



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**RASGOS DE PERSONALIDAD, ESTRATEGIAS
DE AFRONTAMIENTO E IMPACTO EN LA
CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON
FIBROMIALGIA**

Autor: Mónica García Gamo

Director: Ignacio Bone Pina

Madrid

Mayo 2015

Mónica
García
Gamo

**RASGOS DE PERSONALIDAD, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO E IMPACTO EN LA
CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON FIBROMIALGIA**



RESUMEN

El propósito de este estudio fue describir las características de personalidad, las estrategias de afrontamiento y el impacto en la calidad de vida del dolor percibido en un grupo de pacientes con diagnóstico de fibromialgia, y observar si existía relación entre estas variables. Para ello, se utilizó el Inventario de personalidad (NEO-FFI), el Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico revisado (CAD-R) y Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ). Se encontraron relaciones significativas entre impacto en la calidad de vida y estrategias de afrontamiento, siendo la distracción la estrategia más utilizada por la muestra. Los rasgos de personalidad, en concreto, apertura y neuroticismo, relacionaron con el impacto en la calidad de vida. Se encontraron relaciones significativas entre estrategias de afrontamiento pasivas y el neuroticismo como rasgo de personalidad.

Palabras clave: *Fibromialgia, calidad de vida, estrategias de afrontamiento y rasgos de personalidad.*

ABSTRACT

The purpose of this study was describing personality characteristics, coping strategies and the impact on quality of life perceived pain in a group of patients diagnosed with fibromyalgia, and observing if there was a relationship between these variables. For this, the Personality Inventory (NEO-FFI), the Questionnaire for coping with the revised chronic pain (CAD-R) and Impact Questionnaire Fibromyalgia (FIQ) were used. Significant relations were found between impact on quality of life and coping strategies, being distraction the strategy used by the sample. Personality traits, namely, opening and neuroticism, related to the impact on quality of life. We found significant relationships between passive coping strategies and neuroticism as a personality character.

Key words: *Fibromyalgia, quality of life, coping strategies and personality traits.*

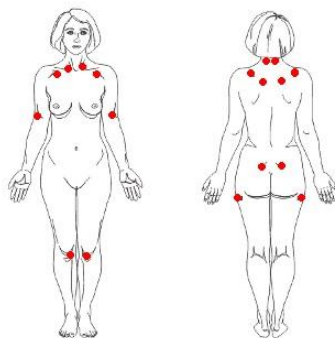
Desde hace un largo tiempo existe documentación sobre los dolores difusos en el organismo, pero hasta el siglo XIX no fueron detallados los síntomas que constituyen lo que conocemos como fibromialgia. Valleix en 1841 describió un mapa de puntos dolorosos, sobre los que algunos pacientes sentían dolor si eran presionados. En 1904, Gowers usa el término “fibrositis” refiriéndose al dolor regional y a la inflamación del tejido fibroso (Chong, 2009). Posteriormente, en las décadas siguientes, fueron apareciendo diferentes denominaciones: reumatismo muscular, miofibrositis, miofascitis o dolor miofascial. Frieriep (1943) lo conceptuó como reumatismo tisular o muscular, caracterizándolo como sensaciones de dolor, rigidez, pinchazos con agarrotamiento y falta de movilidad de los músculos o tejidos blandos. Finalmente es en 1970 cuando se lleva a cabo el cambio de nombre, llamándose Fibromialgia (FM) (Williams, 2009).

Según la Sociedad Española de Reumatología la FM es una enfermedad de etiología desconocida, que se caracteriza por dolor crónico generalizado que el paciente localiza en el aparato locomotor (Rivera, 2006). La palabra fibromialgia (FM) significa dolor en los músculos y en el tejido fibroso (ligamentos y tendones). Se caracteriza por dolor músculoesquelético generalizado y sensación dolorosa a la presión en unos puntos específicos, los llamados puntos dolorosos. El dolor es uno de los síntomas más molestos de la fibromialgia. Es difuso y afecta a una gran parte del cuerpo (González, Elorza, Failde, 2010). En unas ocasiones el dolor comienza de forma generalizada, y en otras en un área determinada como el cuello, el hombro, la columna lumbar, etc. y desde ahí se extiende. Es corriente que antes de que se llegue al diagnóstico definitivo, se haya acudido a diferentes médicos de diversas especialidades (digestivo, corazón, psiquiatría...). Este dolor se parece al originado en las articulaciones pero no es una enfermedad articular.

El diagnóstico de fibromialgia se hace en base a las molestias corporales y al número de puntos dolorosos, el dolor generalizado tiene que persistir al menos 3 meses (Fernández y Argüelles, 2015). En 1990 el Colegio Americano de Reumatología (ACR) establece como criterios diagnósticos el dolor generalizado mayor de 3 meses de duración, a ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, que además produce dolor en el esqueleto axial, raquis cervical o tórax anterior y número de puntos dolorosos.

En la exploración física de la persona que padece fibromialgia, el médico identifica dolor a la presión de unos puntos determinados del cuerpo. Cuando los puntos dolorosos son más de 11 de los 18 señalados en la figura 2 en una persona con dolor generalizado, se puede hacer el diagnóstico de fibromialgia (González, del Teso Rubio, Paniagua, Criado-Alvarez y Holgado, 2015). Además de la presencia de 11 de los 18 puntos sensibles, existe la presencia de alteraciones del sueño (insomnio, sueño ligero, despertar frecuente, bruxismo y sueño no reparador), fatiga, síntomas afectivos (ansiedad, depresión, distimia), trastornos de pánico, cuadros de fobia simple, síntomas gastrointestinales e intolerancia a diversas medicaciones. (Wolfe y ACR, 1990).

Figura 2.



Su prevalencia es aproximadamente el 2% al 6% de la población general, sobre todo mujeres según la Sociedad Española de Reumatología y representa la tercera parte de las consultas de reumatología de la población general mayor de 20 años (González et al., 2015; Arnold, 2011; Wolfe, Ross, Anderson, Russell y Hebert, 1995). Presenta una relación de 21 mujeres por cada varón y es el grupo de edad de 40 a 49 años el más afectado. En algún estudio se llega a decir que las mujeres representan actualmente el 90 % de los casos, y que no se diagnostica hasta en 3 de cada 4 casos (Arnold, 2011; González et al., 2015). Su cronicidad tiene graves consecuencias como altos costes directos e indirectos de absentismo laboral y de atención en el sector de la salud, comparada con otras enfermedades de similar sintomatología.

Según la revisión de Arnold (2011), constituye entre un 10% y un 20% de las atenciones de consulta reumatológica, un 2-5% de las consultas de atención primaria y un 5-8% en las consultas de los servicios hospitalarios siendo la causa más frecuente de dolor crónico generalizado en edades medias (40-60 años).

Aunque todavía no se dispone de un tratamiento definitivo para la FM, se considera que un abordaje multidisciplinar que incluya farmacoterapia, ejercicio físico y terapia psicológica puede mejorar algunas de sus manifestaciones clínicas (Martínez, Miró, y Sánchez, 2014; González et al., 2015).

En su tratamiento resulta fundamental el abordaje multidisciplinar en oposición a un tratamiento biomédico tradicional, dada la enorme complejidad que suelen presentar estos pacientes (Martínez et al., 2014; González et al., 2015). Entre los componentes se incluyen: medicamentos para disminuir el dolor y mejorar el sueño; programas de ejercicio físico para estirar los músculos y mejorar la capacidad cardiovascular; técnicas de relajación para aliviar la tensión muscular y la ansiedad; programas educativos que ayuden a comprender y controlar la fibromialgia; terapia cognitiva para cambiar las creencias, expectativas y atribuciones asociadas a los síntomas de fibromialgia; técnicas de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento comportamental para hacer frente al dolor. (Herrero et al., 2013; Martínez et al., 2014, Comeche, Diaz y Vallejo, 2005; González et al., 2015; Vergne-Salle, Beaulieu, Coutaux, Sichère, Perrot, y Bertin, 2015).

La fibromialgia afecta a todos los aspectos del funcionamiento diario del individuo. Provoca gran impacto en la calidad de vida y ha sido esencia de numerosos estudios (Rico-Villademoros y Calandre, 2013; Kleinman, et al., 2009; DeWalt et al., 2004; Dewar et al., 2003; Kersh et al. 2001; Lledó et al., 2005; Neumann, Berzak y Buskila, 2000). Uno de los objetivos de esta investigación fue determinar el impacto que la FM tiene sobre la calidad de vida concretando las áreas de mayor afectación.

Para valorar el impacto se utilizó el *Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia* (FIQ) (Buckhardt, Clark y Bennett, 1991). El FIQ evalúa el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional y en la calidad de vida de las personas que la padecen. El instrumento evalúa el

impacto de la fibromialgia en 10 dimensiones: 1) capacidad física, 2) posibilidad de realizar el trabajo habitual, 3) el grado de afectación de la actividad laboral remunerada (ausencia laboral); valoración subjetiva de algunos aspectos relevantes del cuadro clínico como 4) dolor, 5) fatiga, 6) sensación de cansancio y 7) rigidez; y tres dominios relacionados con el estado emocional, 8) sentirse bien, 9) ansiedad y 10) depresión. Es el cuestionario más utilizado para evaluar la interferencia de la FM. El FIQ es una herramienta específica para fibromialgia, ampliamente validada en distintas poblaciones, incluyendo la española (López, Camiruaga, Casas, Díaz & Núñez, 2014; Cardona-Arias et al., 2013; Rivera y González, 2004; Bennet, 2005; Esteve-Vives et al., 2007; Del Río González, Palacios y Arbona, 2014; Pérez-De la Cruz y Lambeck, 2015).

Las personas con fibromialgia disminuyen el tipo de actividades cotidianas, cuentan con periodos cortos de reposo, tienen limitaciones físicas, ausencia de empleo y apenas ingresos económicos, problemas de sueño, cansancio, problemas familiares, descenso del número de contactos sociales, uso excesivo de fármacos y de servicios médicos, así como cambios psicológicos como ansiedad, depresión o irritabilidad. (Dewar et al., 2003; Fontaine, Conn y Clauw, 2010; Neumann et al., 2000). Suelen estar afectados por una diversidad de síntomas físicos, funcionales y psicológicos que influyen negativamente su calidad de vida (Cardona-Arias, León-Mira y Cardona-Tapias, 2013). Además, el desequilibrio personal que provoca pone en riesgo sostener las relaciones familiares y de amistad (Dewar et al., 2003; Kersh et al. 2001; Lledó et al., 2005). Uno de los riesgos relacionados con la FM es la discapacidad, que puede implantarse como consecuencia de este problema de dolor crónico y cuando esto ocurre, los mecanismos psicológicos o estrategias son esenciales para evitar o minimizar esta disfunción (Rivera et al., 2006).

Mäntyselkä et al. (2003) menciona que las personas con dolor crónico tienen una probabilidad ocho veces mayor de tener una peor calidad de vida que aquellas personas que no tienen. Las consecuencias en su calidad de vida son en ocasiones devastadoras. Además, no sólo afectan a la vida de los pacientes sino a las personas de su entorno y al medio en el que viven. De hecho, de las enfermedades reumáticas, la fibromialgia es la que tiene más impacto en la calidad de vida (Rico-Villademoros y Calandre, 2013; Dewar et al., 2003; Fontaine et al., 2010) y ésta es significativamente peor que la de los pacientes con otras enfermedades crónicas. Por eso, el dotar de adecuadas estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad es indispensable.

Al tratarse de una enfermedad crónica que cursa con dolor y que como consecuencia produce un fuerte estrés, existe una constante exigencia de adaptación y puesta en marcha de distintas estrategias de afrontamiento. Otro de los objetivos del presente trabajo fue profundizar cómo y cuáles son los mecanismos o estrategias que utilizan para adaptarse al medio.

El modelo teórico que más se ha utilizado para establecer el funcionamiento del afrontamiento (*coping*) es el planteado por Lazarus y Folkman (1984). El afrontamiento ha sido definido como *“los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para*

manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1984). Para evaluarlo, utilizamos en cuestionario de afrontamiento al dolor de Soriano y Monsalve (2002). Estos autores se centran en el modelo de Lazarus para explicar las estrategias de afrontamiento.

El cuestionario de afrontamiento al dolor (CAD) compuesto por 31 ítems, recoge 6 factores: autoafirmación, búsqueda de información, religión, distracción, catarsis y autocontrol mental. Aunque la versión original del CAD resultó útil y fiable, las características generales de los pacientes con dolor crónico y la búsqueda de instrumentos que facilitasen lo máximo posible la evaluación y seguimiento, llevó a los autores a intentar reducir al máximo el número de ítems a emplear. Los autores redujeron el cuestionario a 24 ítems (Soriano y Monsalve, 2004; Soriano y Monsalve, 2002).

El dolor se puede afrontar de maneras muy diferentes y partiendo de nuestro cuestionario quedan divididas en seis factores: El factor I denominado *religión* se refiere a la necesidad de rezar y de emplear el uso de la religión para conseguir estabilidad y consuelo. El factor II denominado *catarsis*, se refiere a la búsqueda de apoyo emocional desde un punto de vista del afrontamiento emocional. Los sujetos que puntúan en este factor necesitan verbalizar su problema a otras personas. El factor III denominado *distracción* se refiere a la estrategia de afrontamiento ante el dolor que ha resultado más adaptativa, haciendo que el individuo deje de prestar atención al dolor. El factor IV denominado *autoafirmación*, destaca la importancia que tiene en el paciente con dolor crónico el no rendirse ante el dolor constante, crónico, dándose ánimos para hacer frente al mismo. El factor V denominado *autocontrol mental* hace referencia a los esfuerzos mentales por controlar el dolor. Por último, el factor VI denominado *búsqueda de información* (búsqueda de apoyo social instrumental), supone perseguir la obtención de información para poder controlar y disminuir el dolor.

Las estrategias de afrontamiento se pueden clasificar en activas o adaptativas y pasivas o de evitación. Soriano y Monsalve (2004) denominan afrontamiento activo al uso de estrategias adaptativas o acciones instrumentales que el individuo realiza por sí mismo para controlar su dolor o actuar a pesar de él. El afrontamiento pasivo hace referencia a aquellas estrategias en las que el paciente entrega el control de su dolor a otros o evita las actividades o áreas de su vida que le provocan dolor. Ejemplos de afrontamiento activo serían: ignorar el dolor, distraer la atención o permanecer ocupado o activo; ejemplos de afrontamiento pasivo: evitar actividades, depender de otros para hacer las tareas diarias, tomar medicamentos para un alivio inmediato del dolor o sentimientos de frustración. Con muestras españolas empleando el CAD-R las estrategias más adaptativas resultan ser distracción, autoafirmación y búsqueda de información (Monsalve y Soriano, 2002), siendo la estrategia de autoafirmación la que mejor predice la disminución en ansiedad y depresión en enfermos con dolor crónico. Las estrategias pasivas y no adaptativas serían la religión y catarsis. Las estrategias activas estarían relacionadas

negativamente con la depresión y la incapacidad física, y las estrategias pasivas se asocian con un aumento del dolor y síntomas depresivos (Monsalve y Soriano, 2005; Baulíes, Ballús-Creus, & Martínez, 2011; Monsalve et al., 2006)

En este contexto, varios autores argumentan que las estrategias de afrontamiento que predicen una mejor adaptación al dolor crónico incluyen conductas encaminadas a aliviar el dolor conductualmente y ciertos procesos cognitivos como reinterpretar o ignorar las sensaciones de dolor y distraerse del mismo (Zarazaga y Ramírez, 2004; Ramírez Maestre, Zarazaga y López, 2001;).

Padecer un dolor implica necesariamente utilizar estrategias personales para enfrentarse a esta situación primariamente estresante. Algunas van a favorecer la adaptación del individuo, mientras que otras van a limitar dicha adaptación, por tanto, la utilización de estrategias de afrontamiento desadaptativas o pasivas pueden convertirse en un importante distorsionador del beneficio terapéutico.

Desde el *modelo del análisis procesual del estrés* (Lazarus y Folkman, 1986), el dolor crónico, como situación de tensión mantenida que el individuo suele percibir como amenazante, se conceptualiza como un evento estresante. La amenaza de pérdidas importantes en la esfera laboral, económica, familiar, social, sexual, etc. llevará al sujeto a movilizarse para intentar controlar el dolor de una manera u otra. Por tanto, ante la amenaza resultante del padecimiento del dolor, los sujetos ponen en marcha mecanismos de actuación para acabar con los daños que se pueden producir.

Los pacientes que valoran el padecimiento del dolor como una amenaza, una pérdida o un daño, conceden más importancia a las consecuencias del dolor y lo afrontan de manera ineficaz. Un afrontamiento será efectivo cuando disminuye las consecuencias negativas del dolor y por lo tanto, logra que el paciente se adapte mejor a la situación.

Gatchel y Weisberg (2000) sostienen que la vivencia del dolor en pacientes con FM dependerá de las características de personalidad del paciente; aquellos que lo viven con tensión emocional, ansiedad y depresión suelen vivirlo con mayor intensidad y normalmente no responden al tratamiento farmacológico; por el contrario, quienes poseen conductas adaptativas positivas, como la creencia en sus posibilidades para superarlo, experimentan niveles más bajos.

El concepto de personalidad proclive al dolor parece cobrar relevancia en la FM como uno de los posibles factores que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la enfermedad. La personalidad es la que hace que cada uno de nosotros tenga una manera de comportarse distinta a los demás (Albiol, Goma-i-Freixanet, Valero, Vega y Muro 2014).

En el marco de la salud existen una serie de variables de personalidad ya sea como rasgos, dimensiones o patrones que resultan relevantes. Estas características personales marcan, en el ámbito del estrés, el tipo de valoraciones que el individuo suele realizar y el estilo de afrontamiento o resolución posterior del conflicto que suele poner en marcha. Su impacto es

importante ya que representa la forma habitual de afrontar los acontecimientos a lo largo de la vida.

Estas características de personalidad pueden actuar sobre el estrés de distintas formas: incrementando el encuentro con un mayor número de situaciones potencialmente estresantes, determinando la forma de cómo se perciben y valoran las situaciones, agravando, o suavizando, determinando la percepción habitual de control y de recursos que las personas tienen y contribuyendo a la selección de las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha en respuesta a la situación de estrés percibido.

El cuestionario elegido fue el *Inventario Neo Reducido de Cinco Factores* (NEO-FFI) (Costa y McCrae, 2008). Este instrumento evalúa los principales factores de personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. Recoge 60 ítems, la aplicación es individual y el tiempo es de aproximadamente 15 minutos (Sanz y García-Vera, 2009).

En algunos estudios previos, los rasgos más característicos en la fibromialgia, son el neuroticismo y la apertura. Por ello nos vamos a centrar a explicar con detenimiento estos dos: El neuroticismo equivale a la inestabilidad emocional y la experiencia de estados emocionales negativos. Las personas con este rasgo son excesivamente emocionales, reaccionando fuertemente a todo tipo de estímulos, siéndoles difícil volver a un estado de equilibrio después de cada experiencia emocional importante. Sus fuertes reacciones emocionales interfieren en su propio equilibrio, haciendo reaccionar de forma irracional, a veces rígida. Su principal característica es una constante preocupación por las cosas que le pueden salir mal y una fuerte reacción emocional de ansiedad ante estas cosas, lo que les hace sufrir (Sanz y García-Vera, 2009). La apertura refleja el mantenimiento de valores e ideas no convencionales, y la amplitud de intereses; se refiere a las personas abiertas, interesadas tanto en el mundo exterior como en el interior, y cuyas vidas están enriquecidas por la experiencia. Pero no es equivalente a inteligencia. Además, en algunos aspectos, apertura a la experiencia indica flexibilidad, siendo lo opuesto de rigidez.

Varios autores sostienen que existe relación entre las estrategias de afrontamiento y algunas variables de personalidad (Albiol et al., 2014; Palmero y Fernandez-Abascal, 1999; Gaviria et al., 2013; Ramírez et al., 2001). Asumen que los patrones de personalidad en pacientes con dolor crónico condicionan en gran medida la forma de vivenciar el dolor (Gaviria et al., 2013). También se ha afirmado que los rasgos de personalidad pueden influenciar el resultado terapéutico, la forma de responder a los tratamientos, e incluso la ausencia de respuesta en ocasiones. La relación existente entre variables de personalidad y las estrategias de afrontamiento ha permitido comprender mejor la adaptación de las personas al enfrentarse a vivir situaciones estresantes (González, Ramírez-Maestre y Herrero, 2007; Gaviria et al., 2013). Se han realizado estudios con distintas versiones de los cuestionarios de Eysenck (1964, 1968, 1994) en los que los pacientes con dolor crónico obtuvieron puntuaciones elevadas en

neuroticismo encontrando que estos pacientes tenían mayor discapacidad, somatización e intensidad del dolor. Affleck y colaboradores en 1988 observaron en pacientes reumáticos también puntuaciones altas en neuroticismo relacionadas con mayor angustia, mayor intensidad del dolor y depresión. Así mismo, McCain(1996) descubrió que las dimensiones altas de neuroticismo estaban asociadas a menos satisfacción en la calidad de vida.

Es importante destacar que las líneas de investigación apuntan a que la personalidad no es un predecesor del dolor, sino que determina en gran parte el grado de incapacidad, cronificación y sufrimiento. Se considera que la personalidad determina las estrategias que desarrollará el individuo en situaciones difíciles siendo estas las que permitirán a la persona una mayor o menos adaptación a la enfermedad.

Existen más trabajos que dan importancia a la personalidad sobre el tipo de afrontamiento que se utiliza para lidiar con el dolor. (Ramírez-Maestre 2002; Ramírez-Maestre et al., 2004). Los resultados de estos estudios comentan que puntuaciones bajas en neuroticismo, altas en extraversión y estrategias de afrontamiento activas permitirán al paciente un sufrimiento menor de dolor. Lo que se confirma en 2010, en el estudio de Soriano y colaboradores en el que el perfil de personalidad vulnerable al dolor es un alto neuroticismo, baja extraversión y estrategias de afrontamiento pasivas.

La inclusión de rasgos de personalidad mejoraría las predicciones tanto en la valoración como en el afrontamiento en el proceso del estrés. Algunos trabajos llegan a considerar que los individuos altos en neuroticismo emplean estrategias pasivas (Ramírez-Maestre 2002; Ramírez-Maestre et al., 2004). Podríamos concluir según todos estos estudios, que el neuroticismo estaría relacionado con una peor calidad de vida, un aumento del dolor y el uso de estrategias pasivas.

Otra de las dimensiones más estudiadas es la apertura y a su vez una de las más problemáticas. Las estrategias de afrontamiento relacionadas con esta dimensión son la distracción, el autocontrol mental, autoafirmación y estrategias activas. La distracción y la autoafirmación han demostrado ser las estrategias más adaptativas en pacientes con dolor crónico. (Soriano y Monsalve, 2005).

Existen varias razones que justifican nuestro interés por el estudio de la fibromialgia. Entre ellas, la discrepancia sobre los tratamientos empleados, la falta de acuerdo sobre su etiología, la ausencia de datos clínicos que apoyen la existencia de patología orgánica, la importancia del dolor como síntoma principal y la aparente relevancia de factores psicológicos en el mantenimiento del síndrome. Los síntomas en las mujeres son notificados como más intensos y problemáticos. También presentan más puntos dolorosos. Las mujeres son más sensibles a los estímulos dolorosos que los hombres, presentando por tanto una respuesta mayor al examen de los puntos sensibles (Martínez, Miró y Sánchez, 2014; González et al., 2015).

El objetivo general de este estudio es evaluar si existe relación entre los rasgos de personalidad, el impacto en la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en mujeres con Fibromialgia.

Para su consecución se han establecido los siguientes objetivos específicos: 1) Observar cuáles de las estrategias de afrontamiento para hacer frente al dolor, conducen a una buena adaptación teniendo un buen funcionamiento diario, físico y social, un buen estado emocional, unas mejores relaciones familiares e, incluso, una menor intensidad de dolor percibida utilizando el cuestionario CAD-R. 2) Conocer los rasgos de personalidad predominantes desde el NEOFFI y 3) cómo afectan estas dos variables en la calidad de vida de estas pacientes (FIQ). En este trabajo se supone que el impacto sufrido en la vida de la persona por esta enfermedad está relacionado con algunos rasgos de personalidad y con las estrategias de afrontamiento que utiliza la persona para hacer frente al dolor y al resto de los síntomas. Dicho de modo más simple, dependiendo de qué estrategias y cómo sea la persona, su vida se verá más o menos afectada.

Basándonos en estos objetivos nos planteamos las siguientes hipótesis desarrolladas en cuatro puntos: En mujeres con fibromialgia se espera demostrar que: 1) Un fuerte impacto en la calidad de vida se relacionaría con las estrategias de afrontamiento empleadas, 2) el impacto en la vida, estaría relacionado con las características de personalidad de la paciente, 3) una puntuación alta en neuroticismo conlleva un uso de estrategias pasivas en mujeres con Fibromialgia, 4) existe relación entre estrategias de afrontamiento y rasgos de personalidad.

La intención es que la actual investigación funcione como un aporte a la psicología clínica, para tener un mayor conocimiento de los rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento predominantes y el impacto en la calidad de vida en pacientes con fibromialgia, con el objetivo de una mejor intervención psicoterapéutica. Esto es fundamental porque va a determinar el manejo, el tipo de terapia, la evolución y el pronóstico de la enfermedad en estas pacientes.

METODO

Participantes

La muestra estuvo formada por 47 mujeres españolas de 30 a 75 años diagnosticadas de Fibromialgia. Las pacientes decidieron participar voluntariamente en el estudio, para lo cual se contó con su consentimiento informado.

Los criterios de exclusión para ser seleccionados fueron los siguientes : no ser menores de 18 años, no presentar patología psiquiátrica o psicológica severa que implicase daño orgánico o neurológico y no padecer enfermedades del espectro autista o síndrome de Down.

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- La administración de un cuestionario psicológico recogiendo *datos demográficos* (edad, estado civil, categoría profesional y situación laboral) y los siguientes datos clínicos: tiempo de evolución del trastorno, presencia de otras enfermedades crónicas, número de visitas al médico durante el último año por los síntomas de la fibromialgia, número de meses en situación de baja laboral y uso de fármacos para el control del dolor.

- CAD-R (*Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico revisado*) (Soriano y Monsalve, 2004; Soriano y Monsalve, 2002). Es un instrumento de medida realizado con muestra española, de fácil aplicación, y con una estructura interna consistente y estable (Soriano y Monsalve, 2004). El CAD, inicialmente compuesto por 31 ítems, incluye 6 factores: autoafirmación, búsqueda de información, religión, distracción, catarsis y autocontrol mental (Soriano y Monsalve, 2002). Aunque la versión original del CAD resultó útil y fiable, las características generales de los pacientes con dolor crónico y la búsqueda de instrumentos que facilitasen lo máximo posible la evaluación y seguimiento, llevó a los autores a intentar reducir al máximo el número de ítems a emplear. La versión corta del CAD mantiene los seis factores originales pero reduce los 31 ítems originales a 24 (cuatro ítems por cada una de las seis escalas).
- *Inventario Neo Reducido de Cinco Factores* (NEO-FFI) (Costa y McCrae, 1992) publicado en español por TEA Ediciones (3ª edición revisada y ampliada, 2008). La estructura de los "cinco grandes" factores de la personalidad que se recoge en el test se ha convertido en una de las más sustentadas y utilizadas. Este instrumento evalúa los principales factores de personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. Recoge 60 ítems, la aplicación es individual y el tiempo es de aproximadamente 15 minutos (Sanz y García-Vera, 2009).
- *Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia*, FIQ (Buckhardt et al., 1991). Mide la capacidad funcional y en la calidad de vida de las personas que padecen este trastorno. Es el instrumento específico más utilizado para evaluar el impacto de la FM en la calidad de vida (Monterde, 2004). Es rápido de completar (en torno a 3 minutos), consta de 10 ítems y es muy utilizado tanto en el contexto clínico como en el investigador. El FIQ como medida de resultado, sería el instrumento de elección para evaluar el impacto global de la FM en el estado de salud. La opción de respuesta es una escala tipo likert de 4 puntos, donde 0= "siempre" y 3= "nunca". No es necesario contestar a todas las preguntas porque no todas son aplicables en todos los pacientes, así que la puntuación en este ítem se calcula sumando la puntuación de cada pregunta y dividiendo esa cifra por el número de preguntas contestadas. Se obtiene así una media de puntuación en todas las preguntas que varía entre 0 y 3, indicando a mayor puntuación, mayor limitación funcional. La suma total de todas las puntuaciones se normaliza multiplicando la puntuación directa por 3.33. En el trabajo de Burckhardt et al. (1991) se compararon las propiedades psicométricas y se concluyó que el FIQ era un instrumento válido tanto para la investigación como para la clínica. Este cuestionario ha sido adaptado y validado a diferentes idiomas. El instrumento evalúa el impacto de la fibromialgia en 10 dimensiones: 1) capacidad física, 2) posibilidad de realizar el trabajo habitual, 3) el grado de afectación de la actividad laboral remunerada (ausencia laboral);

valoración subjetiva de algunos aspectos relevantes del cuadro clínico como 4) dolor, 5) fatiga, 6) sensación de cansancio y 7) rigidez; y tres dominios relacionados con el estado emocional, 8) sentirse bien, 9) ansiedad y 10) depresión. Las 10 dimensiones generan un puntaje de 1 a 10. Los ítems que componen el instrumento fueron extraídos de la interacción clínica con los pacientes, de los trabajos preexistentes acerca de fibromialgia y de otros instrumentos de valoración del estado de salud de los pacientes reumatológicos.

- Las técnicas estadísticas empleadas fueron la Regresión de medias y la Correlación de Pearson para estudiar la relación entre las variables.

Procedimiento

Los pacientes, procedentes de Asociaciones de Enfermos de Reumatología de Castellón, Albacete, Madrid, Azuqueca de Henares y del Hospital de Enfermedades Neurológicas en Guadalajara, fueron informados acerca de los objetivos de la investigación previo consentimiento. Una vez recibida la información, se solicitó su permiso para participar en la investigación, comentándoles acerca del secreto ético de la información, del anonimato y se les hizo saber que podrían retirarse cuando así lo quisieran. Una vez obtenido el consentimiento informado, se rellenó la ficha de datos sociodemográficos y se les entregaron los instrumentos. La recogida de información supuso el desplazamiento de los investigadores a las ciudades citadas.

RESULTADOS

Cada cuestionario está escrito de forma abreviada en las tablas expuestas a continuación. El cuestionario de impacto en la calidad de vida en la fibromialgia aparece escrito como (FIQ TOTAL), y sus divisiones (FIQ CAPAZ Y FIQ SINTOMAS). El CAD, formado por seis factores: autoafirmación (AUTOA), búsqueda de información (BINFO), religión (RELI), distracción (DISTRA), catarsis (CATA) y autocontrol mental (AUTM), están divididas en afrontamiento pasivo (religión y catarsis) y afrontamiento activo (Búsqueda de información, autoafirmación, distracción y autocontrol mental). Y el NEOFFI, cuestionario de personalidad dividido en 5 factores de los cuales solo dos aparecerán en nuestros resultados, Apertura y Neuroticismo.

Estadísticos Descriptivos

Todos los estadísticos descriptivos de la muestra quedan reflejados en las tablas 1 y 2. En estas se describe la media, mediana, desviación típica, máximo y mínimo de todas las variables que posteriormente vamos a contrastar.

Tabla 1: Estadísticos Descriptivos

	Neuroticismo	Apertura	FIQ_CAPAZ	FIQ_SINTOMA S	FIQ_TOTAL
Media	29,27	24,1	11,708	24,354	36,063
Mediana	29	23,5	12,5	25	36,5
Desv. típ.	7,808	7,586	5,917	3,806	7,82
Mínimo	7	6	0	14	18
Máximo	46	41	23	28	51

Tabla 2: Estadísticos Descriptivos

	DISTRA	BINFO	RELI	CATA	AUTM	AUTOA	AFRONT_ACTIVIVO	AFRONT_PASIVO
Media	7,979	8,083	7,416	7,208	6,875	12,27	35,208	14,625
Mediana	8	8	7	6	7	12	34,5	14,5
Desv. típ.	3,322	3,505	5,978	4,161	4,320	2,987	9,364	6,982
Mínimo	3	2	0	0	0	2	13	4
Máximo	16	15	16	16	15	16	54	32

Contrastes de Normalidad

Tabla 3: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	Neuroticismo	Apertura	FIQ_CAPAZ	FIQ_SINTOMAS	FIQ_TOTAL
Z de Kolmogorov-Smirnov	,626	,740	,599	1,188	,533
Sig. asintót. (bilateral)	,828	,645	,866	,119	,938

Tabla 4: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	DISTRACCIÓN	BINFO	RELICATA	AUTMA	AFRONTAMIENTO_PASIVO
Z de Kolmogorov-Smirnov	,832	,829	,879	1,369	,740
Sig. asintót. (bilateral)	,493	,498	,422	,047	,644

Tabla 4: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

DISTRACCIÓN BINFORELICATA AUTMAFRONTAMIENTO PASIVO						
Z de Kolmogorov-Smirnov	,832	,829	,879	1,369	,740	,839
Sig. (bilateral)	asintót.,493	,498	,422	,047	,644	,482

En las tablas 3 y 4 podemos observar los contrastes de normalidad para todas las variables que vamos a utilizar en los posteriores contrastes. Dado que la significación es siempre mayor a 0,05 (exceptuando la variable de Catarsis que veremos a continuación), diremos que todas ellas se ajustan a una distribución normal, mantenemos la hipótesis nula de normalidad.

En cuanto a la variable de Catarsis, siendo esta la única que no cumple normalidad, vamos a estudiar los estadísticos de Asimetría y Curtosis, ya que el estadístico de kolmogorov-Smirnov no siempre nos ofrece resultados fiables. Podemos ver que los valores de asimetría (0,438) y curtosis (-0,741) están dentro de los criterios para asumir normalidad, por lo que diremos que la variable Catarsis también es normal.

Comprobación: ¿En qué medida explican el Impacto Total Sobre la Fibromialgia el FIQ Capaz y FIQ Síntomas?

Encontramos que el cuestionario de impacto en la calidad de vida de la fibromialgia se divide en dos grupos de ítems, unos que miden la capacidad funcional y otros la sintomatología. (FIQ TOTAL dividido en FIQ CAPAZ Y FIQ SÍNTOMAS). Aplicamos la técnica de regresión lineal para obtener estos resultados.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	1,000 ^a	1,000	1,000	,00000

Coefficientes

Modelo	B	Coefficients		T	Sig.
		Coefficientes no estandarizados	tipificados		
		Error típ.	Beta		
1	(Constante)	1,799E-14	,000	,000	1,000

FIQ_CAPAZ	1,000	,000	,757	1,691E8	,000
FIQ_SINTOMAS	1,000	,000	,487	1,088E8	,000

a. Variable dependiente: FIQ_TOTAL

En este caso parece obvio que el Impacto Total Sobre la Fibromialgia queda explicada en su totalidad por FIQ Capaz y FIQ Síntomas, pero lo que vamos a comprobar es en qué medida aporta cada uno de ellos en puntuaciones beta. La significación es menor a 0,05 por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la beta es igual a cero tanto del FIQ Capaz como del FIQ Síntomas.

- Por cada punto que aumenta el FIQ Capaz, el Impacto Total Sobre la Fibromialgia aumenta en 0,757 puntos.
- Por cada punto que aumenta el FIQ Síntomas, el Impacto Total Sobre la Fibromialgia aumenta en 0,487 puntos.

Realmente esto sucede porque el Impacto Total Sobre la Fibromialgia está medido por una mayor cantidad de ítems que se corresponden con FIQ Capaz.

Comprobación de Hipótesis

La hipótesis 1 inicial es la siguiente: Un fuerte impacto en la calidad de vida se relacionaría con las estrategias de afrontamiento empleadas.

He encontrado que la parte del cuestionario que mide la capacidad funcional del paciente, queda explicada por la estrategia de afrontamiento distracción, es decir, se confirma esta hipótesis, pero sólo existe relación entre una parte del cuestionario (capacidad funcional), y una estrategia de afrontamiento (la distracción). Se demuestra que la distracción es la más frecuente en mujeres con fibromialgia, y a su vez la más influyente en la capacidad funcional de la mujer.

Por lo tanto, teniendo en cuenta los resultados obtenidos, la hipótesis general de forma concreta se describe así:

Hipótesis 1: El Impacto Total Sobre la Fibromialgia, medido por FIQ Capaz, queda explicado por la Distracción como estrategia de afrontamiento.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R corregida	Error típ. de la estimación
1	,292 ^a	,085	,065	5,72134

Coefficientes

Modelo		Coefficients no estandarizados		Coefficients tipificados		
		B	Error típ.	Beta	T	Sig.
1	(Constante)	7,562	2,167		3,489	,001
	CAD_DISTRACCIÓN N	,520	,251	,292	2,069	,044

a. Variable dependiente: FIQ_CAPAZ

Dado que la significación (0,044) asociada al estadístico de contraste es menor a 0,05 rechazaremos la hipótesis nula de que la beta es igual a cero. Esto significa que, a cada puntuación que aumenta la Distracción como estrategia de afrontamiento, FIQ Capaz aumenta 0,292. Diremos, de esta manera, que nuestra variable dependiente FIQ Capaz, queda explicada en un 8,5% por la variable Distracción como estrategia de afrontamiento, por lo que se confirmará nuestra hipótesis referida a que existe una relación significativa entre ambas variables.

Hipótesis 2 inicial: el impacto en la vida, estaría relacionado con las características de personalidad de la paciente.

Hemos encontrado que existe relación entre las dos variables, en concreto, la sintomatología del FIQ estaría relacionada con el rasgo de personalidad apertura. Por consiguiente, la hipótesis de forma concreta quedaría así:

Hipótesis 2: El Impacto Total Sobre la Fibromialgia, medida por FIQ Síntomas, queda explicada por el rasgo de Apertura.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,450 ^a	,203	,185	3,43589

Coefficientes

Modelo	Coefficients no estandarizados		Coefficients tipificados	
	B	Error típ.	Beta	T

1	(Constante)	29,798	1,668		17,865	,000
	apertura	-,226	,066	-,450	-3,418	,001

a. Variable dependiente: FIQ_SINTOMAS

Dado que la significación (0,044) asociada al estadístico de contraste es menor a 0,05 rechazaremos la hipótesis nula de que la beta es igual a cero. Existe relación negativa entre ambas variables ya que, por cada punto que aumenta el rasgo de Apertura, FIQ Síntomas disminuye un 0,450. De esta manera, confirmamos que la variable FIQ Síntomas queda explicada en un 20,3% por la Apertura, por lo que se confirma nuestra hipótesis inicial referida a la posible relación entre la Apertura y el Impacto Total Sobre la Fibromialgia.

Estas dos últimas hipótesis nos confirman nuestra idea inicial referida a que el Impacto Total Sobre la Fibromialgia puede ser explicado tanto por rasgos de personalidad (Apertura) como por las estrategias de afrontamiento (Distracción).

Hipótesis inicial 3: una puntuación alta en neuroticismo conlleva un uso de estrategias pasivas en mujeres con Fibromialgia.

Esta hipótesis se confirma, obteniendo en concreto que el neuroticismo queda relacionado con estrategias de afrontamiento como la búsqueda de información, catarsis y autocontrol mental. Encontramos que no solo se relaciona con estrategias pasivas como la catarsis, sino también con estrategias activas como la búsqueda de información y autocontrol mental. Esto implica que nuestra hipótesis se confirma pero encontramos algo nuevo.

	BINFO	CATA	AUTM
Neuroticismo	Correlación de Pearson,327*	,318*	,320*
	Sig. (bilateral)	,023	,028
	N	48	48

Como podemos observar en la tabla de correlaciones, en todos los casos con un nivel de confianza del 95%, existe una relación significativa entre el neuroticismo y diversas estrategias de afrontamiento. Sin embargo, no podemos hablar de causalidad, ya que al realizar la tentativa de una regresión lineal en la que las variables de estrategias de afrontamiento pudiesen ser explicativas de los rasgos neuróticos hemos obtenido que en ningún caso sucede esto.

Correlaciones

		CAD_AFRONTAMIENTO_PASIVO	CAD_BINFO	CAD_CATA	CAD_AUTOCONTROL	neuroticismo
neuroticismo	Correlación de Pearson	,318*	,327*	,318*	,320*	1
	Sig. (bilateral)	,028	,023	,028	,027	
	N	48	48	48	48	48

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Neuroticismo – Afrontamiento Pasivo: La significación (0,028) asociada al estadístico de contraste es menor a 0,05 por lo que rechazamos la hipótesis de que no existe relación entre las variables neuroticismo y Afrontamiento Pasivo, en definitiva, existe relación entre estas dos variables.

Hipótesis 4 inicial: existe relación entre estrategias de afrontamiento y rasgos de personalidad.

Hemos utilizado las correlaciones para comprobarlo y encontramos que esta hipótesis se confirma, existe relación entre estas dos variables, pero las relaciones significativas se centran en relacionar el neuroticismo y tres estrategias de afrontamiento, una de ellas pasiva, la catarsis, y dos activas, la búsqueda de información y el autocontrol mental.

Por lo tanto, concretamos la hipótesis de la siguiente manera:

Hipótesis 4: Existe relación entre Neuroticismo y Búsqueda de información, Catarsis y Autocontrol Mental.

Correlaciones

		CAD_AFRONTAMIENTO_PASIVO	CAD_BINFO	CAD_CATA	CAD_AUTOCONTROL	neuroticismo
neuroticismo	Correlación de Pearson	,318*	,327*	,318*	,320*	1
	Sig. (bilateral)	,028	,023	,028	,027	
	N	48	48	48	48	48

Correlaciones

	CAD_AFRONTAMIENTO_PASIVO	CAD_BININFO	CAD_CATARARSIS	CAD_AUTOM	neuroticismo
neuroticismo	Correlación de Pearson ,318*	,327*	,318*	,320*	1
	Sig. (bilateral)	,028	,023	,028	,027
	N	48	48	48	48

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Ho: La relación entre N y CAD BININFO es = 0.

Hi: La relación entre N y CAD BININFO es distinta a 0.

La significación es 0,023. Menor a 0,05. Rechazamos Ho. Existe relación entre el neuroticismo y la búsqueda de información.

Ho: La relación entre N y CAD CATARSIS es = 0.

Hi: La relación entre N y CAD CATARSIS es distinta a 0.

La significación es 0,028. Es menor a 0,05. Rechazamos Ho. Existe relación entre neuroticismo y catarsis.

Ho: La relación entre N y CAD AUTOM es = 0

Hi: La relación entre N y CAD AUTOM es distinta a 0.

La significación es 0,027. Es menor a 0,05. Rechazamos Ho. Existe relación entre neuroticismo y autocontrol mental.

A continuación exponemos los resultados obtenidos que no estaban contemplados:

Hipótesis 5: Existe relación entre Estrategias de afrontamiento pasivo y religiosidad y catarsis.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	1,000 ^a	1,000	1,000	,00000

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	1,000 ^a	1,000	1,000	,00000

a. Variables predictoras: (Constante), CAD_CATA, CAD_RELI

Coefficientes^a

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	1,746E-15	,000		,000	1,000
	CAD_RELI	1,000	,000	,856	5,247E8	,000
	CAD_CATA	1,000	,000	,596	3,652E8	,000

a. Variable dependiente: CAD_AFRONTAMIENTO_PASIVO

Existe relación entre Estrategias de afrontamiento pasivo y religiosidad y catarsis.

Ho: La relación entre Afront.Pasivo y Religiosidad es = 0.

Hi: La relación entre Afront.Pasivo y Religiosidad es distinta a 0.

La significación es 0,000. Es menor a 0,05. Se rechaza la Hipótesis nula. Por cada punto que aumenta el afrontamiento pasivo, aumenta un 0,856 la religiosidad. En el caso de la Catarsis, la Beta es un 0,596. Es la religión la que lo explica mejor.

DISCUSION

El objetivo general de este estudio es evaluar si existe relación entre los rasgos de personalidad, el impacto en la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en mujeres con Fibromialgia. Hay estudios que se centran en estas variables relacionándolas con el dolor crónico, pero nuestro objetivo es analizarlas en concreto, con la Fibromialgia. Para su consecución se han establecido los siguientes objetivos específicos: 1) Observar qué estrategias de afrontamiento utilizan las mujeres con fibromialgia. 2) Conocer los rasgos de personalidad predominantes y 3) Cómo afectan las estrategias de afrontamiento y los rasgos de personalidad en la calidad de vida de las pacientes. Dependiendo de qué estrategias y cómo sea la persona, su vida se verá más o menos afectada. Basándonos en los objetivos nos planteamos las siguientes hipótesis desarrolladas en cuatro puntos: En mujeres con fibromialgia se espera demostrar que: 1) un

fuerte impacto en la calidad de vida se relacionaría con las estrategias de afrontamiento empleadas, 2) el impacto en la vida, estaría relacionado con las características de personalidad de las pacientes, 3) una puntuación alta en neuroticismo conlleva un uso de estrategias pasivas en mujeres con Fibromialgia, 4) existe relación entre estrategias de afrontamiento y rasgos de personalidad.

Estudios clínicos indican que las personas con dolor crónico tienen peor calidad de vida que las que no, en concreto es ocho veces mayor el índice de mala calidad de vida. La Fibromialgia, dentro de todas las enfermedades reumáticas, es la más afectada en su nivel de calidad de vida. Personas con dolor crónico poseen una serie de estrategias de afrontamiento para enfrentarse a su dolor, y en estudios previos se ha demostrado que existen dos tipos de estrategias: las pasivas y las activas. Las pasivas han demostrado influir negativamente en la calidad de vida y han supuesto un aumento del dolor, entre estas podemos incluir el uso de la religión y la catarsis. Las estrategias activas son las que mejor influyen a la persona, disminuyendo su dolor y fomentando una mejor adaptación diaria de la persona, éstas son la distracción, la autoafirmación, el autocontrol mental y la búsqueda de información. Diferentes autores coinciden en que las estrategias activas son mejores para el funcionamiento del individuo al enfrentarse a diferentes situaciones estresantes (Soriano y Monsalve, 2006; Zarazaga y Ramírez, 2004). Para utilizar estrategias de afrontamiento, es necesario estudiar los rasgos de la personalidad. Los más estudiados han sido el neuroticismo y la apertura, aunque el rasgo extraversión también ha sido foco de alguno estudio, pero en menor medida. Establecen relaciones entre el neuroticismo y mayor dolor, peor calidad de vida y mayor uso de estrategias pasivas y entre la apertura y estrategias activas. Este trabajo proporciona datos que apoyan la propuesta acerca de la relación existente entre variables de personalidad como el neuroticismo y la apertura y las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres con fibromialgia.

En líneas generales, recogimos datos importantes de forma hablada, en cada contacto que tuvimos con las pacientes. Valoraban su dolor como moderadamente elevado, percibiéndolo como una amenaza. En este sentido, las pacientes comentaban que ante la fibromialgia casi nunca pueden disminuir o cambiar su dolor, que la medicación pocas veces les quita el dolor, pocas veces pueden controlar o anticipar cuándo les va a doler y sintiéndose muy limitadas en sus actividades diarias, preocupadas por el dolor, percibiendo el dolor superior a sus posibilidades y percibiendo que su dolor no se va a solucionar en poco tiempo. En relación a las estrategias de afrontamiento serán la distracción, autocontrol mental y la búsqueda de información, las tres estrategias de afrontamiento más utilizadas por la muestra y el rasgo predominante de la personalidad será el neuroticismo, asumiendo que éste hace un uso de estrategias pasivas y como consecuencia una peor calidad de vida. No obstante, debemos destacar la estrategia más utilizada en nuestra muestra, la distracción, siendo la estrategia activa

más empleada por estas mujeres y la que mejor influye en su calidad de vida. Los resultados obtenidos en el presente trabajo coinciden con diferentes trabajos (Rico-Villademoros y Calandre, 2013; Dewar et al., 2003; Fontaine et al., 2010) donde los pacientes con fibromialgia perciben un menor control sobre su dolor y una peor calidad de vida en comparación con otras patologías reumáticas, valorándolo más como una amenaza que como un desafío y mostrando una baja autoeficacia y control sobre el dolor (Soriano y Monsalve, 2006).

Encontramos en primer lugar que el impacto en la calidad de vida está relacionado con las estrategias de afrontamiento. El cuestionario de Impacto en la Fibromialgia se divide en dos factores, el primero evalúa la capacidad funcional afectada en su vida diaria, y el segundo refiere a la sintomatología sufrida en el día a día. Encontramos, que la capacidad funcional queda explicada por la estrategia de afrontamiento distracción, esto supone que las mujeres con fibromialgia, tienen más capacidad funcional cuando utilizan la distracción como estrategia de afrontamiento. Es la estrategia más adaptativa y con ella, las mujeres dejan de recibir atención a su dolor, centrándose en otras cosas. Debido a esto, son capaces de hacer la comida, la compra, recoger la casa, estudiar, trabajar y hacer planes de ocio (capacidad funcional). Esta relación la confirman estudios previos que hablan en líneas generales de la relación entre estrategias de afrontamiento activas y mejor calidad de vida en dolor crónico (Monsalve y Soriano, 2005; Baulés et al., 2011; Monsalve et al., 2006), aunque es importante tener en cuenta que nuestra hipótesis está basada en la Fibromialgia y en nuestra muestra reducida.

Al mismo tiempo, en relación al impacto en la calidad de vida, se cumple nuestra hipótesis basada en si existe relación entre el impacto y rasgos de personalidad. Según nuestros resultados, obtenemos que el factor que mide la sintomatología en el FIQ, es explicado por el rasgo apertura. Existe una relación negativa, lo que significa que a mayor apertura a la experiencia, menor sintomatología. Mujeres con amplitud de intereses, relacionándose con aspectos intelectuales van a tener mejor calidad de vida por una disminución de su sintomatología.

Esto nos confirma nuestras dos hipótesis iniciales referidas a que el impacto total sobre la fibromialgia puede ser explicado tanto por las estrategias de afrontamiento (distracción) como por los rasgos de la personalidad (apertura).

Por otro lado, es muy interesante la relación que se establece entre los rasgos de personalidad y las estrategias de afrontamiento. En primer lugar, los resultados muestran que existe relación entre estas dos variables, pero lo más interesante es lo siguiente. Hay relación entre el rasgo neuroticismo y las estrategias de afrontamiento pasivas como la catarsis, pero no hay causalidad. Hemos obtenido que las estrategias de afrontamiento pasivas no pueden explicar los rasgos neuróticos, en ningún caso sucede esto. Es decir, no es una causa para utilizar estrategias

de afrontamiento pasivas tener rasgos neuróticos no se puede establecer una relación causal. Tal y como señalábamos en líneas anteriores, se confirma la hipótesis de que un mayor uso de estrategias pasivas y en concreto de la catarsis, forma parte de sujetos con puntuaciones altas en neuroticismo (Ramírez-Maestre et al., 2004; Soriano y Monsalve 2006).

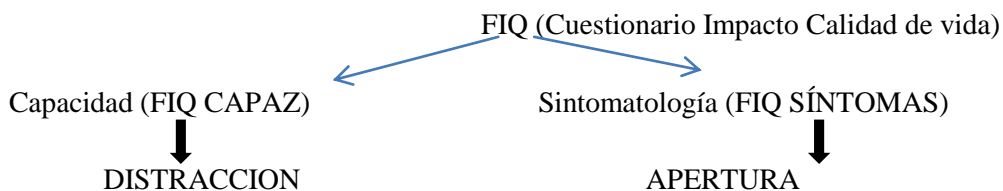
Resumiendo, hemos encontrado que mujeres con fibromialgia con altas puntuaciones en neuroticismo utilizan estrategias de afrontamiento pasivas, cuya ineficacia queda reflejada en una mayor intensidad del dolor percibido, por lo tanto, asumimos que influye negativamente en su calidad de vida. Podemos afirmar que, puntuaciones altas en neuroticismo afectan negativamente a la calidad de vida, y puntuaciones altas en apertura, reflejado en líneas anteriores, afectan positivamente a la calidad de vida (Albiol et al., 2014; Palmero y Fernandez-Abascal, 1999; Gaviria et al., 2013). Debido a esto, enseñemos a los sujetos con altos niveles de neuroticismo el manejo de estrategias activas de las que se puede esperar una mayor eficacia y una menor intensidad de dolor para así fomentar una mejor calidad de vida. Desde una perspectiva más amplia del tema, estos resultados son coherentes con la teoría que plantea la posibilidad de que ciertas características de personalidad predisponen a las personas a afrontar de modo distinto (Ramírez-Maestre 2002; Ramírez-Maestre et al., 2004; Soriano y Monsalve 2006).

Después de estos resultados y sin haberlo contemplado previamente como hipótesis, encontramos que puntuaciones altas en neuroticismo también se relacionan con estrategias de afrontamiento activas como el autocontrol mental y la búsqueda de información. Esto supone que el Neuroticismo se relaciona con estrategias activas y pasivas y podremos potenciarlas para añadir mejoras a nuestros pacientes. No obstante, hemos encontrado dificultades a la hora de encontrar relación entre la apertura y estrategias de afrontamiento, debido a que solo encontramos que la apertura se relacionaba con la calidad de vida. Desde esta perspectiva se postula que determinados rasgos de la personalidad pueden actuar como precursoras o controladoras de los efectos que el estrés tiene sobre el individuo, lo cual ha llevado a algunos autores a considerarlas como recursos personales internos con los que el individuo cuenta para incrementar su potencial en el abordaje efectivo del estrés (Albiol et al., 2014; Gaviria et al., 2013).

Otros resultados que encontramos hablan de la relación existente entre estrategias de afrontamiento pasivo con la religión y catarsis. Se confirma que nuestra muestra utiliza como estrategias pasivas la catarsis y la religión, siendo esta última la que mejor funciona obteniendo puntuaciones más altas en nuestros resultados. Utilizan ambas, pero se considera más adaptativo emplear el uso de la religión para conseguir estabilidad y consuelo que la necesidad de verbalizar su dolor.

Al llevar a cabo la técnica estadística de la regresión lineal nos salió algo interesante relacionado con todo lo anterior. Encontramos que el test FIQ está explicado por sus dos factores, capacidad y sintomatología. Están relacionados y concuerda con nuestra teoría y hace más fiable el test, pero esta relación se explica mejor por otro lado. Descubrimos que el FIQ además de ser la suma de capacidad y síntomas, también está dividido en apertura y distracción. Como ya hemos dicho antes, el valor del factor capacidad está explicado por la distracción, es decir a mayor distracción, más capacidad funcional y la apertura explica los síntomas, a mayor apertura, menos sintomatología.

Pero lo interesante es que estas dos variables explican la calidad de vida de mujeres con fibromialgia. Una es la apertura, siendo más difícil de manipular por ser más biológica y otra, la distracción más conductual y por lo tanto más fácil de abordar en terapia. Estas dos relaciones son independientes, es decir, influyen independientemente de la relación que ya tiene el test.



Es obvio que el FIQ queda explicado por capacidad y síntomas pero cada uno aporta de manera diferente. El factor capaz, aporta más, con lo cual el impacto de la fibromialgia está medido por una mayor cantidad de ítems correspondientes a la capacidad funcional. El test mide en menor grado la sintomatología.

Solo he encontrado relación en el caso de apertura y no con el resto de rasgos, ya que estos, según mis datos no explican el FIQ. Esto se contradice con McCain (1966) en el que relaciona el Neuroticismo con una peor calidad de vida.

En definitiva, varias de mis hipótesis se han confirmado, en concreto la relación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida, rasgos de personalidad y calidad de vida, y rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento, pero hemos descubierto algo nuevo, la calidad de vida referida al FIQ queda explicada por la Apertura y la Distracción.

Resumiendo nuestras conclusiones quedarían así: La calidad de vida en mujeres con fibromialgia será mejor si utilizan la estrategia distracción, y será peor si se caracterizan por tener apertura a la experiencia. En cuanto a la estrategia religión, utilizar esta estrategia supondrá una mayor capacidad y más adaptación en comparación con la catarsis. Y las mujeres con fibromialgia tienen altas puntuaciones en neuroticismo, es en el rasgo en el que más

destacan. Tener este rasgo supone un uso de más estrategias pasivas, lo que supone un peor enfrentamiento al estrés y al dolor y una peor calidad de vida.

Este estudio tiene importantes limitaciones. La primera, y tal vez la más importante, es el tamaño de la muestra. Se ha contado con solo 47 participantes, lo que a la hora de realizar el análisis estadístico de los datos nos ha entorpecido. Tuvimos muchos problemas a la hora de pedir muestra y fueron un gran impedimento las limitaciones físicas de estas mujeres a la hora de rellenar los cuestionarios. Padecían dolores corporales que impidieron, en muchos casos, participar en el estudio. En otros casos, consideramos importante el número de abandonos de los que desconocemos el motivo y de los cuales no pudimos obtener información al final del estudio. Por lo tanto, a pesar de haber encontrado en alguna ocasión un tamaño del efecto elevado, los resultados obtenidos se beneficiarían de análisis más rigurosos con muestras de más tamaño.

Al mismo tiempo, las características socio demográficas de la muestra, la hacen particularmente específica. En toda la muestra participaron dos hombres y tuvimos que prescindir de ellos al no tener al menos la mitad de hombres en el estudio para hacer comparaciones. Tener falta de hombres supuso cambios en el trabajo y en varios de nuestros objetivos que se basaban en la comparación entre hombres y mujeres. Además, las hipótesis planteadas en un primer momento no pudieron contemplarse en los resultados por este motivo, y por no obtener una muestra control de mujeres sin fibromialgia. Estas hipótesis se podrían haber llevado a cabo, pero reconocemos que no tuvimos en cuenta que en algunas hipótesis era importante la comparación con la muestra control para hallar los resultados, cuando esto se supo, era tarde para recoger más muestra.

Por otro lado consideramos que puede existir una variable nueva en este estudio, relacionada con que la mayoría de estas mujeres tenía limitaciones intelectuales, lo que también supuso un impedimento a la hora de la comprensión de los test.

La intención era recoger la muestra en las ciudades con asociaciones más importantes de toda España, al no acceder, obtuvimos características que impiden que los resultados se generalicen a todos los usuarios de fibromialgia. Asumimos desde un inicio que dada la falta de motivación de este tipo de pacientes, así como la falta de rutinas en su vida diaria y por consiguiente fuertes dolores corporales, además de la colaboración requerida de atención durante 40 minutos, iba a ser una ardua tarea conseguir cuestionarios fiables. Con todo, habiendo escapado estas variables a nuestro control, se obtuvieron los cuestionarios completos por todos los sujetos.

En cualquier caso, estamos inmersos en un debate muy relevante que evidencia la necesidad de realizar investigaciones que aporten datos que ayuden a clarificar la controversia surgida. Es

necesario continuar con la tarea de esclarecer la naturaleza de la relación entre las dimensiones de personalidad y las estrategias de afrontamiento en la fibromialgia. Estos estudios permiten conocer cómo dichas dimensiones predisponen al individuo a padecer en mayor o menor medida las consecuencias adversas del estrés. En lo que a la fibromialgia se refiere, los resultados empíricos apuntan hacia el efecto modulador que ejercen ciertas estrategias de afrontamiento entre las variables de personalidad, concretamente el neuroticismo, y la intensidad de dolor percibida. Será necesario, adaptar los tratamientos psicoterapéuticos a las necesidades cambiantes de cada persona.

A partir de los resultados obtenidos pueden plantearse nuevas cuestiones en el estudio de las mujeres con fibromialgia. Entre ellas contemplando en futuros estudios sobre cómo se relacionan distintas estrategias de afrontamiento con la percepción del dolor, cómo afecta psicológicamente la aceptación de la cronicidad del dolor... Igualmente establecer un modelo causal en el que se estudien las causas de esta enfermedad, tanto orgánicas como psicológicas, haciendo incapié a experiencias traumáticas infantiles. Se recomienda realizar otro estudio evitando las limitaciones de la presente investigación.

Referencias:

- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifeicol, J. y Rowc, J. (1988). Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 1, 71-77.
- Albiol, S., Goma-i-Freixanet, M., Valero, S., Vega, D., Muro, A. (2014). Rasgos de personalidad en pacientes con fibromialgia: un estudio de casos y controles. *Anales de Psicología*, 30(3), pp. 937-943.
- Alegre, C., López, M., Campos, S., y Brat, M. (2014). Abordaje de la fibromialgia en la práctica clínica. *CM de Psicobioquímica*, 2014; 3: 27 - 37.
- Amigo Vázquez, I., Fernández Rodríguez, C., Pérez Álvarez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Arnold LM, Clauw DJ, McCarberg BH (2011). Improving the recognition and diagnosis of Fibromyalgia. *Clin Proc.*; 86(5): 457-464.
- Ayán Perez, C. (2010). *Fibromialgia. Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación*. Madrid: Panamericana
- Baulies, A. P., Ballús-Creus, C., y Martínez, J. P. (2011). Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 18, 77-83.
- Cañellas, M., García, G., Queraltó, J. M., Infante, P., y Subirá, S. (2005). Personalidad y dolor crónico. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 26(3), 17-24.
- Cardona-Arias, J. A., León-Mira, V., y Cardona-Tapias, A. A. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con fibromialgia, 2012. *Revista Colombiana de Reumatología*, 20(1), 19-29.

- Chong YY, Beng-Yeong Ng. (2009). Clinical Aspects and Management to Fibromyalgia Syndrome. *Ann Acad Med Singapore*. 38(11):967-73.
- Chorot, P. y Sandín, B. (1991). Escala de estrategias de coping. *Memorias del III Congreso de Evaluación Psicológica*. Barcelona, 25-28 de septiembre.
- Comeche Moreno, M., Diaz Garcia, M. Vallejo pareja, M. (2005). *Intervención psicológica en un caso de Fibromialgia*. Terapia psicológica. Madrid. Pirámide.
- Costa Jr, P.T., y McCrae, R.R. (2008). Manual profesional del Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI). *Tea Ediciones, S.A.* Madrid.
- De Laire, X., Rodríguez, A., Rodríguez, J.(2012). Descripción dimensional de rasgos de personalidad en mujeres con diagnóstico médico de fibromialgia. *Revista de Psicología GEPU*, 3(2), pp.001-270.
- Del Río González, E., García Palacios, A., Botella Arbona, C. (2014). Calidad de vida en fibromialgia: influencia de factores físicos y psicológicos. *Psicología Conductual*, 22(1), pp. 19-35.
- DeWalt, D.A., Reed, G.W., Pincus, T. (2004). Further clues to recognition of patients with fibromyalgia from a simple 2-page multidimensional health assessment questionnaire (MDHAQ). *Clinical and Experimental Rheumatology*, 22(4), 453-461.
- Dewar, A., White, M., Posade, S.T. y Dillon, W (2003). Using normal group technique to assess chronic pain, patients' perceived challenges and needs in a community health region. *Health Expectations*, 6, 44-52.
- Díaz Piedra, C., Buena-Casal, G., y Catena Martínez, A. (2014). Evaluación del efecto de las alteraciones del sueño en el dolor, la fatiga y la depresión experimentada por los pacientes con fibromialgia. Tesis Univ Granada.
- Esteve Zarazaga, R., Ramírez Maestre, C. (2004). *El desafío del dolor crónico*. Málaga: Aljibe.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1964). *Eysenck Personality Inventory*. London: University of London Press.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1968). *Manual for the Eysenck Personality Inventory*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Fernández Rodríguez S, Argüelles Otero L. Abordaje del paciente con Fibromialgia en Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA)*. 2015 Feb; 3(1): 25-42
- Fontaine, K.R., Conn, L., Clauw, D.J. (2010). Effects of lifestyle physical activity on perceived symptoms and physical function in adults with fibromyalgia: results of a randomized trial. *Arthritis Research & Therapy*, 12,R55.
- Fordyce, W. E. (1976): *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St Louis: Mosby.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Martínez, K., Yépez, M., Echevarria, C. y Pineda, R. (2013). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *Psicología y salud*, 16(2), 129-138.
- Gobierno de España, Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. *Guía de Práctica Clínica de Fibromialgia*. 2011. [Sitio de Internet]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>. Consultado: 10 de junio de 2012.

- Gonzalez, J. G., del Teso Rubio, M. D. M., Paniagua, C. N. W., Criado-Alvarez, J. J., y Holgado, J. S. (2015). Tratamiento sintomático y del dolor en fibromialgia mediante abordaje multidisciplinar desde Atención Primaria. *Reumatología Clínica, 11*(1), 22-26.
- González E, Elorza J, Failde I. Comorbilidad psiquiátrica y fibromialgia. Su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes. *Actas EspPsiquiatr* 2010;38(5):295-300.
- González, V., Ramírez-Maestre, C., y Herrero, A. (2007). Inteligencia emocional. Personalidad y afrontamiento en pacientes con dolor crónico. *Rev Mex Psicol, 24*, 185-95.
- Harkness EF, Macfarlane GJ, Hahit E, et al. (2004) Mechanical injury and psychosocial factors in the work place predict the onset of widespread body pain: a two year prospective study among cohorts of newly employed workers. *Arthritis Rheum.*;50:1357-9.
- Herrero, R., Castilla, D., Vizcaíno, Y., Molinari, G., García-Palacios, A., & Botella, C. (2013). Avances en el tratamiento Psicológico De la Fibromialgia.
- Kleinman N, Harnett J, Melkonian A, Lynch W, Kaplan-Machlis B, Silverman SL. Burden of fibromyalgia and comparisons with osteoarthritis in the workforce. *J Occup Environ Med.* 2009;51(12):1384-93.
- Kersh, B. C., Bradley, L. A., Alarcón, G., Alberts, K. R., Sotolongo, A., Martin, M. Y., Aaron, L. A., Dewaal, D.F., Domino, M. I., Chaplin, W. F. (2001). Psychosocial and health status variables independently predict health care seeking in fibromyalgia, *Arthritis care and research, 45*, 362-371.
- Lázaro, C., Boch, F., Torrubia, R. y Baños, J.E. (1994). The development of a Spanish questionnaire for assessing pain: Preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment, 10*, 145-150.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*, Ediciones Martínez Roca. S.A., Barcelona, España.
- Lledó, A. (2005). *La fibromialgia en atención primaria y especializada: determinantes psicosociales del estado de salud percibido y la utilización de recursos sanitarios*. Universidad Miguel Hernández, Alicante.
- López, R. G., Camiruaga, G. B., Casas, A. V., Díaz, S. C., y Núñez, M. R. (2014). ¿Qué aporta la homeopatía en la fibromialgia? Revisión y experiencia con una serie de casos. *Revista Médica de Homeopatía, 7*(2), 90-96.
- Martínez, M. P., Miró, E., y Sánchez, A. I. (2014). *Tratamiento psicológico del insomnio en la fibromialgia y otros síndromes de dolor crónico*.
- Mäntyselkä, P.T., Turune, J.H.O., Ahonen, R.S., Kumpusalo, E.A. (2003). Chronic pain and poor self-related health. *JAMA, 290* (18), 2435-3442.
- McCain, G.A. (1996). A cost-effective approach to the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics of North America, 22*, 323-349.
- Melzack, R., y Wall, P.D. (1965): Pain mechanisms: a Nueva theory. *Science, 150*-971.
- Monsalve, V., Soriano, J., y De Andrés, J. (2006). Utilidad del Índice de Latinen (IL) en la evaluación del dolor crónico: relaciones con afrontamiento y calidad de vida. *Revista de la Sociedad Española del Dolor, 13*, 216-229.

- Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Miró, J. Dolor crónico.(2003). *Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Monterde, S., Salvat, I., Montull, S., y Fernández-Ballart, J. (2004). Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol*, 31(9), 507-513.
- Neumann, L., Berzak, A., Buskila, D. (2000). Measuring health status in israeli patients with fibromyalgia syndrome and widespread pain and healthy individuals: utility of the short form SF-36 item health survey. *Seminars in Arthritis & Rheumatism*, 29(6), 400-408.
- Palmero, E. y Fernández-Abascal, E. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- Pareja, M. Á. V. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de psicología*, (84), 41-58.
- Pastor Mira, M., Pons Calatayud, N., Lledó Boyer, A., Gelabert, M., Lopez-Roig, S., Terol Cantero, M., Rodríguez-Marín, J. (2005). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces en las enfermedades reumáticas: el caso de la fibromialgia*. Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Madrid: Pirámide.
- Pastor, J. F. S., Dolz, V. M., Guerra, E. I., y Carretero, P. G. (2010). Personalidad y afrontamiento en dolor crónico neuropático: un divorcio previsible. *Psicothema*, 22(4), 537-542.
- Pastor, M., López Roig, S., Johnston, M., Gracia, R., Daza, P. (2012). Clinical self-efficacy and illness beliefs in ambiguous chronic pain conditions: General Practitioners management of Fibromyalgia. *Anales de psicología*, 28 (2), pp. 417-425.
- Pérez-De la Cruz, S., & Lambeck, J. (2015). Efectos de un programa de Ai Chi acuático en pacientes con fibromialgia. Estudio piloto. *Rev Neurol*, 60, 59-65.
- Pérez-Pareja, J. Borrás, C., Sesé, A. y Palmer, A. (2005). Percepción del dolor y fibromialgia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 303-310.
- Ramírez-Maestre, C, Esteve, R. y Lòpez (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de psicología*, 17(1), 129-137.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve Zarazaga, R., López Martínez, A. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 147-165.
- Ramírez-Maestre, C.(2002). El papel de las características personales en la experiencia del dolor y en el proceso de afrontamiento. *Revisión teórica. Escritos de Psicología*, 6, 40-52.
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F.J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J.J., Martínez, F.G.,Tornero, J., Vallejo, M.A., Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2 (sup 1), S55-66.
- Rivera, J., González, T. (2004). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with Fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 22, 554-560.
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2009). Nuevos baremos para la adaptación española del inventario de personalidad NEO Revisado (NEO PI-R): fiabilidad y

datos normativos en voluntarios de la población general. *Clínica y Salud*, 20(2), 131-144.

Soriano, J., y Monsalve, V. (2002). CAD: cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*, 9(1), 13-22.

Soriano, J., y Monsalve, V. (2004). Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Rev Soc Esp Dolor*, 11(7), 407-414.

Soriano, J., y Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, No. 84, Julio 2005, 91-107.

Soriano, E., Gelado, M.J., Girona M.R. (2000). Fibromialgia: un diagnóstico cenicienta. *Atención Primaria*, 26(6), 415-418.

Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER. (2001). *Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española*. Madrid: Sociedad Española de Reumatología.

Tirado Zafra-Polo, M., Pastor-Mira, M., López-Roig, S. (2014). Autoeficacia, Catastrofismo, Miedo al movimiento y resultados de salud en la Fibromialgia. *Anales de Psicología*, 30 (1), pp. 104-113.

Vallejo Pareja, M., Comeche Moreno, I. (1994). *Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Vergne-Salle, P., Beaulieu, P., Coutaux, A., Sichère, P., Perrot, S., & Bertin, P. (2015). Tratamientos del dolor en reumatología. *EMC-Aparato Locomotor*, 48 (1), 1-19.

Williams DA, Schilling S (2009). Advances in the assessment of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am*.35(2):339-57

Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, J., Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis & Rheumatism*, 38, 19-28.

Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res* 2010; 62(5): 600-10.