

# Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico<sup>1</sup>

José Besteiro, Mónica Álvarez, Serafín Lemos<sup>2</sup>, José Muñiz, Carlos Costas y Ana Weruaga (*Universidad de Oviedo, España*)

(Recibido 18 abril de 2007 / Received April 18, 2007)

(Aceptado 21 de septiembre de 2007 / Accepted September 21, 2007)

**RESUMEN.** Se evaluaron los rasgos de personalidad, el sentido de coherencia y la salud percibida en pacientes diagnosticadas con un síndrome fibromiálgico. Se utilizaron como controles pacientes diagnosticadas con artritis reumatoide y sujetos sanos. Se realizó un estudio *ex post facto* de tipo prospectivo. Tanto a las pacientes fibromiálgicas como a los controles se les aplicó el cuestionario de personalidad *NEO PI-R*, el *OLQ* de Antonovsky para evaluar el Sentido de Coherencia y el Cuestionario de Salud *SF-36* para evaluar la salud percibida. Las pacientes con fibromialgia obtuvieron puntuaciones más elevadas en neuroticismo y un sentido de coherencia más débil con niveles inferiores en las dimensiones de comprensibilidad y significado que las pacientes con artritis reumatoide y los controles sanos. Respecto a los índices de calidad de vida y a la salud percibida, las pacientes con fibromialgia muestran alteraciones en todas las dimensiones respecto a los grupos control. Los resultados obtenidos indican que las pacientes con fibromialgia presentan rasgos de personalidad y creencias de control que podrían actuar de forma patogénica favoreciendo la aparición de la enfermedad y alterando la percepción subjetiva de la misma.

**PALABRAS CLAVE.** Síndrome fibromiálgico. Artritis reumatoide. Rasgos de personalidad. Sentido de coherencia. Salud percibida. Estudio *ex post facto* prospectivo.

<sup>1</sup> Este trabajo ha sido posible gracias a la ayuda concedida por el Ministerio de Educación y Ciencia a los proyectos SEJ2004-00644/PSIC y SEJ2004-08924/PSIC. Queremos agradecer a la Asociación de Enfermos de Fibromialgia del Principado de Asturias (AENFIPA) su colaboración.

<sup>2</sup> Correspondencia: Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo, s/n. 33001 Oviedo (España). E-mail: slemos@uniovi.es

**ABSTRACT.** The aim of this work was to evaluate personality traits, the sense of coherence construct and the state of health in patients diagnosed with a fibromyalgia syndrome. Patients diagnosed of rheumatoid arthritis and healthy individuals were used as control subjects. An *ex post facto* study of the prospective type was done. The *NEO PI-R* personality questionnaire, the Antonovsky *OLQ* to evaluate Sense of Coherence, and the Health Questionnaire *SF-36* to evaluate the perceived health status, have been administered to the fibromyalgia patients and to the control subjects. Patients with fibromyalgia obtained higher scores in neuroticism and a weaker sense of coherence with lower levels of comprehensibility and meaningfulness than arthritis rheumatoid patients and healthy subjects. With regard to the quality of life indexes and in relation to the perceived state of health, patients with fibromyalgia have alterations in all dimensions compared to the control groups. The results support the hypothesis that patients with fibromyalgia show personality traits and beliefs of control that could have a pathogenic effect, making the appearance of the illness easier, and distorting its subjective perception.

**KEY WORDS.** Fibromyalgia syndrome. Rheumatoid arthritis. Personality traits. Sense of coherence. Perceived health status. *Ex post facto* prospective study.

La fibromialgia es un trastorno de dolor crónico músculo esquelético de etiología desconocida. La presencia de hallazgos radiológicos, analíticos o anatomopatológicos poco esclarecedores en el diagnóstico de la fibromialgia y su implicación en la esfera afectiva, hacen de ella una entidad compleja en cuanto a su clasificación. Tradicionalmente, los trastornos psicofisiológicos (psicosomáticos) se han definido como enfermedades orgánicas en las que se supone que existe un origen o agravamiento determinado por factores psicológicos, siendo incluidas en esta categoría alteraciones diversas entre las que se incluye el síndrome fibromiálgico. La fibromialgia (Waylonis y Heck, 1992; Yunus, 1994) se puede englobar dentro de un síndrome disfuncional junto con otras entidades como intestino irritable, fatiga crónica, piernas inquietas, cefaleas de tensión, etc. En todos ellos, se describen características similares: hallazgos clínicos comunes (fatiga, sueño no reparador o predominio en mujeres), ausencia de lesiones macro o microscópicas y respuestas a agentes de acción central tipo serotoninérgicos o noradrenérgicos.

El síndrome fibromiálgico se considera como una forma de reumatismo no articular (Arnold *et al.*, 2006; Lejoyeux, Mourad y Pouchot, 1997; Martín, Doutón y Rojo, 1997; Sarró, 2002) que se caracteriza por dolor crónico generalizado y es definido por el *American College of Rheumatology* (Wolfe, Smythe y Yunus, 1990) por dolor generalizado, de al menos tres meses de duración, en combinación de dolor a la presión de al menos 11 de los 18 puntos gatillo. El dolor empeora con la sobrecarga mecánica y, aunque persiste en reposo, no suele tener un patrón de dolor consistente. Se asocia a rigidez tanto matutina como nocturna y a fatiga intensa con alteraciones del sueño (Moldofsky, 1997; Moldofsky, Lue y Smythe, 1983; Sarró, 2002) y en la exploración física es característico el dolor en la palpación de los *tigger point* próximos a las zonas de unión músculo-tendinosa de cintura escapular, pelviana, codos y rodillas (McCain, 1996). La fibromialgia aparece en torno al 2-3% de la población general, está presente

en un 8% de los pacientes de consultas médicas y en un 12-20% de los reumatológicos (Mera e Insúa, 1996; Mulero y Andreu, 1998; Wolfe *et al.*, 1990; Wolfe, Ross y Anderson, 1995) y es más frecuente en mujeres, afectando al 3,4% en comparación con el 0,5% de los hombres (proporción 7:1) (Alda, García, Pascual y Olmedo, 2003). Nicasio, Moxham, Schuman y Gevirtz (2002) indican que la fibromialgia es la segunda enfermedad reumatológica más prevalente en la consulta y, aunque afecta predominantemente a mujeres en la cuarta y quinta década, cada vez es más frecuente en ancianos (Yunus, Holt y Masi, 1988) y en la edad pediátrica (Yunus y Masi, 1985). La fibromialgia suele evolucionar hacia la cronicidad con escasas remisiones a pesar de la aplicación de los tratamientos al uso, produciendo una notable incapacidad funcional en el paciente, a pesar de que la sintomatología suele permanecer estable sin un empeoramiento progresivo (Wigers, 1996).

Existen evidencias que sustentan la presencia de un sustrato psicopatológico en la fibromialgia no secundario a las dolencias físicas. Los estudios de Ellman, Savage, Wittkower y Rodger (1945) apoyan la idea de que los pacientes con fibrositis padecían alteraciones psicológicas. Hench y Bolhand (1946) definieron más claramente la conducta hostil y depresiva del fibromiálgico. Estudios realizados con el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)* (Ahles, Yunus, Riley, Bradley y Masi, 1984; Payne *et al.*, 1982; Rook, Pesch y Keeler, 1981) han revelado una mayor prevalencia de alteraciones psicológicas en la fibromialgia que en otras afecciones reumáticas. Villagrán, Páez, Campo, Pérez y Salaberri (2000) indican cómo estos pacientes presentan una personalidad con mayor vulnerabilidad psicológica y catastrofismo que jugaría un papel importante en el dolor y la depresión.

Los estudios de comorbilidad indican que la fibromialgia está frecuentemente asociada con episodios ansioso-depresivos hasta en un 71% de los pacientes (Alda *et al.*, 2003). Además, presentan un aumento de la atención a estímulos externos y preocupación por las sensaciones dolorosas y una hipervigilancia generalizada (McDermid, Rollman y McCain, 1996). Asimismo, tienen más dificultades para adaptarse a situaciones de estrés (Arnold *et al.*, 2006). Estos pacientes presentan más síntomas somáticos de origen oscuro y la ansiedad puede interpretarse como modelo de sobre-respuesta disfórica o mecanismo de negación; una conducta de enfermedad anormal que es debida a alteraciones cognitivas y afectivas antes que a la enfermedad física (Villagrán *et al.*, 2000). La relación entre el síndrome fibromiálgico y la existencia de psicopatología podría entenderse a) como el resultado inespecífico de una enfermedad dolorosa crónica, así la fibromialgia sería la causa de la psicopatología (Yunus, 1994), b) la fibromialgia podría explicarse por un trastorno psiquiátrico subyacente a procesos psicofisiológicos anómalos (Dailey, Bishop, Russell y Fletcher, 1990; Uveges, Parker y Smarr, 1990) como tensión muscular o alteraciones del sueño, en concreto intrusión de ritmos alfa en sueño delta que impedirían restauración muscular (Moldofsky y Scarrisbrick, 1976; Moldofsky, Scarrisbrick, England y Smythe, 1975) y c) la fibromialgia comparte con ciertos trastornos psiquiátricos una anomalía común subyacente conformando el espectro de alteraciones afectivas (fibromialgia, migraña, colon irritable, pánico y depresión mayor). De este modo, la psicopatología y la fibromialgia son trastornos relacionados que parten de una etiología común (Hudson y Pope, 1994). Así, la fibromialgia

podría formar parte de un grupo de trastornos que compartirían características con una etiología común (Raphael, Janal, Nayak, Schwartz y Gallagher, 2004). En este sentido, la relación con los trastornos del espectro del estado de ánimo podría responder a alteraciones centrales en la transmisión monoaminérgica (común también con trastornos de ansiedad) (Arnold *et al.*, 2004). Incluso estudios recientes de neuroimagen apuntan la posibilidad de que determinadas zonas del cerebro (córtex cingulado) estarían implicadas en la regulación del dolor y en la génesis de las emociones, especialmente en las alteraciones propias de los trastornos de ansiedad (Hoffert, 1989; Roy-Byrne, Smith, Goldberg, Afari y Buchwald, 2004).

Otros autores subrayan la similitud entre la fibromialgia y la fatiga crónica y apuntan a que ambas podrían ser la moderna expresión física de una huída a la enfermedad; en ambos casos la característica central es el dolor musculoesquelético crónico y la fatiga. El 90% de los pacientes con fibromialgia refieren fatiga (Buchwald y Garrity, 1994; Wyszynski, Aspira y Leibovici, 1991) y un porcentaje similar de pacientes con fatiga crónica refieren mialgias, cefaleas y dolores generalizados o locales (Komaroff y Buchwald, 1991). En general, en todas las enfermedades psicosomáticas se puede hablar de una etiología multifactorial, entre las que se destaca la ansiedad, el estilo de vida, factores ambientales, el estrés y la resistencia subjetiva al mismo, los rasgos de personalidad, actitudes de hostilidad o factores cognitivos (Aaron, Burke y Buchwald, 2000; Aaron *et al.*, 2001; Hudson, Goldenberg, Pope, Keck y Schlesinger, 1992).

Acorde con los hallazgos anteriormente mencionados, la relación entre la fibromialgia y los trastornos psicopatológicos no ha sido definida totalmente. No existe acuerdo acerca del carácter primario o secundario de los trastornos psicopatológicos en la fibromialgia (Sarró, 2002), en parte por la diversidad de los criterios de respuesta e instrumentos utilizados y en parte por las múltiples variables que se evalúan. No obstante, los trastornos psicopatológicos subyacentes o las alteraciones afectivas parecen estar involucrados en la patogenia de la fibromialgia y, por tanto, involucrados en las alteraciones en la percepción de la calidad de vida de estos pacientes (Hudson y Pope, 1994). La frecuente asociación de la fibromialgia y alteraciones psicológicas puede dificultar el diagnóstico de la enfermedad, sobre todo al inicio de la misma (Alda *et al.*, 2003).

Ante estas dificultades de diagnóstico del síndrome fibromiálgico y de los trastornos psicosomáticos en general (Okifuji, Turk y Sherman, 2000), el objetivo de este trabajo es aportar datos sobre las alteraciones psicológicas presentes en la fibromialgia, como pueden ser episodios depresivos, afectividad negativa, catastrofismo o ansiedad (Villagrán *et al.*, 2000). Se trata de conocer si estas alteraciones en la fibromialgia son una simple manifestación del dolor continuado propio de una enfermedad crónica o son específicas de la psicopatología de la fibromialgia (Pöyhäiä, Da Costa y Fitzcharles, 2001). Para alcanzar este objetivo se evaluarán no sólo pacientes fibromiálgicas, sino también pacientes con experiencias de dolor crónico (con artritis reumatoide por ser una de enfermedades reumáticas más prevalentes) y controles sanos sin dolor crónico. Para verificar la hipótesis de que los pacientes diagnosticados con un síndrome fibromiálgico presentan alteraciones afectivas que puedan estar involucradas en la patogenia

de la fibromialgia y que los diferenciaría de otros trastornos que cursan con dolor musculoesquelético crónico, se ha realizado este estudio *ex post facto* de tipo prospectivo (Montero y León, 2007; Ramos-Álvarez, Valdés-Conroy y Catena, 2006).

## Método

### Participantes

Para llevar a cabo el objetivo propuesto se evaluaron 60 pacientes que cumplieran, como criterio de inclusión, el diagnóstico de un síndrome fibromiálgico. De edades comprendidas entre 24 y 68 años ( $M = 48,18$ ;  $DT = 9,53$ ), el total de las pacientes habían sido diagnosticadas exclusivamente con un síndrome fibromiálgico según los criterios del *American College of Rheumatology* (Wolfe *et al.*, 1990). Se excluyeron todas las posibles causas de fibromialgia secundaria o asociada a otras enfermedades reumatológicas.

Se evaluaron también 14 pacientes de edades comprendidas entre 29 y 73 años ( $M = 52,53$ ;  $DT = 10,62$ ), y que padecían otra patología reumática distinta de la fibromialgia (artritis reumatoide). Para su diagnóstico se siguieron los criterios del *American College of Rheumatology* (Arnett *et al.*, 1988). La artritis reumatoide es una de las enfermedades reumáticas más prevalentes (0,5-1%) (Hochberg, 1981), se caracteriza por dolor persistente, inflamación articular, incapacidad funcional, rigidez y fatiga (Sharpe, Sensky y Allard 2001; Smedstad, Vaglum, Moum y Kvien, 1997). Frecuentemente aparece asociada a cuadros de angustia y a sintomatología depresiva elevados con una prevalencia que oscila entre el 14-46% (Dickens, McGowan, Clark-Carter y Creed, 2002; Hawley y Wolfe, 1993; Smedstad *et al.*, 1997), aunque la prevalencia aumenta con la edad, siendo más frecuente entre la 4ª y 6ª década de la vida. En ambos casos (síndrome fibromiálgico y artritis reumatoide) se seleccionaron pacientes con más de dos años de evolución.

Por último, se evaluaron 13 mujeres, de edades comprendidas entre 25 y 60 años ( $M = 37,27$ ;  $DT = 10,60$ ) y que no presentaban ningún tipo de patología física o psicológica (enfermedad reumática, psicopatología mayor, patología orgánica múltiple, neoplasia, dependencia a psicofármacos o a otras drogas) que requiriese intervención médica o toma de medicación y fueron seleccionados como controles sanos.

En todos los casos, los criterios de inclusión, tanto en el grupo de fibromialgia como en alguno de los dos grupos control, fueron confirmados por profesionales expertos. Todos los pacientes fueron seleccionadas a través del Servicio de Reumatología y del Servicio de Psicología del Hospital Centro Médico de Asturias (España). No se apreciaron diferencias significativas en la edad, estado civil entre los sujetos pertenecientes a los tres grupos, ni en el nivel de escolarización.

### Instrumentos

Para la evaluación de la personalidad se utilizó el *NEO Personality Inventory-Revised* (*NEO PI-R*) (Costa y McCrae, 1992), en la adaptación española de Cordero, Pamos y Seisdedos (1999). Dicho cuestionario incluye 240 ítems medidos mediante

una escala tipo Likert de 5 puntos. La prueba *NEO PI-R* explora cinco dimensiones (superfactores o “big five”) de personalidad: *Neuroticismo* (vs. estabilidad emocional: experiencia crónica de perturbaciones emocionales como ansiedad, miedo, hostilidad o frustración), *Extraversión* (vs. introversión: sociabilidad, asertividad, actividad, energía), *Apertura* (vs. rigidez: sensibilidad estética, curiosidad intelectual, apertura a la experiencia, independencia de juicio), *Amabilidad* (vs. antagonismo: altruismo, cordialidad, cooperación, respeto a los demás) y *Responsabilidad* (vs. desorganización: decisión, escrupulosidad, organización, autodisciplina, voluntad de logro). La fiabilidad y estructura factorial del NEO-FFI son coincidentes con las halladas por los estudios con la versión en inglés, con similares medias de las escalas y correlaciones entre los cinco factores (Manga, 2004).

El Sentido de Coherencia (*Sense of Coherence, SOC*) se evaluó aplicando el Cuestionario de Orientación hacia la Vida (*Orientation to Life Questionnaire, OLQ*) de Antonovsky (1987), que consta de 29 ítems medidos mediante una escala tipo Likert de 7 puntos. El cuestionario evalúa tres componentes: *Comprensibilidad*, *Manejabilidad* y *Significado*. El sentido de coherencia es un patrón cognitivo-motivacional o una orientación global en la forma de ver las situaciones de la vida. Antonovsky refiere que puede guardar relación con la salud influyendo en el proceso de evaluación que una persona hace de las situaciones como estresantes o no, moderando el grado de tensión que un estresor produce y moderando también las consecuencias adversas para la salud. La *Comprensibilidad* se refiere a la capacidad de percibir los estímulos internos o externos como información ordenada, consistente, estructurada y clara, y no como algo caótico, desordenado o inexplicable. Como es sabido, la ambigüedad, la incertidumbre y la dificultad para comprender situaciones en la vida son importantes fuentes de estrés, por lo que se cree que un elevado sentido de comprensibilidad favorecería la interpretación de los acontecimientos como explicables o con sentido (con independencia de que dichos estímulos o situaciones sean o no deseables). La *Manejabilidad* se refiere al grado en que la persona cree tener a su disposición los recursos adecuados para hacer frente a las demandas planteadas por la vida. De acuerdo con el modelo transaccional del estrés de Lazarus (1994), las expectativas de afrontamiento se derivan también de procesos de evaluación secundarios, una vez que la persona valora los medios de que dispone para afrontar la situación estresante. Este factor, que alude a creencias de afrontamiento positivo, refleja el grado de confianza en los recursos propios o ajenos a los que se podría apelar. El componente de *Significado* hace referencia a la creencia de que la vida tiene sentido emocionalmente y de que, a pesar de los problemas y dificultades, merece la pena invertir energía, y que dichas experiencias son retos en los que merece la pena implicarse, en vez de cargas de las que uno quisiera librarse. Así pues, el sentido de coherencia expresa el grado en que la persona tiene sentimientos de confianza estables y dinámicos respecto a que a) los estímulos del ambiente interno o externo a lo largo de la vida están estructurados, son predecibles y explicables, b) los recursos están disponibles para hacer frente a las demandas creadas por dichos estímulos y c) estas demandas son retos en los que merece implicarse e invertir esfuerzo. El constructo *SOC* ha sido utilizado como predictor tanto de morbilidad como de longevidad en diversos estudios, y los mecanismos que explican su influencia sobre el nivel

de salud tienen que ver con los efectos negativos del estrés y el estado general de activación tónica que afecta a todos los sistemas de respuesta biológica, como son los cambios en el funcionamiento de los sistemas endocrino, vegetativo, neuro-muscular, nervioso central e inmunológico (Lutgendorf, Vitaliano, Tripp-Reimer, Harvey y Lubaroff, 1999; McSherry y Holm, 1994). La activación sostenida, determinada también por la falta de éxito de una conducta de afrontamiento o por estados de desesperanza, se supone que produce una sensibilización permanente de la neurotransmisión que es la base de las quejas somáticas (Ursin, 1997). El *OLQ* ha demostrado buenas propiedades psicométricas en estudios previos (Antonovsky, 1993; Flannery, Perry, Penk y Flannery, 1994).

El Cuestionario de Salud *SF-36* (*Short-Form-36 Health Survey*) (Ware, 2000; Ware y Sherbourne, 1992), en la adaptación española de Alonso, Prieto y Antó (1995), se utilizó para obtener un perfil del estado de salud percibida. Es un instrumento genérico, que contiene 36 ítems que cubren 8 dimensiones de salud percibida y que detectan tanto estados positivos como negativos de la salud física y del estado emocional. Las dimensiones son *Función física* (grado en que la salud limita actividades físicas básicas), *Rol físico* (grado en que la salud interfiere en el trabajo diario), *Dolor corporal* (intensidad del dolor y sus repercusiones en la vida diaria), *Salud general* (valoración de la salud actual y perspectivas futuras), *Vitalidad* (energía vs. cansancio y agotamiento), *Función social* (grado en que los problemas físicos o emocionales interfieren la vida social), *Rol emocional* (grado en que los problemas emocionales interfieren en las ocupaciones diarias) y *Salud mental* (salud mental general). Estas ocho escalas definen dos componentes principales de salud, el componente sumario físico y el mental. En su versión original, el *SF-36* posee elevada consistencia interna (0,80 para todas las escalas, excepto la de *Función Social* que es 0,76). Comparaciones test-retest con 6 meses de diferencia los valores oscilan entre 0,60 y 0,90 en varios estudios (Beaton, Bombardier y Hogg-Johnson, 1994; Katz, Larson, Phillips, Fossel y Liang, 1992; Nerenz, Repasky, Whiterhouse y Kahkonen, 1992). Los valores psicométricos de la versión española son similares a los originales, salvo la fiabilidad de la dimensión *Función Social*, que es algo menor.

### *Procedimiento*

En todos los casos, tanto las pacientes como los controles sanos, realizaron las pruebas en condiciones similares y estandarizadas, de forma individual en una consulta del hospital o en un laboratorio de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo (España).

## **Resultados**

Para comparar los resultados obtenidos en las pruebas de personalidad, de orientación hacia la vida y de salud percibida por los sujetos pertenecientes a los tres grupos, se realizaron análisis multivariados de varianza (MANOVA) para verificar la existencia de eventuales diferencias. Según se resume en la Tabla 1, las puntuaciones obtenidas en los rasgos de personalidad son diferentes para los tres grupos analizados ( $\lambda$  de Wilks

= 1,79;  $p = 0,003$ ). Las diferencias entre los pacientes fibromiálgicos y los dos grupos control resultan estadísticamente significativas en las dimensiones Neuroticismo ( $F_{(2,86)} = 18,68$ ;  $p = 0,000$ ) y Extraversión ( $F_{(2,86)} = 5,66$ ;  $p = 0,005$ ). Si comparamos las puntuaciones en las diferentes escalas de cada una de estas dimensiones, en la dimensión Neuroticismo se obtuvieron diferencias significativas en: ansiedad ( $F_{(2,86)} = 19,72$ ;  $p = 0,000$ ), depresión ( $F_{(2,86)} = 16,57$ ;  $p = 0,000$ ), ansiedad social ( $F_{(2,86)} = 9,78$ ;  $p = 0,000$ ) y vulnerabilidad ( $F_{(2,86)} = 6,43$ ;  $p = 0,002$ ). En lo referente a Extraversión: gregarismo ( $F_{(2,86)} = 3,48$ ;  $p = 0,03$ ), actividad ( $F_{(2,86)} = 3,38$ ;  $p = 0,03$ ) y emociones positivas ( $F_{(2,86)} = 3,33$ ;  $p = 0,04$ ).

**TABLA 1.** Puntuaciones de los tres grupos (fibromialgia, artritis reumatoide y control) en las escalas del *NEO PI-R*.

<i>Escalas</i>	<i>Fibromialgia</i> <i>M (DT)</i>	<i>Artritis reumatoide</i> <i>M (DT)</i>	<i>Controles sanos</i> <i>M (DT)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Neuroticismo	67,86 (7,16)	57,73 (9,25)	55,80 (8,58)	18,68	0,000***
Ansiedad	65,14 (8,72)	51,21 (11,31)	52,93 (9,89)	19,72	0,000***
Hostilidad	63,04 (11,58)	56,73 (12,05)	56,80 (11,68)	2,92	0,05
Depresión	66,35 (8,34)	57,60 (9,44)	53,53 (9,07)	16,57	0,000***
Ansiedad Social	63,16 (9,69)	55,86 (8,76)	52,33 (9,12)	9,78	0,000***
Impulsividad	57,72 (9,18)	53,86 (10,7)	55,06 (7,07)	1,34	0,26
Vulnerabilidad	65,79 (8,51)	60,73 (9,46)	57,26 (9,96)	6,43	0,002**
Extraversión	36,59 (8,37)	39,73 (8,37)	45,00 (10,88)	5,66	0,005**
Cordialidad	41,37 (10,59)	43,33 (11,33)	44,53 (10,36)	0,62	0,53
Gregarismo	40,22 (10,06)	42,26 (10,51)	48,00 (10,8)	3,48	0,03*
Asertividad	38,48 (9,97)	43,53 (7,56)	43,53 (10,98)	2,68	0,07
Actividad	42,37 (11,)	45,66 (12,2)	50,53 (10,68)	3,38	0,03*
Búsqueda de emociones	44,00 (9,51)	43,53 (10,34)	48,06 (10,63)	1,13	0,32
Emociones positivas	38,37 (9,5)	42,33 (9,34)	45,26 (12,19)	3,33	0,04*
Apertura	38,50 (10,95)	38,46 (10,88)	42,40 (11,16)	0,79	0,45
Fantasia	46,38 (10,75)	47,93 (9,95)	49,40 (8,95)	0,56	0,57
Estética	43,43 (10,97)	43,26 (8,67)	44,06 (11,04)	0,02	0,07
Sentimientos	42,40 (11,18)	38,06 (8,89)	47,26 (11,7)	2,65	0,07
Acciones	41,09 (10,04)	40,86 (10,45)	44,60 (7,46)	0,83	0,43
Ideas	39,22 (8,88)	41,26 (9,62)	39,33 (9,67)	0,30	0,73
Valores	40,88 (11,5)	44,33 (11,44)	49,13 (9,47)	3,44	0,03*
Amabilidad	49,19 (8,44)	49,13 (9,81)	43,40 (8,43)	2,78	0,06
Confianza	43,85 (9,94)	48,46 (10,84)	44,53 (11,24)	1,21	0,13
Franqueza	54,90 (9,89)	52,00 (8,72)	49,20 (9,08)	2,35	0,10
Altruismo	46,91 (9,44)	47,40 (12,29)	44,80 (8,57)	0,33	0,18
Actitud conciliadora	46,82 (10,04)	50,20 (10,85)	40,46 (8,44)	3,82	0,02*
Modestia	55,25 (8,24)	52,13 (7,74)	51,20 (9,45)	1,90	0,30
Sensibilidad a los demás	50,08 (9,46)	45,60 (11,21)	46,40 (8,62)	1,83	0,24
Responsabilidad	36,67 (8,18)	37,40 (6,89)	40,60 (10,44)	1,31	0,27
Competencia	36,91 (8,96)	39,06 (6,44)	41,93 (10,82)	2,00	0,14
Orden	42,88 (10,76)	44,06 (9,81)	44,00 (6,85)	0,13	0,87
Sentido del deber	47,48 (10,39)	47,73 (10,66)	49,20 (11,04)	0,16	0,85
Necesidad de logro	39,11 (11,03)	38,66 (9,22)	41,40 (10,33)	0,32	0,72
Autodisciplina	34,19 (7,31)	36,26 (6,04)	43,533 (11,34)	8,41	0,000***
Deliberación	41,78 (8,47)	42,29 (9,41)	43,10 (10,52)	0,16	0,85

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

De forma más pormenorizada, en la Tabla 2 (*post hoc* Scheffé), se aprecia cómo los controles con artritis reumatoide y los controles sanos, obtienen puntuaciones inferiores en la dimensión *neuroticismo* respecto a las pacientes fibromiálgicas. Estas diferencias son menores entre las fibromiálgicas y las pacientes con artritis reumatoide que entre las fibromiálgicas y los controles sanos. En el caso de la dimensión *extraversión*, las pacientes fibromiálgicas obtuvieron niveles inferiores respecto a los grupos control. Estos resultados muestran la tendencia a mayores niveles de neuroticismo en pacientes fibromiálgicas, incluso en comparación con pacientes que también padecen dolor musculoesquelético crónico.

**TABLA 2.** Diferencia de medias entre los tres grupos (fibromialgia, artritis y control) en las escalas del *NEO PI-R*.

Variables	<i>Post hoc Scheffe</i>					
	<i>Fibromialgia-Artritis reumatoide</i>	<i>p</i>	<i>Fibromialgia-Controles sanos</i>	<i>P</i>	<i>Artritis reumatoide-Controles sanos</i>	<i>p</i>
Neuroticismo	9,52	0,000***	11,45	0,000***	1,93	0,79
Ansiedad	13,87	0,000***	12,21	0,000***	-1,66	0,88
Hostilidad	6,31	0,17	6,24	0,18	-0,06	1
Depresión	8,75	0,003**	12,82	0,000***	4,06	0,43
Ansiedad Social	7,29	0,03*	10,82	0,001**	3,53	0,59
Impulsividad	3,85	0,34	2,65	0,60	-1,20	0,93
Vulnerabilidad	5,05	0,14	8,52	0,005**	-5,05	0,14
Extraversión	-3,13	0,46	-8,40	0,006**	-5,26	0,26
Cordialidad	-1,96	0,81	-3,16	0,59	-1,20	0,95
Gregarismo	-2,04	0,78	-7,77	0,03*	-5,73	0,31
Asertividad	-5,04	0,20	-5,04	0,20	0	1
Actividad	-3,29	0,59	-8,16	0,04*	-4,86	0,49
Búsqueda de emociones	0,46	0,98	-4,06	0,98	-4,53	0,45
Emociones positivas	-3,96	0,38	-6,89	0,06	-2,93	0,72
Apertura	0,03	1	-3,90	0,46	-3,93	0,61
Fantasía	-1,54	0,87	-3,01	0,60	-1,46	0,92
Estética	0,16	0,99	-6,31	0,97	-0,80	0,97
Sentimientos	4,33	0,39	-4,86	0,30	-9,20	0,07
Acciones	0,23	0,99	-3,50	0,46	-3,73	0,57
Ideas	-2,04	0,74	-1,07	0,99	2,04	0,84
Valores	-3,44	0,56	-8,24	0,04*	-4,80	0,50
Amabilidad	0,06	1	5,79	0,07	5,73	0,20
Confianza	-4,61	0,30	-0,67	0,97	3,93	0,58
Franqueza	2,90	0,57	5,70	0,12	2,80	0,72
Altruismo	-0,48	0,98	2,11	0,75	2,60	0,77
Actitud conciliadora	-3,37	0,50	6,35	0,09	-9,73	0,03*
Modestia	3,12	0,43	4,05	0,24	0,93	0,95
Sensibilidad a los demás	4,48	0,27	3,68	0,41	-0,80	0,97
Responsabilidad	-0,72	0,95	-3,92	0,27	-3,20	0,58
Competencia	-2,14	0,70	-5,01	0,15	-2,86	0,68
Orden	-1,17	0,92	-1,11	0,92	0,06	1
Sentido del deber	-0,24	0,99	-1,71	0,85	-1,46	0,93
Necesidad de logro	0,44	0,98	-2,28	0,75	-2,73	0,78
Autodisciplina	-2,07	0,66	-9,33	0,000***	-7,26	0,04*
Deliberación	-0,51	0,97	-1,32	0,85	-0,81	0,96

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

En la Tabla 3 se recogen los resultados del *OLQ* y el *SF-36*. En los factores explorados por ambos instrumentos, las diferencias encontradas entre el grupo de fibromialgia y los dos grupos control resultaron significativas ( $\lambda$  de Wilks = 10,04;  $p = 0,000$ ). Las pacientes fibromiálgicas muestran un *SOC* más débil: comprensibilidad ( $F_{(2, 86)} = 15,52$ ;  $p = 0,000$ ), manejabilidad ( $F_{(2, 86)} = 3,47$ ;  $p = 0,03$ ), significado ( $F_{(2, 86)} = 4,07$ ;  $p = 0,02$ ) y sentido de coherencia ( $F_{(2, 86)} = 9,68$ ;  $p = 0,000$ ). Los resultados del *post hoc* Scheffé (véase la Tabla 4) revelan niveles inferiores de comprensibilidad ( $p = 0,002$ ) y sentido de coherencia ( $p = 0,03$ ) en las pacientes fibromiálgicas respecto a las pacientes con artritis reumatoide y de comprensibilidad ( $p = 0,000$ ), significado ( $p = 0,03$ ) y sentido de coherencia ( $p = 0,001$ ) respecto a los controles sanos.

**TABLA 3.** Puntuaciones de los tres grupos (fibromialgia, artritis reumatoide y control) en las escalas del *OLQ* y del *SF-36*.

Variables	Fibromialgia M (DT)	Artritis reumatoide M (DT)	Controles sanos M (DT)	F	p
<i>OLQ</i>					
Comprensibilidad	40,45 (11,33)	51,60 (8,65)	55,26 (5,95)	15,52	0,000***
Manejabilidad	46,46 (10,26)	50,53 (8,75)	53,13 (6,94)	3,47	0,03*
Significado	37,36 (11,36)	42,40 (8,73)	45,53 (9,18)	4,07	0,02*
Sentido de coherencia	124,78 (27,96)	144,53 (22,82)	153,93 (17,13)	9,68	0,000***
<i>SF-36</i>					
Funcionamiento físico	43, (21,62)	61,33 (22,47)	98,33 (3,61)	47,13	0,000***
Rol físico	11,15 (23,39)	55, 45,51)	98,33 (6,45)	72,73	0,000***
Dolor corporal	23,78 (16,74)	44,8 (20,73)	81,6 (20,24)	65,54	0,000***
Salud general	30,5 (15,69)	37,4 (23,15)	75,53 (20,07)	39,34	0,000***
Componente físico	30,6 (6,99)	37,47 (9,57)	54,27 (4,01)	68,34	0,000***
Vitalidad	19,92 (16,01)	54,66 (22,07)	70, (14,63)	67,79	0,000***
Funcionamiento social	42,5 (27,13)	75, (25,44)	93,33 (12,38)	30,08	0,000***
Rol emocional	35,38 (40,77)	68,88 (42,66)	93,33 (25,81)	15,44	0,000***
Salud mental	48,61 (21,88)	67,73 (19,79)	77,86 (13,51)	15,18	0,000***
Componente mental	33,67 (12,21)	47,11(12,54)	50,56 (8,25)	17,42	0,000***
	40,45 (11,33)	51,6 (8,65)	55,26 (5,95)	15,52	0,000***

\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Respecto a los índices de calidad de vida y a la salud percibida del *SF-36*, aparece significación estadística en las 8 dimensiones y en los dos componentes sumarios (físico y mental). Como se recoge en la Tabla 4, las pacientes fibromiálgicas relatan alteraciones en todas las dimensiones respecto a los controles sanos y, salvo salud general ( $p = 0,40$ ), también respecto a las pacientes con artritis reumatoide. Estas diferencias resultaron siempre significativas. Los resultados *post hoc* Scheffé indican diferencias significativas entre artritis reumatoide y controles sanos en componente físico y sus dimensiones, así como en la dimensión vitalidad del componente mental.

**TABLA 4.** Diferencia de medias entre los tres grupos (fibromialgia, artritis reumatoide y controles sanos) en las escalas del *OLQ* y *SF-36*.

Variables	Post hoc Scheffe					
	Fibromialgia -Artritis reumatoide		Fibromialgia- Controles sanos		Artritis reumatoide- controles sanos	
		<i>p</i>		<i>p</i>		<i>p</i>
<i>OLQ</i>						
Comprensibilidad	-10,64	0,002**	-14,31	0,000***	-3,66	0,62
Manejabilidad	-4,07	0,34	-6,67	0,05	-2,6	0,76
Significado	-5,03	0,27	-8,16	0,03*	-3,13	0,73
Sentido de coherencia	-19,74	0,03*	-29,14	0,001**	-9,4	0,61
<i>SF-36</i>						
Funcionamiento físico	-18,33	0,008**	-55,33	0,000***	-37,	0,000*
Rol físico	-43,84	0,000***	-87,17	0,000***	-43,33	0,000*
Dolor corporal	-21,01	0,000***	-58,01	0,000***	-37,	0,000*
Salud general	-6,89	0,40	-45,02	0,000***	-38,13	0,000*
Componente físico	-6,86	0,005**	-23,66	0,000***	-16,79	0,000*
Vitalidad	-34,74	0,000***	-50,07	0,000***	-15,33	0,05
Funcionamiento social	-35,5	0,000***	-50,83	0,000***	-18,33	0,14
Rol emocional	-33,5	0,01*	-57,94	0,000***	-24,44	0,23
Salud mental	-19,11	0,007**	-29,25	0,000***	-10,13	0,40
Componente mental	-13,44	0,001*	-16,89	0,000***	-3,44	0,72

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

## Discusión

El objetivo de este estudio ha sido aportar datos sobre la influencia de factores psicológicos en el desarrollo o exacerbación del síndrome fibromiálgico y, en particular, someter a prueba la existencia de diferencias entre la fibromialgia y otro tipo de trastorno de dolor músculo esquelético crónico (artritis reumatoide) además de pacientes sanos (Pöyhäiä *et al.*, 2001). Se trata de determinar, igualmente, si los rasgos de personalidad y el sentido de coherencia están relacionados con los niveles percibidos de salud física y mental. La hipótesis de partida es que si existen trastornos psicopatológicos implicados específicamente en la patogenia de la fibromialgia, entonces cabría encontrar diferencias entre los tres grupos de pacientes en los rasgos de personalidad, sentido de coherencia y la calidad de vida percibida.

Como ya se indicó anteriormente, existen evidencias que permiten sustentar la hipótesis de una asociación frecuente entre el síndrome fibromiálgico y la patología psiquiátrica; por ejemplo, suele aparecer entre los pacientes trastornos como depresión, trastornos de ansiedad y rasgos vulnerables de personalidad (Alda *et al.*, 2003). Se ha comprobado cómo estos pacientes presentan características de afectividad negativa más frecuentemente que la población general (Rook *et al.*, 1981). Estos factores psicológicos relacionados con el neuroticismo podrían contribuir a las molestias físicas, aumentando la susceptibilidad de estos pacientes a padecer estas molestias. Estos pacientes aumentarían su atención a estímulos externos y preocupación por sensaciones doloro-

sas, manifestando una hipervigilancia generalizada (McDermid *et al.*, 1996), tendrían más dificultades para adaptarse a los estresores, percibiendo como estresantes pequeños problemas de la vida diaria (Alda *et al.*, 2003). Esta hipervigilancia generalizada cobraría especial importancia en la evaluación de la percepción del dolor y justificaría que una de las características fundamentales para el diagnóstico sea la sensibilidad anormal a la presión digital en unas zonas determinadas: *tender points* (Wolfe *et al.*, 1990). Además, las respuestas emocionales ante el dolor de los pacientes con fibromialgia serían diferentes a las de otros pacientes con dolor crónico (aquel que es superior a tres meses), lo que determinaría un perfil específico en el síndrome fibromiálgico.

A tenor de los resultados encontrados en este estudio, se comprueba que existen diferencias significativas en las dimensiones neuroticismo y extraversión, en la habilidad para comprender y afrontar adecuadamente los estresores (sentido de coherencia) y en la valoración de las consecuencias de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes, específicamente en los pacientes fibromiálgicos comparativamente con los controles con artritis reumatoide y los controles sanos. Se puede afirmar que las pacientes fibromiálgicas relatan peor estado de salud física y mental, muestran un sentido de coherencia más débil y mayores niveles de neuroticismo. Comparativamente con los pacientes con artritis reumatoide y controles sanos, los niveles de neuroticismo (ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social y vulnerabilidad) son significativamente superiores en los pacientes con fibromialgia. Estos datos permiten confirmar la investigación previamente realizada con dichas medidas en sujetos con trastornos de dolor crónico musculoesquelético (incluido la fibromialgia) (Arnold *et al.*, 2006). La hipervigilancia de los sujetos con elevadas puntuaciones en neuroticismo (Santed, 2001) podría explicar la tendencia a informar de quejas somáticas de dos formas diferentes: porque conduciría a atender a sensaciones corporales normales y pequeños dolores y, por otro lado, esta exploración estaría acompañada de ansiedad e inquietud, interpretando los síntomas normales como patológicos y dolorosos.

Los trastornos de salud crónicos constituyen importantes fuentes de estrés y exigen permanentes esfuerzos de adaptación. Existen diversos constructos que podrían explicar tanto el estado de salud como la adaptación a la enfermedad crónica (Wallston, 1989). Tradicionalmente la afectividad negativa (Watson y Clark, 1984; Watson y Pennebaker, 1989) ha sido asociada al neuroticismo, siendo considerada como una dimensión general de malestar subjetivo que incluiría estados de ánimo negativos como ira, disgusto, nerviosismo, ira, temor o depresión y que llevaría a pacientes con elevados niveles de neuroticismo a interpretar estímulos ambiguos de manera negativa o amenazante. Cuando se analizan los constructos predictores del riesgo de enfermedad, los resultados muestran un sentido de coherencia inestable en las pacientes con fibromialgia respecto a las pacientes con artritis reumatoide y los controles sanos. Por grupos, las pacientes fibromiálgicas destacan por la menor capacidad para percibir los problemas como inteligibles (comprensibilidad), que los recursos para controlarlos están disponibles (manejabilidad) y que merece la pena afrontarlos (significado). Los resultados obtenidos podrían indicar que serían menos capaces de afrontar estresores, siendo más proclives a padecer enfermedades (Antonovsky, 1991a, 1991b) que las pacientes con artritis reumatoide, que muestran un sentido de coherencia más fuerte que las fibromiálgicas

y, a su vez, menor que los controles sanos. En apoyo de tales supuestos, diferentes estudios han mostrado la incidencia positiva de un *SOC* fuerte sobre la salud y el bienestar en general del sujeto. Carmel, Anson, Levenson, Bonnef y Mahoz (1991) encontraron que las puntuaciones altas en el sentido de coherencia predecían un mayor bienestar físico y psicológico, así como una mejor habilidad funcional en las actividades cotidianas. Flannery y Flannery (1990), por su parte, han hallado igualmente que las puntuaciones más altas en *SOC* estaban prospectivamente relacionadas con menores síntomas psicológicos. Eriksson y Lindström (2006) encuentran una fuerte asociación entre el sentido de coherencia y la salud percibida (especialmente la salud mental). Las mujeres fibromiálgicas con un sentido de coherencia fuerte manifiestan mayor estabilidad y sensaciones de bienestar (Söderberg, Lundman y Norberg, 1997). Por tanto, los resultados encontrados sugieren que las pacientes fibromiálgicas serían menos capaces de afrontar con éxito los estresores de la vida, siendo más propensas a contraer enfermedades que las pacientes con artritis reumatoide y los controles sanos.

Cuando se analiza la calidad de vida relacionada con la salud (*SF-36*), las pacientes con un síndrome fibromiálgico, en comparación con las pacientes con artritis reumatoide, relatan peores niveles de salud física y mental (componentes físico y mental, y todas las áreas a excepción de la salud general percibida). Estas diferencias aumentan en comparación con los controles sanos. En el caso de las pacientes con artritis, sólo relatan peor estado de salud en el componente físico y en todas sus áreas, además de menor nivel de vitalidad que los controles sanos. El impacto específico de las enfermedades musculoesqueléticas en el nivel de salud percibido es común con varias enfermedades. En concreto, en la artritis reumatoide se relata habitualmente disminución de la actividad, dolor, incapacidad física y se asocia con ansiedad y depresión (Covic, Adamson, Spencer y Howe, 2003). Sin embargo, las pacientes con fibromiálgica suelen mostrar mayor intensidad de dolor, mayor severidad global de la sintomatología, incapacidad funcional, fatiga y menor satisfacción respecto a la salud (White, Nelson y Harth, 2002; Wolfe y Skevington, 2000).

En conclusión, los resultados obtenidos proporcionan evidencias de que las pacientes con fibromiálgica presentan rasgos de personalidad y creencias de control que podrían actuar de forma patogénica favoreciendo la aparición de la enfermedad y alterando la percepción subjetiva de la misma. Los resultados apuntan a que estas anomalías conducirían a quejas somáticas y estarían implicadas en el desarrollo de la enfermedad física de forma más intensa. Probablemente esta asociación podría ser más adecuada para definir las características del síndrome fibromiálgico que la de otras patologías de dolor crónico musculoesquelético como la artritis reumatoide. Finalmente, es importante tener presente que en esta investigación, así como en otras realizadas previamente con un diseño transversal, resulta complicado determinar hasta qué punto las diferencias observadas en las dimensiones de la personalidad evaluadas son la causa del agravamiento clínico mostrado por las pacientes con fibromiálgica; es decir, si las características diferenciales encontradas en dichas pacientes son factores predisponentes o precipitantes de la enfermedad, o bien meros efectos directos de dicho síndrome. Sólo diseños longitudinales podrán contribuir a arrojar mayor luz a tan compleja enfermedad.

## Referencias

- Aaron, L., Burke, M. y Buchwald, D. (2000). Overlapping conditions among patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and temporomandibular disorder. *Archives of Internal Medicine*, *160*, 221-227.
- Aaron, L., Herrell, R., Ashton, S., Belcourt, M., Schmalling, K., Goldberg, J. y Buchwald, D. (2001). Comorbid clinical conditions in chronic fatigue. *Journal of General Internal Medicine*, *16*, 24-31.
- Ahles, T., Yunus, M., Riley, S. Bradley, J. y Masi, A. (1984). Psychological factors associated with primary fibromialgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, *27*, 101-106.
- Alda, M., García, J., Pascual, A., y Olmedo, M. (2003). Aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Monografías de Psiquiatría*, *15*, 32-40.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, *104*, 771-776.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1991a). Personality and health: Testing the sense of coherence model. *Social Science and Medicine*, *32*, 1047-1051.
- Antonovsky, A. (1991b). The structural sources of salutogenic strengths. En C.L. Cooper (Ed.), *Personality and stress: Individual differences in the stress process* (pp. 67-104). Nueva York: Wiley.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, *36*, 725-733.
- Arnett, P., Edworthy, S., Bloch, D., McShane, D., Fries, J. y Cooper, N. (1988). The American Rheumatism Association 1987. Revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, *31*, 315-324.
- Arnold, L., Hudson, J., Hess, E., Ware, A., Fritz, D. y Auchenbach, M. (2004). Family study of fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, *50*, 944-952.
- Arnold, L., Hudson, J., Keck, P., Auchenbach, M., Javaras, K. y Hess, E. (2006). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*, 1219-1225.
- Beaton, D.E., Bombardier, C. y Hogg-Johnson, S. (1994). Choose your toll: A comparison of the psychometric properties of five generic health status instruments in workers with soft tissue injuries. *Quality of Life Research*, *3*, 50-56.
- Buchwald, D. y Garrity, D. (1994). Comparison of patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia and chemical sensitivities. *Archives of Internal Medicine*, *154*, 2049-2054.
- Carmel, S., Anson, O., Levenson, A., Bonneh, D. y Mahoz, B. (1991). Life events, sense of coherence and health: Gender differences on the kibbutz. *Social Science and Medicine*, *32*, 1089-1096.
- Cordero, A., Pamos, A. y Seisdedos, N. (1999). *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R). Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)*. Madrid: TEA.
- Costa, P. y McCrae, R. (1992). *NEO PI-R, Profesional Manual. Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Covic, T., Adamson, B., Spencer, D. y Howe, G. (2003). A biopsychosocial model of pain and depression in rheumatoid arthritis: A 12-month longitudinal study. *Rheumatology (Oxford)*, *42*, 1287-1294.
- Dailey, P., Bishop, G., Russell, I. y Fletcher, E. (1990). Psychological stress and fibrositis/fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, *17*, 1380-1385.

- Dickens, C., McGrowan, L., Clark-Carter, D. y Creed, F. (2002). Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 64, 52-60.
- Ellman, P., Savage, O., Wittkower, E., y Rodger, T. (1945). Fibrositis: A biographical study of fifty civilian and military cases from the rheumatic unit, St. Stephens's hospital and a military hospital. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 3, 56-76.
- Eriksson, M. y Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376-381.
- Flannery, R. y Flannery, G. (1990). Sense of coherence, life stress and psychological distress: A prospective methodological inquiry. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 415-420.
- Flannery, R.B., Perry, J.C., Penk, W.E. y Flannery, G.J. (1994). Validating Antonovsky Sense of Coherence Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 575-577.
- Hawley, D. y Wolfe, F. (1993). Depression is not more common in rheumatoid arthritis: A 10-year longitudinal study of 6153 patients with rheumatic disease. *The Journal of Rheumatology*, 20, 2025-2031.
- Hench, P. y Bolhand, E. (1946). The management of rheumatic disease. *Annals of Internal Medicine*, 24, 808-825.
- Hochberg, M. (1981). Adult and juvenile rheumatoid arthritis: Current epidemiologic concepts. *Epidemiologic Reviews*, 3, 27-44.
- Hoffert, M.J. (1989). The neurophysiology of pain. *Neurologic Clinics*, 7, 198-203.
- Hudson, J., Goldenberg, D., Pope, H., Keck, P. y Schlesinger, L. (1992). Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *American Journal of Medicine*, 92, 363-367.
- Hudson, J. y Pope, H. (1994). The concept of affective spectrum disorder: Relationship to fibromyalgia and other syndromes chronic fatigue muscle pain. *Baillieres Clinical Rheumatology*, 8, 839-856.
- Katz, J.N., Larson, M.G., Phillips, C.B., Fossel, A.H. y Liang, M.H. (1992). Comparative measurement sensitivity of short and longer health status instruments. *Medical Care*, 30, 917-925.
- Komaroff, A. y Buchwald, D. (1991). Symptoms and signs in chronic fatigue syndrome. *Review of Infectious Diseases*, 13, 381-387.
- Lazarus, R. S. (1994). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Lejoyeux, M., Mourad, I. y Pouchot, J. (1997). Troubles psychiatriques et maladies ostéoarticulaires. En *Encyclopédie Médico-Chirurgicale: psychiatrie* (37-670-A-30). París: Elsevier.
- Lutgendorf, S., Vitaliano, P., Tripp-Reimer, T., Harvey, J. y Lubaroff, D. M. (1999). Sense of coherence moderates the relationship between life stress and natural killer cell activity in healthy adults. *Psychology and Aging*, 14, 552-565.
- Manga, D. (2004). The Spanish norms of the NEO Five-Factor Inventory: New data and analyses for its improvement. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 639-648.
- Martín, L., Doutón, R. y Rojo, J. (1997). Sistema osteomuscular. En J. Rojo Rodés y E. Cirera Costa (Eds.), *Interconsulta psiquiátrica* (pp. 311-322). Barcelona: Masson.
- McCain, G. (1996). A clinical overview of the fibromyalgia syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 4, 9-34.
- McDermid, A., Rollman, G. y McCain, G. (1996). Generalized hypervigilance in fibromyalgia: Evidence of perceptual amplification. *Pain*, 66, 133-144.
- McSherry, W. y Holm, J. (1994). Sense of coherence: Its effects on psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 476-487.

- Mera, A. y Insúa, S. (1996). Fibromialgia. Otros reumatismos asociados a trastornos psicógenos. En S. Andreu, G. Barceló, B. Herrero, M. Martín, M. Olivé, y M. Tornero. (Eds.), *Manual de enfermedades reumáticas* (pp. 757-764). Barcelona: Doyma.
- Moldofsky, H. (1997). Sleep, daytime symptoms, and cognitive performance in patients with fibromyalgia. C-ote KA. *Journal of Rheumatology*, *24*, 2014-2023.
- Moldofsky, H., Lue, F. y Smythe, H. (1983). Alpha EEG sleep and morning symptoms in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, *10*, 373-379.
- Moldofsky, H. y Scarrisbrick P. (1976). Induction of neurasthenic musculoskeletal pain syndrome by selective sleep stage deprivation. *Psychosomatic Medicine*, *38*, 35.
- Moldofsky, H., Scarrisbrick P., England R. y Smythe H. (1975). Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with "fibrositis" syndrome and healthy subjects. *Psychosomatic Medicine*, *37*, 341-351.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *7*, 847-862.
- Mulero, J. y Andreu, J. (1998). Síndrome fibromiálgico. En E. Pascual (Ed.), *Tratado de reumatología* (pp. 1809-1820). Madrid: Arán.
- Nerenz, D.R., Repasky, D.P., Whitehouse, F.W. y Kahkonen, D.M. (1992). Ongoing assessment of health status in patients with diabetes mellitus. *Medical Care*, *30*, 112-123.
- Nicasio, P., Moxham, E., Schuman, C. y Gevirtz, R. (2002). The contribution of pain, reported sleep quality and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia. *Pain*, *100*, 271-279.
- Okifuji, A., Turk, D. y Sherman, J. (2000). Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: Why aren't all patients depressed? *Journal of Rheumatology*, *27*, 212-219.
- Payne, T., Leavitt, F., Garron, D., Katy, R., Golden, H., Glickman P. y Vanderplate, C. (1982). Fibrositis and psychological disturbance. *Arthritis and Rheumatism*, *25*, 213-217.
- Pöyhäiä, R., Da Costa, D. y Fitzcharles, M.A. (2001). Previous pain experience in women with fibromyalgia and inflammatory arthritis and nonpainful controls. *The Journal of Rheumatology*, *28*, 1888-1891.
- Ramos-Álvarez, M.M., Valdés-Conroy, B. y Catena, A. (2006). Criterios para el proceso de revisión de cara a la publicación de investigaciones experimentales y cuasi-experimentales en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *6*, 773-787.
- Raphael, K., Janal, M., Nayak, S., Schwartz, J. y Gallagher, R. (2004). Familial aggregation of depression in fibromyalgia: A community-based test of alternate hypotheses. *Pain*, *110*, 449-460.
- Rook J., Pesch R. y Keeler, E. (1981). Chronic pain and the questionable use of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *62*, 373-375.
- Roy-Byrne, P., Smith, W., Goldberg, J., Afari, N. y Buchwald, D. (2004). Post-traumatic stress disorder among patients with chronic pain and chronic fatigue. *Psychological Medicine*, *34*, 363-368.
- Santed, M. (2001). Naturaleza de la relación entre estrés psicosocial y sintomatología somática. En J. García-Campayo, R. Salvanés y C. Álamo (Eds.), *Actualización en Trastornos Somatoformos* (pp. 51-84). Madrid: Panamericana.
- Sarró, S. (2002). Fibromiálgica reumática: aspectos psiquiátricos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *30*, 392-396.
- Sharpe, L., Sensky, T. y Allard, S. (2001). The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis: The predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. *Journal of Psychosomatic Research*, *51*, 713-719.

- Smedstad, L., Vaglum, P., Moum, T. y Kvien, T. (1997). The relationship between psychological distress and traditional clinical variables: A 2 prospective study of 216 patients with early rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, *36*, 1304-1311.
- Söderberg, S., Lundman, B. y Norberg, A. (1997). Living with fibromyalgia: Sense of coherence, perception of well-being, and stress in daily life. *Research in Nursing and Health*, *20*, 495-503.
- Ursin, H. (1997). Sensitization, somatization, and subjective health complaints. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*, 105-116.
- Uveges, J., Parker, J. y Smarr, K. (1990). Psychological symptoms in primary fibromyalgia syndrome: Relationship to pain, life stress and sleep disturbance. *Arthritis and Rheumatism*, *33*, 1279-1283.
- Villagrán, J., Páez, M., Campo, F., Pérez, J. y Salaberri, J. (2000). Aspectos psicopatológicos de la fibromialgia. *Archivos de Psiquiatría*, *63*, 159-182.
- Wallston, K. (1989). Assessment of control in health-care settings. En A. Steptoe y A. Appels (Eds.), *Stress, personal control and health* (pp. 85-105). Chichester: John Wiley & Sons.
- Ware, J.E. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, *25*, 3130-3139.
- Ware, J.E. y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, *30*, 473-483.
- Watson, D. y Clark, L. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, *96*, 465-490.
- Watson, D. y Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, *96*, 234-254.
- Waylonis, G. y Heck, W. (1992). Fibromyalgia syndrome: New associations. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, *71*, 343-348.
- White, K., Nielson, W. y Harth, M. (2002). Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: Psychological distress in a representative community adult sample. *The Journal of Rheumatology*, *29*, 588-594.
- Wigers, S. (1996). Fibromyalgia outcome: the predictive values of symptom duration, physical activity, disability pension, and critical life events – a 4.5 year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, *41*, 235-243.
- Wolfe, F., Ross, K. y Anderson, J. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis and Rheumatism*, *38*, 19-28.
- Wolfe, F. y Skevington, S. (2000). Measuring the epidemiology of distress: The Rheumatology distress index. *The Journal of Rheumatology*, *27*, 2000-2009.
- Wolfe, F., Smythe, H. y Yunus, M. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the multicentre criteria committee. *Arthritis and Rheumatism*, *33*, 160-172.
- Wysenbeek, A., Aspira, Y. y Leibovici, L. (1991). Primary fibromyalgia and the chronic fatigue syndrome. *Reviews of Infectious Diseases*, *13*, 8-11.
- Yunus, M. (1994). Psychological aspects of syndrome: A component of the dysfunctional spectrum syndrome. *Baillieres Clinical Rheumatology*, *8*, 811-837.
- Yunus, M., Holt, G. y Masi, A. (1988). Fibromyalgia syndrome among the elderly: Comparison with younger patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, *35*, 987-995.
- Yunus, M. y Masi, A. (1985). Juvenile primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, *28*, 138-144.