (3), 271-279.
- Nemiah, J., Freyberger, H., y Sifneos, P.E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In O. Hill, ed., *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, (430-439). London & Boston: Butterworth.
- Nishishinya, B., Urrútia, G., Walitt, B., Rodríguez, A., Bonfill, X., Alegre, C., y Darko, G. (2008). Amitripty-line in the treatment of fibromyalgia: a systematic review of its efficacy. *Rheumatology (Oxford)*, 47(12), 1741-1746.
- Olivares, M., y Cruzado, J. (2008). Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y salud*, 29(3), 321-341.
- Paira, S. (1994). Fibromyalgia associated with female urethral syndrome. *Clinical Rheumatology*, 13(1), 88-89.

- Parker, J., Taylor, G., y Bagby, R. (2001). The Relationship Between Emotional Intelligence and Alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107–115.
- Pasini, R., Chiaie, D., Seripa, S., y Ciani, N. (1992). Alexithymia as related to sex, age, and educational level: results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 normal subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 42–46.
- Patrick, D., Danis, M., Southerland, L., y Hong, G. (1988). Quality of life following intensive care. *Journal of General Internal Medicine*, 3(3), 218-223.
- Paula-Pérez, I., Martos-Pérez, J., y Llorente-Comí, M. (2010). Alexitimia y síndrome de Asperger. *Revista de Neurología*, 50 (3), 585-590.
- Pedrajas, J., y Molino, A. (2008). Bases neuromédicas del dolor. *Clinica y salud*, 19(3), 277-293.
- Pedrosa-Gil, F., Weigl, M., Wessels, T., Irnich, D., Baumüller, E., y Winkelmann, A. (2008). Parental bonding and alexithymia in adults with fibromyalgia. *Psychosomatics* 49, 115–122. doi:10.1176/appi.psy.49.2.115
- Pelizza, L., y Ferrari, A. (2009). Anhedonia in schizophrenia and major depression: State or trait? *Annals of General Psychiatry*, 8, 22-31. doi: 10.1186/1744-859X-8-22
- Pelle, A., Pedersen, S., Erdman, R., Kazemier, M., Spiering, M., van Domburg, R., y Denollet, J. (2011). Anhedonia is associated with poor health status and more somatic and cognitive symptoms in patients with coronary artery disease. *Quality of Life Research*, 20(5), 643–651.

- Pérez, M., López de la Osa, A., Ballesteros, F., Jimenez, J., y Godoy, J. (2000).
Dolorímetro Electrónico Portátil. Patente. No. de solicitud: P200002517.
Universidad de Granada.
- Perez, A., Bermúdez, J. (2003). Introducción: Delimitación conceptual y temática. En:
Bermúdez, J., Perez, A. y Sanjuán, P. (Ed), *Psicología de la personalidad: Teoría e
Investigación*. Vol. I. (pp. 26-60). Madrid, España: UNED.
- Perry, R., Terry, R., y Ernst, E. (2010). A systematic review of homoeopathy for the
treatment of fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 29(5), 457-464.
- Pervin, L. A. (1998). *La ciencia de la personalidad*. (p. 448). Madrid, España: McGraw-
Hill.
- Petzke, F., Gracely, R.H., Park, K.M., Ambrose, K., y Clauw, D.J. 2003. What do tender
points measure? Influence of distress on 4 measures of tenderness. *Journal of
Rheumatology*, 30(3), 567-574.
- Pittman, J., Goldsmith, A., Lemmer, J., Kilmer, M., y Baker, D. (2012). Post- traumatic
stress disorder, depression and health-related quality of life in OEF/OIF veterans.
Quality of Life Research, 21(1), 99-103.
- Porcelli, P., Tulipani, C., Di Micco, C., Spedicato., y Maiello, E. (2011). Temporal
stability of alexithymia in cancer patients following a psychological intervention.
Journal of Clinical Psychology, 67(12), 1177-1187.
- Rado, S. (1956). *Psychoanalysis of Behaviour: Collected Papers* (2 vols.). New York,
Unated States of America: Grune and Stratton.

- Ramírez, C., Esteve, R., y López, A. (2001) Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*, 17(1), 129-137.
- Ramírez, C. (2002). Las características personales de la experiencia del dolor y el proceso de afrontamiento. *Escritos de Psicología*, 6, 40-52.
- Rao, S.G. (2002). The neuropharmacology of centrallyacting analgesic medications in fibromyalgia. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 28, 235-259.
- Reilly, P., y Littlejohn, G. (1992). Peripheral arthralgic presentation of fibrositis /fibromyalgia syndrome. *The Journal of Rheumatology*, 19(2), 281-283.
- Reker, M., Ohrmann, P., Rauch, A. V., Kugel, H., Bauer, J., Dannlowski, U., Arolt, V., Heindel, W., y Suslow, T. (2010). Individual differences in alexithymia and brain response to masked emotion faces. *Cortex*, 46, 658-667.
- Ribot, T. (1897). *The Psychology of Emotions*. London, England: W. Scott.
- Ricci, N., Dias, C., y Driusso, P. (2010). The use of electrothermal and phototherapeutic methods for the treatment of fibromyalgia syndrome: a systematic review. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 14(1), 1-9.
- Richards, J., Nepomuceno, C., Riles, M., y Suer, Z. (1982). Assessing pain behavior: The UAB Pain Behavior Scale. *Pain*, 14, 303-398.
- Ridout, N., Thom, C., y Wallis, D. (2010). Emotion recognition and alexithymia in females with non-clinical disordered eating. *Eating Behaviors*, 11(1), 1-5.
- Ritsner, M., Arbitman, M., y Lisker, A. (2011). Anhedonia is an important factor of health-related quality of life deficit in schizophrenia and schizoaffective disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(11), 845-853.

- Ritter, P., González, V., Laurent, D., y Lorig, K. (2006). Measurement of pain using the visual numeric scale. *The Journal of Rheumatology*, 33(3), 574-580.
- Rodrigo, M., Leon, I., Quiñones, I., Lage, A., Byrne, S., y Bobes, M. (2011). Brain and personality bases of insensitivity to infant cues in neglectful mothers: An event-related potential study. *Development and Psychopathology*, 23(1), 163–176.
doi:10.1017/S0954579410000714
- Roelofs, J., Peters, M.L., McCracken, L., y Vlaeyen, J.W. (2003). The pain vigilance and awareness questionnaire (PVAQ): further psychometric evaluation in fibromyalgia and other chronic pain syndromes. *Pain*, 101, 299-306.
- Rolland, J. P., Parker, W. D., y Stumpf, H. (1998). A psychometric examination of the French translations of the NEO PI-R and NEO-FFI. *Journal of Personality Assessment*, 71, 269-291.
- Romero, A. (2005). Consejería de Salud. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. *Tratamiento de la Fibromialgia mediante Ozonoterapia*. Disponible en: www.juntadeandalucia.es
- Rook, J., Pesch, R., y Keeler, E. (1981). Chronic pain and the questionable use of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 62, 373-375.
- Rubin, D.H. (2012). Joy returns last: anhedonia and treatment resistance in depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(4), 353–355.

- Russell, I.J., Perkins, A.T., y Michalek, J.E. (2009). Oxybate SXB-26 Fibromyalgia Syndrome Study Group. Sodium oxybate relieves pain and improves function in fibromyalgia syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter clinical trial. *Arthritis and Rheumatism*, 60(1), 299-309.
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Toikka, T., Kauhanen, J., y Äärelä, E. (2006). Alexithymia behaves as a personality trait over a 5-year period in finnish general population. *Journal of Psychosomatic Research* 61, 275-278.
- Sharp, J., y Keefe, B. (2005) Psychiatry in chronic pain: a review and update. *Current Psychiatry Reports*, 7(3), 213–219.
- Schalling, D., y Edman, G. (1993). The Karolinska scale of Personality (KSP). *An inventory for assessing temperament dimensions associated with vulnerability for psychosocial deviance. Manual*. Stockholm, Sweeden: The Department of Psychiatry, The Karolinska Institute.
- Shibata, M., Ninomiya, T., Jensen, M., Anno, K., Yonemoto, K., Makin, S..., y Hosoi, M. (2014) Alexithymia Is Associated with Greater Risk of Chronic Pain and Negative Affect and with Lower Life Satisfaction in a General Population: The Hisayama Study. *PLoS ONE*, 9(3): e90984. doi: 10.1371/journal.pone.0090984.
- Shomaker, L., Tanofsky-Kraff, M., Zocca, J., Field, S., Drinkard, B., y Yanovski, J. (2012). Depressive symptoms and cardiorespiratory fitness in obese adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 50(1), 87–92.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.

- Silberstein, S. (1994). Tension type headaches. *Headache*, 34(8), 2-7.
- Simms, R., y Goldenberg, D.L. (1988). Symptoms mimicking neurologic disorders in fibromyalgia syndrome. *The Journal of Rheumatology*, 15(8), 1271-1273.
- Skarsater, I., Langius, A., Agren, H., Haggstrom, L., y Dencker, K. (2005). Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: a one-year prospective study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14,258-264.
- Skrabek, R., Galimova, L., Ethans, K., y Perry, D. (2008). Nabilone for the Treatment of Pain in Fibromyalgia. *The Journal of Pain*, 9(2), 164-173.
- Sletvold, H., Stiles, T.C., y Landro, N.I. (1995). Information processing in primary fibromyalgia, major depression and healthy controls. *The Journal of Rheumatology*, 22(1), 137- 142.
- Smith, S., Maixner, D., Fillingim, R., Slade, G., Gracely, R., Ambrose, K., Zaykin, D., Hyde, C., John, S., Tan, K., Maixner, W., y Diatchenko, L. (2012). Large candidate gene association study reveals genetic risk factors and therapeutic targets for fibromyalgia. *Arthritis Rheumatoid*, 64(2), 584–593.
- Smythe, H., y Moldofsky H. (1977). *Two contributions to understanding of the fibrositis syndrome. Bulletin on the Rheumatic Disease*, 28(1), 928-931.
- Soliman, A., O'Driscoll, G., Pruessner, J., Joobar, R., Ditto, B., Streicker, E., Dagher, A. (2011). Limbic response to psychosocial stress in schizotypy: A functional magnetic resonance imaging study. *Schizophrenia Research*, 131(1–3), 184–191.
doi: 10.1016/j.schres.2011.05.016

- Steinweg, D., Dallas, A., y Rea, W. (2011). Fibromyalgia: Unspeakable Suffering, a Prevalence Study of Alexithymia. *Psychosomatics*, 52, 255–262.
- Sternbach, RA. (1974). *Pain patients: traits and treatments*. Nueva York: Academic Press.
- Stewart, A., Hays, R., yWare, J. (1988). The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Medical Care*, 26(7), 724-735.
- Stoeter, P., Bauermann, T., Nickel, R., Corluka, L., Gawehn, J., Vucurevic, G., Vossel, G., y Egle, U. (2007). Cerebral activation in patients with somatoform pain disorder exposed to pain and stress: an fMRI study. *Neuroimage*, 36(2), 418–430.
- Straube, S., Derry, S., Moore, R., y McQuay, H.J. (2010). Pregabalin in fibromyalgia: meta-analysis of efficacy and safety from company clinical trial reports. *Rheumatology (Oxford)*, 49(4), 706-715.
- Surtees, P., Wainwright, N., Luben, R., Khaw, K., y Day, N. (2006). Mastery, sense of coherence, and mortality: evidence of independent associations from the EPIC-Norfolk Prospective Cohort Study. *Health Psychology*, 25, 102-110.
- Tsang, A., Von Korff, M., Lee, S., Alonso, J., Karam, Angermeyer, M.,..., y Watanabe, M. (2008). Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *The Journal of Pain*, 9(10), 883-891. doi: 10.1016/j.jpain.2008.05.005.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 141(6), 725-732.
- Taylor, G.J., Bagby, R., y Parker, J. (1991). The alexithymia construct. A potencial paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.

- Taylor, G. J., Bagby, R., y Parker, J. (1997). Relations between alexithymia, personality, and affects. En Taylor, G. J et.al (Eds.), Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness (pp. 67-92). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Terry, R., Perry, R., y Ernst, E. (2012). An overview of systematic reviews of complementary and alternative medicine for fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 31(1), 55-66.
- The World Health Organization Quality of Life Group, (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- The World Health Organization (2000). *WHODAS II Disability Assessment Schedule. Training manual: a guide to administration*. Geneva: World Health Organization.
- Thieme, K., Flor, H., y Turk, D. C. (2006). Psychological pain treatment in fibromyalgia syndrome: efficacy of operant behavioural and cognitive behavioural treatments. *Arthritis Research and Therapy*, 8, R121.
- Travell, J., y Simons, D. 1983. Myofascial pain and dysfunction: The trigger point manual. Vol 1. Baltimore, USA: Lippincot Williams & Wilkins.
- Truyols, M., Perez, J., Medinas, M., Palmer, A., y Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19(3), 295-320.
- Tsao, J. (2007). Effectiveness of massage therapy for chronic, non-malignant pain: a review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 4(2), 165–179.

- Tselebis, A., Kosmas, E., Bratis, D., Moussas, G., Karkanias, A., Ilias, L., Siafakas, N., Vgontzas, A., y Tzanakis, N. (2010). Prevalence of alexithymia and its association with anxiety and depression in a sample of Greek chronic obstructive pulmonary disease (COPD) outpatients. *Annals of General Psychiatry, 9*, 16-23.
- Tully, P., y Baker, R. (2012). Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: A contemporary and practical review. *Journal of Geriatric Cardiology, 9*(2), 197–208.
- Tunks, E., Crook, J., y Weir, R. (2008). Epidemiology of chronic pain with psychological comorbidity: prevalence, risk, course, and prognosis. *Canadian Journal of Psychiatry, 53*(4), 224–234.
- Turk, D.C., y Rudy, T.E. (1992). Recursos no farmacológicos para el control del dolor, procedimientos conductuales. En K.M. Foley y R.M. Payne (Eds.), *Terapéutica del dolor* (pp. 487-497). México: Interamericana-Mac-Graw Hill. (Edición original en inglés, 1989).
- Turk, D., y Burwinkle, T. (2005). Assessment of chronic pain in rehabilitation: outcomes measures in clinical trials and clinical practice. *Rehabilitation Psychology, 50*(1), 56-64.
- Uguz, F., Kucuk, A., Cicek, E., Kayhan, F., Salli, A., Guncu, H., y Çilli, A. (2015). Quality of life in rheumatological patients: The impact of personality disorders. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 49*(3), 199-207. doi: 10.1177/0091217415582183.
- Urzúa, A., y Caqueo, A. (2012). Calidad de Vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica, 30*(1), 61-71.

- Vallejo, M., y Comeche, M. (1992). Consideraciones acerca de la conceptualización del dolor crónico. *Psicothema*, 4(2), 379-383.
- Valverde, M., Juan-Mas, A., Ribas, B., Benito, P. Urbina, J.C., Carmona, I., y grupo de trabajo EPISER 2000.: Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER 2000 (resumen). *Revista Española de Reumatología*, 27, 157.
- Vanheule, S., Inslegers, R., Meganck, R., Ooms, E., y Desmet, M. (2010). Interpersonal problems in alexithymia: a review of literature and consequences for clinical practice. In: P. Lysakker & G.C. Dimaggio (ed.), *Metacognition in severe adult disorders*, pp.161-176. London, United Kingdom : Routledge.
- Van Middendorp, H., Lumley, M., Moerbeek, M., Jacobs, J., Bijlsma, J., y Geenen, R. (2010). Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: a diary study. *European Journal of Pain*, 14(2), 176-182. doi: 10.1016/j.ejpain.2009.03.007.
- Van Middendorp, H., Lumley, M., Jacobs, J., Bijlsma, J., y Geenen, R. (2010). The effects of anger and sadness on clinical pain reports and experimentally-induced pain thresholds in women with and without fibromyalgia. *Arthritis Care and Research (Hoboken)*, 62(10):1370-1376. doi: 10.1002/acr.20230.
- Vargas, G., Fragoso, J., Cruz, D., Vargas, A., Lao, J., García, F., ..., y Martínez, M. (2007). Catechol-O-methyltransferase gene haplotypes in Mexican and Spanish patients with fibromyalgia. *Arthritis Research and Therapy*, 9(5) R110-. doi:10.1186/ar2316
- Veit, C., y Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and Well-Being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730-742.

- Verbunt, J., Pernot, D., y Smeets, R. (2008). Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(8), 1-8.
- Villagrán, J., Páez, M., Campo, F., Pérez, J., y Salaberri, J. (2000). Aspectos psicopatológicos de la fibromialgia. *Archivos de Psiquiatría*, 63, 159-182.
- Vincent, A., Whipple, M., y Rhudy, L. (2015). Fibromyalgia Flares: A Qualitative Analysis. *Pain Medicine*, 13. doi: 10.1111/pme.12676.
- Vogt, R., Burckstümmer, G., Ernst, L., Meyer, K., y Von Rad, M. (1997). Differences in fantasy life of psychosomatics and psychoneurotics patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 98-105.
- Von Rad, M. (1984). Alexithymia and symptom formation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 42, 80-89.
- Wade, J., Dougherty, L., Hart, R., Rafii, A., y Price, 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.
- Ware, J., Jr., y Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., y Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide*. Boston MA: The Health Institute, New England Medical Center.
- Wang, C., Schmid, C.H., Ronés, R., Kalish, R., Yinh, J., Goldenberg, D., Lee, Y., y McAlindon, T. (2010). A randomized trial of tai chi for fibromyalgia. *The New England Journal of Medicine*, 363(8), 743-754.

- Wechsler-Zimring, A., y Kearney, C. (2011). Posttraumatic stress and related symptoms among neglected and physically and sexually maltreated adolescents. *Journal of Traumatic Stress, 24*(5), 601–604.
- White, K.P., Specheley, M., Hart, H., y Ostbye, T. (1999). Comparing self reporting function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: the London fibromyalgia epidemiology study. *Arthritis Rheumatology, 42*, 76-83.
- Williams, D.A. (2003). Psychological and behavioural therapies in fibromyalgia and related syndromes. *Best practice & research. Clinical Rheumatology, 17*(4), 649-665.
- Wilson, K., Eriksson, M., D'Eon, J., Mikail, S., y Emery, P. (2002). Major depression and insomnia in chronic pain. *The Clinical Journal of Pain, 18*(2), 77-83.
- Winterstein, B., Silvia, P., Kwapil, T., Kaufman, J., Reiter-Palmon, R., y Wigert, B. (2011). Brief assessment of schizotypy: Developing short forms of the Wisconsin Schizotypy Scales. *Personality and Individual Differences, 51*(8), 920–924.
- Wolfe, F., Smythe, H., Yunus, M., Bennett, R., Bombardier, C., Goldenberg, D.,..., y Sheon, R. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicentre criteria committee. *Arthritis and Rheumatism, 33*, 160-172.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., y Russell, I.J. (1995b). Aspects of fibromyalgia in the general population: sex, pain threshold, and fibromyalgia symptoms. *The Journal of Rheumatology, 22*(1), 151-156.

- Wolfe, F. (1997) The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Annals of Rheumatic Disease*, 56(4), 268–271.
- Wolfe, F., Hawley, D., y Wilson, K. (1996). The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease. *The Journal of Rheumatology*, 23(8), 1407-1417.
- Wolfe, F. & Hawley, D.J. (1997). Measurement of the quality of life in rheumatic disorders using the Euroqol. *British Journal of Rheumatology*, 36, 786-793.
- Wolfe, F., Zhao, S., y Lane, N. (2000) Preference for nonsteroidal antiinflammatory drugs over aceta-minophen by rheumatic disease patients: a survey of 1.799 patients with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatology*, 43(2), 378-385.
- Wolfe, F. (2003). Pain extent and diagnosis: development and validation of the regional pain scale in 12,799 patients with rheumatic disease. *The Journal of Rheumatology*, 30(2), 369-378.
- Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D.L., Katz, R.S., Mease, P., Russell, A.S., Russell, I.J., Winfield, J., y Yunus, M.B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care and Research*, 62 (5), 600-610.
- Wolfe, F., Brahler, E., Hinz, A., y Hauser, W. (2013). Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. *Arthritis Care and Research*, 65(5), 777-785. doi: 10.1002/acr.21931

- Wood, P. , Patterson, J., Sunderland, J., Tainter, K., Glabus, M., y Lilien, D. 2007.
 Reduced presynaptic dopamine activity in fibromyalgia syndrome demonstrated with positron emission tomography: a pilot study. *The Journal of Pain*, 8(1), 51-58.
- Woolf, C.J. (1983). Evidence for a central component of postinjury pain hypersensitivity. *Nature*, 306, 686-688.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders*. Ginebra: WHO.
- World Health Organization (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.10th Revision*.Volume 2. Instruction manual.
- World Health Organization (2012). Guidelines for the pharmacological treatment of persisting pain in adults with medical illnesses. *10th Revision*. Instruction manual.
- World Health Organization. Topics www.who.int/topics/epidemiology/es
- Xie, W., Li, H., Luo, X., Fu, R., Ying, X., Wang N.,..., y Shi, C. (2014). Anhedonia and pain avoidance in the suicidal mind: behavioral evidence for motivational manifestations of suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 70(7), 681-692. doi: 10.1002/jclp.22055.
- Yalug, I., Selekler, M., Erdogan, A., Kutlu, A., Dundar, G., Ankarali, H., y Aker, T. (2010). Correlations between alexithymia and pain severity, depression, and anxiety among patients with chronic and episodic migraine. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(3), 231-238. doi: 10.1111/j.1440-1819.2010.02093.x
- Yang, X., Hao, Y., George, S., y Wang, L. (2012). Factors associated with health-related quality of life among Chinese caregivers of the older adults living in the

community: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, 10,143-155. doi: 10.1186/1477-7525-10-143.

Young, I., Cleland, J., Michener, L., Brown, C. (2010). Reliability, construct validity, and responsiveness of the neck disability index, patient-specific functional scale, and numeric pain rating scale in patients with cervical radiculopathy. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(10), 831-839. doi: 10.1097/PHM.0b013e3181ec98e6

Yunus, M., Masi, A., Calabro, J., Millar, K., y Feigenbaum, S. (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 11(1), 151-171.

Yunus, M., Kalyam-Raman, U., Kalyam-Raman, K., y Masi, A. (1986). Pathologic changes in muscle in primary fibromyalgia syndrome. *The American Journal of Medicine*, 81(3A), 38-42.

Yunus, M., Holt, G., Masi, A., y Aldag, J. (1988). Fibromyalgia syndrome among the elderly. Comparison with younger patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 36(11), 987-995.

Yunus, M.B. (1989). Primary fibromyalgia syndrome: a critical evaluation of recent criteria developments. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 48(5), 217-222.

Yunus, M.B., Masi, A.T., y Aldag, J.C. (1989a). A controlled study of primary fibromyalgia syndrome: clinical features and association with other functional syndromes. *The Journal of Rheumatology*, 19(Supl), 62-71.

- Yunus, M.B. (1992). Towards a model of pathophysiology of fibromyalgia: aberrant central pain mechanisms with peripheral modulation. *The Journal of Rheumatology*, 19, 846-850.
- Yusta, A., Laguna, P., y Ballina, J. (2002). *Criterios diagnósticos y exploración*. En: C. Muriel (Ed.), *Fibromialgia reunión de expertos*. Salamanca: Cátedra Extraordinaria del Dolor “Fundación Grüenthal” de la Universidad de Salamanca.
- Zak-Golab, A., Tomalski, R., Bak-Sosnowska, M., Holecki, M., Kocelak, P., Olszanecka-Clinianowicz, M., Chudek, J., y Zahorska-Markiewicz, B. (2013). Alexithymia, depression, anxiety and binge eating in obese women. *The European Journal of Psychiatry*, 27(3)149-159. doi.org/10.4321/S0213-61632013000300001
- Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P., y Śliwińska, M. (1997). *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae, Adaptacja Polska*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Zimmermann, G., Rossier, J., Meyer de Stadelhofen, F., y Gaillard, F. (2005). Alexithymia Assessment and Relations with Dimensions of Personality. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(1), 23-33.

ANEXOS

Anexo I: Consentimiento informado

Anexo II: Entrevista inicial

Anexo III: Escala de Anhedonia Social (RSAS)

Anexo IV: Escala de Anhedonia Física (RPAS)

Anexo V: Cuestionario de Alexitimia Toronto (TAS-20)

Anexo VI: Cuestionario de Sentido de Coherencia (OLQ)

Anexo VII: Cuestionario de Salud (SF-36).

Anexo VIII: Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R).

Anexo I. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he sido informado por Mónica A. Morezuelas, colaboradora del proyecto de investigación titulado ***“Influencia de los Rasgos de personalidad en el Procesamiento de emociones y la calidad de vida percibida en personas con Fibromialgia y otras enfermedades Reumatológicas”***.

declaro que:

- He recibido información sobre los objetivos de la investigación.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que todos mis datos serán tratados confidencialmente.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

Cuando quiera.

Sin tener que dar explicaciones.

Sin que ello repercuta en mis cuidados médicos y/o psicológicos.

En consecuencia, consiento que mis datos, obtenidos durante el proyecto de investigación, aprobado por el Comité Ético de Investigación, sean utilizados de forma anónima con fines científicos.

Sí No

Quiero que se me pida autorización previa para utilizar mis datos para futuros proyectos de investigación.

Sí No

Con esto, doy mi conformidad para participar en este estudio,

Firma del paciente

Firma del investigador

Fecha:

Fecha:

Anexo II: Entrevista inicial

Fecha:

Nombre y Apellidos:

Edad:

Estado civil:

Nº de hijos:

Estudios realizados:

¿Trabaja en la actualidad? ¿En qué?

¿Recuerda haber vivido, en algún momento de su vida, una experiencia que le resultase especialmente traumática (problemas familiares graves, muerte de algún ser querido, alto nivel de estrés laboral, familiar, un robo, accidente de tráfico, etc.)?

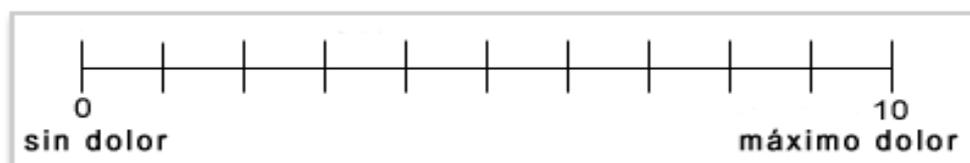
¿Toma algún tipo de medicación actualmente? En caso afirmativo, por favor, especifique que toma y para qué.

¿Ha experimentado alguna mejoría gracias a esta medicación?

¿Padece alguna enfermedad? En caso afirmativo, por favor, especifique cual/-es son ésta/-s.

¿Ha sido diagnosticado con Síndrome de Raynaud por su médico? ¿Padece o ha padecido problemas de Túnel Carpiano?

Si tuviese que puntuar entre 0 y 10 el nivel medio de dolor que ha padecido en las últimas dos semanas, donde 0= *ausencia total de dolor*, y 10= *un dolor insoportable e incapacitante*. ¿Qué puntuación daría?



Anexo III: Escala de Anhedonia Social (RSAS)

RSAS		
	V	F
1. Tener amigos íntimos no es tan importante como la gente dice	V	F
2. Le doy muy poca importancia a tener amigos íntimos.	V	F
3. Prefiero ver la televisión a salir con otras personas.	V	F
4. Un paseo en coche es mucho más agradable si alguien me acompaña.	V	F
5. Me gusta hacer llamadas telefónicas a lugares lejanos para hablar con amigos y familiares.	V	F
6. Jugar con niños es una verdadera lata.	V	F
7. Siempre he disfrutado mirando fotos de amigos.	V	F
8. Aunque hay cosas que disfruto haciéndolas yo solo, por lo general me divierto más cuando hago las cosas con otras personas.	V	F
9. A veces le cojo un gran cariño a las personas con las que paso mucho tiempo.	V	F
10. La gente a veces piensa que soy tímido, cuando en realidad lo que deseo es estar solo.	V	F
11. Cuando las cosas realmente le van bien a mis amigos íntimos, eso hace que yo también me sienta bien.	V	F
12. Cuando alguien cercano a mí está deprimido, eso hace que yo también me sienta decaído.	V	F
13. Mis reacciones emocionales parecen ser muy diferentes a las de otras personas.	V	F
14. Cuando estoy solo, con frecuencia me molesta que la gente me llame por teléfono o llame a mi puerta.	V	F
15. Precisamente estar con amigos puede hacer que me sienta verdaderamente bien.	V	F
16. Cuando hay cosas que me molestan, me gusta hablar de ello con otras personas.	V	F
17. Prefiero las aficiones y las actividades de ocio que no precisan de otras personas.	V	F
18. Es divertido cantar con otras personas.	V	F
19. Saber que tengo amigos que se preocupan por mí, me da sensación de seguridad.	V	F
20. Cuando me cambio a una nueva ciudad, siento una fuerte necesidad de hacer nuevos amigos.	V	F
21. Por lo regular la gente se siente más a gusto si se mantiene al margen de relaciones emocionales con la mayoría de las demás personas.	V	F
22. Aunque se que debería sentir afecto por ciertas personas, la verdad es que no lo siento.	V	F
23. La gente con frecuencia espera que yo dedique más tiempo del que yo quisiera.	V	F
24. Me siento a gusto y satisfecho a medida que aprendo más de la vida emocional de mis amigos.	V	F
25. Cuando otros tratan de hablarme de sus problemas y complejos, por lo general escucho con interés y atención.	V	F
26. Realmente, nunca he tenido amigos íntimos en el instituto.	V	F
27. Suelo sentirme satisfecho simplemente estando solo, pensando y soñando despierto.	V	F
28. Soy demasiado independiente para vincularme realmente con otras personas.	V	F
29. Hay pocas cosas más cansadas que tener una larga discusión personal con alguien.	V	F
30. Me sentí realmente triste al ver a todos los amigos de mi clase seguir caminos separados cuando acabamos el colegio/instituto.	V	F
31. Suelo encontrar difícil resistirme a hablar con un buen amigo, incluso cuando tengo otras cosas que hacer.	V	F
32. Hacer nuevos amigos no recompensa la energía que hay que emplear para ello.	V	F
33. Para mí hay cosas más importantes que mi privacidad.	V	F
34. La gente que intenta conocerme mejor suele abandonar su intento tras un cierto tiempo.	V	F
35. Yo podría ser feliz viviendo solo en una cabaña en el bosque o la montaña.	V	F
36. Si puedo escoger, prefiero estar con otras personas que solo.	V	F
37. Encuentro que la gente asume demasiado a menudo que sus opiniones y actividades diarias me parecerán interesantes.	V	F
38. No me siento realmente cercano a mis amigos.	V	F
39. Mis relaciones con otras personas nunca son muy intensas.	V	F
40. En muchos sentidos, prefiero la compañía de las mascotas a la de la gente.	V	F

Anexo IV: Escala de Anhedonia Física (RPAS).

NOMBRE:	APELLIDOS:
EDAD:	ESTADO CIVIL:
NACIONALIDAD:	ESTUDIOS FINALIZADOS:

A continuación se desarrollarán una serie de afirmaciones ante las cuales usted debe escoger una respuesta entre **Verdadero (V)** o **Falso (F)**. Por favor, lea con detenimiento las afirmaciones. **No deje ninguna sin contestar**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

RPAS			
1.	Por lo general me ha parecido que las relaciones sexuales son intensamente placenteras.	V	F
2.	Al comer mi plato favorito, a menudo he tratado de comer lentamente para hacer que dure más.	V	F
3.	Con frecuencia disfruto de la sensación de la seda, el terciopelo o la piel.	V	F
4.	A veces me gusta mucho la sensación de la fuerza en mis músculos.	V	F
5.	Bailar, o la idea de hacerlo, siempre me ha parecido aburrido.	V	F
6.	La música de órgano siempre me ha parecido aburrida y monótona.	V	F
7.	El sabor de la comida siempre ha sido importante para mí.	V	F
8.	He obtenido muy poca diversión de las actividades físicas como pasear, nadar, o hacer deporte.	V	F
9.	Rara vez he disfrutado de cualquier tipo de experiencia sexual.	V	F
10.	Al escuchar una buena canción, rara vez he deseado acompañarla cantando.	V	F
11.	Siempre he odiado la sensación de cansancio que se deriva de una intensa actividad física.	V	F
12.	El color con el que están pintadas las cosas raramente me importa.	V	F
13.	El sonido de las hojas de los árboles cuando caen nunca me ha agradado mucho.	V	F
14.	Tomar el sol no es más divertido que tumbarse dentro de casa.	V	F
15.	No hay precisamente muchas cosas con las que de verdad haya disfrutado haciéndolas.	V	F
16.	No sé por qué algunas personas están tan interesadas en la música.	V	F
17.	Las flores no son tan bonitas como mucha gente dice.	V	F
18.	Siempre me ha gustado que me den masajes en la espalda.	V	F
19.	Nunca he querido subir en ninguno de los aparatos de un parque de atracciones.	V	F
20.	Probar nuevas comidas es algo que siempre me ha gustado.	V	F

21.	El calor de una chimenea no me ha aliviado o calmado especialmente.	V	F
22.	Los poetas siempre exageran la belleza y encantos de la naturaleza.	V	F
23.	Cuando he visto una escultura, he sentido la necesidad de tocarla.	V	F
24.	Siempre he tenido unos cuantos platos favoritos.	V	F
25.	No entiendo por qué la gente disfruta tanto observando las estrellas por la noche.	V	F
26.	He tenido muy poco interés en probar nuevas clases de comida.	V	F
27.	Nunca he deseado quitarme los zapatos y caminar descalzo por un charco.	V	F
28.	Nunca me ha preocupado mucho la textura de la comida.	V	F
29.	Al pasar por una panadería, el olor del pan recién hecho me produce hambre.	V	F
30.	Disfruto recibiendo un fuerte y cálido apretón de manos.	V	F
31.	Con frecuencia me he sentido incómodo cuando mis amigos me tocaban.	V	F
32.	Nunca me pareció que una tormenta fuera excitante.	V	F
33.	Estar en un lugar alto y ver el paisaje es muy emocionante.	V	F
34.	A menudo he encontrado los paseos relajantes y agradables.	V	F
35.	El sonido de la lluvia cayendo sobre el tejado me ha hecho sentirme a gusto y seguro.	V	F
36.	Me gusta jugar con pequeños suaves gatitos y cachorros, y acariciarlos.	V	F
37.	El sonido de la música del piano con frecuencia me ha encantado.	V	F
38.	Los paisajes bonitos me han producido gran placer.	V	F
39.	Las primeras nieves del invierno con frecuencia me han parecido preciosas.	V	F
40.	El sexo está bien, pero no es tan divertido como la mayoría de la gente dice.	V	F
41.	A veces he bailado sólo por sentir cómo mi cuerpo se mueve con la música.	V	F
42.	Raras veces me gusta cantar en la ducha.	V	F
43.	Una comida me sabe tan bien como cualquier otra.	V	F
44.	Al ver una alfombra suave y gruesa, a veces he tenido el impulso de quitarme los zapatos y caminar descalzo sobre ella.	V	F
45.	Después de un día de mucho trabajo, un lento paseo con frecuencia me parece relajante.	V	F
46.	Es emocionante observar el brillo de las luces de una ciudad.	V	F
47.	La belleza de las puestas de sol se sobrevalora mucho.	V	F
48.	Siempre me ha hecho sentirme bien cuando alguien que me interesa se acerca y me toca.	V	F

49.	A menudo he encontrado la música lenta más bien aburrida que relajante.	V	F
50.	A menudo acabo de ducharme o de bañarme lo más rápido posible simplemente para acabar pronto.	V	F
51.	El olor de la cena cocinándose casi nunca me abrió el apetito.	V	F
52.	Cuando paso al lado de las flores, con frecuencia me he parado para olerlas.	V	F
53.	El sexo es la cosa más intensamente placentera de la vida.	V	F
54.	Pienso que volar una cometa es una estupidez.	V	F
55.	No me gusta tomar el sol, sólo me da calor.	V	F
56.	Los sonidos de un desfile nunca me han emocionado.	V	F
57.	Con frecuencia me ha hecho sentirme bien un masaje en mis músculos cuando estaba cansado/a o dolorido/a.	V	F
58.	Cuando me siento un poco triste, con frecuencia cantar me hace sentirme más feliz.	V	F
59.	Una buena espuma de jabón cuando me baño a veces me ha aliviado y refrescado.	V	F
60.	Una caminata a paso ligero, a veces ha hecho sentirme completamente bien.	V	F
61.	Me fascina ver las llamas de fuego en una chimenea.	V	F
62.	A veces, cuando estaba enfermo/a o cansado/a, he tenido ganas de irme a la cama temprano.	V	F
63.	En algunas ocasiones, me he dado cuenta que otras personas estaban mejor vestidas que yo.	V	F
64.	Conducir entre Madrid y París es más rápido que volar entre dichas ciudades.	V	F
65.	Creo que la mayoría de las bombillas son alimentadas por energía eléctrica.	V	F

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

AnexoV: Escala de Alexitimia Toronto (TAS-20).**ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO (TAS-20)**

Señale el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual. Conteste lo más sinceramente posible.

		Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo.					
2	Me es difícil encontrar las palabras correctas para expresar mis sentimientos.					
3	Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.					
4	Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.					
5	Prefiero pensar bien acerca de un problema en lugar de solo mencionarlo.					
6	Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado.					
7	A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo.					
8	Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, sin preguntarme por qué suceden de ese modo.					
9	Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.					
10	Estar en contacto con las emociones es muy importante.					
11	Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.					
12	La gente me dice que exprese más mis sentimientos.					
13	No sé qué pasa dentro de mí.					
14	A menudo no sé por qué estoy enfadado.					
15	Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.					
16	Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos.					
17	Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.					
18	Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.					
19	Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.					
20	Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos.					

Anexo VI: Cuestionario de Sentido de Coherencia (OLQ).

Nombre:

Edad:

Fecha:

A continuación hay varias cuestiones que se refieren a diversos aspectos de su vida. Cada pregunta tiene siete respuestas posibles. Por favor, marque el número que exprese su respuesta, teniendo en cuenta que los números 1 y 7 son las respuestas extremas. Si lo que se dice debajo del 1 es correcto para usted, rodee con un círculo el 1; si lo que se dice debajo del 7 es correcto para usted, rodee con un círculo el 7. Si piensa de manera diferente, rodee con un círculo el número que mejor exprese su sentimiento. Por favor, elija una sola respuesta para cada pregunta.

1. Cuando habla con la gente, ¿tiene la sensación de que no le entienden?:

1	2	3	4	5	6	7
nunca tengo esa sensación						siempre tengo esa sensación

 2. En el pasado, cuando tenía que hacer algo que dependía de la ayuda de otros, tuvo la sensación de que esto con toda seguridad no iba a realizarse

1	2	3	4	5	6	7
con toda seguridad no iba a realizarse						con toda seguridad iba a realizarse

 3. Piense en las personas con las que tiene que relacionarse diariamente, quitando aquellas a las que se siente más próximo. ¿Qué tal conoce a la mayoría de ellas?:

1	2	3	4	5	6	7
tiene la impresión de que son extraños						los conoce muy bien

 4. ¿Tiene la impresión de que verdaderamente no le importa lo que sucede a su alrededor?:

1	2	3	4	5	6	7
muy rara vez o nunca						muy a menudo

 5. ¿Le ha sucedido en el pasado el sentirse sorprendido por el comportamiento de personas a las que creía conocer bien?:

1	2	3	4	5	6	7
nunca me sucedió						siempre me sucedió

 6. ¿Le ha sucedido que personas en las que confiaba le han decepcionado?:

1	2	3	4	5	6	7
nunca me sucedió						siempre me sucedió

 7. La vida:

1	2	3	4	5	6	7
está llena de interés						es completamente rutinaria

 8. Hasta ahora, su vida ha tenido:

1	2	3	4	5	6	7
falta total de metas y objetivos						metas y objetivos muy claros
-

20. Cuando hace algo que le proporciona un sentimiento agradable:
 1 2 3 4 5 6 7
 es seguro que es seguro que algo
 continuará va a suceder que
 sintiéndose estropeará el
 bien sentimiento
21. ¿Le ocurre el tener sentimientos dentro que preferiría no sentir?:
 1 2 3 4 5 6 7
 muy a menudo rara vez o nunca
22. Presiente que su vida personal en el futuro estará:
 1 2 3 4 5 6 7
 totalmente sin llena de sentido
 sentido e inútil y proyectos
23. ¿Piensa que *siempre* habrá personas en las que podrá confiar en el futuro?:
 1 2 3 4 5 6 7
 estoy seguro de dudo de que habrá
 que habrá
24. ¿Le ocurre el tener la sensación de que no sabe exactamente qué está a punto de suceder?:
 1 2 3 4 5 6 7
 muy a menudo rara vez o nunca
25. Muchas personas, incluso las que tienen un carácter fuerte, a veces se sienten derrotadas (perdedores) en determinadas situaciones. ¿Con qué frecuencia se ha sentido así en el pasado?:
 1 2 3 4 5 6 7
 nunca muy a menudo
26. Cuando algo sucedió, le parece que generalmente:
 1 2 3 4 5 6 7
 había exagerado o había visto las cosas
 subestimado su en la proporción
 importancia adecuada
27. Cuando piensa en las dificultades a las que probablemente tendrá que enfrentarse en algunos aspectos importantes de su vida, tiene la sensación de que:
 1 2 3 4 5 6 7
 tendrá éxito en no tendrá éxito en
 superar las superar las
 dificultades dificultades
28. ¿Con qué frecuencia tiene la sensación de que apenas tienen sentido las cosas que usted hace en su vida diaria?:
 1 2 3 4 5 6 7
 muy a menudo rara vez o nunca
29. ¿Con qué frecuencia tiene la sensación de no estar seguro de poder controlarse?:
 1 2 3 4 5 6 7
 muy a menudo rara vez o nunca

Anexo VII: Cuestionario de Salud (SF-36).

Debido a su extensión no se adjunta en este documento.

Anexo VIII: Inventario de Personalidad NEO PI-R.

Debido a su extensión no se adjunta en este documento.