

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**TEMPERAMENTO Y CARÁCTER. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE
MUJERES CON FIBROMIALGIA Y MUJERES SANAS**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA



PRESENTA:

DRA. DELHI CALDERÓN NIETO

TUTOR TEÓRICO
DR. JAIME RUIZ ORNELAS

TUTOR METODOLÓGICO
DRA. MA. DEL CARMEN FLORES
MIRANDA

MÉXICO, D. F 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*“EN ESTE UNIVERSO NADA HAY FIJO,
NADA ENRAIZADO.
TODO SE ONDULA, TODO BAILA,
TODO ES AGILIDAD Y TRIUNFO.
SOLO DESPUÉS DE
TUMBARME SOLA EN EL DURO SUELO,
Y ASÍ
CONTEMPLAR VUESTRO JUEGO,
COMIENZO A SENTIR
EL DESEO DE SER ELEGIDA,
DE SER CONVOCADA,
DE SER LLAMADA POR UNA PERSONA
QUE HA VENIDO EN MI BUSCA...
SÉ QUE NO ME
QUEDA MÁS REMEDIO QUE SEGUIR BAILANDO
SOBRE
BALDOSAS ARDIENTES HASTA QUE ME MUERA”.*

VIRGINIA WOOLF.

AGRADECIMIENTOS

*A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO POR
MI FORMACIÓN.*

*AL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO POR DARMÉ UNA
OPORTUNIDAD.*

*A MARICARMEN FLORES POR SU COMPRENSIÓN,
ORIENTACIÓN, OBJETIVIDAD, Y APOYO.*

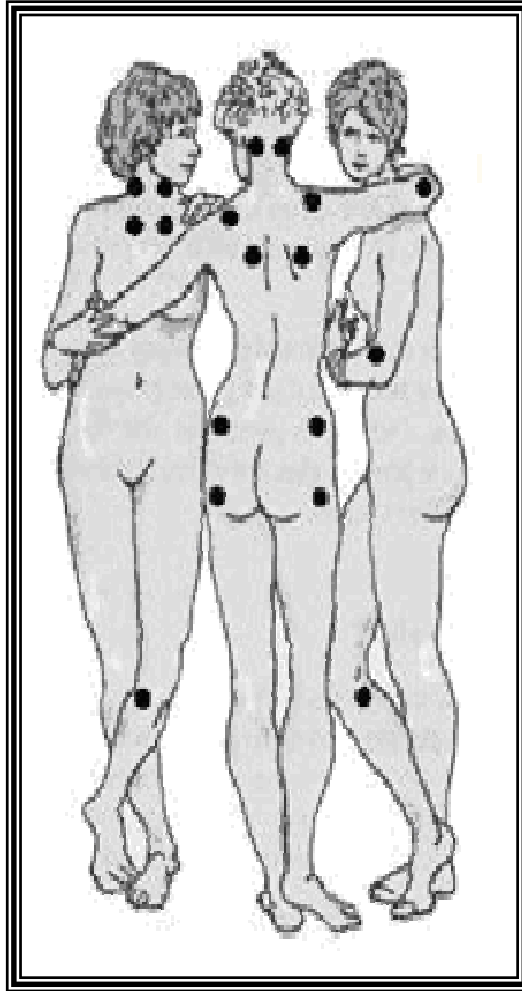
A JAIME RUIZ POR SU APOYO Y ORIENTACIÓN.

A SOFIA SÁNCHEZ POR SU AYUDA.

A MIS PADRES POR SU ESFUERZO Y CARIÑO.

A LEO POR SU AMOR.

*EN ESTE TRABAJO VA IMPRESO MI PROFUNDO
AGRADECIMIENTO A TODAS Y
CADA UNA DE LAS PERSONAS
QUE COLABORARON EN ÉL.*



*“No tienes reconocimiento, ni papeles, ni diagnóstico,
de tu enfermedad, entonces eres un hístico, un enfermo
imaginario.
Lo peor de la dolencia es que te cambia la vida,
te agota, te seca,
es que te hace sentirte sola porque a veces te tratan sin respeto (...)
y esas miradas al marido “no se preocupe, su mujer no tiene nada”
no creen en la Fibromialgia...
en el fondo ven es un pretexto para dejar de trabajar”.*

M de M.
Palabras de una paciente con Fibromialgia.

INDICE

Resumen	6
Abstract	7
Antecedentes	8
Problema	17
Justificación	17
Hipótesis	18
Objetivos	18
Material y método	19
Resultados	27
Tablas	28
Discusión	35
Conclusiones	39
Bibliografía	40

TEMPERAMENTO Y CARÁCTER. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE MUJERES CON FIBROMIALGIA Y MUJERES SANAS

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este estudio fue describir las características del temperamento y carácter de las pacientes con Fibromialgia.

Método: En un total de 20 pacientes con diagnóstico de Fibromialgia, se aplicó el Inventario de Temperamento y Carácter, realizado por Cloninger, se usó la traducción y validación realizada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Resultados: En el temperamento por ambos grupos: en búsqueda de lo novedoso por subescalas si hubo significancia estadística en ns1 $p=.000$, en ns2 $p=.004$, y ns3 $p=.009$. En evitación al daño por subescalas son significativas ha1 $p=.030$, ha2 $p=.009$, ha4 $p=.038$. En dependencia a la recompensa por subescalas son significativas rd4 $p=.021$. En persistencia $p=.056$.

En carácter para ambos grupos: en la escala de autodirección la diferencia estadística fue de $p=.000$ si es significativo, por subescalas todas presentaron diferencia estadística. En la escala de cooperatividad la diferencia estadística fue de $p=.000$ si es significativo, por subescalas son significativas en co1 $p=.000$, co2 $p=.001$, co4 $p=.000$. En la escala de autotrascendencia no hubo diferencia estadística.

Conclusiones: El temperamento de las pacientes con Fibromialgia son impulsivas; preocupadas, y fatigables. En el carácter no presentan rasgos de autodirección ni cooperatividad.

En el temperamento de las mujeres sanas presentan excitabilidad exploratoria y extravagancia; tienen miedo a lo incierto, son dependientes y persistentes. Para el carácter tienen autodirección y cooperatividad.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to describe the characteristics of the temperament and the patients' character with Fibromyalgia.

Method: In a total of 20 patients with diagnosis of Fibromyalgia, it was applied the Inventory of Temperament and Character, carried out by Cloninger, the translation and validation carried out by the Mexican Institute of Psychiatry was used.

Results: Temperament for scale for both groups: In novelty seeking for subscales if there was statistical significance in ns1 $p = .000$, in ns2 $p = .004$, and ns3 $p = .009$. In harm avoidance for subscales they are significant ha1 $p = .030$, ha2 $p = .009$, ha4 $p = .038$. In reward dependence for subscales they are significant rd4 $p = .021$. In persistence $p = .056$.

In Character for each scale for both groups: In the self-directedness the statistical difference was of $p = .000$ if it is significant, for subscales all presented statistical difference. In cooperativeness the statistical difference was of $p = .000$ if it is significant, for subscales they are significant in co1 $p = .000$, co2 $p = .001$, co4 $p = .000$. In self-transcendence there was not difference statistic.

Conclusions: The temperament of the patients with Fibromyalgia is impulsive; pessimistic worry, fatigability. In the character they don't present self-directedness neither cooperativeness.

In the temperament of the healthy women they present exploratory activity and extravagancy; they are fear of uncertainty, they are dependent and persistent. For the character they self-directedness and cooperativeness.

TEMPERAMENTO Y CARÁCTER. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE MUJERES CON FIBROMIALGIA Y MUJERES SANAS

ANTECEDENTES.

La Fibromialgia, es una forma común de reumatismo no articular asociado a dolor músculo-esquelético crónico y fatiga, que puede acompañarse de muchas otras manifestaciones asociadas como depresión, ansiedad, alteraciones en la esfera del sueño y síndrome de colon irritable. Su clasificación y diagnóstico se basa en el antecedente de dolor generalizado con sus características específicas, y en el hallazgo a través de la exploración física de un mínimo de once de dieciocho puntos gatillo positivos (1). Es el tercer motivo de consulta en Reumatología.

Los puntos gatillos se distribuyen de la siguiente manera: occipitales inserción de los músculos suboccipitales; cervicales: espacios inter transversos de C5 a C7; trapecios: en el punto medio del borde superior; supraespinosos: arriba de la escápula cerca de su borde medial; segunda costilla o costocondrales, en la articulación costocondral; epicóndilos: laterales a 2 cm. distal de los epicóndilos; glúteos: en el cuadrante superior externo en el área anterior del músculo; trocánter mayor: posterior a la prominencia trocantérica; y rodillas: a nivel del cojinete graso medial proximal a la línea articular. (2)

La Fibromialgia es un proceso más prevalente en mujeres, se produce en 1.5 veces más mujeres que en hombres de la misma población. La sensibilidad a la presión se ve también influida por muchos factores como: el momento del ciclo menstrual, la edad madura, el mal estado aeróbico y los trastornos del humor. (1)

La prevalencia de fibromialgia es constante en diferentes países industrializados, oscilando entre el 1% y el 4% en la población general, esto la coloca como el segundo trastorno reumatológico más común después de la artrosis (1). En México, se hizo un estudio sobre frecuencia de la Fibromialgia en el Hospital General de México, se encontró que la frecuencia fue de 4.1%, el 100% de los casos fueron mujeres y la edad promedio fue de 45.6 años; las características clínicas más relevantes que se encontraron fueron dolor generalizado, fatiga, rigidez matutina >15 minutos, depresión-ansiedad, cefalea, alteraciones en el sueño, dolor inflamación articular, parestesias y colón irritable. (2).

Etiología.

La Fibromialgia ocurre en personas genéticamente predispuestas (1,3), se menciona que hay un incremento de la Fibromialgia en familiares de personas que la padecen. Existen reportes iniciales con respecto a las características genéticas moleculares de transporte y receptor de serotonina individuales; esto podría

ayudar a explicar el rol importante de la serotonina del sistema nervioso central en la modulación del dolor (3). Sin embargo se requiere entrar en contacto con cierta exposición medioambiental que puede poner en marcha la expresión de los síntomas. Entre los exponentes ambientales que se aceptan como disparadores de la Fibromialgia y entran en la categoría de estresantes son los traumatismos físicos (del esqueleto axial), las infecciones (parvovirus, hepatitis C), los trastornos emocionales (agudos o crónicos), trastornos endocrinos (hipotiroidismo) y la estimulación inmunológica que se pueden producir en diferentes trastornos autoinmunes. (1)

Las áreas de función del sistema nervioso que puedan tener algún papel en la patogénesis de la fibromialgia comprenden el procesamiento sensorial, los sistemas autónomos y neuroendocrinos, y las influencias del comportamiento psicológico.

Diagnóstico.

En 1990, el Colegio Americano de Reumatología creó unos criterios diagnósticos que permitieron la identificación de los pacientes con Fibromialgia con una sensibilidad del 88,4% y una especificidad del 81.1% Estos criterios, que incluyen la existencia de 11 o más de los 18 puntos sensibles (definidos como dolor moderado o severo) en presencia de un dolor generalizado de más de 3 meses de evolución, constituyen la más sensible, específica y segura forma de diagnóstico de la fibromialgia. (1, 22)

Se considera el dolor generalizado cuando se presenta en el lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, existiendo dolor en el esqueleto axial (columna vertebral, dorsal y lumbar, pared torácica anterior); de los hallazgos de la exploración física, eran los puntos sensibles los que constituían el más potente discriminador entre Fibromialgia y pacientes controles. (22)

Las características que definen la fibromialgia son el dolor y la hipersensibilidad. El dolor de la fibromialgia a menudo va y viene y es migratorio.

Además de los síntomas definitorios antes mencionados también se asocian otros síntomas como: cansancio, que empeora después de la actividad física; quejas cognitivas, en especial una dificultad para mantener la atención y la memoria a corto plazo; fluctuaciones en el peso corporal; intolerancia al frío y al calor; sensación subjetiva de debilidad; dolor crónico en diversas regiones corporales; cefaleas de tipo migraña y tensional; alteraciones temporomandibulares o síndrome de la articulación temporomandibular; dolor torácico no cardíaco; síndrome de colon irritable; dolor crónico pélvico o dolor en las palmas de las manos o plantas de los pies; amplia variedad de síntomas alérgicos que oscilan entre reacciones adversas a fármacos y estímulos medioambientales (sensibilidad química múltiple), rinitis, congestión nasal, y síntomas del tracto respiratorio inferior; trastornos de la audición, oculares y vestibulares; umbral doloroso para el ruido más bajo; nistagmus exagerado; dismotilidad ocular y una pérdida de la audición neurosensorial asintomático para las bajas frecuencias. De manera

objetiva se han encontrado una disfunción de diversos órganos viscerales, como pruebas electrocardiográficas de prolapso de la válvula mitral, trastornos de la motilidad esofágica y disminución de las presiones estáticas inspiratoria y espiratoria en las pruebas funcionales pulmonares. La hipotensión de origen neurológico y el síncope también parecen producirse con mayor frecuencia en los individuos tanto con fibromialgia como con síndrome de fatiga crónica.

La exploración física es por lo general muy poco llamativa en la fibromialgia, aparte del hallazgo del dolor a la palpación. El dolor a la palpación se puede localizar en cualquier punto y no limitarse solamente a los puntos dolorosos (1).

De cualquier modo, el diagnóstico de fibromialgia sigue siendo difícil; en este contexto se diagnostica incorrectamente en un rango de condiciones de etiología incierta, en las cuales el dolor generalizado es acompañado por síntomas psicológicos y psiquiátricos prominentes. En más de estos casos la investigación puede revelar otras causas patológicas para la observación del dolor crónico (4).

Las personas con un trastorno autoinmune establecido pueden presentar también síntomas sugerentes de fibromialgia. Hay estudios que sugieren que aproximadamente el 25% de los individuos con trastornos inflamatorios sistémicos tales como el lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide o espondilitis anquilosante también cumplen los criterios para fibromialgia. (1)

Complicaciones y pronóstico.

Las complicaciones más frecuentes de la Fibromialgia son la pérdida de funcionalidad, la angustia, los comportamientos mal adaptados de la enfermedad, comorbilidad psiquiátrica e incapacidad física y laboral. Todas estas complicaciones parecen producirse con mayor frecuencia según progresa la enfermedad, y los individuos con estos problemas son los que con mayor frecuencia se encuentran en los centros de atención especializada. Datos actuales sugieren que una vez que se desarrollen estas complicaciones y que predomine la comorbilidad psiquiátrica, esta clase de enfermedades es mucho menos asequible a cualquier clase de terapia (1).

Factores psiquiátricos, psicológicos y del comportamiento.

Ha existido un debate muy prolongado con respecto a la función de los factores psiquiátricos, psicológicos y del comportamiento en la Fibromialgia (16).

Las pacientes con Fibromialgia reportan más vigilancia al dolor que las pacientes con dolor crónico, también mencionan más intensidad al dolor, más afectividad negativa y más pensamientos catastróficos acerca del dolor y del regreso del dolor. (5).

En la reunión de expertos de Fibromialgia de Salamanca en el 2001 se llegó a un acuerdo de que estas pacientes presentan un comportamiento patológico que consiste esencialmente en: sensación de mala salud, pesimismo, catastrofismo, apatía, desánimo, desinterés con ausencia de incentivos vitales, relación psicosocial y familiar deficitaria, trastornos de relación sexual, irritabilidad, y altos grados de incapacidad. El estado civil con mayor sintomatología es el de sin

pareja. La clase social, el nivel de deformación personal y los ingresos son predictores evolutivos que hay que tener en consideración. Otros factores influyentes son: el estado mental, del apoyo familiar y la influencia de los medios económicos. (22)

Así mismo, la presidente de la Fundación para la Fibromialgia en su conferencia se refiere que estas pacientes el 80% son perfeccionistas, muy trabajadores y responsables, el 10% son personas que deben hiperactuar ante una situación grave y que el 10% son personas poco asertivas. (23)

También diversos autores han intentado establecer un tipo de personalidad característica de la Fibromialgia, así como establecer el grado de afectación del paciente por variables internas (emociones, percepción de acontecimientos externos y mecanismos de afrontamiento y adaptación). En muchos de los estudios realizados se han encontrado evidencias de alteraciones psicológicas en dichos pacientes. Aplicando el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) y otras escalas similares, se observó que el perfil psicológico de estos pacientes presentaba una puntuación elevada para depresión, hipocondriasis e histeria. (24)

Se menciona que representa un estado de vulnerabilidad, mientras que otros mantienen que la tasa de enfermedades psiquiátricas concomitantes en estos procesos es parecida a la de muchas enfermedades crónicas. Se ha encontrado que estas pacientes presentan una prevalencia más alta en trastorno de estrés postraumático que pudiera influir en la adaptación de esta enfermedad crónica (6).

La Fibromialgia parece estar asociada con un riesgo elevado de ser víctimas, particularmente de abuso físico. El trauma sexual, físico, y emocional pueden ser factores importantes en el desarrollo y mantenimiento de este trastorno y su invalidez asociada en muchos pacientes. Estudios de la Población Nacional de Canadá encontraron que la mujer con Fibromialgia comparada con otras mujeres con otros trastornos reumatológicos, tiene una alta prevalencia de abuso sexual y abuso físico a lo largo de su vida (7).

Aproximadamente de un 20 a un 40% de los individuos con Fibromialgia que se ven en centros de especialidades de salud tiene un trastorno identificable del humor, como trastornos de ansiedad y depresivos. La incidencia a lo largo de la vida de comorbilidad psiquiátrica en los pacientes vistos en centros especializados puede ser tan alta como de un 40-70% en varios estudios. (1)

En otro estudio las pacientes con Fibromialgia tenían una alta prevalencia de trastornos del ánimo y de ansiedad, así como un promedio más alto de síntomas físicos inexplicados a través de varios sistemas orgánicos. También se comparó pacientes con Fibromialgia y pacientes con artritis reumatoide y resultó que las primeras tenían casi en un 90% un diagnóstico psiquiátrico antiguo. (8)

Más pacientes con fibromialgia reportan que la fatiga y síntomas asociados tienen un impacto negativo mayor en su calidad de vida, estatus físico y función psicológica (4).

A pesar de la ausencia de patología orgánica, los pacientes con Fibromialgia tienen invalidez funcional igual o mayor que en los pacientes con artritis reumatoide, y menos adaptación a su enfermedad. Aunque en la fisiopatología de la Fibromialgia los trastornos psiquiátricos son inciertos, siguen siendo comorbidos; la invalidez

funcional continua siendo un enfoque importante de tratamiento en esta población (8).

La Fibromialgia no solo se ha asociado con factores neuropsicológicos y neuroendocrinos, también hay numerosos síntomas psicósomáticos que pueden explicar teorías psicológicas. Eich y colaboradores postulan que una combinación de diferentes factores etiológicos genera el síndrome de Fibromialgia como un "camino final en común". Hablan sobre un modelo complejo biopsicosocial; en el cual los factores fisiológicos, psicológicos y sociales están interactuando en diferentes maneras y en diferentes etapas. Elaboran una clasificación del rol que tienen los factores psicológicos en la Fibromialgia, los dividen en factores predisponentes, factores gatillo, y factores duraderos o crónicos.

Los factores predisponentes, no necesariamente factores causales de Fibromialgia, condiciones familiares no favorables en la niñez, experiencias adversas en la niñez (historia de abuso sexual y físico), eventos estresantes a lo largo de la vida, traumas y daño. También hay una asociación estadística entre la fibromialgia y la frecuencia y severidad del abuso sexual; y la frecuencia de abuso físico y abuso de sustancias. Estos pueden tener un efecto sobre la expresión y perpetuación de la fibromialgia en la vida del adulto. Muchos pacientes con Fibromialgia llegan a ser vulnerables porque son perdurables los efectos psicológicos de experiencias negativas en la niñez; como una consecuencia ellos muestran una baja autoeficacia, estrategias de enfrentamiento mal adaptativas, y ánimo negativo cuando se enfrentan con estresores inevitables de la vida como adultos. Se asume que estos factores tienen una influencia formativa en el desarrollo del sistema locomotor y conducen, en interacción con estresores, más tarde a un estado disfuncional. Los factores gatillo psicológicos, son eventos claramente definidos en tiempo y situación, por ejemplo la pérdida de una relación significativa, existencia y eventos amenazantes en la vida, cambios decisivos en las condiciones de vida, o enfermedad física severa. Ello puede fijar un estrés considerable y dar un impulso crítico para el desarrollo de trastornos psicológicos. Las condiciones gatillo o disparadoras a menudo son descritas como crisis en la vida, o eventos críticos o estresantes. En muchos casos de pacientes con fibromialgia describen un solo evento estresante muy cerca de un ataque de dolor pero un periodo duradero de estrés psicológico y físico (cambios en las condiciones de trabajo, convertirse en cuidador de familiares enfermos, conflictos maritales) hasta que la generalización del dolor ocurra.

El tercer grupo de condiciones cronificadoras, significa que ellos son responsables para que se mantenga un problema fisiológico o psicológico una vez originado. Ellos pueden contrarrestar la remisión espontánea y pueden inducir a un estado crónico de enfermedad por incrementar la frecuencia o intensidad de los síntomas. Esto puede explicar un modelo de auto-perpetuación, y un círculo de auto-validación en el cual, los síntomas somáticos son incorrectamente atribuidos a anormalidades serias, reforzando la creencia del paciente de que él o ella tienen una enfermedad grave. Barsky y Borus describen 4 factores psicológicos que tiene influencia en este círculo de amplificación de síntomas: la creencia de que uno

tiene una enfermedad seria, la posibilidad de que la condición de uno empeore, el "rol de enfermo" incluyendo los efectos de litigación y compensación, y la visión alarmante de la condición como catastrófica e incapacitante. Todas estas influencias exacerban y perpetúan el estrés somático de los pacientes con síndromes somáticos funcionales, elevando sus miedos y expectativas pesimistas, prolongando su incapacidad, y reforzando su rol de enfermo. Las pacientes con Fibromialgia muestran un aumento en la atención centrada hacia su cuerpo y se correlacionó con una propiocepción no favorable, la cual puede ser interpretada como un factor de cronificación. Los autores concluyen que el mejor predictor de dolor del paciente y su nivel de actividad era la percepción por parte de su pareja y no la percepción del paciente (9).

Los estudios anteriores sugieren un componente psicológico, pero su naturaleza amerita aún un estudio más exhaustivo.

Existe la convicción general que en el origen, evolución, predisposición, tratamiento, pronóstico y desenlace de las enfermedades, los factores psicológicos y conductuales juegan un papel nada despreciable; entre éstos, se consideran a los rasgos de personalidad y algunos otros trastornos mentales como los más importantes.

La personalidad puede considerarse como el conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria y que son relativamente estables y predecibles (10).

Los rasgos de la personalidad son patrones consistentes de conducirse, reaccionar, sentir e interpretar, particulares de cada individuo, cuyo desarrollo está regido por el temperamento y carácter, por lo que en última instancia, la personalidad está conformada por éstos. Si los rasgos de personalidad son desadaptativos e inflexibles siendo capaces de causar disfuncionalidad significativa y/o malestar subjetivo, entonces se considera que se trata de un trastorno de la personalidad.

El concepto de temperamento deriva del latín *temperamentum*: Hipócrates en el siglo V AC. Galeno propuso que la predominancia de uno de los humores formaba la personalidad, así mismo añadió y definió nueve tipos de temperamentos. Señaló la influencia de los factores externos, especialmente el clima y la dieta. Este concepto de los humores subyace en las teorías más recientes sobre la relación entre el temperamento y los neurotransmisores, y entre estos y los receptores específicos, genéticamente determinados, asociados a ciertos rasgos temperamentales (11).

El concepto de carácter se deriva del griego *character* término que designa la naturaleza psicológica de la persona. Aunque el término es heterogéneo se emplea para designar rasgos de personalidad que son moldeados por los procesos del desarrollo y experiencias de la vida, por otro lado el temperamento se refiere a las disposiciones psicológicas innatas que configuran el núcleo de la personalidad (12). La personalidad se puede definir como la organización dinámica de los sistemas psicobiológicos que modulan la adaptación a la experiencia, en el cual hay dos dominios principales de personalidad, el temperamento y carácter.

El temperamento, se refiere a nuestra predisposición emocional congénita; respuestas asociativas automáticas ante los estímulos emocionales básicos que

determinan los hábitos y habilidades. Aquellos componentes de la personalidad que son hereditarios, estables a lo largo del desarrollo, basados en emociones o influidos por el aprendizaje sociocultural.

De acuerdo al modelo de Cloninger y su teoría biosocial de la personalidad fundamentada en un sistema dimensional no categórico; y basándose en conocimientos biogenéticos sobre la estructura que modifica la respuesta adaptativa del individuo hacia el daño, la evitación y la recompensa, formuló un sistema que describe el temperamento del individuo según la interacción de estas dimensiones. Y las dividió en cuatro áreas:

1) Evitación del daño, es la tendencia hereditaria a responder intensamente a señales de estímulos adversos. Es considerado como un rasgo heredable sobre la inhibición de comportamientos, tales como una preocupación pesimista ante la anticipación de problemas futuros, conductas pasivas y evasivas como miedo a la incertidumbre, timidez ante desconocidos y facilidad para cansarse (13). Se asocia con una actividad disminuida en la zona medial de la corteza prefrontal izquierda, que es exactamente la misma región asociada con una actividad aumentada en personas que obtienen una puntuación alta en la evitación del peligro; esto sugiere que la zona medial de la corteza prefrontal puede ser un lugar importante para el procesamiento de los conflictos de aproximación-evitación. Las características clínicas que más describen a este tipo son: el ser pesimista, miedoso, tímido y fatigable; las características que menos tienen son: ser optimista, temerario, sociable y enérgico (14). En términos más generales, una inhibición conductal excesiva (alta evitación al peligro) predispone a los sujetos a la ansiedad, depresión y baja autoestima (15).

2) Búsqueda de lo novedoso o la tendencia hereditaria hacia la búsqueda de excitación por los estímulos novedosos. Determina el inicio o activación de comportamientos como la exploración en respuesta a una novedad, la toma de decisiones de manera impulsiva o la extravagancia en búsqueda de una recompensa, y una evitación activa ante la frustración (13). Este rasgo está mediado por la dopamina que actúa en el sistema de activación conductual, que a su vez se asocia con un patrón de respuesta fisiológica del despertar, aumentando la frecuencia cardíaca y disminuyendo el umbral de sensación. También se ha encontrado una actividad aumentada en el cuerpo estriado, con una mayor densidad del transportador de dopamina en pacientes alcohólicos, lo que sugiere que la búsqueda de novedades implica una recaptura de dopamina aumentada en las terminaciones presinápticas, requiriendo así una estimulación extraordinaria para mantener los niveles óptimos de estimulación dopaminérgica postsináptica. Las características clínicas más representativas de este tipo son: el ser explorador, impulsivo, extravagante e irritable; las características que menos poseen: son reservados, rígidos, frugal (parco), y estoico (indiferente) (14).

3) Dependencia a la recompensa, es la tendencia a responder intensamente a estímulos o señales de recompensa y a mantener la conducta previamente asociada con la recompensa. Es visto como un rasgo heredable sobre el mantenimiento o continuación de comportamientos y se manifiesta como

sensibilidad, necesidad de vinculación social y dependencia en la aprobación de otras personas (13). Esta respuesta es mediada por la noradrenalina en el sistema de mantenimiento o persistencia conductual. Las características clínicas que más los representan son: sentimentales, abiertos, cariñosos y simpáticos; las características que menos los representan son: críticos, distantes, desprendidos e independientes (14).

4) Persistencia: estos individuos son entusiastas, ambiciosos, resueltos a rendir más de lo esperado, son más resistentes a la extinción de una conducta previamente recompensada de manera intermitente que otras personas que han recibido un refuerzo continuo. Los neuromoduladores involucrados son el glutamato y la serotonina. Las características clínicas que más los representan son: ser trabajador, determinado, ambicioso y perfeccionista; las características que menos los representan son: perezosos, malcriados, sin ambiciones y pragmáticos. (14)

El carácter se refiere a autoconceptos y diferencias individuales en metas y valores que guían elecciones y tienen influencia en el significado que el individuo le da a las experiencias de la vida. Las diferencias en el carácter se encuentran moderadamente influenciadas por el aprendizaje sociocultural y maduran de manera progresiva a lo largo de la vida. Cloninger tiempo después de su primera teoría complementó la descripción temperamental del individuo, con la descripción de otras tres dimensiones caracterológicas centradas más en el aprendizaje consciente y social del individuo que con su entorno (14). Son tres áreas:

1) Autodirección: los factores descriptivos de personas que tienen una puntuación alta son: responsable, con objetivos, con recursos, se acepta a sí mismo y disciplinado; y baja son: culpa a los demás, sin objetivos, inepto, vanidoso e indisciplinado. El concepto básico de autodirección se refiere a la autodeterminación y a la fuerza de voluntad. La autodirección puede ser formulada como un proceso en desarrollo con varios o aspectos. Estos incluyen: a) aceptación de la responsabilidad para uno con nuestros propias opciones de cambio de culpa de otras personas y circunstancias, b) la identificación de la individualidad valorado en metas y propósitos contra falta de dirección hacia sus metas, c) desarrollo de habilidades y confianza en resolver problemas (recursos contra apatía), d) autoaceptación contra autoesfuerzo, y finalmente e) segundo congruente con la naturaleza contra desconfianza personal (12).

2) Cooperatividad: los factores descriptivos de personas que tienen una puntuación alta son: sensible, enfático, colaborador, compasivo y con principios; y baja son: intolerante, insensible, hostil, vengativo y oportunista. La cooperatividad puede ser formulada como un proceso de desarrollo con varios aspectos o estados. Estos incluyen a) aceptación social contra intolerancia, b) empatía contra desinterés social, c) utilidad contra no utilidad, d) compasión contra venganza, y e) principios de corazón puro contra autoprovecho.

Los individuos no cooperativos tienden a ver el mundo y otros como hostiles y ajenos a ellos. En contraste los individuos cooperativos sienten que ellos son

componentes sinergistas de un mutuo soporte y útil de la comunidad que es motivada por la compasión y aspectos recíprocos (12).

3) Autotrascendencia: los factores descriptivos de personas que tienen una puntuación alta son: se olvida de sí mismo, más allá de la persona, espiritual, progresista e idealista; y baja son: sin imaginación, controlador, materialista, posesivo y práctico. (14) La autotrascendencia y rasgos de carácter se asocian con espiritualidad han sido usualmente omitidos de los inventarios de personalidad. De cualquier modo, tal información acerca del comportamiento observable de los individuos con autotrascendencia ha sido escrito basado en la vida de místicos y santos. La autotrascendencia se refiere generalmente a la identificación con todo concebido como la esencia y partes consiguientes de todo unificado. Esto desarrolla un estado de "conciencia unificado" en el cual todo es parte de una totalidad. La persona es simplemente despertada a ser una parte integral de la evolución del cosmos. Esta perspectiva unificada puede ser descrita como la aceptación, identificación, o unión espiritual con la naturaleza y su origen. Se ha encontrado que la autotrascendencia puede bajar en pacientes psiquiátricos que en adultos en la comunidad en general, pero no hay diferencia más alta en pacientes con trastornos de personalidad donde estos sin tales trastornos (12).

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el Síndrome de Fibromialgia, es una de las enfermedades con mayor demanda de atención como lo indican los estudios de prevalencia a nivel mundial donde ocupa el segundo lugar de atención reumatológica; en nuestro país también está en los primeros lugares de atención médica. Este padecimiento de acuerdo a la literatura internacional y nacional es más frecuente en mujeres que en hombres y se habla también de una predisposición genética, ambiental y social. También se menciona que no solamente se trata de un padecimiento cuyo eje principal es el dolor que presentan estas pacientes, de toda una gama de complicaciones que van desde las consecuencias de dolor, y así a su vez, la incapacidad física, laboral y el deterioro social que presentan estas pacientes.

Este tipo de pacientes son atendidas por múltiples especialidades como Reumatología, Rehabilitación, Psiquiatría, Medicina del Trabajo y Médicos Familiares. Su tratamiento incluye desde un diagnóstico y control del dolor, así también para las posibles complicaciones, pero cada día aumenta el número de pacientes con este diagnóstico y no hay una atención interdisciplinaria.

Con respecto a la esfera psiquiátrica se ha tratado de conocer más sobre su personalidad en estas pacientes, pero en realidad no se tiene bien especificado si hay factores de personalidad que contribuyen para tener esta predisposición a la enfermedad. Se podría iniciar en determinar el temperamento y carácter de las pacientes con Fibromialgia ya que actualmente no hay estudios que hablen específicamente sobre este tema. Esta investigación trata de explorar el temperamento y carácter en estas pacientes. Ya que es importante determinar por un lado esta predisposición psicológica que es el temperamento y los rasgos de personalidad moldeados por el desarrollo y experiencias de la vida que es el carácter, ambos constituyen la personalidad de las personas, esto buscado en la enfermedad de Fibromialgia, para así dar una atención psiquiátrica más puntual y específica.

El beneficio de esta investigación es tratar de conocer más sobre el área psicológica tan importante de estas pacientes, que hasta ahora se sabe poco; tener una evaluación más completa, para así facilitar su atención psiquiátrica, y por último tratar de integrar este conocimiento en las diversas especialidades que también se ocupan de esta enfermedad. Para con esto abrir nuevas líneas de investigación hacia estos procesos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A las pacientes con Fibromialgia se les ha relacionado con distintos trastornos psiquiátricos, entre ellos los trastornos de personalidad, pero aún no se ha descrito el tipo de temperamento y carácter en estos pacientes. En la presente investigación se describirá el temperamento y carácter de mujeres con Fibromialgia comparándolo con los de mujeres sanas; se aplicará el Inventario de Temperamento y Carácter realizado por Cloninger, utilizando la traducción del Inventario realizada por Sánchez de Carmona, para el efecto.

HIPÓTESIS.

Se espera encontrar un tipo específico de temperamento y carácter en mujeres con Fibromialgia a diferencia de un grupo control de mujeres sanas, en donde predominará principalmente la evitación al daño.

OBJETIVOS.

Comparar las características de Temperamento y Carácter de mujeres con Fibromialgia con un grupo de mujeres sanas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar que tipo de Temperamento predomina en las pacientes con Fibromialgia.
- Identificar que tipo de Carácter predomina en las pacientes con Fibromialgia.
- Identificar si existe diferencia entre las características de Temperamento y Carácter de las pacientes con Fibromialgia y mujeres sanas.

MATERIAL Y MÉTODO.

DISEÑO.

Es observacional, transversal, comparativo.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se registraron a las mujeres con Fibromialgia y sanas atendidas en el CMN 20 de Noviembre, ISSSTE durante el periodo comprendido de Noviembre de 2006 a Junio de 2007, siendo incluidos un total de 40 mujeres, se excluyeron a aquellas que no cumplieran con las características requeridas para aplicación de las escalas.

PROCEDIMIENTO.

Se captó a 20 pacientes mujeres en el Centro Médico Nacional (CMN) 20 de Noviembre, ISSSTE durante el mes de Noviembre de 2006 a Junio de 2007; en el servicio de Reumatología, y Medicina Física y Rehabilitación; que presentaran el diagnóstico de Fibromialgia realizado por un médico reumatólogo, y que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. Se les invitó a participar de manera voluntaria en la investigación, proporcionándoles la información suficiente y necesaria de la misma; una vez que aceptaron primero fue el llenado de la carta de consentimiento informado, la cédula con sus datos demográficos y posteriormente se les dio el Inventario de Temperamento y de Carácter de Cloninger, explicándoles los detalles de la manera de responder a las interrogantes, y aclarándoles cualquier duda que tuvieron durante este procedimiento. Esta escala es autoaplicable y se aplicó en una sola ocasión. Por último se formó el grupo 1 con solo pacientes con Fibromialgia.

El procedimiento se repitió con un total de 20 mujeres sanas que fueron captadas en el servicio de Banco de Sangre, además de personal de salud, seguridad y administrativo que labora en el propio CMN 20 de Noviembre, ISSSTE y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Y se formó el grupo 2 de mujeres sanas.

GRUPOS DE ESTUDIO.

GRUPO 1.

Pacientes con diagnóstico de Fibromialgia, elaborado por un médico reumatólogo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes mujeres con diagnóstico de Fibromialgia realizado por un médico reumatólogo, que acudían al CMN "20 de Noviembre", ISSSTE al servicio de Medicina Física y Rehabilitación, y Reumatología.
- Edad: 25 a 60 años.
- Que accedieran participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes que no accedieran participar en el estudio.
- Pacientes que presentaran un segundo diagnóstico reumatológico.
- Pacientes que presentaran padecimientos crónicos graves de más de dos años de evolución (como cáncer, Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial sistémica, distiroidismos).
- Pacientes con alteraciones cognitivas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Encuestas no concluidas.

GRUPO 2.

Mujeres sanas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes mujeres sin ningún tipo de enfermedad reumatológica diagnosticada hasta ese momento.
- Edad: 25 a 60 años.
- Pacientes sin padecimientos crónicos graves (como cáncer, Diabetes mellitus, Hipertensión arterial sistémica, distiroidismos).
- Que accedan participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes que no accedan participar en el estudio.
- Pacientes que presenten un diagnóstico reumatológico.
- Pacientes que presenten padecimientos crónicos graves de más de dos años de evolución (como cáncer, Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial sistémica, distiroidismos).
- Pacientes con alteraciones cognitivas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Encuestas no concluidas.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA.

Edad: Medida de duración del vivir, lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona. (21)

Estado civil: Es la situación de un individuo tipificada en la organización de la comunidad, esta se determina por la ley del Estado. Como ser casado, soltero. (21)

Lugar de residencia: Alude al lugar que el Derecho considera como domicilio de la persona. Toda persona ha de hallarse ubicada dentro de una jurisdicción para que los derechos y obligaciones tengan así un punto concreto de referencia o atribución, de tal modo que su estatus público y privado quede determinado y se conozca dónde ejercerá sus derechos y le serán exigibles sus obligaciones. La sede jurídica de la persona. (21)

Escolaridad: Es el grado de aprendizaje organizado. Sinónimo del grado de alfabetización. (21)

Ocupación: Actividad o trabajo a que se dedica una persona, especialmente el que hace para ganarse la vida. (21)

Fibromialgia: Antecedente de dolor generalizado de más de 3 meses de evolución con sus características específicas, la hipersensibilidad y en el hallazgo a través de la exploración física de un mínimo de once de dieciocho puntos gatillo positivos (dolor moderado o severo). Los puntos gatillos se distribuyen de la siguiente manera: occipitales; cervicales; trapecios; supraespinosos; costocondrales; epicóndilos; glúteos; trocánter mayor; y rodillas. (1, 22)

Temperamento: Se refiere a la predisposición emocional congénita; respuestas asociativas automáticas ante los estímulos emocionales básicos que determinan los hábitos y habilidades. Aquellos componentes de la personalidad que son hereditarios, estables a lo largo del desarrollo, basados en emociones o influidos por el aprendizaje sociocultural. De acuerdo al modelo de Cloninger y su teoría biosocial de la personalidad fundamentada en un sistema dimensional no categórico; y basándose en conocimientos biogenéticos sobre la estructura que modifica la respuesta adaptativa del individuo hacia el daño, la evitación y la recompensa, que formuló un sistema que describe el temperamento del individuo según la interacción de estas dimensiones. Y las dividió en cuatro áreas: (14)

Búsqueda de la novedad: Se caracteriza por la excitación y exploración de la respuesta ante estímulos nuevos, la aproximación a señales de recompensa, la evitación activa ante señales de castigo.

Evitación al daño o al peligro: Es una tendencia a estar preocupado, miedoso, asustadizo y fatigado. Están predispuestos a formar señales condicionadas de castigo y ausencia frustrante de recompensa, es decir, están preocupados y se asustan con facilidad.

Dependencia a la recompensa: Es una predisposición hereditaria que facilita el desarrollo de señales condicionadas de recompensa, en particular con respecto a las relaciones sociales. Se manifiesta de la siguiente manera: sensibilidad, necesidad de vinculación social, y dependencia a ser aprobados por otras personas.

Persistencia: Los individuos persistentes son entusiastas, ambiciosos y resueltos a rendir más de lo esperado.

Carácter: Se refiere a autoconceptos y diferencias individuales en metas y valores que guían elecciones y tienen influencia en el significado que el individuo le da a las experiencias de la vida. Las diferencias en el carácter se encuentran moderadamente influenciadas por el aprendizaje sociocultural y maduran de manera progresiva a lo largo de la vida. Cloninger tiempo después de su primera teoría complementó la descripción temperamental del individuo, con la descripción de otras tres dimensiones caracterológicas centradas más en el aprendizaje consciente y social del individuo que con su entorno. Son tres áreas: (14)

Autodirección: Se refiere a individuos que son responsables, con objetivos, con recursos, con aceptación de sí mismos y son disciplinados.

Cooperatividad: Se refiere a individuos sensibles, enfáticos, colaboradores, compasivos y con principios.

Autotrascendencia: Se refiere individuos que se olvidan de sí mismos, ven más allá de la persona, son espirituales, progresistas e idealistas.

Las variables estado civil, lugar de residencia, tipo de escolaridad, ocupación y Fibromialgia son de tipo cualitativo nominal. La variable edad es cuantitativa continua.

La escala Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger (ITC) es cuantitativa continua ya que al medir el resultado se va a expresar en términos de cifras fraccionadas. Se reportará la media del estudio y la media de la traducción del ITC realizada por el Dr. Sánchez de Carmona.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN:

INVENTARIO DE TEMPERAMENTO Y CARÁCTER (ITC).

Evalúa 7 rasgos de personalidad o de comportamiento de nivel superior. Éstos incluyen cuatro dimensiones de temperamento de nivel superior y tres dimensiones de carácter de nivel superior. Cada uno de estos factores de temperamento y de carácter de nivel superior son multidimensionales y están formados por rasgos de nivel inferior. En total se consideran veinticinco rasgos de nivel inferior, doce de temperamento y trece de carácter.

Las cuatro dimensiones del temperamento comprendidas en el ITC son: búsqueda de la novedad, evitación del daño, dependencia a la recompensa y persistencia.

Las tres dimensiones del carácter que el ITC maneja son: autodirección, cooperatividad, y autotranscendencia. Cada uno de estos aspectos de la personalidad interactúa para promover una adaptación a las experiencias de la vida y a la vez guardan influencia en la susceptibilidad del individuo hacia trastornos emocionales y del comportamiento. (13)

Este tipo de instrumento fue desarrollado por Cloninger y ha demostrado su utilidad en el estudio del enlace entre la personalidad y los factores biológicos. Se menciona que en un estudio por Epstein en donde un polimorfismo del alelo del receptor para dopamina D4 marcó diferencias en la escala de búsqueda de lo novedoso del ITC. (13)

Se tradujo y estandarizó en castellano en 1996, por el Dr. Manuel Sánchez de Carmona, concluyendo que a pesar de las diferencias culturales, el instrumento conserva solidamente su consistencia. Con una consistencia interna medida con el alfa de Cronbach por cada escala de la siguiente manera: búsqueda de la novedad (.70), evitación al daño (.82), dependencia a la recompensa (.59), persistencia (.47), autodirección (.87), cooperatividad (.79) y autotranscendencia (.84). (15)

Es un instrumento de autoaplicación conformado por 240 preguntas de respuesta forzada que tienen como opción "verdadera" y "falsa".

El Inventario de Temperamento y Carácter se ha usado en diversos trabajos de investigación clínica, sobre todo en pacientes médicamente enfermos como Lira reportó que la escala de Evitación al daño fue significativamente alta en pacientes con Trastorno de Conversión (18). Colin encontró que en pacientes postinfartados presentaban valores altos en Evitación del daño y en Autotranscendencia comparados con controles (19). Boz y colaboradores, en un estudio comparativo, evaluaron los perfiles de temperamento y de carácter con cefalea tensional y migraña, encontrando una alta puntuación con el temperamento de evitación del daño (20). En otro estudio en pacientes con dolor músculo-esquelético difieren significativamente de los controles y exhiben un perfil de personalidad con alta evitación al daño y baja autodirección. Ellos pueden describirse como tener dificultades en aceptar la responsabilidad, falta de metas a largo plazo, baja autoestima crónica, y lucha con su identidad. Esto es probable una característica sobresaliente de pacientes con dolor crónico (33). También en otro estudio se

comparó a un grupo de pacientes con cefalea crónica tensional y sujetos control, usando el ITC de Cloninger; durante el período de pretratamiento a los pacientes se les encontró que tenían altas calificaciones en evitación al daño y baja autodirección que en comparación con los sujetos sanos (34). También se ha evaluado los rasgos de personalidad de hombres jóvenes con dermatitis atópica, con el ITC estos pacientes presentaron calificaciones altas en evitación al daño, y bajas en dependencia a la recompensa, autodirección y cooperatividad que en los sujetos controles (35). Pareciera que las personas con enfermedad médica no psiquiátrica muestran un tipo de temperamento muy específico como el de evitación al daño como en nuestro estudio.

Cada escala de Temperamento tiene subescalas:

Búsqueda de la novedad:

NS1 Excitabilidad exploratoria vs rigidez

NS2 Impulsividad vs reflexión

NS3 Extravagancia vs discreción

NS4 Desorden vs restricción

Evitación al daño:

HA1 Preocupación vs optimismo

HA2 Miedo a lo incierto vs confianza

HA3 Timidez vs gregarismo

HA4 Fatigabilidad y astenia vs vigor

Dependencia a la recompensa:

RD1 Sensibilidad vs insensibilidad

RD3 Apego vs separación

RD4 Dependencia vs independencia

Persistencia:

RD2 Persistencia vs irresolución

Cada escala de Carácter tiene subescalas:

Autodirección:

SD1 Responsabilidad vs culpabilidad

SD2 Determinación vs sin dirección

SD3 Con recursos vs apatía

SD4 Autoaceptación vs lucha interna

SD5 Congruencia con ideales

Cooperatividad:

C1 Aceptación social vs intolerancia

C2 Empatía vs desinterés social

C3 Capacidad de ayuda vs incapacidad

C4 Compasión vs venganza

C5 Integridad vs falta de escrúpulos

Autotrascendencia

ST1 Concentración creativa vs conciencia

ST2 Identificación transpersonal

ST3 Aceptación espiritual vs materialismo.

La información demográfica se diseñó en base a las variables como edad, estado civil, lugar de residencia y con quién vive, además de la escolaridad y el tipo de ocupación. Si padecían o no la enfermedad y si tenían o no tratamiento; y se colocó en una hoja, al principio del ITC de Cloninger.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Después de tener los cuestionarios completos, se realizó el vaciado de la información por grupos (1 y 2).

Utilizando el programa estadístico SPSS 10 se obtuvo la media de ambos grupos y se realizó una comparación de éstas mediante la prueba de U de Mann-Whitney para así obtener la significancia estadística en caso de que la hubiera.

ASPECTOS ÉTICOS.

Para este estudio se solicitó consentimiento informado por escrito a las pacientes que participaron en el estudio. Fue aprobado por el Comité de Bioética del CMN 20 de Noviembre, ISSSTE.

RESULTADOS

Se recolectaron datos de 40 mujeres; 20 con diagnóstico de Fibromialgia (grupo 1) y 20 sanas (grupo 2).

Se encontraron las siguientes características demográficas: el rango de edad fue de 31 a 57 años, el promedio fue de 45 años (65%) para las pacientes con Fibromialgia; en las mujeres sanas el rango de edad fue de 23 a 60 años, el promedio fue de 32 años (65%) (Tabla 1).

De las pacientes con Fibromialgia el 70% tiene pareja, y de las mujeres sanas el 45% tiene pareja (tabla 2). Un 75% de las pacientes del grupo 1 reside en el D.F., así como un 70% del grupo 2 (tabla 3).

La escolaridad que predominó en ambos grupos fue la licenciatura en pacientes con fibromialgia (50%) y en mujeres sanas (45%) (Tabla 4). El 50% del grupo 1 labora como profesionista así como el 70% del grupo 2 (tabla 5). También se investigó que tipo de tratamiento les fue indicado a las pacientes y se encontró que 55% usaba fármacos y 45% no tenía algún tipo de tratamiento y ninguna estaba en un tratamiento con rehabilitación física (tabla 6).

En los resultados de Temperamento por escala por ambos grupos:

En búsqueda de lo novedoso por escala la diferencia estadística fue de $p=.461$ sin significancia estadística. Por subescalas si hubo significancia estadística en ns1 $p=.000$, en ns2 $p=.004$, y ns3 $p=.009$. En tres de las cuatro subescalas (tabla 7).

En evitación al daño por escala la diferencia estadística fue de $p=.121$ no es significativo. Por subescalas son significativas ha1 $p=.030$, ha2 $p=.009$, ha4 $p=.038$ En tres de las cuatro subescalas (tabla 8).

En dependencia a la recompensa por escala $p=.583$ no es significativo. Por subescalas son significativas rd4 $p=.021$ En una de las tres escalas (tabla 9).

En persistencia $p=.056$ si es significativo por escala, solo tiene una subescala si es significativo (tabla 10).

En los resultados de Carácter por cada escala para ambos grupos:

En la escala de autodirección la diferencia estadística fue de $p=.000$ si es significativo. Por subescalas todas presentaron diferencia estadística, en sd1 $p=.000$, sd2 $p=.003$, sd3 $p=.000$, sd4 $p=.000$ y sd5 $p=.001$ todas son significativas (tabla 11).

En la escala de cooperatividad la diferencia estadística fue de $p=.000$ si es significativo. Por subescalas son significativas en co1 $p=.000$, co2 $p=.001$, co4 $p=.000$ En tres de las cinco subescalas (tabla 12).

En la escala de autotranscendencia no hubo diferencia estadística (tabla 13).

TABLAS

Tabla 1
Pacientes con Fibromialgia y sanas según edad,
CMN "20 de Noviembre" ISSSTE,
2007

CATEGORIA	EDAD PROMEDIO	NÚMERO	%
FIBROMIALGIA	< 45 AÑOS	07	35.0
	> 45 AÑOS	13	65.0
SANAS	< 32 AÑOS	13	65.0
	> 32 AÑOS	07	35.0

Tabla 2
Pacientes con Fibromialgia y sanas según presencia de pareja,
CMN "20 de Noviembre" ISSSTE,
2007

CATEGORIA	PRESENCIA DE PAREJA				TOTAL	%
	SI	%	NO	%		
PACIENTES	14	70.0	06	30.0	20	100.0
SANAS	09	45.0	11	55.0	20	100.0

Tabla 3
 Pacientes con Fibromialgia y sanas según lugar de residencia,
 CMN "20 de Noviembre" ISSSTE,
 2007

CATEGORIA	DF	%	ESTADOS	%	TOTAL	%
PACIENTES	15	75.0	05	25.0	20	100.0
SANAS	14	70.0	06	30.0	20	100.0

Tabla 4
 Pacientes con Fibromialgia y sanas según tipo de escolaridad,
 CMN "20 de Noviembre" ISSSTE,
 2007

Categoría	Carrera técnica	Preparatoria	Licenciatura	Postgrado	Total	%
Pacientes	7 35.0	3 15.0	10 50.0	0 0.0	20	100.0
Sanas	5 25.0	4 20.0	09 45.0	2 10.0	20	100.0

Tabla 5
 Pacientes con Fibromialgia y sanas según tipo de ocupación,
 CMN "20 de Noviembre" ISSSTE,
 2007

Categoría	Hogar	Comerciante	Empleada Administrati va	Profesionista	Total	%
Pacientes	6 30.0	2 10.0	2 10.0	10 50.0	20	100.0
Sanas	3 15.0	0 0.0	3 15.0	14 70.0	20	100.0

Tabla 6
 Pacientes con Fibromialgia según tipo de tratamiento,
 CMN "20 de Noviembre" ISSSTE,
 2007

TIPO DE TRATAMIENTO	NÚMERO	%
FARMACOLÓGICO	11	55.0
REHABILITACIÓN FÍSICA	00	00.0
NINGUNO	09	45.0
TOTAL	20	100.0

Tabla 7
 Pacientes según tipo de Temperamento,
 Búsqueda de la Novedad
 CMN 20 de Noviembre
 ISSSTE, 2007
 N=20

Subescalas	Escalas De Temperamento	Media Grupo de Sanas	Media Grupo de Pacientes	p = < .05
	Búsqueda de la Novedad	21.88	19.13	.461
NS1	Excitabilidad exploratoria vs rigidez	27.53	13.48	.000 *
NS2	Impulsividad vs reflexión	15.25	25.75	.004 *
NS3	Extravagancia vs discreción	25.25	15.75	.009 *
NS4	Desorden vs restricción	18.13	22.88	.201

* Significancia estadística

Tabla 8
 Pacientes según tipo de Temperamento,
 Evitación al daño
 CMN 20 de Noviembre
 ISSSTE, 2007
 N=20

Subescalas	Escalas De Temperamento	Media Grupo de Sanas	Media Grupo de Pacientes	p = < .05
	Evitación al daño	17.60	23.40	.121
HA1	Preocupación vs optimismo	16.5	24.50	.030 *
HA2	Miedo a lo incierto vs confianza	25.25	15.75	.009 *
HA3	Timidez vs gregarismo	20.20	20.80	.883
HA4	Fatigabilidad y astenia vs vigor	16.65	24.35	.038 *

* Significancia estadística

Tabla 9
 Pacientes según tipo de Temperamento,
 Dependencia a la Recompensa
 CMN 20 de Noviembre
 ISSSTE, 2007
 N=20

Subescalas	Escalas De Temperamento	Media Grupo de Sanas	Media Grupo de Pacientes	p= < .05
RD1	Dependencia a la recompensa	21.53	19.48	.583
RD3	Sensibilidad vs insensibilidad	19.15	21.85	.478
RD3	Apego vs separación	20.25	20.75	.904
RD4	Dependencia vs independencia	24.75	16.25	.021 *

* Significancia estadística

Tabla 10
 Pacientes según tipo de Temperamento,
 Persistencia
 CMN 20 de Noviembre
 ISSSTE, 2007
 N=20

Subescalas	Escalas De Temperamento	Media Grupo de Sanas	Media Grupo de Pacientes	p= < .05
RD2	Persistencia	24.05	16.95	.056 *
RD2	Persistencia vs irresolución	24.05	16.95	.056 *

* Significancia estadística

Tabla 11
 Pacientes según tipo de Carácter,
 Autodirección
 CMN 20 de Noviembre
 ISSSTE, 2007
 N=20

Subescalas	Escalas De Carácter	Media Grupo de Sanas	Media Grupo de Pacientes	p= < .05
	Autodirección	<i>28.53</i>	12.48	.000 *
SD1	Responsabilidad vs culpabilidad	<i>29.35</i>	11.65	.000 *
SD2	Determinación vs sin dirección	<i>25.88</i>	15.13	.003 *
SD3	Con recursos vs apatía	<i>28.25</i>	12.75	.000 *
SD4	Autoaceptación vs lucha interna	<i>27.63</i>	13.38	.000 *
SD5	Congruencia vs ideales	<i>26.50</i>	14.50	.001 *

* Significancia estadística

Tabla 12
 Pacientes según tipo de Carácter,
 Cooperatividad
 CMN 20 de Noviembre
 ISSSTE, 2007
 N=20

Subescalas	Escalas De Carácter	Media Grupo de Sanas	Media Grupo de Pacientes	p= < .05
	Cooperatividad	<i>28.73</i>	12.28	.000 *
C1	Aceptación social vs intolerancia	<i>29.23</i>	11.78	.000 *
C2	Empatía vs desinterés social	<i>26.45</i>	14.55	.001 *
C3	Capacidad de ayuda vs incapacidad	23.43	17.58	.114
C4	Compasión vs venganza	<i>28.30</i>	12.70	.000 *
C5	Integridad vs falta de escrúpulos	22.70	18.30	.242

* Significancia estadística

Tabla 13
 Pacientes según tipo de Carácter,
 Autotrascendencia
 CMN 20 de Noviembre
 ISSSTE, 2007
 N=20

Subescalas	Escalas De Carácter	Media Grupo Sanas	de	Media Grupo de Pacientes	p= < .05
ST1	Autotrascendencia Concentración creativa vs conciencia	20.45 19.73		20.55 21.28	.989 .678
ST2	Identificación transpersonal	20.20		20.80	.883
ST3	Aceptación espiritual vs materialismo	21.03		19.98	.779

DISCUSIÓN

Inicialmente, la mayoría de las pacientes con Fibromialgia presentaron una edad mayor de 45 años, esto concuerda con lo reportado por Clark y cols., en su estudio sobre frecuencias y características de la Fibromialgia en un Hospital General donde la edad promedio fue de 45.6 años; también Martín y cols., en su trabajo con mujeres con Fibromialgia y mujeres sanas encontró una media de edad de 48 años. Lo cual podríamos entender que ya los estudios en la literatura mundial se están enfocando en realizarlos solo en mujeres ya que este padecimiento es más frecuente en este sexo, también apoya la teoría de que esta enfermedad se presenta cada vez más en edades productivas. (2, 26)

Diversos estudios se han preocupado por tratar de identificar factores de personalidad en este tipo de pacientes con Fibromialgia, se han usado diferentes métodos; entre ellos tenemos primero estudios relacionados con el tipo de pensamiento que presentan estas pacientes, donde se menciona que en los pacientes con trastornos reumatológicos y dolor predomina el pensamiento catastrófico (factor cognoscitivo y conductual) que esta positivamente relacionado con la severidad del dolor e intenso estrés afectivo.(27) Ya en estudios en pacientes con Fibromialgia comparados con pacientes con dolor crónico se continúan reportando más vigilancia al dolor, más afectividad negativa y más pensamientos catastróficos (29, 31) esto concuerda con otro estudio parecido que mostró niveles bajos de afecto positivo y poca extraversión en comparación con pacientes con osteoartritis. (28) Otro estudio menciona que hay varios subgrupos de pacientes con Fibromialgia que siguen reportando el pensamiento catastrófico y que menciona que entre estos pacientes varía la intensidad de este pensamiento (30, 32). Este tipo de pensamiento se relaciona con una escala del ITC de Cloninger de evitación al daño donde el eje principal de esta escala es la preocupación pesimista en anticipación a problemas futuros y también la timidez antes extraños, que de acuerdo a estos últimos estudios las pacientes con Fibromialgia lo están reportando y en la escala del ITC se busca como un tipo de temperamento.

Otros estudios en la misma línea de investigación pero ahora con intentos de determinar la personalidad en este tipo de pacientes se ha usado el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) y se observó que el perfil psicológico de estos pacientes presentaba una puntuación elevada para depresión, hipocondriasis e histeria (24). Otros estudios han usado el Cuestionario de Personalidad de Eysenck donde se reporta puntuaciones altas en el neuroticismo, además se observa una tendencia a la introversión y una mayor dificultad para reconocer errores o admitir debilidades (26). Otro estudio mexicano concuerda con lo antes dicho sobre puntuaciones altas en neuroticismo, preocupación, nerviosismo y decaimiento, irritabilidad, sentimientos de soledad y hartazgo; además de encontrar trastornos de personalidad como histriónico, limite, pasivo-

agresivo y esquizoide (36). En estos últimos estudios se usa un tipo de escala y sus resultados como preocupación y decaimiento tienen un significado parecido a una escala del ITC de Cloninger que es evitación al daño. Y que más adelante se correlacionará más con los resultados del presente estudio.

Bueno con esta breve discusión podemos conocer que muchos investigadores han tratado de determinar; desde que tipo de pensamiento presentan las pacientes con Fibromialgia a nivel cognoscitivo y conductual, otros con escalas de personalidad y en esta presente investigación; nuestro objetivo principal fue comparar las características de temperamento y carácter de mujeres con Fibromialgia con un grupo de mujeres sanas usando otra escala diferente como el ITC de Cloninger.

De los resultados obtenidos podemos comentar que para el temperamento búsqueda de lo novedoso, en el grupo de las pacientes con Fibromialgia presentaron solo una puntuación alta en impulsividad; en cambio en el grupo de mujeres sanas mostraron puntuaciones altas en solo dos subescalas, excitabilidad y extravagancia, solo estas tres subescalas tuvieron significancia estadística (tabla 7). Esto nos indica, que este tipo de temperamento se refiere a la activación o iniciación de conductas como la frecuencia de la actividad exploratoria en respuesta ante estímulos nuevos; en el grupo de pacientes con Fibromialgia se refiere a que son impulsivas en la toma de decisiones, y en el grupo de mujeres sanas son extravagantes en abordar una entrada a la recompensa y pierden rápidamente la compostura, y activan la evitación de la frustración o castigo (12). Cloninger menciona que puntuaciones altas de la búsqueda de la novedad se relaciona con inicio y frecuencia de la hiperactividad, ingestión abusiva de alimentos, hedonismo sexual, consumo de alcohol y tabaco y otros abusos de sustancias, especialmente estimulantes. (14)

En el temperamento de evitación al daño, para el grupo de mujeres sanas presentaron puntuaciones altas en miedo a lo incierto; y en el grupo de mujeres con Fibromialgia presentaron puntuaciones altas en preocupación y fatigabilidad; solo éstas tres subescalas presentaron significancia estadística (tabla 8). Esta diferencia significativa, se ha presentado en otros estudios donde hay resultados similares como por ejemplo en una tesis doctoral de la Universidad de Barcelona en el año 2000, donde aplican la primera escala de Cloninger y se encontró que las pacientes con Fibromialgia presentaron puntuaciones altas en preocupación anticipatoria y fatigabilidad (25). Este factor de temperamento, es visto como una predisposición a la inhibición o cese de comportamientos; en las pacientes con Fibromialgia quiere decir que activan la preocupación pesimista en anticipación de problemas futuros y tienen una rápida fatigabilidad, en cambio en las mujeres sanas sólo presentan conductas evitativas pasivas como miedo a lo incierto (12). Cloninger dice que este constructo es una tendencia hereditaria a estar preocupado, miedoso, asustadizo y fatigable. Se cree que los sujetos que evitan el peligro están predispuestos a formar señales condicionadas de castigo y de

ausencia frustrante de recompensa, son sensibles al aprendizaje de la evitación. En otras palabras, las personas que tienen una alta evitación del peligro responden intensamente a las señales de aversión (se muestran fácilmente inhibidos, tímidos y fatigables). Se espera que las personas que puntúan alto en las escalas de evitación del peligro y búsqueda de novedades tengan conflictos frecuentes de aproximación-avoidancia, tal como se observa en los ciclos de atracones y purgado en la bulimia, y en las pacientes con Fibromialgia este conflicto se puede interpretar como que estas pacientes tienen la impulsividad de realizar cosas pero se activa su temperamento evitación al daño y se inhiben en realizar sus actividades y el resultado es una preocupación anticipatoria o pensamiento catastrófico, y su fácil cansancio; esta inhibición la canalizan hacia las zonas de mayor tensión en los músculos (podría ser una explicación a la localización de los puntos gatillo) y todo esto se correlaciona con lo dicho por Eich que postula que en la Fibromialgia es una combinación de varios factores (fisiológicos, psicológicos y sociales) que interactúan hacia un camino final, la enfermedad (9). Cloninger menciona que una inhibición conductual excesiva (alta evitación al peligro) predispone a los sujetos a la ansiedad, depresión y baja autoestima (14).

Para el temperamento dependencia a la recompensa en el grupo de mujeres sanas mostraron puntuaciones altas en dependencia y en el grupo de mujeres con Fibromialgia presentaron puntuaciones bajas en dependencia; solo una subescala presentó significancia estadística (tabla 9). Este factor de temperamento, es visto como una predisposición heredable en el mantenimiento o continuación de conductas, y es manifestado como sentimentalismo, unión social, y dependencia en la aprobación de otros (12). En este estudio las mujeres sanas presentan una dependencia alta a la recompensa, es decir, son particularmente sensibles en sus comunicaciones sociales, mientras que en las personas con una dependencia baja en esta área son socialmente distantes (14).

Para el temperamento de persistencia el grupo de mujeres sanas presentaron puntuaciones altas en persistencia a diferencia del grupo de mujeres con Fibromialgia que presentaron puntuaciones bajas en persistencia, de acuerdo a la significancia estadística (tabla 10). En esta última dimensión de temperamento, las mujeres sanas tienen características altas en ser trabajadoras, determinadas, ambiciosas y perfeccionistas y de ahí se explica que como grupo la mayoría son profesionistas. Y las mujeres con Fibromialgia tienden a ser perezosas, malcriadas, sin ambiciones y pragmáticas. Cloninger menciona que los individuos persistentes son entusiastas, ambiciosos, resueltos a rendir más de lo esperado, se esfuerzan más por aprender sin refuerzo, son más perseverantes (14)

Para el carácter de autodirección el grupo de mujeres sanas presentaron puntuaciones altas en responsabilidad, determinación, con recursos, autoaceptación y congruencia con ideales y en las pacientes con Fibromialgia presentaron puntuaciones bajas en todas las subescalas, de acuerdo a la

significancia estadística (tabla 11). En el grupo de mujeres sanas son maduras, eficaces, y son líderes bien organizadas; se describen que tienen buena autoestima, son capaces de admitir fallas y aceptarse ellas mismas como son, sentir que sus vidas tienen significados y propuestas, aplazan la gratificación al lograr sus metas, y muestran iniciativa en superar sus desafíos. En cambio en las mujeres con Fibromialgia tienen baja autoestima, culpan a otros de sus problemas, sienten incierto sobre su identidad o propósitos (12).

Para el carácter en cooperatividad en el grupo de mujeres sanas presentaron puntuaciones altas en aceptación social, empatía y compasión y en el grupo de mujeres con Fibromialgia presentaron puntuaciones bajas en cooperatividad. Sólo en estas tres subescalas fueron significativas (tabla 12). Este carácter fue formulado al considerar diferencias individuales en identificación con la aceptación de otras personas (12). Las mujeres sanas son tolerantes socialmente, empáticas, útiles, y compasivas, y las pacientes con Fibromialgia son intolerantes sociales, desinteresadas en otra gente, no útiles y vengativas (12).

Para el carácter autotrascendencia no fue significativa (tabla 13).

CONCLUSIONES

Se puede concluir que el temperamento y el carácter entre los grupos estudiados son diferentes. En cuanto al temperamento las pacientes con Fibromialgia presentan impulsividad, preocupación y fatigabilidad. Con respecto al carácter hay una ausencia de rasgos de autodirección y cooperatividad.

Sin embargo, no se pudo encontrar completo el tipo de temperamento de evitación al daño, como lo planteamos en la hipótesis, aunque si se mostraron dos de los componentes de dicho tipo: preocupación y fatigabilidad.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Las limitaciones identificadas en este estudio y que nos pueden servir como indicativas en nuestro estudio fueron: El número de la muestra baja, ya que se realizó en un Centro Médico que es un hospital de tercer nivel, donde el padecimiento de Fibromialgia, no es canalizado a esta unidad de atención, lo cual se ve reflejado en la estadística. Y homogeneizar más el grupo de pacientes sanas con el grupo de pacientes con Fibromialgia.

BIBLIOGRAFÍA.

1. CLAUW, DJ, Enfermedades reumatológicas, Fibromialgia. Editorial Interamericana, 2000, pp 417-448.
2. CLARK, P. Frecuencia y características de la Fibromialgia en el Hospital General de México. Rev Mex Reumat 16 (3): 191-197:2001.
3. MÜLLER W. The challenge of fibromialgia: new approaches, consensus of the symposium. Scand J Rheumatol 29 supp 113:86: 2000.
4. PONGRATZ D. Editorial Fibromialgia. Scand J Rheumatol 29 supp 113:1-2: 2000.
5. CROMBEZ G., Hypervigilance to Pain in Fibromyalgia The Mediating Role of Pain Intensity and Catastrophic Thinking About Pain. Clin J Pain 20 (2):2004.
6. SHERMAN JJ. Prevalence and Impact of Posttraumatic Stress Disorder-Like Symptoms on Patients With Fibromyalgia Syndrome. The Clinical Journal Of Pain 16 (2): 127-134: 2000.
7. WALKER EA. Psychosocial Factors in Fibromyalgia Compared With Rheumatoid Arthritis: II. Sexual, Physical, and Emotional Abuse and Neglect. Psychosomatic Medicine 59(6): 572-577:1997.
8. WALKER EA. Psychosocial Factors in Fibromyalgia Compared With Rheumatoid Arthritis: I. Psychiatric Diagnoses and Functional Disability. Psychosomatic Medicine 59 (6): 565-571: 1997.
9. HARTMANN M, the role of psychosocial factors in fibromialgia syndrome. Scand J Rheumatol 29 supp 113:30-1: 2000.
10. KAPLAN, H. Sinopsis de Psiquiatría. 8ª edición, editorial Panamericana. Madrid, 2001, pp 880-905.
11. GALLO, LA. ¿Qué es temperamento? El retorno de un concepto ancestral. Salud Mental. 26: 17-26: 2003.
12. CLONINGER, CR., A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 50: 975-990: 1993.
13. APIQUIÁN R. Evaluación de la psicopatología. Escalas en español. Ciencia y cultura latinoamericana, México, 2000, pp 66-69.

14. CLONINGER CR. Genética y psicobiología del modelo de personalidad de siete factores. *Advanced Selected Topics in Psychiatry*, 2002.
15. CLONINGER, CR., Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106(3): 189–195: 2002.
16. RAMOS-REMUS C. Fibromialgia. *Psiquiatría*, 2ª época vol 7 no. 1, Enero-Abril 1991, pp 6-14.
17. SANCHEZ, M. Traducción y confiabilidad del Inventario de Temperamento y carácter (ITC). *Salud Mental*. 19: 5-9: 1996.
18. LIRA, N. Estudio descriptivo del temperamento y carácter de los pacientes con trastorno de conversión. Tesis para obtener el diploma de especialista en psiquiatría. Departamento de Salud Mental. Facultad de Medicina, UNAM, 2006.
19. COLIN, J. Pacientes adultos postinfartados del CMN: características del temperamento y carácter. Tesis para obtener el diploma de especialista en psiquiatría. Departamento de Salud Mental. Facultad de Medicina, UNAM, 2005.
20. BOZ, C. *et al.* Temperament and character profiles of patients with tension-type headache and migraine. *Psychiatry Clin Neurosci*. 58, (5), p536-543. 2004.
21. Diccionario del español usual en México. México: SEP: El Colegio de México, 2002. Libros del Rincón.
22. FIBROMIALGIA, reunión de expertos, Salamanca, 18 y 19 de Junio de 2001.
23. CUSCÓ, A. Conferencia: IMPACTO SOCIAL Y FAMILIAR EN LA FIBROMIALGIA Presidenta de la Fundación para la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica Jefa de la Unidad de Psicología Clínica CIMA – Barcelona.
24. MARTÍNEZ E. *Et al.* Fibromialgia: Definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud Global, atención primaria*. Año III, número 4, 2003.
25. MÁÑEZ A. Tesis doctoral. Utilidad de los Potenciales Evocados y Niveles de Serotonina Plaquetar en la Comprensión de los Mecanismos Fisiopatológicos de la Fibromialgia. Universidad de Barcelona, 1998-2000.
26. MARTÍN M. *Et al.* Aspectos psicológicos de la Fibromialgia. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*;27(1):12-18, 2000.

27. EDWARDS, R. *Et al.* Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis & Rheumatism*. 55(2):325-332, 2006.
28. ZAUTRA, A. *Et al.* Fibromyalgia: Evidence for Deficits in Positive Affect Regulation. *Psychosomatic Medicine*. 67(1):147-155, 2005.
29. CROMBEZ, G. *Et al.* Hypervigilance to Pain in Fibromyalgia: The Mediating Role of Pain Intensity and Catastrophic Thinking About Pain. *Clinical Journal of Pain*. 20(2):98-102, 2004.
30. GIESECKE, T. *Et al.* Subgrouping of Fibromyalgia Patients on the Basis of Pressure-Pain Thresholds and Psychological Factors. *Arthritis & Rheumatism*. 48(10):2916-2922, 2003.
31. KERSH, B. *Et al.* Psychosocial and Health Status Variables Independently Predict Health Care Seeking in Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*. 45(4):362-371, 2001.
32. HASSET, A. *Et al.* The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*. 43(11):2493-2500, 2000.
33. MALMGREN, O. *Et al.* Temperament and Character Personality Dimensions in Patients With Nonspecific Musculoskeletal Disorders. *Clinical Journal of Pain*. 22(7):625-631, 2006.
34. BOZ, C. *Et al.* Effect of serotonergic antidepressant therapy on temperament and character scales in patients with chronic tension-type headache. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*. 61(5):534-542, 2007.
35. KIM, T. *Et al.* Temperament and character dimensions in patients with atopic dermatitis. *Journal of Dermatology*. 33(1):10-15, 2006.
36. BARRERA, MI. *Et al.* La fibromialgia: ¿un síndrome somático funcional o una nueva conceptualización de la histeria? Análisis Cualitativo-cuantitativo. *Salud Mental* vol, 28 no. 6, 2005.

*“LA MITOLOGÍA
DEL
ÉXITO
CONTIENE DOS
ELEMENTOS:
DIFICULTADES
Y
OPORTUNIDADES”*

LEO LOWENTHAL