

Personalidad, bienestar psicológico y calidad de vida asociada con la salud en mujeres colombianas con fibromialgia

Personality, psychological wellbeing and quality of life associated with health in Colombian women with fibromyalgia

Jorge Emiro Restrepo, Laura Marcela Delgado, Sandra Milena Diosa, Leidy Johana Mendoza y Vanesa Zuleta Valencia

Tecnológico de Antioquia¹

Autor para correspondencia: Jorge Emiro Restrepo, jorge.restrepo67@tdea.edu.co.

RESUMEN

En este trabajo se correlacionaron la personalidad normal –medida a través del modelo de los Cinco Factores–, el bienestar psicológico y la calidad de vida asociada con la salud en un grupo de mujeres diagnosticadas con fibromialgia, para lo cual se realizó un estudio cuantitativo *ex post facto* de corte transversal y nivel correlacional con 98 mujeres. De ellas, 51.3% presentaban niveles altos de neuroticismo, 60.5% niveles bajos de amabilidad, y 42.1% niveles bajos de extraversión. El neuroticismo correlacionó negativamente con todas las dimensiones del bienestar psicológico y con la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida, y además fue el factor de la personalidad, junto con la extraversión, que más correlaciones tuvo con la calidad de vida asociada con la salud. El grupo de mujeres con fibromialgia, en su mayoría con altos niveles de neuroticismo y bajos niveles de extraversión y amabilidad, ven afectadas la autoaceptación, las relaciones positivas, la autonomía, el dominio del entorno, el crecimiento personal, el propósito en la vida, los roles físico y emocional, la salud mental y el dolor corporal.

Palabras clave: Fibromialgia; Personalidad; Bienestar psicológico; Calidad de vida asociada con la salud; Neuroticismo; Extraversión.

ABSTRACT

Objective. *The present study aimed at evaluating and analyzing the correlations between normal personality –measured through the Big Five factors model–, psychological wellbeing and health-related quality of life in a group of women diagnosed with fibromyalgia.* Method. *The design consisted of a quantitative ex post facto, cross-sectional and correlational study with 98 women.* Results. *51.3% of participants showed high levels of neuroticism, 60.5% low levels of agreeableness, and 42.1% low levels of extraversion. Neuroticism correlated negatively with all dimensions of psychological wellbeing and most dimensions of quality of life. Personality factors and extraversion showed the best correlations with health-associated quality of life.* Discussion. *The present results suggest that high neuroticism, low extraversion and agreeableness are associated with adverse outcomes. These include poorer self-acceptance, relationships, autonomy, environmental mastery, personal growth, purpose in life, physical and emotional role, mental health, and more perceived pain.*

Key words: Fibromyalgia; Personality; Psychological wellbeing; Health-related quality of life; Neuroticism; Extraversion.

¹ Facultad de Educación y Ciencias Sociales, Calle 78B, No. 72A–220, Medellín, Colombia, correos electrónicos: jorge.restrepo67@tdea.edu.co, laura.delgado@correo.tdea.edu.co, sdiosab@correo.tdea.edu.co, lmendoza3@correo.tdea.edu.co y vanesa.zuleta@correo.tdea.edu.co.



Recibido: 22/10/2020

Aceptado: 11/03/2021

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una enfermedad que se caracteriza por un dolor crónico y fatiga persistente. El síntoma principal es el dolor musculoesquelético no articular, con una exagerada sensibilidad en algunas partes específicas del cuerpo. Hay otro grupo de síntomas que acompaña la enfermedad, como depresión, ansiedad, mareos, rigidez matutina de las articulaciones, alteración de la coordinación motora y tendinitis. También se han reportado problemas de memoria, migraña o cefalea tensional, así como problemas de sueño y digestivos. Los síntomas varían en frecuencia e intensidad y se ven agravados por el estrés (López y Mingote, 2008).

La fibromialgia es una de las enfermedades de dolor crónico más comunes. Afecta aproximadamente a entre 0.2 y 6.6% de la población mundial, siendo más frecuente en mujeres (Marques, Santo, Berssaneti, Matsutani y Yuan, 2017), con una razón mujer-hombre de 3:1, e incluso mayor. De acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2008), el dolor crónico, incluyendo el dolor musculoesquelético, afecta hasta un 20 % de la población a nivel global (Queiroz, 2013). Esta alteración de la salud produce una elevada carga personal, familiar, social y económica (Skaer y Kwong, 2017) y, por ser una enfermedad reumática, se asocia con una disminución significativa de la expectativa de vida (Cardiel, 2011).

En un reciente estudio de prevalencia de enfermedad reumática entre la población colombiana mayor de 18 años se reportó que 74 % de los participantes expresó malestar musculoesquelético en forma de dolor, inflamación o rigidez (Londoño *et al.*, 2018). De acuerdo con esta misma investigación, la fibromialgia es la segunda enfermedad reumática inflamatoria más frecuente en Colombia, con una prevalencia de 0.72 %, similar a la reportada en México, pero inferior a la de países como Brasil, Portugal y Ecuador. En Colombia, los pacientes con fibromialgia tienen niveles de calidad de vida más pobres, incluso por debajo de

pacientes con artritis reumatoide, enfermedades autoinmunes sistémicas, lupus eritematoso sistémico y otras condiciones de dolor crónico generalizado (Londoño *et al.*, 2018).

No se conocen con precisión su etiología ni su fisiopatología, y no hay causa orgánica identificada que la provoque. Sin embargo, se han establecido algunos factores sistemáticamente asociados con la enfermedad, como disfunciones del sistema nervioso central (hipersensibilidad al dolor, activación irregular bilateral del tálamo), del autónomo (variaciones en el cortisol asociadas con una alteración en el ritmo circadiano e hiperactividad simpática) y del sistema inmunológico (presencia de anticuerpos antipolímeros), así como alteraciones en ciertos neurotransmisores (niveles anormales de serotonina y triptofano), hormonas (hormona adrenocorticotrópica), estresores externos (traumas físicos y psicológicos), determinados aspectos psicológicos (ciertos rasgos de personalidad) y psicopatológicos (alteraciones del estado de ánimo) (Bellato *et al.*, 2012).

El estudio de la calidad de vida asociada con la salud tiene una considerable importancia en el campo de la reumatología. De hecho, es en esta área donde se ha realizado la mayor cantidad de investigaciones sobre este tópico (Garratt, Schmidt, Mackintosh y Fitzpatrick, 2002). Por lo regular, la calidad de vida asociada con la salud se ha evaluado a través de la encuesta de salud de formato corto de 36 ítems (MOSSF-36) (Ware, 2000). Este instrumento permite obtener una medida del dolor corporal, el desempeño físico, la función física y la salud general (que corresponden a la dimensión física), el desempeño emocional, la función social, la salud mental y la vitalidad (correspondientes a la dimensión mental).

Las investigaciones efectuadas en diversos países aplicando el MOSSF-36 han encontrado un patrón muy consistente de afectación a la calidad de vida en salud de los pacientes con fibromialgia, en comparación con la población general, quienes obtienen puntuaciones con una desviación estándar por debajo en la dimensión mental y con dos desviaciones por debajo en la dimensión física (Hoffman y Dukes, 2008). En general, las puntuaciones en todas las medidas del instrumento muestran valores más bajos, incluso cuando se compa-

ran con las de la población con enfermedades con dolor crónico, como artritis reumatoide, osteoartritis, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren primario y síndrome de dolor miofacial (DaCosta *et al.*, 2000; Picavet y Hoeymans, 2004; Schlenk *et al.*, 1997; Strömbeck, Ekdahl, Manthorpe, Wikström y Jacobsson, 2000; Tüzün, Albayrak, Eker, Sözüy y Daşkapan, 2004).

Según Hoffman y Dukes (2008), los problemas en la calidad de vida en salud de los pacientes con fibromialgia no pueden explicarse completamente a partir de otras comorbilidades. Además, sugieren que los altos niveles de dolor corporal y las marcadas alteraciones en la vitalidad parecen ser una característica distintiva de este padecimiento. Algunos estudios indican que la intensidad del dolor y los síntomas de ansiedad y depresión son las variables más relevantes para explicar el efecto de la enfermedad en la calidad de vida asociada con la salud (Campos y Velázquez, 2012). Ya antes Dobkin, De Civita, Abrahamowicz, Baron y Bernatsky (2006) habían reportado que entre mayor es la ocurrencia de psicopatología en mujeres con fibromialgia, menor es su calidad de vida relacionada con la salud a lo largo de un periodo de seis meses.

El bienestar psicológico, constructo que hace referencia a la vitalidad emocional, el afecto positivo, la satisfacción con la vida, la felicidad y el optimismo (Ryff, Singer y Love, 2004), es un predictor de la salud física; así, niveles más altos de bienestar psicológico se asocian con un mejor pronóstico y una progresión menor de la enfermedad crónica (Hernandez *et al.*, 2017). Como podría esperarse, las personas con fibromialgia tienen menores niveles de bienestar, comparadas con pacientes con otras condiciones médicas, como diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artritis reumatoide, fibrilación auricular, cáncer avanzado y otras enfermedades crónicas (Kaplan, Schmidt y Cronan, 2000).

Utilizando la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989), uno de los instrumentos más comunes para valorar este constructo, Schleicher *et al.* (2005) encontraron que las mujeres con fibromialgia tenían menores niveles de bienestar psicológico que la población general, e incluso que

mujeres con artritis reumatoide. En general, las investigaciones coinciden en reportar deterioros en el bienestar psicológico en las mujeres con fibromialgia (Cosci, Pennato, Bernini y Berrocal, 2011). Schleicher *et al.* (2005), apoyados en los hallazgos de Viitanen, Ronni, Ala-Peajari, Uoti-Reilama y Kautiainen (2000) y de Walker *et al.* (1997), especulan que estas diferencias pueden ser causadas por las características psicológicas y psicopatológicas de las mujeres con dicha enfermedad.

Russell (2002) ha planteado la existencia de subgrupos entre los pacientes con fibromialgia, y las características psicológicas y psicopatológicas constituyen uno de los parámetros identificados en esa taxonomía (Schoefeld-Smith, Nicasso, Radojevic y Patterson, 1995; Turk y Rudy, 1998). Walen, Cronan, Serber, Groessl y Oliver (2002) hallaron tres subgrupos a los que denominaron “enfrentadores adaptativos”, “disfuncionales” y “alterados interpersonalmente”. Si bien no encontraron diferencias en variables como la duración de los síntomas, el número de condiciones comórbidas, el nivel educativo, los ingresos o el estado civil, sí detectaron diferencias en las variables psicológicas y psicosociales, como el estado de ánimo y el apoyo social. Diversas investigaciones en diferentes países han descubierto que las alteraciones en el estado de ánimo y la búsqueda de apoyo social son factores clave para comprender la fibromialgia (Gracely, Ceko y Bushnell, 2012; Freitas, Andrade, Spyrides, Micussi y Sousa, 2017).

La personalidad es una variable que puede ayudar a comprender la taxonomía que se ha identificado en las pacientes con fibromialgia (Torres *et al.*, 2012) en razón de que hay suficiente evidencia de que la misma está involucrada en el desencadenamiento, mantenimiento y exacerbación del proceso de la enfermedad. De acuerdo con el modelo de Malin y Littlejohn (2012), la personalidad puede entenderse como un factor moderador de la enfermedad. Muchos estudios sobre aquella y la fibromialgia han adoptado la perspectiva clínica y psicopatológica (Kayhan *et al.*, 2016; van Middendorp *et al.*, 2016; Penfold, Denis y Mazhar, 2016), otros han abordado el problema desde la perspectiva normal de la personalidad, como el modelo de los Cinco Grandes (Seto *et al.*, 2019),

y otros más han comparado la personalidad de las pacientes con fibromialgia y otras enfermedades con dolor crónico (Ablin, Zohar, Zaraya-Blum y Buskila, 2016; Bucourt *et al.*, 2017).

Menos frecuentes son los análisis que han revisado la relación entre la personalidad normal y otras variables psicológicas, como la calidad de vida, la autoeficacia, el apoyo social (Seto *et al.*, 2019), el estrés (Gupta y Silman, 2004; Van Houdenhove, Egle y Luyten, 2005), la espiritualidad y el afrontamiento (Biccheri *et al.*, 2016; Cuevas, Lopez, Garcia y Diaz, 2008), con el propósito de aportar elementos a la construcción de modelos teóricos que hagan posible comprender el rol que desempeñan dichas variables en la etiología, el mantenimiento y el curso de la fibromialgia. Tales aportes son igualmente útiles para la intervención de la enfermedad, toda vez que hay evidencia de que los pacientes responden diferencialmente al tratamiento según la configuración de esas variables.

La presente investigación parte de la hipótesis de que existen correlaciones estadísticamente significativas entre los diferentes factores de la personalidad normal en el modelo de los Cinco Grandes (Costa y McCrae, 1985) y la calidad de vida asociada con la salud y el bienestar psicológico. Particularmente –y tal como ha sido demostrado ya en algunos estudios con variables similares (Seto *et al.*, 2019)–, puede suponerse que el neuroticismo correlacionará negativamente con ambas variables, mientras que la responsabilidad, la extraversión y la apertura a la experiencia obtendrán correlaciones positivas. Respecto a la amabilidad, no es probable encontrar correlaciones estadísticamente significativas con ninguna variable. Los resultados contribuirán al conocimiento de los factores psicológicos de la fibromialgia y tendrán implicaciones prácticas en el tratamiento interdisciplinario de la enfermedad.

MÉTODO

Diseño, participantes y procedimiento

Se realizó un estudio cuantitativo *ex post facto* de corte transversal y nivel correlacional en el que se

incluyeron 98 mujeres, con edades de entre 22 y 78 años, con una media de 46.2 años, que padecían fibromialgia diagnosticada por un reumatólogo. Las participantes fueron contactadas a través de un muestreo mediante la técnica de bola de nieve o referencia en cadena, invitándolas a colaborar en la investigación. Quienes aceptaron, recibieron toda la información sobre el proyecto, firmaron una carta de consentimiento informado y contestaron los instrumentos.

Instrumentos

Inventario de Personalidad NEO-FFI (Costa y McCrae, 1989).

Este instrumento es una versión resumida del inventario original NEO-PI de Costa y McCrae (1985) y está conformado por 60 reactivos que se evalúan en una escala Likert de cinco opciones de respuesta. Esta versión mide cada uno de los Cinco Grandes factores de la personalidad normal: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad. El instrumento no se ha adaptado en Colombia, pero ha demostrado tener propiedades psicométricas adecuadas de validez factorial, de constructo y convergente, y confiabilidad tanto de consistencia interna como de test-retest en países latinoamericanos como México (Meda, Moreno, García, Palomera y Mariscal, 2015), Argentina (Cupani, Vaiman, Font, Pizzichini y Saretti, 2012) y Perú (Martínez y Cassareto, 2011).

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Ryff, 1989).

Se utilizó la versión en español de Díaz *et al.* (2006) de 39 reactivos que se evalúan en una escala Likert de seis opciones de respuesta. Está compuesta por seis dimensiones: Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento personal y Propósito en la vida. Ha demostrado tener propiedades psicométricas adecuadas de validez (factorial y de contenido) y confiabilidad (consistencia interna) en Chile (Gallardo y Moyano, 2012), Argentina (Meier y Oros, 2019) y Colombia (Pineda, Castro y Chaparro, 2017).

Encuesta de Salud de Formato Corto del Estudio de Resultados Médicos de 36 Ítems (MOSSF-36) (Ware, 2000).

El SF-36, como usualmente se le conoce, es un instrumento ampliamente utilizado en estudios de salud para valorar la calidad de vida en población general y con enfermedades de diversos tipos. Está compuesto por 36 preguntas sobre el estado de la salud, tanto positivo como negativo, que valoran ocho dimensiones: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Las cuatro primeras abordan el componente de salud física, y las cuatro restantes el de salud mental. Se han comprobado sus propiedades psicométricas en cientos de estudios (Garratt *et al.*, 2002). En Colombia, Lugo, García y Gómez (2006) comprobaron la confiabilidad de esta prueba, y hoy es sumamente utilizada.

Análisis de datos

Se aplicó la prueba de normalidad a las variables. Se efectuaron análisis paramétricos de correlación bivariada a través del coeficiente de Pearson. Los análisis se llevaron a cabo utilizando el IBM SPSS, v. 24. Las correlaciones se consideraron significativas para $p < 0.05$.

Consideraciones éticas

El proyecto fue avalado por un comité de bioética y se desarrolló acatando los lineamientos establecidos en el Código Deontológico y Bioético de la Psicología consignado en la Ley 1090 (Congreso Nacional de Colombia, 2006), y considerando asimismo las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud definidas en la Resolución 8439 del Ministerio de Salud de la República de Colombia (1993). Todos los participantes firmaron una carta de consentimiento informado.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran las medidas de resumen de todas las variables.

Tabla 1. Resumen de estadísticos de las variables.

Variable	M	D.E.	Mín.	Máx.
Personalidad				
Neuroticismo	28.26	8.52	0	44
Extraversión	25.42	8.79	6	42
Apertura a la experiencia	26.16	5.94	11	39
Amabilidad	28.99	7.42	5	47
Responsabilidad	30.32	7.00	15	47
Bienestar psicológico				
Autoaceptación	22.36	6.47	6	36
Relaciones positivas	23.28	5.56	11	35
Autonomía	32.58	6.24	17	48
Dominio del entorno	24.11	5.64	13	36
Crecimiento personal	30.93	6.44	11	42
Propósito en la vida	23.24	7.04	9	36
Global bienestar psicológico	154.45	34.26	0	232
Calidad de vida				
Función física	19.32	4.92	10	30
Función social	5.75	1.20	3	9
Rol físico	10.30	3.79	4	19
Rol emocional	9.70	3.51	3	20
Salud mental	15.36	2.16	9	21
Vitalidad	11.00	1.68	6	15
Dolor corporal	8.68	1.83	2	11
Percepción salud	16.74	2.18	10	22
Global calidad de vida	98.86	15.49	0	124

En la Tabla 2 se muestran los coeficientes de correlaciones entre los factores de personalidad, las dimensiones del bienestar psicológico y la calidad de vida (solo se muestran las correlaciones que fueron estadísticamente significativas). Debe señalarse además que el 51,3% de las mujeres presentaron niveles altos de neuroticismo, el 60,5%, nive-

les bajos de amabilidad, y el 42,1%, niveles bajos de extraversión. Para la apertura a la experiencia

y la responsabilidad, los porcentajes más altos estuvieron en el nivel normal.

Tabla 2. Coeficientes de correlación estadísticamente significativos entre las variables.

VARIABLES	Personalidad						
	N	E	Ap	A	R		
Bienestar psicológico							
Autoaceptación (A)	-.64**	.43**	.35**	.24*	.62**		
Relaciones positivas (Rp)	-.39**	.57**	.33**	.28*	.37**		
Autonomía (Au)	-.48**	.31**	.30**	.28*	.29*		
Dominio del entorno (De)	-.57**	.45**	.24*	.27*	.58**		
Crecimiento personal (Cp)	-.38**	.42**	.38**	.40**	.46**		
Propósito en la vida (Pv)	-.46**	.46**	.38**	.26*	.60**		
Global (G)	-.62**	.56**	.42**	.37**	.62**		
Calidad de vida							
Función física	-	-	.24*	-	-		
Función social	-	-	-	-	-		
Rol físico	-.32**	.23*	.25*	-	-		
Rol emocional	-.52**	.38**	-	-	.31**		
Salud mental	-.40**	.23*	-	-	-		
Vitalidad	-	-	-	-	-		
Dolor corporal	.31**	-.26*	-	-	-		
Percepción salud	-	-	-	-	-		
Global	-.41**	.28*	-	-	-		
Bienestar psicológico							
	A	Rp	Au	De	Cp	Pv	G
Calidad de vida							
Función física	-	-	-	-	-	-	-
Función social	-	-	-	-	-	-	-
Rol físico	.38**	-	.23*	.31**	.26*	.35**	.37**
Rol emocional	.47**	.26*	.26*	.40**	.33**	.28*	.42**
Salud mental	.27*	-	-	-	-	-	-
Vitalidad	-	-	-	-	-	-	-
Dolor corporal	-.27*	-	-	-	-	-	-.23*
Percepción salud	-	-	-	-	-	-	-
Global	.39**	-	.26*	.34**	-	.24*	.58**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; N: Neuroticismo; E: Extraversión; Ap: Apertura; A: Amabilidad; R: Responsabilidad.

DISCUSIÓN

El hallazgo principal de esta investigación fue la comprobación de que hay correlaciones estadísticamente significativas entre los diferentes factores de la personalidad normal en el modelo de los

Cinco Grandes, y la calidad de vida asociada con la salud y el bienestar psicológico. Particularmente, el neuroticismo correlacionó negativamente con todas las dimensiones y con la puntuación global del bienestar psicológico. Además, fue el factor de la personalidad, junto con la extraversión, que más

correlacionó con la calidad de vida asociada con la salud. En todos los casos en los que hubo correlación, a mayores niveles de neuroticismo, menores niveles de bienestar psicológico y mayores afectaciones de la calidad de vida asociada con la salud.

Con la extraversión se presentó el caso contrario. Todas las correlaciones estadísticamente significativas con las dimensiones y la puntuación global del bienestar psicológico fueron positivas, así como las correlaciones con la calidad de vida, de tal forma que a mayores niveles de extraversión, mayores niveles de bienestar psicológico y mejor nivel de la calidad de vida asociada con la salud. La apertura a la experiencia, la amabilidad y la responsabilidad obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas y positivas con todas las dimensiones y con la puntuación global del bienestar psicológico, pero muy pocas con la calidad de vida asociada a la salud. La apertura a la experiencia solamente correlacionó con la función física y el rol físico, la responsabilidad con el rol emocional, y la amabilidad no tuvo ninguna correlación.

El bienestar psicológico, la calidad de vida asociada con la salud, los roles físico y emocional, el dolor corporal, la salud mental y la puntuación global de la calidad de vida correlacionaron significativa y positivamente con las dimensiones y la puntuación global del bienestar psicológico. A mayores niveles de bienestar psicológico, mayores niveles de calidad de vida, o bien lo contrario, puesto que la correlación no define la dirección de la causalidad. Lo que se comprueba es que mayores niveles en una de estas variables se asocian con mayores niveles en la otra, o lo que es igual, el bienestar psicológico y la calidad de vida se asocian positivamente.

El neuroticismo, pese a ser una dimensión normal de la personalidad, tiende a ser problemático cuando aparece en niveles altos, o cuando se combina, por ejemplo, con bajos niveles de responsabilidad. Las personas con altos niveles de neuroticismo se caracterizan por tener síntomas de ansiedad y depresión y por ser hostiles, retraídas e impulsivas. En general, su afectividad es negativa. Algunos estudios ofrecen nuevas evidencias y confirman los hallazgos de que las personas con

altos niveles de neuroticismo son más vulnerables a los problemas de salud mental (Khan, Jacobson, Gardner, Prescott y Kendler, 2005) y física (Smith y MacKenzie, 2006). Hay tan considerable evidencia y los resultados son tan estables y consistentes que se ha sugerido que el estudio del neuroticismo debiera ser una preocupación genuina de la salud pública (Lahey, 2009).

Diversas investigaciones con población sana joven y mayor han reportado que el neuroticismo correlaciona negativamente con todas las dimensiones de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Barra, Soto y Schmidt, 2013; Delhom, Satorres y Meléndez, 2019; Meléndez, Satorres, Cujjiño, y Reyes, 2019); sin embargo, al comparar los coeficientes se aprecia que las correlaciones encontradas en este trabajo son más altas en mujeres que padecen fibromialgia, así que el porcentaje de varianza del bienestar psicológico explicado por el neuroticismo es más elevado en estas últimas que en la población general. En otras palabras, hay en ellas un mayor efecto del neuroticismo sobre el bienestar psicológico.

Uno de los factores que podría explicar tal efecto está asociado con el dolor. Como puede verse en las correlaciones mostradas, el dolor corporal (dimensión de la calidad de vida asociada con la salud) y el bienestar psicológico (puntuación global) se asocian negativamente, en tanto que el neuroticismo correlaciona positivamente con el dolor corporal; es decir, a mayores niveles de neuroticismo, mayores niveles de dolor corporal, y este disminuye el bienestar psicológico, lo cual sería el razonamiento teórico en virtud de que no puede concluirse a partir de los análisis estadísticos, los que no demuestran causalidad.

Se han reportado mayores niveles de dolor asociados con mayores niveles de neuroticismo (Malt, Olafsson, Lund y Ursin, 2002), y también se ha encontrado que las personas con altas puntuaciones en esta dimensión de la personalidad están más atentos a sus estados de dolor, lo que igualmente se asocia con una mayor catastrofización del mismo (Goubert, Crombez, y Van Damme, 2004). Dicha desgracia se refiere la intensificación de los estímulos relacionados con el dolor, sentimientos de impotencia y una perspectiva pesimista del dolor y sus secuelas. De hecho, altos

niveles de neuroticismo y catastrofización agravan la respuesta ante el dolor (Banozic *et al.*, 2018).

Que la mayoría de las mujeres participantes en este estudio haya alcanzado niveles elevados de neuroticismo concuerda con los hallazgos de alteraciones en el estado de ánimo y comportamientos desadaptativos en algunos subgrupos de pacientes con fibromialgia. El neuroticismo es seguramente la dimensión de la personalidad normal que más se asocia con la psicopatología, especialmente con los trastornos del estado de ánimo, como la depresión y la ansiedad (Roelofs, Huibers, Peeters y Arntz, 2008). La catastrofización es una estrategia de afrontamiento desadaptativo pasivo en la que incurren las personas con altos niveles de neuroticismo para hacerle frente a la enfermedad (Baastrup *et al.*, 2016). Se ha reportado una asociación entre el neuroticismo, la depresión, la catastrofización y la ansiedad relacionada con el dolor en pacientes con dolor crónico (Kadimpati, Zale, Hooten, Ditre y Warner, 2015).

Las correlaciones negativas halladas entre el neuroticismo y algunas dimensiones de la calidad de vida, como el rol emocional y la salud mental, también pueden entenderse con esta misma lógica. Como se ha dicho, el neuroticismo se caracteriza por una marcada inestabilidad emocional que produce interferencia en las actividades personales y laborales; además, se asocia estrechamente con ciertos trastornos mentales. Puede verse en los presentes resultados que el rol emocional fue la única dimensión de la calidad de vida que se asoció con todas las variables del bienestar psicológico, esto es, a mayores niveles en una, mayores niveles en la otra. Así que si el neuroticismo afecta negativamente el rol emocional, tendrá asimismo efectos negativos sobre el bienestar psicológico.

Una de las dimensiones del bienestar psicológico que más asociación mostró tener con el rol emocional fue la autoaceptación, y esta misma dimensión fue la que mayor correlación negativa exhibió con el neuroticismo, de forma que este último afecta negativamente la autoaceptación y esta el rol emocional, o bien el rol emocional afectado negativamente por el neuroticismo perturba negativamente la autoaceptación. Por no ser un diseño experimental, el hecho de no haber efectuado análisis de senderos no es posible conocer la causalidad.

Lo que se puede establecer, de acuerdo con la teoría, es que el neuroticismo funciona aquí como una variable independiente de la cual dependen el bienestar psicológico y la calidad de vida asociada a la salud.

Los bajos niveles de autoaceptación corresponden a un sentimiento de insatisfacción, decepción y preocupación con ciertas cualidades o condiciones personales y, en general, con la propia vida, de manera que las mujeres con fibromialgia y altos niveles de neuroticismo tienden a alcanzar niveles más bajos de satisfacción consigo mismas, y debido a que es una enfermedad crónica, mantienen esta condición durante muchos años. Ese tiempo puede ser suficiente para que se produzca una modificación en la biografía que produce cambios positivos o negativos en la identidad personal (Asbring, 2001; Compañ *et al.*, 2011). Las correlaciones negativas con las dimensiones de crecimiento personal y propósito en la vida tendrían una explicación similar, la cual está relacionada con el autoconcepto negativo y el pesimismo propios del neuroticismo (Grossardt, Bower, Geda, Colligan y Rocca, 2009; Zanon y Hutz, 2013).

Contrariamente a lo encontrado sobre el neuroticismo, la extraversión correlacionó positiva y exactamente con las mismas dimensiones del bienestar psicológico y la calidad de vida asociada con la salud. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Malin y Littlejohn (2012), Bucourt *et al.* (2017), Galvez, Duschek y Reyes (2019) y Seto *et al.* (2019). La extraversión se caracteriza por la afectividad positiva, la actividad, el gregarismo, la búsqueda de sensaciones y la amabilidad. Pese a que la mayoría de las mujeres participantes manifestaron bajos niveles de extraversión, las correlaciones indican que los altos niveles de esta dimensión de la personalidad se asocian con un mayor bienestar psicológico y una mejor calidad de vida asociada con la salud.

Según Huang *et al.* (2017), los altos niveles de extraversión se han asociado con mejores niveles de calidad de vida asociada con la salud. Las personas extravertidas muestran menos respuestas electrofisiológicas ante el dolor físico (Park, Lee, Sohn, Eom y Sohn, 2014). En personas con artritis, por ejemplo, la extraversión es un predictor del dolor percibido (Sánchez, García, Valverde y

Pérez, 2015). Adicionalmente, son más enérgicas y vitales, gozan de mejor salud física y mental, disponen de mejores estrategias de afrontamiento ante la enfermedad (Afshar *et al.*, 2015; Gale, Booth, Möttus, Kuh y Deary, 2013; Hajek, Bock, y König, 2017) y son menos sensibles a los estímulos y eventos negativos.

Una de las correlaciones más elevadas entre la extraversión y el bienestar psicológico fue la hallada con la dimensión de relaciones positivas. Las personas extravertidas son muy sociables y abiertas, se interesan por interactuar con otras personas, disfrutan de la actividad, son más locuaces, asertivas y enérgicas y disfrutan de los intercambios sociales. Estas mismas características hacen que dominen el entorno, puesto que resultan ser personas atractivas socialmente. Los estudios sobre personalidad y bienestar psicológico en la población general han demostrado que la extraversión se asocia positivamente con las dimensiones de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Schmutte y Ryff, 1997).

Las relaciones positivas y el dominio del entorno están asociadas con las redes de apoyo social y con una disminución de la sensación de discapacidad física en las mujeres con este padecimiento (Schleicher *et al.*, 2005). Los altos niveles de extraversión y su asociación con esas dos dimensiones del bienestar psicológico promueven interacciones sociales saludables y la búsqueda de apoyo, lo que mejora su salud física y mental. Como se vio en los resultados, la extraversión mostró correlaciones positivas con las dimensiones de los roles físico y emocional y salud mental de la calidad de vida asociada con la salud. En la dimensión de la extraversión, aproximadamente la mitad de las mujeres manifestaron niveles bajos.

Respecto a las dimensiones de apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad, todas ellas obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas positivas con todas las dimensiones del bienestar psicológico, lo cual coincide con la literatura al efecto (Schmutte y Ryff, 1997). Sin embargo, los coeficientes de correlación más altos los exhibió la dimensión de responsabilidad. Las personas con altos niveles en esta son ordenadas, autodisciplinadas, con un considerable sentido del deber, deliberativas, competentes y con una alta

necesidad de logro. Si bien el porcentaje más alto de las mujeres en esta muestra alcanzó niveles normales de esta dimensión, debe señalarse la tendencia estadísticamente detectada que indica que a mayores niveles de responsabilidad, mejores niveles de bienestar psicológico. La mayoría de las mujeres de la muestra reveló tener niveles normales de responsabilidad.

En la dimensión de la amabilidad, la mayoría de las mujeres obtuvieron niveles bajos. De acuerdo con la teoría de los Cinco Grandes (Costa y McCrae, 1985), estas personas tienden a ser cínicas y a percibir a los otros como sospechosos, deshonestos o peligrosos. Tienen una gran capacidad para controlarse y pueden ser manipuladores y egoístas (Costa y McCrae, 1991). Todas estas características cognitivas y de comportamiento hacen que las personas con bajos niveles de amabilidad tiendan a mantenerse distantes de los demás y puedan tener estilos de vida individualistas y carecer de un adecuado apoyo social. Como se dijo antes, el apoyo social tiene un efecto positivo sobre la sensación de discapacidad física en las mujeres con fibromialgia (Schleicher *et al.*, 2005). Así que muy probablemente las mujeres que la sufren y que muestran bajos niveles de amabilidad sientan más el peso de la enfermedad.

El dolor crónico y la fatiga persistente que caracterizan a la fibromialgia pueden afectar seriamente el bienestar psicológico y la calidad de vida. Como lo han sugerido algunos estudios cualitativos, puede incluso afectar la biografía y la identidad personal (Asbring, 2001; Compañ *et al.*, 2011). Sin embargo, no todas las personas con el padecimiento lo experimentan de la misma forma. Como lo ha demostrado un amplio y creciente número de investigaciones, y como incluso se encontrado aquí, las diferentes dimensiones de la personalidad tienen diferentes efectos sobre el bienestar psicológico y la calidad de vida.

El neuroticismo, tal como se afirmó líneas atrás, está asociado con bajos niveles de bienestar psicológico y calidad de vida, en tanto que la extraversión y la amabilidad, por su parte, están asociadas con mayores niveles en estas dimensiones. El grupo de mujeres participantes, en su mayoría con altos niveles de neuroticismo y bajos de extraversión y amabilidad, podrían tener afectadas

la autoaceptación, las relaciones positivas, la autonomía, el dominio del entorno, el crecimiento personal, el propósito en la vida, el rol físico, el rol emocional, la salud mental y el dolor corporal. Como lo demostraron las correlaciones, el efecto de la personalidad fue mayor en el bienestar psi-

cológico que en la calidad de vida asociada con la salud, y los perfiles de personalidad de la mayoría de ellas hacen pensar que su bienestar psicológico y su calidad de vida pueden verse comprometidas si no se lleva a cabo algún tipo de intervención psicológica.

Citación: Restrepo, J.E., Delgado, L.M., Diosa, S.M., Mendoza, L.J. y Valencia, V.Z. (2022). Personalidad, bienestar psicológico y calidad de vida asociada con la salud en mujeres colombianas con fibromialgia. *Psicología y Salud*, 32(2), 269-281. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2748>.

REFERENCIAS

- Ablin, J.N., Zohar, A.H., Zaraya-Blum, R. y Buskila, D. (2016). Distinctive personality profiles of fibromyalgia and chronic fatigue syndrome patients. *PeerJ*, 4. Doi: 10.7717/peerj.2421.
- Afshar, H., Roohafza, H.R., Keshteli, A.H., Mazaheri, M., Feizi, A. y Adibi, P. (2015). The association of personality traits and coping styles according to stress level. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 20(4), 353-358.
- Asbring, P. (2001). Chronic illness – a disruption in life: identity-transformation among women with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 312-319. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01767.x.
- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2008). Dolor. *Actualizaciones Clínicas*, 16(7), 1-9.
- Baastrup, S., Schultz, R., Brødsgaard, I., Moore, R., Jensen, T.S., Vase Toft, L. y Gormsen, L. (2016). A comparison of coping strategies in patients with fibromyalgia, chronic neuropathic pain, and pain-free controls. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(6), 516-522. Doi: 10.1111/sjop.12325.
- Banozic, A., Miljkovic, A., Bras, M., Puljak, L., Kolcic, I., Hayward, C. y Polasek, O. (2018). Neuroticism and pain catastrophizing aggravate response to pain in healthy adults: an experimental study. *The Korean Journal of Pain*, 31(1), 16-26. Doi: 10.3344/kjp.2018.31.1.16.
- Barra, E., Soto, O. y Schmidt, K. (2013). Personalidad y bienestar psicológico: un estudio en universitarios chilenos. *Revista de Psicología*, 9(17), 7-18.
- Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D.E. y Blonna, D. (2012). Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain Research and Treatment*, 426130. Doi: 10.1155/2012/426130.
- Biccheri, E., Roussiau, N. y Mambet-Doué, C. (2016). Fibromyalgia, spirituality, coping and quality of life. *Journal of Religion and Health*, 55, 1189-1197. Doi: 10.1007/s10943-016-0216-9.
- Bucourt, E., Martailé, V., Mulleman, D., Goupille, P., Joncker-Vannier, I., Huttenberger, B., Reveillere, C. y Courtois, R. (2017). Comparison of the Big Five personality traits in fibromyalgia and other rheumatic diseases. *Joint Bone Spine*, 84(2), 203-207. Doi: 10.1016/j.jbspin.2016.03.006.
- Campos R., P. y Vázquez M., I.R. (2012). Health-related quality of life in women with fibromyalgia: clinical and psychological factors associated. *Clinical Rheumatology*, 31(2), 347-355. Doi: 10.1007/s10067-011-1904-1.
- Cardiel M., H. (2011). Presente y futuro de las enfermedades reumáticas en Iberoamérica. ¿Estamos preparados para hacerles frente? *Reumatología Clínica*, 7(5), 279-280. Doi: 10.1016/j.reuma.2010.12.009.
- Cardiel M., H. y Burgos V., R. (2011). Towards elucidation of the epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. COPCORD Studies in the community. *The Journal of Rheumatology Supplement*, 86, 1-2. Doi: 10.3899/jrheum.100950.
- Compañ, V., Feixas, G., Varlotta D., N., Torres V., M., Aguilar A., A., Dada, G. y Angel S., L. (2011). Cognitive factors in fibromyalgia: the role of self-concept and identity related conflicts. *Journal of Constructivist Psychology*, 24(1), 56-77. Doi: 10.1080/10720537.2011.530492.
- Congreso Nacional de Colombia (2006). *Ley 1090 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. Bogotá: Autor.
- Cosci, F., Pennato, T., Bernini, O. y Berrocal, C. (2011). Psychological well-being, negative affectivity, and functional impairment in fibromyalgia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(4), 256-258. Doi: 10.1159/000322031.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1985). *The NEO personality inventory manual*. Odessa, FLO: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1989). *The NEO-PI/NEO-FFI manual supplement*. Odessa, FLO: Psychological Assessment Resources.

- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1991). Facet scales for agreeableness and conscientiousness: A revision of the NEO personality inventory. *Personality and Individual Differences*, 12(9), 888. Doi: 10.1016/0191-8869(91)90177-D.
- Cuevas T., A.M., López T., F., García M., A. y Díaz B., M. (2008). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes con fibromialgia. *Psicología conductual*, 16(2), 289-306.
- Cupani, M., Vaiman, M., Font, M.L., Pizzichini, F. y Saretti, B. (2012). Análisis factorial confirmatorio del NEO-FFI utilizando parcelización de ítems y método bootstrap. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 159-168.
- Da Costa, D., Dobkin, P.L., Fitzcharles, M.A., Fortin, P.R., Beaulieu, A., Zummer, M., Senécal, J.L., Goulet, J.R., Rich, E., Choquette, D. y Clarke, A.E. (2000). Determinants of health status in fibromyalgia: a comparative study with systemic lupus erythematosus. *The Journal of Rheumatology*, 27(2), 365-372.
- Delhom, I., Satorres, E. y Meléndez, J. C. (2019). ¿Están los rasgos de personalidad asociados al bienestar psicológico? *Escritos de Psicología*, 12, 1-8.
- Díaz, D., Rodríguez C., R., Blanco, A., Moreno J., B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Dobkin, P.L., De Civita, M., Abrahamowicz, M., Baron, M. y Bernatsky, S. (2006). Predictors of health in women with fibromyalgia: a prospective study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(2), 101-108. Doi: 10.1207/s15327558ijbm1302_1.
- Freitas R.P., A., Andrade, S.C., Spyrides, M.H.C., Micussi M., T.A.B.C. y Sousa M., B.C. (2017). Impacts of social support on symptoms in Brazilian women with fibromyalgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(3), 197-203. Doi: 10.1016/j.rbre.2016.07.001.
- Gale, C.R., Booth, T., Möttus, R., Kuh, D. y Deary, I.J. (2013). Neuroticism and extraversion in youth predict mental wellbeing and life satisfaction 40 years later. *Journal of Research in Personality*, 47(6), 687-697. Doi: 10.1016/j.jrp.2013.06.005.
- Gallardo, I. y Moyano D., E. (2012). Análisis psicométrico de las escalas Ryff (versión española) en una muestra de adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica*, 11(3), 931-939. Doi: 10.11144/Javeriana.upsy11-3.aper.
- Galvez S., C.M., Duschek, S. y Reyes P., G.A. (2019). Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychology Research Behavior Management*, 12, 117-127 Doi: 10.2147/PRBM.S178240.
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A. y Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324(7351), 1417. Doi: 10.1136/bmj.324.7351.1417.
- Goubert, L., Crombez, G. y Van Damme, S. (2004). The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: a structural equations approach. *Pain*, 107(3), 234-241. Doi: 10.1016/j.pain.2003.11.005.
- Gracely, R.H., Ceko, M. y Bushnell, M.C. (2012). Fibromyalgia and depression. *Pain Research and Treatment*, 2012, 1-9. Doi: 10.1155/2012/486590.
- Grossardt, B.R., Bower, J.H., Geda, E., Colligan, R.C. y Rocca, W.A. (2009). Pessimistic, anxious, and depressive personality traits predict all-cause mortality: the Mayo Clinic cohort study of personality and aging. *Psychosomatic Medicine*, 71(5), 491-500. Doi: 10.1097/PSY.0b013e31819e67db.
- Gupta, A. y Silman, A.J. (2004). Psychological stress and fibromyalgia: a review of the evidence suggesting a neuroendocrine link. *Arthritis Research & Therapy*, 6(3), 98-106. Doi: 10.1186/ar1176.
- Hajek, A., Bock, J.O. y König, H.H. (2017). The role of personality in health care use: Results of a population-based longitudinal study in Germany. *PLOS ONE*, 12(7). Doi: 10.1371/journal.pone.0181716.
- Hernandez, R., Bassett, S.M., Boughton, S.W., Schuette, S.A., Shiu, E.W. y Moskowitz, J.T. (2017). Psychological well-being and physical health: associations, mechanisms, and future directions. *Emotion Review*, 10(1), 18-29. Doi: 10.1177%2F1754073917697824.
- Hoffman, D.L. y Dukes, E.M. (2008). The health status burden of people with fibromyalgia: a review of studies that assessed health status with the SF-36 or the SF-12. *International Journal of Clinical Practice*, 62(1), 115-126. Doi: 10.1111/j.1742-1241.2007.01638.x.
- Huang, I-C., Lee, J.L., Ketheeswaran, P., Jones, C.M. y Dennis, A. (2017). Does personality affect health-related quality of life? A systematic review. *PLOS ONE*, 12(3). Doi: 10.1371/journal.pone.0173806.
- Kadimpati, S., Zale, E.L., Hooten, M.W., Ditte, J.W. y Warner, D.O. (2015). Associations between neuroticism and depression in relation to catastrophizing and pain-related anxiety in chronic pain patients. *PLOS ONE*, 10(4). Doi: 10.1371/journal.pone.0126351.
- Kaplan, R.M., Schmidt, S.M. y Cronan, T.A. (2000). Quality of well-being in patients with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 27(3), 785-789.
- Kayhan, F., Küçük, A., Satan, Y., İlgün, E., Arslan, Ş. e İlik, F. (2016). Sexual dysfunction, mood, anxiety, and personality disorders in female patients with fibromyalgia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 349-355. Doi: 10.2147/NDT.s99160.
- Khan, A.A., Jacobson, K.C., Gardner, C.O., Prescott, C.A. y Kendler, K.S. (2005). Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 186(3), 190-196. Doi: 10.1192/bjp.186.3.190.

- Lahey, B.B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241-256. Doi: 10.1037/a0015309.
- Londoño, J., Ballestas, I., Cuervo F., et al. (2018). Prevalence of rheumatic disease in Colombia according to the Colombian Rheumatology Association (COPCORD) strategy. Prevalence study of rheumatic disease in Colombian population older than 18 years. *Revista Colombiana de Reumatología*, 25(4), 245-256. Doi: 10.1016/j.rcreue.2018.08.003.
- López, M. y Mingote, J.C. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19(3), 343-358.
- Lugo, L., García, H. y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 37-50.
- Malin, K. y Littlejohn, G.O. (2012). Personality and fibromyalgia syndrome. *The Open Rheumatology Journal*, 6, 273-285. Doi: 10.2174/1874312901206010273.
- Malt, E.A., Olafsson, S., Lund, A. y Ursin, H. (2002). Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 3, 12. Doi: 10.1186/1471-2474-3-12.
- Marques, A.P., Santo A.D., S.D.E., Berssaneti A., A., Matsutani, L.A. y Yuan, S.L.K. (2017). A prevalência de fibromialgia: atualização da revisão de literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(4), 356-363. Doi: 10.1016/j.rbre.2017.01.005.
- Martínez, P. y Cassaretto, M. (2011). Validación del Inventario de los Cinco Factores NEO-FFI en español en estudiantes universitarios peruanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(1), 63-74.
- Meda L., R.M., Moreno J., B., García L., F., Palomera, A. y Mariscal S., M.V. (2015). Validez factorial del NEO-FFI en una muestra mexicana: Propuesta de una versión reducida. *Revista Mexicana de Psicología*, 32(1), 57-67.
- Meier, L.K. y Oros, L.B. (2019). Adaptación y análisis psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adolescentes argentinos. *Psykhē*, 28(1), 1-16. Doi: 10.7764/psykhe.28.1.1169.
- Meléndez, J.C., Satorres, E., Cujíño, M.A. y Reyes, M.F. (2019). Big Five and psychological and subjective well-being in Colombian older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 82, 88-93. Doi: 10.1016/j.archger.2019.01.016.
- Ministerio de Salud de la República de Colombia (1993). *Resolución Número 8430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá: Autor.
- Park, M.-S., Lee, K.H., Sohn, S., Eom, J.-S. y Sohn, J.-H. (2014). Degree of extraversion and physiological responses to physical pain and sadness. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(5), 483-488. Doi: 10.1111/sjop.12144.
- Penfold, S., St Denis, E. y Mazhar, M.N. (2016). The association between borderline personality disorder, fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: systematic review. *British Journal of Psychology Open*, 2(4), 275-279. Doi: 10.1192/bjpo.bp.115.002808.
- Picavet, H.S.J. y Hoeymans, N. (2004). Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 63(6), 723-729. <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2003.010769>.
- Pineda, C., Castro, J. y Chaparro, R. (2017). Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 45-55.
- Queiroz, L.P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 17(8), 356. Doi: 10.1007/s11916-013-0356-5.
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F. y Arntz, A. (2008). Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. *Personality and Individual Differences*, 44(3), 576-586. Doi: 10.1016/j.paid.2007.09.019.
- Russell, I.J. (2002) Fibromyalgia syndrome subgroups. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 10(3), 1-7. Doi: 10.1300/J094v10n03_01.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C.D., Singer, B.H. y Love, G.D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B: Biological Sciences*, 359(1449), 1383-1394. Doi: 10.1098/rstb.2004.1521.
- Sánchez M., J., García J., M., Valverde, M. y Pérez, M. (2015). La relación entre el dolor percibido y los estilos de personalidad en pacientes reumáticos. *Revista Colombiana de Reumatología*, 22(4), 192-200. Doi: 10.1016/j.rcreue.2015.10.002.
- Schleicher, H., Alonso, C., Shirlcliff, E.A., Muller, D., Loevinger, B.L. y Coe, C.L. (2005). In the face of pain: the relationship between psychological well-being and disability in women with fibromyalgia. *Psychotherapy Psychosomatic*, 74(4), 231-239. Doi: 10.1159/000085147. PMID: 15947513.
- Schlenk, E.A., Erlen J.A., Dunbar-Jacob J. et al. (1997). Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. *Quality of Life Research*, 7, 57-65. Doi: 10.1023/A:1008836922089.
- Schmutte, P.S. y Ryff, C.D. (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 549-559. Doi: 10.1037/0022-3514.73.3.549.
- Schoefeld-Smith, K., Nicasso, P.M., Radojevic, V. y Patterson, T.L. (1995). Multi-axial taxonomy of fibromyalgia syndrome patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2(2), 149-166. Doi: 10.1007/BF01988640.
- Seto, A., Han, X., Price, L.L., Harvey, W.F., Bannuru, R.R. y Wang, C. (2019). The role of personality in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 38(1), 149-157. Doi: 10.1007/s10067-018-4316-7.

- Skaer, T.L., Kwong, W.J. (2017). Illness perceptions and burden of disease in fibromyalgia. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 17(1), 9-15. Doi: 10.1080/14737167.2017.1270207.
- Smith, T.W. y MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 435-467. Doi: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095257.
- Strömbeck, B., Ekdahl, C., Manthorpe, R., Wikström, I. y Jacobsson, L. (2000). Health-related quality of life in primary Sjögren's syndrome, rheumatoid arthritis and fibromyalgia compared to normal population data using SF-36. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 29(1), 20-28. Doi: 10.1080/030097400750001761.
- Torres, X., Bailles, E., Valdes, M., Gutierrez, F., Peri, J.M., Arias, A., Gomez, E. y Collado, A. (2013). Personality does not distinguish people with fibromyalgia but identifies subgroups of patients. *General Hospital Psychiatry*, 35(6), 640-648. Doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.07.014.
- Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1988). Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: integration of psychological assessment data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 233. Doi: 10.1037/0022-006x.56.2.233.
- Tüzün, E.H., Albayrak, G., Eker, L., Sözyay, S. y Daşkapan, A. (2004). A comparison study of quality of life in women with fibromyalgia and myofascial pain syndrome. *Disability and Rehabilitation*, 26(4), 198-202. Doi: 10.1080/09638280310001639696.
- Van Houdenhove, B., Egle, U. y Luyten, P. (2005). The role of life stress in fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports*, 7(5), 365-370. Doi: 10.1007/s11926-005-0021-z.
- van Middendorp, H., Kool, M.B., van Beugen, S., Denollet, J., Lumley, M.A. y Geenen, R. (2016). Prevalence and relevance of Type D personality in fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 39, 66-72. Doi: 10.1016/j.genhosppsy.2015.11.006.
- Viitanen, J., Ronni, S., Ala-Peijari, S., Uoti-Reilama, K. y Kautiainen, H. (2000). A comparison of self-estimated symptoms and impact of disease in fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 8(3), 21-33. Doi: 10.1300/J094v08n03_03.
- Walen, H.R., Cronan, T.A., Serber, E.R., Groessl, E. y Oliver, K. (2002). Subgroups of fibromyalgia patients: evidence for heterogeneity and an examination of differential effects following a community-based intervention. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 10(3), 9-32. Doi: 10.1300/J094v10n03_02.
- Walker, E.A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Katon, W.J. y Bernstein, D. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: I. Psychiatric diagnoses and functional disability. *Psychosomatic Medicine*, 59(6), 565-571.
- Ware Jr., J.E. (2000). SF-36. Health Survey Update. *Spine*, 25(24), 3130-3139.
- Zanon, C. y Hutz, C.S. (2013). Affective disposition, thinking styles, neuroticism and life satisfaction. *Universitas Psychologica*, 12(2), 403-411. Doi: 10.11144/Javeriana.upsy12-2.adts.