



Anales de Psicología

ISSN: 0212-9728

servpubl@fcu.um.es

Universidad de Murcia

España

Albiol, Silvia; Gomà-i-Freixanet, Montserrat; Valero, Sergi; Vega, Daniel; Muro, Anna
Rasgos de personalidad (ZKPQ) en pacientes con fibromialgia: un estudio de casos y controles

Anales de Psicología, vol. 30, núm. 3, septiembre-diciembre, 2014, pp. 937-943

Universidad de Murcia

Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16731690038>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Rasgos de personalidad (ZKPQ) en pacientes con fibromialgia: un estudio de casos y controles

Silvia Albiol^{1*}, Montserrat Gomà-i-Freixanet¹, Sergi Valero², Daniel Vega³ y Anna Muro¹

¹ Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Universitat Autònoma de Barcelona (Barcelona, España)

² Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitari Vall d'Hebron, CIBERSAM, Universitat Autònoma de Barcelona (Barcelona, España)

³ Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital d'Igualada (Consorci Sanitari de l'Anoia) (Barcelona, España)

Resumen: Este es el primer estudio llevado a cabo para determinar la relación entre la fibromialgia y el Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ), y uno de los pocos que tratan de establecer la relación entre dicha entidad diagnóstica y la personalidad normal. Una muestra de mujeres adultas diagnosticadas de fibromialgia ($n = 47$) fue emparejada por edad y sexo con un grupo control ($n = 94$). La comparación de ambos grupos nos describe un perfil de personalidad caracterizado por elevadas puntuaciones en Neuroticismo y bajas en Sociabilidad. Un análisis multivariante muestra que puntuaciones elevadas en Neuroticismo y bajas en Intolerancia al Aislamiento son factores predictores de alta probabilidad de ser diagnosticado de fibromialgia. El ZKPQ con sus subescalas específicas y una escala de control proporciona una descripción de la personalidad normal más pormenorizada. Se concluye que médicos y psicólogos trabajen conjuntamente en la construcción de un paradigma donde la perspectiva médica y la psicológica sean ambas consideradas para una mejor conceptualización de la fibromialgia.

Palabras clave: Personalidad; fibromialgia; ZKPQ; neuroticismo; dolor.

Title: Personality traits (ZKPQ) of patients with fibromyalgia: A case-control study.

Abstract: This is the first study determining the relationship between fibromyalgia and the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ), and one of the few that establishes the relationship between this diagnosis and normal personality traits. A sample of female adults diagnosed with fibromyalgia ($n = 47$) was paired by age and sex with normal-range controls ($n = 94$). Logistic regression analysis showed that high scores on Neuroticism-Anxiety and low scores on Sociability were the most powerful predictors of being diagnosed with fibromyalgia. The ZKPQ with its specific subscales and control scale provides a more refined personality assessment of these patients. Physicians and psychologists are encouraged to work together toward a personalized psychological assessment of fibromyalgia to build a comprehensive model for a better conceptualization of this medical condition.

Key words: Personality; fibromyalgia; ZKPQ; neuroticism; pain.

Introducción

La fibromialgia (FM) es una enfermedad reumática caracterizada por un dolor musculoesquelético generalizado asociado a puntos de dolor predefinidos denominados *tender points* o puntos dolorosos. A pesar de que dicha patología lleva tiempo siendo descrita en la literatura científica, no es hasta 1990 cuando los criterios diagnósticos fueron establecidos por el American College of Rheumatology (ACR; Wolfe et al., 1990). Según el estudio EPISER (Carmona, Ballina, Gabriel y Laffon, 2001) la prevalencia en la población general española es del 2.4%, oscilando entre el 1.5 y el 3.2%, hallándose una proporción de 21:1 a favor de las mujeres. Estos datos son similares a los encontrados en otros países de características socioculturales similares al nuestro (Staud, 2007; Van Houdenhove et al., 2001; Wolfe, Ross, Anderson, Russel y Herbert, 1995).

Por otra parte, la fibromialgia es una de las enfermedades reumatológicas más frecuentes, constituyendo entre un 10-20% de los pacientes atendidos en las unidades de Reumatología (Nicasio, Moxham, Schuman y Gevirtz, 2002). Este tipo de pacientes es uno de los más controvertidos en dicha especialidad, ya que presentan diferentes problemas asociados. En primer lugar, la inespecificidad de las pruebas diagnósticas médicas (Goldenberg, 2004) ya que no existe ningún marcador biológico específico y el diagnóstico es exclu-

sivamente clínico. En segundo lugar, dado que es el paciente el que refiere el dolor experimentado a la presión de los puntos dolorosos, puede existir un sesgo debido a la subjetividad y variabilidad en la experiencia dolorosa, y la manifestación de ésta por parte de dichos pacientes (Raselli y Broderick, 2007). En tercer lugar, la etiología de la FM, considerada multifactorial, todavía no está claramente descrita postulándose la intervención de variables tanto biológicas, como psicológicas y sociales (Nihalani, Schwartz y Chlebowski, 2006). En cuarto lugar, y como se recoge en el documento de consenso sobre la FM de la Sociedad Española de Reumatología (Rivera et al., 2006), dicha enfermedad suele acompañarse de otros síntomas que no son necesarios para su diagnóstico como la fatiga persistente y un sueño no reparador (Osorio, Gallinaro, Lorenzi-Filho y Lage, 2006) además de otros síntomas sensoriales, motores, vegetativos, cognitivos y afectivos (Theadom y Cropley, 2008). En último lugar, la elevada coocurrencia psiquiátrica asociada, siendo los trastornos del estado de ánimo y ansiedad los más prevalentes (Fietta, Fietta y Manganelli, 2007). Así pues, la inespecificidad en el diagnóstico, la falta de una etiología concluyente y la elevada coocurrencia psiquiátrica, han llevado a considerar la importancia de incluir en el protocolo para evaluación de la FM, a parte de las reumatológicas propiamente dichas, otras variables que fueran de utilidad para una mejora en la clasificación nosológica.

Existen evidencias que sustentan la presencia de un sustento psicopatológico en la FM. Algunos autores (Ahles, Yunus, Riley, Bradley y Masi, 1984; Payne et al., 1982; Pérez-Pareja, Sesé, González-Ordi y Palmer, 2010) han hallado una mayor prevalencia de alteraciones psicológicas en la FM en comparación con otras afecciones reumáticas refiriendo que

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:

Silvia Albiol. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Facultad de Psicología, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra 08193. Barcelona (España).

<http://grupsderecerca.uab.cat/zkpq/content/zkpq>

E-mail: salbiolm@gmail.com

dichos pacientes presentarían una personalidad con mayor vulnerabilidad psicológica. En general, dichos estudios se han centrado en el análisis del perfil psicopatológico de los pacientes evaluados mediante el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) describiéndose perfiles que han sido utilizados como indicadores de gravedad psicopatológica. Otros estudios (Epstein et al., 1999; Raselli y Broderick, 2007) se han centrado en la evaluación de la personalidad normal mediante el NEO PI-R (Costa y McCrae, 1992). Los resultados obtenidos mediante dicho instrumento muestran que las mujeres que padecen FM se caracterizan por obtener puntuaciones más elevadas en Neuroticismo no habiéndose encontrado diferencias significativas en las otras dimensiones de personalidad evaluadas. Por otro lado, Besteiro et al. (2008) encontraron diferencias significativas entre mujeres con y sin FM, no solamente en Neuroticismo, sino también en Extraversión, siendo las pacientes con FM menos extravertidas. En un estudio reciente de revisión, que incluye los trabajos realizados entre 1967 y 2011, se señala también estas dos características de personalidad como las más diferenciales entre pacientes con FM y controles (Malin y Littlejohn, 2012). En esta misma revisión se enfatiza la dificultad de establecer la personalidad premórbida de dichos pacientes y de poder utilizar instrumentos que no estén influenciados por síndromes clínicos no orgánicos y por el propio estado de dolor, recomendando nuevos estudios que ayuden a definir la relación precisa entre FM y personalidad.

Para la evaluación de la personalidad en pacientes con Fibromialgia, en nuestro estudio hemos utilizado el Modelo Alternativo de los Cinco Factores (AFFM). El AFFM (Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta y Kraft, 1993; Zuckerman, Kuhlman, Thornquist y Kiers, 1991) surgió de una serie de análisis factoriales de escalas que habían sido ampliamente utilizadas en investigación psicobiológica con humanos y/o en estudios de temperamento con niños y adultos. Dicho modelo se evalúa mediante el Cuestionario de Personalidad de Zuckerman y Kuhlman (ZKPQ; Zuckerman y Kuhlman, 1993) que contiene cinco escalas que evalúan dimensiones y rasgos básicos de personalidad: Neuroticismo-Ansiedad, Actividad, Sociabilidad, Impulsividad-Búsqueda de Sensaciones y Agresividad-Hostilidad. En dicho modelo no se incluyen medidas de intereses culturales o estilos intelectuales ya que Zuckerman (1984) considera que los rasgos de personalidad básicos han de ser fácilmente comparables a los rasgos de otras especies y deben estar presentes a lo largo de todo el ciclo vital. Así, se incluye la Agresividad en vez de Amabilidad, e Impulsividad con Búsqueda de Sensaciones en vez de Responsabilidad. Así mismo, la dimensión de Extraversión se divide en Actividad y Sociabilidad (Zuckerman, 1992) ya que en estudios previos la Actividad aparece como un factor diferenciado (Zuckerman, Kuhlman y Camac, 1988; Zuckerman et al., 1991). La distinción entre Hostilidad y Ansiedad también es importante ya que tienen bases psicobiológicas diferentes (Gray, 1982). Por otro lado, la Impulsividad y la Búsqueda de Sensaciones están íntimamente relacionadas y comparten importantes correlatos biológicos

(Zuckerman, 2005). El hecho de que dicho modelo nos permita evaluar de manera diferenciada variables como la Actividad y la Sociabilidad o la Hostilidad y la Agresividad, nos puede ser de gran utilidad para una mejor descripción y conceptualización del paciente con FM.

Así pues, a partir de lo descrito anteriormente, el objetivo de dicho estudio es doble. Por un lado, determinar el perfil diferencial de personalidad de los pacientes con fibromialgia mediante el ZKPQ comparándolo con un grupo control apareado por edad y sexo; y por otro, determinar la capacidad discriminante del ZKPQ en la clasificación de los sujetos diagnosticados con fibromialgia *vs.* un grupo control procedente de población general. Esta es la primera vez que se utiliza dicho instrumento en este tipo de pacientes. A partir de la clínica mostrada por dichos pacientes y de las variables evaluadas por el AFFM de personalidad, hipotetizamos que los pacientes con FM puntuaran más alto en Neuroticismo-Ansiedad y más bajo en Actividad y Sociabilidad en comparación con el grupo control.

Método

Participantes

La muestra clínica final estuvo formada por 47 mujeres diagnosticadas de fibromialgia según criterios diagnósticos establecidos por el ACR (Wolfe et al., 1990) con una media de edad de 49.30 años ($DT = 9.78$) y un rango de 32 a 71 años procedentes de dos servicios hospitalarios: Servicio de Reumatología del Hospital General de Catalunya ($n = 15$) y Servicio de Psiquiatría del Hospital de Igualada ($n = 32$). Esta segunda muestra procedía del Servicio de Reumatología de dicho hospital pero había sido derivada para valorar la posible necesidad de intervención psicológica. Ambos centros hospitalarios se rigen por los mismos protocolos de exploración y diagnóstico, tanto de la FM como del trastorno mental.

El grupo control final estuvo compuesto por 94 mujeres, con una media de edad de 49.30 años ($DT = 9.73$) y un rango de 32 a 71 años. Dicho grupo se extrajo de una muestra de población general, estratificada por sexo y edad, de 570 hombres y 599 mujeres con un rango de edad de 18 a 93 años que formaba parte de un estudio más amplio realizado para la obtención de los baremos del ZKPQ, cumpliendo las proyecciones censales en la distribución por sexo y edad del IDESCAT para el año 2000 (Gomà-i-Freixanet et al., 2003).

Instrumentos de evaluación

Para la evaluación de la personalidad se utilizó el *Cuestionario de Personalidad de Zuckerman y Kuhlman* (Zuckerman y Kuhlman, 1993). Dicho instrumento contiene 99 ítems que evalúan cinco dimensiones básicas de personalidad. Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx, 19 ítems): esta escala se refiere a estar frecuentemente preocupado, disgustado, ser miedoso, indeciso, falta de autoconfianza y muy sensible a las críticas.

Actividad (Act, 17 ítems) se divide en dos subescalas: *Actividad General* (GenAct) describe la necesidad de tener una actividad general continua y la incapacidad para descansar cuando no hay nada por hacer, y *Esfuerzo por el Trabajo* (WorkAct) que evalúa la preferencia por trabajos desafiantes y difíciles, así como un alto grado de energía para trabajar y hacer varias tareas a la vez. Sociabilidad (Sy, 17 ítems) también se divide en dos. La primera subescala, *Fiestas y Amigos* (Parties) pregunta acerca de los amigos que se tienen, el tiempo que se pasa con ellos y el gusto por asistir a fiestas y reuniones sociales; la segunda, *Intolerancia al Aislamiento* (Isol) indica la preferencia por la compañía de otros en contraste a estar solo y realizar actividades solitarias. Impulsividad-Búsqueda de Sensaciones (ImpSS, 19 ítems) es la suma de dos subescalas: *Impulsividad* (Imp) se refiere a la falta de planificación y a la tendencia a actuar sin pensar, y *Búsqueda de Sensaciones* (SS) describe la necesidad general de aventura y excitación, la preferencia por situaciones y amigos impredecibles, y la voluntad de asumir riesgos por el mero hecho de vivirlos. El contenido de dicha escala es general y no describe actividades específicas tales como el consumo de alcohol o el sexo. Agresividad-Hostilidad (Agg-Host, 17 ítems) manifiesta la predisposición a expresar agresividad verbal, tener un comportamiento grosero y descuidado con los demás e impaciencia. Dicho instrumento también incluye una escala denominada Infrecuencia (Infreq, 10 ítems) que detecta falta de atención al responder y se considera como una medida de calidad de las respuestas del sujeto al cuestionario. Es una escala con una distribución muy asimétrica, con la mayoría de puntuaciones entre 0 y 1.

Dicho instrumento ha mostrado buenas propiedades psicométricas en muestras españolas, con coeficientes de fiabilidad test-retest comprendidos entre .77 y .91, y coeficientes alfa de consistencia interna entre .67 y .84. La estructura factorial ha sido replicada en muestras españolas, incluyendo población general (Gomà-i-Freixanet, Valero, Muro y Albiol, 2008b; Gomà-i-Freixanet, Valero, Puntí y Zuckerman, 2004) con coeficientes de congruencia de .84 a .96 (Gomà-i-Freixanet et al., 2004). Dicho instrumento ha mostrado también validez de consenso (Gomà-i-Freixanet, Wismeijer y Valero, 2005) así como una buena validez discriminante en muestras clínicas con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (Gomà-i-Freixanet, Soler, Valero, Pascual y Pérez, 2008a; Pascual et al., 2007) o Trastorno por Déficit de Atención (Martínez et al., 2010; Valero et al., 2012). El ZKPQ también proporciona baremos para la población general española (Gomà-i-Freixanet y Valero, 2008).

Para evaluar la coocurrencia psiquiátrica en las pacientes con síndrome fibromiálgico se utilizaron los siguientes instrumentos:

- *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión* (HAD; Zigmond y Snaith, 1983): escala autoadministrada utilizada como instrumento de detección o cribado de sintomatología ansiosa y depresiva en servicios hospitalarios. Está constituida por 14 ítems, en formato escala tipo Likert de

tres grados que evalúa la intensidad y frecuencia del síntoma (0, nunca o ninguna intensidad y 3, casi todo el día, muy intenso). El HAD es el instrumento de elección para evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con fibromialgia (Rivera et al., 2006), dado que la escala está diseñada de manera que la evaluación no se vea afectada por la sintomatología física que presenta el paciente.

- *Inventario de Depresión de Beck* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961): instrumento autoadministrado que evalúa la gravedad del cuadro depresivo.
- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970): instrumento autoadministrado que evalúa la ansiedad como estado y como rasgo.
- *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R; Derogatis, 1977): es un cuestionario multidimensional autoadministrado. El paciente tiene que seleccionar mediante una escala tipo Likert de cinco grados hasta qué punto se ha sentido molesto, durante los últimos siete días, por una serie de 90 problemas (0 no la ha molestado en absoluto y 4 le ha molestado de manera extrema). El cuestionario explora 9 dimensiones o perfiles psicopatológicos: Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Ira-Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo.

Todos los instrumentos acabados de enumerar, están recomendados para la valoración psicológica de los pacientes con FM según el documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología (Rivera et al., 2006).

Procedimiento

Se seleccionaron los pacientes que cumplieran criterios de FM en los dos servicios mencionados y que mostraron su conformidad en participar en el estudio. En primer lugar, mediante una entrevista, se recogieron los datos sociodemográficos y otras variables de interés tales como la coocurrencia psiquiátrica, el tratamiento farmacológico, el nivel de estudios, el número total de puntos diagnósticos (*tender points*), así como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico inicial de FM. Posteriormente se les administró el instrumento de evaluación de la personalidad. En una segunda sesión, se realizó la evaluación clínica.

Se consideraron criterios de exclusión: presentar dificultades de comprensión oral y/o escrita, la presencia de trastorno mental severo y obtener puntuaciones no interpretables en los instrumentos de evaluación. Se utilizó el siguiente procedimiento: en el grupo de pacientes procedentes del Servicio de Reumatología, dicha información se recogió de su historial clínico. En relación al grupo procedente del Servicio de Psiquiatría, las pacientes que en su historial médico no constaba el diagnóstico de trastorno mental, se procedió a administrar los siguientes instrumentos y a establecer el diagnóstico clínico: *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R) y la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión* (HAD). En el ca-

so que los resultados del HAD indicaran sintomatología ansiosa y/o depresiva, se procedió a administrar el *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI) y/o el *Inventario de Depresión de Beck* (BDI). En ambas muestras se estableció el diagnóstico de trastorno mental basándose en los criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV-TR; APA, 2000).

Desde el punto de vista metodológico, se utilizó una estrategia de casos y controles, seleccionando dos controles para cada caso de manera estratificada y aleatoria según edad. El Comité Ético de ambos hospitales aprobó el protocolo y las participantes firmaron el consentimiento informado. Dicho estudio se llevó a cabo siguiendo las directrices de la Declaración de Helsinki (Rickham, 1964). Ambos grupos colaboraron de manera voluntaria y sin ninguna retribución.

Análisis de datos

Las variables sociodemográficas así como la coocurrencia psiquiátrica y el tratamiento farmacológico se presentan en porcentajes. Para evaluar las diferencias entre grupos, se utilizó la prueba *t* de Student de comparación de medias para grupos independientes y se calculó el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen. Así mismo se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach.

Con el objetivo de evaluar la capacidad discriminante de las escalas y subescalas del ZKPQ en el diagnóstico de pacientes con fibromialgia, se realizó un análisis de regresión logística utilizando el método de entrada condicional de los predictores. Dado el pequeño número de predictores, el grado de significación se mantuvo en el 5% para determinar la entrada de una variable en la ecuación. Se incluyeron en el análisis todas las variables que resultaron significativas en la comparación de medias (N-Anx, Sy, WorkAct e Isol). Se tes-

taron dos modelos, en el primero se incluyeron sólo las escalas (N-Anx y Sy), y en el segundo se añadieron además las subescalas que resultaron significativas (N-Anx, WorkAct e Isol). Para la ejecución de la regresión logística los grupos fueron codificados, asignando 1 al grupo con FM y 0 al grupo control. Todos los tests estadísticos fueron bilaterales y el riesgo alfa asumido fue del 5%. Los datos recogidos se analizaron mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 19.0.

Resultados

Estadísticos descriptivos

La muestra clínica final estuvo compuesta por 47 mujeres diagnosticadas de FM. El nivel de estudios se distribuyó de la siguiente manera: 46.8% habían realizado estudios primarios, 12.8% medios y 6.4% superiores. La coocurrencia psiquiátrica y el tratamiento farmacológico de las pacientes se recogen en la Tabla 1. El 51.1% de las pacientes había sido diagnosticada de algún trastorno coadyuvante, el 34% no presentaba ningún trastorno mental y el 14.9% restante, aun habiendo mostrado su consentimiento y haber respondido al test de personalidad, no se presentaron al seguimiento. Respecto al tratamiento farmacológico recibido, los antidepresivos, seguidos de los antiinflamatorios y los ansiolíticos fueron los fármacos más utilizados. En relación al diagnóstico de fibromialgia se registró el número de puntos de dolor *tender points* ($M = 14.78$, $DT = 2.65$), así como el tiempo transcurrido desde el establecimiento del diagnóstico inicial hasta el momento de la evaluación ($M = 47.97$ meses, $DT = 39.73$).

Tabla 1. Coocurrencia psiquiátrica (%) y tratamiento farmacológico (%) del grupo de pacientes con fibromialgia.

Tabla 1. Comorbencia psiquiátrica (%) tratamiento farmacológico (%) de grupo de pacientes con asma aguda.					
Tr. del estado de ánimo		Tr. adaptativo	Tr. Somatomorfo	No Diagnóstico	No valoración
36.2		12.8	2.1	34	14.9
Antidepresivos	Ansiolíticos	Antiinflamatorios	Antialgicos	Antiepilépticos	Antipsicóticos
66	38.3	42.6	31.9	12.8	6.4

Comparación del grupo de pacientes con fibromialgia y controles

La muestra control estuvo compuesta por 94 mujeres. El nivel de estudios se distribuyó de la siguiente manera: primarios 33%, medios 28.7% y superiores 38.3%. Las medias, desviaciones estándar y las diferencias de medias del ZKPQ entre ambos grupos, así como el tamaño del efecto, se muestran en la Tabla 2. Los coeficientes de consistencia interna oscilaron entre .82 – .72 (N-Anx - Agg-Host) y entre .81 – .63 (N-Anx - Agg-Host) para el grupo control y el de FM

respectivamente. Ambos grupos se diferenciaron significativamente en las escalas N-Anx ($t_{(139)} = 5.27$, $p < .001$, $d = .97$), Sy ($t_{(139)} = 2.84$, $p = .005$, $d = .52$) e Infreq ($t_{(139)} = 2.03$, $p = .046$, $d = .37$), y en las subescalas WorkAct ($t_{(139)} = 1.99$, $p = .049$, $d = .35$) e Isol ($t_{(139)} = 3.37$, $p < .001$, $d = .61$). La escala N-Anx es la que presentó un mayor tamaño del efecto. El grupo de pacientes con FM puntuó significativamente más alto en la dimensión N-Anx y en la escala de Infreq, y significativamente más bajo en Sy y en las subescalas WorkAct e Isol.

Tabla 2. Medias, desviaciones estándar, diferencia de medias y *d* de Cohen de las escalas del ZKPQ para ambos grupos.

Escala	Grupo fibromialgia (<i>n</i> = 47)		Grupo control (<i>n</i> = 94)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
ZKPQ							
N-Anx	13.94	3.73	9.94	4.48	5.27	.001	0.97
Act	8.02	3.42	8.02	3.50	0.00	.99	0.00
GenAct	5.21	2.43	4.62	2.56	1.32	.19	0.24
WorkAct	2.81	1.80	3.40	1.62	1.99	.05	0.35
Sy	5.13	3.13	6.85	3.53	2.84	.005	0.52
Parties	2.38	1.57	2.72	1.79	1.11	.27	0.20
Isol	2.74	2.17	4.13	2.36	3.37	.001	0.61
ImpSS	6.85	3.20	6.63	3.71	0.35	.73	0.06
Imp	3.17	1.87	2.74	2.00	1.22	.23	0.22
SS	3.68	2.19	3.88	2.48	0.47	.64	0.08
Agg-Host	5.74	2.76	6.41	2.98	1.29	.20	0.23
Infreq	2.70	2.03	2.00	1.73	2.03	.05	0.37

Nota. ZKPQ = Zukerman-Kuhlman Personality Questionnaire; N-Anx = Neuroticismo-Ansiedad; Act = Actividad; Sy = Sociabilidad; ImpSS = Impulsividad-Búsqueda de Sensaciones; Agg-Host = Agresión-Hostilidad; Infreq = Infrecuencia; GenAct = Actividad General; WorkAct = Esfuerzo en el trabajo; Parties = Fiestas y amigos; Isol = Intolerancia al aislamiento.

Capacidad discriminante del ZKPQ a nivel de escalas y subescalas

El modelo final obtenido del análisis de regresión logística fue estadísticamente significativo ($\chi^2_{(2)} = 33.46$, $p < .005$). La Tabla 3 muestra el resultado de la regresión, siendo los predictores estadísticamente significativos el N-Anx y la subescala Isol. Estas dos variables son las únicas que mantienen su significación estadística, incluso cuando se incluye la escala de Infreq como variable de ajuste. Los resultados obtenidos indican que puntuaciones elevadas en Neuroticismo-Ansiedad y bajas en Intolerancia al aislamiento están asociadas a una mayor probabilidad de presentar un diagnóstico de Fibromialgia.

Tabla 3. Análisis de regresión logística de las escalas del ZKPQ.

Escala	<i>B</i>	<i>Wald</i>	<i>Sig.</i>	OR	(IC 95%)
N-Anx	0.215	18.23	<.0001	1.24	(1.12 – 1.37)
Isol	-0.241	7.19	.007	0.79	(0.66 – 0.94)

Nota: Grupo Fibromialgia = 1; Grupo control = 0; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de Confianza; N-Anx = Neuroticismo-Ansiedad; Isol = Intolerancia al aislamiento.

Discusión

Este es el primer estudio llevado a cabo para determinar la relación entre FM y el ZKPQ, y uno de los pocos que tratan de establecer la relación entre dicha entidad diagnóstica y la personalidad normal. Mediante un diseño de casos y controles, con dos controles para cada caso, apareados por sexo y edad, la comparación de ambos grupos nos describe un perfil de personalidad de los pacientes con FM caracterizado por elevadas puntuaciones en N-Anx y bajas en Sociabilidad. A nivel de subescalas también se han hallado diferencias significativas con bajas puntuaciones en Esfuerzo por el Trabajo y en Intolerancia al aislamiento. Así pues, dichos pacientes pueden ser descritos como altamente ansiosos, indecisos, sensibles a las críticas y faltos de autoconfianza; así como

poco sociables y amantes de la soledad, a la vez que refieren poca energía para trabajar disgustándoles las tareas desafiantes y difíciles. Es interesante destacar el comportamiento diferencial de los dos rasgos (Actividad y Sociabilidad) que constituyen la dimensión Extraversión en el AFFM. Los pacientes con FM se describen como poco sociables pero igualmente activos. Dicha información puede ser útil a nivel clínico ya que no es lo esperable de una enfermedad que cursa con fatiga persistente y dolor crónico generalizado. Así, el grupo con FM se diferencia del grupo control en Sociabilidad pero no en Actividad. Besteiro y colaboradores (2008) en una muestra muy similar a la nuestra, también procedente de un servicio de Reumatología y de Psicología, hallaron que dichos pacientes puntuaron alto en Neuroticismo y bajo en Extraversión y en Gregarismo. Teniendo en cuenta que la Sociabilidad es un rasgo de la Extraversión, y un bajo gregarismo se podría paralelar con una alta tolerancia al aislamiento, podemos concluir que los resultados obtenidos en ambas muestras españolas son muy similares. Así, el hecho de obtener resultados prácticamente iguales en dos muestras diferentes y utilizando diferentes instrumentos para la evaluación de la personalidad, aporta una gran robustez y valor de replicación al perfil hallado en pacientes diagnosticados de FM.

En este punto es preciso resaltar los resultados obtenidos en la escala Infreq. Dicha escala evalúa la calidad de las respuestas proporcionadas por los sujetos, considerándose un indicador de deseabilidad social. Las puntuaciones obtenidas por los pacientes con FM son elevadas si la comparamos con las obtenidas por el grupo control y con otras obtenidas en diferentes entidades nosológicas utilizando el mismo instrumento para la evaluación de la personalidad (Gomà-i-Freixanet et al., 2008a; Martínez et al., 2010; Valero et al., 2012). El cuestionario NEO PI-R no dispone de una escala similar para evaluar la deseabilidad, de ahí que no dispongamos de datos para comparar. Sin embargo, un estudio reciente (Pérez-Pareja et al., 2010) en FM y utilizando el

MMPI-2 aporta resultados similares en relación a la deseabilidad social. El MMPI-2 dispone, entre otras, de escalas de validez que nos aportan información acerca de los patrones inconsistentes de respuesta (F), una descripción desfavorable acerca de sí mismo (Fb) y una auto adjudicación excesiva de psicopatología (Fp). Así pues, en ambos estudios y utilizando instrumentos diferentes, hallamos un patrón similar de respuesta en la FM presentándose los pacientes de manera desfavorable. Algunos autores como Yunus (2007) han hipotetizado que los pacientes con FM se caracterizarían por un estado de hipersensibilidad lo que daría lugar a un estilo de respuesta caracterizado por un excesivo reporte de sintomatología en las medidas autoinformadas. Este hecho daría lugar a pensar que los pacientes con FM tienden a magnificar la sintomatología reportando mayores niveles de disconfort o bien a responder de manera sesgada; de ahí la importancia que adquiere utilizar instrumentos para la evaluación de la personalidad que contengan escalas para el control de la validez de las respuestas obtenidas en los autoinformes.

Algunos autores (Gatchel, Peng, Peters, Fuch y Turk, 2007) refieren que este sesgo en la respuesta podría estar encaminado a la obtención de beneficios secundarios a la enfermedad tales como el mantenimiento del “rol de enfermo” o bien podría interpretarse como una “demanda de ayuda” por parte del paciente. A pesar de que nuestro estudio no controló el hecho de que las pacientes estuvieran de baja laboral o tuvieran algún grado de incapacidad, en el estudio de Pérez-Pareja et al. (2010) se indica que dicha variable sí había sido controlada considerándose un criterio de exclusión. Así pues, a pesar de que nuestro estudio no controló dicha variable y el de Pérez-Pareja et al. (2010) sí, los resultados obtenidos en ambos estudios apuntan a una misma dirección dando verosimilitud a la hipótesis del “beneficio secundario” y/o “demanda de ayuda” en los pacientes con FM. Hay que resaltar que la utilización del ZKPQ nos aporta además datos complementarios en relación a lo que estamos comentando, ya que dicho instrumento contiene una subescala denominada Esfuerzo por el Trabajo que evalúa la preferencia por trabajos difíciles y desafiantes. Efectivamente, los pacientes con FM puntuaron significativamente más bajo en dicha escala en comparación con el grupo control. En relación a la capacidad discriminante de las variables de personalidad mediante un modelo multivariante utilizando la regresión logística, la primera variable que entró en el modelo fue N-Anx seguida de Intolerancia al Aislamiento. Así, puntuaciones elevadas en N-Anx y bajas en Intolerancia al Aislamiento serían factores de alta probabilidad para ser diagnosticado de FM.

Finalmente señalar lo que podrían considerarse limitaciones de nuestro estudio. En primer lugar, la procedencia de nuestros pacientes, la mayoría de los cuales pertenecían a un servicio de Psiquiatría, frente a un pequeño número procedente de un servicio de Reumatología. No disponer de su-

ficientes pacientes atendidos únicamente en Reumatología y que no hubieran requerido asistencia psicológica, no ha posibilitado la comparación entre ambos subgrupos. Ello nos podría informar de cuáles son los rasgos de personalidad de aquellas personas que padecen FM y buscan ayuda en un servicio de Psiquiatría, frente a los que solamente acuden al servicio de Reumatología. Poder comparar estos dos grupos nos aportaría información acerca de si comparten los mismos rasgos de personalidad o si hemos evaluado a aquellos pacientes más ansiosos y más preocupados por su salud. En segundo lugar, la naturaleza del grupo control. Dichos sujetos fueron extraídos de una muestra de población general mucho más amplia encaminada a la obtención de los datos normativos del ZKPQ. Como consecuencia, dichos sujetos no disponían de otras evaluaciones más que la medida de personalidad, edad, sexo y estudios. No es posible describir esta muestra en términos de diagnóstico de fibromialgia y/o trastorno mental. Sin embargo, este grupo control, emparejado con los pacientes con FM por edad y sexo de acuerdo a una selección estratificada aleatoria y constituido por sujetos reclutados en diferentes contextos sociales proporciona un grupo comparativo dotado de una elevada validez ecológica (Gomà-i-Freixanet et al., 2008a; Valero et al., 2012). Finalmente, en futuros estudios sería necesario tener en consideración la inclusión de medidas para cuantificar el dolor, variable crucial en la FM y que no ha sido evaluada en el presente trabajo.

En conclusión, dicho estudio aporta información muy valiosa acerca de la utilidad de los modelos dimensionales para la evaluación de la personalidad normal en pacientes con FM. El hecho de disponer, además de las anteriormente citadas, de una subescala para evaluar esfuerzo por el trabajo (WorkAct) y otra que nos da indicaciones acerca de la calidad de las respuestas proporcionadas por los pacientes (Infreq) aporta evidencia complementaria para una mejor conceptualización de la FM. A pesar de que estudios anteriores ya informaban de elevadas puntuaciones en neuroticismo, estos nuevos hallazgos proporcionan información adicional que puede ayudar a una mejor comprensión de la manifestación y mantenimiento de la FM. A partir de los resultados obtenidos, propugnamos que médicos y psicólogos trabajen conjuntamente en la construcción de un paradigma donde la perspectiva médica y la psicológica sean ambas consideradas para una evaluación diagnóstica individualizada y una mejor conceptualización de dicha entidad médica.

Agradecimientos.- Deseamos mostrar nuestro agradecimiento al Dr. Lluís Maestre por su orientación y asesoramiento, así como a las participantes de este estudio. Dicho estudio ha sido parcialmente subvencionado por el proyecto de la Generalitat de Catalunya 2009 SGR 1450, “Comportamientos, estilos de vida y salud en mujeres”.

Referencias

- Ahles, T.A., Yunus, M. B., Riley, S. D., Bradley, J. M. y Masi, A.T. (1984). Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, 27, 1101-1106.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, I. J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Besteiro, J., Álvarez, M., Lemos, S., Muñoz, 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, 411-427.
- Carmona, L., Ballina, J., Gabriel, R. y Laffon, A. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: Results from a national survey. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 60, 1040-1045.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90 Manual*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine.
- Epstein, S. A., Kay, G., Clauw, D., Heaton, R., Klein, D., Krupp, L., Kuck, J., Leslie, V., Masur, D., Wagner, M., Waid, R. y Zisook, S. (1999). Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia: A multicenter investigation. *Psychosomatics*, 40, 57-63.
- Fietta, P., Fietta, P. y Manganelli, P. (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomedica*, 78, 88-95.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuch, P. N. y Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133, 581-624.
- Goldenberg, D. L. (2004). Fibromyalgia: To diagnose or not. Is that still the question? *The Journal of Rheumatology*, 31, 633-635.
- Gomà-i-Freixanet, M., Soler, J., Valero, S., Pascual, J. C. y Pérez, V. (2008a). Discriminant validity of the ZKPQ in a sample meeting BDP diagnosis vs. normal-range controls. *Journal of Personality Disorders*, 22, 178-190.
- Gomà-i-Freixanet, M. y Valero, S. (2008). Spanish normative data of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ) in a general population sample. *Psicothema*, 20, 324-330.
- Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Muro, A. y Albiol, S. (2008b). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire: Psychometric properties in a sample of the general population. *Psychological Reports*, 103, 845-856.
- Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Puntí, J., Comas, J., Salcedo, A. y Zuckerman, M. (2003). Psychometric appraisal of the ZKPQ in a general population. XI Biennial Meeting of the International Society for the Study of Individual Differences, Graz, Austria.
- Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Puntí, J. y Zuckerman, M. (2004). Psychometric properties of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 134-146.
- Gomà-i-Freixanet, M., Wismeijer, A. A. y Valero, S. (2005). Consensual validity parameters of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire: Evidence from self-reports and spouse reports. *Journal of Personality Assessment*, 84, 279-286.
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. New York: Oxford University Press.
- Malin, K. y Littlejohn, G. (2012). Personality and Fibromyalgia Syndrome. *The Open Rheumatology Journal*, 6, 273-285.
- Martínez, Y., Bosch, R., Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Ramos-Quiroga, J. A., Nogueira, M. y Casas, M. (2010). Variables diferenciales de personalidad en los subtipos de TDAH en la edad adulta. *Psicothema*, 22, 236-41.
- Nicasio, 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, 271-279.
- Nihalani, N.D., Schwartz, T. y Chlebowski, S. (2006). Fibromyalgia: A review for the psychiatrist. *Psychiatry*, 3, 44-59.
- Osorio, C. D., Gallinaro, A. L., Lorenzi-Filho, G. y Lage, L. V. (2006). Sleep quality in patients with fibromyalgia using the Pittsburgh Sleep Quality Index. *The Journal of Rheumatology*, 33, 1863-1865.
- Pascual, J. C., Soler, J., Baiget, M., Cortés, A., Menoyo, A., Barrachina, J., Ropero, M., Gomà-i-Freixanet, M., Alvarez, E. y Pérez, V. (2007). Association between the serotonin transporter gene and personality traits in borderline personality disorder patients evaluated with Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 382-386.
- Payne, T. C., Leavitt, F., Garron, D. C., Golden, H. E., Glikmann, P. B. y Vanderplate, C. (1982). Fibromyalgia and psychological disturbance. *Arthritis and Rheumatism*, 25, 213-217.
- Pérez-Pareja, J., Sesé, A., González-Ordi, H. y Palmer, A. (2010). Fibromyalgia and chronic pain: Are there discriminating patterns by using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 41-56.
- Raselli, C. y Broderick, J. E. (2007). The association of depression and neuroticism with pain reports: A comparison of momentary and recalled pain massessment. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 313-320.
- Rickham, P.P. (1964). Human Experimentation: Code of Ethics of the World Medical Association. Declaration of Helsinki. *British Medical Journal*, 2, 177-180.
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J. J., Martínez, F. G., Tornero, J., Vallejo, M. A. y Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2, 55-66.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Staud, R. (2007). Future perspectives: Pathogenesis of chronic muscle pain. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 21, 581-596.
- Theadom, A. y Cropley, M. (2008). Dysfunctional beliefs, stress and sleep disturbance in fibromyalgia. *Sleep Medicine*, 9, 376-381.
- Valero, S., Ramos-Quiroga, J. A., Gomà-i-Freixanet, M., Bosch, R., Gómez-Barros, N., Nogueira, M., Palomar, G., Corrales, M. y Casas, M. (2012). Personality profile of adult ADHD: The alternative five factor model. *Psychiatry Research*, 198, 130-134.
- Van Houdenhove, B., Neerinx, E., Lysens, R., Vertommen, H., Van Houdenhove, L., Onghena, P., Westhovens, R. y D'Hooghe, M. B. (2001). Victimization in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in tertiary care: A controlled study on prevalence and characteristics. *Psychosomatics*, 42, 21-28.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I. J. y Herbert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis and Rheumatism*, 38, 19-28.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M. y Clark, P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33, 160-172.
- Yunus, M. B. (2007). Fibromyalgia and overlapping disorders: The unifying concept of Central Sensitivity Syndromes. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 36, 339-356.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zuckerman, M. (1984). Sensation seeking: A comparative approach to a human trait. *Behavioral and Brain Sciences*, 7, 413-417.
- Zuckerman, M. (1992). What is a basic factor and which factors are basic? Turtles all the way down. *Personality and Individual Differences*, 13, 675-681.
- Zuckerman, M. (2005). *Psychobiology of Personality* (2nd edition). Cambridge: Cambridge University Press.
- Zuckerman, M. y Kuhlman, D. (1993). Norms for the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ). Unpublished manuscript.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D. y Camac, C. (1988). What lies beyond E and N? Factor analyses of scales believed to measure basic dimensions of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 96-107.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D., Joireman, J., Teta, P. y Kraft, M. (1993). A comparison of three structural models for personality: The Big Three, the Big Five, and the Alternative Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 757-768.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D., Thornquist, M. y Kiers, H. (1991). Five (or three): Robust questionnaire scale factors of personality without culture. *Personality and Individual Differences*, 12, 929-941.

(Artículo recibido: 1-6-2012; revisión recibida: 30-9-2013; aceptado: 29-10-2013)