



**Universitat de les  
Illes Balears**

Facultad de Psicología

**Memoria de Trabajo de Fin de Grado**

# Rasgos de personalidad, estrategias de enfrentamiento y dolor crónico en pacientes con fibromialgia

Margalida Arrom Coll

**Grado de Psicología**

Año académico 2015-16

DNI del alumno: 43149966B

Trabajo tutelado por Carolina Sitges Quirós  
Departamento de Psicología

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con finalidades exclusivamente académicas y de investigación

Autor		Tutor	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palabras clave del trabajo:

Dolor crónico, afrontamiento, personalidad, fibromialgia.

# Índice

Resumen .....	2
Abstract .....	2
Introducción .....	3
Método .....	6
Participantes .....	6
Instrumentos .....	7
McGill Pain Questionnaire (MPQ) .....	7
Coping Strategy Questionnaire (CSQ) .....	7
West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI) .....	8
NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) .....	8
Procedimiento .....	9
Resultados .....	10
Estadísticos descriptivos .....	10
Análisis correlacional .....	11
Discusión .....	14
Referencias .....	17
Annexos .....	22
Anexo 1 .....	22
Anexo 2 .....	23

# Resumen

El objetivo de este estudio fue conocer cómo influyen las estrategias de afrontamiento y la personalidad en la percepción de dolor y la interferencia de éste en la vida diaria de un grupo de pacientes con fibromialgia. Para ello, pasamos a una muestra de 13 pacientes con diagnóstico de fibromialgia cuatro cuestionarios que median dichas variables. Los resultados demostraron que las estrategias de afrontamiento que menos interfieren en la vida diaria de estos pacientes son las autoinstrucciones, ignorar el dolor y las respuestas distractoras, siendo la catastrofización y la fe y plegarias las que más interfieren. Por último, también se observó que los rasgos de personalidad más adaptativos son la extroversión y la apertura a las experiencias, siendo el neuroticismo el menos adaptativo.

**Palabras clave:** fibromialgia, dolor crónico, afrontamiento, personalidad.

# Abstract

The aim of the study was to determine how coping strategies and personality influence pain perception and its interference in everyday life of a group of fibromyalgia patients. To evaluate this, a sample of 13 patients diagnosed with fibromyalgia had to answer four questionnaires that mediate these variables. The results showed that the coping strategies that had less interference in patients' lives were self-instructions, ignoring pain and distracting responses. On the other hand, the strategies that have a greater influence were catastrophizing and faith and prayers. Last of all, we observed that openness to experiences and extraversion personality trait were the most adaptive, whereas neuroticism showed the worst results regarding this aspect.

**Keywords:** fibromyalgia, chronic pain, coping, personality.

# Introducción

Las enfermedades reumáticas se definen como aquellos desórdenes del sistema musculoesquelético que no son consecuencia de un golpe o traumatismo y que comprometen, en distintos grados, la función de éste. Este sistema está formado por huesos, músculos, tendones, bolsas sinoviales, ligamentos y articulaciones (Romero, 2010). En el año 2000, la Sociedad Española de Reumatología (SER) realizó el estudio EPISER para conocer la prevalencia de estas enfermedades en España, en donde se observó que el 18% de los españoles mayores de 20 años padecen alguna enfermedad reumática. Las más frecuentes son: la artrosis, que afecta al 16%, el dolor lumbar, que se observa en casi el 15%, la osteoporosis, que aflige al 3,4% y la fibromialgia, que afecta al 2,4% de los españoles (Carmona, 2001).

La fibromialgia se caracteriza por una rigidez aguda al levantarse, una sensación de agotamiento, trastornos del sueño, parestesias en las partes distales de las extremidades, una sensación subjetiva de hinchazón que no se observa en la exploración física y un dolor crónico generalizado, especialmente intenso en las articulaciones y en la columna vertebral (Quijada, García, & Valenzuela, 2000). Su etiología es todavía desconocida, ya que, aunque la sensibilización central se considera el principal mecanismo implicado (Yunus, 1992), hay muchos otros factores (genéticos, inmunológicos, hormonales y psicológicos) que pueden desempeñar un papel importante (Arnold et al., 2004; Crofford, 2002; Giesecke et al., 2003; Middleton, McFarlin, & Lipsky, 1994; Quijada et al., 2000). Para poder diagnosticar la fibromialgia deben cumplirse, según el Colegio Americano de Reumatología (ACR, en inglés), tres criterios diagnósticos: (1) Índice de dolor generalizado (WPI)  $\geq 7$  y puntuación en la escala de gravedad de síntomas (SS)  $\geq 5$  o WPI 3–6 y puntuación en la escala SS  $\geq 9$ ; (2) Los síntomas han estado presentes durante 3 meses; (3) El paciente no puede explicar el dolor a partir de una patología (Wolfe et al., 2010).

El dolor crónico es el síntoma principal de la fibromialgia. El dolor se define, según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, en inglés), como una experiencia subjetiva, sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial (Merskey & Nikolai, 1994), y cuando

persiste durante más de tres meses se considera crónico (Pérez-Pareja, Borrás, Sesé, & Palmer, 2005; Queraltó, 2005). El hecho de que el dolor crónico persista durante tanto tiempo provoca un grado de tensión sostenida que suele percibirse como amenazante, ya que tiene serias repercusiones laborales, sociales, familiares y económicas. Esto hace que el individuo tenga que poner en marcha una serie de mecanismos para paliar los daños provocados por el estresor. Estos mecanismos, más conocidos como estrategias de afrontamiento, son "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus & Folkman, 1984).

Las investigaciones sobre el afrontamiento en dolor crónico se centran básicamente en averiguar dos cosas: cuáles son las estrategias que están relacionadas con una mejor adaptación al dolor y qué otros factores influyen en dicha adaptación. Ésta labor es bastante complicada, ya que este proceso dependerá del momento de la valoración, de las condiciones que rodean a la persona y de las relaciones interpersonales estresantes (Anarte & Camacho, 2003; Esteve, Rodríguez-Parra, & López, 2000; Reich, Johnson, Zautra, & Davis, 2006; Torre & Martín-Corral, 2008). La importancia del estudio del afrontamiento en la fibromialgia viene dado porque la forma en que la persona reaccione ante los síntomas determinará, en gran medida, el pronóstico de la misma (Smith, Strachan, & Buchwald, 2009; Soriano & Monsalve, 2005). El hecho de que las personas con dolor crónico utilicen una estrategia u otra viene determinado, de alguna forma, por las creencias que tiene la persona sobre el dolor (Gaviria et al., 2006). Estas estrategias que utilizamos no siempre ayudan de forma positiva a la hora de superarlo, es decir, que aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que hacemos no siempre disminuyen el dolor, sino que pueden aumentarlo. Existen diversos modos de clasificar las estrategias de afrontamiento y, siguiendo esta línea, un modo de hacerlo es dividir las en dos grandes grupos: adaptativas y desadaptativas. Las desadaptativas son aquellas estrategias que se asocian con un peor funcionamiento físico y psicológico al producir un incremento de impotencia, presión y dolor. En cambio, las adaptativas son aquellas estrategias que se relacionan con un mejor

funcionamiento psicológico y físico (Nicholas, Wilson, & Goyen, 1992). Según Rodríguez, Cano y Blanco (2004), entre las estrategias desadaptativas encontramos catastrofización, fe y plegarias, y entre las estrategias adaptativas encontramos conductas distractoras, autoinstrucciones, ignorar el dolor, reinterpretar el dolor, la esperanza y la distracción cognitiva.

Otro factor importante que influye en la percepción del dolor crónico son los rasgos de personalidad, definidos como “patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales” (First, Frances, López-Ibor, & Pincus, 2002). Es más, diversos autores sostienen que existe una relación entre dichos rasgos y las estrategias de afrontamiento (Fantin, Florentino, & Correché, 2005) y que, estos rasgos determinan las estrategias de afrontamiento que desarrollará el individuo ante el estresor (Vargas, Parés, Queraltól, Arsego, & Álvarez, 2005). Este gran avance empezó en el año 1990, cuando algunos investigadores consideraron que la inclusión de rasgos de personalidad mejoraría las predicciones, tanto en la valoración como en el afrontamiento en el proceso del estrés (Ben-Porath & Tellegen, 1990; Costa & McCrae, 1990). En la actualidad existe un cierto consenso sobre la existencia de cinco grandes factores de la personalidad: neuroticismo, extraversión, amabilidad, apertura y responsabilidad. Sin embargo, encontramos pocos trabajos de dolor crónico que relacionen las estrategias de afrontamiento con los rasgos de personalidad (Connor-Smith & Flachsbart, 2007). Es más, en estos trabajos aparecen resultados contradictorios (Uehara, Sakado, Sakado, & Sato, 1999) e incluso se cuestionan la importancia de las dimensiones de personalidad en el afrontamiento. Esto último se debe a que se obtienen bajas relaciones entre dichas dimensiones (Brebner, 2001).

El objetivo principal de esta investigación fue conocer cómo influye la personalidad y las estrategias de afrontamiento en la percepción de dolor y la interferencia de este en la vida diaria de un grupo de pacientes con fibromialgia.

# Método

## Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico de 13 pacientes con diagnóstico de fibromialgia que asistían a la Asociación de Fibromialgia de Inca y Comarcas (AFIC), en Inca (Mallorca). En cuanto a los datos sociodemográficos, el 84,6% de la muestra fueron mujeres y el 15,4% fueron hombres con edades comprendidas entre 30 y 60 años ( $37,00 \pm 2,82$  años en hombres;  $48,45 \pm 9,36$  años en mujeres). El 76,9% estaban casados, el 7,7% solteros, el 7,7% separados y el 7,7% con unión libre. En cuanto al nivel educativo, el 38,5% de los sujetos tenía el grado de primaria, el 30,6% el grado de secundaria, el 23,1% el grado medio y el 7,7% el grado superior. Finalmente, el 23,1% estaba desempleado, el 7,7% estaba empleado, el 15,4% era autónomo, el 46,2% tenía pensión y el 15,4% tenía baja por enfermedad (Tabla 1).

Tabla 1. *Características sociodemográficas de los participantes.*

	Variabes	Frecuencia (%)
Género	Hombre	15,4%
	Mujer	84,6%
Nivel Educativo	Primaria	38,5%
	Secundaria	30,6%
	Grado medio	23,1%
	Grado superior	7,7%
Estado Civil	Casado	76,9%
	Unión Libre	7,7%
	Separado	7,7%
	Soltero	7,7%
Ocupación	Pensión	46,2%
	Desempleado	23,1%
	Autónomo	15,4%
	Empleado	7,7%
	Baja por enfermedad	15,4%

## **Instrumentos**

### ***McGill Pain Questionnaire (MPQ)***

Este instrumento, desarrollado originalmente por Melzack (1970) y con versión española de Lázaro et al. (1994), está formado por 66 descriptores del dolor que se encuentran divididos en 20 subclases y que evalúan 4 dimensiones. Las dimensiones o categorías que evalúa son las siguientes: (1) sensorial, que describe el dolor en términos temporo-espaciales; (2) afectivo-motivacional, que describe el temor, la tensión y los aspectos neurovegetativos del dolor; (3) evaluativo, donde se realiza una valoración general del dolor; (4) miscelánea, donde se incluyeron los adjetivos que los pacientes utilizan en contadas ocasiones pero que son característicos de ciertos tipos de dolor.

### ***Coping Strategy Questionnaire (CSQ)***

Este instrumento, desarrollado originalmente por Rosenstiel y Keeefe (1983) y con versión española de Rodríguez, Cano y Blanco (2004), está formado por 39 ítems que evalúan 8 estrategias de afrontamiento que explican el 59,2% de la varianza y cuya fiabilidad oscila entre 0,68 y 0,89 (alfa de Cronbach) (Rodríguez et al., 2004). Las estrategias de afrontamiento del dolor evaluadas son las siguientes: (1) catastrofización (CAT), que hace referencia a la ideación negativa que tiene el individuo sobre el dolor, sus consecuencias y las dificultades para afrontarlo; (2) conductas distractoras (CDI), que son las actividades no mentales que distraen al sujeto de la percepción dolorosa; (3) autoinstrucciones (AUT), que son autoverbalizaciones que el sujeto utiliza para afrontar exitosamente el episodio de dolor; (4) ignorar el dolor (IDO), que hace referencia a las conductas que hace el sujeto para eliminar el impacto del dolor en la vida diaria; (5) reinterpretar el dolor (RDO), que es la intención que tiene el sujeto de transformar la percepción dolorosa para aliviar su impacto; (6) esperanza (ESP), que expresa la idea de que el dolor desaparecerá algún día; (7) fe y plegarias (FEP), que hace referencia al afrontamiento basado en creencias y comportamientos religiosos; (8) distracción cognitiva (DIC), que son las actividades cognitivas que utiliza el sujeto para distraerte (Barragán & Almanza-Rodríguez, 2013). El formato de respuesta empleado es una escala de tipo likert con un rango de respuesta de 0



a 6 (siendo 0, nunca; 1, casi nunca; 2, pocas veces; 3, a veces; 4, muchas veces; 5, casi siempre; y 6, siempre).

### ***West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI)***

Este instrumento, desarrollado por Kerns, Turk y Rudy (1985) y adaptado al español por Ferrer, González y Manassero (1993), consta de 52 ítems que explican el 65,65% de la varianza y cuya fiabilidad oscila entre 0,59 y 0,89 (alfa de Cronbach) (Ferrer, González, & Manassero, 1993). El WHYMPI es un inventario multidimensional diseñado para evaluar las variables más importantes en el dolor crónico a partir de tres secciones. La primera sección consta de 20 ítems agrupados en 6 factores y evalúa la intensidad del dolor del paciente y cómo afecta este a su vida. La segunda sección consta de 14 ítems agrupados en 3 factores y estudia el apoyo y la respuesta familiar ante el dolor. Finalmente, la tercera sección consta de 17 ítems agrupados en 4 factores y evalúa la frecuencia con que el individuo realiza las actividades cotidianas (Casado, Ibáñez, Raya, & Mata, 2013; Ferrer et al., 1993). El formato de respuesta empleado es una escala de tipo likert con un rango de respuesta de 0 a 6. Para cada uno de los 13 factores que componen el WHYMPI se obtiene una puntuación media con los puntos obtenidos en cada uno de los ítems de factor respondidos por el paciente (Ferrer et al., 1993).

### ***NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)***

Este instrumento, que es la versión reducida del Inventario de Personalidad NEO de Costa y McCrae (1994), consta de 60 ítems que evalúan 5 dimensiones de personalidad que explican 38,29% de la varianza y cuya consistencia interna oscila entre 0,72 y 0,84 (alpha de Cronbach) (Uribe & Bardales, 2011). Los cinco grandes dominios de la personalidad que evalúan son: (1) neuroticismo (N), que evalúa desde la estabilidad a la inestabilidad emocional del individuo a lo largo de un continuo; (2) extraversión (E), que evalúa la cantidad e intensidad de la interacción entre personas, la necesidad de estímulos y la capacidad de disfrute; (3) apertura a la experiencia (O), que evalúa la tolerancia y exploración de lo desconocido; (4) amabilidad (A), que evalúa desde la compasión hasta la rivalidad de sentimientos, pensamientos y acciones a lo largo de un continuo; (5) responsabilidad (C), que evalúa la perseverancia, el grado de organización y la

motivación dirigida a un objetivo (Contreras, Espinosa, & Esguerra, 2009). El formato de respuesta empleado es una escala de tipo likert con un rango de respuesta de 1 a 5 (siendo 1, en total desacuerdo; 2, en desacuerdo; 3, neutral; 4, de acuerdo; y 5, totalmente de acuerdo).

## **Procedimiento**

El estudio se realizó bajo una metodología correlacional. Para ello, se llevó a cabo un diseño transeccional, es decir, se realizó una única medición. En primer lugar, se informó a los pacientes diagnosticados de fibromialgia que acuden a la AFIC de los objetivos de esta investigación. Posteriormente, se les pidió su aprobación para que participarán en la investigación y se les hizo saber que los resultados eran confidenciales y que no tendrían ninguna remuneración económica. Finalmente, se les hizo rellenar la ficha con sus datos sociodemográficos y se les entregó a todos los participantes los instrumentos para medir las variables anteriormente descritas.

# Resultados

## *Estadísticos descriptivos*

Para comprobar el supuesto de normalidad de la muestra se realizaron dos pruebas de normalidad, la de Kolmogorov-Smirnov y la de Shapiro-Wilk. A partir de los datos obtenidos en ambas pruebas podemos afirmar que al obtener un valor de  $p < 0,05$  en algunas variables, no se cumple dicho supuesto (Anexo 1).

Posteriormente, se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables de personalidad y estrategias de afrontamiento para conocer cuáles son las dimensiones y los estilos que predominan en esta muestra de pacientes. En cuanto a la variable personalidad (NEO-FFI), fueron la extraversión ( $10,69 \pm 11,31$ ) y la responsabilidad ( $10,54 \pm 14,47$ ) las dimensiones menos utilizadas, siendo el neuroticismo ( $89,54 \pm 22,39$ ) la más utilizada (Tabla 2). En relación a las estrategias de afrontamiento (CSQ), fueron la reinterpretación del dolor ( $82,73 \pm 12,32$ ), la distracción cognitiva ( $78,92 \pm 14,99$ ) y las conductas distractoras ( $75,31 \pm 19,40$ ) las estrategias más utilizadas por la muestra, siendo la variable referida a fe y plegarias ( $50,69 \pm 31,07$ ) la menos utilizada (Tabla 3).

Tabla 2. *Análisis descriptivos de las dimensiones de la personalidad.*

Variabes	Media	Desviación estándar
Neuroticismo	89,54	22,39
Extraversión	10,69	11,31
Apertura a la experiencia	39,00	42,38
Amabilidad	45,77	35,72
Responsabilidad	10,54	14,47

Tabla 3. *Análisis descriptivos de las estrategias de afrontamiento.*

Variabes	Media	Desviación estándar
Catastrofización	72,84	23,84
Conductas distractoras	75,30	19,40
Autoinstrucciones	70,15	23,82
Ignorar el dolor	62,11	16,85
Reinterpretar el dolor	82,73	12,32
Esperanza	55,30	19,65
Fe y plegarias	50,69	31,07
Distracción cognitiva	78,92	14,99

Finalmente, se realizó un análisis estadístico descriptivo que analiza la percepción y la interferencia del dolor. En relación a la interferencia del dolor (WHYMPI) podemos apreciar que, aunque los sujetos perciben un gran apoyo social ( $5,12 \pm 0,73$ ), tienen angustia afectiva ( $4,01 \pm 0,75$ ), interferencias en actividades sociales ( $5,15 \pm 0,89$ ) e interferencias en actividades diarias ( $5,39 \pm 0,77$ ). Además, también observamos que la intensidad del dolor es bastante elevada ( $5,07 \pm 0,58$ ), lo cual les impide hacer tareas domésticas ( $2,67 \pm 1,49$ ), actividades fuera de casa ( $2,35 \pm 1,14$ ), trabajo al aire libre ( $1,35 \pm 1,37$ ) y actividades sociales ( $2,17 \pm 1,43$ ). En cuanto a la percepción del dolor (McGill), podemos apreciar que la mayoría de los sujetos describen el dolor de forma sensorial-discriminativa ( $10,38 \pm 1,50$ ), motivacional-afectiva ( $2,31 \pm 1,03$ ), cognitivo-evaluativa ( $1,00 \pm 0,00$ ) y miscelánea ( $2,69 \pm 0,63$ ) (Tabla 4).

Tabla 4. *Análisis descriptivos de la percepción y la interferencia del dolor.*

	Variables	Media	Desviación estándar
WHYMPI	Apoyo social percibido	5,12	0,73
	Angustia afectiva	4,01	0,75
	Interferencia I	5,15	0,89
	Interferencia II	5,39	0,77
	Intensidad del dolor	5,07	0,58
	Control de la vida	3,26	1,40
	Respuestas distractoras	4,12	0,91
	Respuestas solícitas	3,35	1,49
	Respuestas de castigo	1,38	1,66
	Tareas domésticas	2,67	1,49
	Actividades fuera de casa	2,35	1,14
	Trabajo al aire libre	1,35	1,37
	Actividades sociales	2,17	1,43
McGill	Sensorial-discriminativa (12 ítems)	10,38	1,50
	Motivacional-afectiva (3 ítems)	2,31	1,03
	Cognitivo-evaluativa (1 ítem)	1,00	0,00
	Miscelánea (3 ítems)	2,69	0,63

### **Análisis correlacional**

Se realizó un análisis correlacional bivariado (Spearman) entre los rasgos de personalidad (NEO-FFI), los estilos de afrontamiento (CSQ), la percepción del dolor (McGill) y la interferencia del dolor (WHYMPI).

De las cinco dimensiones de personalidad, medidas a partir del NEO-FFI, se han obtenido relaciones estadísticamente significativas en cuatro: neuroticismo, extraversión y apertura a las experiencias. La dimensión de neuroticismo se ha asociado positivamente con catastrofización ( $r= 0,816$ ;  $p= 0,01$ ) y fe y plegarias ( $r= 0,701$ ;  $p =0,01$ ), mientras que negativamente se correlacionó con autoinstrucciones ( $r= - 0,591$ ;  $p =0,05$ ) e ignorar el dolor ( $r= - 0,815$ ;  $p =0,01$ ). En cuanto a la dimensión extraversión, se asocia positivamente con autoinstrucciones ( $r= 0,796$ ;  $p= 0,01$ ) y distracción cognitiva ( $r= 0,683$ ;  $p= 0,05$ ). Por último, la dimensión apertura a la experiencia se asocia negativamente con catastrofización ( $r= - 0,768$ ;  $p= 0,01$ ) y fe y plegarias ( $r= - 0,665$ ;  $p =0,05$ ) (Tabla 5). Se puede encontrar la tabla completa en el Anexo 2a.

Tabla 5. *Análisis correlacional entre NEO-FFI y CSQ.*

Variables	N	NEO-FFI	
		E	O
CSQ			
CAT	0,816**	-0,017	-0,768**
AUT	-0,591*	0,796**	0,216
IDO	-0,815**	0,185	0,512
FEP	0,701**	-0,135	-0,665*
DIC	-0,107	0,683*	0,172

\*.La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

\*\*La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

**Nota:** neuroticismo (N); extraversión (E); apertura a las experiencias (O); catastrofización (CAT); autoinstrucciones (AUT); ignorar el dolor (IDO); fe y plegarias (FEP); distracción cognitiva (DIC).

De las ocho estrategias de afrontamiento, medidas a partir del CSQ, se han obtenido relaciones estadísticamente significativas en seis: catastrofización, autoinstrucciones, ignorar el dolor, respuestas distractoras, fe y plegarias y distracción cognitiva. La estrategia catastrofización se ha asociado positivamente con interferencias en actividades sociales ( $r= 0,562$ ;  $p= 0,05$ ) e intensidad del dolor ( $r= 0,567$ ;  $p= 0,05$ ). En cuanto a la estrategia de autoinstrucciones, se asocia positivamente con respuestas distractoras ( $r= 0,571$ ;  $p= 0,05$ ). La estrategia ignorar el dolor se asocia negativamente con interferencias en actividades sociales ( $r= - 0,772$ ;  $p= 0,01$ ) y respuestas de castigo ( $r= - 0,673$ ;  $p= 0,05$ ). Con respecto a la estrategia reinterpretar el dolor, se ha asociado positivamente con actividades fuera de casa ( $r = 0,596$ ;  $p= 0,05$ ). Con respecto a la estrategia fe y plegarias, se asocia positivamente con interferencias en actividades sociales ( $r= 0,727$ ;  $p= 0,05$ ) e intensidad del dolor

( $r = 0,03$ ;  $p = 0,05$ ). Por último, la estrategia distracción cognitiva se asocia negativamente con control de la vida ( $r = -0,729$ ;  $p = 0,01$ ) (Tabla 6). Se puede encontrar la tabla completa en el Anexo 2b.

Tabla 6. *Análisis correlacional entre CSQ y McGill y WHYMPI.*

Variables	CSQ					
	CAT	AUT	IDO	RDO	FEP	DIC
WHYMPI Interferencia I	0,562*	-0,257	-0,772**	-0,274	0,727**	0,250
Intensidad del dolor	0,567*	-0,039	-0,439	-0,063	0,603*	0,223
Control de la vida	-0,098	-0,502	-0,230	-0,222	0,024	-0,729**
R. Distractoras	-0,263	0,571*	0,359	0,373	-0,283	0,369
R. Castigo	0,385	-0,512	-0,673*	-0,441	0,335	-0,017
Act. fuera de casa	0,073	0,255	0,177	0,596*	0,201	0,402

\*.La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

\*\*La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

**Nota:** catastrofización (CAT); autoinstrucciones (AUT); ignorar el dolor (IDO); reinterpretar el dolor (RDO); fe y plegarias (FEP); distracción cognitiva (DIC).

## Discusión

El objetivo principal de esta investigación fue conocer cómo influye la personalidad y las estrategias de afrontamiento en la percepción de dolor y la interferencia de este en la vida diaria de un grupo de pacientes con fibromialgia. Para ello inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las dimensiones de la personalidad y las estrategias de afrontamiento. Con respecto a las dimensiones de personalidad, podemos observar que la más utilizada es el neuroticismo, siendo la extraversión y la responsabilidad las menos utilizadas. Estos resultados coinciden con las investigación de Besteiro Álvarez, Lemos, Muñiz, Costas y Weruaga (2008), donde el neuroticismo destacaba sobre extraversión y responsabilidad. Al comparar dichos resultados con un grupo control, se observa que, aunque el neuroticismo es la dimensión que más destaca, ésta se encuentra en menor cantidad. Además, también se observa una mayor estabilidad entre las dimensiones, sobre todo en la extraversión y la responsabilidad (Besteiro et al., 2008). Una posible explicación es que el estrés producido por el dolor crónico influye directamente en varias conductas básicas que el sistema dopaminérgico media (Pani, Porcella, & Gessa, 2000). Es más, las altas puntuaciones en el neuroticismo pueden ser debidas a que el estrés aumenta la ansiedad y precipita la depresión (Gold & Chrousos, 2002). En cuanto a las estrategias de afrontamiento, observamos que las más utilizadas son la reinterpretación del dolor, la distracción cognitiva y las conductas distractoras, siendo la variable referida a fe y plegarias la menos utilizada. Estos resultados no coinciden con el estudio realizado por Mellegård, Grossi y Soares (2001), donde la reinterpretación del dolor es una de las estrategias menos utilizadas.

Además, también se realizó un análisis descriptivo de la percepción y la interferencia del dolor. En relación a la percepción del dolor, podemos observar que todos los participantes describen su dolor de forma sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva, cognitivo-evaluativa y miscelánea. Estos resultados coinciden con los obtenidos en el estudio realizado por Montoya et al. (2005), no obstante en la descripción sensorial-discriminativa presentaba una media inferior. Con respecto a la interferencia del dolor, podemos apreciar que los participantes perciben un gran apoyo social, tienen angustia afectiva,

interferencias en actividades sociales e interferencias en actividades diarias. Además, también observamos que la intensidad del dolor es elevada, lo cual impide a los sujetos hacer tareas domésticas y actividades fuera de casa, trabajar al aire libre y realizar actividades sociales. Estos resultados no coinciden con el estudio realizado por Montoya et al. (2005), ya que en este caso los sujetos no tienen un gran apoyo social ni interferencias en las actividades sociales. Además, en este estudio la intensidad del dolor es menor, por lo que hay una menor interferencia en las actividades domésticas.

También se realizó un análisis correlacional entre la personalidad, los estilos de afrontamiento y la percepción e interferencia del dolor. En relación a las estrategias de afrontamiento, podemos observar como la catastrofización y fe y plegarias resultan ser desadaptativas, ya que se asocian positivamente con interferencias en actividades sociales y con una mayor intensidad del dolor. En cambio, la estrategia de ignorar el dolor se puede considerar adaptativa al correlacionar negativamente con interferencias en las actividades diarias y respuestas de castigo. También se pueden considerar adaptativas la estrategia reinterpretar el dolor, al correlacionar positivamente con actividades fuera de casa, y la estrategia autoinstrucciones, al correlacionar positivamente con respuestas distractoras. Estos resultados coinciden con los obtenidos en la investigación realizada por Rodríguez et al. (2004), en la cual se observó que conductas distractoras, autoinstrucciones, ignorar el dolor, reinterpretar el dolor, esperanza y distracción cognitiva son estrategias adaptativas, siendo catastrofización y fe y plegarias estrategias desadaptativas. En cuanto a las dimensiones de personalidad, podemos observar que el neuroticismo correlaciona positivamente con las estrategias catastrofización, y fe y plegarias, y negativamente con autoinstrucciones e ignorar el dolor, por lo que podemos afirmar que esta dimensión de personalidad se asocia a estilos de afrontamiento desadaptativos (Paredes & Navarro, 2013; Ramírez Maestre, Zarazaga, & Eva López Martínez, 2001; Rodríguez et al., 2004). En cambio, la dimensión extraversión se asocia con estilos adaptativos, al correlacionar positivamente con las estrategias autoinstrucciones y distracción cognitiva (Rodríguez et al., 2004). Por último, tenemos la dimensión apertura a las experiencias que al correlacionar negativamente con catastrofización y fe y plegarias podemos



suponer que también se asocia con estilos de afrontamiento adaptativos (Rodríguez et al., 2004).

Por último, cabría destacar las limitaciones del estudio. Entre ellas, la principal dificultad a la hora de generalizar los resultados, que se debe al tamaño reducido de la muestra. Por ello sería interesante, de cara a posibles investigaciones futuras, ampliar la muestra para poder obtener datos que se puedan extrapolar. Teniendo en consideración la escasa validez externa, los resultados de este estudio permitirían establecer las siguientes conclusiones:

- Las estrategias de afrontamiento que menos interfieren en la vida diaria de estos pacientes son las autoinstrucciones, ignorar el dolor y las respuestas distractoras, siendo la catastrofización y la fe y plegarias las que más interfieren.
- Los rasgos de personalidad más adaptativos son la extroversión y la apertura a las experiencias, siendo el neuroticismo el menos adaptativo.

# Referencias

- Anarte, M. T., & Camacho, L. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema*, 15(3), 464–470.
- Arnold, L. M., Hudson, J. I., Hess, E. V, Ware, A. E., Fritz, D. A., Auchenbach, M. B., ... Keck, P. E. (2004). Family study of fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 50(3), 944–52.
- Barragán, J. A., & Almanza-Rodríguez, G. (2013). Rating Strategies at the Outpatient Level for Coping with Chronic Pain in Persons with Cancer. *Aquichán*, 13(3), 322–335.
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (1990). A Place for Traits in Stress Research. *Psychological Inquiry*, 1(1), 14–17.
- Besteiro, J., Álvarez, M., Lemos, S., Muñiz, J., Costas, C., & 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), 417–427.
- Brebner, J. (2001). Personality and stress coping. *Personality and Individual Differences*, 21, 317–327.
- Carmona, L. (2001). Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Metodología, resultados del reclutamiento y características de la población. *Revista Española de Reumatología*, 28(1), 18–25.
- Casado, M., Ibáñez, M., Raya, A., & Mata, P. (2013). Influencia de la personalidad en el dolor cervical postraumático. *Cuadernos de Medicina Forense*, 19(3-4), 95–101.
- Connor-Smith, J., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: a meta-analysis. *Personality and Social Psychology*.
- Contreras, F., Espinosa, J. C., & Esguerra, G. (2009). Personality and Coping in

- College Students. *Universitas Psychologica*, 8(2), 311–322.
- Costa, P., & McCrae, R. (1990). Personality: Another 'Hidden Factor' is Stress Research. *Psychological Inquiry*, 1, 22–34.
- Crofford, L. J. (2002). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the pathogenesis of rheumatic diseases. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 31(1), 1–13.
- Esteve, M. R., Rodríguez-Parra, M. J., & López, A. E. (2000). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis Y Modificación de Conducta*, 26, 361–418.
- Fantin, M. B., Florentino, M. T., & Correché, M. S. (2005). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis. *Fundamentos En Humanidades*, VI(11), 159–176.
- Ferrer, V. A., González, R., & Manassero, M. A. (1993). El West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory: Un instrumento para evaluar al paciente con dolor crónico. *Dolor*, 8(8), 153–160.
- First, M. B., Frances, A., López-Ibor, J. J., & Pincus, H. A. (2002). *DSM-IV-TR* (Masson).
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Martínez, K., Yépes, M., Echevarria, C., ... Pineda, R. (2006). Rasgos de Personalidad, Estrategias de Afrontamiento y Dolor en Pacientes con Diagnóstico de Artritis Reumatoide. *Terapia Psicológica*, 24(1), 23–29.
- Giesecke, T., Williams, D. A., Harris, R. E., Cupps, T. R., Tian, X., Tian, T. X., ... Clauw, D. J. (2003). Subgrouping of Fibromyalgia Patients on the Basis of Pressure-Pain Thresholds and Psychological Factors. *Arthritis and Rheumatism*, 48(10), 2916–2922.
- Gold, P. W., & Chrousos, G. P. (2002). Organization of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: high vs low CRH/NE states. *Molecular Psychiatry*, 7(3), 254–75.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York:

Springer publishing company.

- Mellegård, M., Grossi, G., & Soares, J. J. F. (2001). A comparative study of coping among women with fibromyalgia, neck/shoulder and back pain. *International Journal of Behavioral Medicine*.
- Merskey, H., & Nikolai, B. (1994). Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *International Association for the Study of Pain*.
- Middleton, G. D., McFarlin, J. E., & Lipsky, P. E. (1994). The prevalence and clinical impact of fibromyalgia in systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 37(8), 1181–8.
- Montoya, P., Sitges, C., Garcia-Herrera, M., Izquierdo, R., Truyols, M., Blay, N., & Collado, D. (2005). Abnormal affective modulation of somatosensory brain processing among patients with fibromyalgia. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 957–963.
- Nicholas, M. K., Wilson, P. H., & Goyen, J. (1992). Comparison of cognitive-behavioral group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. *Pain*, 48(3), 339–347.
- Pani, L., Porcella, A., & Gessa, G. L. (2000). The role of stress in the pathophysiology of the dopaminergic system. *Molecular Psychiatry*, 5(1), 14–21.
- Paredes, G., & Navarro, D. B. (2013). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Revista de Investigacion Psicologica*, 10.
- Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Sesé, A., & Palmer, A. (2005). Percepción de dolor y fibromialgia. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 33(5), 303–310.
- Queraltó, J. M. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología / The UB Journal of Psychology*, 36(1), 37–60.
- Quijada, J., García, A., & Valenzuela, A. (2000). Características clínicas y criterios diagnósticos de la fibromialgia. *Revista Española de Reumatología*:

*Órgano Oficial de La Sociedad Española de Reumatología*, 27(10), 421–425.

Ramírez Maestre, C., Zarazaga, R. E., & Eva López Martínez, A. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico, *17*(1junio), 129–137.

Reich, J. W., Johnson, L. M., Zautra, A. J., & Davis, M. C. (2006). Uncertainty of illness relationships with mental health and coping processes in fibromyalgia patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 307–316.

Rodríguez, L., Cano, F. J., & Blanco, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Esp Psiquiatr*, 32(2), 82–91.

Romero, M. (2010). *Artritis reumatoide: Información para pacientes y familiares*. Barcelona: Letramédica.

Smith, W. R., Strachan, E. D., & Buchwald, D. (2009). Coping, self-efficacy and psychiatric history in patients with both chronic widespread pain and chronic fatigue. *General Hospital Psychiatry*, 31(4), 347–352.

Soriano, J., & Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 91–107.

Torre, F., & Martín-Corral, J. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 15(2), 83–93.

Uehara, T., Sakado, K., Sakado, M., & Sato, T. (1999). Relationship between stress coping and personality in patients with major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 68, 26–30.

Uribe, P. M., & Bardales, M. C. (2011). Validación del Inventario de los Cinco Factores NEO-FFI en español en estudiantes universitarios peruanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(1), 63–74.

Vargas, P. I., Parés, G. G., Queraltól, J. M., Arsego, M. C., & Álvarez, S. S. (2005). Personalidad y dolor crónico. *Psiquis*, 26(3), 93–100.

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., ... Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care and Research*, 62(5), 600–610.

Yunus, M. B. (1992). Towards a model of pathophysiology of fibromyalgia: aberrant central pain mechanisms with peripheral modulation. *The Journal of Rheumatology*, 19(6), 846–50.

# Annexos

## Annexo 1

### Annexo 1a. Prueba de normalidad del NEO-FFI.

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Neuroticismo	0,366	13	0,000	0,503	13	0,000
Extraversión	0,231	13	0,056	0,820	13	0,012
Apertura a la experiencia	0,330	13	0,000	0,751	13	0,002
Amabilidad	0,166	13	0,200*	0,895	13	0,113
Responsabilidad	0,284	13	0,005	0,716	13	0,001

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

### Annexo 1b. Prueba de normalidad del CSQ.

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Catastrofización	0,185	13	0,200*	0,891	13	0,101
Conductas distractoras	0,211	13	0,117	0,896	13	0,116
Autoinstrucciones	0,305	13	0,002	0,810	13	0,009
Ignorar el dolor	0,125	13	0,200*	0,962	13	0,777
Reinterpretar el dolor	0,225	13	0,071	0,862	13	0,041
Esperanza	0,157	13	0,200*	0,935	13	0,392
Fe y plegarias	0,137	13	0,200*	0,947	13	0,555
Distracción cognitiva	0,263	13	0,015	0,881	13	0,073

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

### Annexo 1c. Prueba de normalidad del McGill.

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Sensorial-discriminativa	0,197	13	0,175	0,877	13	0,065
Motivacional-afectiva	0,364	13	0,000	0,722	13	0,001
Miscelánea	0,456	13	0,000	0,567	13	0,000

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Annexo 1d. Prueba de normalidad del WHYMPI.

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Apoyo social percibido	0,195	13	0,188	0,879	13	0,068
Angustia afectiva	0,259	13	0,017	0,856	13	0,034
Interferencia I	0,271	13	0,010	0,805	13	0,008
Interferencia II	0,248	13	0,028	0,787	13	0,005
Intensidad del dolor	0,156	13	0,200*	0,920	13	0,251
Control de la vida	0,257	13	0,018	0,812	13	0,009
Respuestas distractoras	0,165	13	0,200*	0,952	13	0,625
Respuestas solícitas	0,142	13	0,200*	0,935	13	0,395
Respuestas de castigo	0,207	13	0,133	0,821	13	0,012
Tareas domésticas	0,169	13	0,200*	0,944	13	0,513
Actividades fuera de casa	0,124	13	0,200*	0,979	13	0,974
Trabajo al aire libre	0,219	13	0,090	0,866	13	0,046
Actividades sociales	0,174	13	0,200*	0,925	13	0,294

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors



## Annexo 2

### Annexo 2a. Análisis correlacional entre NEO-FFI y CSQ.

Variables		NEO-FFI				
		N	E	O	A	C
CSQ	CAT	0,816**	-0,017	-0,768**	0,510	0,271
	CDI	-0,044	0,530	0,439	0,070	0,347
	AUT	-0,591*	0,796**	0,216	0,411	0,242
	IDO	-0,815**	0,185	0,512	-0,192	-0,202
	RDO	-0,530	0,399	0,043	0,019	-0,403
	ESP	-0,152	0,346	0,145	0,276	-0,512
	FEP	0,701**	-0,135	-0,665*	0,253	-0,075
	DIC	-0,107	0,683*	0,172	0,094	0,000

\*.La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

\*\*La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

**Nota:** neuroticismo (N); extraversión (E); apertura a las experiencias (O); amabilidad (A); catastrofización (CAT); conductas distractorias (CDI); autoinstrucciones (AUT); ignorar el dolor (IDO); reinterpretar el dolor (RDO); esperanza (ESP); fe y plegarias (FEP); distracción cognitiva (DIC).

### Annexo 2b. Análisis correlacional entre CSQ y McGill y WHYMPI.

Variables		CSQ							
		CAT	CDI	AUT	IDO	RDO	ESP	FEP	DIC
WHYMPI	Apoyo social percibido	0,249	0,328	0,338	0,034	-0,186	0,154	-0,108	0,046
	Angustia afectiva	0,291	0,190	-0,105	-0,212	-0,017	-0,227	0,208	0,344
	Interferencia I	0,562*	-0,318	-0,257	-0,772**	-0,274	0,047	0,727**	0,250
	Interferencia II	0,376	-0,160	0,202	-0,365	0,089	0,124	0,487	0,537
	Intensidad del dolor	0,567*	-0,464	-0,039	-0,439	-0,063	0,300	0,603*	0,223
	Control de la vida	-0,098	-0,380	-0,502	-0,230	-0,222	-0,030	0,024	-0,729**
	Respuestas distractoras	-0,263	0,259	0,571*	0,359	0,373	0,249	-0,283	0,369
	Respuestas solícitas	0,186	0,359	0,244	-0,058	0,273	0,265	0,154	0,388
	Respuestas de castigo	0,385	0,210	-0,512	-0,673*	-0,441	-0,249	0,335	-0,017
	Tareas domésticas	-0,099	-0,319	-0,027	0,263	0,526	0,358	0,167	0,094
	Act. fuera de casa	0,073	0,075	0,255	0,177	0,596*	0,169	0,201	0,402
	Trabajo al aire libre	0,276	-0,324	-0,252	-0,304	0,248	0,048	0,492	0,089
	Actividades sociales	0,281	-0,135	-0,287	-0,270	0,020	0,241	0,392	0,037
McGill	Sensorial-discriminativa	0,407	-0,142	0,049	-0,456	-0,309	-0,101	0,332	0,245
	Motivacional-afectiva	0,529	0,165	-0,269	-0,466	-0,448	-0,198	0,294	-0,049
	Cognitivo-evaluativa								
	Miscelánea	0,504	-0,095	-0,219	-0,454	-0,163	0,068	0,527	0,300

\*.La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

\*\*La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

**Nota:** catastrofización (CAT); conductas distractorias (CDI); autoinstrucciones (AUT); ignorar el dolor (IDO); reinterpretar el dolor (RDO); esperanza (ESP); fe y plegarias (FEP); distracción cognitiva (DIC).