



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

**TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES CON  
FIBROMIALGIA y TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.  
ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES DEL  
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ.**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA  
QUE PRESENTA:  
EMILIO ESTEBAN MONTEMAYOR PACHUR

Tutor Teórico	Tutor Metodológico
Dra. Danelia Mendieta Cabrera	Ing. José Francisco Cortés Sotres

CIUDAD DE MÉXICO 2016



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.

## INDICE

ANTECEDENTES.....	3
EPIDEMIOLOGIA.....	5
ETIOLOGIA.....	6
MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	7
DIAGNÓSTICO.....	8
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.....	9
CONCEPTUALIZACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE FIBROMIALGIA Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
JUSTIFICACIÓN.....	14
HIPÓTESIS.....	14
METODOLOGÍA.....	15
ESCALAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	18
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	23
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	23
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	27
BIBLIOGRAF.A.....	31
ANEXO A.....	35
ANEXO B.....	39
ANEXO C.....	45
ANEXO D.....	46

## ANTECEDENTES

### Fibromialgia – Definiciones e Historia.

La fibromialgia (FM) es una entidad clínica reumática de etiología desconocida, crónica, con una expresión clínica heterogénea marcada por el dolor musculoesquelético con efectos devastadores sobre la calidad de vida de las personas afectadas. Se caracteriza por la presencia de dolor generalizado no inflamatorio de al menos 3 meses de duración, exacerbado a la presión de determinados puntos corporales y asociado a otra sintomatología.<sup>1</sup>

El dolor es probablemente tan antiguo como la misma vida. Seguramente los primeros organismos unicelulares no tenían la capacidad de percibir dolor, pero a medida que los seres vivos se volvían más complejos, la nocicepción aparecería como mecanismo de defensa muy útil para la supervivencia. Esta última afirmación puede justificarse con el hecho de que la inmensa mayoría de los seres vivos tienen la capacidad de percibir dolor.

Hace miles de años muchos fenómenos cotidianos se explicaban a través de figuras sobrenaturales dado el gran desconocimiento de la realidad. El dolor crónico se atribuía a maldiciones o a la presencia de demonios o malos espíritus en el interior del cuerpo. No puede asegurarse que la FM ya existiera hace miles y miles de años, pero sí el dolor crónico de cualquier otra índole. Aún sin tener evidencias escritas de procesos semejantes a la FM, no sería de extrañar que procesos similares ya existieran en nuestros antepasados. Se ha relacionado la FM con el ritmo de vida y el estrés de los países desarrollados. Siguiendo esta teoría, cabría esperar una prevalencia de FM mucho menor en nuestros antepasados comparada con la actual.

El origen escrito de una patología que pudiera equivaler a la FM se encuentra hace unos 200 años. A principios del siglo XIX, los médicos descubrieron una condición que conllevaba fatiga, rigidez, dolor y sueño alterado, sin una clara explicación diagnóstica.

Ello se denominó reumatismo muscular. En 1815, un profesor de cirugía de la Universidad de Edimburgo, el Dr. William Balfour describió por primera vez el concepto “*Tender Point*” o punto gatillo y Valleix, cinco lustros después, apoyó esta descripción.<sup>2</sup> Unos años más tarde, en 1880, un psiquiatra de Estados Unidos describió una colección de síntomas consistentes en fatiga, dolor generalizado y alteraciones psicológicas. A este cuadro lo denominó neurastenia y lo atribuyó al estrés de la vida moderna. Hoy día se acepta la relación que existe entre FM y estrés, entendido como una situación personal desagradable contra la que el organismo reacciona creando una respuesta que, llevada al extremo o siendo crónica, puede producir alteraciones orgánicas. En definitiva es una respuesta adaptativa a las condiciones ambientales, pero que puede dañar al ser si la respuesta se mantiene por largos periodos de tiempo a intensidades altas. De hecho, se ha relacionado la aparición de FM con acontecimientos estresantes en algunas personas, como la muerte de un hijo o un accidente de tráfico grave. Por lo tanto, la idea que se postuló en 1880 no iba del todo desencaminada.

A finales del siglo XIX, Beard describió un cuadro de dolor generalizado al que denominó miolastenia, que posteriormente fue considerado como un proceso parecido al descrito como neurastenia. Seguidamente William Gowers, en 1904, introdujo por primera vez el término fibrositis. Defendió el concepto de inflamación como explicación a los puntos dolorosos hallados en pacientes con el denominado, por aquél entonces, reumatismo muscular. Gowers lo consideró como un cuadro de hipersensibilidad muscular con síndromes regionales dolorosos, con nódulos fibrosos constituidos por tejido colágeno y terminaciones nerviosas extraordinariamente dolorosas a la presión y al esfuerzo mecánico.

En 1944, Elliott sugirió que el proceso doloroso experimentado por pacientes con FM podría involucrar la médula espinal y el tálamo. Actualmente se considera la sensibilización central como uno de los mecanismos implicados en la percepción del dolor en pacientes con FM, y dicho concepto tiene su origen en lo postulado por Elliott.

Paralelamente, y desde otro campo del conocimiento, Moldofsky comprobó en 1975 que

en las pacientes con fibrositis existía una contaminación de la fase IV del sueño por ondas  $\alpha$ , ampliando el cuadro clínico de referencia.<sup>3</sup> El patrón normal de esta fase implica la existencia de ondas  $\beta$ , por tanto, en las personas con FM existe un patrón de ondas  $\alpha$ - $\beta$ - $\alpha$  en esta fase IV del sueño.

Balfour fue el primero en utilizar el término “tender point”, pero fue Smythe el primero en sistematizar, en 1972, los puntos dolorosos a la presión (o tender points) en pacientes con fibrositis.<sup>4</sup> Por su parte, Goldenberg publicó en 1987 unos criterios diagnósticos para la FM que junto con lo aportado por Smythe, se considera el origen de los criterios que se utilizan hoy en día.<sup>5,6</sup>

Dada la falta de evidencia que demuestre la presencia de un proceso inflamatorio en esta enfermedad, Hench propuso, en 1976, la sustitución del término fibrositis por el de FM.<sup>7</sup> El primer artículo empleando el término FM apareció en 1981. Este nuevo concepto significaba dolor en el tejido fibroso y muscular.<sup>8</sup> Desde entonces, este ha sido el término admitido y utilizado.

No obstante, a la FM aún le quedaría un largo camino por recorrer hasta llegar a su aceptación como enfermedad. En 1992 la OMS reconoció oficialmente a la FM como enfermedad reumatológica, y en enero de 1993 se definió oficialmente, en la Declaración de Copenhague, la propia enfermedad. A pesar de ello, aún hoy en día existen médicos que no la contemplan en sus diagnósticos y que no creen que exista.

## Epidemiología

Se afirma que puede estar afectado el 4% de la población mundial, que supondría alrededor de 250 millones de personas.

La FM es una entidad clínica frecuente en la práctica médica cotidiana y se ha calculado una prevalencia de 10% entre la población femenina entre 20 y 49 años y del 10-20% en la consulta de reumatología (segunda causa después de la osteoartrosis); ocho a nueve

de cada diez pacientes son mujeres alrededor de los 40 años.<sup>9</sup>

## Etiología

El concepto más importante a resaltar en este apartado es que la causa de la FM se desconoce, aunque se han identificado varios factores que podrían predisponer a padecerla. No obstante, no existe evidencia científica suficiente para considerar a ningún factor predisponente ni a ninguno de los mecanismos fisiológicos alterados descritos como posibles causas de la FM.

Entre las teorías con mayor peso en la literatura actual se encuentran la que tiene relación con traumatismos físicos significativos, infecciones víricas y bacterianas, así como la posible relación entre algunas vacunas y la aparición de la fibromialgia.

En lo pertinente al tema que nos compete, algo que se ha propuesto como predisponente a padecer la enfermedad es el tipo de personalidad. Personas con tendencias depresivas, ansiosas o somatizadoras parecerían más proclives a sufrir FM. Así mismo, cabe señalar que a veces es difícil establecer el origen del problema ¿es el tipo de personalidad lo que ha conllevado la FM?, o por el contrario, ¿es la FM la que ha llevado a la persona a sufrir de ansiedad o depresión? El dolor crónico invalidante crea desesperación, que fácilmente puede manifestarse como depresión. La sintomatología de la FM mejora al solucionar o mejorar los conflictos emocionales, familiares, laborales, o socioeconómicos. Las pacientes también mejoran la sintomatología cuando reciben tratamiento para cualquier condición psiquiátrica concomitante.

Los pacientes con FM presentan frecuentemente trastornos de ansiedad y somatización. Falta por determinar si la comorbilidad psiquiátrica fue la causa o la consecuencia de la FM. Mc Beth y colaboradores publicaron un estudio prospectivo en el que concluyeron que determinados rasgos de la personalidad preceden al desarrollo de dolor crónico generalizado.<sup>10</sup> En dicho estudio, las pacientes contestaron inicialmente unos

cuestionarios de rasgos psicosociales y de dolor. A los 12 meses de seguimiento, las pacientes volvieron a contestar los cuestionarios. Aquellas que no tenían dolor al inicio del estudio pero que tenían una tendencia a la somatización, tuvieron una probabilidad significativamente más alta de desarrollar dolor crónico generalizado en los siguientes 12 meses.

### **Manifestaciones clínicas.**

La FM se presenta de manera característica en mujeres en edad reproductiva quienes refieren dolor musculoesquelético difuso y generalizado y a la exploración física manifiestan dolor a la presión en puntos localizados, así como cansancio, fatiga extrema, sueño no reparador, rigidez articular matutina, cefalea, depresión, ansiedad, tensión, síntomas de color irritable, parestesias diversas y sensación de debilidad. Con menor frecuencia puede encontrarse dismenorrea, dolor precordial, mareo, poliaquiuria, resequedad de piel y mucosas.<sup>11</sup>

La FM puede ser clasificada de acuerdo a las zonas afectadas y su origen como: regional, primaria y secundaria. La FM regional, se denomina también FM localizada o más frecuentemente síndrome miofacial. En este caso el dolor está circunscrito a una zona anatómica y por tanto limitado a puntos contiguos. La FM primaria se caracteriza por dolor difuso y puntos dolorosos a la presión en múltiples localizaciones en ausencia de una condición concomitante o subyacente que pudiera explicar los signos y síntomas musculoesqueléticos del paciente. La FM secundaria está relacionada con una enfermedad definida como puede ser la artritis reumatoide activa o el hipertiroidismo, cuyo tratamiento lleva consigo la mejoría del proceso fibromiálgico.<sup>7</sup> Sin embargo, por el grado de afectación la posibilidad de clasificación es tan amplia como personas padezcan el proceso, ya que la intensidad de las manifestaciones clínicas es muy variable.<sup>11</sup>

Además, los pacientes con FM suelen tener importante comorbilidad, y destaca la presencia de patología psiquiátrica o psicológica, con un debate abierto sobre si su presencia es equivalente a la que aparece en cualquier proceso con dolor crónico, o si la

FM es una patología psiquiátrica. Estudios recientes han reportado rangos de síntomas depresivos en FM que varían entre 9.2% y 90%, dependiendo del método de tamizaje o diagnóstico utilizado. Los estudios que usan entrevistas clínicas estructuradas encuentran criterios para diagnósticos de Eje I y Eje II en 47.6-80.8% y 31.1% de los pacientes con FM respectivamente y 58% de los pacientes con FM presentaron antecedente de Episodios depresivos previos y 22% con episodio depresivo activo. Esta alta asociación de la FM con depresión, ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo, la sintomatología compartida, los patrones psicopatológicos y la respuesta a la terapia con antidepresivos ha llevado a que en algunos casos se le llame a la FM como un trastorno del espectro afectivo.<sup>36</sup> Incluso, un estudio realizado por Jiménez-Rodríguez y cols. reporta que la FM está asociada a un incremento en la tasa de mortalidad por suicidio. De hecho, la enfermedad se ha asociado con diversas características vinculadas con un riesgo aumentado de conductas suicidas, como el ser mujer y experimentar dolor crónico, estrés psicológico y trastornos del sueño.<sup>37</sup>

## **Diagnóstico.**

El diagnóstico se basa en los criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR), que consisten en la presencia de dolor generalizado presente durante al menos 3 meses (afectando el lado izquierdo y derecho del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, además del esqueleto axial); y dolor a la presión de al menos 11 de los 18 puntos elegidos denominados puntos gatillo o tender points y ausencia de alteraciones radiológicas y analíticas.

La exploración física, incluyendo la neurológica, únicamente revela los llamados “puntos dolorosos” manifiestos cuando se hace presión en puntos anatómicos precisos, con una fuerza de 4kg. “Hasta que la uña del dedo se pone blanca”. Se han definido 18 puntos dolorosos: supraespinoso; glúteos, en el cuadrante superoexterno; trocánter mayor; cervical bajo o anterior, en la cara superior de C5-C6; segundas articulaciones condroesternales; epicóndilo externo (bilateral); y rodilla, sobre la zona anserina (cara interna). El diagnóstico se realiza cuando al menos 11 de los 18 puntos resultan positivos,

sin embargo en la práctica se ha visto que este criterio más bien debe tener una aplicación epidemiológica y que bastan 5-8 puntos para afirmar la existencia de FM. Según los autores estos criterios tienen una sensibilidad del 88.4% y una especificidad del 81.6%.<sup>12</sup>

## **Trastornos de la personalidad.**

A partir del DSM-III, los trastornos de la personalidad se han incluido en tres grupos: el extraño o excéntrico (esquizotípico, esquizoide y paranoide); el ansioso o temeroso (por evitación, por dependencia y obsesivo – compulsivo), y el grupo dramático, emocional o caótico (límite, histriónico, narcisista y antisocial). Estas categorías están basadas en las similitudes descriptivas más que en la etiología o en los criterios externos de validación, como la historia familiar o la respuesta al tratamiento. Existe controversia sobre si los trastornos de la personalidad están mejor clasificados como dimensiones o como categorías.<sup>13</sup>

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, en su cuarta versión con revisión de texto (DSM-IV-TR)<sup>14</sup>, los trastornos de la personalidad son patrones de rasgos inflexibles y desadaptativos que provocan malestar subjetivo, deterioro social o laboral significativo, o ambas cosas. Estos rasgos también deben apartarse de las expectativas culturales, o de la norma, y esta desviación debe ponerse de manifiesto en más de una de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de control de impulsos, de necesidad de gratificación y de forma de relacionarse con los demás.

Los criterios generales para un trastorno de la personalidad según el DSM-IV-TR son los siguientes:

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

Cognición (vg. Formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos), afectividad (vg. La gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional), actividad interpersonal, control de impulsos.

- B. Este patrón es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, ni de una enfermedad médica.

Shea y cols. en 2003 estimaron que los trastornos de la personalidad son relativamente frecuentes en la población general, con una prevalencia del 10-13%. También encontraron que el 30-50% de pacientes ambulatorios de consulta médica general presentaron un trastorno de la personalidad y el 15% de los hospitalizados ingresaron básicamente por problemas relacionados a un trastorno de personalidad; casi la mitad de los pacientes restantes presentaba también un trastorno de la personalidad comórbido que afectaba de manera notable su respuesta al tratamiento.<sup>15</sup>

Los trastornos de personalidad son frecuentes en pacientes psiquiátricos; según el DSM-IV-TR, la prevalencia del trastorno paranoide de la personalidad es del 0.5-2.5% en la población general, del 10-20% en los hospitales psiquiátricos y del 2-10% en los pacientes psiquiátricos ambulatorios. El trastorno esquizoide de la personalidad es poco frecuente en el entorno clínico. Se ha descrito que el trastorno esquizotípico de la personalidad se observa aproximadamente en el 3% de la población general. La prevalencia total del trastorno antisocial de la personalidad en las muestras de población general es aproximadamente del 3% en los varones y el 1% en las mujeres; las estimaciones de prevalencia de este trastorno en poblaciones clínicas psiquiátricas han variado entre el 3 y el 30%, dependiendo de las características predominantes de las muestras; en los lugares de tratamiento de abuso de sustancias y en la cárcel o en el marco forense, se han encontrado cifras de prevalencia incluso más elevadas. Se estima que la prevalencia del

trastorno límite de la personalidad es de alrededor del 2% de la población general, del 10% entre los sujetos vistos en los centros ambulatorios de salud mental y del 20% entre los pacientes psiquiátricos internados; en poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad, el trastorno limítrofe se sitúa entre el 30 y el 60% de prevalencia.<sup>14</sup>

Los datos limitados que proporcionan los estudios en la población general sugieren una prevalencia del trastorno histriónico de la personalidad aproximadamente del 2-3%. Las estimaciones de la prevalencia del trastorno narcisista de la personalidad oscilan entre el 2 y el 16% en la población clínica y son menos del 1% en la población general. La prevalencia del trastorno de personalidad por evitación en la población general está entre el 0.5 y el 1%; este trastorno se ha reportado en el 10% de los pacientes ambulatorios vistos en clínicas de salud mental. El trastorno de personalidad dependiente está entre los trastornos de personalidad encontrados con más frecuencia en las clínicas de salud mental. Los estudios que han utilizado evaluaciones sistemáticas sugieren una prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad del 1% en muestras de población general y del 3-10% en los individuos que acuden a clínicas de salud mental. Pocos estudios se han realizado para detectar la prevalencia de trastornos de la personalidad en población hispana. López, Paez y cols. en 1997 obtuvieron una muestra de 98 sujetos a los que se les aplicó PDQ-R se encontró una prevalencia de trastornos de la personalidad del 28.6%.<sup>16</sup>

### **Conceptualización de la relación entre Fibromialgia y Trastornos de la personalidad.**

La etiología de la FM continúa sin definirse, pero por las distintas teorías y factores involucrados se considera una enfermedad multifactorial. Factores genéticos y ambientales, sistemas centrales del procesamiento del dolor, y también factores psicosociales juegan un papel importante en el desarrollo de FM.<sup>17</sup> Factores conductuales y psicológicos pudieran tener un profundo impacto en la presentación de la sintomatología en los pacientes con FM. Se ha propuesto que ciertos perfiles de personalidad tal como el

pensamiento negativista pudiera estar relacionado en la psicopatogénesis de la FM. <sup>18</sup> La meta de estudiar la personalidad en pacientes con fibromialgia sería que al concluir un estilo de personalidad esto pudiera contribuir al entendimiento del proceso etiológico que subyace la FM, así como para individualizar el plan terapéutico.

En estudios previos, los investigadores han observado heterogenicidad en los perfiles de personalidad de los pacientes con FM. Dependencia, pasividad, victimización, catastrofismo, irritabilidad, evitación o respuesta maladaptativa a la pérdida han sido algunos de los factores observados en pacientes con FM.

Los perfiles de personalidad de los pacientes con FM deben también su heterogenicidad a las diferentes herramientas utilizadas para la evaluación y las diferentes poblaciones de estudio. Los pacientes son descritos con frecuencia como: exigentes, cuidadosos, ordenados, honestos, responsables, morales y meticulosos en todos los aspectos de la vida. También es frecuente encontrar rasgos depresivos en ellos, aunque esto último no se sabe si es un rasgo innato de su personalidad o una manifestación psicológica de adaptación al dolor crónico.

Existen pocos estudios que determinen la presencia y frecuencia de trastornos de personalidad en los pacientes con FM en la literatura actual, además de ser un padecimiento poco estudiado por especialistas en psiquiatría, siendo más bien abordado por médicos generales y reumatólogos.

Según Hernández y cols. los enfermos afectos del FM suelen ser exigentes, cuidadosos, ordenados, honestos, responsables, morales, meticulosos en todos los aspectos de la vida y también es característico encontrar rasgos depresivos en ellos, aunque esto último no se sabe si es un rasgo innato de su personalidad o es una manifestación psicológica de adaptación al dolor crónico. <sup>19</sup>

La vivencia del dolor en la FM se asocia a las características de la personalidad del paciente. Así aquellos pacientes que viven el dolor con tensión emocional, ansiedad y depresión lo experimentan con mayor intensidad y generalmente no responden al

tratamiento farmacológico; por el contrario, aquellas personas que desarrollan conductas adaptativas positivas como la creencia en sus posibilidades para superarlo, expresan niveles más bajos de dolor.

Algunos hallazgos hasta ahora incluyen una asociación significativa entre determinados trastornos de la personalidad en pacientes con FM; Leu y cols. en 1992, realizaron un estudio en 27 pacientes con FM y 23 controles, encontrando puntajes significativamente mayores en sujetos con FM de hipocondriasis, depresión, ansiedad, compulsiones y menor independencia.<sup>20</sup>

Thieme, Turk y Flor en 2005 llevaron a cabo un estudio en el que analizaron una muestra de 115 pacientes con FM, los cuales fueron asociados en 3 grupos basados en las respuestas del Multidimensional Pain Inventory (MPI): disfuncionales, con distrés interpersonal y adaptados funcionalmente. Se encontraron diagnósticos de psicopatología en el 74.8%, de todos los participantes, entre los cuales los subgrupos de disfuncionales y distrés interpersonal presentaron más ansiedad. Los adaptados funcionalmente mostraron escasa comorbilidad. En cuanto a los diagnósticos de trastornos de la personalidad, sólo el 8.7% los presentaron. Estos hallazgos sugieren que la FM no es un diagnóstico homogéneo, ya que muestra proporciones variables de ansiedad y depresión asociadas a características psicosociales determinadas.<sup>21</sup>

## **Planteamiento del Problema**

¿Cuál es la frecuencia de diagnósticos de trastornos de la personalidad en pacientes con FM?

¿ Es mayor el diagnóstico de trastornos de la personalidad en pacientes con Fibromialgia que en pacientes con Trastorno depresivo mayor?

¿Existe relación entre el diagnóstico de trastornos de la personalidad con la severidad de la sintomatología tanto de FM como depresiva?

¿Algún diagnóstico de trastorno de la personalidad es más común de identificar en pacientes con Fibromialgia?

## Justificación

La asociación entre fibromialgia y patología mental, la mala respuesta al tratamiento y el difícil manejo y control de esta clase de pacientes, llevó a plantearnos la existencia de probables rasgos o trastornos de la personalidad que dificultasen el abordaje de esta patología y que influyan directamente sobre la respuesta al tratamiento.

La FM es una enfermedad que aunque no está tan claramente reconocida como una entidad nosológica ya que no se ajusta al modelo médico, sin embargo ésta es una realidad clínica. También es cierto que dicho modelo médico no ha podido explicar adecuadamente los trastornos que están superpuestos entre lo psíquico y lo somático.

Existe evidencia de la presencia de psicopatología en fibromialgia, sin embargo no hay información que relacione específicamente los Trastornos de la personalidad, lo cual hace necesario investigar al respecto para determinar si hay una relación que influya para el desarrollo de dichas entidades clínicas.

Aunque existen estudios en pacientes con fibromialgia en los que se determine la prevalencia de trastornos de la personalidad

Finalmente añadir la consideración de que, independientemente de si las pacientes estudiadas padecen o no un trastorno de personalidad, la detección individual de determinados rasgos de personalidad, tendría importancia de cara al manejo y la comprensión de las pacientes, así como para la adecuación de un tratamiento, que en este momento es difícil y a menudo ineficaz.

## Hipótesis

### Hipótesis general

En los estudios realizados anteriormente se ha identificado que los rasgos de personalidad más prevalentes en las pacientes con diagnóstico de FM son los obsesivos, límites, histriónicos y evitativos, por lo que en el estudio que realizaremos esperaríamos encontrar una mayor prevalencia de éstos trastornos, así como encontrar una mayor prevalencia de

trastornos de la personalidad en pacientes con FM que en pacientes con Trastorno depresivo mayor. Además, en el estudio se pretende demostrar el impacto que puede tener la fibromialgia en los pacientes que presenten trastornos psiquiátricos o de personalidad, esperando que con dichas comorbilidades los resultados nos arrojen datos de mayor impacto de la enfermedad, quedando por evaluar si el trastorno psiquiátrico o de personalidad condiciona el impacto de la fibromialgia, o la fibromialgia actúa como un facilitador para el desarrollo de psicopatología.

## Objetivos

### Objetivo General

Comparar el tipo y la proporción de trastornos de la personalidad en pacientes con diagnóstico de Fibromialgia con o sin comorbilidad con trastornos depresivos y ansiosos y pacientes con Trastorno depresivo mayor con o sin comorbilidad ansiosa.

### Objetivos Específicos

- Comparar la proporción de trastornos de la personalidad en pacientes con Fibromialgia y Trastorno depresivo mayor.
- Comparar las puntuaciones crudas del PDQ entre los Trastornos de personalidad identificados en pacientes con Fibromialgia y con Trastorno depresivo mayor.
- Comparar las puntuaciones FIQ entre los Trastornos de personalidad identificados en pacientes con Fibromialgia y con Trastorno depresivo mayor.

## Metodología

### Tipo de Estudio

Según La Asociación de Facultades de Medicina de Canadá se trata de un Estudio observacional, analítico (comparativo) y transversal. <sup>42</sup>

## Universo de estudio, muestra, selección y tamaño

Individuos con un diagnóstico de Fibromialgia y Trastorno depresivo mayor, ambulatorios, que acudan al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” en la Ciudad de México.

## Participantes y Procedimiento

Participaron 94 mujeres, 63 Con Diagnóstico de Depresión Mayor con una edad de  $43.5 \pm 12.5$  años y 31 con Diagnóstico de Fibromialgia y Depresión Mayor con edad de  $43.6 \pm 7.9$  años. No se presentaron diferencias entre grupos [ $F(1,92)=6.28$ ,  $p=0.430$ ].

Los criterios de inclusión, exclusión y eliminación se presentan a continuación:

Se invitó a participar en el estudio a pacientes femeninos mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de Trastorno depresivo mayor y Fibromialgia o solamente Trastorno depresivo mayor, que acudieran al servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría, para seguimiento subsecuente. Con el apoyo y previa autorización del médico tratante se procedió a la aplicación de los instrumentos.

## **Pacientes con Fibromialgia.**

### **Criterios de Inclusión**

- Mujeres con más de 18 años cumplidos al momento de la entrevista y la aplicación de los instrumentos de medición.
- Pacientes con diagnóstico de Fibromialgia de acuerdo a los criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR), que consisten en la presencia de dolor generalizado durante al menos 3 meses (afectando el lado izquierdo y derecho del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, además del esqueleto axial); y el dolor a la presión de al menos 11 de 18 puntos elegidos denominados puntos gatillo o tender points y con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor leve, moderado o severo por criterios del DSM-IV-TR.
- Que sean capaces de leer y escribir.
- Que otorguen su consentimiento informado para la participación en el estudio y la aplicación de los instrumentos de medición.

### **Criterios de Exclusión**

- Presencia de cualquier trastorno psicótico.
- Pacientes con algún trastorno del desarrollo o cuya condición médica general o psiquiátrica los haga incapaces de otorgar su consentimiento informado según criterio del investigador.

### **Criterios de Eliminación**

- Participantes quienes retiren su consentimiento informado en cualquier momento de la investigación.

## **Pacientes con Trastorno depresivo mayor.**

## **Criterios de Inclusión**

- Mujeres con más de 18 años cumplidos al momento de la entrevista y aplicación de los instrumentos de medición.
- Pacientes con diagnóstico de Trastorno depresivo mayor leve moderado o severo, en episodio actual activo o en remisión de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR.
- Que sean capaces de leer y escribir.
- Que otorguen su consentimiento informado para la participación en el estudio y la aplicación de los instrumentos de medición.

## **Criterios de Exclusión**

- Presencia de cualquier trastorno psicótico.
- Pacientes con algún trastorno del desarrollo o cuya condición médica general o psiquiátrica los haga incapaces de otorgar su consentimiento informado según criterio del investigador.

## **Criterios de eliminación**

- Participantes quienes retiren su consentimiento informado en cualquier momento de la investigación.

## **Tamaño de muestra**

Se consideró una relación 2:1 entre pacientes deprimidos y con FM, 80 pacientes deprimidos y 40 con FM. La media armónica de los tamaños de muestra equivale a 53 participantes por grupo. Esta muestra permitirá encontrar diferencias de 95% y potencia del 90% para una magnitud del efecto  $d=0.60$  (magnitud media).<sup>42</sup>

## Definición de las Variables

Variable	Tipo de Variable	Instrumento
Diagnóstico Psiquiátrico	Nominal	MINI
Trastorno de la Personalidad	Dimensional Categorica	PDQ-4+ Puntaje Crudo PDQ-4+ Puntos de Corte
Severidad y presencia de depresión	Dimensional	IDB Puntaje Crudo
Impacto en la calidad de vida de la FM	Dimensional	FIQ

## Escalas e instrumentos de evaluación

### MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI).<sup>22</sup>

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada, heteroaplicada, que fue desarrollada de manera conjunta por psiquiatras y clínicos (Sheehan, Lecrubier y cols) de EUA y Francia, para los trastornos del CIE 10 y DSM-IV. Su uso se enfoca en la detección y/u orientación diagnóstica de los 17 principales trastornos psiquiátricos.<sup>22</sup>

La MINI está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos

La versión en español de la MINI fue validada por Ferrando, Bobes y cols.<sup>23</sup>

Este instrumento fue diseñado para cumplir con la necesidad de una entrevista estructurada corta, pero precisa para estudios clínicos multicéntricos y estudios epidemiológicos y para ser usada como el primer paso en resultados de rastreo en escenarios clínicos que no se encontraran especializados. Se basa en la existencia de trastornos actuales. Para cada trastorno se dan una o dos preguntas de tamizaje que descartan el diagnóstico cuando responden de manera negativa.

## **Adaptación española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+)**

El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en su cuarta edición (DSM-IV)<sup>1</sup> define los trastornos de la personalidad (TP) como «un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto». Este mismo manual define 10 trastornos específicos de la personalidad, agrupables en tres *clusters*: *cluster* A (excéntricos) que incluye los TP paranoide, esquizoide y esquizotípico; el B (dramáticos) que englobaría los TP histriónico, narcisista, límite y antisocial; y el C (ansiosos) que lo compondrían los TP por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivos. Al mismo tiempo considera una categoría de TP no especificado para los casos en que valorándose patología de personalidad no se llegan a cumplir el número mínimo de criterios exigibles para ninguno de los diagnósticos antes mencionados. Finalmente, el DSM-IV incluye en su apéndice B los trastornos depresivo y pasivo-agresivo (negativista) de la personalidad como categorías diagnósticas de TP para estudios posteriores.

El PDQ-4+ evalúa los 10 TP específicos incluidos en el DSM-IV, más las dos categorías en estudio incluidas en el apéndice B de dicho manual. Consta de un cuestionario de autoinforme y de una breve entrevista de significación clínica que se aplica en caso necesario para cada categoría de TP en que el paciente cumpla el número mínimo de criterios exigibles para su diagnóstico. El cuestionario está constituido por 99 ítems de respuesta Verdadero frente a Falso (con excepción de los dos últimos ítems que siguen un formato de inventario, en que se debe señalar la presencia de comportamientos impulsivos y antinormativos anteriores a los 15 años y se corresponden con los TP límite y antisocial respectivamente). Cada ítem puntúa en un único criterio diagnóstico del DSM-IV (con la excepción de uno compartido entre los TP esquizoide y esquizotípico) y en todos los casos lo hace la respuesta *Verdadero* (excepto en tres ítems de la escala de conformidad social).<sup>24</sup>

## **Inventario de Depresión de Beck (BDI).**

Intrumento autoaplicable, inicialmente diseñado para realizarse mediante entrevista. Realizado por Beck A. T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J. Evalúa la gravedad del cuadro depresivo, contiene 21 reactivos. Indaga fundamentalmente sobre los síntomas clínicos depresivos y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Dentro de las escalas de depresión, es la que mayor porcentaje de reactivos cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck. <sup>25</sup>

Interpretación:

1. Tristeza. 2. Pesimismo. 3. Sensación de falla 4. Disatisfacción. 5. Culpa. 6. Expectativa de castigo. 7. Descontento hacia uno mismo. 8. Autoreproche. 9. Ideación suicida. 10. Llanto. 11. Irritabilidad. 12. Aislamiento social. 13. Indecisión. 14. Cambios en la imagen corporal. 15. Lentitud psicomotriz. 16. Insomnio. 17. Fatiga. 18. Pérdida del apetito. 19. Pérdida de peso. 20. Preocupación somática. 21. Bajo nivel de energía. El BDI ha sido adaptado y validado al castellano por Conde y Useros (1975). <sup>26</sup>

La versión de 21 reactivos no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

- . Posible negación de depresión, fingir estar bien 0-4puntos.
- . Personas sin depresión: 05-09 puntos.
- . Depresión mínima: puntuación media de 10 puntos.
- . Depresión leve a moderada: 10-18 puntos.
- . Depresión moderada: 19-29 puntos.
- . Depresión severa: 30-40 puntos.
- . Depresión muy severa: Más de 40 puntos.

Personas gravemente deprimidas, sugiriendo posible exageración de la depresión, posiblemente personas con trastorno de personalidad histriónico o límite. Sin embargo estos niveles de depresión son posibles.

- . Depresión leve: Puntuación media de 18.
- . Depresión moderada: Puntuación media de 25.
- . Depresión grave: Puntuación media de 30 puntos.

## **Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia <sup>27</sup> *Fybromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)*.**

El FIQ es una herramienta específica para medir el impacto del síndrome fibromiálgico en la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes que lo padecen. Evalúa de manera específica el estado, progresión y pronóstico de pacientes con FM midiendo los aspectos del estado de salud actual que se consideran más afectados por esta enfermedad. El puntaje máximo es de 100 y a mayor puntaje mayor impacto de la enfermedad en el individuo. <sup>28</sup>

Fue desarrollado en 1980 por clínicos de Oregon (Oregon Health & Science University) en un intento de capturar el espectro total de los problemas relacionados a la FM y las respuestas a la terapia. Fue publicado por primera vez en 1991 y desde entonces ha sido ampliamente utilizado como un índice de eficacia terapéutica. Se ha mostrado que tiene una buena validez de constructo, características prueba-prueba confiables y buena sensibilidad en demostrar un cambio terapéutico. El cuestionario original fue modificado en 1997 y 2002, para reflejar la experiencia con el instrumento y para clasificar sistema de puntaje. El FIQ ha sido traducido a 8 idiomas, y las versiones obtenidas han mostrado características operativas similares a la versión en español. Consta de 11 reactivos que valoran: capacidad física, posibilidad de realizar el trabajo habitual, repercusión sobre la actividad laboral remunerada, dolor, fatiga, rigidez, sensación de cansancio, ansiedad y depresión. <sup>29</sup>

## **Análisis Estadístico**

Las variables categóricas se expresaron en frecuencia y porcentaje, las variables dimensionales con media y desviación estándar. El contraste entre grupos para las variables categóricas se hizo por medio de prueba exacta de Fisher. El contraste entre grupos para las variables dimensionales se realizó por medio de ANOVA simple.

## **Consideraciones Éticas**

Los pacientes quienes aceptaron formar parte de este protocolo de estudios fueron informados verbalmente de los procedimientos que se llevaron a cabo, aclarando cualquier duda que se presentaba durante la realización. El consentimiento informado se explicó y se realizó por escrito previo a su participación en el protocolo, en todo momento se guardó estricta confidencialidad y se tuvo aprobación para reportar los resultados. También se solicitó un testigo que otorgó el consentimiento informado para garantizar que éste haya sido entendido y comprendido.

El consentimiento informado cuenta con los siguientes apartados: a) Justificación y objetivos de la investigación, b) procedimientos o consignas a seguir durante la investigación, c) garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgo, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del paciente, d) la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado.

Con el objetivo de salvaguardar la confidencialidad, cada uno de los expedientes de los pacientes que acepten participar recibieron un código numérico, permitiendo así que el nombre y datos generales quedaron bajo resguardo del investigador principal y éstos no aparecen en ninguno de los reportes de la investigación.

## Resultados

La gravedad del Trastorno Depresivo Mayor evaluada con Beck se reporta en la Tabla 1. Se presentaron diferencias significativas entre grupos, siendo mayor la gravedad en el grupo de pacientes con Fibromialgia y Trastorno depresivo mayor comórbido.

**Tabla 1. Gravedad de Depresión.**

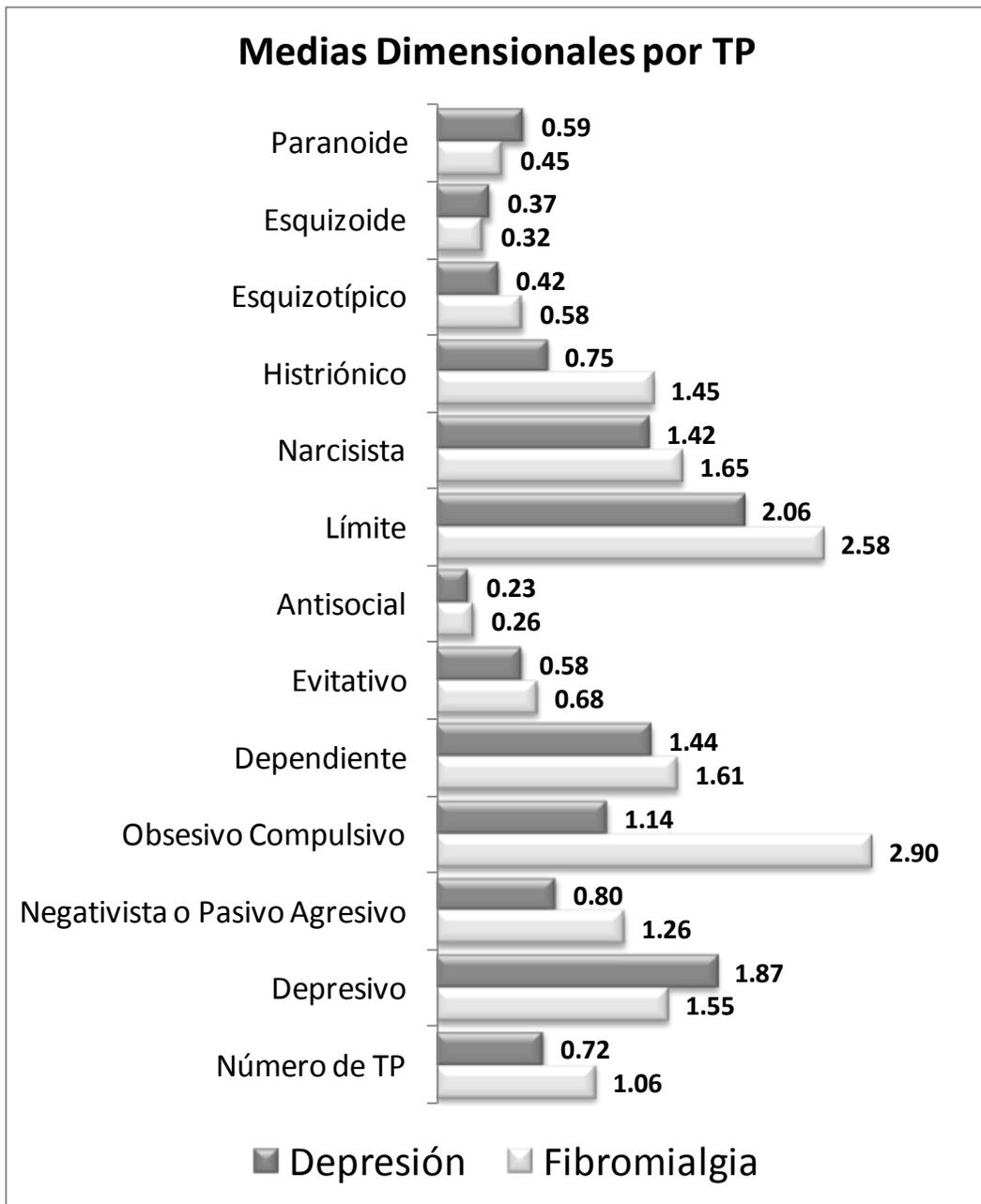
Gravedad de Depresión Beck	TDM (n=63)		Fibromialgia con TDM n=31		Muestra Total (n=94)		F	Sig.
	Media	DStd	Media	DStd	Media	DStd		
	9.59	5.53	17.58	5.22	12.22	6.59		

El análisis dimensional de los Trastornos de la personalidad muestra que el diagnóstico que Trastorno Obsesivo Compulsivo de la personalidad presenta una prevalencia significativamente mayor en el grupo de pacientes con Fibromialgia y TDM. Además, el diagnóstico de Trastorno Histriónico muestra diferencia que indica una mayor severidad en el grupo de Fibromialgia y TDM lo que también sucede con el número de Trastornos de la personalidad comórbidos. Los resultados para todos los Trastornos de Personalidad estudiados se presentan en la tabla 2 y las medias dimensionales por TP se presentan graficadas en la Figura 1.

**Tabla 2. Relación por Trastornos de la Personalidad según PDQ - 4**

Trastornos de la Personalidad	TDM (n=63)		Fibromialgia con TDM (n=31)		Muestra Total (n=94)		F	Sig.
	Media	DStd	Media	DStd	Media	DStd		
Paranoide	0.63	0.85	0.45	0.62	0.57	0.78	1.141	0.288
Esquizoide	0.38	0.81	0.32	0.65	0.36	0.76	0.121	0.728
Esquizotípico	0.46	0.80	0.58	0.96	0.50	0.85	0.412	0.523
Histriónico	0.70	1.21	1.45	1.50	0.95	1.35	6.822	0.011
Narcisista	1.21	1.55	1.65	1.85	1.35	1.66	1.464	0.229
Límite	1.98	2.01	2.58	2.33	2.18	2.13	1.641	0.203
Antisocial	0.22	0.52	0.26	0.44	0.23	0.50	0.108	0.744
Evitativo	0.63	1.10	0.68	0.75	0.65	0.99	0.038	0.846
Dependiente	1.59	1.76	1.61	1.71	1.60	1.73	0.004	0.947
Obsesivo Compulsivo	1.08	1.62	2.90	1.74	1.68	1.86	25.101	<0.001
Negativista o Pasivo Agresivo	0.81	1.15	1.26	1.41	0.96	1.25	2.715	.103
Depresivo	2.00	1.93	1.55	1.46	1.85	1.80	1.318	.254
Número de TP Comorbidos	0.70	0.71	1.06	0.77	0.82	0.75	5.213	.025

**Figura 1. Medidas dimensionales por TP.**



Los resultados acerca del impacto de la Fibromialgia se muestran en la Tabla 3. Como era de esperarse fue significativamente mayor en los pacientes del grupo de FM en comparación con el grupo de pacientes con TDM. Esta variable se evaluó por medio del Cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ). Todos los rubros del cuestionario mostraron una diferencia significativa, mostrando mayor impacto en el grupo de pacientes con FM.

**Tabla 3. Impacto de la Fibromialgia (FIQ)**

Impacto de la Fibromialgia	TDM (n=63)		Fibromialgia con TDM n=31		Muestra Total (n=94)		F	Sig.
	Media	DStd	Media	DStd	Media	DStd		
Actividades Cotidianas	91.73	9.58	66.91	8.50	82.89	15.06	144.933	<0.001
Días sin Dolor	92.86	12.48	63.59	18.01	82.43	20.29	79.358	<0.001
Síntomas	82.68	19.22	36.12	9.11	66.09	27.72	161.142	<0.001
Total FIQ	89.09	11.50	55.54	7.39	77.14	19.10	214.222	<0.001

En Análisis categórico dicotómico los TP solo el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo mostró diferencias con p exacta de Fisher = 0.002 (Tabla 4).

**Tabla 4. Análisis categórico dicotómico por Trastorno de Personalidad.**

Trastorno de la Personalidad	Depresión				Fibromialgia				p exacta de Fisher
	SinTP		ConTP		SinTP		ConTP		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Paranoide	62	98.4%	1	1.6%	31	100.0%	0	0.0%	1.000
Esquizoide	62	98.4%	1	1.6%	31	100.0%	0	0.0%	1.000
Esquizotípico	63	100.0%	0	0.0%	31	100.0%	0	0.0%	
Histriónico	62	98.4%	1	1.6%	28	90.3%	3	9.7%	0.103
Narcisista	59	93.7%	4	6.3%	27	87.1%	4	12.9%	0.432
Límite	52	82.5%	11	17.5%	24	77.4%	7	22.6%	0.584
Antisocial	63	100.0%	0	0.0%	31	100.0%	0	0.0%	
Evitativo	60	95.2%	3	4.8%	31	100.0%	0	0.0%	0.548
Dependiente	60	95.2%	3	4.8%	29	93.5%	2	6.5%	1.000
Obsesivo Compulsivo	57	90.5%	6	9.5%	19	61.3%	12	38.7%	0.002
Negativista o Pasivo Agresivo	61	96.8%	2	3.2%	28	90.3%	3	9.7%	0.327
Depresivo	51	81.0%	12	19.0%	29	93.5%	2	6.5%	0.133
Al menos un TP	27	42.9%	36	57.1%	8	25.8%	23	74.2%	0.119

## Discusión

En cuanto a la intensidad de la sintomatología en la FM, Fassbender y cols en 1997 estudiaron un grupo de 30 pacientes con FM y 26 con TDM. Los pacientes con FM tuvieron, marcadamente, mayor número de puntos dolorosos en comparación con el grupo de TDM.<sup>30</sup> En el presente estudio, los resultados son congruentes con lo reportado por Fassbender y cols, siendo significativamente mayor el impacto en la vida diaria reportado por el FIQ en los pacientes con FM (.000), en comparación con el grupo de TDM y esto medido con ítems sobre sintomatología dolorosa, como en el impacto en las actividades de la vida diaria. En 2016, Mur Martí T, et al. estudiaron a 235 pacientes con FM reportando el impacto de la enfermedad situándose en la franja de impacto moderado (FIQ entre 50 y 75 puntos), siendo esto consistente con lo reportado en nuestro estudio donde la media para el FIQ fue de 55.54 en el grupo de FM.<sup>39</sup>

Respecto a los trastornos de la personalidad la prevalencia en este estudio para los pacientes con FM fue de 57.1%, siendo estos resultados discordantes con lo reportado por Thieme, Turk y Flor en el 2005, quienes únicamente encontraron trastornos de la personalidad en el 8.7% de pacientes con FM<sup>21</sup>, pero similares a lo reportado en estudios más recientes realizados por Uguz en 2011 y por Gota y cols. en 2015 en donde reportaron diagnósticos en Eje II del 31.1%.<sup>38</sup> Es probable que estas diferencias con el primero se deban a el origen de nuestra muestra.

En la actualidad, existen pocos estudios que analicen la presencia de rasgos o trastornos de la personalidad en pacientes con FM, por ejemplo, una revisión reciente realizada entre 1967 y 2012 en las bases de datos Medline and PsychINFO sugiere que menos del 3% del total de artículos de FM intentan investigar la relación entre las características de personalidad y FM<sup>41</sup>, sin embargo los datos que existen en la literatura son similares a los encontrados en nuestro estudio, en el cual encontramos como resultados relevantes un porcentaje de 38.7% de los pacientes con FM con Trastorno de personalidad Obsesivo Compulsivo, 22.6% para el Trastorno de personalidad Límite, 12.9% para Trastorno

Narcisista de la personalidad y 9.7% con Trastorno Histriónico de personalidad, siendo esto consistente con lo reportado por Hernández en 1997, en donde se describen a las pacientes con FM con rasgos predominantemente obsesivos (rígidas, exigentes, cuidadosas, honestas, ordenadas, morales y meticulosas) <sup>31</sup>, Barrera y Cortés en 2005, quienes aplicaron el inventario de personalidad de Eysenck a pacientes con FM y hallaron puntuaciones elevadas en neuroticismo ( $60 \pm 8$ ) y de menor intensidad en extroversión. Además encontraron un promedio de  $1.8 \pm 1.1$  trastornos de personalidad por paciente, siendo los de mayor frecuencia el trastorno histriónico, límite, pasivo agresivo y esquizoide, lo cual es con algunos trastornos discordante con los encontrados en el presente estudio, a excepción del Límite e Histriónico. <sup>32</sup> Cerón et al. en un estudio realizado en 2010 comentan rasgos de personalidad en pacientes con FM, detectando como más frecuentes rasgo límite, rasgo obsesivo y rasgo histriónico. <sup>40</sup>

Un dato importante a considerar en el caso de los pacientes con FM es que los rasgos de personalidad probablemente se ven modificados entre los períodos premórbidos en comparación de los mórbidos. Pudiera ser esto, como lo refieren varios autores entre ellos Raphael y cols en 2004, una forma en la cual se expresaría el malestar de los que padecen FM, sustituyéndose el malestar físico y emocional en uno distinto. <sup>33</sup> La asociación con trastornos depresivos y/o ansiosos en estos pacientes es un tema ampliamente debatido, y como se comentó en el marco teórico, no existe un claro acuerdo sobre si la depresión aparece como consecuencia de la enfermedad crónica, o si la FM formaría parte de las enfermedades psiquiátricas. En todo caso, la prevalencia de estos trastornos en pacientes con FM es muy elevada, a pesar del uso de instrumentos diferentes para dicha valoración en la revisión realizada por Malin K. et al. en 2012. <sup>41</sup>

Asimismo en estudios realizados por Pagano y cols. en 2004 y Moreno y Montañó en el 2000 no se relacionó la severidad de FM con la presencia de síntomas depresivos aunque si se encontró que la mayor puntuación en FIQ se relacionaba con mayor grado de psicopatología. <sup>33, 34</sup> En este estudio, el grupo de pacientes con FM presentó una media mayor en el Inventario de Depresión de Beck contra el grupo de pacientes con TDM, lo

que pudiera interpretarse como que la presencia e impacto que tiene la FM es un factor que puede agravar la sintomatología depresiva comórbida.

Es fundamental al realizar un abordaje multidisciplinario para el tratamiento de los pacientes con FM, ya que como sea mencionado anteriormente, la FM es un padecimiento respecto al cual todavía no se le conoce causa y cuya naturaleza es sumamente compleja. Existe dificultad para llegar al diagnóstico en parte por la vaguedad de los síntomas y la similitud de estos con muchas otras afecciones orgánicas, además de la falta de evidencia paraclínica que pueda corroborar la presencia de la FM, por lo que llevar un tratamiento adecuado de ésta representa un reto para los médicos y lo ideal sería un manejo multidisciplinario donde participen diversos especialistas como son reumatólogos, psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas y nutriólogos.

## **Conclusiones.**

En el presente trabajo, las participantes asisten en su totalidad al Instituto Nacional de Psiquiatría como pacientes, por lo que todas contaban con diagnósticos confirmados de Trastorno Depresivo Mayor, y el grupo de FM contaba con diagnóstico confirmado con criterios reumatológicos de Fibromialgia, además de comorbilidad psiquiátrica con TDM, lo que es importante considerar como características de la muestra para interpretar los resultados de forma correcta. Además, aunque en el estudio no se utilizó como una variable, en su mayoría se encontraban bajo algún tipo de tratamiento farmacológico y algunas con medidas psicoterapéuticas, además del tratamiento habitual indicado para la FM en el caso de las pacientes de este grupo al momento del estudio, lo que pudiera ser una debilidad del al no ser considerado como variable. Asimismo, el tamaño de la muestra estudiada fue pequeño, lo que se considera una limitación del estudio; esto debido a la dificultad para encontrar los pacientes con diagnóstico de FM. Otra debilidad fue el que no se abordó en estas pacientes la existencia de traumas o acontecimientos vitales estresantes, a pesar de ser factores importantes en la etiopatogenia tanto de la fibromialgia como de los trastornos de personalidad.

La FM es una entidad clínica todavía controversial. A pesar de ser incluida dentro de las enfermedades reumatológicas, queda en duda si no debería ser también estudiada y abordada por otras ramas de la medicina. En el presente estudio encontramos datos que sustentan la relación entre la FM y los trastornos tanto depresivo mayor como distintos trastornos de la personalidad; algunos autores han considerado a la FM como una forma de depresión somatizada o un trastorno de somatización con síntomas depresivos.

Es importante señalar que es imposible con un test de screening hacer una afirmación diagnóstica de trastorno de personalidad, pero aun así, llama la atención el elevado número de pruebas positivas y de rasgos positivos por paciente.

Asimismo, la FM es una entidad clínica que cada vez es más tomada en cuenta debido a su prevalencia y al grado de discapacidad que genera en los pacientes. Sin embargo todavía es insuficiente el conocimiento y la importancia que se le da a este padecimiento.

Es trascendente para tener más entendimiento de la FM estudiar más a fondo la comorbilidad médica, psiquiátrica y las características de personalidad que presentan.

Podemos concluir que los resultados obtenidos en este trabajo permiten relacionar algunos trastornos de personalidad con la presencia de FM, que justificaría una valoración y abordaje psicoterapéutico más completo para la detección y tratamiento de dichos trastornos. La detección permitiría mejorar el abordaje de pacientes crónicas, con polifarmacia, con mala percepción de salud y con pocas esperanzas de tener una mejoría en la calidad de vida.

## Bibliografía

1. Meltem Vural, Tonguc Demir Berkol, Zeynep Erdogan, Batuhan Kucukserat, and Cihan Aksoy. Evaluation of personality profile in patients with fibromyalgia syndrome and healthy controls *Mod Rheumatol*, 2014; 24(5): 823–828
2. Valleix FL. *Traite des Neuralgies ou affections douloureuses des nerfs*. Paris: JB Bailliere, 1841.
3. Moldofsky H, Scarisbrick P, England R, Smythe H. Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbances in patients with “fibrositis syndrome” and healthy subjects. *Psychosom Med* 1975;37:341-51.
4. Smythe HA. *Non-articular rheumatism and the fibrositis syndrome, arthritis and allied conditions*. Eighth edition. Edited by Hollander JL, McCarty DJ. Philadelphia: Lea and Febiger, 1972.
5. Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome. *JAMA* 1987;257:2782-7.
6. Wolfe F., Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P, Fam AG, Farber SJ, Fiechtner JJ, Franklin CM, Gatter RA, Hamaty D, Lessard J, Lichtbroun AS, Masi AT, McCain GA, Reynolds WJ, Romano TJ, Russell IJ, Sheon RP. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
7. Hench PK. Nonarticular Rheumatism, Twenty-Second Rheumatism Review: Review of the American and English Literature for the Years 1973 and 1974. *Arthritis Rheum* 1976;S19:1081-9.
8. Yunus MB, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, Feigenbaum SL. Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum* 1981;11:151-71.
9. Álvarez B, Valdivieso J, Alegre J, Viejo J, Marañón A. Síndrome de fibromialgia: características clínicas de las pacientes españolas, *Rev Esp Reumatol* 1996; 23: 76-82.
10. McBeth J, Silman AJ. The role of psychiatric disorders in fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep* 2001b;3:157-64.
11. Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Monsalve V, Bayona MJ, de Andrés J.

- Fibromyalgia: diagnosis and treatment. Current knowledge. Rev Soc Esp Dolor 2004; 11: 430-443.
12. Wolf F., Smythe HA, Yunus MB, Bennet RM, Bomardier C, Goldenberg DL. Et al. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of fibromialgia. Report of the multicenter criteria comitee. Arthritis Reum 1990 Feb; 33(2): 160-72
  13. Hales R. E, Yudofsky S. C, Talbott J.A. Tratado de psiquiatría American Psychiatric Press. 2ª Edit. Ancora S.A.. Barcelona 1996.p 669-86
  14. American Psychiatric Association. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th Edition Text Revision". American Psychiatric Association 2000.
  15. Shea MT, Zlotnick C, Dolan R, Warshaw MG, Phillips KA, Brown P et al. Personality disorders, history of trauma, and posttraumatic stress disorder in subjects with anxiety disorders. Compr Psychiatry 2003; 41(5): 315-25.
  16. López J, Páez F, Apiquián R, Sánchez M, Fresán A. Revisión del diagnóstico de la Personalidad (PDQ-R). Salud Mental 1997; 68: 532-60.
  17. Asli Gencay-Can · Serdar Suleyman Can. Temperament and character profile of patients with Fibromyalgia Rheumatol Int (2012) 32:3957–3961
  18. Olsson I, Dahl A. A. Personality problems are considerably associated with somatic morbidity and health care utilisation European Psychiatry 24 (2009) 442–449
  19. Hernández M. Estudio de la personalidad psicológica de los pacientes con fibromialgia. Rheuma 1997.
  20. Leu CC, Chiueh CM, Chuo LJ, Lan JL. Personality characteristics of patients with fibromyalgia. Clin Med J 1992; 49(4): 264-70.
  21. Thieme K, Turk DC and Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia síndrome: Relationship to somatic and psychosocial variables. Curr Rheumatol Rep 2005; 365-370.
  22. Lecrubier Y, Sheehan DV, Harnett-Sheehan K., Janavs J, Weiller E, Bonora LI et al. Reliability and Validity of MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-II. European Psychiatry. 1997; 12:232-241.

23. Bobes J., González, M.P., Bascarán, M.T. y Ferrando, L. (1998). Instrumentos de evaluación: Escalas de detección, gravedad y discapacidad y de calidad de vida. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Dir). Barcelona. Masson.
24. Adaptación española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) N. Calvo Piñero; X. Caseras Vives; F. Gutiérrez Ponce de León y R. Torrubia Beltri. *Actas Esp Psiquiatr* 2002;30(1):7-13
25. Beck P. Ratings scales for mood disorders: Applicability, consistency and construct validity. *Acta Psychiatr Scand.* 1988; 78 (345): 45-55.
26. Conde C, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiat Psicol Med* 1975; 12: 217-36.
27. Bennet R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): A review of its development, current versión, operating characteristics and uses. *Clin Exp Rheumatol* 2005; 23 (5-39): 154-162.
28. Burkhardt CS, Clark SR, Bennet RM. The Fibromyalgia impact Questionnaire: Development and validation. *J. Rheumatol.* 1991; 18: 728-733.
29. Monteverde S. Validación de la version española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reum* 2004;31 (9);507-513
30. Fassbender K, W. Samborsky M. Tender points, depressive and functional symptoms: Comparison between fibromyalgia and major depression. *J Clin Rheumatol* 1997; 16 (1): 6-79
31. Hernández M. Estudio de personalidad psicológica de los pacientes con fibromialgia. *Rheuma* 1997
32. Barrera IM, Cortés JF, Guerrero H, Aguirre A. La fibromialgia ¿Un síndrome somático funcional o una nueva conceptualización de la histeria? Análisis cuali-cuantitativo. *Salud Mental* 2005: 41-50.
33. Raphael KG, Janal N, Nayak S. Familial aggregation of depression in fibromyalgia: A community-based test of alternate hypotheses. *Pain* 2004; 110(1-2): 449-460.
34. Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA, Marques AP and Pereira CA. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Med J* 2004; 122 (6): 252-258.

35. Moreno I, Montaña A. "Aspectos psíquicos y psiquiátricos de la fibromialgia". Rev. Esp. Reumatol. 2000; 27: 436-41
36. Gota E., Kaouk S. and Wilke W. The impact of depressive and bipolar symptoms on socioeconomic status, core symptoms, function and severity of fibromyalgia. International Journal of Rheumatic Diseases 2015
37. Jiménez-Rodríguez I. et al. Suicidal ideation and the risk of suicide in patients with fibromyalgia: a comparison with non-pain controls and patients suffering from low-back pain. Neuropsychiatric Disease and Treatment. Abril 2014
38. Uguz F, Cicek E, Salli A et al. Axis I and Axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. Gen Hosp Psychiatry 32 2011(1), 105–7.
39. Mur Martí T, et al. Perfil de pacientes con fibromialgia que acuden a los centros de atención primaria en Terrassa. Reumatol Clin. 2016.
40. Cerón Muñoz AM, Centelles Mañosa F, Abellana Senglà M, García Capel S. Fibromialgia y trastornos de personalidad. SEMERGEN-Med Fam. 2010;36: 501–6.
41. Malin K. and Littlejohn G.O. Personality and Fibromyalgia Syndrome. The Open Rheumatology Journal, 2012, 6, 273-285
42. Research Designs. AFMC Primer on Population Health, The Association of Faculties of Medicine of Canada Public Health Educators' Network. <http://phprimer.afmc.ca/Part2MethodsStudyingHealth/Chapter5AssessingEvidenceAndInformation/Researchdesigns> (Acceso Enero 19, 2015). License: Creative Commons BY-NC-SA

## Anexo A

### Carta de Consentimiento Informado.

#### **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA Y TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR. ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES DEL INPRF.**

##### **Carta de Consentimiento Informado para el participante.**

Lo invitamos a participar en un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Esto requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información, todas sus preguntas serán contestadas.

##### **Objetivo del Estudio**

El objetivo es estudiar por medio de la aplicación de una escala a pacientes con fibromialgia y pacientes con diagnóstico de Trastorno depresivo mayor. Nos interesa estudiar acerca de sus rasgos de personalidad, el cual se refiere a disposición de comportamiento expresada en patrones consistentes de funcionamiento en un rango amplio de situaciones.

##### **Procedimientos del estudio**

Los pacientes que acepten participar en este estudio serán entrevistados por psiquiatras. Una vez que se haya establecido el diagnóstico, se procederá a la aplicación de las escalas la cual tendrá una duración aproximada de 40 minutos.

##### **Consignas:**

1. Se pedirá su cooperación para realizar las escalas.
2. Las aplicación de escalas serán sin cargo económico.
3. Su participación en este estudio es voluntaria; así pues, usted podrá retirarse en el momento que lo desee sin repercusiones en su tratamiento futuro.

**Beneficios:**

1. Recibirá valoración clínica mediante la aplicación de los cuestionarios por un especialista y si así lo desea, los resultados se le pueden proporcionar y de ser necesario orientarlo sobre el lugar donde puede recibir atención especializada.
2. Las valoraciones que se realizarán a lo largo del estudio permitirán si existen datos que sugieran la presencia de Trastornos de la Personalidad, lo que puede influir de manera favorable en el abordaje del padecimiento.
3. Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la relación entre trastornos de la personalidad con la fibromialgia y el trastorno depresivo mayor.
- 4.- Esta evaluación no tendrá ningún costo para el participante.

**Confidencialidad:**

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará el nombre de ninguno de los participantes, sino que se les asignará un código numérico para su identificación. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el investigador principal el Dr. Emilio Esteban Montemayor Pachur al siguiente correo electrónico [emontemayorp@gmail.com](mailto:emontemayorp@gmail.com) o bien por teléfono al 4160 5053, o acudir directamente en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan.

**Consentimiento:**

He leído y entendido la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender.

Entiendo que mi participación en el estudio es voluntaria, y que si así lo deseo puedo no participar, o bien retirarme en el momento que lo desee, sin que eso afecte negativamente en la calidad de la atención

medica en esta institución para mí o para mis familiares que así lo requieran. Entiendo que puedo realizar cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

Entiendo que el estudio consiste en una serie de cuestionarios que debo de contestar y conocer si cuento con algún diagnóstico de Trastorno de la personalidad.

Acepto que el investigador conozca si cuento con el diagnóstico de Trastorno de la personalidad o no.

Si

No

---

Nombre y firma

Usted esta de acuerdo en conocer el resultado de sus evaluaciones.

Si

No

---

Nombre y firma

Entiendo que la confidencialidad de los datos así como la privacidad será respetada durante y después del estudio. Entiendo que en caso de presentar alguna duda relacionada con la realización del estudio avisaré al investigador principal el Dr. Emilio Esteban Montemayor Pachur, al siguiente correo electrónico emontemayorp@gmail.com o bien por teléfono al 4160 5053, o acudir directamente en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Quien me dará información amplia al respecto de este estudio.

Luego de leer y entender este documento, estoy de acuerdo en proporcionar la información que se me solicite en los cuestionarios clínicos, para poder contribuir al conocimiento científico que los médicos tendrán acerca de la relación entre Fibromialgia y Trastornos de la personalidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante

\_\_\_\_\_  
Nombre del Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del familiar o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del familiar o representante legal

\_\_\_\_\_  
Nombre del Investigador

## Anexo B

### PDQ-4+.

#### CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

(Adaptación Española de Calvo, N. y Torrubia, R. 1.999)

Fecha : \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES

El objetivo de este Cuestionario es que usted describa el tipo de persona que es. Al responder las preguntas piense cómo se ha sentido, cómo ha pensado y actuado en los últimos años. Para recordar esto, en la parte superior de cada página encontrará la afirmación: “ En estos últimos años...”.

V (Verdadero) significa que la afirmación es generalmente verdadera para usted. F (Falso) significa que la afirmación es generalmente falsa para usted. Incluso si no está totalmente seguro sobre la respuesta, indique “V” o “F” en cada pregunta.

Por ejemplo, para la pregunta: xx.Tiendo a ser testarudo. Si, en efecto, ha sido testarudo durante los últimos años, debería responder “Verdadero” rodeando con un círculo la V. Si no es completamente verdadero, debería responder “Falso” rodeando con un círculo la F.

No hay respuestas correctas. No hay límite de tiempo para responder.

#### PDQ-4+

#### En estos últimos años...

- |  |    |
|--|----|
| 1. Evito trabajar con personas que podrían criticarme.....   | VF |
| 2. No puedo tomar decisiones sin el consejo o el apoyo de los demás.....                                       | VF |
| 3. A menudo me entretengo en los detalles y pierdo de vista el objetivo principal que pretendo.....            | VF |
| 4. Necesito ser el centro de atención.....   | VF |
| 5. He llegado mucho más lejos de lo que los demás me reconocen.....  | VF |
| 6. Haría cualquier cosa para evitar que me abandonen aquellos a quienes quiero.....                            | VF |
| 7. La gente se queja de que no rindo en mi trabajo o no cumplo con mis obligaciones...                         | VF |
| 8. En diversas ocasiones he tenido problemas con la justicia (o los hubiera tenido se me hubieran cogido)..... | VF |
| 9. No me interesa dedicar tiempo a la familia o a los amigos.....  | VF |
| 10. Encuentro mensajes especiales en las cosas que ocurren a mi alrededor.....                                 | VF |
| 11. Sé que, si lo permito, la gente se aprovechará de mí o intentará engañarme.....                            | VF |
| 12. A veces me altero.....   | VF |
| 13. Hago amistad con la gente solamente cuando estoy seguro de que les caigo bien.....                         | VF |
| 14. Generalmente estoy deprimido.....  | VF |
| 15. Prefiero que los demás asuman las responsabilidades por mí.....  | VF |
| 16. Pierdo tiempo intentando hacer las cosas demasiado perfectas.....  | VF |
| 17. Soy mas “sexy” que la mayoría de la gente.....   | VF |
| 18. A menudo pienso en lo importante que soy o seré.....   | VF |
| 19. Puedo pasar del amor al odio sin razón alguna.....   | VF |
| 20. Me meto en muchas peleas.....  | VF |

- |   |     |
|---|-----|
| 21. Siento que los demás no me entienden o no me aprecian.....  | VF  |
| 22. Prefiero hacer las cosas solo a hacerlas con otras personas.....                                    | VF  |
| 23. Soy capaz de saber que algunas cosas ocurrirán antes de que sucedan.....                            | VF  |
| 24. A menudo me pregunto si las personas que conozco son realmente de fiar.....                         | VF  |
| 25. En algunas ocasiones hablo de la gente a sus espaldas.....  | VF  |
| 26. Me inhibo en mis relaciones íntimas por miedo a hacer el ridículo.....                              | VF  |
| 27. Tengo miedo a perder el apoyo de los demás si me muestro en desacuerdo con ellos                    |     |
| Fecha : _____   |     |
| 28. Padezco de baja autoestima.....   | VF  |
| 29. Antepongo mi trabajo a estar con mi familia, con mis amigos o a divertirme.....                     | VF  |
| 30. Muestro mis emociones fácilmente.....   | VF  |
| 31. Sólo algunas personas especiales pueden apreciarme y comprenderme de verdad.....                    | VF  |
| 32. A menudo me pregunto quién soy realmente.....   | VF  |
| 33. Tengo dificultades para pagar las facturas porque no permanezco mucho tiempo en ningún trabajo..... | VF  |
| 34. El sexo no me interesa.....   | VF  |
| 35. Los demás me consideran una persona malhumorada e irascible.....                                    | VF  |
| 36. A menudo puedo percibir o sentir cosas que otros no pueden percibir o sentir.....                   | VF  |
| 37. Estoy seguro de que los demás utilizarán contra mí lo que les digo.....                             | VF  |
| 38. Hay gente que no me cae bien.....   | VF  |
| 39. Soy más sensible a la crítica o al rechazo que la mayoría de la gente.....                          | VF  |
| 40. Me cuesta empezar algo si he de hacerlo yo solo.....  | VF  |
| 41. Tengo mayor sentido moral que otras personas.....   | VF  |
| 42. Soy mi peor crítico.....  | VF  |
| 43. Utilizo mi aspecto físico para conseguir la atención que necesito.....                              | VF  |
| 44. Necesito mucho que la gente se fije en mí o me haga caso.....                                       | VF  |
| 45. He intentado hacerme daño o suicidarme.....   | VF  |
| 46. Hago muchas cosas sin valorar las consecuencias.....  | VF  |
| 47. Hay pocas actividades que me interesen.....   | VF  |
| 48. A menudo a la gente le cuesta entender lo que digo.....   | VF  |
| 49. Me resisto a que mis superiores me digan cómo debo hacer mi trabajo.....                            | VF  |
| 50. Permanezco al acecho para descifrar el verdadero significado de lo que la gente dice                | VF  |
| 51. Nunca he dicho una mentira.....   | VF  |
| 52. Me da miedo conocer a nuevas personas porque me siento inferior.....                                | VF  |
| 53. Quiero agradar tanto a la gente que me presto a hacer cosas que preferiría no hacer..               | VF  |
| 54. He acumulado montones de cosas innecesarias de las que no sería capaz de desprenderme.....          | VF  |
| 55. Aunque hablo mucho, la gente dice que me cuesta centrarme en los temas.....                         | VF  |
| 56. Me preocupo por todo.....   | VF  |
| 57. Espero que los demás me hagan favores aunque generalmente yo no los haga.....                       | V F |
| 58. Soy una persona muy inestable.....  | V F |

59. No me cuesta mentir y lo hago a menudo.....	V F
60. No me interesa tener amigo íntimos.....	V F
61. Frecuentemente estoy alerta para que no se aprovechen de mí.....	V F
62. Nunca olvido o perdono a aquellos que me hacen daño.....	V F
63. Estoy resentido contra aquellos que tienen más suerte que yo.....	V F
64. Una guerra nuclear no sería una mala idea.....	V F
65. Cuando estoy solo me siento desamparado e incapaz de cuidar de mí mismo.....	V F
66. Prefiero hacer las cosas por mí mismo si los demás no son capaces de hacerlas correctamente.....	V F
67. Tengo un don para lo dramático.....	V F
68. Algunas personas piensan que me aprovecho de los demás.....	V F
69. Siento que mi vida es aburrida y vacía.....	V F
70. Soy crítico con los demás.....	V F
71. No me importa lo que diga la gente de mí.....	V F
72. Me cuesta relacionarme con los demás.....	V F
73. La gente se queja a menudo de que no me doy cuenta de sus problemas.....	V F
74. Por mi aspecto, la gente podría pensar que soy bastante raro, excéntrico o extraño....	V F
75. Disfruto haciendo cosas arriesgadas.....	V F
76. He mentido bastante en este cuestionario.....	V F
77. Me quejo mucho de mi mala suerte.....	V F
78. Me cuesta controlar la ira o el mal genio.....	V F
79. Algunas personas me tienen envidia.....	V F
80. Soy fácilmente influenciable por los demás.....	V F
81. Me considero una persona ahorrativa, pero los demás me ven como un tacaño.....	V F
82. Cuando se acaba una relación íntima, necesito buscarme otra pareja inmediatamente	V F
83. Padezco de baja autoestima.....	V F
84. Soy pesimista.....	V F
85. No espero ni un momento para desquitarme de la gente que me ofende.....	V F
86. Me pone nervioso estar rodeado de gente.....	V F
87. Me preocupa sentirme incómodo en las situaciones nuevas.....	V
88. Me horroriza que me abandonen y tener que cuidar de mí mismo.....	V F
89. La gente se queja de que soy “terco como una mula”.....	V F
90. Me tomo las relaciones más en serio que mis parejas.....	V F
91. Puedo comportarme de manera desagradable con alguien, y pedirle disculpas inmediatamente después.....	V F
92. Los demás me consideran arrogante.....	V F
93. Cuando estoy estresado tengo paranoias o siento que las cosas que me rodean son irreales.....	V F
94. No me preocupa perjudicar a los demás si consigo lo que quiero.....	V F
95. Guardo las distancias con los demás.....	V F
96. A menudo me pregunto si mi pareja me ha sido infiel.....	V F
97. A menudo me siento culpable.....	V F

(Marque con una cruz las que hagan referencia a usted):

- Gastar más dinero del que tengo..... —
- Mantener relaciones sexuales con personas que apenas conozco..... —
- Beber en exceso..... —
- Consumir drogas..... —
- Comer a base de atracones..... —
- Conducir de forma temeraria..... —

99. Antes de los 15 años realicé algunas conductas propias de un delincuente juvenil, como las indicadas a continuación:

(Marque con una cruz las que hacen referencia a usted)

- Fui considerado un matón.....
- Solía iniciar peleas con otros chicos.....
- Usé armas en las peleas que tenía.....
- Robé o asalte a otras personas.....
- Utilicé la crueldad física contra otras personas.....
- Utilicé la crueldad física contra animales.....
- Forcé a alguien a tener relaciones sexuales conmigo.....
- Mentía mucho.....
- Pasé noches fuera de casa sin el permiso de mis padres.....
- Robé.....
- Provoqué incendios.....
- Rompí ventanas o destruí propiedades.....
- Me fugué de casa durante la noche.....
- Hice “novillos” en la escuela, antes de los 13 años.....
- Entré a la fuerza en casas, edificios o coches ajenos.....

**HOJA DE PUNTUACIONES**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**PARANOIDE ESQUIZOIDE ESQUIZOTÍPICO**

- NECESITA 4 -- Necesita 4 - - Necesita 5 -

11 _____	9 _____	10 _____
24 _____	22 _____	23 _____
37 _____	34 _____	36 _____
50 _____	47 _____	48 _____
62 _____	60 _____	61 _____
85 _____	71 _____	72 _____
96 _____	95 _____	74 _____
		^60 _____
		86 _____

(^60 cuenta sólo una vez si es verdadero)

**HISTRIÓNICO NARCISISTA LIMITE**

**ANTISOCIAL**

- Necesita 5 - - Necesita 5 - - Necesita 5 - - Necesita B+3 -

4	5	6	B.99 (Nec.3)
17	18	19	8
30	31	32	20
43	44	98 (Nec.2)	33
55	57	45	46
67	68	58	59
80	73	69	75
90	79	78	94
	92	93	

**POR EVITACIÓN POR DEPENDENCIA OBSESIVO-COMPULSIVO**

- Necesita 4 -      - Necesita 5 -      - Necesita 4 -

1	2	3
13	15	16
26	27	29
39	40	41
52	53	54
83	65	66
87	82	81
	88	89

**PASIVO-AGRESIVO (NEGATIVISTA)**

- Necesita 4 -

7
21
35
49
63
77
91

**DEPRESIVO ESC. CONFORMIDAD SOCIAL**

- Necesita 5 - - Necesita 2 -

14	*12
28	*25
42	*38
56	51
70	(* F es Rs patológica)
84	
97	

**ESCALA INFRECUENCIA**

- Necesita 1 -

64
76

**PUNTUACION TOTAL PDQ-4+ :**

**CLAVE DE PUNTUACIONES**

1. EVI 1 7. neg 1 13. EVI 2 19. LIM 2 25. \*CS 2 31. NAR 3  
2. DEP 18. ANT 1 14. depr 1 20. ANT 2 26. EVI 3 32. LIM 3  
3. OC 1 9. ESZ 1 15. DEP 2 21. neg 2 27. DEP 3 33. ANT 3  
4. HIS 1 10. ETP 1 16. OC 2 22. ESZ 2 28. depr 2 34. ESZ 3  
5. NAR 1 11. PAR 1 17. HIS 2 23. ETP 2 29. OC 3 35. neg 3  
6. LIM 1 12.\*CS 1 18. NAR 2 24. PAR 2 30. HIS 3 36. ETP 3  
37. PAR 3 43. HIS 4 49. neg 4 55. HIS 5 61. ETP 5 67. HIS 6

38. \*CS 3 44. NAR 4 50. PAR 4 56. depr 4 62. PAR 5 68. NAR 6  
 39. EVI 4 45. LIM 5 51. CS 4 57. NAR 5 63. neg 5 69. LIM 7  
 40. DEP 4 46. ANT 4 52. EVI 5 58. LIM 6 64. INF 1 70. depr 5  
 41. OC 4 47. ESZ 4 53. DEP 5 59. ANT 5 65. DEP 6 71. ESZ 6  
 42. depr 3 48. ETP 4 54. OC 5 60. ESZ 5 66. OC 6 72. ETP 6  
 & ETP8  
 73. NAR 7 79. NAR 8 85. PAR 6 91. neg 7 97. depr 7  
 74. ETP 7 80. HIS 7 86. ETP 9 92. NAR 9 98. LIM 4/2  
 75. ANT 6 81. OC 7 87. EVI 7 93. LIM 9 99. ANT B/3  
 76. INF 2 82. DEP 7 88. DEP 8 94. ANT 7  
 77. neg 6 83. EVI 6 89. OC 8 95. ESZ 7  
 78. LIM 8 84. depr 6 90. HIS 8 96. PAR 7

**ABREVIACIONES**

PAR= T.P. Paranoide	NAR= T.P. Narcisista	DEP= T.P. por Dependencia	Depr= T.P. Depresivo
ESZ= T.P. Esquizoide	LIM= T.P. Límite	OC= T.P. Obsesivo-Compulsivo	Neg= T.P. Negativista
ETP= T.P. Esquizotípico	ANT= T.P. Antisocial	CS= Esc. Conformidad Social	(Pasivo – Agresivo)
HIS= T.P. Histriónico	EVI= T.P. por Evitación	INF= Esc. Infrecuencia	

## ANEXO C

### FIQ.

#### Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) Versión en español

INSTRUCCIONES: En las preguntas que van de la **a** a la **i**, por favor rodee con un círculo el número que mejor describa cómo se encontró en general durante la última semana. Si no tiene costumbre de realizar alguna de las siguientes actividades, tache la pregunta.

1. Ha sido usted capaz de:

a. Hacer las compras de casa   b. Hacer actividades de lavandería   c. Preparar la comida   d. Lavar los platos y los cacharros de la cocina a mano   e. Pasar la escoba, trapeador o la aspiradora   f. Hacer las camas   g. Caminar varias cuadras   h. Visitar a amigos / parientes   i. Utilizar transporte público

Siempre	La mayoría de las veces	En Ocasiones	Nunca
0	1	2	3

2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien? 0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días de la última semana faltó usted al trabajo por causa de su fibromialgia? (Si no trabaja usted fuera de casa, deje esta pregunta en blanco)

012345

(En las siguientes preguntas, ponga una marca como esta | en el punto de la línea que mejor indique cómo se sintió en general durante la última semana)

4. Cuando fue a trabajar, ¿cuánta dificultad le causaron el dolor u otros síntomas de su fibromialgia en el desempeño de su trabajo?

Sin ..... Mucha  
problema dificultad

5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?

Sin dolor .....  
Dolor  
muy fuerte

6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?

Nada ..... Muy  
cansada

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?

Bien. .... Muy  
cansada

8. ¿Cómo se ha notado de rígida o agarrotada?

Nada .....Muy  
rígida

9. ¿Cómo se ha notado de nerviosa, tensa o angustiada?

Nada.....Muy  
nerviosa

10. ¿Cómo se ha sentido de deprimida o triste?

Nada ..... Muy  
Deprimida

## ANEXO D

### Inventario de depresión de Beck.

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1.
  - a. No me siento triste.
  - b. Me siento triste.
  - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
  - d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.
2.
  - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
  - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
  - c. Siento que no tengo nada que esperar.
  - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
  - a. No creo que sea un fracaso.
  - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
  - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
  - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
  - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
  - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
  - c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.
  - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
  - a. No me siento especialmente culpable.
  - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
  - c. Me siento culpable casi siempre.
  - d. Me siento culpable siempre.
6.
  - a. No creo que este siendo castigado.
  - b. Creo que puedo ser castigado.
  - c. Espero ser castigado.
  - d. Creo que estoy siendo castigado.
7.
  - a. No me siento decepcionado de mi mismo.
  - b. Me he decepcionado a mi mismo.
  - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
  - d. Me odio.
8.
  - a. No creo ser peor que los demás.
  - b. Me critico por mis debilidades o errores.
  - c. Me culpo siempre por mis errores.
  - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.

9.

- a. No pienso en matarme.
- b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
- c. Me gustaría matarme.
- d. Me mataría si tuviera la oportunidad.

10.

- a. No lloro más de lo de costumbre.
- b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
- c. Ahora lloro todo el tiempo.
- d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

11.

- a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
- b. Las cosas me irritan más que de costumbre.
- c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
- d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.

12.

- a. No he perdido el interés por otras cosas.
- b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
- c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
- d. He perdido todo mi interés por otras personas.

13.

- a. Tomo decisiones casi siempre.
- b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
- c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
- d. Ya no puedo tomar decisiones.

14.

- a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
- c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
- d. Creo que me veo feo.

15.

- a. Puedo trabajar tan bien como antes.
- b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
- c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
- d. No puedo trabajar en absoluto.

16.

- a. Puedo dormir tan bien como antes.
- b. No puedo dormir tan bien como solía.
- c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
- d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.

17.

- a. No me canso más que de costumbre.
- b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
- c. Me canso sin hacer nada.

d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

18.

- a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
- b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
- c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
- d. Ya no tengo apetito.

19.

- a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
- b. He rebajado más de dos kilos y medio.
- c. He rebajado más de cinco kilos.
- d. He rebajado más de siete kilos y medio.

20.

- a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
- b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
- c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21.

- a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
- c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- d. He perdido por completo el interés en el sexo.