



## Enfermedad crónica: satisfacción vital y estilos de personalidad adaptativos

María José Sánchez Elena<sup>a\*</sup>, José Manuel García Montes<sup>a</sup>, Matías Valverde Romera<sup>a</sup> y Marino Pérez Álvarez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Almería, España

<sup>b</sup>Universidad de Oviedo, España

### INFORMACIÓN ARTÍCULO

Manuscrito recibido: 17/09/2013

Revisión recibida: 26/02/2014

Aceptado: 23/04/2014

#### Palabras clave:

Bienestar psicológico  
Psicología de la salud  
Hemodiálisis  
Trasplante renal  
Artritis reumatoide  
Espondilitis anquilosante

#### Keywords:

Psychological wellbeing  
Health psychology  
Hemodialysis  
Kidney transplantation  
Rheumatoid arthritis  
Ankylosing spondylitis

### RESUMEN

La satisfacción vital es el principal indicador del bienestar subjetivo, importante parámetro de salud pública. Se pretende conocer si el padecimiento de distintas enfermedades crónicas implica diferencias en dicho indicador, así como identificar qué características de personalidad resultan más adaptativas en cada caso. Este estudio transversal cuenta con una muestra de 160 personas pertenecientes a cinco grupos (personas en tratamiento de hemodiálisis, con trasplante renal, con artritis reumatoide, con espondilitis anquilosante y control) a las que se les administró el inventario de estilos de personalidad normal de Millon (2001) y la escala de satisfacción vital de Diener Emmons, Larsen y Griffing (1985). El grupo de hemodiálisis presenta los niveles más bajos de satisfacción vital; las variables de personalidad explican gran parte de la varianza en satisfacción en todos los grupos excepto en el de trasplante. Dichos factores de personalidad facilitarían la prevención terciaria al mejorar el ajuste psicológico y evitar la comorbilidad.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Producido por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Chronic illness: Life satisfaction and adaptive personality styles

#### ABSTRACT

The general life satisfaction is the core indicator of subjective well being, a significant health public parameter. This research aims at describing satisfaction with life of people suffering chronic diseases and at determining what personality characteristics are more adaptive in such conditions. For this purpose the total sample of 160 subjects from five population groups (hemodialysis treatment patients, kidney transplant patients, rheumatoid arthritis patients, ankylosing spondylitis patients, and control group) completed both the Millon Index of Personality Inventory (MIPS, Millon, 2001) and the Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen, & Griffing, 1985). The results show that the hemodialysis group is the one with the lowest level of life satisfaction; the personality variables can explain the life satisfaction variance in all groups except in the transplant group. Therefore, the personality factors allow tertiary prevention by improving psychological adjustment and avoiding comorbidity.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid Production by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

La definición que ofreciera Diener (1984) sobre satisfacción general con la vida, hace casi tres décadas, sigue vigente en la actualidad. El autor considera que ésta constituye el componente cognitivo del bienestar subjetivo. Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) ha establecido que la satisfacción vital es el principal indicador del bienestar subjetivo en el contexto de los objetivos de salud para 2020. Así este componente del bienestar es el que ofrece mayor estabilidad temporal y resistencia a influencias externas (Diener, 1984; Luhmann, Hawkey, Eid y Caccioppo, 2012). En este sentido, interesa destacar que la mayoría de las personas mantienen su nivel de bienestar subjetivo en un rango positivo y estable (Cum-

mins, 2010; Diener, 1996; Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). No obstante, ante la pérdida de salud la satisfacción vital suele experimentar un descenso en sus niveles (Frijters, Johnston y Shields, 2011; Lucas, 2007; Pagán-Rodríguez, 2010, 2011; Powdthavee, 2009; Strine, Chapman, Balluz, Moriarty y Mokdad, 2008). Los datos longitudinales aportados por muchos de estos estudios han identificado tanto factores externos (Powdthavee, 2009; Smith, Loewenstein, Jankovich y Ubel, 2009; Strine et al., 2008) (severidad de la discapacidad y transitoriedad de la enfermedad) como características del sujeto (Boyce y Wood, 2011) que inciden en la velocidad y en la posibilidad de recuperar los niveles de satisfacción previos a la pérdida de salud. Así, Cummins (2010) ofrece un modelo homeostático explicativo del bienestar subjetivo que se muestra coherente con estos datos, si bien faltarían estudios encaminados a conocer cómo inciden en el nivel de satisfacción vital los aspectos propios de las diferentes

\*La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a María José Sánchez Elena.  
E-mail: [mjselena@gmail.com](mailto:mjselena@gmail.com)

enfermedades así como las características de personalidad más adaptativas en cada caso.

En este contexto, el concepto de la personalidad de la obra de Millon (1976) ofrece un marco idóneo, puesto que considera que la personalidad normal es el estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que pone en juego un individuo en su entorno particular. Así, existen estudios que han mostrado la pertinencia del modelo de Millon de personalidad normal como indicador de salud física y psicológica (Dresch, 2007; Fierro y Cardenal, 2001), señalando la relación entre un mejor estado de salud con las polaridades más adaptativas del instrumento (Millon, 2001). A este respecto habría que tener presente que ambos estudios se han llevado a cabo con muestras amplias de personas sin ningún diagnóstico de enfermedad física ni trastorno psicológico, dejando abierta la cuestión de cómo se relacionarán dichos estilos de personalidad adaptativos ante la presencia de una enfermedad crónica.

En suma, el primer objetivo de este estudio es conocer si los grupos aquí estudiados, pacientes con diversas enfermedades crónicas y un grupo control de población no clínica, difieren significativamente en sus niveles de satisfacción vital. Por esta razón, el criterio de elección de dichos grupos ha sido guiado por la amenaza para la vida y por el grado de disfuncionalidad que conllevan las condiciones médicas que padecen sus integrantes: insuficiencia renal crónica (IRC), artritis reumatoide (AR) y espondilitis anquilosante (EA). En concreto la IRC es una enfermedad grave en la que la vida está comprometida de no ser por los tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal, mientras que las enfermedades reumáticas estudiadas si bien no suponen un riesgo para la vida cursan con dolor y limitaciones físicas. Así, se plantea una primera hipótesis afirmando que los niveles promedio de satisfacción vital podrán diferir significativamente entre grupos de personas con diferentes enfermedades crónicas. De existir tal diferencia podría deberse, en parte, a las características de cada enfermedad. El segundo objetivo de este trabajo se dirige a estudiar la relación entre la satisfacción vital y variables de personalidad, con objeto de identificar cuáles son las que contribuyen más directamente al buen ajuste psicológico de cada grupo. Así, se plantea como hipótesis que la satisfacción general con la vida podrá predecirse con signo positivo a partir de las escalas de personalidad e índices del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) considerados por el propio modelo y por la literatura como más ajustados (expansión, modificación, individualidad, extraversión, sensación, pensamiento, sistematización, sociabilidad, decisión, conformismo, dominio, aquiescencia e índice de ajuste) y, a la inversa, que las variables predictivas correspondientes a la bipolaridad considerada desadaptativa presentarán una relación negativa con la satisfacción vital (preservación, adecuación, protección, introversión, intuición, sentimiento, innovación, retraimiento, indecisión, discrepancia, sumisión, descontento e impresión negativa).

## Método

### Participantes

Se ha utilizado un diseño transversal contando con la participación de 160 personas de nacionalidad española de las provincias de Sevilla y Almería, pertenecientes a cinco muestras de población (cuatro grupos clínicos y un grupo control) que han sido evaluadas en un único momento, según se explica en el apartado de procedimiento. Entre los requisitos generales de inclusión se encuentran la edad (tener entre 18 y 65 años), el nivel educativo (como mínimo enseñanza obligatoria finalizada) y no contar con diagnóstico de trastorno psicológico. El cumplimiento de estos criterios se basa en la información dada por los propios participantes. Se pasa a continuación a detallar las características de cada grupo.

**Grupo hemodiálisis** ( $n = 34$ ). Formado por personas con IRC en tratamiento de hemodiálisis, siguiendo las prescripciones de la Na-

tional Kidney Foundation (NKF, 2002) ante el fallo renal, incluye 21 hombres y 13 mujeres, distribución coherente con la mayor incidencia de la enfermedad en el sexo masculino (Registro Español de Enfermos Renales, 2012; Vallés y García García, 1989). En cuanto a la edad, esta se extiende entre los 19 y los 62 años, ofreciendo un promedio de 42.61 años. El tiempo que llevan en esta situación, recibiendo este tratamiento, oscila desde los tres meses hasta los 20 años, siendo el tiempo promedio próximo a los cinco años. Sobre la posibilidad de recibir trasplante, el 82.35% indicó su inclusión en lista de espera, mientras que el resto no reunía, en el momento de la evaluación, las condiciones necesarias para optar al mismo. Dada la importancia que pudiera tener esta diferencia, en el grupo se ha considerado oportuno comprobar la posible existencia de diferencias significativas en satisfacción vital en función de si los participantes tenían posibilidad o no de recibir un trasplante, ofreciendo los datos una respuesta negativa:  $t(32) = 0.058$ ,  $p = .954$ . Cabe mencionar, igualmente, que el 38.2% de las personas evaluadas en este grupo habían recibido un trasplante con anterioridad que no llegó a obtener el éxito terapéutico deseado. De la situación familiar se destaca que la mitad de ellos indicaron tener hijos y el resto no, conviviendo la mayoría de ellos con al menos un familiar (94%). Su formación académica se limita a los estudios obligatorios (47.1%), seguido por los estudios medios (32.3%) y los estudios universitarios (20.6%). Por último se señala que la situación laboral es inactiva para la mayoría de los integrantes de este grupo (76.4%).

**Grupo trasplante** ( $n = 21$ ). Compuesto por personas que han recibido un trasplante renal, formado por 12 hombres y 9 mujeres. Sus edades oscilan entre los 29 y los 64 años de edad, resultando una edad promedio de 39.8 años. El tiempo transcurrido con el tratamiento desde que recibieron el trasplante renal varía desde los cuatro meses hasta los 21 años, aproximándose en promedio a los 6 años. Sobre su situación familiar se destaca que la totalidad de la muestra vive acompañada por al menos una persona y aproximadamente la mitad de ellos tienen al menos un hijo. En cuanto a la formación académica, la mayoría cursó estudios básicos (42.8%), seguido por estudios universitarios (33.3%) y medios (23.8%). En lo referente a la actividad laboral, la mayoría de la muestra se encuentra activa (61.9%).

**Grupo artritis** ( $n = 35$ ). Formado por pacientes diagnosticados de artritis reumatoide según los criterios diagnósticos de la American College of Rheumatology de 1987 (Arnett et al., 1988), está compuesto por 27 mujeres y 8 hombres. Esta composición es coherente con la mayor incidencia de esta enfermedad en el sexo femenino (Carmona, 2002; Hernández-García et al., 2002). Las edades de este grupo oscilan entre los 25 y los 65 años, ofreciendo una edad media de 47.97 años. En cuanto al tiempo transcurrido con el tratamiento, desde que fueron diagnosticados, abarca un rango que va desde 1 a 33 años, siendo el promedio de 7 años. Se ofrecen otros datos demográficos: el 80% del grupo vive al menos con una persona y el resto viven solos, entorno al 74% tiene al menos un hijo y la formación académica del 49% aproximadamente corresponde a estudios básicos, mientras que el 28% cuenta con estudios medios y el 23% universitarios. Por último, en relación con su situación laboral, cabe decir que el 64% del grupo se encuentra inactivo.

**Grupo espondilitis** ( $n = 20$ ). Formado por pacientes diagnosticados de espondilitis anquilosante según los criterios clínicos y radiológicos propuestos por Linden, Valkenbur y Cats (1984), consta de 15 hombres y 5 mujeres, coincidiendo con la mayor incidencia de la enfermedad en el sexo masculino (Carmona y González, 2005; Collantes et al., 2007; Sociedad Española de Reumatología, 2011). Las edades comprenden entre los 24 y los 64 años edad, ofreciendo un promedio de 48.65 años. En cuanto al tiempo que llevan con el tratamiento desde que fueron diagnosticados, varía entre 1 y 36 años. El tiempo medio desde el diagnóstico es de 14 años. En cuanto a la convivencia, el 80% del grupo vive acompañado por al menos una persona y la mayoría (70%) tiene algún hijo. Su formación académica se

distribuye como sigue: el 40% estudios básicos, el 45% estudios medios y el 15% estudios universitarios. La situación laboral es inactiva para la mayoría de la muestra (60%).

**Grupo control** ( $n = 50$ ). Compuesto por personas que informaron no contar con diagnóstico de enfermedad médica crónica ni trastorno psicológico, su distribución en función del sexo es de 21 hombres y 29 mujeres. Sus edades varían entre los 23 y los 65 años, siendo el promedio de 42.14 años de edad. En el ámbito familiar, casi el 62% de los participantes tiene al menos un hijo y el 88% vive acompañado por, al menos, una persona. La formación académica de la mayoría (53%) corresponde a estudios universitarios, seguido por el 32% que dispone de estudios medios y el 15% de estudios básicos. En el ámbito laboral encontramos que la mayor parte (76%) se encuentran activos laboralmente.

## Instrumentos

**Cuestionario para la recogida de datos sociodemográficos y clínicos.** Elaborado para la ocasión, en dicho instrumento se ha recabado la información relativa a edad, sexo, nivel educativo (estudios básicos, medios o universitarios), situación laboral (activa o inactiva), situación familiar, número de hijos y convivencia. Y con respecto a la enfermedad se ha recogido información relativa al diagnóstico, tiempo transcurrido con el tratamiento, posibilidad de recibir trasplante (caso de tratamiento actual hemodiálisis) e historia previa de trasplantes (caso de tratamiento actual hemodiálisis).

**Escala de Satisfacción con la Vida** (SWLS; Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). La SWLS consta de cinco ítems con alternativa de respuesta múltiple entre 1 (*muy en desacuerdo*) a 5 (*muy de acuerdo*) y ofrece una única puntuación que evalúa el juicio global sobre la satisfacción global con la vida. La fiabilidad de esta escala es alta, tal como lo expresa el coeficiente alfa de Cronbach .82 de la versión española aquí utilizada (Cabañero et al., 2004).

**Inventario de Estilos de Personalidad de Millon** (MIPS; Millon, 2001). El instrumento mide la personalidad normal y consta de 180 preguntas, con posibilidad de respuesta V/F. Recoge información de tres áreas de personalidad, que se explican a continuación, dentro de las cuales se agrupan 24 escalas organizadas como bipolares, haciendo referencia a dos rasgos teóricamente opuestos. Con todo, en sentido psicométrico dichas escalas no son bipolares, puesto que cada polo se mide con puntuaciones independientes. La primera de las áreas se refiere a las metas motivacionales (las estrategias adaptativas que guían la vida de las personas), es decir, si se encaminan a la búsqueda de refuerzo positivo o a la evitación de refuerzo negativo (*expansión/preservación*), si el estilo de búsqueda de refuerzo es activo o pasivo (*modificación/adecuación*) y si se centran en sí mismos o en los otros como fuente de refuerzo (*individualidad/protección*). La segunda área identifica los modos cognitivos, que se refieren tanto a las preferencias de las fuentes de información externas frente internas (*extraversión/introversión*) y tangibles frente a intangibles (*sensación/intuición*), como a los procesos de transformación de dicha información, es decir, intelecto frente a afecto (*pensamiento/sentimiento*) y asimilación frente a imaginación (*sistematización/innovación*). Por último, en la tercera de las áreas de personalidad que incluye el MIPS se consideran los estilos en que se desarrollan las relaciones interpersonales. Entre los aspectos sociales se recogen características como la tendencia al distanciamiento frente al gregarismo (*retraimiento/sociabilidad*), la compostura social insegura frente a la segura (*indecisión/decisión*), el incumplimiento frente al conformismo social (*discrepancia/conformismo*), la subordinación frente a la dirección y control (*sumisión/dominio*) y la insatisfacción social frente a la docilidad (*descontento/aquiescencia*).

La adaptación española del cuestionario incluye además tres índices de control para contrarrestar posibles sesgos a la hora de responder: *impresión positiva*, *impresión negativa* y *consistencia*. Una última medida que puede obtenerse del MIPS es el *índice de ajuste*,

que estima el grado en que la persona se encuentra socialmente adaptada a su grupo de referencia y a su entorno. Éste índice se calcula a partir de las puntuaciones de prevalencia en ciertas escalas consideradas positivas (*expansión, sociabilidad, decisión, conformismo, dominio y aquiescencia*), divididas por sus opuestas negativas (*preservación, retraimiento, indecisión, discrepancia, sumisión y descontento*), concediendo a las escalas *expansión* y *preservación* el doble de su valor.

En cuanto a la fiabilidad y validez del MIPS, la adaptación española para adultos muestra que el promedio total de los datos de fiabilidad, medidos mediante el índice alfa de Cronbach, es .73, siendo el mismo para las mujeres, y .71 para los hombres (Millon, 2001).

## Procedimiento

Para contactar con las personas con IRC, tanto en tratamiento de hemodiálisis como de trasplante, se contó con la colaboración de la Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón (ALCER) de Almería. Para contactar con las personas con AR o EA se ha contado con la colaboración del equipo médico y de enfermería del Área de Reumatología del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, de la ciudad de Almería y del Hospital Comarcal de la Merced, en Osuna (Sevilla). Con respecto a la formación del grupo control, se llevó a cabo a partir de los clientes que acudían a una prueba psicométrica para la obtención o renovación del permiso de conducción en el Centro de Psicología "Avenida de la Estación" de Almería.

En todos los casos se ofreció a los pacientes información sobre el estudio y la posibilidad de participar de forma voluntaria, además del contacto de la investigadora, concertándose entrevistas individuales con quienes se mostraron interesados. En dicha entrevista, desarrollada en el establecimiento sanitario donde se obtuvo el contacto, se les explicó el carácter anónimo de la información aportada, se obtuvo el consentimiento informado y se les ofrecieron dos formas de cumplimentación de los cuestionarios, bien de forma autoaplicada o con la ayuda de la entrevistadora, que ha sido la misma persona en todos los casos. Esta última opción ha sido la elegida mayoritariamente (90%); en los casos en que los participantes eligieron realizar por sí mismos los cuestionarios optaron por llevárselos a casa y hubo un elevado porcentaje de no devolución (95%). Los participantes no recibieron ninguna clase de incentivo por su colaboración, si bien se les ofreció conocer los resultados de su evaluación. Siguiendo los índices de control del instrumento MIPS, los datos de cinco participantes fueron considerados inválidos y, por tanto, sus respuestas fueron descartadas de la presente investigación.

## Resultados

### Pruebas previas al análisis de los resultados

Los datos obtenidos fueron procesados con el programa estadístico SPSS, versión 17. En primer lugar se ha realizado el contraste Levene para comprobar si se cumple el supuesto de homocedasticidad en las variables satisfacción, personalidad, edad y tiempo con el tratamiento. Como se puede observar en la tabla 1, las puntuaciones en la variable *satisfacción con la vida* y *tiempo con el tratamiento* incumplen el supuesto de igualdad de las varianzas error. En cambio, en las medidas de *personalidad* y *edad* se cumple con dicho supuesto en todos los casos.

Una vez comprobado esto se procedió a estudiar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en ciertas variables socio-demográficas, que pudieran afectar a la interpretación de los resultados que se obtuvieran. Así, con respecto a la variable *edad* debe señalarse que en un primer momento se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos al realizar el análisis de varianza (ANOVA),  $F(2, 102) = 2.57$ ,  $p = .040$ , pero posteriormente, al aplicar la corrección de Bonferroni, no llegan a ser

**Tabla 1**

Análisis previos: comprobación del supuesto de homocedasticidad en las puntuaciones de edad, tiempo con el tratamiento, satisfacción vital y personalidad

Variables	F	gI1-gI2	p
Edad	1.01	2-102	.404
Tiempo con el tratamiento	10.77	2-102	.000
Satisfacción vital	4.15	4-155	.003
Expansión	0.262	4-155	.902
Preservación	0.136	4-155	.969
Modificación	0.190	4-155	.943
Adecuación	0.298	4-155	.879
Individualidad	0.103	4-155	.981
Protección	0.922	4-155	.453
Extraversión	0.724	4-155	.577
Introversión	0.059	4-155	.994
Sensación	0.309	4-155	.872
Intuición	1.41	4-155	.232
Pensamiento	1.30	4-155	.270
Sentimiento	1.43	4-155	.225
Sistematización	0.855	4-155	.493
Innovación	1.21	4-155	.307
Retraimiento	0.047	4-155	.996
Sociabilidad	0.196	4-155	.940
Indecisión	0.113	4-155	.978
Decisión	0.501	4-155	.735
Discrepancia	1.82	4-155	.126
Conformismo	0.579	4-155	.679
Sumisión	1.15	4-155	.332
Dominio	0.793	4-155	.531
Descontento	0.405	4-155	.805
Aquiescencia	0.354	4-155	.841
Impresión positiva	0.537	4-155	.708
Impresión negativa	0.954	4-155	.435
Consistencia	2.19	4-155	.072
Índice ajuste	0.156	4-155	.960

estadísticamente significativas. Por tanto, se puede considerar que la variable edad es equiparable en los grupos.

En cuanto al *tiempo con el tratamiento*, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de hemodiálisis y espondilitis, como se muestra en la tabla 2.

Por último, para determinar si la distribución de las variables *sexo* y *nivel de estudios* es homogénea entre los grupos se realiza la prueba ji-cuadrado, que arroja una respuesta negativa para la variable *sexo*,  $\chi^2(8) = 24.16$ ,  $p = .002$ . Así, según consideramos la distribución del *sexo* en los grupos clínicos, responde a la desigual incidencia de cada

**Tabla 2**

Estadísticos descriptivos y comprobación de medias para el tiempo con el tratamiento

Estadísticos	Grupo hemodiálisis	Grupo de trasplante	Grupo artritis	Grupo espondilitis
M	4.92 <sup>a</sup>	5.99	7.42	14.07 <sup>a</sup>
SD	4.72	5.86	8.01	12.40
I.C. 95%	(3.27- 6.57)	(3.33-8.66)	(4.67-10.18)	(8.27-19.87)

Nota. Los valores que se muestran con la misma letra presentan diferencias significativas entre sí, aplicando la ecuación de Tamhane.

enfermedad entre hombres y mujeres. La muestra también es heterogénea para *nivel de estudios*,  $\chi^2(8) = 20.18$ ,  $p = .010$ .

### Análisis de los datos para comprobar la primera hipótesis

A continuación, para conocer si existen diferencias significativas entre los grupos con respecto a los valores promedio en *satisfacción*, se utiliza el test de Tamhane. Las diferencias encontradas entre grupos no son significativas en todos los casos, como puede apreciarse en la tabla 3.

Así, puede observarse que el grupo de pacientes en hemodiálisis es el que presenta un menor nivel de satisfacción vital, diferenciándose significativamente tanto del grupo control como del grupo de pacientes con diagnóstico de artritis.

### Análisis de datos para comprobar la segunda hipótesis

Con el fin de conocer qué variables del MIPS predicen la satisfacción con la vida en la muestra total y en cada uno de los grupos se realizan seis análisis de regresión. Debido a que los grupos difieren entre sí en la variable *tiempo con el tratamiento* y que hay grandes diferencias en edad, aunque éstas no llegan a ser significativas, se decidió que estos análisis se realizaran por pasos y, así, controlar la influencia que estas diferencias pudieran tener. Para los grupos clínicos en el primer paso se introducía en todas las ecuaciones la edad de los participantes y en el segundo el *tiempo con el tratamiento*. En el último paso, a través de un método de pasos sucesivos, se introducían las variables de personalidad que pudieran ser significativas a la hora de predecir la satisfacción con la vida de los participantes. Por lo que se refiere a la muestra total y al grupo control, al no existir un tiempo que determine ningún tratamiento para todos los participantes, los análisis de regresión se hicieron en dos pasos, un primero en el que se introducía la edad y otro segundo en el que, mediante un método de pasos sucesivos, se añadían las variables de personalidad que pudieran resultar estadísticamente significativas para predecir las puntuaciones en la escala de satisfacción con la vida. Cuando se utilizaba el método de pasos sucesivos la probabilidad de F para entrar era  $\leq .05$  y para salir de  $F \leq .100$ . Todas las ecuaciones de regresión resultaron significativas con la única excepción de la correspondiente al grupo de pacientes con trasplante que, aun así, rozó la significatividad estadística. Los valores para las ecuaciones de regresión fueron los siguientes: muestra total,  $F(3, 156) = 24.51$ ,  $p = .000$ , hemodiálisis,  $F(3, 30) = 9.495$ ,  $p = .000$ , trasplante renal,  $F(3, 17) =$

**Tabla 3**

Estadísticos descriptivos y comprobación de medias entre grupos para la variable satisfacción

Estadísticos	Grupo hemodiálisis	Grupo de trasplante	Grupo artritis	Grupo espondilitis	Grupo control
M	13.79 <sup>ab</sup>	15.14	17.54 <sup>a</sup>	16.70	18.64 <sup>b</sup>
SD	5.80	4.99	4.85	5.43	3.41
Intervalo de confianza 95%	(12.17- 15.41)	(13.08- 17.20)	(15.94- 19.14)	(14.58-18.81)	(17.30- 19.97)

Nota. Los valores que se muestran con la misma letra son estadísticamente diferentes entre sí, aplicando la ecuación de Tamhane.

3.11,  $p = .054$ , artritis,  $F(4, 30) = 7.44$ ,  $p = .000$ , espondilitis,  $F(4, 15) = 10.399$ ,  $p = .000$  y control,  $F(3, 46) = 11.91$ ,  $p = .000$ . En la tabla 4 se pueden examinar los resultados pormenorizados de estos análisis.

Como se aprecia en la tabla 4 la edad es una variable que generalmente se presenta con un peso negativo sobre la satisfacción vital. De igual forma ocurre con el tiempo con el tratamiento. En cualquier caso, una vez controladas estas variables nos encontramos que para todos los grupos considerados en la presente investigación, con la única excepción del grupo de pacientes con trasplante renal, las variables de personalidad permiten predecir de forma estadísticamente significativa el nivel de satisfacción vital de los participantes, ofreciendo niveles considerables de varianza explicada.

### Discusión

Según los datos que se acaban de presentar, con respecto a la primera hipótesis solo puede considerarse parcialmente cumplida.

Como indican los mismos, el valor promedio de la satisfacción vital dentro de las muestras clínicas solo difiere significativamente entre el grupo de hemodiálisis y el de artritis, además de entre el grupo de hemodiálisis y el grupo control. Estos resultados apuntarían hacia la mayor capacidad de la IRC y de las condiciones del tratamiento de hemodiálisis para afectar al bienestar subjetivo en comparación con los síntomas de la artritis reumatoide y del grupo control. Como se mencionó, una de las características de la IRC es su amenaza a la supervivencia que, sumada a las exigentes pautas de tratamiento que representa la hemodiálisis y sus efectos secundarios, tiene capacidad para incidir de forma importante en la calidad de vida (Mapes et al., 2003). Así, en línea con lo defendido por Veenhoven (1994), nuestros datos apuntan a que las personas son capaces de sentirse satisfechas con la vida siempre y cuando las condiciones de ésta no sean excesivamente difíciles y estén cubiertas sus necesidades básicas.

Con la intención de ofrecer una visión general, en la figura 1 se muestra una comparativa con datos españoles recientes y el rango de

**Tabla 4**

Serie de análisis de regresiones múltiples en los diferentes grupos para la variable criterio satisfacción vital, controlando las variables edad (en todos los grupos) y tiempo con el tratamiento (sólo para los grupos clínicos) y tomando como variables independientes todas las escalas e índices de control del MIPS

Muestra	Paso	Factores	R <sup>2</sup> corregida	β	t	p
Muestra total	1	Edad	.016	-.150	-1.908	.058
	2	Edad	.307	-.189	-2.720	.007
		Índice de ajuste		.512	7.706	.000
Grupo Hemodiálisis	1	Edad	-.011	-.139	-.793	.434
	2	Edad	-.014	-.114	-.643	.525
		Tiempo con tratamiento		.169	.952	.349
Grupo de trasplante	3	Edad	.436	-.196	-1.470	.152
		Tiempo con tratamiento		-.069	-.493	.625
		Impresión negativa		-.705	-5.073	.000
Grupo de artritis	1	Edad	-.052	.023	.100	.921
	2	Edad	-.095	.035	.147	.885
		Tiempo con tratamiento		.118	.500	.623
Grupo Espondilitis	3	Edad	.241	-.117	-.577	.571
		Tiempo con tratamiento		-.131	-.618	.545
		Extraversión		.646	2.993	.008
Grupo control	1	Edad	.002	-.176	-1.029	.311
	2	Edad	-.029	-.183	-.944	.352
		Tiempo con tratamiento		.015	.077	.939
Grupo control	3	Edad	.431	-.256	-1.656	.108
		Tiempo con tratamiento		-.131	-.885	.383
		Expansión		.700	4.995	.000
Grupo control		Conformismo		.468	3.188	.003
	1	Edad	.100	-.384	-1.765	.095
	2	Edad	.049	-.355	-1.271	.221
Grupo control		Tiempo con tratamiento		-.049	-.176	.862
	3	Edad	.664	-.487	-2.909	.011
		Tiempo con tratamiento		-.230	-1.333	.202
Grupo control		Sumisión		-.953	-5.732	.000
		Sociabilidad		-.486	-2.886	.011
	1	Edad	.057	-.275	-1.986	.053
Grupo control	2	Edad	.400	-.196	-1.759	.085
		Pensamiento		.384	3.338	.002
		Descontento		-.578	-5.017	.000

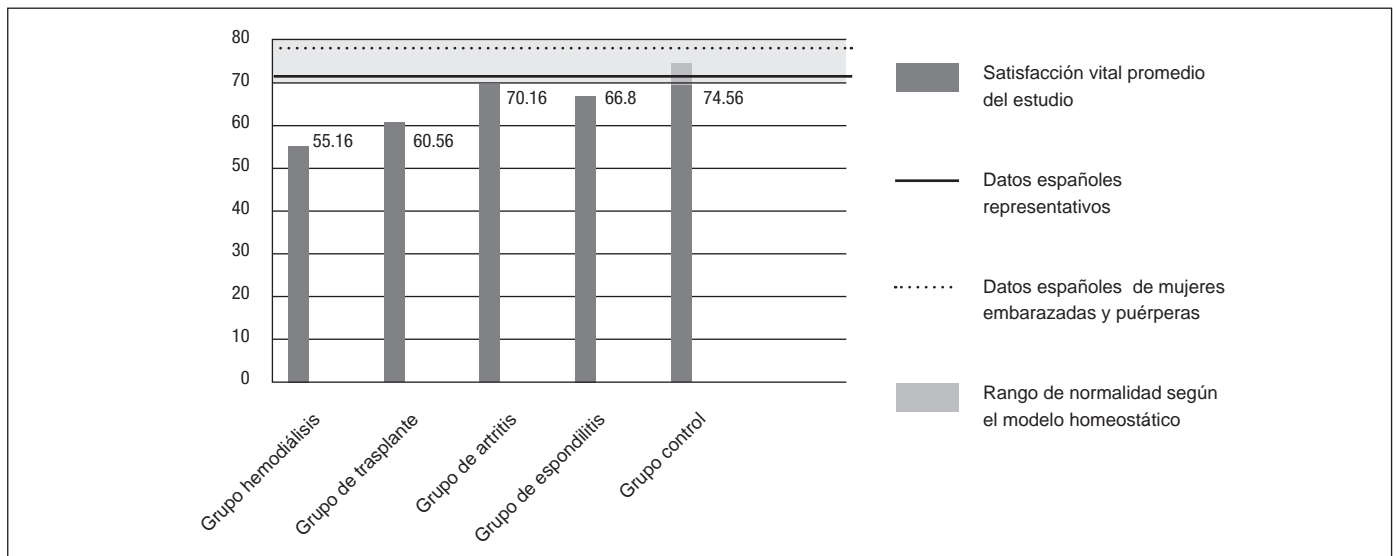


Figura 1. Comparativa con datos normativos españoles.

normalidad propuesto por el modelo de bienestar de Cummins (2010). En primer lugar, se observa que, a excepción del grupo de artritis y el grupo control, todos los demás se sitúan por debajo del umbral del rango normativo propuesto por dicho modelo. Si se comparan éstos datos con muestras españolas normativas (Cabañero et al., 2004; Vázquez, Duque y Hervás, 2013) se comprueba nuevamente que se sitúan por debajo de las mismas, señalando presumiblemente el efecto en la satisfacción vital de sufrir enfermedades crónicas.

En relación con la segunda hipótesis, tras controlar la edad y el tiempo con el tratamiento se observa que las variables de personalidad que se han introducido en el modelo para cada grupo y el signo de cada relación permiten confirmarla en nueve de diez de dichas variables. Tan solo el signo negativo encontrado en la escala *sociabilidad* en el grupo de espondilitis se mostraría contrario a lo planteado en esta hipótesis. Al tomar los datos en su conjunto se puede observar en las diferentes ecuaciones de regresión que en las variables predictoras de la satisfacción vital aparecen representadas tanto las tres áreas del MIPS (motivacional, cognitiva e interpersonal) como sus índices de control. Por tanto, cabría considerar, tal y como apuntan otros autores (González Ramella et al., 2003), que estos índices aportan algo más que garantías sobre fiabilidad, validez y tendencia de respuesta, equiparándose a auténticos rasgos de personalidad. Así, cumpliendo con la hipótesis propuesta, para el conjunto de la muestra son dos índices de control los que explican, con signo positivo, el 30.7% de la varianza en satisfacción: *índice de ajuste e impresión positiva*. En cuanto al sentido teórico del *índice de ajuste*, guarda gran semejanza con la adaptación social (Fierro y Cardenal, 2001), puesto que estima el grado en que la persona se considera socialmente ajustada a su grupo de referencia (Millon, 2001). Por su parte, se recuerda que el *índice impresión positiva* mide el grado en que las personas intentan dar una imagen de sí mejor de lo que realmente es y que algunos autores han identificado con *deseabilidad social* (González Ramella et al., 2003). En cuanto a los grupos clínicos, se observa que en el grupo de hemodiálisis la *impresión negativa* es la única variable que, tras controlar *edad y tiempo con el tratamiento*, explica una considerable proporción de la varianza en satisfacción vital (43.6%). Además, al presentar un signo negativo, este dato viene a confirmar la segunda hipótesis propuesta. En este sentido González Ramella et al. (2003) sugieren que *impresión negativa* puede considerarse como una medida de autoestima. Ello vendría a indicar que la satisfacción vital se relaciona negativamente con una baja autoestima en este grupo de pacientes de hemodiálisis. El siguiente grupo

que se ha analizado es el de personas con trasplante, pero dado que su modelo de predicción no resultó significativo no tiene objeto discutir sus resultados. Por su parte, el grupo de artritis sí ha ofrecido resultados significativos que permiten confirmar la hipótesis propuesta. Así, tras controlar *edad y tiempo con el tratamiento*, las escalas *expansión* y *conformismo* permiten explicar el 43.1% de la varianza en satisfacción. Ambas variables se encuentran en la polaridad adaptativa del modelo (Millon, 2001). Como se mencionó, la escala *expansión* mide el área motivacional de las personas y concretamente su tendencia a concentrarse en la búsqueda de refuerzos positivos (placer). Por tanto, su valor adaptativo y su contribución con respecto al bienestar personal, la adaptación social y los indicadores de salud general física-psicológica son considerables (Dresch, 2007; Fierro y Cardenal, 2001). En cuanto a la escala *conformismo*, se refiere al área interpersonal y, en oposición a *discrepancia*, mide el nivel de conformidad y respeto a la tradición y normas sociales. Cabría suponer que, dado el empeño en el cumplimiento de las normas y de sus responsabilidades, la persona alta en *conformismo* se esfuerce por continuar con sus obligaciones, aun a pesar de su enfermedad, condición necesaria para la aceptación y buen afrontamiento del dolor (Hayes et al., 1999). En el siguiente grupo, conformado por personas con espondilitis, dos variables interpersonales aparecen como predictoras del 66.4% de la varianza en satisfacción vital después de controlar la edad y el tiempo con el tratamiento. Se trata de las escalas *sumisión* y *sociabilidad*, ambas con signo negativo, lo que en el caso de la *sociabilidad* contradice la hipótesis propuesta. Cabe señalar que una puntuación alta en *sumisión* describe a quienes subordinan sus propias preferencias a las de los demás, llegando a menoscabar sus intereses (Millon, 2001). De forma coherente con otros estudios esta variable se ha relacionado negativamente con los indicadores de salud y ajuste psicológico (Dresch, 2007; Fierro y Cardenal, 2001). A la inversa, se han encontrado puntuaciones elevadas de *sumisión* en personas con depresión doble en comparación con un grupo control (González Ramella et al., 2003), subrayando el carácter no adaptativo de esta escala. En cuanto a la *sociabilidad*, o tendencia al gregarismo y a la comunicación con los demás, es una escala situada invariablemente en la polaridad adaptativa del modelo (Dresch, 2007; Fierro y Cardenal, 2001; Millon, 2001), aspecto que no apoyan los datos que aquí se presentan. De esta manera, este resultado inesperado indicaría que en este grupo de espondilitis un mejor ajuste psicológico descansaría, por un lado, en una menor tendencia a relacionarse con los demás y, por otro, en un menor grado de imposición de los intereses de los demás frente a los propios.

Finalmente, los resultados del grupo control también permiten confirmar la hipótesis planteada, puesto que las variables predictoras *pensamiento* y *descontento* se han introducido en la ecuación de regresión con el signo esperado, explicando el 40% de la varianza en satisfacción. En concreto, la escala cognitiva *pensamiento* hace mención a la tendencia considerada adaptativa de interpretar la realidad en base a la lógica y la razón frente a los afectos (Dresch, 2007; Fierro y Cardenal, 2001; Millon, 2001). Por su parte, la escala interpersonal *descontento* identifica a personas que sienten que han sido tratadas injustamente por los demás y por la vida (Millon, 2001). De forma congruente con nuestros resultados, los estudios muestran una relación inversa de esta escala con el bienestar personal y la adaptación social, (Dresch, 2007; Fierro y Cardenal, 2001; González Ramella et al., 2003).

En cuanto al diseño de la investigación, observamos que los datos transversales pueden ser apropiados para un primer acercamiento al estudio de las relaciones entre enfermedades crónicas, satisfacción vital y personalidad. No obstante, serán necesarios amplios estudios longitudinales que permitan establecer datos generalizables, que aporten información sobre el proceso de adaptación que ha podido tener lugar con el transcurso del tiempo y que controlen otro tipo de factores intervinientes. Por tanto, recordaremos que la cualidad correlacional del diseño no permite extraer conclusiones de causalidad sino relaciones entre datos. Una segunda consideración tiene que ver con la imposibilidad de asignación aleatoria de los sujetos a los grupos clínicos, característica del método experimental, dado que el muestreo viene dado por el diagnóstico de cada participante. Así, las muestras están compuestas por desigual proporción de hombres y mujeres, si bien existen datos que muestran que la variable sexo no ha ofrecido datos diferenciales en cuanto a satisfacción general (Diener et al., 1999). En cambio, sí hay estudios que señalan que existen diferencias en personalidad en función del sexo (Millon, 2001), aunque tales diferencias en personalidad han demostrado tener poca incidencia en la salud, según la muestra española estudiada por Dresch (2007). De la misma manera, se recuerda que la muestra es heterogénea en cuanto al tiempo que llevan los participantes con su tratamiento, aunque este aspecto sí ha sido controlado en los análisis estadísticos.

Creemos, en cualquier caso, que el conocimiento del potencial de las distintas enfermedades crónicas para incidir en el bienestar subjetivo, así como de los factores personales clave para hacerles frente, podrían contribuir a evitar la comorbilidad, que en muchas ocasiones se deriva de la falta de ajuste psicológico e igualmente los gastos sanitarios derivados de este hecho.

### Extended Summary

The World Health Organization (OMS, 2013) recently established satisfaction with life as the main indicator of subjective well-being in the context of 2020 health targets. This component of well-being is the most stable over time and resistant to outside influences (Diener, 1984; Luhmann, Hawkey, Eid, & Caccioppo, 2012). It should be emphasized that most people's subjective well-being remains stable in a positive range (Cummins, 2010; Diener, 1996; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). However, loss of health usually decreases satisfaction with life (Strine, Chapman, Balluz, Moriarty, & Mokdad, 2008; Frijters, Johnston, & Shields, 2011; Lucas, 2007; Pagán-Rodríguez, 2010, 2011; Powdthavee, 2009). Longitudinal data provided by many of these studies have identified both external factors (Powdthavee, 2009; Smith, Loewenstein, Jankovich, & Ubel, 2009; Strine et al., 2008) (severity of the disability and transience of the illness) and characteristics of the subject (Boyce & Wood, 2011) that impact on the possibility and speed of recovering the levels of satisfaction prior to loss of health. However, more research on how aspects typical of different illnesses and more adaptive personality characteristics impact on the level of satisfaction with life in each case is still necessary.

In this context, studies have shown that Millon's normal personality model is an indicator of physical and psychological health (Dresch, 2007; Fierro & Cardenal, 2001) and point out the relationship between better health and more adaptive Millon's (2001) model polarities. In this respect, we should bear in mind that these studies were carried out with large samples of people with no diagnosis of physical illness or psychological disorder, leaving open the question of how these adaptive personality styles would relate to a chronic illness.

Summarizing, the first goal of this study was to find out whether levels of satisfaction with life in groups of patients with several different chronic illnesses and a control group from a nonclinical population significantly differ. The criterion for selection of these groups was therefore guided by the threat to life and the extent of dysfunction brought on by their medical conditions: chronic renal insufficiency (CRI), rheumatoid arthritis (RA), and ankylosing spondylitis (AS). Thus, a first hypothesis posed is that the average levels of satisfaction with life differ significantly among groups of people with different chronic illnesses. The second goal of this study was directed at studying the relationship between satisfaction with life and personality variables to identify which one contributes most directly to good psychological adjustment in each group. Thus, the hypothesis posed is that satisfaction with life can be predicted, with different signs depending on its adaptive nature, based on the MIPS personality scales and indices.

## Method

### Participants

A sample consisting of 160 subjects, distributed in four clinical groups plus a control group, participated in this study. The Hemodialysis Group ( $n = 34$ ) was made up of persons with CRI who were undergoing hemodialysis, and included 21 men and 13 women. The Transplant Group ( $n = 21$ ) was comprised of persons who had received a kidney transplant, and was made up of 12 men and nine women. The Arthritis Group ( $n = 35$ ) was made up of patients diagnosed with rheumatoid arthritis, and was composed of 27 women and 8 men. The Spondylitis Group ( $n = 20$ ) was made up of patients diagnosed with ankylosing spondylitis and contained 15 men and 5 women. The gender distribution of the Control Group, with persons who reported not having been diagnosed with any chronic medical illness or psychological disorder, was 21 men and 29 women.

### Instruments

Each participant had first answered a questionnaire specifically designed for the occasion to acquire sociodemographic and clinical data. Then they took the Satisfaction with Life Scale (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). The SWLS is a five-item scale with multiple-choice answers from 1 (*strongly disagree*) to 5 (*strongly agree*) and has a single score that evaluates the overall judgment on satisfaction with life. Finally, personality was evaluated with the Millon Index of Personality Styles (MIPS; Millon, 2001). This instrument measures normal personality and consists of 180 T/F questions. It collects information from three personality areas (Motivating Styles, Thinking Styles and Behaving Styles), which group 24 bipolar scales referring to two theoretically opposite traits.

### Procedure

Possible participants in the clinical groups were informed about the study and the anonymous nature of the information they would contribute through associations and health-care resources. Those who showed interest in participating were put in touch with the researcher and their informed consent was acquired. Participation was voluntary and participants received no incentive for it, although they were offered to be informed of the results of their evaluation. In most cases (90%), the tests were filled out by the interviewer herself and the rest did so without assistance.

## Results

### Satisfaction with life

The group of patients on hemodialysis showed the lowest level of satisfaction with life ( $M = 13.79$ ), significantly differentiating from both the control group ( $M = 18.64$ ) and the group of patients diagnosed with arthritis ( $M = 17.54$ ) (see Table 3).

### Personality variables predicting satisfaction with life

When the regression analyses were done, the variables *age* and *time in this situation* were controlled for. The regression equations were significant in all the groups except the transplant patients: total sample,  $F(3, 156) = 24.51, p = .000$ ; hemodialysis,  $F(3, 30) = 9.495, p = .000$ ; kidney transplant  $F(3, 17) = 3.11, p = .054$ ; arthritis  $F(4, 30) = 7.44, p = .000$ ; spondylitis  $F(4, 15) = 10.399, p = .000$ ; and control  $F(3, 46) = 11.91, p = .000$ . Table 4 shows the predictive variables explaining a considerable percentage of the variance in satisfaction with life.

## Discussion

The first hypothesis may only be partly considered to have been proven. The results show that CRI and hemodialysis treatment conditions affect subjective wellbeing more than the symptoms of rheumatoid arthritis or the control group. One of the characteristics of CRI is its threat to survival, which in addition to the demanding hemodialysis treatment patterns and its secondary effects has a much stronger impact on the quality of life (Mapes et al., 2003). Thus, as argued by Veenhoven (1994), our data show that people are able to feel satisfied with their lives as long as the conditions are not overly difficult and their basic needs are covered.

It was found that the personality variables entered in the prediction model for each group and the sign of each relationship confirm the second hypothesis in nine out of ten of these variables. Therefore, the data presented here, except for the negative relationship in the *sociability* scale in the spondylitis group, are in line with the theoretical adaptability of the Millon model (2001) and with data provided by several studies done with general (Dresch, 2007; Fierro & Cardenal, 2001) and clinical (González Ramella et al., 2003) populations. It should be recalled that age in all groups and time in this situation in the clinical groups were controlled for. Thus, complying with the hypothesis proposed, in this sample, two control indices explained 30% of the variance in satisfaction: *adjustment index* and *positive impression*. In the hemodialysis group, the *negative impression* variable explains 32.6% of variance in satisfaction with life. The next group analyzed was persons with a kidney transplant, but since their prediction model was not significant, there is no point in discussing the results. In the arthritis group, the *expansion* and *conformism* scales explained 43.1% of variance in satisfaction. Both variables are found in the adaptation polarity of the model. The following group, made up of persons with spondylitis, shows two interpersonal variables that predict 66.4% of variance in satisfaction with life. These are the *submission* and *sociability* scales, both negative, which in the case of *sociability* contradicts the hypothesis proposed. Finally, the results of the control group also enable confirmation of the hypothesis posed, since the variables *thought* and *unhappiness* were entered in the regression equation with the expected sign and explained 40% of the variance in satisfaction.

Millon's concept of personality styles should not be confused with traits or types. The virtue of the model stems from the configuration of its dimensions, which sketch a personality style which could be considered adaptive if it is able to respond effectively to the demands of the setting.

Concerning the study design, the cross-sectional data may be appropriate for a first approach to the study of relationships between chronic illness, satisfaction with life, and personality. However, broad longitudinal studies will be necessary to overcome the

following limitations. In the first place, the samples are comprised of an unequal proportion of men and women, although there are data showing that gender does not lead to differential data in general satisfaction (Diener et al., 1999). On the other hand, there are studies showing differences in personality based on gender (Millon, 2001), although such differences in personality have been demonstrated to have little impact on health, according to the Spanish sample studied by Dresch (2007). Likewise, it should be remembered that the sample is not uniform insofar as the time the participants had been in each situation, although this aspect was controlled for in the statistical analyses, and also *education*. Notwithstanding the above, the scant ability that sociodemographic variables have for impacting on satisfaction with life in developed societies is an established fact (Veenhoven, 1994).

## Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Se agradece la colaboración en el proceso de recogida de datos a la Asociación para la Lucha contra las Enfermedades del Riñón ALCER Almería, a los Servicios de Reumatología del Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería) y del Hospital Comarcal de la Merced de Osuna (Sevilla), así como a todos los participantes que desinteresadamente han hecho posible la realización de este trabajo.

## Referencias

- Arnett, F. C., Edworthy, S. M., Bloch, D. A., McShane, D. J., Fries, J. F., Cooper, N.S., ... Hunder, G. G. (1988). The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 31, 315-324. <http://dx.doi.org/10.1002%2Fart.1780310302>
- Boyce, C. J. y Wood, A. M. (2011). Personality prior to disability determines adaptation: Agreeable individuals recover lost life satisfaction faster and more completely. *Psychological Science*, 22, 1397-1402. <http://dx.doi.org/10.1177/0956797611421790>
- Cabañero, M. J., Richart, M., Cabrero, J., Orts, M. I., Reig, A. y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la escala de satisfacción con la vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16, 448-455.
- Carmona, L. (2002). Epidemiología de la artritis reumatoide. *Revista Española de Reumatología*, 29, 86-89.
- Carmona, L. y González, R. (2005). La espondilartrosis en BIOBADASER. *Reumatología Clínica*, 1, 12-15. <http://dx.doi.org/10.1016%2FS1699-258X%2805%2972756-X>
- Collantes, E., Zarco, P., Muñoz, E., Juanola, X., Mulero, J., Fernández-Sueiro, J. L., ... Carmona, L. (2007). Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: Description of the first national registry (REGISPONER). *Rheumatology*, 46, 1309-1315. <http://dx.doi.org/10.1093%2Frheumatology%2Fkem084>
- Cummins, R. A. (2010). Subjective wellbeing, homeostatically protected mood and depression: A synthesis. *Journal of Happiness Studies*, 11, 1-17. <http://dx.doi.org/10.1007%2Fs10902-009-9167-0>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. <http://dx.doi.org/10.1037%2F0033-2909.95.3.542>
- Diener, E. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185. <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1467-9280.1996.tb00354.x>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffing, S. (1985). The Satisfaction with life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. [http://dx.doi.org/10.1207%2Fs15327752jpa4901\\_13](http://dx.doi.org/10.1207%2Fs15327752jpa4901_13)
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302. <http://dx.doi.org/10.1037%2F0033-2909.125.2.276>
- Dresch, V. (2007). *Relaciones entre personalidad y salud física-psicológica: Diferencias según sexo-género, situación laboral y cultura-nación* (tesis doctoral). Recuperado del Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid: <http://eprints.ucm.es/7494/1/ucm-t29612.pdf>
- Fierro, A. y Cardenal, V. (2001). Pertinencia de estilos de personalidad y variables cognitivas a indicadores de salud mental. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54, 207-226.
- Frijters, P., Johnston, D. W. y Shields, M. A. (2011). Life satisfaction dynamics with quarterly life event data. *The Scandinavian Journal of Economics*, 113, 190-211. <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1467-9442.2010.01638.x>
- González Ramella, G., Varela, D., Aparicio García, M., Guichon, R., Ceriani, P. y Baraza, F. (2003). *Estilos de personalidad en depresivos; perfil del MIPS en un grupo de pacientes y controles*. Interpsiquis, 4º Congreso Virtual de Psiquiatría. Disponible en <http://hdl.handle.net/10401/2795>



- Hayes, S. C., Bissett, R. T., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. S., Cooper, L. D. y Grundt, A. M. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33-47.
- Hernández-García, C., González-Álvaro, I., Villaverde, V., Vargas, E., Morado, I.C., Pato, ... Zubeita, D. (2002). El estudio sobre el manejo de la artritis reumatoide en España (emAR) (II). Características de los pacientes. *Revista Española de Reumatología*, 29, 130-141.
- Linden, S. V., Valkenburg, H. A. y Cats, A. (1984). Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the spondylitis New York criteria. *Arthritis y Rheumatism*, 27, 361-368. <http://dx.doi.org/10.1002%2Fart.1780270401>
- Lucas, R. E. (2007). Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: Evidence from two nationally representative longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 717-730. <http://dx.doi.org/10.1037%2F0022-3514.92.4.717>
- Luhmann, M., Hawkey, L. C., Eid, M. y Caccioppo, J. T. (2012). Time frames and the distinction between affective and cognitive well-being. *Journal of Research in Personality*, 46, 431-441. <http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jrp.2012.04.004>
- Mapes, D. L., Lopes, A. A., Satayathum, S., Mccullough, K. P., Goodkin, D. A., Locatelli, F., ... Port, F. K. (2003). Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: The dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS). *Kidney International*, 64, 339-349. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1523-1755.2003.00072.x>
- Millon, T. (1976). *Psicopatología moderna: Un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.
- Millon, T. (2001). *Inventario de estilos de personalidad de Millon (MIPS), Manual* (adaptación de Sánchez-López, M. P., Díaz-Morales, J. F. y Aparicio-García, M. E.). Madrid: Tea Ediciones, S.A.
- National Kidney Foundation (2002). *KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification*. Recuperado de [http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines\\_ckd/ex2.htm#ckdex1](http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/ex2.htm#ckdex1)
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Joint meeting of experts on targets and indicators for health and well-being in Health 2020*. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/joint-meeting-of-experts-on-targets-and-indicators-for-health-and-well-being-in-health-2020>
- Pagán-Rodríguez, R. (2010). Onset of disability and life satisfaction: evidence from the German Socio-Economic Panel. *European Journal of Health Economics*, 11, 471-485. <http://dx.doi.org/10.1007%2Fs10198-009-0184-z>
- Pagán-Rodríguez, R. (2011). Longitudinal Analysis of the Domains of Satisfaction Before and After Disability: Evidence from the German Socio-Economic Panel. *Social Indicators Research*. <http://dx.doi.org/10.1007%2Fs11205-011-9889-3>
- Powdthavee, N. (2009). What happens to people before and after disability? Focusing effects, lead effects, and adaptation in different areas of life. *Social Science and Medicine*, 69, 1834-1844. <http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.socscimed.2009.09.023>
- Registro Español de Enfermos Renales (2012). *Informe de diálisis y trasplante 2011*. <http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/reercongensen2012.pdf>
- Smith, D., Loewenstein, G., Jankovich, A. y Ubel, P. (2009). Happily hopeless: adaptation to a permanent, but not to a temporary, disability. *Health Psychology*, 28, 787-791. <http://dx.doi.org/10.1037%2Fa0016624>
- Sociedad Española de Reumatología (2011). *Espondilitis Anquilosante*. Recuperado de [http://www.ser.es/wiki/index.php/Espondilitis\\_Anquilosante](http://www.ser.es/wiki/index.php/Espondilitis_Anquilosante)
- Strine, T. W., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Moriarty, D. G. y Mokdad, A. H. (2008). The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among U.S. community-dwelling adults. *Journal of Community Health*, 33, 40-50. <http://dx.doi.org/10.1007%2Fs10900-007-9066-4>
- Vallés, M. y García García, M. (1989). Enfermedad renal primaria de los pacientes sometidos a tratamiento sustitutivo renal en España. Características y Evolución (1976-1986). *Nefrología*, 9, 371-378.
- Vázquez, C., Duque, A. y Hervás, C. (2013). *Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos: Validación y datos normativos*. En prensa. Disponible en: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES\\_pdf/2012-SWLS\\_Normative\\_data\\_copia.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2012-SWLS_Normative_data_copia.pdf)
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.