

ORIGINAL

Fibromialgia y trastornos de personalidad

A.M. Cerón Muñoz^{a,*}, F. Centelles Mañosa^a, M. Abellana Senglà^b y S. García Capel^b

^aMedicina de Familia y Comunitaria, Institut Català de la Salut, Centro de Atención Primaria, Sant Llàtzer de Terrassa, Barcelona, España

^bMedicina de Familia y Comunitaria, Consorci Sanitari de Terrassa, Centro de Atención Primaria, Sant Llàtzer de Terrassa, Barcelona, España

Recibido el 26 de enero de 2010; aceptado el 19 de abril de 2010

Disponible en Internet el 23 de junio de 2010

PALABRAS CLAVE

Fibromialgia;
Trastorno
personalidad;
Test Internacional de
detección de
Trastornos de
Personalidad

Resumen

Introducción: El objetivo es detectar, en atención primaria, posibles alteraciones de personalidad en pacientes con fibromialgia, que indiquen la valoración por el servicio de salud mental.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, en un ámbito urbano de atención primaria. Población de estudio: la totalidad de personas diagnosticadas de fibromialgia registradas en historia clínica informatizada, mayores de 18 años. Cumplieron criterios de selección 132 casos. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas y se administró el test Internacional Personality Disorder Examination screening (IPDE-s).

Resultados: El 100% de los pacientes eran mujeres, con edad media de 54 años. Casadas/ en pareja el 78,5%, no trabajaban el 89,2% y pertenecían a clase social baja el 58,7%. Refirieron enfermedad mental el 73,6% de casos, siendo este diagnóstico previo al de fibromialgia en un 55,1%. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue el trastorno de ánimo (86,3%). La autopercepción de salud fue regular-mala en el 87,6% y la expectativa de curación favorable en solo un 18,2%.

El IPDE-s fue positivo en el 96,7% de casos; en el 94,2% además, a más de un rasgo de personalidad. Rasgos más prevalentes: límite 71,9%, obsesivo 71,1%, histríónico 66,1% y evitación 61,9%. Se encontró relación significativa entre padecer patología psiquiátrica y rasgo de personalidad límite o dependiente ($p < 0,006$; $p < 0,03$ respectivamente); así como entre una peor percepción de salud y rasgo dependiente ($p < 0,004$).

Conclusiones: Se detecta una alta sospecha de rasgos de personalidad anómalos en pacientes diagnosticadas de fibromialgia, que justificaría la derivación para un estudio/ seguimiento más completo por salud mental.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amceron@cst.cat (A.M. Cerón Muñoz).

KEYWORDS

Fibromyalgia;
Personality disorders;
International
Personality Disorder
Examination

Fibromyalgia and personality disorders**Abstract**

Introduction: The aim is to detect possible personality disorders in subjects with fibromyalgia in a Primary Care centre who have been assessed by the Mental Health Department.

Material and methods: A cross-sectional descriptive study in an urban Primary Care centre. All patient diagnosed with fibromyalgia with a computerised clinical history, and over 18 years were included. A total 132 cases fulfilled the selection criteria. The main measurements were social, demographic and clinical variables, and the International Personality Disorder Screening Examination (IPDE-s).

Results: All the cases (100%) were women and the average age was 54 years. Married or in couple (78.5%), did not work (89.2%) and from a low social class (58.7%). Mental illness was detected in 73.6% of cases, and in 55.1% of them its diagnosis was prior to fibromyalgia. Mood disorders (86.3%) were the most frequent diagnosis. Self perception of health was regular-bad in 87.6% of cases and the healing expectation 18.2%.

The IPDE-s was positive in 96.7% of the sample and more than one personality disorder detected in 94.2%. The more frequent personality disorders were: histrionic 71.9%, obsessive 71.1%, emotionally unstable 66.1%, and avoidance 61.9%. Significant relationships were found between suffering psychiatric disease and having personality traits of unstable emotions or dependency ($P<0.006$; $p<0.03$ respectively). As well between a self-perception of poorer health and dependent personality ($P<0.004$).

Conclusions: The high rate of abnormal personality disorders in patients with fibromyalgia requires a more comprehensive study and holistic approach.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

La fibromialgia es una entidad definida por la presencia de síntomas osteomusculares, pero en la que son tan relevantes o más los síntomas psiquiátricos y la problemática de tipo social¹⁻⁴.

Tiene un claro predominio femenino, debutá entre los 40-49 años, y es una patología de curso crónico, en la que solo un 20% de las pacientes presentará una mejoría importante y un 5% llegará a remisión⁵⁻⁷.

Su prevalencia en España es del 2,4% en población mayor de 20 años, del 8% en población que consulta los servicios sanitarios y del 12-20% de los pacientes reumatólogicos⁸.

En la etiología de la fibromialgia se barajan 3 hipótesis: enfermedad psiquiátrica con síntomas somáticos^{2,9-11}, enfermedad orgánica que acaba produciendo un trastorno psiquiátrico¹² o alteración a nivel central que conlleva patología orgánica y psíquica simultáneas^{3,12,13}. En espera de nuevos hallazgos, actualmente se la considera como una entidad multifactorial con un patrón biopsicosocial. Es frecuente detectar antecedente de estresores vitales en la infancia/adolescencia y en el inicio de los brotes de dolor, así como problemáticas de tipo social, laboral o familiar asociadas¹⁴.

Los trastornos de personalidad son entidades de diagnóstico complejo al depender este del método que se utilice, del investigador que lo realice o de la clasificación que se aplique (DSM/CIE). Se les atribuye un origen mixto, genético y de condicionamiento y al igual que en la fibromialgia, en su historia natural es frecuente la existencia de situaciones adversas en la infancia o en la adolescencia, ya sea en forma de abusos sexuales/malos tratos y/o negligencia emocional, así como la asociación de trastornos del eje I (especialmente ansiedad y trastornos del ánimo) y trastornos de conducta.

Estos factores predispondrían una respuesta desadaptativa al entorno en la edad adulta^{15,16}.

La prevalencia de los trastornos de personalidad en población general oscila entre un 9-13%¹⁴. Lenzenweger¹⁷ y Samuels¹⁸ aplicando el International Personality Disorder Examination (IPDE)¹⁹, hablan de una prevalencia del 6,7-9% en población general y del 20-35% en poblaciones con patología psiquiátrica. En la población general el trastorno más prevalente es el de evitación, seguido del paranoide, el histrónico y el obsesivo, si bien las manifestaciones clínicas vienen a menudo determinadas por la patología psiquiátrica asociada (60%)¹⁹.

El tratamiento actual de la fibromialgia requiere, para ser correcto, de equipos interdisciplinares⁵ que aborden los diferentes aspectos de la enfermedad, pero no todos los equipos de atención primaria disponen de unidades de fibromialgia de referencia. En nuestro caso la derivación de estas pacientes se realiza al servicio de reumatología que fundamentalmente realiza la confirmación diagnóstica y las remite de nuevo a la atención primaria para seguimiento y control.

La asociación entre fibromialgia y patología mental, la mala respuesta al tratamiento y el difícil manejo y control de este colectivo de pacientes, nos llevó a plantearnos la existencia de rasgos de personalidad anómalos que dificultan el abordaje de esta patología y en los que estuviera especialmente indicada la derivación a salud mental para diagnóstico, control y seguimiento.

Pacientes y métodos

Se diseñó un estudio descriptivo transversal, en un centro de salud urbano, con una población adulta de 32.160 usuarios asignados, en el primer cuatrimestre del 2006.

La población de estudio fue la totalidad de pacientes diagnosticados de fibromialgia registrados en historia clínica informatizada OMI-AP mayores de 18 años: 166 sujetos. Se excluyeron los pacientes no localizados telefónicamente después de 3 intentos, usuarios desplazados y pacientes con enfermedad orgánica avanzada o trastorno mental que imposibilitase la realización de la entrevista. Ciento treinta y dos casos cumplieron criterios de selección.

Los datos se obtuvieron de historia clínica y entrevista personal, previo consentimiento, de unos 20-25 min de duración. De la historia clínica se recogieron diagnósticos psiquiátricos y patologías crónicas y por entrevista variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, convivencia, situación laboral actual, nivel social según ocupación), año del diagnóstico de fibromialgia, autopercepción de salud en la última semana, existencia de patología psiquiátrica asociada y año de inicio, expectativa de curación y test de screening de trastorno de personalidad IPDE-screening (IPDE-s)¹⁹.

En coordinación con nuestro servicio de salud mental de referencia elegimos el IPDE-s como método de detección de posibles trastornos de personalidad en estas pacientes.

La versión española del IPDE-s de López-Ibor et al¹⁹ consta de 77 preguntas dicotómicas (verdadero/falso) y hace hincapié en los últimos 5 años de la vida de la persona. Se da como positiva una puntuación ≥ 3 para un determinado rasgo de personalidad, si bien a criterio del investigador el punto de corte puede elevarse para aumentar la especificidad del test. La positividad de este test indica la pertinencia de administrar por psicólogo/psiquiatra el IPDE completo en entrevista semiestructurada, obteniéndose una valoración dimensional del trastorno.

Los resultados se presentan con medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. El contraste de hipótesis de las variables cualitativas se realizó con el test de la χ^2 . Para valorar la asociación entre variables cuantitativas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. El análisis estadístico de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 14.0.

Resultados

La población de estudio fue de 132 pacientes, 5 rehusaron participar y 6 no se presentaron a la visita, lo que supuso una participación del 91,7% y una muestra final de 121 pacientes.

Los parámetros sociodemográficos se recogen en la tabla 1. Se trataba de mujeres en su mayoría de mediana edad, casadas o en pareja, que no trabajaban y de clase social baja en más de la mitad de los casos.

La media de años de evolución de la enfermedad fue de 11,4 años (DE 9).

Interrogadas por el control de su enfermedad: 60 (49,6%) estaban controladas solo por su médico de familia, 18 (15%) por el reumatólogo, 9 (7,4%) por médico de familia y reumatólogo, 5 (4%) por médico de familia, reumatólogo y psiquiatra, 5 (4%) por psiquiatra y reumatólogo, 1 (0,8%) por psiquiatra exclusivamente, 1 (0,8%) por medicina interna, 2 (1,7%) por clínica del dolor, 1 (0,8%) por médico de familia

Tabla 1 Datos sociodemográficos

| Características | |
|---|------------|
| n | 121 |
| Mujeres, % | 100 |
| Edad (años), media (DE) | 54,3 (9,6) |
| Estado civil: n(%) | |
| Casada/pareja | 95 (78,5) |
| Viuda | 7 (5,8) |
| Separada | 15 (12,4) |
| Soltera | 4 (3,3) |
| Convivencia: n(%) | |
| Marido/pareja | 40 (33,1) |
| Marido/pareja con hijos/otros | 54 (44,6) |
| Padres/hijos/otros | 16 (13,2) |
| Solo | 11 (9,1) |
| Situación laboral: n(%) | |
| Activo | 36 (29,7) |
| Baja laboral | 15 (12,4) |
| Paro | 8 (6,6) |
| Ama de casa | 28 (23,1) |
| Invalidez | 12 (9,9) |
| Jubilación | 19 (15,7) |
| PIRMI | 3 (2,5) |
| Clase social: n(%) | |
| I-Directivos. Técnicos superiores | 6 (5) |
| II-Técnicos medios | 19 (15,7) |
| III-Cuadros intermedios administrativos | 23 (19) |
| IV-Trabajadores manuales cualificados | 50 (41,3) |
| V-Trabajadores no cualificados | 21 (17,4) |
| Pérdidas | 2 (1,7) |

y traumatólogo, 1 (0,8%) por traumatólogo, 1 (0,8%) por médico de familia y neurólogo y 11 (9%) pacientes referían no estar controladas por nadie.

Durante la entrevista refirieron diagnóstico de psicopatología 89 pacientes (73,6%), en 9 casos este diagnóstico no estaba registrado en historia. El diagnóstico de patología mental fue previo al de fibromialgia en 49 (55,1%) pacientes, posterior en 34 (38,2%) y simultáneo en 6 (6,7%). La media de intervalo de tiempo entre ambos diagnósticos fue de 9 (DE 7,8) años.

La tabla 2 recoge los diagnósticos psiquiátricos obtenidos de la historia clínica. El más frecuente fue el trastorno de ánimo y de él el diagnóstico de depresión.

Refirieron insomnio 96 (80%) pacientes, independientemente de asociarse o no psicopatología. El insomnio fue de conciliación en 18 (18,7%), de mantenimiento en 41 (42,7%), despertar precoz en 4 (4,1%) y mixto en 33 (34,3%).

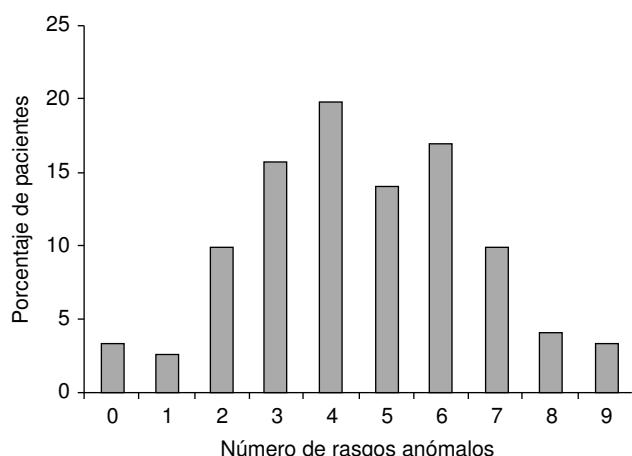
La autopercepción de salud en la última semana fue muy buena en 1 (0,8%) paciente, buena en 13 (10,74%), regular en 41 (33,8%) y mala en 65 (54,3%).

La expectativa de curación fue de curación en 22 (18,2%) pacientes, no curación en 83 (68,6%) y no sabían 15 (12,4%).

El 94,2% (114) presentaban otras enfermedades crónicas, con una media de 2,8 (DE: 1,6) patologías por paciente, hallándose relación significativa entre padecer una patología psiquiátrica y un mayor número de enfermedades crónicas asociadas ($p < 0,002$).

Tabla 2 Patología mental diagnosticada en pacientes con fibromialgia

| | n (%) |
|---------------------------------|-----------|
| Trastorno del ánimo | 57 (47,1) |
| Depresión | 50 (41,3) |
| Distimia | 3 (2,5) |
| Trastorno bipolar | 1 (0,8) |
| Trastorno adaptación | 3 (2,5) |
| Trastorno de ansiedad | 29 (24) |
| Trastorno ansiedad generalizada | 22 (18,2) |
| Trastorno de angustia | 5 (4,1) |
| Trastorno obsesivo compulsivo | 1 (0,8) |
| Fobia simple | 1 (0,8) |
| Trastorno psicótico | 1 (0,8) |
| Trastorno de personalidad | 4 (3,3) |
| Histríónico | 2 (1,6) |
| Límite | 1 (0,8) |
| No filiado | 1 (0,8) |
| Trastorno por somatización | 3 (2,5) |

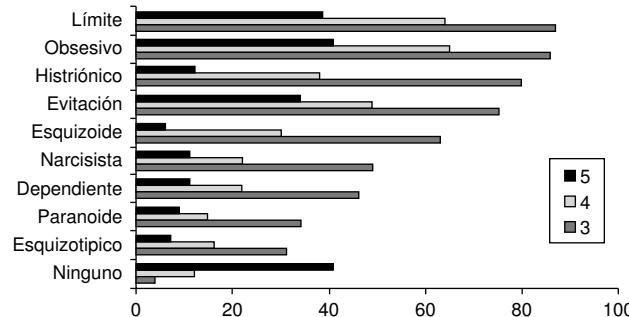
**Figura 1** Resultados IPDE-s. Número de rasgos anómalos.**Tabla 3** IPDE-screening. Resultados de cada rasgo de personalidad anómalo

| | n | % | Media puntuación (DE) |
|---------------|----|------|-----------------------|
| Paranoide | 34 | 28,1 | 3,79 (1) |
| Esquizoide | 63 | 52,1 | 3,5 (0,7) |
| Histríónico | 80 | 66,1 | 3,6 (0,8) |
| Obsesivo | 86 | 71,1 | 4,5 (1,1) |
| Evitación | 75 | 61,9 | 4,5 (1,4) |
| Narcisista | 49 | 40,5 | 3,6 (0,9) |
| Dependencia | 46 | 38 | 3,8 (1) |
| Límite | 87 | 71,9 | 4,6 (1,4) |
| Esquizotípico | 31 | 25,6 | 3,9 (1,2) |

El IPDE-s fue negativo en 4 casos (3,3%) y positivo en 117 (96,7%). La figura 1 muestra el número de rasgos positivos por paciente, con una media de 4,7 (DE: 2).

Tabla 4 Resultados IPDE-s. Comparación resultados en función del punto de corte

| Puntuación | Tests positivos | Media rasgos positivos (DE) |
|------------|-----------------|-----------------------------|
| ≥3 | 117 (96,7%) | 4,7±2 |
| ≥4 | 109 (90,1%) | 3±1,8 |
| ≥5 | 80 (66,1%) | 2±1,5 |

**Figura 2** Resultados IPDE-s. Rasgos de personalidad anómalos en función del punto de corte de ≥ 3 , ≥ 4 y ≥ 5 .

La distribución por rasgos se observa en la tabla 3. El rasgo más frecuente fue el límite, seguido del obsesivo, el histríónico y el de evitación. Ningún test dio positivo a antisocial.

Al aumentar el punto de corte de IPDE-s de 3 a 4 y 5 (tabla 4), la positividad del test pasó a 90,1% y 66,1% respectivamente. En la figura 2 se comparan los rasgos de personalidad positivos en función del punto de corte: ≥ 3 , ≥ 4 y ≥ 5 .

Se halló relación significativa entre padecer patología psiquiátrica y positividad para rasgo de personalidad límite y rasgo de personalidad dependiente ($p < 0,006$, $p < 0,03$ respectivamente), así como positividad a rasgo dependiente y percepción de un peor estado de salud ($p < 0,004$).

Discusión

Las características sociodemográficas de nuestra muestra son similares a las descritas en la bibliografía⁵⁻⁷ así como la prevalencia y el tipo de patología psiquiátrica asociada^{12,20-24}.

La psicopatología, como en otros trabajos^{24,25}, precede al dolor en más de la mitad de los casos. Llama la atención que en algunas pacientes no estuviera registrada en la historia clínica y que a pesar de presentarse en la mayoría de las pacientes solo una minoría siguiera controles por el servicio de salud mental.

No se abordó en estas pacientes la existencia de traumas o acontecimientos vitales estresantes, a pesar de ser factores importantes en la etiopatogenia tanto de la fibromialgia como de los trastornos de personalidad. La razón fue que consideramos que la entrevista tenía una duración importante y era una variable difícil de abordar en poco tiempo y sin una relación médico-paciente previa, aunque espontáneamente algunas pacientes explicaron vivencias personales traumáticas.

El trabajo confirmó nuestra percepción de que es básicamente atención primaria la encargada del control de esta patología en nuestro ámbito, lo que justificaría la necesidad de herramientas que permitan valorar derivación y soporte especializados.

La mayoría de las pacientes tenía una larga evolución, una mala autopercepción de salud, una pobre expectativa de curación y una elevada prevalencia de enfermedades crónicas, lo que dibuja el perfil de paciente crónica, plurisintomática, conocedora de la realidad de la enfermedad que le han diagnosticado y clara candidata a la polimedication.

Hemos encontrado pocos trabajos que aborden los problemas de personalidad en estas pacientes^{3,8,12,25-29,30}. Los encontrados estaban realizados básicamente en pacientes atendidas en el segundo nivel, con muestras más pequeñas y en ningún caso se utilizaba un test de screening, por lo que es difícil comparar los resultados obtenidos.

En el presente estudio, según los datos del IPDE-s, una amplia proporción de pacientes afectas de fibromialgia requeriría al menos una valoración por el servicio de salud mental (psiquiatra/psicólogo).

Es imposible con un test de screening hacer una afirmación diagnóstica de trastorno de personalidad, pero aun así, llama la atención el elevado número de test positivos y de rasgos positivos por paciente, aun incrementando la especificidad del test.

En la revisión bibliográfica tan solo el estudio de Sansone et al³⁰ y el Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología³ hacen referencia a la asociación de fibromialgia con trastorno límite de la personalidad. En el resto de trabajos se describen estas pacientes como personas perfeccionistas, con una menor capacidad de afrontamiento, con rasgos de personalidad anómalos/desadaptativos, pero sin un patrón de personalidad ni trastorno de personalidad patognomónico de la fibromialgia. Según el IPDE-s los rasgos límite y obsesivo fueron los más frecuentes, aún incrementando el número de corte, pero hasta la evaluación por psiquiatría no es posible afirmar que realmente sean los más prevalentes en este grupo de pacientes.

Tenemos en proyecto una ampliación del presente trabajo en la que psicólogos adscritos a nuestra población administren la versión completa del IPDE a la población estudiada.

De poder llevarse a cabo, permitiría por un lado llegar a una orientación diagnóstica, por otro valorar la utilidad del IPDE-s como instrumento en atención primaria, y por último, aunque ya es un test de cribado validado, evaluar esta validez de manera específica en la fibromialgia.

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

Concluir que los resultados obtenidos en este trabajo permiten inferir una alta sospecha de existencia de rasgos de personalidad anómalos en las pacientes con fibromialgia, que justificaría una valoración psicológica más completa para confirmar la existencia de trastornos de personalidad establecidos. La detección de determinados rasgos de

personalidad, sería útil en el abordaje de unas pacientes crónicas, abocadas a la polifarmacia, con mala percepción de salud y escasa esperanza de curación.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la psicóloga Anna Soler Roca por la valoración de los métodos de cribado de la psicopatología y en concreto de los trastornos de personalidad. A la doctora Mireia Valero Marcel por la ayuda en la traducción al inglés del resumen. Y especialmente a la doctora María Teresa Tomàs Bertran, Médico de Familia de nuestro centro por la revisión del manuscrito y las aportaciones de mejora hechas.

Bibliografía

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990: Criteria for the Classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33: 160-72.
2. De Felipe García-Bardón V, Castel-Bernal B, Vidal-Fuentes J. Evidencia científica de los aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Reumatol Clin.* 2006;2(Supl 1):S38-43.
3. Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin.* 2006;2(Supl 1): S55-66.
4. González Carmona F. ¿Es el dolor crónico un problema psiquiátrico aun no clasificado? La fibromialgia, *Rev Electrónica de Psiquiatría*, 3, Sep. 1999, ISSN.1137-3148.
5. Institut Estudis de la Salut. Nuevo modelo de Atención a la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2006.
6. Valverde J, Ribas B, Carmona, Grupo EPISER 2000. Prevalencia de fibromialgia en la población española. *Rev Esp Reumatol.* 2000;27:157.
7. Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre C, Romera M, Sañudo I, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Catalunya. *Med Clin (Barc).* 2002;119:745-9.
8. Villagrán J, Páez M, Campo F, Pérez J, Salaberri J. Aspectos Psicopatológicos de la Fibromialgia. *Archivos de Psiquiatría.* 2000;63:159-82.
9. Martínez Pintor F. Dolor somatomorfo vs Fibromialgia (¿Galgos o Podencos?). *C Med Psicosom.* 2005;24-31.
10. El-Hage W, Lamy C, Goupille P, Gaillard P, Camus V. Fibromyalgia. A disease of psychic trauma? *Presse Med.* 2006;35:1683-9.
11. Sedó R, Ancochea J. Una reflexión sobre la Fibromialgia. *Aten Primaria.* 2002;29:562-4.
12. Fietta Pl, Fietta Pa, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed.* 2007;78:88-95.
13. Albertsen E, Olafsson S, Lund A, Ursin H. Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2002;3:12.
14. Anderberg UM, Marteinsdóttir Y, Theorell T, Von Knorring L. The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls. *Eur Psychiatry.* 2000;15:295-301.
15. DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson Elsevier; 2003.
16. Roca M, Bernardo M. Epidemiología en trastornos de la personalidad. Editorial Masson; 1998; 1-18.

17. Lenzenweger MF, Loranger AW, Korfine L, Nelf C. Detecting personality disorders in a non-clinical population. Application of a 2 stage procedure for case identification. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:345-51.
18. Samuels J, Eaton W, Bienvenu J, Brown C, Costa P, Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2002;180:536-42.
19. López-Ibor Aliño JJ, Pérez Urdaniz A, RubioLarrosa V. IPDE. International Personality Disorder Examination. Madrid: Meditor; 1996.
20. Roca Bennasar M. Trastornos de Personalidad. MeditorPsiquiatria Editores S.L.; 2004.
21. Thieme K, Dennis C, Turk, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosom Med*. 2004;66:837-44.
22. Máñez I, Fenollosa P, Martínez-Azucena A, Salazar A. Calidad del sueño, dolor y depresión en fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;12:491-500.
23. Sarró Álvarez S. Fibromialgia reumática: aspectos psiquiátricos. *Actas Esp Psiquiatria*. 2002;30:392-6.
24. Navas E, Muñoz JJ, García LC. Fibromialgia: una enfermedad reumatólogica con alta comorbilidad psicopatológica. *An Psiquiatría (Madrid)*. 2003;19:253-64.
25. Moreno I, Montaño A. Fibromialgia. *Rev Esp Reumatol*. 2000;27: 436-41.
26. Ayats M, Martin MJ, Soler PA. Fibromialgia y estilo de funcionamiento. *Psiq Biol*. 2006;13:193-7.
27. Blasco L, Mallo M, Mencia A, Franch J, Casaus P, Peña J, et al. Perfiles clínicos en pacientes con fibromialgia que acuden a un centro de salud mental: obtención de un índice predictivo de gravedad psicopatológica. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34:112-22.
28. Arnold MD, Hudson MD, Keck PE, Auchenbach MB, Javaras KN, Hess EV. Comorbidity of fibromyalgia and Psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1219-25.
29. Zautra AJ, Fasman R, Reich JW, Harakas P, Johnson L, Maureen E, et al. Fibromyalgia: Evidence for deficits in Positive Affect Regulation. *Psychosomatic Medicine*. 2005;67:147-55.
30. Sansone RA, Whitecar P, Meier BP, Murry A. The prevalence of borderline personality among primary care patients with chronic pain. *Gen Hospital Psychiatry*. 2001;23:193-7.