

Personalitat i autoregulació emocional en dones amb diagnòstic de fibromiàlgia

**Personality patterns and emotional self-regulation in women with
diagnosis of fibromyalgia**

Júlia Kanterewicz Solerdelcoll

FPCEE Blanquerna – Universitat Ramon Llull

Treball de Final de Grau

Tutor: Dr. Sergi Corbella Santoma

18 de maig de 2022

Agraïments

Als meus pares, gràcies pel suport incondicional que m'han donat sempre i per ajudar-me a confiar en mi mateixa.

Al meu tutor del treball Dr. Sergi Corbella Santoma, per guiar-me durant tota la realització de l'estudi, i a tot el professorat i companys que m'han acompanyat en aquesta etapa acadèmica.

Al meu tutor de pràctiques Dr. Joan Seguí Montesinos i al Dr. Javier García Miguel de l'Hospital Sagrat Cor, per facilitar-me els espais i els contactes d'altres professionals i de les pacients, així com al personal administratiu per fer possible les trobades. Gràcies per indicar-me quan ho he necessitat i per implicar-se tant, malgrat els petits entrebancs que hi ha hagut en alguns moments del camí.

Per últim, agrair a les dones que han dedicat un temps a respondre el qüestionari, sobretot, a les que pateixen aquesta malaltia, que han estat el cor de l'estudi.

Resum

La fibromiàlgia (FM) és una condició crònica i complexa que causa dolors generalitzats a tot el cos i esgotament profund, amb una prevalença molt major en dones que en homes. L'objectiu del present estudi ha estat aprofundir en les relacions que s'estableixen entre els patrons de personalitat i l'autoregulació emocional en dones amb FM i sense i fer una comparació entre aquestes. Es va administrar a 135 dones (35 amb FM i 70 sense FM) les següents proves: *Ten-Item Personality Inventory* i *Trait Meta-Mood Scale 24*. Els resultats indiquen que les dones amb FM obtenen puntuacions inferiors a la majoria d'escala dels qüestionaris, com també s'evidencia l'existència de relació entre els resultats d'aquests. En conclusió, les dones amb FM presenten un patró de personalitat amb tendència a la introversió, més inestabilitat emocional i preferència per allò conegut i/o tradicional, a més d'una menor reparació emocional, a diferència de les dones sense la malaltia.

Paraules clau: personalitat, fibromiàlgia, dolor crònic, neuroticisme, depressió, ansietat, rigidesa cognitiva.

Abstract

Fibromyalgia (FM) is a chronic and complex condition that causes widespread pain throughout the body and deep exhaustion, with a much higher prevalence in women than in men. The aim of the present study has been to delve into the relationships between personality patterns and emotional self-regulation in women with and without FM and to make a comparison between them. 135 women (35 with FM and 70 without FM) were given the following tests: *Ten-Item Personality Inventory* and *Trait Meta-Mood Scale 24*. The results indicate that women with FM score lower on most scales of

the questionnaires, as evidenced by the existence of a relationship between the results of these. In conclusion, women with FM have a personality pattern with a tendency to introversion, more emotional instability and a preference for the known and / or traditional, as well as less emotional repair, unlike women without the disease.

Key words: personality, fibromyalgia, chronic pain, neuroticism, depression, anxiety, cognitive rigidity.

Introducció

La fibromiàlgia (FM) és un trastorn de l'àmbit reumatològic i psiquiàtric de tipus no inflamatori caracteritzat per dolor musculoesquelètic generalitzat associat a punts de dolor predefinits denominats *tender points* o punts dolorosos, encara que, darrerament, es parla més de dolor generalitzat i no es fa tan èmfasi en els punts dolorosos (Albiol et al., 2014). Segons Nicaso et al. (2002, com es cita a Albiol et al., 2014) aquesta és una de les malalties reumàtiques més freqüents, que afecta aproximadament entre un 0.5-5% de la població, constituint entre un 10-20% dels pacients atesos en les Unitats de Reumatologia. Els estudis epidemiològics han demostrat la preponderància de la FM en les dones enfront als homes amb una ràtio aproximada de 9:1 (Katz et al., 2010 citat a Miró et al., 2014). Malgrat aquesta patologia fa temps que està sent descrita en la literatura científica, no és fins el 1990 quan els criteris diagnòstics van ser establerts per l'American College of Rheumatology (ACR), tot i que es van actualitzar al 2010 (Wolfe et al., 1990 com es cita a Albiol et al., 2014).

En els últims anys s'han publicat molts estudis sobre els símptomes associats a la FM, com l'insomni, el cansament extrem, l'ansietat o la depressió. Tot i això, no se n'han trobat tants que expliquin el funcionament psicològic o la personalitat de les pacients que presenten FM (Ayats et al., 2006; Lozano & Peña-Altamar, 2020).

La personalitat es compon de predisposicions estables que determinen un patró de pensament, emoció i conducta que pot facilitar o entorpir la salut en general, inclosa la longevitat i la mortalitat i la gestió i l'evolució de la malaltia (Torres, 2017). En concret, Gaviria et al. (2006) varen demostrar que l'extraversió és una característica de personalitat que té relació amb la percepció del dolor i altres estats emocionals associats a la malaltia. Donada la tendència de les persones amb un alt nivell de

neuroticisme a experimentar emocions negatives i a tenir una baixa autoestima, alguns autors consideren que els individus que la pateixen poden exhibir un patró de pensaments catastròfics sobre tots els aspectes de la seva vida. Aquestes emocions negatives poden propiciar canvis físics que inclús poden contribuir a la progressió de la malaltia. S'ha observat que els pacients amb alt neuroticisme reporten altes freqüències de símptomes físics (Lorenzen, 1994 citat a Albiol et al., 2014).

Segons De Felipe García-Bardón et al. (2006), les distorsions cognitives, és a dir, pensaments erronis sobre un mateix o sobre la situació personal, apareixen relacionades amb el dolor i la discapacitat associada a problemes crònics. El significat de la situació, la forma com el pacient construeix i atribueix significat al que passa, també influeix en la percepció del dolor, és a dir, els esquemes cognitius sobre la progressió de la malaltia afecten la conducta del pacient. Aquests darrers autors han afirmat que una correlació significativa entre cognicions negatives i intensitat percebuda de dolor, generen malestar emocional i interferència del dolor a la vida diària.

Segons Besteiro et al. (2008) i Seto et al. (2019) una elevada puntuació en l'escala de Neuroticisme s'associa a una major puntuació al FIQR i gravetat dels símptomes, així com nivells més alts d'ansietat, depressió i estrès. Així mateix, les diferències entre les pacients fibromiàlgiques i els dos grups control, resulten estadísticament significatives en les dimensions del NEO PI-R de Neuroticisme i Extraversió. Dins de la dimensió de Neuroticisme, s'obtenen diferències significatives en: ansietat, depressió, ansietat social i vulnerabilitat. Per tant, s'aprecia com els controls obtenen puntuacions inferiors en la dimensió Neuroticisme respecte les pacients fibromiàlgiques i, en la dimensió Extraversió, les pacients fibromiàlgiques obtenen nivells inferiors respecte els grups control. Remarcar també que aquests darrers autors han trobat diferències significatives entre els pacients deprimits amb FM; aquests

presenten puntuacions significativament més altes al BDI-II que els que no tenen FM. En conclusió, un alt neuroticisme, baixa extraversió, obertura a l'experiència, responsabilitat i moderada amabilitat, configuren un patró de vulnerabilitat (Aguilera et al., 2019; Pastor et al., 2010).

Així doncs, segons Henao Pérez et al. (2020), els pacients amb dolor crònic tenen una major probabilitat de presentar trastorns psiquiàtrics, particularment depressió i ansietat. De manera que, la vivència del dolor i el resultat terapèutic en pacients amb FM podria trobar-se influenciat per les característiques de personalitat del pacient; és a dir, aquells que el viuen amb tensió emocional, ansietat i depressió solen experimentar-lo amb major intensitat i generalment no responen al tractament farmacològic (Gatchel & Weisberg, 2000 citat a Albiol et al., 2014; Gaviria et al., 2006).

Les conclusions de la revisió realitzada per Blumer i Heilbronn (1981, com es cita a Besteiro et al., 2008; Malt, Olafsson, Lund & Urson, 2002; Satalino, 2009 citat a Garaigordobil & Govillard, 2014; Gaviria & Vieco, 2005), varen relacionar la FM amb una personalitat perfeccionista, amb amor per l'ordre i un alt grau d'exigència. Per altra banda, alguns investigadors han trobat que les persones amb FM tenen una personalitat emocionalment poc estable, trobant mitjançant instruments com l'Inventari de Personalitat NEO-PI-R i l'Inventari de Personalitat d'Eysenck (EPQ), altes puntuacions en Neuroticisme en les persones amb FM comparat amb les persones sense FM. La disposició temperamental de dones amb FM a puntuar significativament més trets en Evitació del dany i menys en Autodirecció, apunten a una major probabilitat de manifestar trastorns de personalitat del Clúster C (Evitatiu i Obsessiu), malgrat també de TP Límit (Ruíz Rodríguez et al., 2016.).

La sobrevaloració de la malaltia es considera una conseqüència de l'estat d'ansietat sensitiva o de la hipersensibilitat de les persones amb FM, obtenint un perfil

marcat somàtic en comparació amb persones sense FM i persones amb dolor crònic (Pérez-Pareja, 2010 citat a Garaigordobil & Govillard, 2014).

Així mateix, en l'estudi de Torres et al. (2006) es va observar que els pacients amb FM assoleixen puntuacions majors en ansietat-tret (Qüestionari d'Ansietat Estat-Tret, STAI) que els pacients del grup control sa. Pel que fa a estratègies d'afrontament, els pacients amb FM van presentar més distanciament, acceptació de responsabilitat, evitació, autocontrol, reavaluació positiva per resoldre problemes que el grup control. Segons De Felipe García-Bardón et al. (2006), l'estil d'afrontament també sembla predir la cronicitat, així com les percepcions catastròfiques sobre la naturalesa del problema o la por de futurs problemes o lesions. Els esquemes cognitius i afectius poden activar els estats de dolor crònic, encara que els factors físics ja no hi siguin. Aquells pacients que creuen que el seu dolor és permanent, utilitzen menys estratègies d'afrontament cognitiu, com la distracció; a més, aquests consideren les seves estratègies com a poc efectives per gestionar el seu dolor, a diferència dels pacients que creuen que el seu dolor és passatger, els quals valoren la seva habilitat per controlar el dolor significativament millor (Garaigordobil & Govillard, 2014).

Segons González et al. (2007), quasi la meitat dels pacients de la mostra emprada (45.50%) es classifica en un perfil esquizoide, compulsiu i dependent. Un 24% presenta puntuacions altes del patró bàsic de personalitat clínica en l'escala compulsiva, narcisista i agressiu-sàdica i només el 19% es classifica en l'escala compulsiva.

S'ha demostrat en l'estudi de Vázquez Machado i Vázquez Machado (2015) que la depressió té una elevada prevalença en les pacients fibromiàlgiques, pel que sembla, relacionat amb mecanismes etiopatogènics comuns. En aquesta darrera investigació, aquests autors suggereixen que aquesta entitat és una forma emmascarada de depressió, o que la depressió pot ser una reacció adaptativa a la FM. Vázquez Machado i Vázquez

Machado (2015) han considerat que els pacients amb FM tenen un 30% de probabilitat de tenir un diagnòstic comòrbid de Trastorn Depressiu Major (TDM) i 74% de probabilitat de patir depressió al llarg de la seva vida. Alguns esdeveniments adversos que afecten l'individu en la infància i el predisposen a desenvolupar depressió a l'edat adulta també es comporten com a factors de risc de FM segons alguns autors. S'ha vist també que feines poc autorealitzants/satisfactòries i estressants són potencialment vulnerables al desenvolupament de la malaltia.

Segons Galgo et al. (2002) citat a l'estudi de Pérez-Pareja et al. (2004), la depressió pot ser reactiva al dolor i precedir o acompanyar a la FM. Altres dades també suggereixen que l'existència de la relació entre FM i depressió podrien tenir una relació de comorbiditat, o bé que l'estat d'ànim deprimat podria ser una conseqüència de patir FM.

Com refereix González (2017), el dolor és un símptoma que es troba molt present en la vida del pacient i requereix atenció, a més, quan els coneixements neurobiològics posen de manifest que el dolor emocional i físic comparteixen la mateixa base neural. Així doncs, el dolor s'ha de valorar com un fenomen també mental per poder apreciar els matisos que el singularitzen. Per conseqüència, s'ha arribat a la conclusió que les persones amb FM, comparades amb les que no pateixen la malaltia, tenen significativament un nivell superior de discapacitat funcional, dolor i esgotament; un nivell inferior d'autoestima; una capacitat superior de cooperació-empatia, de meticulositat i amor per l'ordre, i un nivell inferior de control d'emocions i d'estabilitat emocional (Garaigordobil & Govillard, 2014).

Per tot això, l'objectiu d'aquest estudi ha estat aprofundir en les relacions que s'estableixen entre els patrons de personalitat i l'autoregulació emocional en dones amb i sense FM i fer una comparació entre aquestes mitjançant l'avaluació amb el *Ten-Item*

Personality Inventory (TIPI) i *Trait Meta-Mood Scale 24* (TMMS-24), ja que no es troba prou estudiat.

El NEO PI-R és el qüestionari de personalitat més utilitzat, però té un volum d'ítems que fa difícil la seva administració, en canvi, el TIPI i TMMS-24, en tenir menys ítems (10 i 20, respectivament) no contribueixen a l'augment de la fatiga de les persones avaluades.

S'espera una tendència de perfil de personalitat amb certa inestabilitat emocional i amb baixa autoregulació emocional en les dones diagnosticades de FM; indicat per puntuacions inferiors en les escales dels tests, a diferència de les obtingudes per la majoria de dones que no pateixen la malaltia.

Mètode

Disseny

Es tracta d'un estudi quantitatiu, transversal, descriptiu i comparatiu dut a terme mitjançant la metodologia selectiva, amb mostreig no probabilístic intencional pel que fa el recull de dades de la població clínica escollida i bola de neu per la població general.

Participants

Han participat 105 dones entre 40 i 65 anys ($M=53.629$, $DT=6.619$); 35 (29.661%) diagnosticades de fibromiàlgia que es visiten regularment a les Unitats de Reumatologia i Psiquiatria de l'Hospital Universitari Sagrat Cor que presta majoritàriament servei a mutualitats i 70 (59.322%) que no tenen el diagnòstic mèdic d'aquesta malaltia. El 70% d'aquestes disposaven una mútua sanitària.

La població clínica es troba composta per dones amb una mitjana d'edat de 55.743 ($DT= 3.995$). El 45.714% estan casades, el 22.857% solteres, el 14.286% separades i el 17.142% restant estan en parella, divorciades o viudes. El 80% refereix tenir fills. Pel que fa a la situació laboral, un 71.429% es troba de baixa o amb incapacitat permanent (22.222% i 50.000%, respectivament). El 60.000% de les dones relata haver començat a presentar símptomes per primera vegada des de fa més de 10 anys i totes prenen medicació reumatològica i 97.143% psiquiàtrica. Pel que fa a malalties concomitants, el 45.714% manifesta patir-ne actualment (14.286%; mateix percentatge de malalties oncològiques, endocrines i/o cardiovasculars).

La població general es troba formada per donar amb una mitjana d'edat de 52.571 ($DT=7.391$). El 62.8567% estan casades, l'11.429% en parella, el 10.000% divorciada, el 8.571% viudes, el 4.286% solteres i un 2.857% separades. Totes

refereixen tenir fills. Pel que fa a la situació laboral, es destaca una alta prevalença de situació activa (82.852%) i només un baix percentatge (27.143%) afirma prendre medicació (el 7.143% psiquiàtrica, el 10.000% endocrina, el 4.286% ginecològica i el 5.714% digestiva) però cap en pren de reumatològica. Pel que fa a altres malalties concomitants, l'11.429% presenten alguna altra malaltia de tipus no psiquiàtrica; el 8.571% alguna malaltia oncològica i el 2.857%, cardiovascular. Cap pateix alguna malaltia de tipus endocrí, ginecològic ni reumatològic.

Només l'11.429% de la mostra obtinguda de la població general relata tenir antecedents psiquiàtrics de tipus afectiu, a diferència de les pacients amb fibromiàlgia enquestades, que en total s'arriba 91.429%.

Taula 1

Críteris d'inclusió i exclusió de la població clínica

Críteris d'inclusió	Críteris d'exclusió
Diagnòstic de fibromiàlgia, compliment dels críteris diagnòstics de l'American College of Rheumatology (2010, ACR; veure l'Annex 1)	Sense fibromiàlgia o que no compleixin els críteris referits a l'Annex 1
Que acceptin participar i firmin el consentiment informat	Que rebutgin la seva participació
Sexe: dones	Sexe: homes
Edat: entre 40 i 65 anys	Edat: fora de l'interval de 40-65 anys
Comprensió de l'idioma	No comprensió de l'idioma
	Pateixin les malalties de:
	- Poliartrosis

-
- Malalties inflammatòries
autoimmunes
-

Taula 2

Criteris d'inclusió i exclusió de la població general

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
Sense diagnòstic mèdic de fibromiàlgia	Amb diagnòstic mèdic de fibromiàlgia
Que acceptin participar i firmin el consentiment informat	Que rebutgin la seva participació
Sexe: dones	Sexe: homes
Edat: entre 40 i 65 anys	Edat: fora de l'interval de 40-65 anys
Comprensió de l'idioma	No comprensió de l'idioma
	Que es visitin regularment a consultes de Reumatologia

Instruments

Ten Item Personality Inventory (TIPI)

És una escala breu de 10 ítems que permet avaluar la personalitat d'acord al model dels Cinc Grans Factors, un intens programa d'investigació liderat per Robert McCrae i Paul Costa, que resulta de la confluència de dues tradicions psicològiques: es teories dels trets i dels models factorials. Aquesta modelització postula l'existència de Cinc Factors de la personalitat considerats dimensions amb dos pols oposats: Neuroticisme (vs. Estabilitat Emocional), Extraversió (vs. Introversió), Obertura a l'Experiència (vs. Convencionalisme), Amabilitat (vs. Oposicionisme) i Responsabilitat (vs. Desorganització).

Té una fiabilitat moderada en quatre dels cinc factors de personalitat, tan en la consistència interna com en l'estabilitat temporal, amb excepció a l'escala A que presenta valors per sota de lo acceptable. Probablement sigui degut a la reduïda quantitat d'ítems (només dos que componen cada dimensió).

Versió espanyola modificada del Trait Meta-Mood Scale 24 (TMMS-24)

Escala de 24 ítems que avalua la intel·ligència emocional intrapersonal percebuda (atenció a les emocions, clarietat emocional i reparació emocional). Els ítems són puntuats amb una escala tipus Likert de 5 punts (des de 1= gens d'acord, fins 5= totalment d'acord), els quals es componen de les següents dimensions: Atenció Emocional (percepció de les pròpies emocions de manera adequada; 8 ítems, alfa de Cronbach de .89) Claredat Emocional (percepció que es té sobre la comprensió dels propis estats emocionals; 8 ítems, alfa de Cronbach de .89) i Reparació Emocional (capacitat per regular els estats emocionals de manera correcta; 8 ítems, alfa de Cronbach de .085).

Procediment

La recollida d'informació pel que fa a la població clínica s'ha dut a terme a la Unitat de Reumatologia i de Psiquiatria de l'Hospital Universitari Sagrat Cor entre els mesos de febrer del 2022 i març del 2022, prèvia aprovació del CEIm. Les pacients candidates són aquelles que acudeixen al servei de Reumatologia i de Psiquiatria per seguiment de la malaltia (diagnosticades de fibromiàlgia de més de 6 mesos d'evolució) i el facultatiu responsable les va convidar a participar, i també es va contactar amb aquestes per via telefònica.

Se'ls hi ha proposat participar a l'estudi i, si complien els criteris d'inclusió, signen el consentiment informat. Les pacients que han volgut participar en l'estudi són avaluades mitjançant dos tests de personalitat i autoregulació emocional.

També s'ha passat el mateix qüestionari a dones entre 40-65 anys de la població general sense fibromiàlgia a través de *Google Form*. Aquestes dones han estat escollides a partir de contactes pròxims que complien els criteris d'inclusió.

L'avaluació s'ha realitzat de forma presencial o per via telefònica i s'ha dut a terme de manera dirigida durant 10-15 minuts.

La recollida de dades s'ha buidat en una base de dades anònima on no consten dades que puguin identificar els pacients.

La participació ha estat totalment voluntària i en tot moment s'ha mantingut l'anonimat de la pacient.

L'avaluació ha consistit en l'administració de dues proves; el TIPI, el qual permet avaluar la personalitat a partir del model dels Cinc Factors i el TMMS-24, el qual mesura les destreses amb les que podem ser conscients de les nostres pròpies emocions, així com de la nostra capacitat per regular-les mitjançant un formulari de *Google Form* o bé en un document físic.

Anàlisi de dades

S'han utilitzat els programes de *Google Form* per administrar els tests i per l'anàlisi estadístic, l'Excel i *Jeffrey's Amazing Statistics Program* (JASP, versió 0.13.1).

Pel que fa a l'estadística descriptiva, per les variables qualitatives, s'han calculat els percentatges i, per les variables quantitatives, les mitjanes i desviació típica.

S'ha calculat la prova de normalitat (Shapiro-Wilk) per saber si calia fer una prova paramètrica o no paramètrica.

Per avaluar les diferències entre les dones amb i sense fibromiàlgia s'ha utilitzat la prova no paramètrica U de Mann-Whitney degut a què les variables que s'estudien són quantitatives i qualitatives i no segueix la normalitat.

Per avaluar la relació entre dues variables quantitatives, com que no segueixen la distribució normal, s'ha calculat el coeficient de Correlació de Spearman.

Totes les hipòtesis seran contrastades amb un grau de significació $(p) = 0.05$.

Resultats

S'ha realitzat la prova de Shapiro-Wilk i s'ha obtingut que cap de les escales del qüestionari TIPI compleix la normalitat ($p < .05$).

Pel que fa al qüestionari TMMS-24, l'escala de Reparació Emocional ($W=0.980$, $p=0.117$) s'ajusta a la normal, a diferència de l'escala d'Atenció Emocional ($W=0.968$, $p=0.011$) i la de Claredat Emocional ($W=0.945$, $p < .001$).

Taula 3

Correlació de Spearman de les escales del TIPI i TMMS-24

Variable		AFA	EE	EXT	RSP	OE	ATE	CLE	RPE
AFA	Spearman r	-							
	p-valor								
EE	Spearman r	0.564	-						
	p-valor	<.001							
EXT	Spearman r	0.418	0.258	-					
	p-valor	<.001	0.008						
RSP	Spearman r	0.129	0.188	0.264	-				
	p-valor	0.191	0.055	0.006					
OE	Spearman r	0.705	0.476	0.489	0.241	-			
	p-valor	<.001	<.001	<.001	0.013				
ATE	Spearman r	-0.413	-0.348	-0.184	0.010	-0.342	-		
	p-valor	<.001	<.001	0.060	0.917	<.001			
CLE	Spearman r	-0.069	0.032	-0.105	0.132	-0.142	0.323	-	
	p-valor	0.482	0.774	0.286	0.179	0.148	<.001		
RPE	Spearman r	0.356	0.408	0.467	0.293	0.314	-0.083	0.189	-
	p-valor	<.001	<.001	<.001	0.002	0.001	0.399	0.054	

Nota. AFA= Afabilitat; EE= Estabilitat Emocional; EXT= Extraversió; RSP= Responsabilitat; OE= Obertura a l'Experiència; ATE= Atenció Emocional; CLE= Claredat Emocional; RPE= Reparació Emocional

Com es pot observar a la Taula 3, l'escala d'Atenció Emocional obté correlacions estadísticament significatives amb les escales d'Afabilitat, Estabilitat Emocional i Obertura a l'Experiència, totes tres negatives i baixes.

Per altra banda, al comparar l'escala de Reparació Emocional del qüestionari TMMS-24, s'obté que aquesta té correlacions estadísticament significatives amb l'escala d'Estabilitat Emocional, Extraversió i Obertura a l'Experiència. Els resultats obtinguts indiquen que les correlacions són positives però baixes.

Pel que fa a la resta d'escales, no s'han trobat relacions estadísticament significatives entre elles; no hi ha diferències rellevants entre els dos grups.

També s'ha realitzat la prova U de Mann-Whitney per esbrinar possibles relacions entre les escales del qüestionari TIPI i els dos grups estudiats i s'ha obtingut que hi ha diferències estadísticament significatives entre les variables en qüestió (veure Taula 4): Afabilitat, Estabilitat Emocional, Extraversió i Obertura a l'Experiència, excepte a l'escala de Responsabilitat.

Taula 4

Prova U de Mann-Whitney de les escales del TIPI

	W	p
AFA	257.000	<.001
EE	225.000	<.001
EXT	603.500	<.001
RSP	999.000	0.122

OE	407.000	<.001
-----------	---------	-------

Nota. AFA= Afabilitat; EE= Estabilitat Emocional; EXT= Extraversió; RSP= Responsabilitat; OE= Obertura a l'Experiència

Tal i com s'explicita a la Taula 5, les dones amb FM presenten puntuacions significativament inferiors (dos punts de diferència aproximadament) a les escales d'Afabilitat, Estabilitat Emocional, Extraversió i Obertura a l'Experiència, a diferència de les dones sense FM.

Taula 5

Descriptius a partir de les puntuacions directes de les escales del TIPI

	Grup	N	M	DT
AFA	Sí FM	35	2.671	1.328
	No FM	70	4.679	0.925
EE	Sí FM	35	2.229	1.196
	No FM	70	4.636	1.265
EXT	Sí FM	35	3.900	1.305
	No FM	70	5.071	1.111
RSP	Sí FM	35	4.871	1.172
	No FM	70	5.250	1.262
OE	Sí FM	35	2.561	1.707
	No FM	70	4.764	1.221

Nota. AFA= Afabilitat; EE= Estabilitat Emocional; EXT= Extraversió; RSP= Responsabilitat; OE= Obertura a l'Experiència

Si es transformen les puntuacions directes a valor Z, ambdues poblacions es troben dins dels barems que consideren normal l'escala que representa el tret de personalitat (68.13% del total de població), ja que es troben entre els valors -1 i 1.

Taula 6*Prova U de Mann-Whitney de les escales del TMMS-24*

	W	p
ATE	1989.500	<.001
CLE	1524.500	0.042
RPE	667.000	<.001

Nota. ATE= Atenció Emocional; CLE= Claredat Emocional; RPE= Reparació Emocional

Els resultats de la prova U de Mann-Whitney del qüestionari TMMS-24 indiquen que hi ha diferències estadísticament significatives entre les escales d'Atenció, Claredat i Reparació Emocional i els dos grups enquestats (veure Taula 6).

Taula 7*Descriptius de les escales del TMMS-24*

	Grup	N	M	DT
ATE	Sí FM	35	33.468	6.368
	No FM	70	25.486	6.491
CLE	Sí FM	35	30.771	0.960
	No FM	70	28.671	0.652
RPE	Sí FM	35	22.971	1.530
	No FM	70	29.800	0.675

Nota. ATE= Atenció Emocional; CLE= Claredat Emocional; RPE= Reparació Emocional

Els descriptius de la Taula 7 mostren que la mitjana obtinguda pel grup de dones amb FM a l'escala d'Atenció Emocional i Reparació Emocional són significativament

superiors als de les dones sense FM, malgrat es troba dins del rang de la normalitat. En canvi, a l'escala de Claredat Emocional, no s'observa una gran diferència entre els resultats malgrat les dones amb FM presenten igualment puntuacions més elevades.

Discussió

L'objectiu d'aquest estudi era fer una descripció i comparar els patrons de personalitat i autoregulació emocional de dones amb diagnòstic de fibromiàlgia amb dones de la població general entre 40 i 65 anys.

Aquest s'ha enfocat en tal àrea d'investigació a causa de la falta de coneixement de com la personalitat pot tenir repercussions en la vivència d'una malaltia (Ayats et al., 2006; Lozano & Peña-Altamar, 2020) i en la percepció del dolor d'aquesta (Gatchel & Weisberg, 2000 citat a Albiol et al., 2014; Gaviria et al., 2006), específicament de la FM.

S'han escollit aquests qüestionaris perquè s'adaptaven als propòsits i al marc general del treball; en versió més curta que altres com el NEO PI-R però representatius i poc utilitzats per aquest tipus d'estudis de vessant no tan mèdica.

Segons les dades obtingudes a la revisió realitzada per Blumer i Heilbronn (1981, com es cita a Besteiro et al., 2008; Malt, Olafsson, Lund & Urson, 2002; Satalino, 2009 citat a Garaigordobil & Govillard, 2014; Gaviria & Vieco, 2005), hi ha relació entre la FM i una personalitat de tipus perfeccionista, amb necessitat d'ordre total i un alt grau d'exigència. Per altra banda, sembla que els esquemes cognitius i afectius poden activar estats de dolor crònic (Garaigordobil & Govillard, 2014). Aquests esquemes afectius i emocions negatives poden propiciar canvis físics que inclús poden contribuir a la progressió de la malaltia (Lorenzen, 1994 citat a Albiol et al., 2014).

Després d'analitzar els resultats, es pot concloure que les dones amb FM presenten més inestabilitat emocional, més introversió i preferència per allò conegut i/o tradicional que les dones que no pateixen la malaltia. Tot i això, no s'observen

diferències pel que fa al sentit de la responsabilitat entre grups. D'acord amb l'estudi de Gaviria et al. (2006), l'extraversió és una característica de personalitat que té relació amb la percepció del dolor i altres estats emocionals associats a la malaltia. Aquestes emocions negatives poden propiciar canvis físics que inclús poden contribuir a la progressió de la malaltia.

Malgrat les diferències entre els grups són estadísticament significatives, les puntuacions obtingudes en ambdós grups indiquen que tant les dones de la població clínica com les de la població general presenten una atenció adequada (25 a 35), és a dir, tenen una correcta percepció de les mateixes emocions. Per altra banda, no s'observa una gran diferència entre les puntuacions que indiquen la percepció que es té de la comprensió dels propis estats mentals, on ambdues poblacions es troben dins dels paràmetres considerats normals (24 a 34). Finalment, s'ha obtingut que les dones que presenten la malaltia han de millorar la seva reparació emocional (<23), és a dir, la capacitat per regular els estats emocionals de manera correcta, a diferència de les dones sense FM. Consegüentment, els resultats suporten parcialment la idea que les dones amb FM obtenen puntuacions inferiors al grup control a l'escala de Reparació Emocional, però no a l'escala d'Atenció Emocional ni a la de Claredat Emocional. Es ratifica doncs que aquells pacients que creuen que el seu dolor és permanent, utilitzen menys estratègies d'afrontament cognitiu (Garaigordobil & Govillard, 2014).

En comparar els dos qüestionaris administrats, s'han aconseguit les conclusions següents: a més afabilitat, menys capacitat per sentir i expressar les pròpies emocions de manera adequada (atenció emocional); a més estabilitat emocional, menys capacitat per sentir i expressar les emocions de manera adequada; a més obertura a l'experiència (noves vivències, preferència per allò poc conegut), menys capacitat per sentir i expressar les mateixes emocions de manera adequada; a més estabilitat emocional, més

capacitat per regular els propis estats emocionals de manera correcta (reparació emocional); a més extraversió, més capacitat per regular els propis estats emocionals adequadament i, a més obertura a l'experiència, més capacitat per regular els propis estats emocionals adequadament.

Així doncs, d'acord amb Aguilera et al. (2019) i Pastor et al. (2010), un alt neuroticisme, baixa extraversió, obertura a l'experiència i moderada amabilitat, configuren un patró de vulnerabilitat, com és el cas de les dones amb FM. També es ratifica que les dones de la població general obtenen puntuacions inferiors en la dimensió Neuroticisme (vs. Extraversió) respecte a les pacients fibromiàlgiques i, en aquesta mateixa, les pacients fibromiàlgiques obtenen nivells superiors respecte al grup control.

Pel que fa a les limitacions de l'estudi, cal remarcar que totes les dones de la població clínica que es visitaven tant a la Unitat de Reumatologia i a la de Psiquiatria estaven diagnosticades d'algun trastorn depressiu i/o ansiós confirmant així que la depressió pot precedir o acompanyar la FM o bé l'estat d'ànim deprimat podria ser una conseqüència de patir FM (Galgo et al., 2002 citat a Pérez-Pareja et al., 2014). Així doncs, es considera que la mostra podria trobar-se esbiaixada a l'hora de respondre les preguntes relacionades amb l'estat d'ànim. Per les característiques inherents de les pacients amb FM, era previsible trobar trastorns afectius, però els qüestionaris no obviaven això, és a dir, no invalida les preguntes. El fet que a la població general hi hagi un percentatge encara que baix d'aquests patrons, li dona validesa a la selecció del grup control; si no s'hagués trobat cap persona amb aquests trets, serien poblacions difícilment comparables. En aquest estudi no es volia fer prevalença de la depressió i ansietat sinó veure amb tests específics possibles tendències d'un tipus concret de

personalitat. Seria interessant explorar les regressions entre les diferents variables per esbrinar possibles relacions de causa-efecte.

Així mateix, a causa de la situació de pandèmia mundial originada per la COVID-19 i també per la condició física de les pacients, algunes van preferir no acudir presencialment al centre hospitalari per avaluar i van optar per fer-ho via telefònica i això va generar més dificultats a l'hora de dur a terme la recollida de dades.

En conclusió, es considera que les dones que pateixen FM presenten un perfil / patró de personalitat amb tendència a la introversió, preferència per les activitats i hàbits tradicionals i una menor afabilitat i estabilitat emocional que les dones de la població general, així com una pitjor capacitat percebuda per regular els propis estats emocionals.

La replicació d'aquest estudi en treballs més amplis ajudaria a investigar i a promoure quines estratègies d'afrontament utilitzen les persones amb aquest tipus de patró, així com donar més visibilitat a aquesta malaltia.

Referències bibliogràfiques

- Aguilera, M., Paz, C., Compañ, V., Medina, J. C., & Feixas, G. (2019). Cognitive rigidity in patients with depression and fibromyalgia. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 19*(2), 160–164. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.002>
- Albiol, S., Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Vega, D., & Muro, A. (2014). Rasgos de personalidad (ZKPQ) en pacientes con fibromialgia: Un estudio de casos y controles. *Anales de Psicología, 30*(3), 937–943. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.153791>
- Ayats, M., Martín, M. J., & Soler, P. A. (2006). Fibromyalgia and functioning style. *Psiquiatria Biologica, 13*(6), 193–197. [https://doi.org/10.1016/S1134-5934\(06\)75362-3](https://doi.org/10.1016/S1134-5934(06)75362-3)
- Besteiro, J., Álvarez, M., Lemos, S., Muñiz, J., Costas, C., & Weruaga, A. (2008). Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*(2), 411–427
- De Felipe García-Bardón, V., Castel-Bernal, B., & Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología Clínica, 2*(1), 38–43. [https://doi.org/10.1016/s1699-258x\(06\)73081-9](https://doi.org/10.1016/s1699-258x(06)73081-9)
- Garaigordobil, M., & Govillard, L. (2014). *Fibromialgia: Discapaciat funcional, autoestima y perfil de personalidad. Informació Psicològica* (106), 4–16.
- Gaviria, A. M., & Vieco, P. L. (2005). Aspectos psicológicos del dolor crónico. *Dolor y cuidados paliativos: Vol. .* (1.ª ed., pp. 32–36). Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB.

- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Martínez, K., Yépes, M., Echavarría, C., Contreras, F., & Pineda, R. (2006). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Terapia Psicológica*, 24(1), 23–29.
- González, P. A. M. (2017). Psiquiatría y dolor crónico. *Psicosomática y Psiquiatría*, 1(1), 70– 80. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum0107>
- González, V., Ramírez-Maestre, C., & Herrero, A. M. (2007). Inteligencia emocional, personalidad y afrontamiento en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 185-195.
- Henaó Pérez, M., López Medina, D. C., Arboleda Ramírez, A., Bedoya Monsalve, S., & Zea Osorio, J. A. (2020). Neuropsychiatric comorbidity in patients with fibromyalgia. *Revista Colombiana de Reumatología*, 27(2), 88–94. <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2020.01.005>
- Miró, E., Diener, F. N., Martínez, M., Sánchez, A. I., & Valenza, M. C. (2012). La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos.
- Lozano, J. E., & Peña-altamar, M. (2020). *Depresión , ansiedad , apoyo interpersonal y dolor autopercebido Depression , Anxiety , Interpersonal Support , and Self-Perceived Pain in Fibromyalgia Syndrome Patients Introducción*. 16, 399–411.
- Pastor, J. F. S., Dolz, V. M., Guerra, E. I., & Carretero, P. G. (2010). Personalidad y afrontamiento en dolor crónico neuropático: un divorcio previsible. *Psicothema*, 22(4), 537-542.
- Pérez-Pareja, J., Borrás. C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F., & Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*. 16(3), 415-420.
- Ruiz Rodríguez, J., Fusté Escolano, A., Martínez Pintor, F., Cuatrecasas, J. M., & Reig

- Gourlot, A. (2016). Perfil Diferencial de Personalidad y Psicopatología en Mujeres con y sin Fibromialgia. In *Pòster presentat a: XI Congreso Nacional de Transtornos de la Personalidad. Toledo, 26-28 de Mayo de 2016.*
- Seto, A., Han, X., Price, L. L., Harvey, W. F., Bannuru, R. R., & Wang, C. (2019). The role of personality in patients with fibromyalgia. *Clinical rheumatology*, 38(1), 149–157. <https://doi.org/10.1007/s10067-018-4316-7>
- Torres, L., Troncoso, S., & Castillo, R. (2006). Dolor, ansiedad, depresión, afrontamiento y maltrato infantil entre pacientes fibromiálgicos, pacientes reumáticos y un grupo control. *Revista latinoamericana de Psicología*, 38(2), 285-298
- Torres, X. (2017). Personalidad y fibromialgia. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 24, 64–73. <https://doi.org/10.20986/resed.2017.3607/2017>
- Vázquez Machado, A. D. & Vázquez Machado, A. R. (2015). Factores psicosociales en pacientes con fibromialgia. *Universidad de Ciencias Medicas de Granma*, 19(5), 81-95.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B., & Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis care & research*, 62(5), 600–610. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>

Annex 1: Criteris diagnòstics de fibromiàlgia

Un pacient compleix els criteris de diagnòstic per a la fibromiàlgia si es compleixen les tres condicions següents:

1. Índex de dolor generalitzat (WPI) ≥ 7 i puntuació de l'escala de gravetat dels símptomes (SS) ≥ 5 o WPI 3-6 i puntuació de l'escala de SS ≥ 9 .
2. Els símptomes han estat presents a un nivell similar durant almenys 3 mesos.
3. El pacient no té un trastorn que altrament explicaria el dolor.

Comprovació

1) WPI: Tenir en compte les àrees en què el pacient ha tingut dolor durant la última setmana. En quantes àrees ha tingut dolor el pacient? La puntuació es trobarà entre 0 i 19.

- Espatlla, esquerra
- Espatlla, dreta
- Braç, esquerra
- Braç, dreta
- Avantbraç, esquerra
- Avantbraç, dret
- Maluc (gluti, trocànter), esquerra
- Maluc (gluti, trocànter), dreta
- Cuixa, esquerra
- Cuixa, dreta
- Panxell, esquerra
- Panxell, dreta

- Mandíbula, esquerra
- Mandíbula, dreta
- Tòrax
- Abdomen
- Esquena superior
- Esquena inferior
- Coll

2) Puntuació d'escala SS:

- Fatiga
- Somni no reparador
- Trastorns cognitius

Per a cada un dels tres símptomes anteriors, s'ha d'indicar el nivell de severitat durant la última setmana utilitzant la següent escala:

0 = cap problema

1 = problemes poc pronunciats o lleus, generalment lleus o intermitents

2 = problemes moderats, considerables, sovint presents i/o en un nivell moderat

3 = severs: problemes persistents, continus i que alteren la vida

Annex 3: TMMS-24

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5