

López Bustamante, Piedad Liliana

Propuesta de un modelo descriptivo de las características psicológicas del síndrome de sensibilización central

Tesis de Doctorado en Psicología
Facultad de Psicología y Psicopedagogía

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central “San Benito Abad”. Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

López Bustamante, P. L. (2013). *Propuesta de un modelo descriptivo de las características psicológicas del síndrome de sensibilización central* [en línea]. Tesis de Doctorado, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/propuesta-modelo-descriptivo-caracteristicas.pdf> [Fecha de consulta:]

REPÚBLICA ARGENTINA



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

SANTA MARIA DE LOS BUENOS AIRES

Facultad de Psicología y Educación

PROPUESTA DE UN MODELO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS
PSICOLÓGICAS DEL SINDROME DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL

Tesis para optar al grado académico de Doctor en Psicología de la Facultad de
Psicología y Educación de la Universidad Católica Argentina

DOCTORANDO: Piedad Liliana López Bustamante

DIRECTOR DE TESIS: Yvonne Gómez Maquet

CODIRECTOR: Jorge Julián Calle Bernal

2013

PÁGINA DE APROBACIÓN

RESUMEN

La investigación se enmarca dentro de un paradigma cuantitativo, ex post facto retrospectivo de tipo transversal con grupo cuasi control, para determinar la presencia de variables psicológicas (personalidad, afectividad negativa y alexitimia) en un grupo de personas adultas que presentan síndrome de sensibilización central SSC (n=98), con el diagnóstico de migraña, intestino irritable y fibromialgia (grupo clave), comparado con un grupo de personas sin diagnóstico (n=49) (grupo cuasi control), con el fin de proponer un modelo psicológico descriptivo del síndrome de sensibilización central complementario al modelo fisiopatológico de Yunus. Los instrumentos utilizados fueron el NEO PI-R (Costa & McCrae, 1990), cuestionario de depresión estado-rasgo IDER (Agudelo, Buela-Casal & Spielberger, 2008), inventario de evaluación de ansiedad estado-rasgo, (STAI) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982), inventario de expresión de ira estado rasgo (STAXI-2) (Tobal, Casado, Cano & Spielberger, 2001), y la escala de alexitimia (UBA) (Casullo, Wiater & Maristany, 1997). El análisis estadístico se basó en las medidas de tendencia central y de dispersión, con comparación de grupos con base en pruebas paramétricas para los factores y facetas de personalidad y no paramétricas (U Mann- Whitney) para la afectividad rasgo-estado (ansiedad, depresión e ira) y alexitimia, pasando luego a un modelo de regresión logística. Los resultados indicaron que las variables psicológicas que se asocian y predicen el síndrome de sensibilización central y que por tanto hacen parte del modelo a proponer fueron: el alto neuroticismo, la baja extroversión y la responsabilidad, como factores de personalidad. En afectividad negativa la ansiedad tanto estado como rasgo y un marcado nivel de alexitimia. Además a nivel de las facetas de los diferentes factores de personalidad se encontró como características del SSC las siguientes: depresión, ansiedad social, impulsividad, vulnerabilidad, bajo gregarismo, baja búsqueda de emociones, baja competencia y alto sentido de orden y deber; a diferencia del grupo sin SSC.

Palabras clave: Factores y facetas de personalidad, afectividad negativa, alexitimia, síndrome de sensibilización central, migraña, intestino irritable, fibromialgia, psicología de la salud, vulnerabilidad biológica, vulnerabilidad psicológica.

ABSTRACT

The investigation is done within the framework of a quantitative paradigm, ex post facto retrospectively of transversal type with a quasi control group in order to determine the presence of psychological variables (personality, negative affective states and Alexithymia) in a group of adults with Central Sensitivity Syndrome CSS (n=98), with symptoms such as Migraine, Irritable Bowel Syndrome and Fibromyalgia (key group), compared to an undiagnosed group (n= 49) (quasi control group) in order to propose a descriptive psychological model of the Central Sensitivity Syndrome complementary to the Yunus pathophysiological model. The instruments used were NEO PI-R (Costa&Mc Crae, 1990), a State-Trait Depression STD questionnaire (Agudelo, Buela-Casal&Spielberger, 2008), State-Trait Anxiety Evaluation Inventory (STAI) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982), State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2) (Tobal, Casado, Cano & Spielberger, 2001), and the Alexithymia Scale (Casullo, Wiater & Maristany, 1997). The statistic analysis was based in the measures of central trend and dispersion, comparing groups based on parametric tests for aspects and facets of personality and non-parametric (U Mann - Whitney) for Affective State-Trait (Anxiety, Depression and Anger) and Alexithymia moving on to a logistic regression model. The results show that the psychological variables shown and that predict a Central Sensitivity Syndrome CSS, thus forming part of the proposed model where: High neuroticism, low extroversion and responsibility as aspects of personality and in Negative Affective States, both State and Trait Anxiety and an important level of Alexithymia. Characteristics of CSS were also found on the different aspects of personality facets such as: Depression, Social Anxiety, Impulsiveness, Vulnerability, Low Gregariousness, Low Emotion Search, Low Competitiveness and a High sense of order and duty; as opposed to the group without CSS.

Key words: factors and facets of personality, negative affectivity, alexithymia, central Sensitivity migraine, irritable bowel syndrome, fibromyalgia, psychology, health, biological vulnerability, psychological vulnerability.

DEDICATORIA

A todas aquellas personas que hacen de sus sueños un camino y lo recorren con decisión y valentía para hacerlo realidad.

AGRADECIMIENTO

Al Dios de la vida por esta oportunidad y experiencia.

A mi familia, en especial a mi esposo y mi hija, por su comprensión, acompañamiento y renuncia.

A todas aquellas personas que de manera desinteresada han participado afectiva y académicamente de este proceso.

A mis directores por su dedicación, empeño y conocimiento.

A la Universidad por su apoyo.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I: Introducción	17
1.1 Antecedentes	17
1.2 Planteamiento del Problema	27
1.3 Propósito	31
1.4 Relevancia del Estudio en el Ambito Académico	31
1.5 Naturaleza del Estudio.....	33
1.6 Hipótesis de la Investigación	33
1.7 Supuestos	34
1.8 Limitaciones.....	36
Capítulo II: Marco Teórico	38
2.1 Introducción.	38
2.2 Marco Teórico.	39
2.2.1 Síntomas médicos inexplicados (funcionales)	39

2.2.2 Síndrome de sensibilización central: (SSC).....	41
2.2.3 Dolor Crónico.....	43
2.2.4 Migraña	45
2.2.5 Síndrome de intestino irritable (SII).....	47
2.2.6 Fibromialgia	50
2.2.7 Personalidad	54
2.2.8 Emociones y estados afectivos negativos.....	63
2.2.9 Alexitimia.....	72
2.2.10 Modelos de salud y enfermedad.....	76

Capítulo III: Método

86

3.1 Introducción.	86
3.2 Diseño de la Investigación	86
3.3 Conveniencia del Diseño.	87
3.4 Variables.	87
3.5 Pregunta de Investigación.	90
3.6 Población	91
3.7 Muestra	91
3.8 Marco del Muestreo.	92

3.9 Información sobre el consentimiento.	93
3.10 Confidencialidad.	94
3.11 Localización Geográfica.	95
3.12 Técnicas para la recolección de los datos.	95
3.12.1 Encuesta de datos generales:	96
3.12.2 NEO PI-R, Revised Neo Personality Inventory (Costa & McCrae, 1990) (Ver apéndice C).....	96
3.12.3 Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo ST-DEP o IDER (Agudelo, Buela-Casal & Spielberger, 2008). Ver apéndice D	98
3.12.4 Inventario de Evaluación de Ansiedad Estado-Rasgo, (STAI) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982). Ver apéndice E.....	100
3.12.5 Inventario de expresión de Ira Estado Rasgo (STAXI-2). Ver apéndice F.	101
3.12.6 Escala de Alexitimia (UBA). Casullo, Wiater y Maristany (1997). Ver apéndice G.....	104
3.13 Análisis de Datos	105
3.14 Validez y Confiabilidad	109

Capítulo IV: Resultados 110

4.1 Análisis descriptivo de la muestra	110
4.2 Estadísticos descriptivos, nivel según rango y comparación de medias	114

4.3 Análisis de regresión logística	132
--	------------

Capítulo V: Discusión y Conclusiones 138

Personalidad	139
Factores de personalidad	140
Facetas de personalidad.....	143
Afectividad negativa	147
Alexitimia.....	149

Modelo de las características psicológicas del síndrome de sensibilización

Central.	151
-----------------	------------

Conclusiones	162
---------------------------	------------

Referencias	165
--------------------	------------

Apéndice A. Consentimiento Informado	197
Apéndice B. Encuesta de Datos Generales	200
Apéndice C. Revised NEO Personality Inventory.	202
Apéndice D. ST-DEP	215
Apéndice E. STAI.....	217
Apéndice F. STAXI-2.....	219
Apéndice G. Escala de Alexitimia (UBA)	223

Lista de Tablas

Tabla 1 Descripción de las variables del estudio.....	88
Tabla 2 Distribución de la muestra según las variables sociodemográficas para el grupo clave (SSC) y el grupo cuasi control (sin SSC).....	111
Tabla 3 Distribución de la muestra según las variables sociodemográficas por patologías.....	112
Tabla 4 Intervalos de edad para la muestra del grupo clave (SSC) y el grupo cuasi control (sin SSC).....	113
Tabla 5 Estadísticos descriptivos para la variable edad por patologías.....	113
Tabla 6 Estadísticos descriptivos de los factores de personalidad del grupo clave (SSC), nivel de clasificación y prueba t en relación con el grupo cuasi control (sin SSC).....	115
Tabla 7 Estadísticos descriptivos de los factores de personalidad para las patologías del SSC, nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (Sin SSC).....	116
Tabla 8 Estadísticos descriptivos en las facetas de personalidad del factor neuroticismo en el grupo clave (SSC), nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (sin SSC).....	117
Tabla 9 Estadísticos descriptivos en las facetas de personalidad del factor extroversión en el grupo clave (SSC), nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (sin SSC).....	118
Tabla 10 Estadísticos descriptivos en las facetas de personalidad del factor apertura en el grupo clave (SSC), nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (sin SSC).....	119
Tabla 11 Estadísticos descriptivos en las facetas de personalidad del factor amabilidad en el grupo clave (SSC), nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (sin SSC).....	120
Tabla 12 Estadísticos descriptivos en las facetas de personalidad del factor responsabilidad en el grupo clave (SSC), nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (sin SSC).....	121
Tabla 13 Estadísticos descriptivos de los facetas de personalidad del factor Neuroticismo para las patologías del SSC, nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (Sin SSC).....	123

Tabla 14 Estadísticos descriptivos de los facetas de personalidad del factor extroversión para las patologías del SSC nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (Sin SSC).....	124
Tabla 15 Estadísticos descriptivos de los facetas de personalidad del factor apertura para las patologías del SSC nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (Sin SSC)	125
Tabla 16 Estadísticos descriptivos de los facetas de personalidad del factor amabilidad para las patologías del SSC nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (Sin SSC)	126
Tabla 17 Estadísticos descriptivos de los facetas de personalidad del factor responsabilidad para las patologías del SSC nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (Sin SSC).....	127
Tabla 18 Estadísticos descriptivos, nivel de clasificación y prueba U de Mann-Whitney para la afectividad negativa rasgo, en el grupo clave (SSC) y el grupo cuasi control (sin SSC).....	128
Tabla 19 Estadísticos descriptivos, nivel de clasificación y prueba U de Mann-Whitney para la afectividad negativa estado, en el grupo clave (SSC) y el grupo cuasi control (sin SSC).....	129
Tabla 20 Estadísticos descriptivos, nivel de clasificación y prueba U de Mann-Whitney para la afectividad negativa rasgo, por patologías	130
Tabla 21 Estadísticos descriptivos, nivel de clasificación y prueba U de Mann-Whitney para la afectividad negativa estado, por patologías.....	131
Tabla 22 Estadísticos descriptivos, nivel de clasificación y prueba U de Mann-Whitney para alexitimia en el grupo clave (SSC) y el grupo cuasi control (sin SSC)	131
Tabla 23 Estadísticos descriptivos, nivel de clasificación y prueba U de Mann-Whitney para alexitimia por patologías	132
Tabla 24 Resumen del análisis de regresión logística de los factores de personalidad asociado al síndrome de sensibilización central (SSC).....	133
Tabla 25 Resumen del análisis de regresión logística de los facetas de personalidad asociadas al síndrome de sensibilización central (SSC)	134
Tabla 26 Resumen del análisis de regresión logística de la afectividad negativa rasgo en el síndrome de sensibilización central (SSC).....	135

Tabla 27 Resumen del análisis de regresión logística de la afectividad negativa estado en el síndrome de sensibilización central (SSC).....	136
Tabla 28 Resumen del análisis de regresión logística de alexitimia en el síndrome de sensibilización central (SSC)	136

Lista de Figuras

Ilustración 1 Esquema ilustrativo del presente estudio.	30
Ilustración 2 Propuesta sobre los miembros de la familia de los síndromes de sensibilización central.	42
Ilustración 3 Mapa conceptual del síndrome de sensibilización central	152
Ilustración 4 Mapa conceptual de las variables personalidad, estados afectivos y alexitimia	153
Ilustración 5. Modelo de las características psicológicas del síndrome de sensibilización central. (SSC).	154

“LOS CIEGOS Y EL ELEFANTE”

Cuentan que seis ciegos un día
decidieron estudiar completamente al elefante,
animal que nunca vieron.
Mas si ver no podían, es claro, juzgar sí, pensaron y dijeron.

El primero se acercó al elefante, que en pie se hallaba;
Tocó su flanco alto y duro; palpó bien y declaró:
¡Ya lo tengo! El elefante ¡es igual que una pared!

El segundo, de un colmillo tocó la punta aguzada,
y sin más dijo: ¡Está clarísimo!, mi opinión está tomada:
Bien veo que el elefante ¡es lo mismo que una espada!

Toca la trompa el tercero, y, en seguida, de esta suerte
habla a los otros muy fuerte: es largo, redondo, repelente...
¡El elefante, señores, es una enorme serpiente!

El cuarto, osado y animoso, por una pata trepa;
¡oh, qué tronco más gordo! - exclama.
Y luego dice a los otros: Amigos, ¡esto es un árbol añoso!

El quinto toca una oreja y proclama: ¡Amigos, colegas míos,
equivocados estáis completamente!
yo os digo que ¡el elefante es –obviamente- un raro y extraño abanico!

El sexto, al fin, coge el rabo, se agarra bien, trepa...:
¡Vamos, vamos, compañeros; ninguno en su juicio acierta!.
El elefante es..., ¡tocadlo!, una sogá... Sí, ¡una cuerda!

Los ciegos del Indostán disputan y se querellan;
cada uno seguro de haber hecho bien su prueba...
¡Todos con una pizca de razón..., y todos yerran!

Una razón que justifica el interés por el estudio de factores psicológicos en el síndrome de sensibilidad central es la falta de acuerdo sobre su etiología, la ausencia de datos clínicos que apoyen la existencia de patología orgánica, la importancia del dolor como síntoma principal, la dificultad de los tratamientos empleados para su remisión y la relevancia de factores psicológicos en el mantenimiento del síndrome.

Capítulo I: Introducción

1.1 Antecedentes

A los servicios médicos en atención primaria llega un alto porcentaje de personas (15% al 25%) que experimentan algunos síntomas físicos y consultan por síntomas médicos inexplicados o funcionales, sin presentar una patología convencional posible de identificar (Allen Escobar, Lehrer, Gara & Woolfolk, 2002; Burton, 2003), donde un tercio de ellos son remitidos a consulta psiquiátrica (Jackson & Kroenke, 2008). La prevalencia anual es del 6 a 36%, de los cuales solo una pequeña proporción reciben un diagnóstico de enfermedad específica (Mayou & Farmer, 2002), y el 30 al 70% permanece sin explicación luego de una evaluación (Guzman, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997), encontró que los síntomas funcionales son comunes e incapacitan a los pacientes en todos los países y culturas, posterior a un año después de la presentación de los síntomas.

La causa de los síntomas funcionales aún está en estudio y debe continuarse el trabajo respecto a las teorías etiológicas. En la práctica son atribuidos a una causa única patológica o psicológica, enfoques que para la explicación y la planificación del tratamiento llevan a una postura simplista y dualista. La evidencia disponible sugiere que factores biológicos, psicológicos, interpersonales y de cuidado de la salud son todos potencialmente importantes. (Mayou & Farmer, 2002). En algunos casos se ha enfatizado la primacía de lo psicológico sobre lo biológico y se han utilizado los términos

somatización, cuadros funcionales o síntomas físicos sin explicación médica (Granel, 2006).

Los síntomas somáticos en los pacientes son la expresión de dificultades emocionales, que comprometen complejas interacciones psicológicas, familiares y sociales. La medicina se ha preocupado por entender la presencia de estos síntomas médicamente inexplicados o funcionales y ha aplicado el modelo biomédico obteniendo pobres resultados, por buscar reconocer síntomas y generar diagnósticos trasladando atribuciones subjetivas de los pacientes a correlatos objetivos, que configuran una entidad o síndrome objetivo y específico (Granel, 2006).

Granel enumera tres formas de categorizar y entender los síntomas somáticos no explicables, en los que se destacan: los síndromes clínicos en relación a los síntomas, los cuales describen síntomas definidos que configuran patrones clínicos y cada especialidad los relaciona de acuerdo con el órgano, aparato o sistema de su incumbencia (Lipowsky, 1998); las categorías psiquiátricas, incluidas dentro de las categorías del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales puntualizando en los trastornos somatomorfos, en los que hay presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, efectos de una sustancia u otro trastorno mental (APA, 2000) y la visión integradora, la cual tiene en cuenta las clasificaciones anteriores y asume como premisa que la somatización no es una entidad específica, pero sí un proceso con diferentes aristas y grados de expresión (Epstein & Quill, 1999).

En la actualidad se ha acuñado el término de síndrome de sensibilidad central (SCC), para referirse al conjunto de síntomas funcionales que comprende un grupo superpuesto y similar de síndromes sin patología estructural con mecanismos comunes de sensibilización central (SC), que involucran hiper excitación de las neuronas centrales a través de la actividad simpática neuroquímica y de neurotransmisores con algunas características comunes incluidas como: dolor, trastorno del sueño poco reparador, fatigabilidad, hiperalgesia y ausencia de patología estructural de los tejidos (Yunus, 2007).

Yunus propone un grupo de entidades con características similares, las cuales llama síndrome de sensibilidad central (SSC), a la que pertenecen el síndrome de intestino irritable, cefalea tipo tensional, migraña, desorden temporomandibular, dolor miofacial, síndrome de piernas inquietas, movimientos periódicos límbicos en el sueño, sensibilidad química múltiple, dismenorrea primaria, síndrome uretral femenino, cistitis intersticial, fatiga crónica, fibromialgia y desorden de estrés postraumático, basada en el conocimiento de los mecanismos habituales biofisiopatológicos de estos que les unen entre ellos (Yunus, 2007).

La migraña, es un desorden crónico del sistema nervioso, caracterizado por la aparición de episodios típicos, recurrentes de dolor de cabeza, los cuales usualmente se asocian a náusea, vómito, fotofobia, sonofobia. Los estudios epidemiológicos poblacionales informan sobre cifras altas de prevalencia de la migraña y su ocurrencia ocasiona serios trastornos en la vida social y laboral de las personas que la padecen (Braswell, 2010). Es un importante problema de salud, en primer lugar, por su alta prevalencia en Colombia de 100.6 por cada mil habitantes y en segundo lugar porque

provoca una carga importante para los pacientes, la familia y la sociedad (Fernández-Concepcion & Canuet- Delis, 2003).

Se sitúa como un síndrome doloroso cefálico positivo por no existir antecedentes o signos físicos que sugieren enfermedad subyacente (The International Classification of headache Disorders, 2004). Es una de las causas más frecuentes de consulta en el adulto, es la decimonovena causa de años vividos con discapacidad en todo el mundo (OMS, 2010).

Puede iniciarse a cualquier edad, generalmente entre 10 y 30 años de edad y a veces desaparece después de los 50, dificulta el buen desarrollo en el ritmo de vida normal y es evaluada por las personas como incapacitante y desfavorecedora de su calidad de vida, además de costosa y fatigante (AEPAC, 2011).

Los trastornos en cefaleas tienen una carga importante sobre quienes los padecen por su sufrimiento personal, el empeoramiento de la calidad de vida y los costos económicos. Es 3 veces más común en mujeres (18%) que en hombres (Lipton & Bigal, 2005; Lipton, Lipton , Stewart & Simon, 1998; Silberstein & Stewart, 1994).

Investigaciones han asociado la migraña con espectros de personalidad y otras variables psicológicas importantes. Los resultados indican cómo los pacientes son significativamente más depresivos, ansiosos y alexitímicos que personas normales, asociado en más medida con ansiedad que con depresión (Muftuoglu, Herken, Demirci, Virit & Neyal, 2004) con puntuaciones significativamente más altas en pensamientos automáticos y alexitimia, pero inferiores en asertividad (Yücel, Kora, Ozyalçın, Alçalar & Ozdemir, 2002). Además con una alta demanda de ayuda en el tratamiento y poca eficacia

de éste, donde el estrés y la ansiedad deberían considerarse cuidadosamente (Radat et al, 2008).

Se encontró que los problemas psicopatológicos de personalidad inestable y la depresión, son importantes en la migraña, el 68% de los casos muestran personalidad inestable, 64% introvertida, 27% equilibrada y 49% de los pacientes con signos moderados y severos de depresión (González, González , Quintana & Fernandez, 2009).

El síndrome de intestino irritable (SII), otra de las patologías pertenecientes a los síndromes de sensibilización central, es una enfermedad funcional digestiva crónica, benigna y recurrente, de más de tres meses de evolución, caracterizada por malestar o dolor abdominal asociado con alteraciones del tracto intestinal o distensión abdominal, sensación de evacuación incompleta, eliminación de moco con las heces y otros síntomas digestivos, no atribuibles a otra enfermedad, sin causas estructurales, metabólicas o infecciosas identificables (Estopa, Jorquera, Santos & Veiga, 2004).El SII forma parte del grupo de los trastornos gastrointestinales funcionales y se asocia con otros trastornos como fibromialgia, fatiga crónica, alteraciones de la articulación temporomandibular o dolor pélvico crónico(Whitehead, Palsson & Jones, 2002).

Es un trastorno común en el área de la gastroenterología donde consultan entre el 25 y el 38% de las personas. Es dos a tres veces más frecuente en mujeres.La tasa de prevalencia global es similar (aproximadamente del 10%) en la mayoría de los países industrializados y tiene un gran impacto económico debido al uso de los servicios médicos y costos indirectos principalmente a través del absentismo. En el siglo pasado

desde la década de los 40 se ha relacionado de forma importante con el estrés y alteraciones psiquiátricas como depresión y ansiedad, con mayor proporción que la población general (León - Barua, 2005).

En la década de los 80 se destacaban como características más importantes de los pacientes con síndrome de intestino irritable, la inestabilidad e inmadurez afectiva, la inseguridad y el estado permanente de tensión, ansiedad, obsesividad, tendencia al perfeccionismo y búsqueda permanente de afecto, comprensión y protección (Carafi, Ergas & Molina, 1985). Pacientes con SII son descritos como personas nerviosas, histéricas, neuróticas, hipocondríacas, neurasténicas, ansiosas y deprimidas. El comienzo de sus síntomas está relacionado con sucesos vitales estresantes (Kaplan & Sadock, 1987).

Kaplan, Keuthen, Gupta, Yu-Siao y Masand (1996) estudiaron pacientes con trastorno de pánico comparados con controles sin comorbilidad psiquiátrica y encontraron que el 46% cumplieron con criterios de SII y solo el 2% del grupo control. El 51.2% de personas con SII presentan al menos un diagnóstico psiquiátrico como depresión 34.4%, reacción al estrés 17.7% y trastornos de ansiedad 15.8% (Whitehead et al., 2002).

En una investigación desarrollada en Medellín Colombia, concluyeron que la ansiedad y la depresión se relacionan significativamente con dimensiones de la calidad de vida de pacientes con SII (Vinaccia, Amador, Tamayo, Vásquez & Fernández, 2005). Seres et al., (2008), encuentran que estos pacientes tienen niveles significativamente más altos de angustia psicológica, severidad del dolor, estrategias de afrontamiento mal adaptativas (catastrofización) y baja calidad de vida que otros pacientes con diagnóstico de úlcera.

La última de las patologías descritas en el estudio es la fibromialgia, que es un síndrome caracterizado por la presencia de dolor crónico extenso, centrado especialmente en zona cervical, trapecios, zona lumbar, trocánteres, tercio proximal de extremidades superiores o inferiores y con frecuencia manos, carpos, rodillas, tobillos o pies, cuya característica principal es la hipersensibilidad para presentar dolor al recibir un estímulo en cualquier parte del sistema músculo esquelético que ha determinado la construcción de los criterios clínicos actuales para el diagnóstico de la enfermedad. Se acompaña de otros síntomas como alteración del descanso nocturno, fatiga, algunas alteraciones neurocognitivas, estrés emocional y mecanismos fisiopatológicos y relación entre los síntomas (Wolfe et al., 1990).

Algunos autores relacionan fibromialgia y personalidad, entre los que se destacan, Clark y Watson (1991); Quimby, Blocky Gratwick (1988), quienes no encontraron diferencias significativas con un grupo control respecto a factores de personalidad medidos a partir de la prueba 16 PF tales como neuroticismo y extroversión. Aunque Scudds, Rollman, Harth y Mc Cain (1987) sí las encontraron en introversión social, depresión y ansiedad.

Besteiro, Álvarez, Lemos, Muñiz, Costa y Weruaga (2009) refirieron en la escala de neuroticismo puntajes significativos en las dimensiones de ansiedad, depresión, ansiedad social y vulnerabilidad, y en la escala de extroversión en las dimensiones de gregarismo, actividad y emociones positivas, y también presencia de trastornos de personalidad en pacientes con fibromialgia (Campos, López & Sotolongo, 2008).

Es difícil establecer conclusiones respecto a la ansiedad y la depresión en fibromialgia con los estudios realizados en la década de los 80 y los 90, por la variedad en las muestras e instrumentos utilizados. Si bien hubo apoyo empírico en la presencia de problemas psicológicos en la fibromialgia, estos no son necesariamente parte integrante del mismo, ni tienen que ocurrir siempre, ni de la misma forma (Bennett, 1990; Buckelew, 1989; Goldenberg, 1987; Merskey, 1990; Pastor, López, Rodríguez & Quilis, 1995; Turk & Flor, 1989; Wolfe, 1988).

Quimby, Block y Gratwick (1988), Clark y Watson (1991) no encontraron diferencias significativas respecto a la ansiedad rasgo en pacientes con fibromialgia, sin embargo en estudios más recientes se logra establecer la presencia de ansiedad en dichos pacientes (Burckhardt, Liedberg, Henriksson & Kendall, 2005; Malt, Olafsson, Anders & Holger, 2002; Vallejo, Rivera, Esteve & Rodríguez, 2012). Igualmente estados emocionales alterados con sintomatología ansiosa (Eksioglu, Yazar, Bal, Usan & Cakci, 2007), trastorno mixto depresivo ansioso (Campos et al., 2008) con niveles muy elevados de fatiga, cansancio matutino y ansiedad (Keller, De Gracia & Cladellas, 2011), estrés y aislamiento social (Zelman, 2012), son propios en pacientes con fibromialgia al igual que la alexitimia, particularmente la dificultad en la identificación de las emociones, (Atagunet al., 2012).

Respecto a la depresión se encontraron puntuaciones más altas para la fibromialgia (Ahles, Yunus & Masi, 1986; Besteiro et al., 2009; Burckhardt et al., 2005; Campos et al., 2008; Goldenberg, 1989; Hubera, Lisa, Biasib & Carlia, 2008; Malt, Olafsson, Anders & Holger, 2002; Uveges et al., 1990; Vallejo, Rivera, Esteve & Rodríguez, 2012), en un rango del 25 al 60% (Benjamin, Morris & McBeth et al., 2000; González, Tornero & Carbonell, 2005; White & Harth, 2002) y estados emocionales

alterados en forma de sintomatología depresiva (Eksioglu et al.,2007). Aproximadamente 3 de cada 10 personas tienen depresión mayor en el momento de su diagnóstico. Niveles altos en rigidez articular y dolor son acompañados de síntomas depresivos (Keller et al., 2011), dolor profundo crónico del músculo y el punto de activación lleva a una menor actividad que le hace ser más reservado y también puede conducir a la depresión (Zelman, 2012).

Bradley (1989), Hudson y Pope (1989), Merskey (1990) y Bennett (1990), refieren que la fibromialgia no puede tomarse como un trastorno psiquiátrico o que sea su causa, aunque sí puede agravar el cuadro. Aunque se aprecia relación con altos puntajes de afectividad, dolor y comportamientos hipocondríacos en pacientes con dolor crónico incluyendo la fibromialgia (Hueber, Suman, Bias & Cali, 2009).

Es así, como no existen datos concordantes que apoyen la existencia de un perfil psicológico de la fibromialgia (Boissevain & McCain, 1991; Goldenberg, 1987; Turk & Flor, 1989).

Referidas las tres patologías del estudio que hacen parte del síndrome de sensibilización central: migraña, síndrome de intestino irritable y fibromialgia y la relación con variables psicológicas como los estados afectivos negativos y personalidad, se hace necesario entender la forma en que las personas experimentan emociones resultado de sus evaluaciones cognitivas de eventos o situaciones.

La valoración de algunas emociones es acompañada de un sentido de certeza, que permite la comprensión de lo que está sucediendo en la actual situación y la capacidad de

predecir lo que va a ocurrir a continuación, o de un sentido de incertidumbre que lleva a la falta de comprensión acerca de lo que está sucediendo y la incapacidad para determinar qué va a pasar, así la dimensión de certeza importa más que la dimensión de valencia para determinar si una emoción conlleva a diferente tipo de procesamiento de información(Major, 2011).

Las emociones y el nivel de procesamiento de la información pueden influir en la enfermedad, por la relación de la acción personal en términos de las atribuciones sobre las situaciones problemáticas(Kang & Capella, 2008). Cuando una persona experimenta una dolencia física, puede estar emocionalmente frágil debido a que el bienestar mental se basa, en parte, en la ilusión de invulnerabilidad. La enfermedad conlleva a una desesperanza reflejada en poca ilusión, debilidad, impotencia y vulnerabilidad, lo que desencadena depresión y ansiedad.

En los últimos 25 años se ha relacionado la personalidad y la enfermedad. Autores refieren: el patrón de conducta tipo A y su relación con las enfermedades coronarias (Friedman, Byers, Rosenman & Neuman,1974); la ira y la hostilidad como fuentes principales de enfermedad (Spielberger, Jacobs, Russell & Crane, 1983);la supresión de emociones y cáncer como personalidad tipo C(Greer, Morris & Pettingale, 1979); personalidad tipo D (Denollet & Brutsaert, 1998)y tipologías de personalidad de acuerdo a las enfermedades(Grossarth-Maticcek & Eysenck, 1990).

El factor de personalidad como el neurotisisismo se asocia con un alto número de problemas médicos y con una percepción negativa de su estado de salud, mientras que el

factor apertura y amabilidad con percepciones positivas de la salud(Jerram & Coleman, 1999).

A pesar de hacer mención de la presencia de factores psicológicos en algunas patologías que componen los SSC, no se ha logrado establecer un modelo unificador de lo psíquico. De esta manera el presente estudio pretende identificar las características psicológicas que comparten las personas diagnosticadas con migraña, intestino irritable y fibromialgia, a partir de un modelo psicológico complementario a la propuesta integradora desde lo fisiopatológico de Yunus, creando una perspectiva que permita un eje vincular entre dos disciplinas como son la medicina y la psicología, para la comprensión de la enfermedad y así poder ampliar un panorama en la intervención tanto de lo físico como de lo mental.

1.2 Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra cómo los problemas de salud mental aumentan su influencia en la carga de morbilidad general (World Health Organization, 2013). La prevalencia del síndrome de sensibilización central es creciente y más alta en mujeres (Kroenke & Spitzer, 1998), de etiología mal conocida, de diagnóstico difícil y solapable , de curso crónico y sin tratamiento médico que haya mostrado eficacia. (Nemiah, Rabe-Hesketh, Wesseley & Hotopf, 2001).

El síndrome de sensibilización central (SSC) comprende un grupo de síndromes similares, sin patología estructural superpuesta, con un mecanismo común de sensibilización central (SC) que consiste en hiperexcitación de las neuronas centrales a través de la actividad sináptica de neurotransmisores y neuroquímicos, que se manifiesta con hipersensibilidad a varios estímulos nocivos o no (Yunus , 2000 ;Yunus, 2007).

Estudiar el tema del síndrome de sensibilización central (SCC) y su relación con variables psicológicas permite articular la enfermedad con lo psíquico y ayuda a tener un acercamiento en un área de relevancia actual, como lo es la psicología de la salud, definida como el estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud enfermedad y de la atención de la salud; con el propósito de estudiar aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como en las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la presentación de servicios de salud (Morales, 2009).

La dicotomía salud física- salud mental se ha cuestionado y se está reconociendo el componente de lo psicosocial en la enfermedad, donde se sobrepasan los límites de la interdependencia de la psique y el cuerpo para buscar la intervención en patologías de origen médico, desde miradas complementarias como las de lo psicológico. Síntomas somáticos como dolor, debilidad y fatiga son una preocupación importante para los pacientes, que después de una evaluación médica extensa no se encuentra una explicación ni una enfermedad identificable.

En la propuesta investigativa se consideran tres de las patologías pertenecientes al SSC de Yunus, que son migraña, síndrome de intestino irritable y fibromialgia. La

revisión de literatura, como se mencionó en los antecedentes, muestra asociación de éstas con características de personalidad, especialmente las dimensiones de neuroticismo (inestabilidad) y extroversión-introversión, sin embargo, no se hace mención a los demás factores de personalidad propuestos por Costa y McCrae. También se refirió la relación con ansiedad y depresión, sin describir si éstas dependen de estados situacionales en los que se presenta sintomatología ansiosa o depresiva o si es una característica relativamente estable de personalidad, es decir, si podría hablarse de un rasgo de afectividad negativa y con la presencia o ausencia de alexitimia

Cada una de las patologías , se ha estudiado en relación a variables psicológicas, aunque ha sido de manera independiente, por lo tanto se busca encontrar las similitudes en los factores y facetas de personalidad , la afectividad negativa estado rasgo en ansiedad, depresión e ira y la alexitimia y presentar un modelo que amplíe la propuesta biológica clasificatoria de Yunus.

Las teorías tradicionales y aún vigentes en las cuales se basa el estudio para abordar los aspectos psicológicos son en personalidad el modelo de los cinco factores (Costa & McCrae, 1984; Goldberg, 1993), para el tema de la afectividad negativa el modelo tripartito de la ansiedad y la depresión de Clark y Watson (1991) y la teoría sobre estado rasgo de Spielberger (1975) y para el constructo de alexitimia la teoría planteada por Sifneos y Nemiah (1973,1975).

El modelo busca facilitar un trabajo interdisciplinar, apoyado en el campo de la psicología de la salud, que permita la comprensión y entendimiento dela enfermedad

como resultado de un proceso biológico, psicológico y social; justificado en el comportamiento como elemento que influye y regula el proceso de salud-enfermedad.

Conocer variables psicológicas de las personas con síndrome de sensibilización central permite hacer un aporte de carácter teórico con evidencia empírica, y precisar diferentes factores asociados, que pueden convertirse en un patrón de comportamiento disfuncional que genera malestar físico y emocional en las personas que lo padecen.

En la ilustración 1 se visualiza el esquema que induce a la inquietud investigativa, partiendo de los síntomas médicos que componen el síndrome de sensibilización central, con sus cuatro componentes comunes y las variables psicológicas a estudiar para lograr el modelo psicológico complementario al modelo médico.

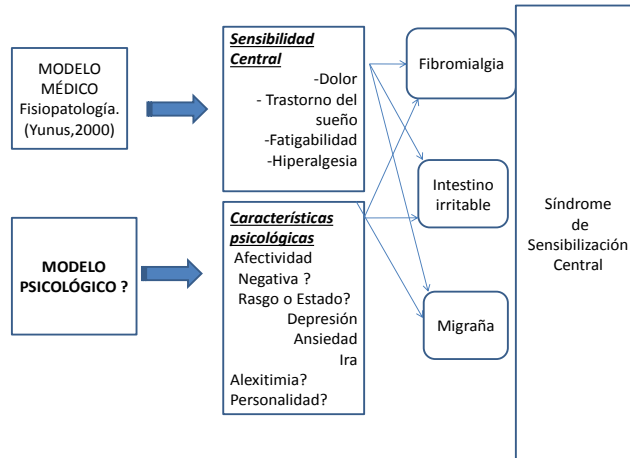


Ilustración 1 Esquema ilustrativo del presente estudio. (López, 2013)

Es así como se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles características psicológicas de personalidad, afectividad negativa y alexitimia son comunes en personas adultas diagnosticadas con migraña, síndrome de intestino irritable o fibromialgia que permitan la formulación de un modelo psicológico para el síndrome de sensibilización central?

1.3 Propósito

Proponer un modelo psicológico descriptivo del síndrome de sensibilización central que complemente el modelo fisiopatológico de Yunus, considerando tres de las patologías que lo conforman (migraña, síndrome de intestino irritable y fibromialgia), a partir de características psicológicas encontradas en relación a los factores y facetas de personalidad, afectividad negativa estado-rasgo y alexitimia.

1.4 Relevancia del Estudio en el ámbito académico

El síndrome de sensibilización central es el término que introdujo Yunus para referirse a todas aquellas entidades médicas, en las cuales se evidencia mecanismos biofisiopatológicos identificables y padecimiento de dolor, que produce una incapacidad significativa al individuo y una inversión alta en términos de salud. El autor propone abordar estas patologías no desde la estructura tradicional de la dualidad patología-psiquiatría sino desde una visión integradora (Yunus,2007).

Es conveniente hacer un esfuerzo por agrupar diferentes factores determinantes que puedan estar relacionados con la sensibilización central, debido a que investigaciones dan cuenta de algunos elementos particulares y aislados para explicar el mantenimiento y la causa de las patologías, pero sin establecer un perfil claro y preciso.

Por esta razón se realiza el estudio para permitir a diferentes profesionales de la salud, iniciar acciones de evaluación y estrategias de prevención e intervención que ayuden a mitigar el impacto que han tenido estas enfermedades en la sociedad contemporánea. Esto facilitará en consecuencia la generación de acciones orientadas a mejorar las condiciones de vida de las personas en todas sus dimensiones.

La participación del psicólogo en temas de salud debe estar fortalecida y dirigida hacia la presentación de iniciativas que tengan un alto impacto social (Botero, 2005) y que cohesionen los esfuerzos aislados, para así, trascender la visión dualista de una salud mental separada de la física.

Estudiar el fenómeno, caracterizar los aspectos psicológicos y proponer un modelo descriptivo en el ámbito de la psicología, permite un trabajo más pertinente y eficaz en personas con indicadores de síndrome de sensibilización central. Toda acción que busque mejorar la calidad de vida de las personas es beneficiosa en el ámbito de la salud mental y pública.

La ejecución de este proyecto no pone en riesgo el equilibrio social y ambiental existente en la ciudad, ni a los individuos que hacen parte de la muestra. Por el contrario, genera un impacto positivo dentro del componente social del medio ambiente por la generación de conocimiento que es de utilidad para entender el fenómeno en relación con constructos psicológicos vinculados tales como presencia factores de personalidad, afectividad negativa (depresión y/o ansiedad estado-rasgo) y alexitimia.

1.5 Naturaleza del Estudio

Se trata de un estudio ex post facto retrospectivo de tipo transversal con grupo cuasi control, pareado de acuerdo a las variables socio demográficas edad y género (Montero & León, 2005, 2007), para determinar la presencia de variables psicológicas (factores de personalidad, afectividad negativa y alexitimia) en un grupo de personas adultas con el diagnóstico de migraña, intestino irritable y fibromialgia, (grupo clave), comparado con un grupo de personas sin diagnóstico de síndrome de sensibilización central (grupo cuasi control).

La descripción de las características psicológicas que diferencian a las personas con el síndrome y sin éste, se determina mediante la aplicación de instrumentos como el NEO PI R Revised NEO Personality Inventory (Costa & McCrae, 2002), el cuestionario de depresión estado-rasgo ST-DEP (Agudelo, Buena & Spielberger, 2008); inventario de evaluación de ansiedad estado-rasgo, STAI (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982), inventario de ira estado-rasgo, STAXI –2 (Tobal, Casado, Cano & Spielberger, 2006) y la escala de alexitimia UBA (Casullo, Figueroa & Askenazi, 1991; Sivak & Wiater, 2006).

1.6 Hipótesis de la Investigación

H1: Las personas con síndrome de sensibilización central en los factores de personalidad se caracterizan por altos niveles de neuroticismo y responsabilidad con una baja extraversión, que quienes no lo presentan.

H2: Existe presencia de afectividad negativa en ansiedad, depresión e ira rasgo en personas con síndrome de sensibilización central que quienes no lo presentan.

H3 Existe presencia de afectividad negativa en ansiedad, depresión e ira estado en personas con síndrome de sensibilización central que quienes no lo presentan.

H4: Existen niveles altos de alexitimia en el grupo de personas diagnosticadas con síndromes de sensibilización central que quienes no lo presentan.

1.7 Supuestos

En la revisión de literatura sobre fibromialgia, intestino irritable y migraña se evidencia como desde lo biológico se ha identificado un denominador común para la comprensión de estas patologías, la sensibilización central (Yunus, 2000) que presenta una ausencia de patología estructural de los tejidos y cuatro aspectos comunes dolor, trastorno del sueño poco reparador, fatigabilidad e hiperalgesia.

Se encuentran puntuaciones más altas en depresión para la fibromialgia y se ha resaltado la relevancia del estado de ánimo negativo a lo largo de todo el curso de la enfermedad(Campos et al., 2008; Eksioglu et al., 2007; Vallejo et al., 2012), también trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad y rasgos de personalidad(Alda, García , Pascual & Olmedo , 2003).

La relación entre personalidad y fibromialgia evidencia puntuaciones altas en neuroticismo, ansiedad, depresión y malestar general, y menores puntuaciones en extraversión,destacando con los resultados la importancia de un modelo biopsicosocial para el entendimiento de la patología(Besteiro et al., 2009; Malt, Olafsson, Lund & Urisin, 2002).

En el síndrome de intestino irritable se aprecia que los factores cognitivos son importantes en el comportamiento de búsqueda de atención y los emocionales en la presencia de trastornos comórbidos del estado de ánimo o de ansiedad (Palason & Drossman , 2005). La ocurrencia simultanea de trastornos de ansiedad e intestino irritable puede deberse a una superposición etiológica de factores biopsicosociales y neurofisiológicos donde el estrés emocional se asocia con hábitos intestinales alterados y dolor abdominal(Masand et al., 2002).

El 80 % de los pacientes con SII, tienen trastornos psicológicos como ansiedad, especialmente ansiedad generalizada y trastornos de angustia (Blanchard, 2001), depresión, y trastornos somatomorfos (Lydiar, 1992; Walker, Roy, Katon, Li, Amos & Jiranek, G. (1990) e historias de trauma emocional severo como abuso sexual que se han reportado en el 53% de los pacientes (Franco, 2006).

El SII correlaciona con la fibromialgia y con un mayor grado de angustia psicológica(Reyet al., 2009), además con altos niveles de ansiedad y depresión (Crane & Martin, 2004). Es asociado al estrés, a puntajes altos en neuroticismo e introversión (Drossman et al., 1998; Latimer et al., 1981)y a grados altos de alexitimia (Porcelli, Zaka, Leoci, Centonze & Taylor, 1995; Sriram, Chaturvedi, Gopinath & Shanmugam, 1987).

En migraña los estados afectivos negativos como estrés y ansiedad han presentado una alta correlación(Radat et al., 2008), medidas en depresión, pensamientos automáticos, alexitimia y puntuaciones inferiores en asertividad (Yücel et al., 2002), trastornos de somatización, depresión y desordenes de personalidad (Abbas, Lovas & Purdy, 2008). En relación al perfil de personalidad asociado con migraña se han encontrado valores altos en

el componente neurótico, psicótico (Guitera, Gutierrez, Muñoz, Castillo, & Pascual, 2001) y en personalidad inestable con signos de neurosis y depresión (González et al., 2005).

Así la descripción de características psicológicas en este grupo de patologías que hacen parte del SCC permitiría una mayor comprensión de ellas desde una perspectiva multifactorial en personalidad, aspectos emocionales y alexitimia, pueden favorecer el mantenimiento, la pérdida o la recuperación de la salud. En palabras de Ribes (1990), las condiciones biológicas del organismo pueden ser afectadas diferencialmente dependiendo de la manera en que el individuo actúa frente a las contingencias de una situación determinada.

Lo anterior se fundamenta en el estudio de Brady, Porter, Conrad y Manson (1985), quienes demostraron que el comportamiento es capaz de regular las formas de reacción biológica, dependiendo del tipo de conducta a ejecutar y de los parámetros que definen la situación, por lo que las variables psicológicas son capaces de influir en el sistema inmune, ya sea debilitándolo o fortaleciéndolo, lo cual trae como resultante una alteración en el grado de vulnerabilidad del individuo (citados en Ribes, 1990).

1.8 Limitaciones

El síndrome de sensibilización central fue acuñado por Yunus para describir un conjunto de patologías que tienen relación fisiopatológica común de la sensibilización central las cuales son; síndrome de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, síndrome de intestino irritable, cefalea tipo tensional, migraña, síndrome miofacial doloroso, síndrome

doloroso regional complejo, movimientos periódicos en el sueño, sensibilidad química múltiple, síndrome uretral femenino, cistitis intersticial, síndrome de estrés postraumático (Yunus, 2007).

En el estudio solo se tomaron tres de las patologías a decisión del investigador por la alta prevalencia que éstas tienen y la dificultad que se presentaría en la obtención de tan diversa muestra; por tanto sería importante para una generalización de datos más precisa estudiar las mismas variables de la investigación en las otras patologías.

Capítulo II: Marco Teórico

2.1 Introducción.

En el boletín de la Organización Mundial de la Salud, publicado en 1987, Holtzman refiere :

“La psicología de la salud se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural dado y del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud, la que comprende, además, el estudio de factores del comportamiento que afectan el tratamiento de emergencia y la recuperación de la enfermedad física”.(Morales, 2009, p. 66)

Para abordar las temáticas que comprende este estudio, se parte de la disciplina psicológica y la relación con la salud , específicamente las variables psíquicas que pueden intervenir en el proceso salud enfermedad. Se revisan distintos conceptos y temáticas abordadas en investigación de punta y datos relevantes trabajados por teóricos primero en el campo de los síntomas médicos inexplicados o somáticos funcionales luego en el dolor crónico para finalmente presentar el síndrome de sensibilización central. Al interior de esta clasificación caracterizar la migraña, el intestino irritable y la fibromialgia, en relación con variables como la personalidad, afectividad negativa (ansiedad, depresión e ira) y la alexitimia.

2.2 Marco teórico.

2.2.1 Síntomas médicos inexplicados (funcionales)

Los síntomas médicos inexplicados o funcionales son aquellos síntomas somáticos sin causa orgánica, que incluyen una larga serie de quejas subjetivas para las que no se encuentran signos clínicos que la justifiquen. Puede tratarse de síntomas solos o agrupados, entre los que se encuentran dificultad de mantener el sueño, dolor persistente, cansancio, somnolencia, rigidez, entre otros (Nimnuan, Rabe-Hesketh, Wesseley & Hotopf, 2001).

Datos epidemiológicos describen que la problemática de los síntomas sin explicación clínica representa del 15 al 25% de las consultas en atención primaria y de 30 a 70% de este tipo de consultas permanece sin explicación luego de una evaluación (Reid, Wessely Crayford & Hotopf, 2001; Reid, Wessely, 2002; Smith, Monson & Ray, 1986).

Burton (2003) en un artículo de revisión refiere que los síntomas físicos medicamente inexplicados pueden, o no, ser debidos a una enfermedad física e incluyen síndromes tales como el colon irritable, el dolor pélvico crónico y la fibromialgia, muy comunes en la atención primaria en salud, pero inconsistentemente asociados con problemas de salud mental. Aunque se han encontrado similitudes entre ellos (Wessely et al., 1999) como evidencia de estrés psicológico sin poder ser reconocido en la consulta general (Walker, Katon, Jemelka & Roy-Bryne, 1992).

Los pacientes que asisten con síntomas específicos lo hacen por una variedad de razones, que incluyen la gravedad, las causas posibles y las preocupaciones acerca de lo

que pueden representar, sin embargo, los profesionales de salud no encuentran una patología convencional identificada (Salmon, Woloshynowych & Valori, 1996).

Los síntomas somáticos funcionales se han confundido con la somatización, por lo que se prefiere hablar de síntomas médicamente inexplicados, definidos como síntomas físicos de los cuales no hay una clara consistencia de patología orgánica demostrada (al menos una disfunción de un órgano que puede ser parte integral del síntoma) y la somatización como el proceso por el cual pacientes con estrés psicológico presentan síntomas físicos y acuden al médico (Bridges & Goldberg, 1992).

Las personas que refieren síntomas médicos inexplicados presentan cuatro síntomas el 30 % (Escobar et al., 1998), 10 o más síntomas más del 80% (Kisely, Goldberg & Simon, 1997) y un trastorno psicológico actual con interferencia en su vida un 20% (Fink et al., 1999). Pacientes entre 32 y 42 años que mostraron síntomas físicos en una primera evaluación presentaron síntomas psicológicos posteriores.

Se demuestra con esto que si bien los síntomas médicos inexplicados son comunes, están asociados con morbilidad psiquiátrica, muchos de ellos con un trastorno psicológico y con dificultad para reconocer un problema de salud mental; la etiología es similar a un cuadro ansioso o depresivo (Hotopf, Mayou, Wadsworth & Wessely, 1998).

Los diagnósticos funcionales se solapan unos con otros (Wessely, Nimnuan & Sharpe, 1999) y según Henningsen, Jakobsen, Schiltenswolf y Weiss, (2005) también con diagnósticos psicopatológicos como ansiedad y depresión y personalidad neurotica (Deary, 1999), representando la expresión de dificultades emocionales y una restricción e incapacidad de expresar emociones en palabras (alexitimia) que resumen complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales (Jyvasjarvi, Joukamaa & Vaisanen, 1999). Datos similares hablan de la influencia del estrés en el trabajo, que

contribuye a una mayor frecuencia de síndrome de intestino irritable y fatiga crónica idiopática y al neuroticismo como rasgo de personalidad predictor en síndromes somáticos funcionales (De Gucht, Fischler & Heiser, 2003).

Mayou y Farmer (2002) en una revisión teórica mencionan algunos factores iatrogénicos en el desarrollo de los síntomas médicos inexplicados entre los que están: incertidumbre e inhabilidad para darle explicación a los síntomas, preocupación acerca de la explicación de la enfermedad, fracaso en el convencimiento de que su queja es natural, ambigüedad y contradicción en el tratamiento y en la investigación.

2.2.2 Síndrome de sensibilización central: (SSC)

La sensibilización central (SC) es entendida como un incremento en la excitabilidad de las neuronas del sistema nervioso central que modifica la forma en la que se gestiona y procesa la información sensorial periférica. Los factores que intervienen no son precisos, sin embargo, se ha demostrado la participación de diversos fenómenos de plasticidad neuronal, inducidos por la actividad aferente del sistema nervioso periférico, cuyo elemento común es el papel que juega el ingreso de la señal nociceptiva de gran intensidad desde la periferia hasta el sistema aferente primario, cuyas manifestaciones son dolor espontáneo, dolor persistente, ampliación de campos receptivos en las neuronas de las astas posteriores, hiperalgesia y alodinia (Azkue, Ortiz, Torre & Aguilera, 2007).

En el informe de la Organización Mundial de la Salud sobre la carga de los trastornos mentales publicado en el año 2001 se estimó que la prevalencia de los síndromes de sensibilización central era creciente y más alta en mujeres (Kroenke &

Spitzer, 1998) de etiología mal conocida, de diagnóstico difícil y solapable (Nimnuan et al, 2001), de curso crónico y sin un tratamiento médico que se haya mostrado eficaz.

El SSC comprende un grupo superpuesto y similar de síndromes sin patología estructural con mecanismos comunes de sensibilización central que involucran hiperexcitación de las neuronas centrales a través de la actividad simpática neuroquímica y de neurotransmisores. Dicho grupo está conformado por las siguientes patologías y se ha graficado de la siguiente manera (Yunus, 2000, 2005).

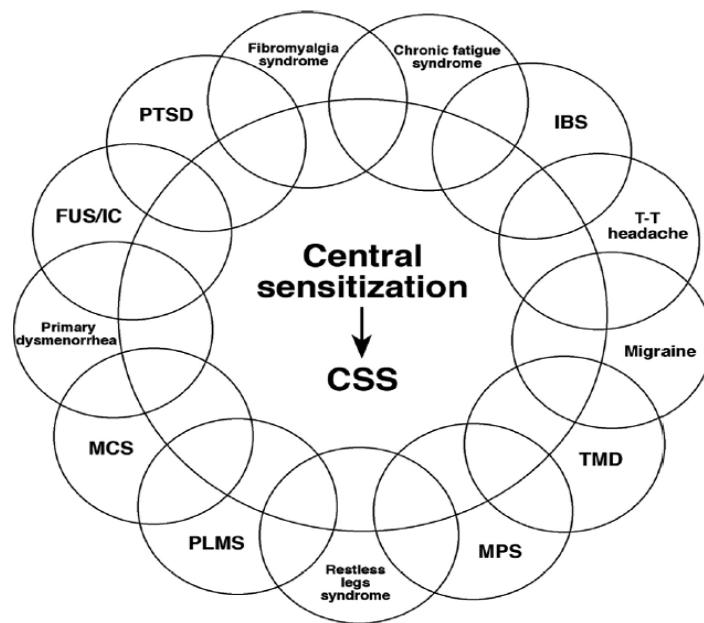


Ilustración 2 Propuesta sobre los miembros de la familia de los síndromes de sensibilización central.

Conjunto de patologías que tienen relación fisiopatológica común de la sensibilización central: síndrome de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, IBS (síndrome de intestino irritable), T-T headache (cefalea tipo tensional), migraña TMD (desorden temporomandibular), MPS (síndrome miofacial doloroso), RSTPS (síndrome doloroso regional complejo), PLMS (movimientos periódicos en el sueño), MCS (sensibilidad química múltiple), FUS (síndrome uretral femenino), IC (cistitis intersticial), PTSD (síndrome de estrés postraumático) (Yunus 2007, p. 341).

2.2.3 Dolor Crónico

La concepción de dolor ha tenido cambios a lo largo del tiempo, ya no es considerado solamente como síntoma, sino como enfermedad, en la cual se involucran aspectos fisiológicos, emocionales, cognitivos y sociales. Pasando a ser una experiencia cambiante que depende de la cultura, la historia y la conciencia individual(Villoria, 2007).

De acuerdo con la experiencia, la persona le da un significado al dolor, lo que hace difícil una definición objetiva. La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño, es así como tiene en cuenta la experiencia individual, la sensación que se percibe y la emoción que evoca(IASP, 2013).

Habitualmente existe un estímulo nocivo que produce daño tisular o eventualmente lo produciría de mantenerse. Muchas personas refieren dolor en ausencia de daño tisular o causa fisiopatológica conocida y esta debe ser aceptada como dolor, puesto que no hay manera de distinguirla de aquella debida a un daño tisular efectivo; lo que considera la naturaleza subjetiva del sufrimiento, es dolor lo que el paciente dice que es (Dagnino, 1994).

El dolor se entiende como un fenómeno complejo y multidimensional, en el que el individuo no sólo tiene una experiencia perceptiva, sino también afectiva, que está condicionada por múltiples elementos interactivos biológicos, psíquicos y socioculturales (Melzack & Casey, 1968; Melzack & Wall, 1965).

El dolor crónico ha sido estudiado desde diferentes ámbitos profesionales en el área de la salud, es un problema cada vez más frecuente que conlleva a discapacidades y a problemas psicológicos asociados (Arnstein, Wells & Caudill, 2001). Está presente en las diferentes entidades que componen el SCC, y es definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular actual o potencial, o descrita en términos de ese daño, que persiste por más de un mes después del curso habitual de una enfermedad aguda, o del tiempo razonable para que sane una herida, o aquel asociado a un proceso patológico crónico que causa dolor continuo o recurrente (Bonica, 1990).

Investigaciones coinciden en la influencia de las percepciones, las creencias mantenidas, el nivel de autoeficacia, las autoafirmaciones y el estado emocional deprimido correlacionando significativamente con la intensidad y el manejo del dolor (Arnstein et al., Camacho & Anarte, 2003).

La aceptación desempeña un rol importante, al igual que las estrategias de afrontamiento utilizadas de indefensión y catastrofismo y las que movilizan acciones instrumentales (activas) y recursos internos así como la búsqueda de apoyo social que se asocia a un mejor ajuste y funcionamiento cotidiano (Esteve, López & Ramirez, 1999).

Los aspectos psicológicos relevantes en el tratamiento del dolor crónico refieren que la persona no solo tiene una experiencia perceptiva sino también afectiva, que está condicionada por múltiples elementos interactivos biológicos, psíquicos y socioculturales, donde las variables cognitivas y emocionales como la ansiedad, la tristeza y la ira parecen explicar mejor que las variables de personalidad, diferencias individuales en la percepción y tolerancia al dolor. Además la falta de expresión emocional se relaciona con una mayor experiencia dolorosa, del mismo modo las creencias de controlabilidad al dolor y la baja

autoeficacia se asocian a una mayor incapacidad, inadaptación, y peor ajuste (Truyols, Perez, Medinas, Palmer & Sesé, 2008).

Estudios sobre dolor y alexitimia muestran que mujeres con diagnóstico de trastorno de dolor crónico son más alexitímicas que las mujeres sanas (Arnstein et al., 2001; Cam & Staatcioglu, 2006;) y que existe una correlación positiva con la severidad del dolor (Lumley et al., 2005).

2.2.4 Migraña

Clasificada en el manual de la CIE 10 dentro de los trastornos episódicos y paroxísticos. Es un síndrome positivo en el que no existen antecedentes o signos físicos que sugieran enfermedad subyacente, caracterizada por dolor que afecta la mitad del cráneo y que aparece en forma de crisis generalmente acompañada de fotofobia, náuseas o vómitos (World Health Organization, 2010). También llamada hemicránea (del griego ἡμικρανίον *hemikranion* 'un lado de la cabeza') o jaqueca (del árabe media cabeza). Su síntoma principal es el dolor de cabeza, usualmente muy intenso e incapacitante para quien lo sufre con tendencia a la recurrencia y a la cronicidad (NIH, 2011). Es una afección neurológica muy frecuente, de base genética, que afecta entre el 12 y el 16% de la población general, con una incidencia más alta en las mujeres (Zavala, 2003), influenciada y desencadenada por factores internos y agentes medioambientales, que se caracteriza por alteraciones autonómicas donde el dolor afecta generalmente sólo un lado de la cabeza, es pulsátil, incapacitante y se acompaña de náuseas, vómitos y fotofobia (Volcy, 2006).

Los síntomas y su duración varían entre los pacientes, al igual que la presencia de los ataques migrañosos. El 80% presentan su primer ataque antes de los 30 años y cursa con episodios de dolor agudo intercalados entre largos periodos libres de síntomas. La frecuencia de la crisis es de uno a cuatro episodios al mes que duran entre 4 y 72 horas, sino se realiza ningún tratamiento (Tur, 2011).

Clásicamente se distinguen cuatro fases en el episodio de migraña, los pródromos, el aura, la fase de dolor y los póstdromos o resolución, aunque a menudo no están todas presentes. Los pródromos son referidos por el 80% de los pacientes, el aura por el 20% y la fase de dolor puede no existir como ocurre en el aura sin migraña (American Headache & Migraine Association, 2010).

Existen diferentes tipos de migraña según los síntomas que se presenten, las más usuales son (Ramirez & Urrea, 1999): Migraña con aura o migraña clásica, corresponde al 20% del total de los casos. Es precedida por un conjunto de síntomas específicos llamados *aura*, que comúnmente se experimenta como una distorsión en la visión y migraña sin aura o migraña común, que afecta al 75% de los casos, carece de *aura*. Se experimenta como una sensación extraña de presentación de un ataque, lo que es conocido como pródromos.

Según González, Sepúlveda, Porta y Rodríguez (2006) la etiología de la afección puede entenderse: Por mecanismos bioquímicos que determinan que una persona sea susceptible a presentar episodios de migraña aunque no son totalmente conocidos; existe un claro componente hereditario, sin embargo no se ha logrado determinar un gen único que sea el responsable de la enfermedad. Por la teoría vascular, la que refiere una

vasoconstricción de las arterias craneales que causa el fenómeno del aura y posteriormente tiene lugar una vasodilatación de rebote que es la causante del dolor y por la teoría neurogénica, según la cual existiría en los pacientes migrañosos una hiperexcitabilidad en la corteza cerebral occipital que sería la causante de que ante determinados estímulos se produzca una depresión cortical propagada que originaría el fenómeno del aura, posteriormente a través de diferentes mediadores químicos se activarían las terminaciones del nervio trigémino, provocando dolor.

Se admite la relevancia de esta patología y se reconoce que la migraña se encuentra entre los 20 primeros desórdenes médicos discapacitantes en el mundo (OMS, 2011). Se calcula en los países occidentales que afecta al 12% de los adultos, con una prevalencia en los Estados Unidos del 18%, en América Latina del 6.5 al 17.4% en mujeres y del 2.9 al 7.8% en hombres (Trillos , 2006) y en Colombia del 13.7%, el 17.5 en mujeres y 5.2% en hombres (Rueda &Díaz, 2008).

2.2.5 Síndrome de intestino irritable (SII)

Las alteraciones gastrointestinales tienen un gran impacto en la salud pública y los trastornos funcionales son los más frecuentes en la consulta clínica(Guthrie, Creed & Dawson, 1992).El termino funcional denota un malestar clínicamente significativo, produce un síntoma relacionado con el tracto gastrointestinal que no es explicable por un mecanismo fisiopatológico preciso(Oviedo & Jorna, 2010).

El SII es un trastorno biopsicosocial en el cual interactúan tres mecanismos principales, factores psicosociales, alteraciones en la motilidad y función sensorial intestinal aumentada (Camilleri, 2001).

Fue descrita por primera vez por William Powel, con una visión reduccionista biomédica, aunque actualmente es visto como una conceptualización integrativa. Es un síndrome complejo y multideterminado que involucra una reactividad intestinal anormal con alteración en la percepción dolorosa visceral, desregulación cerebro-intestino y variables de tipo biológico, neuroquímico y psicosocial que influyen la experiencia individual de la enfermedad (Oviedo & Jorna, 2010).

Es un trastorno caracterizado por un conjunto de síntomas gastrointestinales, en el que son definitorios dolor abdominal y alternancia intestinal (diarrea y estreñimiento) asociados a menudo a síntomas extra digestivos (cefaleas, mialgias, insomnio, fatiga), sin que hasta el momento se haya encontrado una causa orgánica y subyacente que justifique este cuadro clínico ni una explicación fisiopatológica clara de la enfermedad (Thompson, Longstreth, Drossman et al., 1999).

Para la Organización Mundial de Gastroenterología (OMG), se calcula que entre un 25% y 30% de la población sufre síntomas como el dolor y la hinchazón abdominal, la constipación, la diarrea y la alteración del tracto intestinal (WGO, 2013).

Clínicamente se establece el diagnóstico con base en los criterios Roma III, que incluye síntomas continuos o recurrentes por lo menos durante tres meses en los doce meses precedentes, con dolor o malestar abdominal evidenciado por las siguientes características; alivio con la defecación, inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las deposiciones(constipación o diarrea) y en la forma de las heces(duras, blandas o acuosas),urgencia o estreñimiento, moco rectal y distensión abdominal (Mearin , 2007).

El sistema serotoninérgico tiene una interrelación con los trastornos afectivos y la funcionalidad gastrointestinal. Se ha evidenciado en relación con el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal que el factor liberador de corticotropina central y periférico ejerce influencia en la función gastrointestinal en animales y humanos.

El 95% de la serotonina del cuerpo humano está en el tracto gastrointestinal, principalmente en las células enterocromafines y en menor proporción en los plexos mioentéricos. La indolamina tiene un papel fundamental en la regulación de la motilidad y en la secreción y sensibilidad del tracto gastrointestinal a través de la activación de numerosos receptores distribuidos en los nervios entérico y aferentes sensoriales que activan la contracción del músculo liso por la estimulación de los nervios colinérgicos; lo que lleva a una relajación por medio de una estimulación de neuronas inhibitoras que liberan óxido nítrico (Olden , 2008).

Se reporta una prevalencia de este síndrome a nivel mundial del 10 al 20% y en países industrializados del 10 al 15%, mayor frecuencia en mujeres que en hombres (3:1) y en personas adultas, siendo la segunda causa de ausentismo laboral después del resfrío común (WGO, 2013). En Colombia un estudio realizado en Bogotá determinó la prevalencia del 14% en 7000 consultas realizadas en un año y un consumo anual de 671000 unidades de productos antiespasmódicos para dicha enfermedad (Franco, 2006).

Se ha intentado cambiar la concepción del trastorno, con el fin de pasar de un modelo reduccionista encaminado a identificar una única etiología biológica subyacente, a un modelo más integrador de la enfermedad (Drossman, 1999). Se conceptualizó un modelo para el SII, que abarca factores psicológicos, comportamentales, cognitivos y emocionales (Mayer & Collins, 2002). Los factores cognitivos son importantes en el

comportamiento de búsqueda de atención y los emocionales incluyen la presencia de trastornos comórbidos del estado de ánimo o de ansiedad (Palason & Drossman, 2005).

Los trastornos de ansiedad son frecuentes en las personas que sufren SII y esto se debe a la superposición etiológica de factores biopsicosociales y neurofisiológicos donde el estrés emocional se asocia con hábitos intestinales alterados y dolor abdominal. Manifiestan percepciones aumentadas de estímulos viscerales y anomalías neuroendocrinas con aumentos de niveles en plasma y epinefrina en orina consistentes con la activación del sistema nervioso simpático (Masand et al., 2002).

Los datos de estudios coinciden que se presenta severidad del dolor, estrategias mal adaptativas frente al dolor (catastrofización), bajos puntajes de calidad de vida (Seres, et al., 2008), estado afectivo y estrategias de afrontamiento pasivas con dos componentes importantes, la parte emocional (altos niveles de ansiedad y depresión y no de aprendizaje social) y la comportamental (niveles altos del refuerzo parental del comportamiento de la enfermedad y niveles altos de depresión) (Crane & Martin, 2004).

En cuanto a la alexitimia se encontraron diferencias estadísticamente significativas en pacientes con patologías inflamatorias del intestino en relación a una muestra control de características sociodemográficas similares (Sriram, Chaturvedi, Gopinath & Shanmugam, 1987; Porcelli, Zaka, Leoci, Centonze & Taylor, 1995).

2.2.6 Fibromialgia

La fibromialgia es una patología multisistémica, de mecanismos etiopatológicos difusos, con sintomatología inespecífica, que cursa con dolor músculo esquelético

generalizado crónico y plantea muchos interrogantes a pesar de los diversos estudios clínicos realizados.

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), la fibromialgia hace parte de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo, subtipo otros trastornos de los tejidos blandos, no clasificados en otra parte, con el código M79.7. Es propuesta como un síndrome de dolor neuropático que se mantiene y apoya por un estado de disarmonía u homeostasis, con disfunción autonómica que responde a un estresor que puede ser de origen biológico o psicológico (Martinez-Lavin, 2007).

Caracterizado por la presencia de dolor crónico extenso, centrado especialmente en zona cervical, trapecios, zona lumbar, trocánteres, tercio proximal de extremidades superiores o inferiores y con frecuencia manos, carpos, rodillas, tobillos o pies; cuya característica principal es la hipersensibilidad para presentar dolor al recibir un estímulo en cualquier parte del sistema músculo esquelético que ha determinado la construcción de los criterios clínicos actuales para el diagnóstico de la enfermedad. Se acompaña de otros síntomas como alteración del descanso nocturno, fatiga, algunas alteraciones neurocognitivas, estrés emocional y mecanismos fisiopatológicos y relación entre los síntomas (Wolfe et al., 1990).

Existen dos grandes síntomas propios de la fibromialgia, el dolor generalizado como síntoma principal y la sensibilidad dolorosa que se produce cuando se palpan localizaciones específicas de músculos y tendones llamados puntos sensibles. Los síntomas clínicos para el diagnóstico son dolor (100%), rigidez matutina o pos reposo (76-84%), alteraciones del sueño (56- 72%), fatiga (57-72%) y parestesias. Además en el

75% de los pacientes, cuadro asténico (fatiga sin causa que la justifica), disautonomía (hipotensión ortostática y sensación de mareo o inestabilidad), rigidez matutina y sueño no reparador; entre el 30 y 70% síntomas cardiorespiratorios, gastrointestinales, osteomusculares, mentales, genitourinarios y neurológicos (Cancela & Gusi, 2011).

En una reciente revisión sistemática de la literatura se identificaron los siguientes subgrupos clasificatorios en el paciente que cumple los criterios vigentes de fibromialgia (FM): pacientes sin ninguna enfermedad concomitante (FM tipo I), pacientes con enfermedades crónicas reumáticas e inmunitarias (FM tipo II), pacientes con grave alteración en la esfera psicopatológica, (FM tipo III) y pacientes que simulan el padecimiento de la FM (FM tipo IV) (Belenguer, Ramos, Siso & Rivera, 2009).

La fibromialgia tiene una prevalencia muy alta con una incidencia mayor en la década de edad productiva, entre el 3% y el 6% de la población mundial padece esa alteración, del 75 al 90% de los casos se presenta en mujeres (National Fibromyalgia Association , 2013) y con alto nivel educativo (Wells, Federman, Arstein & Caudill-Slosberg, 2003).

La encuesta Fibromialgia en América Latina patrocinada por laboratorios Pfizer, presentada en el año 2012, concluyó que los latinoamericanos que padecen fibromialgia deben pasar por más de cinco médicos y esperar más de tres años para obtener el diagnóstico correcto de su enfermedad, el 85% experimenta dolor diseminado una vez a la semana, el 78% califica su dolor con un puntaje superior a 7 sobre 10, el 52% se sienten limitados en su carrera y con impedimento de ir al trabajo más de diez veces en el año.

Pacientes colombianas que sufren enfermedades relacionadas con la fibromialgia son subdiagnosticadas y el 90% llevan años sin recibir el tratamiento y el manejo adecuados para su patología (Pfizer, 2013).

La implicación de la psicología en las enfermedades médicas ha ido aumentando especialmente en aquellas que cursan con dolor crónico y que presentan un cambio en la persona que la padece. Por eso relacionar la fibromialgia con factores psicológicos ayuda a comprender la génesis, desarrollo y facilita la intervención en quienes la padecen.

Sucesos traumáticos de la infancia, problemas emocionales como ansiedad o depresión en facetas tempranas, variables de personalidad como perfeccionismo, rigidez e introversión, estrés crónico físico o emocional, capacidad de afrontamiento, percepción de falta de apoyo, nivel de actividad disminuido, pérdida de relaciones sociales, sensación permanente de indefensión por no poder hacer nada con los síntomas, es decir, sentimientos de inutilidad, incapacidad y falta de control son factores relevantes en la fibromialgia. Además alteraciones en la fase de sueño profundo, sacudidas musculares (mioclonias), variedad de síntomas cognitivos, que cambian en breves períodos de tiempo, tales como dificultad de concentración, lentitud mental, lapsos de memoria, dificultad para recordar nombres o palabras, sentirse abrumado al enfrentarse a varias cosas, amplificación de la percepción del dolor al valor como tal todo el sufrimiento general que se siente (Del Valle, 2011)

Se señala la presencia de depresión mayor (Goldberg, Novack & Gask, 1992; Hudson & Pope, 1994), alexitimia, comportamientos hipocondriacos (Hueber, Suman, Bias & Cali, 2008), con episodios ansioso-depresivos hasta en un 71% de los pacientes

(Alda, Garcia, Pascual & Olmedo, 2003) y características de afectividad negativa más frecuentemente que la población general (Rook, Pesch & Keeler, 1981).

2.2.7 Personalidad

A través del tiempo la personalidad ha sido una inquietud de los seres humanos. Se deriva del latín *personare* (persona), que designa la máscara que usaban los actores en la obra de teatro. Llegar a una definición implica entender las características duraderas, estables y predecibles de una persona, la impresión que causa ante la gente, lo que parecemos ser, los factores genéticos y las características ambientales y culturales (Schultz & Schultz, 2009). Para su estudio y sus posteriores investigaciones deben considerarse elementos científicos que permitan una consistencia lógica, habilidad para explicar los fenómenos, solidez metodológica y al mismo tiempo claves para el entendimiento de cada uno (Brody & Ehrlichman, 2000).

Desde la perspectiva psicológica existen algunos modelos que definen y describen la personalidad. El psicoanálisis la concibe como la organización de tendencias, hábitos y cualidades físicas que refiere las etapas de desarrollo y determina la relación con la sociedad. El conductismo y la biología como un modo habitual de ajustes del organismo, resultante de las interacciones entre sus impulsos internos y las demandas del ambiente. El humanismo como un sistema integrado de actitudes y tendencias de conductas habituales del sujeto que se ajustan al medio ambiente, definida a partir de las diferencias individuales (Leal, Vidales & Vidales, 1997).

Los teóricos se interesan por características estables y duraderas llamadas rasgos para los cuales han desarrollado pruebas psicológicas que la evalúan (Compas & Gotlib,

2003). Un rasgo es toda cualidad o factor de la personalidad que tiene la propiedad de ser relevante, principal, característico, estable y diferenciador (Quintana, 1996). La teoría de los rasgos propuesta inicialmente por Allport y Catell coincide en la importancia que los factores genéticos tienen en la formación de los rasgos. Allport refiere que somos reflejo de la herencia que agrupa la psique, inteligencia y temperamento y el ambiente o condiciones del entorno que moldean, expanden o limitan. Es decir son predisponentes para responder a diversas clases de estímulos de la misma manera, determinan la conducta o la causa, están interrelacionados y varían con la situación (Allport, 1937).

Allport consideró que el interés del estudio de la personalidad por parte de los psicólogos debe centrarse en la individualidad humana. La define como "la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y pensamiento característico" (Allport, 1966, p. 129). La organización dinámica es la configuración de ideas y hábitos que dirigen la actividad, los sistemas psicofísicos, la personalidad y el cuerpo como unidad, en un sistema que está en interacción. "La personalidad es algo y hace algo" (Allport, 1975, p. 48), lo que muestra que están presentes tendencias determinantes y características personales.

La personalidad empieza en el nacimiento y está determinada por la genética y el ambiente en el que se desenvuelve la persona, es el modo de adaptación o supervivencia producto de la interacción entre las necesidades y el medio (Allport. Citado en Bischof, 1973), por lo que es importante el primer año de vida, los cuidados y crianza debido a que pueden influir en la seguridad y confianza y su desarrollo continúa durante la vida.

Catell por su parte define los rasgos como tendencias, relativamente permanentes a ciertas reacciones que son las unidades estructurales básicas de la personalidad, la cual

permite predecir lo que un individuo hará en una situación dada. Diferenció rasgos comunes de los rasgos únicos, los comunes son los que todos poseemos en cierta medida, son universales, con potencial heredado y los únicos se comparten con pocas personas y se manifiestan en forma de intereses y actitudes (Catell, 1950).

Catell plantea seis etapas de desarrollo de la personalidad a lo largo de toda la vida: la infancia (0-6 años) principal periodo de la formación de la personalidad, niñez (6-14 años) en la cual se adquiere una independencia de los padres y la identificación con pares, adolescencia (14-23 años) etapa con dificultades especialmente en independencia, autoafirmación y sexo; Madurez (23-50 años) que evidencia satisfacción, flexibilidad y estabilidad emocional; Madurez tardía (50-65) con cambios de personalidad por las circunstancias físicas y sociales y por último vejez (más de 65 años) en la cual hay ajustes por las diferentes pérdidas (Schultz & Schultz, 2009).

Eynseck, teórico clásico buscó diseñar un modelo de personalidad apoyado en las tipologías de Hipócrates y Galeno considerando constructos biológicos - genéticos y basó su teoría en tres dimensiones resultantes de la combinación de distintos niveles de dos rasgos de orden superior denominados introversión-extroversión y emocionalidad-estabilidad y una tercera dimensión a la cual llamó psicoticismo. Coincidió con Catell en que está compuesta por rasgos y factores derivados de un análisis factorial, aunque lo criticó por la posible subjetividad de la técnica y la dificultad en la réplica de los resultados (Eynsenck, 1990).

Cada tipo de personalidad lo relacionó con diferentes aspectos del funcionamiento del sistema nervioso, integrado por rasgos, que a su vez se expresan en respuestas comunes llamadas hábitos y derivadas de respuestas específicas (Paez & Casullo, 2000). Así el número de rasgos de personalidad que platearon Catell y Eynseck varía cuando se

emplea el análisis factorial, lo que refleja la forma que cada autor eligió para hacer las mediciones.

Para medir la personalidad se han destacado tres modelos. El de tipos, que son las categorías distintas y discontinuas, el de rasgos que supone que la persona varía en dimensiones continuas, y distingue la cantidad de características que muestra su personalidad y que pueden ser medidas y el de factores (Brody & Ehrlichman, 2000; Carver & Scheier, 1997). Investigadores como McCrae y Costa no satisfechos con estas teorías realizaron una investigación más reciente enfatizando en los factores, e indicaron la presencia de cinco factores de personalidad: Se confirmaron estos factores mediante técnicas de evaluación como auto estimaciones, pruebas objetivas e informes de investigadores, para luego elaborar una prueba de personalidad, el inventario NEO, que da cuenta de los factores de forma consistente que sugieren confiabilidad para diferenciar aspectos de la personalidad (Schultz & Schultz, 2009).

Se refiere que los cinco grandes factores y sus rasgos representan una estructura común de la personalidad humana que trasciende las diferencias culturales. Los cinco factores o dominios que constituyen la personalidad son neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y sentido de responsabilidad (Costa & McCrae, 1997). Cada uno de ellos está compuesto de 6 facetas.

A continuación se describen:

Neuroticismo vs. Estabilidad emocional (N): Se refiere al ajuste emocional, es una constante preocupación por las cosas que le pueden salir mal y una fuerte reacción

caracterizada por experimentar de forma crónica emociones negativas de ansiedad, independiente de la amenaza a la que están expuestos, lo que genera sufrimiento. El sistema nervioso simpático regula la intensidad de las respuestas emocionales por esto las diferencias individuales en la reactividad emocional (Costa & McCrae, 1997). Asociado con pensamientos irracionales, baja autoestima, quejas somáticas en relación al sistema inmunológico deficiente, predictor de angustia subjetiva (Velasco, 2000).

Equivale a la inestabilidad emocional y la experiencia de estados emocionales negativos. El neurótico es un individuo ansioso, preocupado, malhumorado, frecuentemente deprimido, duerma mal, y puede sufrir de trastornos psicósomáticos. Es excesivamente emocional, reaccionando fuertemente a todo tipo de estímulos, con dificultad de volver a un estado de equilibrio después de cada experiencia emocional importante. Sus fuertes reacciones emocionales interfieren en su propio equilibrio, haciéndolo reaccionar de forma irracional, a veces rígida.

Su principal característica es una constante preocupación por las cosas que le pueden salir mal y una fuerte reacción emocional de ansiedad ante estas cosas, lo que le hace sufrir. Por el contrario, el individuo estable tiende a responder emocionalmente de forma débil y a volver rápidamente a su línea base después de cada reacción. Es normalmente tranquilo, de igual humor, controlado y despreocupado.

Las facetas que componen el factor neuroticismo son ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social, impulsividad y vulnerabilidad.

Ansiedad referida a la aprensión, temor, nerviosismo, tensión y volubilidad.

Hostilidad, indica expresión de ira y estados relacionados con ella, como frustración y rencor.

Depresión, tendencia a experimentar afectos depresivos.

Ansiedad social, incomodidad con los demás, sensibilidad al ridículo y propensión a sentimientos de inferioridad, emociones de vergüenza y turbación. Esta característica se asemeja a la timidez y ansiedad pública (pero no a la privada).

Impulsividad, es la incapacidad de controlar los impulsos. Los deseos se perciben de una manera tan intensa que el sujeto no puede resistirse a ellos; aunque más adelante se sienta mal por el comportamiento.

Por último vulnerabilidad, es la dificultad de luchar contra el estrés, lo que lleva a una dependencia, desesperanza, o terror al enfrentar situaciones de emergencia.

Extraversión (E): Referido a la cantidad e intensidad de las interacciones interpersonales, sociabilidad, tendencia hacia la diversión, asertividad en las interacciones sociales, búsqueda de sensaciones, entre otras. En la búsqueda de estímulos aparecen manifestaciones de procesos fisiológicos, de regulación de la cadena estimulación-reacción, donde está comprometido el sistema cortico-reticular (Costa & McCrae, 1997). Caracterizada por contenidos tanto de tipo interpersonal como emocional (Watson & Clark, 1992).

Implica aspectos como la asertividad y el dinamismo. Los extravertidos son personas sociables, amantes de las fiestas, con muchos amigos, necesitan de las personas y no les gusta la soledad, son amantes de la aventura y el riesgo, con carácter impulsivo, le gustan las bromas, la variación y el cambio, son despreocupados y tienden a ser agresivos. Por el contrario, los introvertidos son personas retraídas, quietas, amantes de la lectura, tienen pocos amigos pero muy escogidos, les gusta hacer planes a largo plazo,

piensan las cosas antes de hacerlas y tienen un régimen ordenado de vida entre otras cosas.

En este factor de extroversión se describen las facetas de cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas.

Cordialidad, compromete la intimidad interpersonal, el afecto y la amistad. Está relacionada con el dominio de amabilidad en el ámbito interpersonal, pero se distingue por la afectuosidad y franqueza.

Gregarismo es la preferencia y disfrute por la compañía con otros.

Asertividad indica animosidad, habilidad social y propensión al liderazgo grupal.

Actividad, rapidez y vigor donde se busca la actividad permanente.

Búsqueda de emociones que implica excitación, estimulación y búsqueda de sensaciones.

Emociones positivas tendencia a experimentar emociones positivas, como alegría, felicidad, amor, entusiasmo, satisfacción vital y optimismo (Costa & McCrae, 1984).

Apertura a la Experiencia (O): Refleja el mantenimiento de valores e ideas no convencionales y la amplitud de intereses; se refiere a las personas abiertas, interesadas tanto en el mundo exterior como en el interior y cuyas vidas están enriquecidas por la experiencia. Se relaciona especialmente con aspectos intelectuales, como es el pensamiento divergente que contribuye a la creatividad, pero no es equivalente a inteligencia. Además, en algunos aspectos, apertura a la experiencia indica flexibilidad, siendo lo opuesto de rigidez.

Este factor evalúa la búsqueda y apreciación de experiencias novedosas e inusuales sin experimentar ansiedad, gusto por lo desconocido y su exploración, que se

manifiesta por la presencia de intereses variados mediante las facetas de fantasía, estética, sentimientos, acciones, ideas y valores (McCrae & Costa, 1985).

Fantasía, propenso a la imaginación y creatividad que permite un vía de acceso al mundo interior.

Estética, aprecio por el arte, la poesía, la música y la belleza. No es preciso que tenga talento artístico, pero es probable que sus intereses estéticos le conduzcan a desarrollar sus conocimientos y criterios de apreciación en mayor medida que a la mayoría de las personas.

Sentimientos, implica receptividad hacia los propios sentimientos y emociones interiores y a considerar la emoción como una parte importante de la vida.

Acciones, tendencia a la novedad y a evitar la rutina, involucrándose en nuevas actividades y diversas aficiones.

Ideas, búsqueda activa de intereses individuales como curiosidad mental y deseo de considerar ideas nuevas y poco convencionales; disfrute por discusiones filosóficas y los problemas ingeniosos que puede contribuir a desarrollar el potencial intelectual.

Valores, indica disposición para cuestionar y reconsiderar valores sociales, políticos y religiosos, opuesta al dogmatismo.

Afabilidad o Amabilidad (A): Capacidad de ser altruista, compasivo, confiado, franco y sensible con los demás. Este factor se relaciona con el dominio de extraversión, por las interacciones sociales, tiene en cuenta la cualidad de la interacción, la forma de relacionarse con los demás de manera cooperativa, empática, entusiasta, bondadosa y tolerante con capacidad para ofrecer apoyo social a los demás.

Las facetas que forman parte son confianza, franqueza, altruismo, actitud conciliadora, modestia y sensibilidad con los demás.

Confianza, disposición a creer que los demás son honestos y bien intencionados.

Franqueza, sinceridad, honradez e ingenuidad.

Altruismo, preocupación activa por el bienestar de los otros y disposición de prestar ayuda a los que la necesitan.

Actitud conciliadora, esta faceta tiene que ver con reacciones características ante los conflictos interpersonales, tendencia a la condescendencia con los demás, a inhibir la agresión y a olvidar y perdonar.

Modestia, humildad sin carecer de autoconfianza o autoestima.

Sensibilidad a los demás, actitud de simpatía y preocupación por los demás, con empatía, y respeto por las normas sociales.

Responsabilidad (C): Incluye la tendencia al sentido del deber, a la organización, el orden, la búsqueda de objetivos, la autodisciplina y la eficiencia. Se trata de personas voluntariosas, escrupulosas, puntuales y fiables, que controlan sus impulsos. Considera dos aspectos, el de la responsabilidad, organización, cuidado, confianza, minuciosidad, perseverancia y orientación a la tarea y de la inhibición en la expresión de las conductas e impulsos.

Pertenecen las facetas competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro, auto-disciplina, deliberación.

Competencia, hace referencia a la sensación que se tiene de la propia capacidad, sensibilidad, prudencia y eficacia, se correlaciona con autoestima y locus de control interno.

Orden, que implica pulcritud, organización y limpieza.

Sentido del deber, es decir gobernado por la conciencia, adherencia a los principios éticos y cumplimiento escrupuloso de obligaciones morales.

Necesidad de logro, son altos niveles de aspiración y trabajo incesante para lograr objetivos, diligente y resuelto que marca una dirección en la vida.

Autodisciplina, faceta mediante la cual se expresa la habilidad y motivación para iniciar tareas y llevarlas a cabo hasta el final a pesar de inconvenientes y distracciones.

Deliberación, la tendencia a pensar antes de actuar utilizando la reflexión y la prudencia.

2.2.8 Emociones y estados afectivos negativos

El inicio del estudio de las emociones fue dado por los filósofos Descartes y Spinoza. Descartes refiere seis emociones primitivas tales como admiración, amor, odio, deseo, alegría y tristeza y Spinoza habló de quince pasiones básicas las cuales son: codicia, envidia, celos, orgullo, humildad, ambición, venganza, abaricia, trabajo, pereza, deseo, amor pasional, paternal y filiar y odio (Colhoun & Solon, 1989).

Wundt planteó un sistema afectivo de tres dimensiones: excitación- calma, placer-dolor, tensión-alivio (Wundt, 1896); seguido de Heller que clasificó los sentimientos en impulsivos (instintos), orientativos (voluntad), cognitivos situacionales (circunstanciales), afectivos (sexual, miedo, vergüenza, alegría, tristeza), el talante, las pasiones, los sentimientos del carácter y la personalidad y las predisposiciones emocionales (Diaz & Flores, 2001).

Existen emociones fundamentales o primarias las cuales son alegría, tristeza, miedo, disgusto, sorpresa e ira. (Ekman, 1982; Izard, 1992). Plutchik elaboró un modelo taxonómico de las emociones y resaltó cuatro ejes alegría- tristeza, disgusto- aceptación, ira- miedo, sorpresa-anticipación; de las cuales resultan emociones secundarias como sumisión, desprecio y amor (Plutchik, 1980).

Sifneos diferencia afecto, sentimiento y emoción y alude que una emoción tiene que ver con lo visceral, es la dimensión biológica del afecto. La emoción es la expresión de comportamientos mediatizada por el sistema límbico, los sentimientos constituyen el aspecto psicológico del afecto y el afecto es un estado interno que posee componentes biológicos y psicológicos, es decir producto de la emoción y el sentimiento (Pedinielli, 1992).

Las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes. Son de carácter adaptativo, universal e independiente de la cultura y producen cambios en la experiencia afectiva, en la activación fisiológica y en la conducta expresiva. Poseen un sustrato biológico considerable; activa, forman parte de la comunicación con el otro y actúan como motivos de la conducta (Cano & Tobal, 2001). Son procesos psicológicos que frente a una amenaza a nuestro equilibrio ya sea físico o psicológico, actúan para reestablecerlo ejerciendo así un papel adaptativo.

Las emociones pueden provocar sensaciones agradables o desagradables y pueden ser menos o más intensas (Choliz, 2009), e influir en la aparición de enfermedades, dejando de ser procesos adaptativos. Su función depende de la evaluación que haga la persona del estímulo que pone en peligro su equilibrio y de la respuesta que genere para

afrontarlo (Fernández & Palmero, 1999). Las emociones determinan la calidad y motivación de nuestras vidas (Ekman,2013;Tomkin, 1962).

Hablar de emociones implica incluir sentimientos, experiencias, fisiología y comportamiento, como resultado de un proceso de construcción complejo que sintetiza muchos niveles de procesamiento de la información, tanto afectivos como cognitivos, motivacionales y sensoriales que ayudan a determinar la experiencia y la acción humana (Grenberg & Paivio, 2007). Regulan el funcionamiento mental, organizando tanto el pensamiento como la acción para establecer las metas que son prioritarias y llevar a cabo ciertas acciones concretas (Frijda, 1986).

Los grandes factores dominantes en las experiencias emocionales,son la afectividad positiva y negativa. Lo positivo refleja el nivel de compromiso agradable con el entorno, supone una predisposición a experimentar emociones positivas, es decir, una sensación de bienestar social y personal. La negativa es un factor de estrés subjetivoque produce fatiga,cansancio mental y físico, facilita la depresión y la baja satisfacción en la vida (Watson et al., 1988).

La afectividad negativa es entendida como un estado emocional transitorio, o una diferencia persistente en el nivel general de afectividad. Es un rasgo que refleja la tendencia a experimentar emociones negativas a través del tiempo y de situaciones (Watson & Clark., 1984).Implica preocuparse y tener una visión pesimista de las cosas, se acompaña a menudo de sentimientos de infelicidad, irritación, síntomas depresivos, tensión crónica y un bajo nivel de bienestar subjetivo (Pedersen & Denollet, 2003). Emociones como miedo-ansiedad, tristeza-depresión e ira-agresión, hacen parte de ella.

El estrés y las emociones negativas como la ira, la ansiedad y la depresión, pueden ser la causa de ciertas enfermedades. Las investigaciones no han arrojado datos clínicos suficientes como para establecer una relación causal, pero reconocen que estas emociones, afectan la vulnerabilidad de las personas a contraer enfermedades y que las emociones positivas son beneficiosas a la hora de la recuperación de la enfermedad (Borges, 2007).

El modelo tripartito sobre la depresión y la ansiedad indica que la depresión y la ansiedad poseen componentes compartidos (afecto negativo generalizado) y específicos (anhedonia e hiperactivación fisiológica). Los compartidos en la depresión son el bajo afecto positivo y la alta hiperactivación fisiológica y los específicos presencia de baja afectividad positiva y alta afectividad negativa en la depresión y elevada hiperactivación fisiológica y alta afectividad negativa en la ansiedad (Clark & Watson, 1991; Watson, Clark & Carey, 1988).

La teoría estado- rasgo de Spielberger conceptua que existen respuestas emocionales como condicion transitoria ante una o varias situaciones especificas (estado) o como predisposicion estable por una causa general y duradera de la conducta (rasgo) (Spielberger, 1985).

La ansiedad es una respuesta a situaciones simbólicas, psicológicas y sociales ante la incertidumbre que surge cuando se ve amenazada la propia sensacion de integridad, coherencia, continuidad o la sensación de ser agente activo. Es un motivador de la acción humana y de la interacción. Tiene como resultado confusión o procesos cognitivos que dominan la conciencia, más que una tendencia de acción explicita; en la que se presenta, o

una difusión de la atención, o un estrechamiento del foco atencional del sí mismo, es decir, un aumento de la activación y una preocupación de la propia habilidad para funcionar eficazmente o para sentirse seguro (Grenberg & Paivio, 2007).

La característica central de la ansiedad es la anticipación, que permite prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo confirniendole un valor funcional importante (Belloch, Sandín & Ramos, 1995). Además tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, como un mecanismo biológico adaptativo de preservación ante posibles daños presentes desde su infancia (Tobal, 1999).

La ansiedad se concibe en términos de rasgo o estado. Como rasgo es una tendencia individual a responder de forma ansiosa, una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro a la amenaza, es una diferencia individual relativamente estable en la propensión a la ansiedad. Como estado es una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración, caracterizada por una activación autonómica y somática y por una percepción consciente de tensión subjetiva, vivenciada por la persona como patológica en un momento particular; que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo (Spielberger, 1966, 1972; Spielberger, Gorsuch & Luschene, 1982).

La ansiedad se debe a una respuesta del sistema nervioso autónomo, en el cual el sistema nervioso simpático se activa (sistema de lucha – huida), inhibiendo el sistema nervioso parasimpático (sistema de restauración), lo que incrementa los niveles de neurotransmisores como la adrenalina y noradrenalina. Cuando la ansiedad persiste, las actividades inmunológicas pueden estar deprimidas por la tensión que se produce y lleva a la supresión de ciertas funciones inmunológicas por las respuestas hormonales, lo que

hace a la persona más susceptible a los patógenos que causan las infecciones (Giglio, 2011).

La depresión al igual que cualquier otra emoción, tiene una función filogenética adaptativa que sirve para sostener la atención y cuidado de los demás y poder ser un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o para conservar energía y hacer frente a posteriores procesos de adaptación (Whybrow, Akiskal & Mckinney, 1984).

La tristeza depende de la evaluación cognitiva realizada sobre la situación y los recursos que se poseen para afrontarla (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983). Cuando es de mayor duración, frecuencia e intensidad interfiere la capacidad adaptativa y de disfrute de la persona (Piqueras, Ramos, Martinez & Oblitas, 2009).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por tristeza intensa, falta de interés por actividades cotidianas, fatiga o sensación de lentitud, inutilidad o desesperanza, disminución del deseo sexual, alteración del apetito, problemas de concentración y de sueño, culpa y pensamientos negativos sobre sí mismo (Beck et al., 1983; Ellis & Grieger, 1990).

Se puede expresar como un estado emocional más o menos transitorio (depresión estado) y como rasgo de personalidad relativamente estable (depresión rasgo). En el caso de los estados emocionales, es el reflejo subjetivo de la situación vital del sujeto en un momento determinado a lo largo de su vida, a diferencia del rasgo de personalidad que se produce de forma activa, modulado por factores intrínsecos, tanto biológicos como histórico biográficos (Agudelo, Buena-Casal & Spielberger, 2007).

La depresión puede deberse a diferentes causas como la herencia, la situación social, la ansiedad neurótica y un proceso corporal patológico o administración de un fármaco o droga, que convergen de un desequilibrio en la bioquímica cerebral afectándose ciertos sistemas de neurotransmisores, especialmente el noradrenérgico (Merrell,2001).

La ira a diferencia de la ansiedad y la depresión no es reconocida como una categoría diagnóstica en ningún manual de clasificación psiquiátrica oficial. Es un componente de otros trastornos emocionales como los de ansiedad y afectivos(Suls & Bunde, 2005).Es una tendencia biológica que lleva a defendernos para protegernos del ataque o de las intrusiones, es un estado de malestar que varia en intensidad desde la irritación hasta la cólera intensa. Implica cambios en la respuesta respiratoria, vascular, vocal, muscular y facial (Grenberg & Paivio, 2007).

La ira trae consecuencias negativas por las condiciones que evoca la emoción, por las consecuencias adaptativas ante una situación particular y por la sensación subjetiva o evaluación de dicha emoción (Piqueras et al., 2009).

La ira es una emoción displacentera de intensidad variable, que conlleva a una experiencia subjetiva de pensamientos, sentimientos, activación fisiológica y neuroquímica y a un determinado modo de expresión o afrontamiento, desencadenada por situaciones en las que las personas se sienten heridas, engañadas, traicionadas y que tienen que ver con el ejercicio de control físico o psicológico en contra de la propia voluntad o que impide el alcanzar una meta (Iacovella & Troglia, 2003).

La ira presenta un componente subjetivo o experiencial que puede variar en intensidad desde irritación leve hasta la rabia, siendo más intensa cuando hay baja tolerancia a la frustración. Se muestra como estado o rasgo, o como un componente de afrontamiento o expresión, que puede ser interno, en la que se suprime los sentimientos de enfado y externo en la que se manifiestan abiertamente mediante la asertividad o la agresividad (Spielberger et al., 1985).

Spielberger (2001), relaciona la ira al igual que la ansiedad y la depresión como un estado o como un rasgo. La ira (estado), es la experiencia temporal de sentimientos subjetivos de tensión, enfado, irritación, furia, en respuesta a diferentes eventos, acompañada de incrementos en la activación fisiológica. Es la intensidad que tienen el sentimiento y el grado en el que cada persona siente que lo está expresando en determinado momento, relacionados con la expresión verbal, y la expresión física (Tobal et al., 2001).

La ira (rasgo) es la disposición a experimentar episodios de ira de forma más o menos frecuente e intensa, ya sea por percepción de un amplio rango de situaciones provocadoras, por predisposición a experimentar elevaciones más intensas o por interacciones de ambos. Mide la frecuencia con la que el sujeto experimenta el sentimiento a lo largo del tiempo (Tobal et al., 2001).

La ira estado y rasgo están relacionadas íntimamente, en la cual el incremento de activación fisiológica se producen por la activación del sistema nervioso autónomo, el sistema endocrino, tensión muscular y cambios respiratorios. Es así como en la ira rasgo existe una disposición a experimentar ira sin una provocación específica, mientras que la

ira estado, remite a la frecuencia con la que se experimentan sentimientos de ira en situaciones que implican frustración o evaluaciones negativas.

La ira como componente de afrontamiento o expresión puede ser externa o interna. La expresión externa es la frecuencia con la que los sentimientos son expresados verbal o físicamente la mayor parte del tiempo, o controlados evitando su manifestación hacia personas u objetos del entorno y la expresión interna es la frecuencia con la que los sentimientos son experimentados pero no expresados (suprimidos) o controlados mediante el sosiego y la moderación en la aceptación en las situaciones enojosas (Spielberger et al., 1983).

La ira se origina tanto por la violación de normas como por la frustración de metas. Se manifiesta como cólera, escándalo, enojo, exasperación, furia, indignación, irritabilidad y rabia, las variables que afectan su intensidad son el grado de censura estimada, la desviación de la acción del agente de las expectativas basadas en la persona-papel social y el grado en el que el acontecimiento es indeseable (Ortony, Clore & Collins, 1996).

Estudios psiquiátricos de comorbilidad encuentran confusión entre trastornos de ansiedad, depresión y problemas de ira. Un paciente que experimenta cualquiera de estas alteraciones corre el riesgo de experimentar las otras (Gorestein, Tager, Shapiro, Monk, & Sloan, 2007). La ira persistente es un factor de riesgo para diversos trastornos médicos como la enfermedad cardíaca (Krantzet al., 2006).

2.2.9 Alexitimia

La alexitimia es una variable relacionada con la expresión de afectos, en la que existe una perturbación cognitiva afectiva que significa ausencia de verbalización y discriminación de afectos y sentimientos (Sifneos & Neemiah, 1973).

Está ligada en su origen, su desarrollo, su percepción y su comunicación a la cultura y a lo psicosomático, debido a que los factores etiológicos no son solo de naturaleza biológica sino de origen psicosocial, determinado por presiones inherentes a la vida en las sociedades tecnocráticas (Pedielli, 1992) y al afecto por ser un estado consciente que se manifiesta a través de una alteración corporal, es una especie de dislexia de los afectos en la que no se discriminan matices (Bodni, 1991).

La alexitimia puede ser vista como una alteración de la personalidad que tiene tres elementos: cognitivo, referido a los rasgos descritos en el pensamiento operatorio, afectivo evidenciado por la dificultad de verbalizar emociones, sensaciones corporales y actuaciones impulsivas y por último interpersonales que conllevan a alteración en la empatía (Krystal, 1988).

Se habla de rasgos esenciales y accesorios. Los esenciales con un pensamiento simbólico reducido o ausente, una capacidad limitada para fantasear, dificultad para expresar sus propios sentimientos con palabras y los accesorios con un alto grado de conformismo social, relaciones interpersonales estereotipadas, impulsividad como expresión de conflictos, personalidad inmadura (Retamales, 1989).

A pesar de que una persona alexitímica tiene una representación cognitiva de informaciones afectivas que reconoce y responde de manera apropiada a las convenciones lingüísticas relacionadas con las emociones y de poseer código motores necesarios para la

ejecución ordenada de expresión de emociones, no logra una conexión entre la experiencia afectiva y la comunicación de esta (Sivak & Wiater, 2006).

Las personas alexitímicas tienen emociones pero no pueden expresar sus sentimientos, aparece la emoción de manera abrupta como respuesta inmediata al estímulo pero aislada y discontinua sin una relación con lo que ha pasado antes o después.

Existen varios modelos explicativos de la alexitimia:

El neuropsicológico, plantea una ausencia o defecto del paso entre los centros neuronales relacionados con el afecto y un bloqueo del sistema límbico de los impulsos destinados a la corteza cerebral, lo cual produce una alteración bioquímica en los haces dopaminérgicos que implican una desconexión entre los hemisferios cerebrales (Sifneos, 1988). El psicodinámico refiere que la alexitimia es debida a una detención en el desarrollo del afecto por un trauma psíquico infantil o por una regresión afectiva-cognitiva después de una catástrofe traumática en la vida adulta (Krystal & Raskin, 1979). El sociocultural como un resultante de un proceso social y cultural, las emociones están presentes en todas las culturas pero no en todas hay sentimientos intrapsíquicos para entenderlas, algunas pueden valorizar las manifestaciones corporales o su dimensión religiosa o moral (Kirmayer & Robbins, 1993).

La relación entre alexitimia, ansiedad y depresión es multidimensional, asociada con dificultades para identificar y comunicar sentimientos (Hendrix, Haviland, & Shaw, 1991). Cuando una persona es evaluada y presenta niveles de depresión altos existe una mayor correlación con la alexitimia. Puntajes altos son un predictor significativo de somatización persistente, independientemente de otras evaluaciones de indicadores

psicopatológicos, variables sociodemográficas o severidad de la enfermedad (Bach & Bach, 1995). Se ha concluido que aunque la depresión y la alexitimia pueden estar presentes en una persona en algún momento y situación, son dos constructos diferentes (Parker, Bagby & Taylor, 1991).

Grados aumentados de alexitimia son acompañados por un incremento de la separación de los dos sistemas endocrinos, por esto la hipótesis de una base anatómica en la lateralización de las emociones (Koldovsky, 1996).

Puede lograrse una relación entre alexitimia y personalidad especialmente desde las teorías que enfatizan en los rasgos. Algunos teóricos consideran que las características que configuran la alexitimia son estables (Salminen, Saarijarvi, Aarela & Tamminen, 1994) y se perfilan como un punto extremo dentro de una dimensión continua de la personalidad más que como una consecuencia del estrés psicológico. (Martinez, Ato, Corcoles, Huedo & Selva, 1998). Los puntajes altos de alexitimia, el bajo apoyo social y una pobre respuesta al estrés están asociados. Es así como el rasgo de personalidad ayuda a explicar la pobre respuesta a los estresores y la dificultad adaptativa al estrés (Fukunishi & Rahe, 1995).

El perfil de personas que presentan altos niveles de alexitimia se caracteriza por la tendencia a la somatización, expectativas y atribuciones orientadas a un locus de control externo, altos niveles de ansiedad y depresión, actitud negativa ante la expresión emocional y pensamiento operatorio concreto, menor autoconciencia de aspectos internos y externos, bajos niveles de deseabilidad social, peor balance afectivo, y menor apoyo social y subjetivo con formas evitativas de afrontamiento (Además alto grado de conformismo social, pobre capacidad para la empatía en las relaciones interpersonales, ausencia de capacidad para la introspección, incapacidad para distinguir entre emoción y

sensación, presencia de síntomas físicos asociados con la imposibilidad de caracterizar las sensaciones corporales y utilizarlas como signos de malestar y baja reactividad emocional (Velasco, 2000).

A pesar de lo expresado, otros autores refieren que la alexitimia no es un fenómeno de todo o nada, es una característica de intensidad variable o estado transitorio del pensamiento y de las modalidades de expresión. Se acepta así una distinción entre alexitimia primaria que refiere los conceptos psicossomáticos tradicionales donde se aprecia un factor relativamente estable de la personalidad como argumentó Sifneos (Sifneos, Apfel-Savitz & Frankel, 1977) y trastornos psicossomáticos como lo planteó MacLean, Paez y Casullo (2000). Y alexitimia secundaria que aparece en pacientes con situación de riesgo vital y en situaciones de catástrofe como las descritas por Krystal (Krystal, 1988).

“La alexitimia se asocia a una menor capacidad para vivenciar emociones positivas, menor extroversión y mayor presencia de malestares con características neuróticas. Un alexitimico no es una persona completamente introvertida, dado que la introversión supone capacidad introspectiva. Tampoco es un sujeto definitivamente neurótico, ya que este rasgo de personalidad supone poder verbalizar los sentimientos negativos. Los patrones alexitímicos se vinculan con déficit en la regulación afectiva: están asociados con la ambivalencia ante la expresión de afectos y menor atención y elaboración emocional”(Paez & Casullo, 2000, p. 193).

Aunque se habla de un vínculo entre inhibición de la expresión verbal, emocional y somática de los afectos, no debe relacionarse la alexitimia con dicha inhibición

emocional puesto que las personas que reprimen estados afectivos ansiosos, no obtienen puntuaciones elevadas en alexitimia sino una alta activación displacentera indeferenciada que no puede simbolizarse en palabras (Paez & Casullo, 2000).

2.2.10 Modelos de salud y enfermedad

Para describir algunos de los modelos de salud y enfermedad propuestos teóricamente por distintos autores, es necesario inicialmente ahondar en el campo de la psicología de la salud y en los conceptos salud y enfermedad.

La salud es un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia física (WHO, 2013). Enfermarse representa una pérdida o modificación en diferentes niveles como el biológico, psíquico, social, familiar y productivo. Así el proceso salud-enfermedad trae implícita una dinámica bio-psico-social, por lo que es comprensible que cuando alguien enferma, cuando el organismo “flaquea”, no siempre se está frente a un asunto tan claro y específico, existiendo una razón por la cual la intervención de la psicología es necesaria y pertinente.

La psicología trabaja a favor del fortalecimiento del individuo. Se ocupa de ese individuo desde su vulnerabilidad, encontrando sentido a la enfermedad, a los síntomas y malestares, ofreciendo apertura, escucha y reflexión. El individuo entonces cuenta con una opción para sobrellevar la enfermedad en caso de que ya exista o de prevenir su aparición. Ofrece un campo de acción en el contexto de la salud donde se da primacía tanto a lo psicológico como a lo físico en el proceso de salud-enfermedad y a la relación

con variables psicológicas que en décadas anteriores se limitaba a ser entendida solo desde las manifestaciones corporales denominado psicología de la salud.

Articula al individuo mismo, la sociedad, la familia, el trabajo, la escuela y el sistema de cuidado de la salud. Es un campo interdisciplinario que requiere, además de la formación disciplinar básica del psicólogo, una serie de conocimientos en el ámbito de la salud, la enfermedad y los cuidados que ésta implica.

Las diversas definiciones del concepto de psicología de la salud evidencian aspectos comunes en ellas, como las contribuciones que los psicólogos hacen a la salud, la inclusión de salud y enfermedad, salud física-salud mental y el sentido general del malestar y el bienestar. Así se mencionan definiciones propuestas por Matarazzo; Holtzman, Evans, Kennedy, Iscoe; Morales y Oblitas.

La psicología de la salud incluye contribuciones educacionales, científicas y profesionales específicas a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de salud, la disfunción relacionada, así como el análisis y mejoramiento del sistema de salud y la formación de la política de salud (Matarazzo, 1982).

Holtzman, Evans, Kennedy y Iscoe, (1988), la definen como la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural dado y el desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud, la que comprende, el estudio de factores del comportamiento que afectan el tratamiento de emergencia y la recuperación de la enfermedad física.

Oblitas, (2006) la entiende como la aplicación de los principios, las técnicas y los conocimientos científicos además de la modificación de trastornos físicos y/o mentales o

cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar

Por último Morales (2009), la describe como los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad, de la atención y componentes psíquicos que participan en el estado de salud, en el riesgo de enfermarse, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud.

La aplicabilidad de la psicología de la salud se puede atribuir a aspectos como el crecimiento de enfermedades y la mortalidad que implica, la responsabilidad individual frente a la condición de salud y la apertura a cuidados de la salud diferentes a los propuestos por el modelo biomédico. Se destacan acciones que fomentan hábitos de salud que pueden hacer que las personas se sientan mejor en su vida diaria y propendan por una práctica profesional en la cual se vele por la calidad de la formación, el servicio y la atención.

Algunas de las acciones propias de la psicología de la salud parten de objetivos como la promoción, la prevención, evaluación y tratamiento de enfermedades y del sistema de salud, con el fin de aportar a la promoción de estilos de vida saludables, la modificación de hábitos insanos asociados a enfermedades, al tratamiento de enfermedades específicas y a la evaluación y mejora del sistema sanitario (Oblitas, 2006).

Comprendida la psicología en el entorno de la salud, es importante la descripción de algunos modelos que pueden apoyar la conceptualización teórica requerida para la investigación en cuestión, como el modelo biomédico, el modelo biopsicosocial y el modelo psicológico de salud biológica, aunque para el estudio en cuestión, solo se

tomarán elementos de la expresión emocional, afectividad negativa y disposiciones personales, es decir la personalidad.

El modelo biomédico se apoya en los principios explicativos del reduccionismo biológico y del dualismo cartesiano, que establece, que todo problema de salud tiene un componente biológico y es explicado por un funcionamiento inadecuado en los procesos fisiológicos. El cuerpo y la mente son entidades distintas que funcionan de manera independiente, así un problema de salud es causado por factores biológicos y los aspectos psicológicos no influyen en la enfermedad. La salud y la enfermedad son producto de procesos y reacciones físicas del cuerpo (Ogden, 1997).

La enfermedad proviene de elementos externos al cuerpo que lo invaden y genera cambios físicos dentro del mismo, o se origina de cambios físicos, internos e involuntarios. La salud y la enfermedad son cualitativamente diferentes, una persona es sana o enferma. No existe un continuo porque cuerpo y mente funcionan independientemente, la mente es un ente abstracto relacionado con pensamientos y sentimientos y es incapaz de influenciar la materia (Castillo, 2013).

La crisis del modelo biomédico se genera a finales del siglo XX y se desarrollan nuevas propuestas epistemológicas en el campo de la salud donde el núcleo central es la perspectiva biopsicosocial que busca superar los modelos explicativos uni o multi causalísticos del enfermar en la sociedad humana, por un enfoque multideterminista y así incorporar las ciencias sociales en diálogo con las ciencias biomédicas y validar otras formas del saber acumuladas históricamente por las distintas culturas (Madariaga, 2008).

El problema salud-enfermedad se debe extender a la totalidad de los problemas que presenta la reproducción de cada uno de los miembros de las poblaciones humanas y

de los ambientes de desarrollo en todas sus dimensiones epigenéticas y no solamente los problemas de la reproducción biológica. Por tanto, el objeto de estudio de las disciplinas de la salud lo constituyen los problemas, las representaciones y las estrategias de acción que presentan en el curso de la reproducción de la vida (Samaja, 2004).

El modelo biopsicosocial es propuesto por Engel en 1977, apoyado en la concepción de que en el proceso salud- enfermedad influyen factores biológicos, psíquicos y sociales como la predisposición genética, los estilos de vida y las influencias culturales. La mente es comprendida de un modo holístico como la integración de sistemas y subsistemas interrelacionados en un proceso dinámico y transaccional (Engel, 1977).

Borrell, (2002) reconoce que la corriente biomédica aporta datos importantes, sin embargo, considera que una alteración bioquímica no es únicamente producto de una enfermedad o una interrelación de causas moleculares, sino también de elementos psicológicos y sociales. La sola anomalía biológica no explica el significado de los síntomas para el paciente; las variables psicosociales son importantes para determinar susceptibilidad, gravedad y curso de la enfermedad y la aceptación del rol de enfermo no está determinada mecánicamente por la presencia de una anomalía biológica

Algunas consideraciones importantes en dicho modelo para la comprensión en el ámbito de la psicología de la salud con el fin de describir las variables del individuo y su ecosistema que inciden en el comportamiento y en la salud son(Engel, 1980;Santacreu,1991;Schwartz, 1982):

-La psicología plantea como objeto de estudio el comportamiento humano que incluye las cogniciones o pensamientos, las respuestas fisiológicas o biológicas y la conducta manifiesta u observable.

-Las leyes modelos o teorías que describen, explican o predicen el comportamiento humano son las mismas para la salud como para la enfermedad, para el comportamiento normal y anormal.

-El comportamiento humano normal está constituido por formas de adaptación al ecosistema que resultan inadecuadas a corto y largo plazo.

-Los ecosistemas en los que el organismo está inmerso y el ambiente físico y social en el que el individuo se mueve, determinan no solo los comportamientos adaptativos concretos sino los sistemas generales de adaptación

-La capacidad de adaptación de un individuo a un ecosistema está en función de los recursos biológicos y psicológicos que posea y de las exigencias del propio ecosistema.

-Un individuo se comporta respondiendo al medio o al ecosistema, manipulando o modificando ese medio, intentando adaptarse, teniendo en cuenta que la prioridad son los efectos a corto plazo.

-El comportamiento es el conjunto total de actuaciones de un individuo en un medio que puede ser valorado como dimensión saludable.

-Los comportamientos saludables en un determinado medio a corto plazo no lo son siempre a largo plazo; por el contrario los comportamientos no saludables a corto plazo son improbables en el repertorio de respuestas del individuo y su probabilidad es función del tiempo entre respuesta y daño.

-El comportamiento de un individuo no es uniformemente saludable o enfermo.

-La salud es el resultado del proceso de adaptación general de un individuo a su ecosistema a corto, medio o largo plazo.

El modelo psicológico de la salud biológica fue propuesto por Ribes en 1990 como alternativo, para abordar la dimensión psicológica en los problemas de salud, apoyado en la perspectiva interconductual de Kantor, que argumenta que existe una interacción construida entre el organismo y ciertos elementos del medio. Integra dos modelos que abordaron el binomio salud-enfermedad y que enfatizaban en la dimensión biomédica por un lado y la sociocultural por el otro.

Define el comportamiento o interconducta como la práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales, que en el ámbito de la salud, son las alteraciones biológicas que determinan la enfermedad y no pueden desligarse de su origen y manifestación de las circunstancias ambientales y socioculturales (Ribes & López, 1985).

Bajo este modelo la salud biológica o la enfermedad es el resultado de la forma en que el comportamiento media los efectos del ambiente sobre el organismo, tiene en cuenta el proceso biológico de la enfermedad y las condiciones sociales en que se da. Los supuestos teóricos que apoyan el modelo son: (Ribes, 1990).

-La descripción psicológica del modelo salud enfermedad, alude la dimensión individual en la que interactúan factores biológicos del organismo y las relaciones socioculturales.

-Los factores biológicos y sociales del modelo hacen referencia a la condición misma de existencia y las funciones biológicas que integran la actividad y las formas

particulares que caracterizan a un individuo en su interacción con las situaciones de su medio y con base en una historia personal relevante.

-Estar sano o enfermo depende de la dimensión psicológica de la salud, que implica lo que hace o deja de hacer un individuo en una situación particular en la que intervienen tres factores, la forma de actuar, las competencias que definen la efectividad y la forma en que el comportamiento interviene en la modulación de estados biológicos.

El modelo de salud biológica está formado por seis elementos clasificados en dos categorías, la primera denominada procesos, de la que hacen parte tres elementos psicológicos vinculados con la historia del individuo: la historia interactiva del sujeto (estilos interactivos e historia de competencias), sus capacidades (competencias funcionales presentes) y las formas en que la acción regula la reactividad biológica (modulación biológica por las contingencias). La segunda categoría, los resultados, como efectos obtenidos de la interacción de los tres componentes de la categoría anterior que se dan a doble nivel, un nivel que puede afectar el grado de vulnerabilidad biológica del organismo y el otro influir en la disponibilidad y emisión de respuestas. Los elementos de esta categoría son: las conductas instrumentales preventivas o de riesgo, los factores biológicos relacionados con la vulnerabilidad biológica presente y la aparición o no de la patología biológica y las conductas asociadas a este.

Los elementos del modelo se explican brevemente a continuación para su comprensión:

-Historia interactiva del individuo; incluye el comportamiento de la persona en el pasado en ciertas situaciones y crea la disposición para interactuar en una situación

específica presente, facilitando o interfiriendo las conductas, sin ser el factor decisivo para responder funcionalmente a una situación. Hacen parte de esta historia interactiva las competencias (capacidad adquirida para interactuar de forma efectiva en situaciones que requieren determinados resultados) y los estilos interactivos (manera de aprender a entrar en contacto con determinado tipo de situaciones, entendido como personalidad).

-Competencias funcionales presentes; es la capacidad actual que se utiliza ante las demandas que una situación establece, los factores que definen el contexto y la interacción que se tiene con la situación por las experiencias anteriores.

-Modulación de los estados biológicos; efectos que tiene el entorno en los estados biológicos dependiendo de la manera como se actúa frente a las contingencias de una situación determinada.

-Conductas instrumentales de riesgo o prevención; es decir acciones efectivas que aumentan o disminuyen los riesgos de contacto con los agentes físico químicos o biológicos disparadores de una patología biológica. Es la capacidad del individuo para producir cambios en el ambiente (saber hacer en diferentes situaciones contingenciales).

-Vulnerabilidad biológica; referida a las condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de desarrollar alguna enfermedad aguda o crónica, y que se afecta por interacciones biológicas y orgánicas. Es un factor disposicional en el desarrollo de alguna enfermedad. Pueden influir factores de tipo orgánico, como daño físico localizable que implica cambio en el funcionamiento normal, y de tipo psicológico, producto de interacción con otros y con el medio controlado por la forma en que el individuo modula los estados biológicos.

-Conductas asociadas a patología biológica; ocurren como efecto secundario de un tipo de patología o como resultado de ciertas conductas instrumentales sin que exista

patología biológica. Pueden ser comportamientos enfermos presentados al enfrentar situaciones problema o síntomas somáticos que regulan los efectos de la interacción con su contexto.

-Aparición de la patológica biológica; en la cual interactúa la vulnerabilidad biológica y las conductas instrumentales de riesgo, es decir la ocurrencia de conductas instrumentales productoras de patología y un elevado grado de vulnerabilidad biológica.

Para proponer un modelo psicológico es necesario considerar factores biológicos que representan la condición misma de existencia del individuo y de las reacciones biológicas integradas a su actividad y factores psicológicos y socioculturales que son las formas particulares que caracterizan al individuo en su interrelación con las situaciones de su medio con base en su historia personal(Piña, 2008).

Capítulo III: Método

3.1 Introducción.

La investigación se enmarca dentro de un paradigma investigativo cuantitativo, con el propósito de determinar la presencia y diferencia de variables psicológicas (personalidad, afectividad negativa y alexitimia) en un grupo de personas adultas con el diagnóstico de fibromialgia, intestino irritable y migraña y un grupo de personas sin diagnóstico; con el fin de proponer un modelo psicológico descriptivo del síndrome de sensibilización central complementario al modelo fisiopatológico de Yunus, que permite a través de la recolección de datos a una muestra específica aceptar o rechazar las hipótesis de trabajo.

3.2 Diseño de la investigación

Se trata de un estudio ex post facto retrospectivo de tipo transversal con grupo cuasi control, pareado de acuerdo a las variables socio demográficas edad y género (Montero & León 2005, 2007), para determinar la presencia de variables psicológicas (personalidad, afectividad negativa y alexitimia) en un grupo de personas adultas que presentan síndrome de sensibilización central, con el diagnóstico de fibromialgia, intestino irritable y migraña (grupo clave), comparado con un grupo de personas sin diagnóstico de síndrome de sensibilización central (grupo cuasi control).

3.3 Conveniencia del diseño.

Se eligió un diseño ex post facto por el tipo de variables estudiadas, que no se pueden manipular y con el fin de realizar inferencias razonables sobre las posibles causas (covariaciones) del fenómeno estudiado, síndrome de sensibilización central. Se propuso de carácter retrospectivo porque las variables incluidas ya están dadas y han ocurrido en el tiempo (Montero & León, 2007). Se estableció como transversal por tomar una sola medida en el tiempo.

Para garantizar de que la covariación o el peso de las variables independientes se presente solo en una condición, se eligió el método de comparación de grupos, donde se compara el grupo que cumple con la variable dependiente (en este caso tener el diagnóstico de SSC) y que se denomina según la clasificación de Montero y León (2007) como grupo clave, con otro grupo que no comparte esta característica, pero que si comparte otras características como las sociodemográficas, las cuales se quieren controlar (grupo cuasi control).

Al comparar a ambos grupos es posible determinar las relaciones de las variables independientes relevantes y específicas para la aparición de la variable dependiente o descartar relaciones de variables independientes no relevantes.

3.4 Variables.

En el estudio se consideran las siguientes variables:

Variabes sociodemográficas: Edad, sexo, estado civil y escolaridad.

Variable Dependiente: Síndrome de Sensibilización Central específicamente 3 de las entidades patológicas que la conforman (fibromialgia, intestino irritable y/o migraña).

VARIABLES INDEPENDIENTES: se consideran las características psicológicas tales como personalidad (neuroticismo, extroversión, apertura, amabilidad y responsabilidad), afectividad negativa estado-rasgo (ansiedad, depresión e ira) y alexitimia.

A continuación se presenta una tabla, en la cual se definen y se describe la forma como se van a medir dichas variables.

Tabla 1 *Descripción de las variables del estudio.*

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		
NOMBRE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN
Edad	Años que ha vivido una persona.	Edad en años cumplidos
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen las personas.	Femenino Masculino
Estado Civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Soltero Casado/Unión Libre Separado Viudo
Escolaridad	Nivel educativo de una persona según ha asistido a un centro de enseñanza.	Básica Primaria Básica Secundaria Pregrado Postgrado
VARIABLE DEPENDIENTE		
NOMBRE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN
SÍNDROME DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL	Grupo de enfermedades en las que existe una "hiperemocionabilidad" de las neuronas del SNC en respuesta a los noci-estímulos periféricos, de manera que hay una respuesta exagerada a un estímulo doloroso normal (hiperalgesia), duración superior de la respuesta a un estímulo corto (dolor persistente), y una respuesta de dolor después de un estímulo normalmente no-nociceptivo (no doloroso)	
Fibromialgia	Síndrome caracterizado por la presencia de dolor crónico extenso, centrado especialmente en zona cervical, trapecios, zona lumbar, trocánteres, tercio proximal de extremidades superiores e inferiores, cuya característica es la hipersensibilidad al dolor.	Criterios diagnósticos según CIE 10. Código M79.7

Síndrome de intestino irritable	Enfermedad funcional, digestiva, crónica, benigna y recurrente de más de 3 meses de evolución caracterizada por malestar o dolor abdominal asociado a alteraciones del tracto intestinal.	Criterios diagnósticos según CIE 10 K 58
Migraña	Síndrome “positivo” en el que no existen antecedentes o signos físicos que sugieran enfermedad subyacente, caracterizada por dolor que afecta la mitad del cráneo y que aparece en forma de crisis generalmente acompañada de fotofobia, náuseas o vómitos.	Criterios diagnósticos según CIE 10 G 43
VARIABLES INDEPENDIENTES		
NOMBRE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN
PERSONALIDAD	Patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica y que configura la constelación completa de la persona. Cada estilo de personalidad es, a la vez, un estilo de afrontamiento, así que la personalidad es el principio organizador a partir del cual es posible entender mejor a la psicopatología (o a la persona).	
Neuroticismo	Factor caracterizado por presencia de ansiedad, aprensión, temor, tensión y volubilidad.	NEO PI R: Revised NEO Personality Inventory (Costa & McCrae, 1992).
Extraversión	Factor caracterizado por sociabilidad, energía y optimismo, vinculación con las personas y preferencia por grupos y reuniones.	NEO PI R: Revised NEO Personality Inventory (Costa & McCrae, 1992).
Apertura	Factor caracterizado por apertura, interés tanto por el mundo exterior como por el interior, buscando tomar en consideración nuevas ideas y valores no convencionales y experimentar tanto las emociones positivas como las negativas de manera más profunda que los sujetos que se cierran.	NEO PI R: Revised NEO Personality Inventory (Costa & McCrae, 1992).
Amabilidad	Factor caracterizado por la disposición a creer que los demás son honestos y bien intencionados y por Preocupación activa por el bienestar de los otros.	NEO PI R: Revised NEO Personality Inventory (Costa & McCrae, 1992).
Responsabilidad	Factor caracterizado por la planificación, organización y ejecución de tareas.	NEO PI R: Revised NEO Personality Inventory (Costa & McCrae, 1992).
AFECTIVIDAD NEGATIVA	Dimensión general subjetiva de displacer en la cual se pueden presentar emociones negativas como miedo, tristeza y enojo, principalmente, que se relaciona con altos niveles de estrés, pobre capacidad de afrontamiento y dolencias físicas (Watson, 1988). Tendencia a preocuparse y a tener una visión pesimista y ansiosa de las cosas, acompañada a menudo de sentimientos de infelicidad o irritación, síntomas depresivos, tensión crónica y un bajo nivel de bienestar subjetivo.	

Ansiedad Rasgo	Disposición o característica de respuesta estable con miedo y nerviosismo ante el estímulo peligroso o amenazante (ansioso).	Inventario de Evaluación de Ansiedad Estado-Rasgo, (STAI) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982).
Ansiedad Estado	Intensidad o estado emocional transitorio del organismo como respuesta ante un estímulo que se caracteriza por presentar sentimientos de tensión, debido a un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.	Inventario de Evaluación de Ansiedad Estado-Rasgo, (STAI) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982).
Depresión Estado	Intensidad o estado emocional transitorio del organismo como respuesta ante un estímulo que se caracteriza por percibirse como pérdida o fracaso.	Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo IDER (Agudelo, Buela-Casal & Spielberger 2008)
Depresión Rasgo	Disposición o característica de respuesta estable con tristeza ante el estímulo de pérdida o fracaso.	Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo IDER (Agudelo, Buela-Casal & Spielberger 2008)
Ira Estado	Experiencia temporal de sentimientos subjetivos de tensión, enfado, irritación, furia, en respuesta a diferentes eventos, acompañada de incrementos en la activación fisiológica.	Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo STAXI-2. (Tobal, Casado, Cano Vindel & Spielberger, 2001)
Ira Rasgo	Disposición a experimentar episodios de ira de forma más o menos frecuente e intensa, ya sea por percepción de un amplio rango de situaciones provocadoras, por predisposición a experimentar elevaciones más intensas o por interacciones de ambos.	Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo STAXI-2. (Tobal, Casado, Cano Vindel & Spielberger, 2001)
ALEXITIMIA	Dificultad para expresar sus estados afectivos con palabras, así como para diferenciar sensaciones corporales de afecto.	Escala de Alexitimia (UBA) (Casullo, Wiater & Maristany 1997)

3.5 Pregunta de investigación.

¿Cuáles características psicológicas de personalidad, afectividad negativa y alexitimia son comunes en personas adultas diagnosticadas con fibromialgia, síndrome de

intestino irritable o migraña que permitan la descripción de un modelo psíquico para el síndrome de sensibilización central?

3.6 Población

Personas adultas diagnosticadas con fibromialgia, síndrome de intestino irritable y migraña por médicos especialistas reconocidos de la ciudad de Medellín Colombia (internistas, reumatólogos, gastroenterólogos, neurólogos), con un rango de edad que oscila entre 18 y 65 años y un nivel mínimo de escolarización (escuela primaria), sin importar ocupación estado civil y estrato socio económico.

3.7 Muestra

Se hizo un muestreo no probabilístico por conveniencia de tipo secuencial.

El grupo clave estuvo conformado por personas que asistieron a la consulta médica de especialistas de la ciudad de Medellín Colombia en un periodo de 24 semanas y que presentaran el diagnóstico de fibromialgia, intestino irritable y migraña.

La muestra del grupo clave, quedó constituida por 98 personas, de las cuales 21 obtuvieron el diagnóstico de fibromialgia, 42 de síndrome de intestino irritable y 35 de migraña. En la patología de fibromialgia se contó con menos pacientes dentro del tiempo estimado, aun extendiendo 4 semanas más la consecución, por tanto se decidió dejar este tamaño muestral.

El grupo cuasi control conformado por 49 personas sanas sin diagnóstico de síndrome de sensibilización central.

Se rectificó que las personas incluidas en ambos grupos (con SSC y sin SCC), cumplieran con el criterio de un nivel de escolaridad mínimo de primaria con el fin de garantizar el entendimiento de las pruebas que debían diligenciar.

3.8 Marco del muestreo.

El muestreo no probabilístico por conveniencia se efectuó con los criterios que el médico tratante tuviera para el índice de consulta de las patologías en cuestión, seleccionando así las unidades de análisis de acuerdo con los requisitos de la población objeto de estudio.

El muestreo se llevó a cabo de la siguiente manera:

En el grupo clave se contactaron los médicos especialistas en su consultorio particular, que eran los encargados de referir la muestra de un periodo de 24 semanas de atención. Una vez referido el caso al investigador con el respectivo diagnóstico, realizó la aplicación de las pruebas a cada una de las personas que hicieron parte del estudio una vez firmado el consentimiento informado.

Para el grupo cuasi control se estableció una proporción de 1 a 2 con respecto al grupo clave, buscando al máximo la distribución según variables sociodemográficas edad y género. Para definir si podían hacer parte del grupo, se les realizó una ficha médica de auto reporte en la que mediante un checklist se evidenciaba la no presencia de las patologías en cuestión. Una vez corroborado que no tuvieran indicadores de la enfermedad se procedió a aplicar las mismas pruebas del grupo clave.

Se excluyeron de la muestra aquellas personas que no contestaron más de 3 ítems en alguna de las pruebas.

3.9 Información sobre el consentimiento.

El estudio sobre síndrome de sensibilización central y variables psicológicas está basado en los principios éticos fundamentales de respeto por las personas tales como justicia y beneficencia. La resolución número 0008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, dictamina una serie de artículos relacionados con la investigación en seres humanos, los cuales como norma ética son cumplidos a cabalidad por este proyecto de investigación

El artículo 11 permite clasificar el presente proyecto en investigación con riesgo mínimo por tratarse de un estudio consistente en aplicación de pruebas psicológicas a individuos o grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto. Los artículos 14, 15 y 16 exigen que el consentimiento informado, deba ser autorizado de forma escrita y voluntaria por cada participante de la investigación y tiene información veraz sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y riesgos.

La intimidad y dignidad son derechos de los participantes, por eso la investigación obtiene y analiza la información de manera confidencial y se garantiza que la entrega de resultados no implica particularidades de cada sujeto. El estudio no compromete alteraciones en la cotidianidad de los participantes ni su entorno, no genera cambios a nivel familiar, social ni emocional en ellos y no condiciona la relación consigo mismo, la sociedad ni el ambiente.

Lo que ofrece el investigador a los participantes es el compromiso por realizar la devolución pertinente de los instrumentos aplicados de forma personal y por medio de un informe escrito, siempre y cuando los participantes soliciten retroalimentación de los resultados.

Se asume la normatividad contemplada en el código ético del psicólogo en Colombia, ley 1090 de 2006, en la que se reglamenta el ejercicio de la profesión de la psicología.

El formato del consentimiento informado se presenta en el apéndice A

3.10 Confidencialidad.

Este estudio se realizó entre septiembre de 2011 y junio de 2013 y se hizo en cumplimiento de la Resolución 008430/1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, prevaleciendo el criterio del respeto a la autonomía, dignidad y la protección de los derechos y el bienestar de los sujetos incluidos en el estudio.

El investigador brindó la información sobre el estudio y tenía la formación profesional para llevarlo a cabo, demostrando sus conocimientos en la práctica de la psicología clínica y de la salud, asumiendo todas las responsabilidades como ente investigador.

Siempre se mantuvo el carácter voluntario de participación y confidencialidad de cada individuo. Toda persona incluida, firmó voluntariamente el consentimiento informado, en el cual se encontraba la información necesaria para la decisión de participar o no en el estudio. Si la decisión fuera negativa, ésta no afectaba la continuación de la

relación médico paciente, dentro de las normas de buena práctica médica, en caso del grupo clave.

El consentimiento informado incluyó las condiciones sobre lo que se haría con los instrumentos aplicados. Adicionalmente especificaba que no existían conflictos de interés dentro de la realización de este estudio, generados por patrocinios externos o internos al mismo y se protegerían los derechos de los sujetos de investigación.

Esta investigación es clasificada como: "Investigación con riesgo mínimo", de acuerdo a los preceptos de la Resolución 8430 del Ministerio de Salud de 1993, de la Republica de Colombia, incluyendo el registro de datos a través de exámenes físicos o psicológicos rutinarios como el diligenciamiento de cuestionarios(Ministerio de Salud,1993).

A la base de datos solo tiene acceso el investigador. Por lo tanto, en todo momento se ha mantenido la confidencialidad de la identidad de las personas y se ha asegurado que los datos sólo se usarán con fines investigativos y sin revelar o vulnerar la identificación de los participantes, no se publicarán ni se darán a conocer datos de casos particulares.

3.11 Localización Geográfica.

El estudio fue realizado en la Ciudad de Medellín- Colombia.

3.12 Técnicas para la recolección de los datos.

Los instrumentos utilizados para el estudio fueron:

3.12.1 Encuesta de datos generales:

Cuestionario con preguntas que se elaboraron para consignar información referida a datos generales como edad, género, sexo, escolaridad, diagnóstico médico, tratamientos recibidos (Ver apéndice B).

3.12.2 NEO PI-R, Revised Neo Personality Inventory (Costa & McCrae, 1990). Ver apéndice C

El NEO PI-R publicado en español por TEA Ediciones (3ª edición revisada y ampliada, 2008), es uno de los instrumentos de medida más prestigiosos para la evaluación de los principales factores de personalidad de acuerdo con el modelo de los Cinco Grandes: Su área de aplicación es en aquellos ámbitos donde se busque evaluar Personalidad.

El Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R) ofrece una medida abreviada de las cinco principales dimensiones o factores de la personalidad y de algunos de los más importantes rasgos o facetas que definen cada dimensión. En conjunto, las 5 escalas fundamentales y las 30 escalas parciales del NEO PI-R permiten una evaluación global de la personalidad del adulto.

La versión original en inglés del NEO PI-R cuenta con dos formas: la Forma S de auto informe y la Forma R para calificación por parte de un observador. La adaptación española sólo cuenta con la Forma S que consta de 240 elementos y se contesta en una escala de 5 puntos. Es auto aplicable y resulta apropiada para hombres y mujeres de todas las edades.

Con respecto a la consistencia interna en el manual únicamente se recogen los niveles estimados para las facetas que componen cada una de las cinco dimensiones del NEO PI- R, siendo algunos de los valores encontrados cercanos a 0,50. Los coeficientes de consistencia para el NEO PI-R están entre $0.80 \leq r < 0.85$. En los estudios de la primera adaptación: entre 0.82 y 0.90 para los cinco factores; entre 0.35 y 0.76 para las facetas (inadecuada, es decir < 0.60 , para 12 de las 30 facetas). En los nuevos estudios de tipificación (3ª edición): entre 0.85 y 0.91 para los cinco factores; entre 0.55 y 0.78 para las facetas (inadecuada, es decir < 0.60 , para 6 de las 30 facetas).

La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) refiere un valor de 0.87. La matriz factorial obtenida se comparó con la obtenida en la muestra original americana y la normativa española calculando los coeficientes de congruencia factorial por faceta y dimensión, y se aprecia que la mayoría de los coeficientes de congruencia son iguales o superiores a 0.95.

El cuestionario consta de un total 240 ítems a los que se responde en una escala Likert de cinco opciones (en función del grado de adherencia). En la actualidad, el modelo de los cinco grandes factores de personalidad se ha impuesto y existe un número importante de instrumentos diseñados para su medida, de los cuales el más prototípico es el NEO-PI-R. Según este modelo, la personalidad está configurada por cinco factores o dimensiones amplias, que implican tendencias estables y consistentes de respuesta. Cada factor se compone de seis escalas o facetas.

Neuroticismo vs. Estabilidad emocional: Equivale a la inestabilidad emocional y la experiencia de estados emocionales negativos. N1 Ansiedad, N2 hostilidad, N3 depresión, N4 ansiedad social N5 impulsividad y N6 vulnerabilidad

Extraversión. Implica aspectos como la asertividad y el dinamismo. E1 cordialidad, E2 gregarismo, E3 asertividad, E4 actividad, E5 búsqueda de emociones y E6 emociones positivas

Apertura a la Experiencia: Refleja el mantenimiento de valores e ideas no convencionales, y la amplitud de intereses. O1 fantasía, O2 estética, O3 sentimientos, O4 acciones, O5 ideas y O6 valores

Afabilidad o Amabilidad: Capacidad de ser altruista, compasivo, confiado, franco y sensible con los demás. A1 confianza, A2 franqueza, A3 altruismo, A4 actitud conciliadora, A5 modestia Y A6 sensibilidad a los demás

Responsabilidad: Incluye la tendencia al sentido del deber, a la organización, el orden, la búsqueda de objetivos, la autodisciplina y la eficiencia. C1 competencia, C2 orden, C3 sentido del deber, C4 necesidad de logro, C5 autodisciplina y C6 deliberación.

3.12.3 Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo ST-DEP o IDER (Agudelo, Buela-Casal & Spielberger, 2008). Ver apéndice D

Creado por Spielberger en 2005, con adaptación española de Buela-Casal y Agudelo (2008). Consta de dos partes de diez ítems cada una, las cuales tiene como objetivo principal la evaluación del grado de afectación (estado) y la frecuencia de ocurrencia (rasgo) del componente afectivo de la depresión.

Considera cuatro áreas: Distimia estado, grado en el que está presente en el momento de la evaluación un estado de afectividad negativa. Eutimia estado, grado en el que está presente en el momento de la evaluación la afectividad positiva. Distimia rasgo,

frecuencia de la presencia de afectividad negativa y eutimia rasgo, frecuencia de la presencia de afectividad positiva.

Los ítems que reflejan eutimia, tanto en la escala estado como rasgo se encuentran en escala invertida, lo cual quiere decir que a mayor puntuación, hay mayor presencia de afectividad negativa.

Tiene una aplicación individual y colectiva, se puede desarrollar en una duración de siete a diez minutos, se aplica en ámbitos escolares y en clínica. La baremación que utiliza es en percentiles por sexos de adolescentes, universitarios, población general y población clínica y en cuanto a variables (Agudelo & Buela-Casal, 2005).

La tarea del sujeto consiste en señalar la puntuación que indica cómo se siente ahora, mismo, en el caso de la subescala de estado y cómo se siente en general, la mayor parte del tiempo, para la escala de rasgo. Las respuestas se puntúan entre 1 y 4 según sea “Casi nunca”, “Algunas veces”, “A menudo” y “Casi siempre”.

Para obtener las puntuaciones del sujeto evaluado, la opción de respuesta elegida (1, 2, 3 o 4) equivale a la puntuación asignada para el caso de los ítems referidos a distimia en ambas escalas, para el caso de los ítems de eutimia, la puntuación es inversa así: 1=4, 2=3; 3=2 y 4=1. La puntuación definitiva se obtiene sumando los resultados de las dos subescalas y puede ir entre 26 y 104.

Desde el planteamiento de Agudelo, Spielberger & Buela-Casal (2007) se hace una diferenciación entre la frecuencia de aparición de los síntomas (rasgo) y la afectación que tiene la persona de acuerdo a dicha sintomatología (estado), permitiendo comprender como la presencia de rasgos depresivos aumenta la probabilidad de vulnerabilidad a episodios depresivos (Agudelo, 2009).

Los niveles de confiabilidad de la prueba reportados por los autores son altas, oscilando entre 0,71 y 0,92 para las diferentes escalas en población general (Spielberger et al., 2008). En población colombiana se reportan alfas de Cronbach que oscilan entre 0,71 y 0,86 en población general (Agudelo, Gómez y López, 2009 en prensa).

3.12.4 Inventario de Evaluación de Ansiedad Estado-Rasgo, (STAI) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982). Ver apéndice E

Tiene como finalidad realizar una autoevaluación de la ansiedad como estado transitorio (Ansiedad/estado) y como rasgo latente (Ansiedad/rasgo). Su aplicación puede ser individual y colectiva con una duración variable de 20 minutos aproximadamente. El ámbito de aplicación incluye adolescentes y adultos. La baremación de este instrumento se realizó en una muestra de adultos segmentada en función del sexo (Buela-Casal, Guillén-Riquelme & Seisdedos, 2013).

El cuestionario consta de 40 ítems divididos en dos subescalas (Estado y rasgo), cada una con 20 ítems. La primera (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras (Buela-Casal et al., 2013).

La tarea del sujeto consiste en señalar la puntuación que indica cómo se siente ahora, mismo, en el caso de la subescala de estado y cómo se siente en general, la mayor parte del tiempo, para la escala de rasgo. Las respuestas se puntúan entre 0 y 3 según sea “Casi nunca”, “A veces”, “A menudo” y “Casi siempre”.

Los datos de validación respaldan su utilización como instrumento de medida. La validación española desarrollada por Bermúdez (1978). Indica valores de consistencia interna para muestras tanto normales como clínicas, similares a las obtenidas en los estudios originales y que oscilan entre 0,82 y 0,92, al igual que los valores test-retest, entre 0,70 y 0,80. En la misma línea, los índices de la validez convergente y discriminante obtenidos en la adaptación española corroboran el elevado poder psicométrico de la prueba.

Actualmente en Colombia se cuenta con una base de datos de aplicación del STAI con una población adulta de un estudio que se realizó para evaluar las propiedades psicométricas del IDER (Agudelo, Gómez y López, 2013) y aunque los datos del STAI no se han publicado se obtuvo un coeficiente de confiabilidad adecuado..

3.12.5 Inventario de expresión de Ira Estado Rasgo (STAXI-2).

Ver apéndice F

Elaborada por Tobal, Casado, Cano Vindel y Spielberger en el año 2001, con el objetivo de evaluar los diferentes aspectos de la ira. Consta de escalas: estado de ira, rasgo de ira, control interno de ira, control externa de ira, expresión interna de ira y expresión externa de ira. Además con cinco subescalas, tres para la escala de estado, que son: sentimiento expresión verbal y expresión física; y dos subescalas para la escala de rasgo: temperamento de ira y reacción ira. Por último calcula un índice de expresión de ira como medida total de expresión de ira.

Puede aplicarse de manera individual o colectiva tanto a adolescentes como adultos, y requiere aproximadamente de 15 a 30 minutos. Tiene como finalidad evaluar la

experiencia y expresión de enojo, en sus dos dimensiones (estado y rasgo) y en sus tres direcciones (expresión, supresión y control del enojo) (Casado, Cano, Miguel & Spielberger, 2013).

La persona debe señalar la puntuación de acuerdo a la subescala que se esté evaluando. En el caso de la experiencia se pregunta cómo se encuentra ahora mismo. Las respuestas puntúan entre 1 y 4 según sea “en absoluto”, “un poco”, “moderadamente” y “muchísimo”. Si es el caso de la expresión se pregunta cómo se siente normalmente. Las respuestas puntúan entre 1 y 4 según sea “casi nunca”, “algunas veces”, “con frecuencia” y “muchísimo”. Finalmente si es el caso del control se pregunta por las reacciones habituales y la forma de comportarse cuando se encuentra enfadado o de mal humor. Las respuestas puntúan entre 1 y 4 según sea “casi nunca”, “algunas veces”, “con frecuencia” y “algunas veces”.

Algunos autores han confirmado la validez y confiabilidad del inventario. Moscoso (2000) realizó una adaptación del Inventario Multicultural Latinoamericano de la expresión de la Cólera (ML-STAXI), basándose en el marco teórico y conceptual del STAXI. En su análisis demostró que la consistencia interna de los factores tanto para hombres como para mujeres, oscilaron entre 0.61 y 0.92. Así mismo Reyes, Meininger, Liehr, Chan y Mueller (2003) (como se cita en Oliva & Calleja, 2010) evaluaron las propiedades psicométricas del STAXI y demostraron que el análisis factorial fue similar a los registros de Spielberger.

Los datos acerca de la validez de la prueba en su adaptación española indican que es una prueba fiable, con una correlación test-re test de 0,71 en la escala de Rasgo de Ira, en las escalas de Expresión son de 0,59 y 0,61. Por su parte, con respecto a la escala de Estado, se indica una correlación baja (0,20) que los autores explican por la temporalidad

y carácter cambiante del estado emocional. La consistencia interna de las escalas y subescalas medidas a través del alfa de Cronbach oscilan entre 0,67 y 0,89.

En cuanto a la validez convergente de la prueba, se encuentran datos que soportan su validez, indicando correlaciones significativas con medidas de hostilidad, reflejando solapamiento en los constructos de ira y hostilidad. También se utilizaron medidas de personalidad para evaluar la validez convergente indicando correlaciones significativas. En cuanto a la validez divergente se muestran datos que corroboran la capacidad de la prueba para diferenciar la ira de otros constructos.

La versión española del STAXI-2 se elaboró partiendo de la forma del inventario de 69 reactivos (Tobal et al., 2001). Sobre esta versión realizaron algunas modificaciones. En la escala de Estado de Ira añadieron dos reactivos nuevos y sustituyeron tres reactivos que resultaban ambiguos en español. En la escala de Rasgo se añadieron igualmente dos reactivos nuevos y finalmente se crearon tres reactivos más para la escala de Control, por lo que la primera versión española quedo constituida por 76 reactivos. Los criterios para estos cambios fueron: a) que el contenido estuviera relacionado con la definición conceptual de las escalas y subescalas; b) que reflejaran conductas, estrategias o formas de experimentar y expresar la ira que fueran familiares o frecuentes para la población española; c) que incluyeran expresiones o términos comúnmente usados en español.

Debido a los pobres resultados que se obtuvieron en algunas escalas en los análisis factoriales de esta versión de 76 reactivos, se elaboraron nuevos reactivos que generaron una versión de 83 reactivos, a partir de los cuales se seleccionaron 49 reactivos que constituyen la versión STAXI-2 en español. Los índices de fiabilidad y validez del STAXI-2, se determinaron partiendo de una muestra de 1.173 españoles (889 mujeres y 284 hombres) con una correlación test- retest de .71 y el coeficiente alpha de Cronbach de

.89 para la escala de Estado de Ira y de .82, para el Rasgo de Ira. La escala de Expresión de Ira, obtuvo .69. Los autores reportan una correlación test-retest de .71 y un coeficiente alpha de Cronbach de .89 para la escala de Ira-Estado, de .82 para la de Ira-Rasgo, y de .69 para la de Expresión de Ira (Tobal, et al., 2001).

El STAXI se ha empleado en investigaciones que establecen relación entre ira y salud. Reportándose relación entre enfermedades cardiovasculares e ira. (Figuroa, Domínguez & Saucedo, 2006) (Como se cita en Oliva & Calleja, 2010).

3.12.6 Escala de Alexitimia (UBA). Casullo, Wiater y Maristany (1997). Ver apéndice G

La escala originalmente se llama Toronto Alexithymia Scale (TAS), cuyos autores fueron Taylor y Bagby (1987,1988).

Los autores trabajan para diseñar una escala confiable y válida que evaluara el constructo alexitimia. Toman como punto de partida cinco ejes o dimensiones: dificultad para explicar o describir sentimientos, dificultad para diferenciar sentimientos o sensaciones corporales, falta de capacidad introspectiva, tendencia al conformismo social y empobrecimiento de la capacidad para fantasear

En principio seleccionan 41 ítems auto descriptivos, 20 de los cuales están formulados afirmativamente y 21 negativamente. La escala TAS posteriormente consta de 26 ítems y es auto administrable, con respuestas de 1 a 5. Compuesta por ítems directos e inversos para su puntuación.

Luego en Argentina se lleva a cabo una revisión de la prueba para adaptarla, a cargo de Casullo, Wiater y Maristany, (1997). Se reducen las opciones de respuesta de 5 a 3 para mayor comprensión de los entrevistados. Generalmente, A veces, No.

La administración puede hacerse tanto en forma individual como grupal. Una vez finalizada se procede a la evaluación teniendo presente que hay ítems directos e inversos a los que se le asigna los valores 5, 3 o 1.

Los ítems inversos son 1,5,6,9,11,12,13,15,16,18,21,24.

Se obtiene un puntaje bruto o directo total sumando los valores asignados a cada uno de los reactivos. Ese puntaje se transforma en un puntaje transformado T, el que supone un valor promedio de 50 y una desviación estándar de 10. Se considera indicador de alexitimia al puntaje igual o mayor que un valor T de 65 y un nivel leve de alexitimia al puntaje T de 60 a 65. Un valor T igual o inferior a 35 se interpreta como indicativo de baja presencia del constructo que se está evaluando.

3.13 Análisis de datos

Para conocer el comportamiento de los datos se trabajó con análisis estadístico univariado, bivariado y multivariado.

En el análisis univariado, cada una de las variables estudiadas se tomó por separado en cada uno de los grupos. Los estadísticos utilizados fueron las medidas de tendencia central y de dispersión. Adicional se clasificó el puntaje promedio obtenido por cada grupo en cada variable según el nivel de presencia o ausencia de la variable. Para la variable personalidad se estableció el nivel alto, medio o bajo tomando de referencia el

percentil 25 y el percentil 75; la afectividad negativa estado-rasgo se clasificó en nivel de ausencia, leve o moderado de acuerdo al punto de corte establecido por los autores y para alexitimia el punto de corte de $T \geq 65$ determinó alexitimia marcada, entre 60 y 65 alexitimia leve y por debajo de un $T < 35$ no presencia de alexitimia.

La prueba Kolmogorov Smirnov se realizó para evaluar la normalidad de las variables cuantitativas continuas y la prueba de Levenne para evaluar la homogeneidad de las varianzas. De acuerdo a los resultados obtenidos en estas pruebas se decidió si la comparación de grupos se realizaba con base en pruebas paramétricas (t test de comparación de medias) como fue el caso de los factores y facetas de personalidad, o no paramétricas (U Mann-Whitney) para los estados afectivo negativos rasgo estado (ansiedad, depresión e ira) y alexitimia.

En el análisis bivariado, los resultados que se obtienen al establecer diferencias o asociaciones significativas entre dos variables, son de naturaleza descriptiva y estos resultados no explican por qué ocurre dicha relación, aunque prueban empíricamente hipótesis que resultan plausibles a la luz de un marco teórico-analítico para lo cual se utilizan un conjunto de pruebas de significación estadística, las cuales dependerán del nivel de medición de las variables.

Para las pruebas estadísticas en cuestión, si el p -valor asociado al estadístico de contraste es menor que el nivel de significación 0.05, se acepta la hipótesis (asociación entre la variable dependiente y la independiente), con un margen razonable de error, siendo el máximo estándar en ciencias sociales de un 5% (95% de confianza). Entre menor sea el nivel de significación, mayor es el nivel de confianza y, por consiguiente, menor será la probabilidad de cometer un error en la prueba de hipótesis.

El análisis multivariado se trabajó para medir el peso diferencial de las variables psicológicas estudiadas mediante un modelo de regresión logística, considerando el síndrome de sensibilización central (SSC) como variable dependiente y la personalidad, afectividad negativa y alexitimia como factores independientes para establecer los posibles factores de riesgo que pueden influir en la probabilidad de que se desarrolle el síndrome.

Se introducen variables simultáneamente para evaluar sus relaciones o asociaciones, teniendo en cuenta que las posibilidades de encontrar dependencias espúreas es elevada; y que las probabilidades de no encontrar relaciones importantes por no saber cómo explorarlas o por la imprecisión de los datos (error aleatorio) también es alta.

El objetivo con la regresión logística fue la selección de las variables más significativas, estimar la probabilidad de tener una característica dada por la presencia o no de otras características, estimar los riesgos relativos ajustados según determinados valores de las variables consideradas y buscar la predicción.

Para el estudio se evaluaron varios factores simultáneamente que estuvieran presumiblemente relacionados de alguna manera (o no) con la variable dependiente (SSC), y conocer su papel predictor, confundente, modificador de efecto y su efecto de forma ajustada; y construir un modelo con fines de predicción o cálculo del riesgo, de manera que éste pueda estimarse para un nuevo individuo con una cierta validez y precisión

La adecuación del modelo se evaluó mediante la prueba de bondad-del-ajuste Hosmer-Lemeshow aceptándose con una p mayor a 0,05. Existen dos índices que representan la proporción de incertidumbre de los datos que es explicada por el modelo

ajustado que son el índice de Cox y Snell que compara la verosimilitud del modelo con sólo la constante $(0)\beta_1$ y la verosimilitud del modelo considerado (β_1) . El índice de Cox y Snell tiene el inconveniente de no alcanzar el valor 1 (100%) cuando el modelo reproduce exactamente los datos

Por esta razón Nagelkerke ,1991 (citado en Doménech, 1999) propuso el índice corregido que vale 1 en caso de que el modelo explique el 100% de la incertidumbre de los datos. Así fue como El R2 Nagelkerke se utilizó para estimar el porcentaje de varianza explicada por el modelo.

Los odds ratio ajustados (OR) se calcularon con intervalos de confianza del 95% (IC). La prueba estadística de Wald se utilizó para evaluar la significación de los distintos coeficientes de regresión logística para cada variable independiente. La significación de los parámetros se estudió mediante el estadístico, de Wald, es decir el cuadrado del cociente $(\beta)^2 / SE^2$, el cual sigue una ley de ji-cuadrado, con 1 grado de libertad.

Por último se buscó la capacidad predictiva del modelo a través de las tablas de clasificación o tabulación cruzada entre los casos observados y los casos pronosticados mediante los índices de sensibilidad y de especificidad.

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS v.19)

3.14 Validez y confiabilidad

Con respecto a la validez se aprecia que los instrumentos utilizados son reconocidos internacionalmente para la medición de las variables de estudio, además han demostrado propiedades psicométricas adecuadas. Los datos de consistencia interna de las pruebas se ajustan a la población colombiana.

En cuanto a los estadísticos utilizados se pusieron a prueba los supuestos básicos mediante análisis de tipo univariado, bivariado y multivariado. Para la escogencia de los estadísticos se tuvo en cuenta que se cumplieran los supuestos mínimos para hacer uso de ellos.

Por utilizar un muestreo no probabilístico por conveniencia se deben tener los cuidados necesarios en la generalización de los resultados, por lo que la validez externa no permitiría una generalización a toda la población diagnosticada con SSC.

Capítulo IV: Resultados

Para conocer los resultados obtenidos en el estudio se inicia con la presentación descriptiva de la muestra, luego se presentan los estadísticos descriptivos según las variables de estudio en cada uno de los grupos, para luego mostrar los resultados de la comparación de grupos y por último los del análisis de regresión utilizado.

4.1 Análisis descriptivo de la muestra

Se presenta a continuación la distribución de la muestra que para el grupo clave, es decir, personas con síndrome de sensibilización central (SSC) fue de 98 personas, de las cuales 21 pacientes tenían el diagnóstico de fibromialgia, 42 síndrome de intestino irritable y 35 migraña. El grupo cuasi control fue de 49 sujetos sin SSC y que cumplieron características sociodemográficas similares al grupo clave.

Como se observa en la tabla 2, con relación al sexo, la distribución de mujeres en el grupo de personas con SSC fue de 85 que equivale al 86.7% y en el grupo sin SSC, fue de 36 mujeres, correspondiente al 73.5%.

La variable estado civil se distribuyó de la siguiente manera en cada grupo: para el SSC el 49% (n=48) eran solteros, el 39.8%(n=39) casados/ unión libre, el 7.1% (n=7) separado /divorciado y el 4.1% (n=4) viudos y para el grupo sin el SSC, el 61.2% (n=30) eran solteros, el 28.6% (n=14) casados/ unión libre, el 6.1%(n=3) separado/ divorciado y el 4.1%(n=2) viudos.

Tabla 2 Distribución de la muestra según las variables sociodemográficas para el grupo clave (SSC) y el grupo cuasi control (sin SSC)

		Grupo clave (SSC)		Grupo cuasi control (sin SSC)	
		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	85	86.7	36	73.5
	Masculino	13	13.3	13	26.5
Estado Civil	Soltero	48	49	30	61.2
	Casado/ Unión libre	39	39.8	14	28.6
	Separado/ Divorciado	7	7.1	3	6.1
	Viudo	4	4.1	2	4.1
Escolaridad	Básica primaria	5	5.1	0	0
	Básica secundaria	29	29.6	8	16.3
	Pregrado	43	43.9	33	67.3
	Posgrado	21	21.4	8	16.3
Total		98	100	49	100

Por último la escolaridad que se refiere al nivel de estudio máximo alcanzado por los sujetos, el nivel de pregrado fue el que mayor porcentaje obtuvo 43.9% en SSC y 67.3% en el grupo sin SSC, seguido de la básica secundaria en la cual el 29.6% fueron del grupo SSC y el 16.3% sin SSC. En el grupo sin SSC no se reporta ninguna persona con un grado de escolaridad de básica primaria. (Tabla 2)

Al describir la muestra diferenciando cada una de las tres patologías estudiadas que hacen parte del síndrome de sensibilización central, en la tabla 3 se encuentra que:

La proporción de mujeres fue mayor (77.1%) que la de los hombres en quienes tenían un diagnóstico de migraña, solteras el 61.9% y un nivel de escolaridad de pregrado el 51.4%. Por su parte en el síndrome de intestino irritable los datos son similares para el sexo con el 88.1% en mujeres, el estado civil de solteros con el 61.9% y el nivel de

pregrado el 45.2%. Por último la fibromialgia presenta datos diferenciales con respecto a los grupos antes mencionados, se evidencia presencia del diagnóstico solo en mujeres (100%), de estado civil casado/ unión libre del 61.9% y un nivel de escolaridad de básica secundaria de un 38.1%.

La edad siguió una distribución normal en el grupo clave (SSC) con una media de 37.9 años, un mínimo de edad de 18 y un máximo de 65 y en el grupo cuasi control (sin SSC), una media de 46.5 años, un mínimo de edad de 18 y un máximo de 64.

Tabla 3 *Distribución de la muestra según las variables sociodemográficas por patologías*

		Migraña		Síndrome de Intestino Irritable		Fibromialgia	
		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	27	77.1	37	88.1	21	100
	Masculino	8	22.9	5	11.9	0	0
Estado Civil	Soltero	16	45.7	26	61.9	6	28.6
	Casado/ Unión libre	14	40	12	28.6	13	61.9
	Separado/ Divorciado	3	8.6	3	7.1	1	4.8
	Viudo	2	5.7	1	2.4	1	4.8
Escolaridad	Básica primaria	1	2.9	2	4.8	2	9.5
	Básica secundaria	7	20	14	33.3	8	38.1
	Pregrado	18	51.4	19	45.2	6	28.6
	Posgrado	9	25.7	7	16.7	5	23.8
Total		35	100	42	100	21	100

De acuerdo al rango de edad encontrado se clasificó la muestra en intervalos con una amplitud de 8 años, en la que se encontró que tanto en el grupo clave como en el

grupo cuasi control el rango de edad de mayor predominio fue en el intervalo entre 17.5 - 25.5 años, con un 30.61% (n=30) y un 38.78%(n=19) respectivamente. (Ver tabla 4)

Tabla 4 Intervalos de edad para la muestra del grupo clave (SSC) y el grupo cuasi control (sin SSC)

Intervalo	Grupo clave (SCC)		Grupo cuasi control (sin SSC)		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Intervalo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
17,5-25,5	30	30,61%	16,5-23,5	19	38,78%
25,5-33,5	16	16,33%	23,5-30,5	7	14,29%
33,5-41,5	9	9,18%	30,5-37,5	6	12,24%
41,5-49,5	17	17,35%	37,5-44,5	6	12,24%
49,5-57,5	13	13,27%	44,5-51,5	4	8,16%
57,5-65,5	13	13,27%	51,5-58,5	2	4,08%
			58,5-65,5	5	10,20%
Total	98	100,00%	Total	49	100,00%

Nota: Se aplicó la fórmula Sturges para determinar el rango y amplitud o tamaño del intervalo.

En la tabla 5 se aprecia con respecto a cada una de las patologías estudiadas que la media de edad de personas con migraña y síndrome de intestino irritable el dato es similar 34.1 y 36.6 años, a diferencia de la fibromialgia que es 46.5 años.

Tabla 5 Estadísticos descriptivos para la variable edad por patologías

	Grupo Clave		
	Migraña	SII	Fibromialgia
n	35	42	21
Media	34.1	36.6	46.5
Mínimo	18	19	22
Máximo	62	65	63

4.2 Estadísticos descriptivos, nivel según rango y comparación de medias

A continuación se presentan los datos obtenidos de las medidas de tendencia central y de dispersión tanto para el grupo clave (SSC) como para el grupo cuasi control (sin SSC) en las variables estudiadas. A partir del promedio obtenido en cada uno de los grupos se clasificó el nivel en que se encontraba dicho puntaje para cada una de las variables independientes y finalmente se presentan los resultados de la comparación de medias a partir de la prueba t de muestras independientes en el caso de los factores y facetas de personalidad que cumplieron el criterio de normalidad y la prueba U de Mann Whitney para las variables de afectividad negativa y alexitimia que no cumplieron dicho criterio de normalidad.

La prueba t es una prueba estadística que evalúa si dos grupos difieren significativamente entre sí respecto a sus medias, donde la hipótesis de trabajo propone que las personas con síndrome de sensibilización central (SSC) presentan características psicológicas diferentes a las que no presentan el síndrome (Sin SSC). Un nivel de significancia $p \leq 0,05$ permite rechazar la hipótesis. Por su parte la prueba U de Mann Whitney es una prueba aplicada a dos muestras independientes, siendo la versión no paramétrica de la prueba t de Student.

Tabla 6 Estadísticos descriptivos de los factores de personalidad del grupo clave (SSC), nivel de clasificación y prueba t en relación con el grupo cuasi control (sin SSC)

	n	Media	Desviación típ.	Nivel según el puntaje	t	gl	p Sig. (bilateral)	
Neuroticismo	0	49	77,80	22,65	Promedio	-2,88	143	0,004*
	1	98	90,77	26,94	Alto			
Extroversión	0	49	120,78	18.54	Alto	2,57	140	0,011*
	1	98	111.90	19.98	Promedio			
Apertura	0	49	117.19	16.07	Promedio	1,8	140	0,073
	1	98	111.43	18.86	Promedio			
Amabilidad	0	49	121.0	15.74	Promedio	-0,44	144	0,658
	1	98	122.52	21.12	Promedio			
Responsabilidad	0	49	129.92	16.89	Promedio	0,13	143	0,894
	1	98	129.48	19.56	Promedio			

Nota: * $p \leq 0,05$. El número 0 en la tabla equivale al grupo cuasi control y el 1 al grupo clave (SSC).

En relación a la prueba t para muestras independientes los datos mostraron una diferencia significativa para el factor neuroticismo ($t = -2,88$, $p \leq 0,05$), indicando que la media obtenida por el grupo clave es mayor ($x = 90,77$; $DT = 22,65$) que la del grupo cuasi control ($X = 77,80$; $DT = 26,94$) y para el factor extroversión ($t = 2,57$, $p \leq 0,05$) en el grupo cuasi control con un promedio mayor ($x = 120,78$; $DT = 18,56$) que el grupo clave ($x = 111,90$; $DT = 19,88$). (ver tabla 6).

Los resultados de la tabla 6, también destacan que el grupo de pacientes con SSC se ubicó en el nivel alto en el factor de neuroticismo y el grupo cuasi control en el nivel alto en el factor de extroversión, para los demás factores: apertura, amabilidad y responsabilidad, ambos grupos se clasificaron en el nivel promedio.

Al detallar en qué nivel se ubicó el puntaje de cada factor en cada una de las patologías estudiadas, es de resaltar como en el factor neuroticismo las tres patologías

pertenecientes al SSC se ubicaron en el nivel alto y además se diferenciaron con un nivel estadísticamente significativo de $p \leq 0,05$ del grupo cuasi control (sin SSC).

El grupo con diagnóstico de fibromialgia se diferenció además en los factores de extroversión, apertura y amabilidad con respecto al grupo sin SSC. En el factor apertura el nivel en el que se ubicó el grupo con fibromialgia fue bajo y en el factor amabilidad fue alto, lo cual no se presentó en el grupo con diagnóstico de migraña, ni para quienes fueron diagnosticados con SII. En el factor responsabilidad los tres grupos se ubicaron en el promedio de acuerdo al nivel establecido y sin diferenciarse del grupo clave (Tabla 7).

Tabla 7 Estadísticos descriptivos de los factores de personalidad para las patologías del SSC, nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (Sin SSC)

Factores	Patología	n	Media	Desviación típ.	Nivel según el puntaje	t	gl	p Sig. (bilateral)
Neuroticismo	1	35	90.23	31.73	Alto	-2,1	82	0,039*
	2	42	89.41	25.89	Alto	-2,27	88	0,026*
	3	21	94.50	19.95	Alto	-2,87	67	0,005*
Extroversión	1	35	112.82	21.15	Promedio	1,81	81	0,074
	2	42	113,55	19,780	Promedio	1,77	87	0,08
	3	21	106,79	18,340	Promedio	2,79	66	0,007*
Apertura	1	35	114.0	16.86	Promedio	0,86	80	0,389
	2	42	114,88	19,630	Promedio	0,61	87	0,543
	3	21	99,37	16,330	Bajo	4,07	65	0,000*
Amabilidad	1	35	115,89	19,97	Promedio	1,31	82	0,193
	2	42	121,66	16,990	Promedio	-0,19	88	0,894
	3	21	135,24	25,270	Alto	-2,86	68	0,006*
Responsabilidad	1	35	127,83	20,370	Promedio	0,51	82	0,609
	2	42	129,70	20,410	Promedio	0,05	87	0,956
	3	21	131,81	17	Promedio	-0,42	68	0,670

Nota: * $p \leq 0,05$. El número 1 en la tabla equivale a la patología de migraña, el 2 a síndrome de intestino irritable y el 3 a fibromialgia.

La tabla 8 reporta que las facetas de personalidad del factor neuroticismo en las que se evidenciaron significancias estadísticas de acuerdo al valor $p \leq 0,05$, fueron ansiedad $t = -3,16$, depresión $t = -2,56$, ansiedad social $t = -0,91$, impulsividad $t = -2,4$ y vulnerabilidad $t = -2,19$.

En la faceta ansiedad ambos grupos se ubicaron en un nivel alto según los puntajes y la media obtenida por el grupo clave fue mayor ($x = 19,60$, $DT = 6,39$) que la del grupo cuasi control ($X = 16,24$; $DT = 5,34$). Las facetas depresión y vulnerabilidad en el grupo SSC se presentaron en un nivel alto, con una media en ambas facetas mayores en las personas con SSC a diferencia del grupo sin SSC.

Tabla 8 Estadísticos descriptivos en las facetas de personalidad del factor neuroticismo en el grupo clave (SSC), nivel de clasificación y prueba *t* en relación al grupo cuasi control (sin SSC)

Facetas de personalidad		n	Media	Desviación típ.	Nivel según el puntaje	t	gl	p Sig. (bilateral)
Neuroticismo	Ansiedad	0	16,24	5,34	Alto	-3,16	145	0,002*
		1	19,6	6,39	Alto			
	Hostilidad	0	11,41	4,04	Promedio	-1,79	144	0,075
		1	13,14	6,12	Promedio			
	Depresión	0	11,04	5,68	Promedio	-2,56	145	0,011*
		1	14,02	7,06	Alto			
	Ansiedad Social	0	13,39	4,92	Promedio	-0,91	144	0,036*
		1	14,2	5,08	Promedio			
	Impulsividad	0	14,69	4,47	Promedio	-2,4	145	0,018*
		1	16,74	5,06	Promedio			
	Vulnerabilidad	0	11,02	4,91	Promedio	-2,19	145	0,03*
		1	13,16	5,87	Alto			

Nota: * $p \leq 0,05$. El número 0 en la tabla equivale al grupo cuasi control y el 1 al grupo clave (SSC).

Las facetas de personalidad del factor extroversión que mostraron diferencias estadísticamente significativas fueron gregarismo $t= 2,51$, $p\leq 0,05$; con un nivel alto en el grupo de personas sin SSC y búsqueda de emociones $t= 2,22$, $p\leq 0,05$, con un nivel bajo en el grupo de personas con SSC

Se encontró también que el puntaje obtenido por el grupo cuasi control en gregarismo, asertividad y emociones positivas se ubicó en el nivel alto, indicando mayor presencia de estas facetas, mientras que el grupo clave se ubicó en el nivel promedio. Para la faceta búsqueda de emociones positivas el grupo clave se ubicó en el nivel bajo. (Ver tabla 9)

Tabla 9 Estadísticos descriptivos en las facetas de personalidad del factor extroversión en el grupo clave (SSC), nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (sin SSC)

Facetas de personalidad		n	Media	Desviación típ.	Nivel según el puntaje	t	gl	p Sig. (bilateral)	
Extroversión	Cordialidad	0	49	23,73	5,28	Promedio	1,58	145	0,116
		1	98	22,24	5,42	Promedio			
	Gregarismo	0	49	19,1	4,83	Alto	2,51	145	0,013*
		1	98	16,65	5,9	Promedio			
	Asertividad	0	49	20,02	5,03	Alto	1,33	142	0,184
		1	98	18,8	5,28	Promedio			
	Actividad	0	49	18,84	4,63	Promedio	0,62	144	0,532
		1	98	18,29	5,16	Promedio			
	Búsqueda de emociones	0	49	16,59	5,06	Promedio	2,22	145	0,028*
		1	98	14,52	5,44	Bajo			
	Emociones positivas	0	49	22,49	4,59	Alto	1,12	144	0,262
		1	98	21,32	6,49	Promedio			

Nota: * $p\leq 0,05$. El número 0 en la tabla equivale al grupo cuasi control y el 1 al grupo clave (SSC).

En el factor apertura, la faceta acciones fue la única en la que se diferenciaron a nivel estadísticamente significativo ambos grupos $t= 2,59$, $p\leq 0,05$, el grupo de personas con síndrome de sensibilización central con una media mayor que en el grupo sin SSC ($X= 17,35$; $DT= 5,03$). ($X= 15,22$; $DT= 4,48$), aunque el nivel según los puntajes obtenidos ambos grupos se ubicaron en el promedio (Ver tabla10).

Tabla 10 Estadísticos descriptivos en las facetas de personalidad del factor apertura en el grupo clave (SSC), nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (sin SSC)

Facetas de personalidad		n	Media	Desviación típ.	Nivel según el puntaje	t	gl	p Sig. (bilateral)	
Apertura	Fantasía	0	49	19,8	5,24	Promedio	0,98	143	0,327
		1	98	18,9	5,19	Promedio			
	Estética	0	49	19	5,82	Promedio	0,44	144	0,66
		1	98	18,52	6,33	Promedio			
	Sentimientos	0	49	20,31	3,57	Promedio	0,44	144	0,659
		1	98	19,98	4,5	Promedio			
	Acciones	0	49	17,35	5,02	Promedio	2,59	145	0,01*
		1	98	15,22	4,48	Promedio			
	Ideas	0	49	19,96	4,56	Promedio	1,47	145	0,143
		1	98	18,37	6,83	Promedio			
	Valores	0	49	20,43	3,18	Promedio	1,08	144	0,279
		1	98	19,71	4,02	Promedio			

Nota: * $p\leq 0,05$. El número 0 en la tabla equivale al grupo cuasi control y el 1 al grupo clave (SSC).

Como se aprecia en la tabla 11 las facetas del factor amabilidad, confianza $t= 2,43$, $p\leq 0,05$ y sensibilidad a los demás $t= -1,88$, $p\leq 0,05$ evidenciaron diferencias significativas. Además el puntaje promedio del grupo de SSC en la faceta sensibilidad a los demás se ubicó en un nivel alto.

Tabla 11 Estadísticos descriptivos en las facetas de personalidad del factor amabilidad en el grupo clave (SSC), nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (sin SSC)

	Facetas de personalidad	n	Media	Desviación típ.	Nivel según el puntaje	t	gl	p Sig. (bilateral)	
Amabilidad	Confianza	0	49	21,55	4,04	Promedio	2,43	145	0,016*
		1	98	19,09	6,34	Promedio			
	Franqueza	0	49	19,12	4,82	Promedio	-1,66	145	0,098
		1	98	20,55	4,95	Promedio			
	Altruismo	0	49	23,51	3,64	Promedio	-0,93	144	0,353
		1	98	24,25	4,89	Promedio			
	Actitud conciliadora	0	49	18,61	3,96	Promedio	1,54	145	0,125
		1	98	17,19	5,78	Promedio			
	Modestia	0	49	17,04	4,61	Promedio	-1,97	145	0,5
		1	98	18,67	4,77	Promedio			
	Sensibilidad a los demás	0	49	21,2	3,6	Promedio	-1,88	145	0,050*
		1	98	22,53	4,21	Alto			

Nota: * $p \leq 0,05$. El número 0 en la tabla equivale al grupo cuasi control y el 1 al grupo clave (SSC).

La tabla 12 muestra que en las facetas de competencia, orden y sentido del deber del factor responsabilidad ambos grupos se diferenciaron, sin embargo en la clasificación del puntaje por nivel ambos grupos se ubicaron en el nivel promedio. Es de anotar que en la faceta necesidad de logro ambos grupos se ubicaron en un nivel alto.

Tabla 12 Estadísticos descriptivos en las facetas de personalidad del factor responsabilidad en el grupo clave (SSC), nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (sin SSC)

Facetas de personalidad	n	Media	Desviación típ.	Nivel según el puntaje	t	gl	p Sig. (bilateral)		
Responsabilidad	Competencia	0	49	23,1	3,44	Promedio	2,07	145	0,04*
		1	98	21,56	4,59	Promedio			
	Orden	0	49	18,73	4,54	Promedio	-2,26	145	0,025*
		1	98	20,57	4,67	Promedio			
	Sentido del deber	0	49	24	3,9	Promedio	-1,85	145	0,050*
		1	98	25,33	4,18	Promedio			
	Necesidad de logro	0	49	22,24	3,81	Alto	-0,006	143	0,995
		1	98	22,25	4,8	Alto			
	Autodisciplina	0	49	22,49	4,46	Promedio	1,21	145	0,226
		1	98	21,33	5,9	Promedio			
	Deliberación	0	49	19,35	4,46	Promedio	0,66	145	0,509
		1	98	18,78	5,14	Promedio			

Nota: * $p \leq 0,05$. El número 0 en la tabla equivale al grupo cuasi control y el 1 al grupo clave (SSC).

A continuación se presentan los resultados de las facetas de personalidad en los distintos factores de cada una de las patologías que hacen parte del síndrome de sensibilización central (SSC), indicando primero en cuál de ellas se obtuvo diferencias estadísticamente significativas y luego qué facetas alcanzaron un nivel alto o bajo según el puntaje.

Como se puede extraer de la tabla 13 en el factor neuroticismo la patología de migraña mostró diferencias significativas $p \leq 0,05$ en las facetas de hostilidad $t = -2,55, p \leq 0,05$ y depresión $t = -2,09, p \leq 0,05$ con respecto al grupo cuasi control, en el síndrome de intestino irritable ansiedad $t = -2,77, p \leq 0,05$ e impulsividad $t = -3,07, p \leq 0,05$ y

en fibromialgia ansiedad $t= 3,38, p \leq 0,05$; depresión $t= -2,55, p \leq 0,05$ y vulnerabilidad $t= -3,45, p \leq 0,05$, en relación al grupo cuasi control.

Con respecto al puntaje obtenido se ubicaron en un nivel alto la faceta de ansiedad en las tres patologías, hostilidad y depresión en migraña, impulsividad en síndrome de intestino irritable y depresión y vulnerabilidad en fibromialgia. Los tres grupos de patologías se clasificaron como alto, sin embargo, la media del grupo de pacientes con fibromialgia es mayor ($x=21,05$; $DT=5,64$) que la del grupo de migraña ($x= 18,89$; $DT= 5,74$) y además se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con fibromialgia y síndrome de intestino irritable con respecto al grupo cuasi control.

En la faceta hostilidad el grupo de personas con migraña presentó una media mayor ($x=14,26$; $DT=6,16$) que las del grupo de personas con síndrome de intestino irritable y con fibromialgia y además se diferenció del grupo sin patología SSC. En la faceta de depresión se destaca como los pacientes con fibromialgia y migraña se ubicaron en un nivel alto de esta faceta y se diferenciaron del grupo cuasi control al igual que el grupo de migraña. Para la faceta de impulsividad el grupo de personas con síndrome de intestino irritable se diferenciaron a nivel significativo del grupo cuasi control. Además el promedio obtenido ($x=17,64$; $DT=5,08$) fue mayor que la de las otras dos patologías y se ubicó en el nivel alto a diferencia del grupo de personas con síndrome de intestino irritable y con fibromialgia que el valor de la media se clasificó como promedio. Por último en la faceta de vulnerabilidad el grupo de pacientes con fibromialgia se diferenció del grupo sin patología, presentó la media más alta ($x=15,43$; $DT=4,84$), en relación a migraña ($x=12,17$; $DT=5,58$) y SII ($x=12,86$; $DT=6,38$) sin embargo los tres patologías se clasificaron en el nivel alto la vulnerabilidad. (Tabla 13).

Tabla 13 Estadísticos descriptivos de las facetas de personalidad del factor Neuroticismo para las patologías del SSC, nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (Sin SSC)

	Facetas de personalidad	n	Media	Desviación tip.	Nivel según el puntaje	t	gl	p Sig. (bilateral)	
Neuroticismo	Ansiedad	1	35	18,89	7,49	Alto	-1,88	82	0,063
		2	42	19,48	5,74	Alto	-2,77	89	0,007*
		3	21	21,05	5,64	Alto	-3,38	68	0,001*
	Hostilidad	1	35	14,26	6,16	Promedio	-2,55	82	0,012*
		2	42	12,56	6,53	Promedio	-1,02	88	0,309
		3	21	12,43	5,17	Promedio	-0,88	68	0,378
	Depresión	1	35	14,23	8,29	Alto	-2,09	82	0,04*
		2	42	13,43	6,58	Promedio	-1,85	89	0,067
		3	21	14,86	5,85	Alto	-2,55	68	0,013*
	Ansiedad Social	1	35	15,03	5,05	Promedio	-1,48	82	0,14
		2	42	13,64	5,01	Promedio	-0,24	89	0,807
		3	21	13,9	5,35	Promedio	-0,38	67	0,703
	Impulsividad	1	35	15,66	5,45	Promedio	-0,88	82	0,378
		2	42	17,64	4,65	Alto	-3,07	89	0,003*
		3	21	16,76	5,08	Promedio	-1,69	68	0,094
Vulnerabilidad	1	35	12,17	5,58	Alto	-0,99	82	0,32	
	2	42	12,86	6,38	Alto	-1,54	89	0,125	
	3	21	15,43	4,84	Alto	-3,45	68	0,001*	

Nota: * $p \leq 0,05$. El número 1 en la tabla equivale a la patología de migraña, el 2 a síndrome de intestino irritable y el 3 a fibromialgia.

La tabla 14 muestra los resultados presentados en cada una de las patologías para las facetas de personalidad que pertenecen al factor extroversión. Se aprecian diferencias significativas en gregarismo para migraña $t = 3,05, p \leq 0,05$ y la faceta búsqueda de emociones en fibromialgia $t = 3,74, p \leq 0,05$ con respecto al grupo cuasi control.

El puntaje promedio obtenido por las pacientes con diagnóstico de fibromialgia se ubicó en el nivel bajo al igual que el del grupo son síndrome de intestino irritable. La asertividad fue una faceta con alta presencia en las personas con migraña, al igual que la faceta de emociones positivas para el grupo con SII.

Tabla 14 Estadísticos descriptivos de las facetas de personalidad del factor extroversión para las patologías del SSC nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (Sin SSC)

	Facetas de personalidad	n	Media	Desviación típ.	Nivel según el puntaje	t	gl	p Sig. (bilateral)	
Extroversión	Cordialidad	1	35	21,57	5,21	Promedio	1,85	82	0,067
		2	42	22,48	5,23	Promedio	1,13	89	0,259
		3	21	22,9	6,22	Promedio	0,57	68	0,57
	Gregarismo	1	35	15,51	5,92	Promedio	3,05	82	0,003*
		2	42	17	5,64	Promedio	1,91	89	0,059
		3	21	17,86	6,31	Promedio	0,89	68	0,371
	Asertividad	1	35	19,89	5,35	Alto	0,11	82	0,907
		2	42	18,43	5,33	Promedio	1,44	87	0,152
		3	21	17,65	4,94	Promedio	1,78	67	0,079
	Actividad	1	35	19,06	5,03	Promedio	0,2	82	0,836
		2	42	17,98	4,8	Promedio	0,86	89	0,388
		3	21	17,6	6,13	Promedio	0,91	67	0,365
	Búsqueda de emociones	1	35	16	5,41	Promedio	0,51	82	0,609
		2	42	14,79	4,97	Bajo	1,7	89	0,091
		3	21	11,52	5,47	Bajo	3,74	68	0,000*
	Emociones positivas	1	35	20,65	6,38	Promedio	1,53	81	0,13
		2	42	22,26	6,77	Alto	0,2	89	0,839
		3	21	20,52	7,52	Promedio	1,34	68	0,184

Nota: * $p \leq 0,05$. El número 1 en la tabla equivale a la patología de migraña, el 2 a síndrome de intestino irritable y el 3 a fibromialgia.

La tabla 15 presenta las diferencias significativas $p \leq 0,05$ que aparecen en las faceta de fantasía $t = 3,11$, $p \leq 0,05$ para fibromialgia; acciones $t = 2,06$, $p \leq 0,05$ para síndrome de intestino irritable; ideas $t = 3,99$, $p \leq 0,05$ y valores $t = 2,17$, $p \leq 0,05$ para fibromialgia.

Según la clasificación en niveles alto y bajo se encontró que el grupo de personas con SII se ubicaron en la faceta fantasía en el nivel alto y bajo para la faceta acciones, diferenciándose estadísticamente del grupo sin patología. Y por su parte el grupo de

personas con fibromialgia se diferencian del grupo cuasi control en las facetas ideas y valores y se ubica en el nivel bajo.

Tabla 15 Estadísticos descriptivos de los facetas de personalidad del factor apertura para las patologías del SSC nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (Sin SSC)

Facetas de personalidad		N	Media	Desviación típ.	Nivel según el puntaje	t	gl	p Sig. (bilateral)	
Apertura	Fantasia	1	35	19,44	3,94	Promedio	0,33	81	0,739
		2	42	20,19	4,95	Alto	-0,36	89	0,714
		3	21	15,25	6,07	Promedio	3,11	67	0,003*
	Estética	1	35	18,83	6,19	Promedio	0,12	81	0,898
		2	42	19,02	6,95	Promedio	-0,02	88	0,986
		3	21	17	5,2	Promedio	1,35	67	0,18
	Sentimientos	1	35	19,74	4,02	Promedio	0,67	82	0,501
		2	42	20,62	4,63	Promedio	-0,36	89	0,717
		3	21	19,05	5,01	Promedio	1,17	67	0,245
	Acciones	1	35	15,77	4,83	Promedio	1,43	82	0,154
		2	42	14,76	4,34	Bajo	2,6	89	0,011*
		3	21	15,24	4,26	Promedio	1,67	68	0,098
Ideas	1	35	19,14	6,66	Promedio	0,66	82	0,507	
	2	42	19,69	6,41	Promedio	0,23	89	0,817	
	3	21	14,43	6,76	Bajo	3,99	69	0,000*	
Valores	1	35	20,34	3,38	Promedio	0,11	82	0,906	
	2	42	19,78	4,59	Promedio	0,78	88	0,433	
	3	21	18,52	3,73	Bajo	2,17	68	0,033*	

Nota: * $p \leq 0,05$. El número 1 en la tabla equivale a la patología de migraña, el 2 al síndrome de intestino irritable y el 3 a fibromialgia.

En la tabla 16 para el factor apertura, las diferencias estadísticamente significativas $p \leq 0,05$, fueron para el grupo de migraña y SII en la faceta de confianza $t = 3,33$ y $t = 1,96$; para el de fibromialgia la de franqueza $t = -3,44$, altruismo $t = -2,35$, modestia $t = -2,83$ y sensibilidad a los demás $t = -3,33$, con respecto al grupo cuasi control.

En relación a los niveles, se aprecia según los puntajes obtenidos como la faceta de confianza y actitud conciliadora es baja para el grupo de personas con migraña y las de franqueza, altruismo y sensibilidad a los demás es alta para la fibromialgia además en el SII el nivel más alto fue en la faceta de sensibilidad a los demás.

Tabla 16 Estadísticos descriptivos de las facetas de personalidad del factor amabilidad para las patologías del SSC nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (Sin SSC)

Facetas de personalidad		N	Media	Desviación típ.	Nivel según el puntaje	t	gl	P Sig. (bilateral)	
Amabilidad	Confianza	1	35	17,74	6,3	Bajo	3,33	82	0,001*
		2	42	19,48	5,76	Promedio	1,96	89	0,050*
		3	21	20,57	7,31	Promedio	0,68	68	0,493
	Franqueza	1	35	18,86	4,86	Promedio	0,24	82	0,805
		2	42	20,45	4,2	Promedio	-1,39	89	0,168
		3	21	23,53	5,27	Alto	-3,44	68	0,001*
	Altruismo	1	35	23,11	4,6	Promedio	0,44	82	0,661
		2	42	24,34	5,08	Promedio	-0,9	88	0,37
		3	21	25,95	4,67	Alto	-2,35	68	0,021*
	Actitud conciliadora	1	35	15,69	5,87	Bajo	2,72	82	0,08
		2	42	17,12	5,27	Promedio	1,53	89	0,127
		3	21	19,86	5,91	Promedio	-1,03	68	0,306
	Modestia	1	35	18,63	5,34	Promedio	-1,45	82	0,15
		2	42	17,74	3,69	Promedio	-0,78	89	0,433
		3	21	20,62	5,23	Promedio	-2,83	68	0,006*
Sensibilidad a los demás	1	35	21,86	4,11	Promedio	-0,77	82	0,442	
	2	42	22,02	3,71	Alto	-1,06	89	0,289	
	3	21	24,67	4,78	Alto	-3,33	68	0,001*	

Nota: * $p \leq 0,05$. El número 1 en la tabla equivale a la patología de migraña, el 2 a síndrome de intestino irritable y el 3 a fibromialgia.

La tabla 17 indica las últimas facetas de personalidad referidas al factor de responsabilidad, las cuales denotan diferencias estadísticamente significativas en

competencia para migraña $t= 2,08, p \leq 0,05$ y fibromialgia $t= 2,06, p \leq 0,05$ y orden para fibromialgia $t= -2,81, p \leq 0,05$, con respecto al grupo cuasi control.

Según el nivel alcanzado llama la atención como los tres grupos se ubicaron en un nivel alto para la faceta de necesidad de logro y bajo para la faceta de competencia en la patología de fibromialgia.

Tabla 17 Estadísticos descriptivos de los facetas de personalidad del factor responsabilidad para las patologías del SSC nivel de clasificación y prueba t en relación al grupo cuasi control (Sin SSC)

Facetas de personalidad	N	Media	Desviación típ.	Nivel según el puntaje	t	gl	p Sig. (bilateral)	
Competencia	1	35	21,29	4,54	Promedio	2,08	82	0,04*
	2	42	22,14	4,14	Promedio	1,2	89	0,231
	3	21	20,86	5,55	Bajo	2,06	68	0,043*
Orden	1	35	19,86	5,4	Promedio	-1,03	82	0,306
	2	42	20,48	4,27	Promedio	-1,87	89	0,064
	3	21	21,95	3,98	Promedio	-2,81	68	0,006*
Sentido del deber	1	35	25	3,74	Promedio	-1,17	82	0,243
	2	42	25,38	4,83	Promedio	-1,5	89	0,136
	3	21	25,76	3,54	Promedio	-1,77	68	0,08
Necesidad de logro	1	35	22,06	4,24	Alto	0,21	82	0,832
	2	42	22,23	5,46	Alto	0,02	87	0,984
	3	21	22,62	4,65	Alto	-0,35	68	0,724
Autodisciplina	1	35	20,83	6,66	Promedio	1,36	82	0,175
	2	42	22,02	5,83	Promedio	0,43	89	0,668
	3	21	20,76	4,68	Promedio	1,46	68	0,148
Deliberación	1	35	18,8	5,29	Promedio	0,51	82	0,61
	2	42	18,21	5,26	Promedio	1,11	89	0,27
	3	21	18,89	4,7	Promedio	-0,43	68	0,66

Nota: * $p \leq 0,05$. El número 1 en la tabla equivale a la patología de migraña, el 2 a síndrome de intestino irritable y el 3 a fibromialgia.

En resumen se identificó el siguiente perfil para el grupo de SSC en contraste con el grupo sin SSC, alto neuroticismo y baja extroversión. En el plano de las

facetas la caracterización sería niveles altos de ansiedad, depresión, vulnerabilidad y nivel promedio en las facetas de ansiedad social e impulsividad, pero diferenciándose de los personas sin SSC. En el factor extraversión las personas con SSC presentaron bajo nivel de gregarismo y bajo nivel de búsqueda de emociones. Los factores de apertura, amabilidad y responsabilidad no hubo diferencias estadísticas entre ambos grupos, pero en la faceta de sensibilidad a los demás y necesidad de logro se presentó alto nivel superando el percentil 75.

Continuando con la otra variable estudiada, los estados afectivos negativos de ansiedad, depresión e ira sea por condición transitoria (estado) o por disposición permanente (rasgo), comparando el grupo clave (SSC) y el grupo cuasi control (sin SSC), los resultados de acuerdo a la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, muestran lo siguiente en la tabla 18:

Tabla 18 Estadísticos descriptivos, nivel de clasificación y prueba U de Mann-Whitney para la afectividad negativa rasgo, en el grupo clave (SSC) y el grupo cuasi control (sin SSC)

Control vs SCC	n	Media	Desviación típ.	Nivel según el puntaje	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
Ansiedad Rasgo	0	49	17,94	9,61	Leve	59,15	1673,5
	1	98	23,44	11,05	Leve	80,07	
Depresión Rasgo	0	49	14,35	3,48	Ausencia	56,42	1539,5
	1	98	17,15	5,98	Leve	73,17	
Ira Rasgo	0	49	18,08	4,63	Ausencia	57,62	1598,5
	1	98	20,82	6,88	Leve	72,47	

Nota: * $p \leq 0,05$. El número 0 en la tabla equivale al grupo cuasi control (sin SSC) y el 1 al grupo clave (SSC)

Tanto la ansiedad como la depresión y la ira rasgo fueron estadísticamente significativos $p \leq 0,05$ en las personas con SSC. En el grupo de SSC hubo presencia leve al

ubicar el nivel según el puntaje obtenido en las tres dimensiones evaluadas de la afectividad negativa rasgo (ansiedad, depresión e ira rasgo). En quienes no presentan el síndrome solo en la variable ansiedad rasgo el nivel fue igualmente leve y ausencia en depresión e ira (Tabla 18).

Tabla 19 Estadísticos descriptivos, nivel de clasificación y prueba U de Mann-Whitney para la afectividad negativa estado, en el grupo clave (SSC) y el grupo cuasi control (sin SSC)

Control vs SCC		N	Media	Desviación típ.	Nivel según el puntaje	Rango promedio	U de Mann- Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
Ansiedad Estado	0	49	12,04	9,65	Ausencia	56,98	1567	0,001*
	1	98	18,68	11,89	Leve	81,85		
Depresión Estado	0	49	15,12	4,27	Leve	55,07	1473,5	0,011*
	1	98	17,52	5,81	Leve	72,53		
Ira Estado	0	49	16,27	2,65	Ausencia	58,15	1624,5	0,05*
	1	98	17,72	4,85	Ausencia	72,89		

Nota: * $p \leq 0,05$. El número 0 en la tabla equivale al grupo cuasi control (sin SSC) y el 1 al grupo clave (SSC).

La tabla 19 hace referencia a los resultados de la afectividad negativa estado que muestra diferencias estadísticamente significativas $p \leq 0,05$ para ansiedad, depresión e ira estado en personas con SSC. Si se analiza por el nivel alcanzado en ansiedad y depresión es presencia leve y ausencia para la ira. Para el grupo sin SSC la depresión estado se ubicó en un nivel leve. La ira como estado no estuvo presente en ninguno de los dos grupos.

Los datos de la afectividad negativa rasgo y estado en cada una de las patologías que hacen parte del síndrome de sensibilización se aprecian en la tabla 20 y 21 respectivamente. Es de anotar que según el nivel en el que se ubican los tres grupos de

patologías por el puntaje obtenido en las pruebas, es leve, indicando que hay presencia de ansiedad, depresión e ira rasgo.

La ansiedad, la depresión y la ira rasgo en cada uno de las patologías migraña, síndrome de intestino irritable y fibromialgia estuvo presente a un nivel leve en ambos grupos. Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la depresión, la ansiedad y la ira para el grupo de personas con síndrome de intestino irritable y en el grupo de fibromialgia para ansiedad y depresión, en relación al grupo cuasi control. Los puntajes en las personas con migraña no mostraron diferencias significativas para la afectividad negativa rasgo (Ver tabla 20).

Tabla 20 Estadísticos descriptivos, nivel de clasificación y prueba U de Mann-Whitney para la afectividad negativa rasgo, por patologías

Patologías		N	Media	Desviación típ.	Nivel según el puntaje	Rango promedio	U de Mann- Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
Ansiedad Rasgo	1	35	22,03	13,05	Leve	46,27	725,500	0,231
	2	42	22,23	9,43	Leve	51,53	719,000	0,031*
	3	21	28,10	9,39	Leve	49,10	229,000	0,000*
Depresión Rasgo	1	35	16,86	6,41	Leve	36,14	501,000	0,862
	2	42	17,02	5,79	Leve	52,54	754,500	0,028*
	3	21	19,25	5,12	Leve	46,48	284,000	0,003*
Ira Rasgo	1	35	20,45	7,98	Leve	39,16	469,500	0,386
	2	42	21,10	6,22	Leve	53,27	723,500	0,015*
	3	21	20,65	7,26	Leve	39,23	405,500	0,263

Nota: * $p \leq 0,05$. El número 1 en la tabla equivale a la patología de migraña, el 2 a síndrome de intestino irritable y el 3 a fibromialgia

La tabla 21 describe las diferencias significativas encontradas en relación a la afectividad negativa estado. El grupo con fibromialgia se diferenciaron del grupo cuasi control tanto en ansiedad, como en depresión e ira estado. Es de anotar que en ansiedad estado los grupos con migraña y SII se diferenciaron también del grupo sin patología.

Según la clasificación por niveles presentados en ansiedad y depresión es leve en las tres patologías, y ausencia de ira estado en éstas.

Tabla 21 Estadísticos descriptivos, nivel de clasificación y prueba U de Mann-Whitney para la afectividad negativa estado, por patologías

Patologías	n	Media	Desviación típ.	Nivel según el puntaje	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	
Ansiedad Estado	1	35	17,71	12,52	Leve	49,50	612,500	0,026*
	2	42	17,44	10,83	Leve	53,06	694,500	0,011*
	3	21	22,71	12,49	Leve	47,62	260,000	0,001*
Depresión Estado	1	35	16,62	7,50	Leve	38,88	443,500	0,360
	2	42	16,86	5,53	Leve	50,83	786,000	0,076
	3	21	18,29	5,26	Leve	47,30	244,000	0,001*
Ira Estado	1	35	17,36	4,69	Ausencia	39,86	454,000	0,234
	2	42	16,62	3,15	Ausencia	48,58	920,500	,333
	3	21	20,29	6,78	Ausencia	48,10	250,000	0,000*

Nota: * $p \leq 0,05$. El número 1 en la tabla equivale a la patología de migraña, 2 al síndrome de intestino irritable y el 3 fibromialgia.

La última variable de estudio, la alexitimia, presentó diferencia altamente significativa $p \leq 0,05$ en el grupo con síndrome de sensibilización central, y un nivel de presencia alto comparado con el grupo de personas sin síndrome de sensibilización central, es decir el grupo cuasi control (Tabla 22).

Tabla 22 Estadísticos descriptivos, nivel de clasificación y prueba U de Mann-Whitney para alexitimia en el grupo clave (SSC) y el grupo cuasi control (sin SSC)

Control vs SCC	n	Media	Desviación típ.	Nivel según el puntaje	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	
Alexitimia	0	49	60,67	11,53	No presencia	37,65	631	0,000
	1	98	78,51	14,10	Alto	78,20		

Nota: * $p \leq 0,05$. El número 0 en la tabla equivale al grupo cuasi control y el 1 al grupo clave (SSC).

Igualmente como se aprecia en la tabla 23 hay diferencias estadísticas significativas en alexitimia para las tres patologías $p \leq 0,05$, con un nivel alto de presencia en cada una de ellas en relación al grupo cuasi control.

Tabla 23 Estadísticos descriptivos, nivel de clasificación y prueba U de Mann-Whitney para alexitimia por patologías

Patologías		N	Media	Desviación típ.	Nivel según el puntaje	Rango promedio	U de Mann- Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
Alexitimia	1	35	72,11	16,65	Alto	42,56	269,000	0,019*
	2	42	78,41	13,46	Alto	59,23	287,500	0,000*
	3	21	84,19	10,65	Alto	55,45	74,5000	0,000*

Nota: * $p \leq 0,05$. El número 1 en la tabla equivale a la patología de migraña, 2 al síndrome de intestino irritable y el 3 fibromialgia

4.3 Análisis de regresión logística

Se aplicó un modelo de regresión logística, con el fin de medir el peso diferencial de las variables psicológicas estudiadas, considerando el síndrome de sensibilización central (SSC) como variable dependiente y la personalidad, la afectividad negativa y la alexitimia como las independientes y así establecer los posibles factores que pueden influir en la probabilidad de que se desarrolle el síndrome y las relaciones o asociaciones entre ellos.

El resultado de la regresión para los factores de personalidad neuroticismo, extroversión, apertura, amabilidad y responsabilidad presentó un nivel de ajuste alto según la prueba de Hosmer y Lemeshow: $X^2=3,19$, $p=0,92$; NS con un R^2 de Nagelkerke de 0,15. Datos que pueden apreciarse en la tabla 24.

De los cinco factores 3 de ellos neuroticismo, extroversión y responsabilidad fueron significativos para predecir la presencia del SSC con valores de OR= 2,57, IC 95%: 1,06-6,21 $p \leq 0,05$; OR=0,38, IC 95% : 0,16- 0,86 , $p \leq 0,05$ y OR= 2,39, IC 95% : 0,99 -5,72, $p \leq 0,05$ respectivamente. El grado de sensibilidad de los factores fue alto con un 88,4% y el de especificidad de 25% que es bajo .

Tabla 24 Resumen del análisis de regresión logística de los factores de personalidad asociado al síndrome de sensibilización central (SSC)

Variables explicativas		B	E.T	Wald	gl	p (Sig)	OR	I.C. 95% para EXP(B)	
								Inf.	Sup.
Factores de personalidad	Neuroticismo	,945	,450	4,410	1	,036*	2,572	1,065	6,212
	Extroversión	-,964	,419	5,303	1	,021*	,381	,168	,866
	Apertura	-,414	,400	1,074	1	,300	,661	,302	1,447
	Amabilidad	,305	,412	,549	1	,459	1,356	,605	3,040
	Responsabilidad	,872	,445	3,829	1	,050*	2,391	,999	5,724

Nota: B: coeficiente de regresión. ET: error estándar. OR: Exp(B)

En la tabla 25 se visualizan los resultados del análisis de la regresión para las facetas de personalidad que hacen parte de cada uno de los cinco factores neuroticismo, extroversión, apertura, amabilidad y responsabilidad; se obtuvo bondad de ajuste alto según la prueba de Hosmer y Lemeshow de acuerdo a los siguientes valores : $X^2=5,44$, $p=0,70$; NS con un R^2 de Nagelkerke de 0,89; $X^2=9,64$, $p=0,29$; NS con R^2 de 0,04, $X^2=$, $p=0$; NS con R^2 de 0,06,: $X^2=3,32$, $p=0,85$; NS con R^2 de 0,13,: $X^2=5,72$, $p=0,57$; NS con R^2 0,12, respectivamente.

De las facetas de personalidad, se resaltan como predictoras y que se asocian con el síndrome de sensibilización central con una relación significativa, las siguientes: acciones perteneciente al factor apertura con un OR= 0,40, IC 95%:- $p \leq 0,05$, confianza con un OR= 0,40, IC 95% 0,27-0,93 $p \leq 0,05$ y sensibilidad a los demás con un OR= 2,43,

IC 95% 1,06-5,53 $p \leq 0,05$ que forman parte del factor amabilidad, y orden con un OR= 2,16, IC 95% 0,98-4,77 $p \leq 0,05$ y deber con un OR= 2,75, IC 95% 1,05- 7,23 $p \leq 0,05$ en el factor de responsabilidad (Ver tabla 25).

El grado de sensibilidad se mostró alto en las facetas de personalidad entre un 91,7% y 98,9% mientras que la especificidad tuvo valores bajos desde 4,2 % hasta 26.5%.

Tabla 25 Resumen del análisis de regresión logística de los facetas de personalidad asociadas al síndrome de sensibilización central (SSC)

Variables explicativas		B	ET	Wald	gl	p (Sig)	OR	I.C. 95% para EXP(B)	
								Inf	Sup.
Neuroticismo	Ansiedad	,890	,472	3,550	1	,060	2,435	,965	6,146
	Hostilidad	,620	,445	1,944	1	,163	1,859	,777	4,445
	Depresión	,050	507	,010	1	,922	951	352	2,569
Extroversión	Ansiedad Social	,467	448	1,086	1	,297	627	261	1,508
	Impulsividad	044	410	,011	1	,915	1,045	,468	2,332
	Vulnerabilidad	062	459	,018	1	,892	,064	433	2,617
	Cordialidad	,160	393	,166	1	,684	852	395	1,840
	Gregarismo	,456	382	1,421	1	,233	634	300	1,341
	Asertividad	,424	397	1,140	1	,286	654	301	1,425
	Actividad	280	410	,467	1	,494	,323	593	2,956
	Emociones	,314	377	,694	1	,405	731	349	,529
	Emociones Positivas	,127	399	,101	1	,750	881	403	1,925
	Apertura	Fantasía	153	388	,157	1	,692	,166	,545
Estética		,133	396	,113		,737	,875	,403	1,901
Sentimientos		,083	390	,046	1	,830	,920	,429	1,975
Acciones		,900	391	5,307	1	,021*	,407	,189	,874
Ideas		,077	392	,038	1	,845	,926	,429	1,998
Valores		086	388	,049	1	,825	,089	,509	2,332
Amabilidad	Confianza	,896	424	4,454	1	,035*	408	178	,938
	Franqueza	769	419	3,363	1	,067	,157	948	,907
	Altruismo	191	450	,181	1	,671	,211	501	2,924
	Actitud Conciliadora	,172	425	,164	1	,686	842	366	1,936
	Modestia	128	386	,110	1	,740	,137	533	2,422

	Sensibilidad a los demás	889	419	4,496	1	,034*	,432	,070	5,531
Responsabilidad	Competencia	,585	443	1,746	1	,186	557	234	1,327
	Orden	774	403	3,695	1	,050*	,169	985	4,776
	Deber	,014	492	4,246	1	,039*	,756	,050	7,231
	Necesidad de Logro	,166	472	,124	1	,725	847	336	2,136
	Autodisciplina	,482	486	,982	1	,322	618	238	1,602
	Deliberación	,419	397	1,110	1	,292	658	302	1,434

Nota: B: coeficiente de regresión. ET: error estándar. OR: Exp(B)

La regresión logística para las variables de afectividad negativa rasgo mostró que solo la ansiedad rasgo se asocia de manera positiva con la presencia del SSC (OR=3,092, IC 95%:1,154- 8,282 , $p \leq 0,05$), mientras que la depresión e ira rasgo no predicen la presencia del SSC (Ver Tabla 26). El modelo evidenció una sensibilidad alta de 87.7% y una especificidad de 36.7%.

Tabla 26 Resumen del análisis de regresión logística de la afectividad negativa rasgo en el síndrome de sensibilización central (SSC)

Estados afectivos	B	E.T	Wald	gl	p	OR	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Rasgo Depresión Rasgo	-,153	,482	,101	1	,751	,858	,334	2,207
Ansiedad Rasgo	1,129	,503	5,040	1	,025	3,092	1,154	8,282
Ira Rasgo	,406	,391	1,080	1	,299	1,501	,698	3,227

Nota: B: coeficiente de regresión. ET: error estándar. OR: Exp(B)

Con un nivel de ajuste adecuado en la prueba de Hosmer y Lemeshow, $X^2=2,39, p= 0,30$;NS, con un R^2 de Nagelkerke de 0,13 en el componente estado de las variables afectividad negativa: ansiedad, depresión e ira, los resultados de la regresión indicaron que la ansiedad fue la variable que se asoció de manera significativa al SSC

(OR=2,76, IC 95%: 1,19-6,39, $p \leq 0,05$), mientras que la depresión y la ira no se relacionan significativamente con la probabilidad de tener el SSC. (Ver tabla 27). El modelo obtenido para la afectividad negativa estado mostró una alta especificidad de 85.2% y una baja sensibilidad de 34.7%.

Tabla 27 Resumen del análisis de regresión logística de la afectividad negativa estado en el síndrome de sensibilización central (SSC)

Estados afectivos	B	E.T.	Wald	gl	p	OR	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Estado Depresión Estado	-,206	,455	,205	1	,651	,814	,333	1,986
Ansiedad Estado	1,016	,429	5,618	1	,018*	2,761	1,192	6,395
Ira Estado	20,328	15191,5	,000	1	,999	673645061,9	0,000	

Nota: B: coeficiente de regresión. ET: error estándar. OR: Exp(B)

La alexitimia última de las variables estudiadas determina la predicción y asociación de la presencia del SSC con un buen nivel de significancia (OR=13,09, IC 95%: 5,26- 32,05, $p \leq 0,05$), ajustada la distribución con la prueba de Hosmer y Lemeshow, $X^2=0,00, p=0.00$; NS con un R^2 de Nagelkerke de 0,36 (Tabla 28)

Tabla 28 Resumen del análisis de regresión logística de alexitimia en el síndrome de sensibilización central (SSC)

	B	E.T.	Wald	gl	p	OR	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Alexitimia	2,572	,465	30,660	1	,000	13,095	5,269	32,549

Nota: B: coeficiente de regresión. ET: error estándar. OR: Exp(B)

El modelo obtenido para la alexitimia mostró una alta sensibilidad de 72.4% y especificidad del 83.3%, con un análisis global del 76.6% de clasificación acertada tanto del grupo clave (SSC) como del grupo cuasi control (sin SSC).

Capítulo V: Discusión y Conclusiones

Se iniciará con la discusión de los resultados a partir de los datos obtenidos en el presente estudio y se contrastaron con las investigaciones de punta rastreadas sobre el tema en cuestión. Con esta información, se propone el modelo psicológico descriptivo del síndrome de sensibilización central complementario al modelo fisiopatológico de Yunus, teniendo en cuenta solo tres de las patologías que lo conforman (migraña, síndrome de intestino irritable y fibromialgia), en la que se determina la presencia de factores y facetas de personalidad, afectividad negativa estado- rasgo y alexitimia.

El síndrome de sensibilización central es entendido como un conjunto de síntomas funcionales, sin patología estructural de tejidos, con características comunes como dolor, trastorno del sueño, fatigabilidad e hiperalgesia (Yunus, 2007). A partir de esta definición se inicia la caracterización de la muestra que tuvo en cuenta las variables de sexo, estado civil y escolaridad.

En el grupo de personas con síndrome de sensibilización central SSC (grupo clave) y en el de personas sin el síndrome (cuasi control), las mujeres tuvieron una mayor prevalencia (86.7% y 73.5%), el estado civil soltero (49% y 61.2%) seguido del casado/unión libre (39.8% y 28.6%) y el pregrado como el nivel máximo de estudio alcanzado (43.9% y 67.3%) respectivamente.

En relación al sexo se confirma que el síndrome de sensibilización central es más frecuente en mujeres (Kroenke & Spitzer, 1998) y particularmente en las patologías que hacen parte del SSC como en el caso de la migraña en la que la incidencia es más alta

(Zavala, 2003); en síndrome de intestino irritable (SII), que es tres veces más común en mujeres que en hombres (Lipton et al., 1994; Lipton, Stewart & Simon, 1998; Lipton & Bigal, 2005) y en quienes padecen fibromialgia del 75 al 90% de los casos corresponde a mujeres (National Fibromyalgia Association, 2013). En la presente investigación en esta patología la totalidad fueron mujeres.

Si bien la literatura señala la alta prevalencia en mujeres, el estudio no se restringió solo a este grupo y se dejó abierto a la inclusión de hombres.

La edad como otra de las variables sociodemográficas tenidas en cuenta en el estudio, tanto en el grupo clave, como en el grupo cuasi control, el rango de mayor predominio fue entre 18 y 25 años. El promedio es similar para las patologías en personas con síndrome de intestino irritable y migraña (36.6 y 34.1 años), y llama la atención como este promedio fue mayor para el grupo con fibromialgia (46.5 años).

Personalidad

La personalidad configura la constelación completa de la persona, es un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. Cada estilo de personalidad es una forma de afrontamiento y es el principio organizador, a partir del cual, es posible entender mejor a la persona o a la psicopatología (Schultz & Schultz, 2009).

Los factores de personalidad descritos por Costa y McCrae, que representan una estructura común de la personalidad humana y lo conforman el neuroticismo, la

extroversión, la apertura, la amabilidad y la responsabilidad, fueron establecidos de acuerdo a la teoría de rasgo de personalidad que plantearon Catell y Eynseck.

Al analizar los datos de la variable personalidad, con los resultados obtenidos por el estudio para describir y diferenciar los factores y facetas entre el grupo clave (SSC) y el grupo cuasi control (sin SSC) y medir el peso diferencial del SSC, para estimar la relación y predicción de esta variable se encontró lo siguiente:

Factores de personalidad

Con relación a la hipótesis planteada frente a los factores de personalidad se confirma la diferencia entre los grupos, y se destaca en lo descriptivo un nivel alto en *neuroticismo* para el SSC, mientras que el grupo sin SSC se ubicó en el nivel promedio y lo contrario se dio para *extroversión* un nivel bajo para quienes tienen SSC Y alto en quienes no presentan el SSC. El factor *responsabilidad* no mostró diferencia entre los grupos, pero es predictor del SSC.

En el análisis estadístico más específico de comparación de grupos se confirma que el grupo de personas con SSC en el factor neuroticismo se diferencia significativamente del grupo de personas sin síndrome, lo que indica que las personas con migraña, síndrome de intestino irritable y fibromialgia se caracterizan por no tener un buen ajuste emocional, con constante preocupación por las cosas, reaccionan ante las emociones negativas con sufrimiento y recurrentes quejas somáticas.

Este resultado también permite identificar una asociación entre estas dos variables, confirmado con la regresión logística llevada a cabo en los cinco factores, presentando un nivel de ajuste alto y en la cual tres de ellos, neuroticismo, extroversión y

responsabilidad demostraron un valor de predicción frente al síndrome de sensibilización central. Lo que indica que el factor neuroticismo es una variable explicativa asociada con el SSC, es decir es un factor de riesgo.

También al analizar las tres patologías que hacen parte del síndrome, se encontró el factor neuroticismo en el nivel alto y los tres grupos de patologías se diferenciaron de manera significativa del grupo sin SSC en este factor. Niveles altos de neuroticismo se relacionan con un mayor número de problemas médicos y una percepción negativa del estado de salud (Jerram & Coleman, 1999).

Los resultados son acordes con lo reportado por investigaciones previas al referir puntuaciones altas en neuroticismo en migraña con una personalidad inestable (Guitera et al., 2001; González et al., 2008); en la fibromialgia (Besteiro et al., 2008, 2009 ; Malt et al., 2002) y para el SII con inestabilidad, inseguridad e inmadurez afectiva (Carafi et al., 1985; Drossman et al., 1998; Kaplan & Sadock, 1987; Latimer et al., 1981).

Para el *factor extroversión* los datos mostraron a nivel descriptivo que es una característica presente en el grupo de las personas sin SSC y para el grupo con SSC este rasgo no es predominante.

La comparación de grupos permitió mostrar que los puntajes se diferencian entre los grupos y que esta variable no explica ni se asocia al SSC. La regresión logística realizada en los cinco factores, identificó la extroversión como una variable de protección. Las personas con SSC se caracterizan como poco sociables, no asertivos en situaciones sociales, sin interés por la aventura y el riesgo, controlados, preocupados, poco agresivos, preferencia por la rutina.

Las investigaciones sobre el tema concuerdan en la presencia de puntuaciones bajas en extroversión, en migraña (González et al.,2008), en SII (Drossman et a.l, 1998; Latimer et al., 1981;) y fibromialgia (Besteiro et al., 2009; Malt et al.,2002).

El *factor apertura* que caracteriza a personas abiertas, interesadas por el mundo interior y exterior, con búsqueda y apreciación de experiencias novedosas, desconocidas e inusuales sin experimentar ansiedad y *el factor amabilidad* que implica altruismo, confianza, franqueza y sensibilidad con los demás, no mostraron diferencias significativas entre los grupos, ni niveles extremos ubicándose en el promedio, además no predice ni se asocian a la presencia del SSC.

Cabe mencionar en estos dos factores, cuando se revisan los datos arrojados en la descripción de la muestra por patologías de acuerdo al nivel, que el grupo de personas con fibromialgia se ubicó en un nivel bajo en la apertura y un nivel alto en la amabilidad mostrando diferencias significativas en relación a las personas sin SSC, por lo que sus características son poco interés por el mundo y las experiencias, rigidez, ansiedad por lo desconocido, franqueza, altruismo, actitud conciliadora y sensibilidad. Sin embargo se debe recordar que este grupo de pacientes fue pequeño por tanto no serían susceptibles de generalización.

De las investigaciones rastreadas no se encontraron datos en relación a estos de factores de apertura y amabilidad.

En el *factor responsabilidad*, que hace referencia al sentido del deber, búsqueda de objetivos, autodisciplina, organización, cuidado, minuciosidad y perseverancia; ambos grupos se ubicaron en un nivel promedio y no se pudieron determinar diferencias

estadísticamente significativas entre el grupo de personas con SSC y sin SSC, sin embargo el análisis de regresión logística identifico la responsabilidad como una variable con peso de asociación y predicción, que tiene efecto sobre el SSC y se comporta como un factor de riesgo para el mismo.

La literatura revisada no hace mención a esta variable en particular, los estudios de estas patologías en relación a los factores de personalidad retoman el neuroticismo y extroversión de acuerdo a la teoría clásica de Eysenck y no a la teoría de los cinco factores de Costa y McCrae.

Facetas de personalidad

Continuando con las facetas de personalidad que hacen parte de cada factor los resultados descriptivos indican que:

En el factor neuroticismo existe una diferencia entre el grupo SSC y el grupo sin SSC en las *facetas de ansiedad, depresión, ansiedad social, impulsividad y vulnerabilidad*, con un nivel alto en ambos grupos en ansiedad; en depresión y vulnerabilidad alto solo en el SSC

Es así como quienes tienen SSC muestran rasgos de aprensión, temor, tensión, volubilidad, tendencia a experimentar afectos depresivos, sensibilidad al ridículo, propensión a sentimientos de inferioridad, incapacidad para controlar los impulsos, dificultad para luchar contra el estrés, desesperanza, dependencia y temor al enfrentar situaciones vitales.

Haciendo mención a cada una de las patologías que hacen parte del SSC y en concordancia con la comparación de los grupos (SSC y sin SSC) se aprecian diferencias

en la faceta de depresión en migraña y fibromialgia, en la faceta de ansiedad en SSI y fibromialgia y vulnerabilidad en fibromialgia.

Estudios referidos comparten las mismas conclusiones y señalan en migraña presencia de estrés y ansiedad (Radat et al., 2008), signos de neurosis y depresión (González et al.,2005); en intestino irritable, tensión y ansiedad (Carafi et al.,1985; Drossman et. al., 1998; Latimer et al., 1981), reacción al estrés (Whitehead et al., 2002), angustia psicológica y estrategias de afrontamiento pasivas (Demeter et al., 2008; Seres, et al., 2008).

En fibromialgia introversión social, depresión y ansiedad (Besteiro et al., 2008;Besteiro et al., 2009; Malt et al., 2002; Scudds et al.,1987), angustia psicológica (Rey et al., 2009),síntomas depresivos (Keller et al.,2011),incapacidad para afrontar estrés crónico, físico o emocional, estrategias de afrontamiento pasivas (Masand et al., 2002) y sensación de indefensión (Del Valle, 2011).

Las facetas de personalidad del factor extroversión que mostraron diferencias significativas entre los grupos, fueron **gregarismo** con un nivel alto en el grupo de personas sin SSC y **búsqueda de emociones** en un nivel bajo en el grupo de personas con SSC.

Identificando las facetas en cada una de las patologías también se aprecian diferencias significativas en gregarismo para migraña y búsqueda de emociones en fibromialgia, ubicadas en un nivel bajo para SII y fibromialgia en relación con el grupo cuasi control. Esto significa que las personas con SSC no buscan sensaciones fuertes, ni aventuras, ni excitación ni estimulación en su vida, prefieren la rutina y evitar riesgos.

Estudios en personas con fibromialgia refieren introversión (Carafi et al., 1985; Drossman et al., 1998; Latimer et al., 1981) y aislamiento social (Zelman, 2012), datos que se asemejan a los encontrados en el estudio. Sin embargo Besteiro et al., (2009) reportan presencia en las facetas de gregarismo, actividad y emociones positivas de dichas personas.

En el factor de apertura la faceta de *acciones* difiere significativamente entre el grupo clave (SSC) y el grupo cuasi control (Sin SSC) y es un predictor que se asocia con el síndrome de sensibilización central. En esta faceta las distintas patologías muestran en el síndrome de intestino irritable significancia con un nivel bajo con respecto al grupo cuasi control.

Los datos implican que las personas con SSC mantienen la rutina, no se involucran en nuevas actividades ni en diversas aficiones y no buscan la novedad. En el rastreo investigativo y teórico realizado para el estudio, no se encontraron fuentes que sustenten estos resultados, excepto lo planteado por Zelman en el 2012 que refiere menor actividad en personas con fibromialgia.

Las facetas de *confianza* y *sensibilidad a los demás*, del factor amabilidad evidencian diferencias significativas, con un nivel alto en sensibilidad a los demás para el grupo de personas con SSC, al igual que en las diferentes patologías. Son además factores predictores y se asocian con el síndrome de sensibilización central. Las facetas , de confianza en migraña que se ubica en un nivel bajo en relación al grupo control y sensibilidad a los demás en fibromialgia con un nivel alto de presencia en personas con

intestino irritable y fibromialgia también son significantes, comparado con personas sin SSC.

Las personas con SSC presentan desconfianza y suspicacia hacia los otros, aunque se preocupan por ellos actuando de manera empática y respetando las normas sociales.

Por último las facetas que hacen parte del factor responsabilidad, indican según los datos obtenidos que la *competencia*, el *orden* y *sentido del deber* presentan diferencias significativas entre el grupo clave y el grupo cuasi control siendo predictores del SSC. Dato que coincide cuando se observan las patologías separadamente y muestra como las personas con migraña y fibromialgia presentan alta la faceta de competencia y la de orden en fibromialgia.

El grupo clave (SSC), presenta rasgos de baja competencia, es decir inseguros de sus propias capacidades, locus de control externo, baja autoestima; con un sentido de orden y deber alto; que los caracteriza como organizados, limpios, normativos con adherencia a principios éticos y morales. Dato que se asemeja a lo expuesto por Carafi, Ergas y Molina (1985) quienes describen a personas con intestino irritable con obsesividad y tendencia al perfeccionismo.

De acuerdo a la información presentada en las tres patologías, la necesidad de logro se ubicó en un nivel alto lo que indica que son personas con altos niveles de aspiración y trabajo para el logro de objetivos, con un claro proyecto de vida.

Afectividad negativa

Los grandes factores dominantes en las experiencias emocionales, son la afectividad positiva y negativa. Cuando refiere a un nivel de compromiso agradable con el entorno y se experimentan emociones que conllevan a una sensación de bienestar social y personal es la dimensión positiva, mientras que si es un factor de distrés subjetivo que produce fatiga, cansancio mental y físico, caracteriza a la dimensión negativa (Watson, et al., 1988).

La afectividad negativa es un estado emocional permanente o transitorio de la que hacen parte las emociones ansiedad, depresión e ira. Pueden ser estudiadas como rasgo o como estado según Spielberger.

El *rasgo* refleja la tendencia a experimentar emociones negativas a través del tiempo y de las situaciones (Watson & Clark, 1984), es una predisposición estable por una causa general y duradera de la conducta. El *estado* son respuestas emocionales transitorias ante una o varias situaciones específicas (Spielberger, 1985).

Las personas con SSC se diferenciaron tanto en la ansiedad, la depresión como en la ira *rasgo y estado*. Según las hipótesis planteadas existe presencia de afectividad negativa en ansiedad, depresión e ira “rasgo” en personas con síndrome de sensibilización central comparado con el grupo control, aunque en “estado” hay presencia leve solo en ansiedad y depresión.

La ansiedad en su dimensión de rasgo y de estado se asoció de manera positiva y se mostró como predictora del SSC y como factor de riesgo.

Este resultado es concordante con lo propuesto por Grenberg & Paivio, (2007), quienes dicen, que personas con ansiedad tienen una respuesta a situaciones simbólicas y

sociales ante la incertidumbre que surge cuando es amenazada la propia sensación de integridad y coherencia. También con lo argumentado por Giglio (2011) que la ansiedad hace a la persona más susceptible a patógenos que causan infecciones.

La ansiedad como rasgo es una tendencia individual a responder de forma ansiosa por la interpretación situacional caracterizada por el peligro a la amenaza y como estado es una fase emocional no permanente y variable en intensidad y duración, caracterizada por una activación autonómica y somática y por una percepción consciente de tensión subjetiva(Spielberger et al.,1982).

En la literatura revisada es reiterada la relación entre las patologías del SSC con ansiedad y depresión. Así por ejemplo se ha reportado que personas con migraña son significativamente más depresivas y ansiosas que personas normales (Abbas et al., 2008; González et al., 2005; González et al.,2008; Muftuoglu et al., 2004; Radat et al., 2008; Yücel et al.,2002).

Igualmente se ha mostrado que las personas con síndrome de intestino irritable presentan trastornos comórbidos del estado de ánimo y ansiedad (Blanchard, 2001;Crane & Martin, 2004;Masand et al., 2002; León - Barua, 2005; Palason & Drossman, 2005; Reyet al., 2009; Seres et al., 2008; Vinaccia et al.,2005;Whitehead et al., 2002).

En quienes tienen fibromialgia se señala la presencia de depresión y ansiedad (Alda et al.,2003; Anders & Holger, 2002; Vallejo et al., 2012; Benjamin et al., 2000; Besteiro et al.,2009; Burckhardt et al., 2005;Campos et al., 2008; Eksioglu et al., 2007;González et al., 2005; Hubera et al.,2008; Hueber et al.,2008; Keller et al., 2011; Malt et al.,2002; Zelman, 2012).

Cuando los estudios relacionan la migraña, el SII y la fibromialgia con ansiedad y depresión lo hacen desde la perspectiva de diagnóstico del trastorno y se refiere más a la dimensión de ansiedad estado que a la de rasgo. Aunque las investigaciones se refieren tanto a la ansiedad como a la depresión, los datos de este estudio identificaron solo la ansiedad como variable predictora, lo cual se puede relacionar también con el resultado de los altos niveles de neuroticismo, y de ahí que se hubiera hipotetizado la presencia de la afectividad negativa como rasgo.

Alexitimia

La alexitimia tiene relación con la expresión de afectos. Es una variable que se confirmó con la hipótesis planteada de que existen niveles altos de alexitimia en el grupo de personas diagnosticadas con síndromes de sensibilización central que quienes no lo presentan y las investigaciones ratifican lo encontrado en el estudio.

El grupo con SSC mostró diferencia significativa comparado con el grupo de personas sin SSC en la capacidad de expresión de afectos, además que determina la predicción y asociación de la presencia del SSC, siendo una característica específica, lo que significa que presentan una perturbación cognitivo afectiva, es decir, ausencia de verbalización y discriminación de afectos y sentimientos (Sifneos & Neemiah, 1973).

A pesar de tener una representación cognitiva de informaciones afectivas que reconoce y responde de manera apropiada a las convenciones lingüísticas relacionadas con las emociones y de poseer códigos motores necesarios para la ejecución ordenada de expresión emocional, no logra una conexión entre la experiencia afectiva y la

comunicación de esta. Aparece la emoción de manera abrupta como respuesta inmediata al estímulo, pero aislada y discontinua sin una relación con lo que ha pasado antes o después(Sivak & Wiater, 2006).

Cuando una persona presenta niveles de depresión altos, tiene una mayor correlación con la alexitimia y esta se convierte en un predictor significativo de somatización persistente (Bach & Bach, 1995). La relación entre ansiedad y depresión es multidimensional y está asociada a dificultades para identificar y comunicar sentimientos (Hendrix et al., 1991).

Las personas con migraña son significativamente más alexitímicos que personas sin migraña (Muftuoglu et al.,2004; Yücel et al.,2002), en personas con síndrome de intestino irritable también existen grados altos de alexitimia (Porcelli et al., 1995; Sriram, et al.,1987) y en fibromialgia (Atagun et al., 2012; Hueber et al.,2008).

El perfil de personas que presentan altos niveles de alexitimia se caracteriza por la tendencia a la somatización, expectativas y atribuciones orientadas a un locus de control externo, altos niveles de ansiedad y depresión, actitud negativa ante la expresión emocional y pensamiento operatorio concreto, menor autoconciencia de aspectos internos y externos, bajos niveles de deseabilidad social, peor balance afectivo, y menor apoyo social y subjetivo con formas evitativas de afrontamiento (Velasco, 2000).

Modelo de las características psicológicas del síndrome de sensibilización central.

El modelo psicológico del síndrome de sensibilización central que a continuación se especifica, se construye a partir de la información que se obtuvo dentro del ámbito de indagación del tema central, el SSC, delimitándolo con los resultados obtenidos en este proyecto de investigación, lo cual se indicará en el texto con la referencia López, 2013; con el fin de lograr una interconexión sobre el objeto de estudio y ser un mediador entre el investigador y la teoría, para orientar el camino hacia el análisis del síndrome en cuestión (García & Baeza, 1998).

La discusión de los resultados permitió plantear la propuesta del modelo psicológico descriptivo desde lo empírico, que incluye las características de la personalidad, afectividad negativa y alexitimia en el síndrome de sensibilización central, como complemento al modelo fisiopatológico de Yunus, a partir de tres de las patologías que lo conforman: migraña, síndrome de intestino irritable y fibromialgia.

Para entender el modelo propuesto se muestran inicialmente dos mapas conceptuales en los cuales se aprecian las precisiones teóricas esenciales del síndrome de sensibilización central como enfermedad y de las variables psicológicas estudiadas y pasar luego al esquema final obtenido en esta investigación, con su respectiva sustentación conceptual.

ENFERMEDAD

Es un proceso que se desarrolla en un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado normal de salud, provocado por factores intrínsecos y extrínsecos. Alteración del estado fisiológico y/o morfológico considerados como normales, equilibrados o armónicos de un sistema a cualquier nivel molecular, corporal, mental, emocional, espiritual (OMS, 1946).

Síndrome de Sensibilización Central (SSC)

Conjunto de síntomas funcionales que comprende un grupo superpuesto y similar de síndromes sin patología estructural, con mecanismos comunes de sensibilización central, que involucran hiperexcitación de las neuronas centrales a través de la actividad simpática neuroquímica y de neurotransmisores (Yunus, 2007).

Síntomas médicos inexplicados o funcionales

Son aquellos síntomas somáticos sin causa orgánica, que incluyen una larga serie de quejas subjetivas para las que no se encuentran signos clínicos que las justifiquen (Nimnuan, Rabe-Hesketh, Wessely, & Hotopf, 2001).

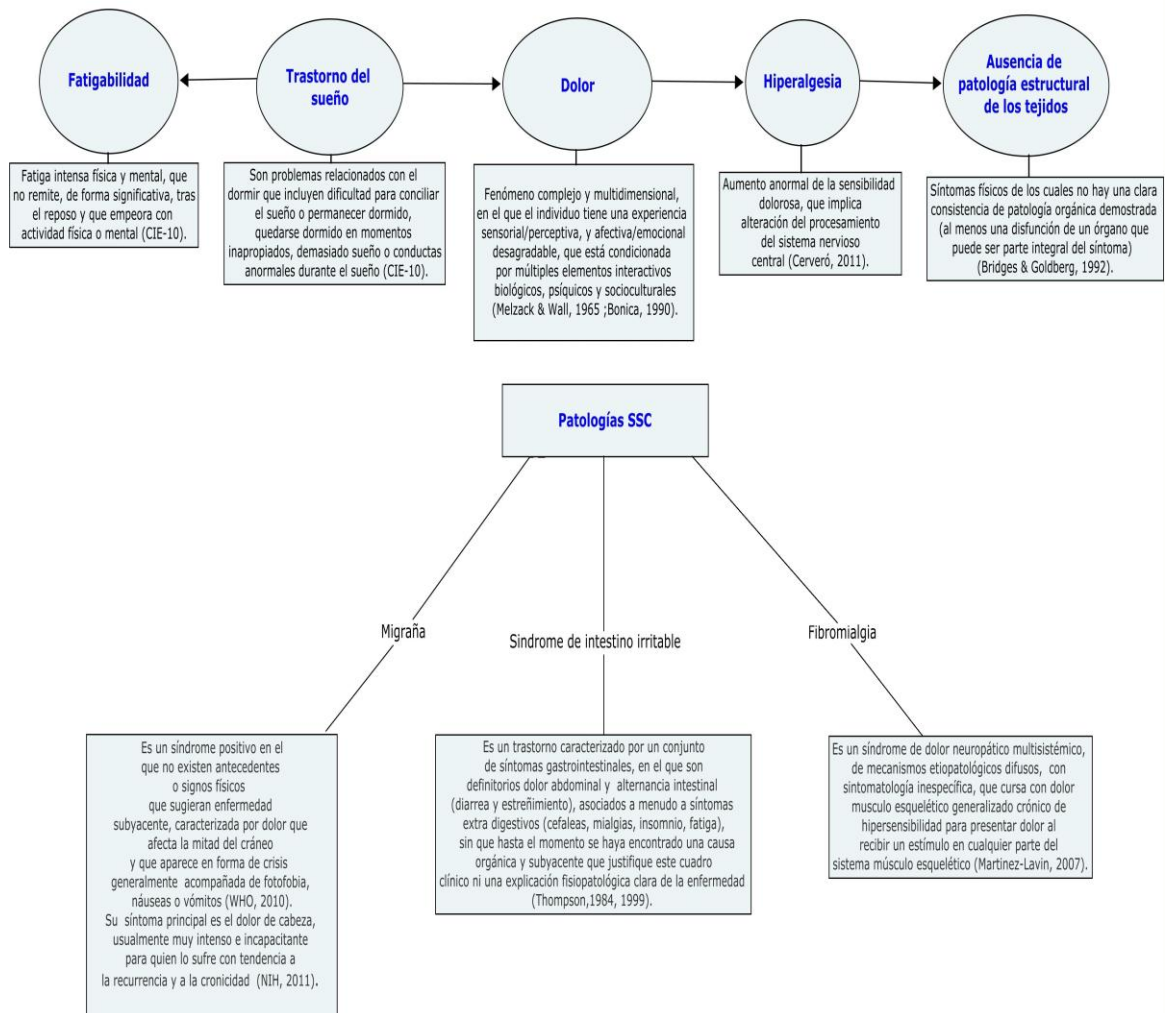


Ilustración 3 Mapa conceptual del síndrome de sensibilización central (López,2013).

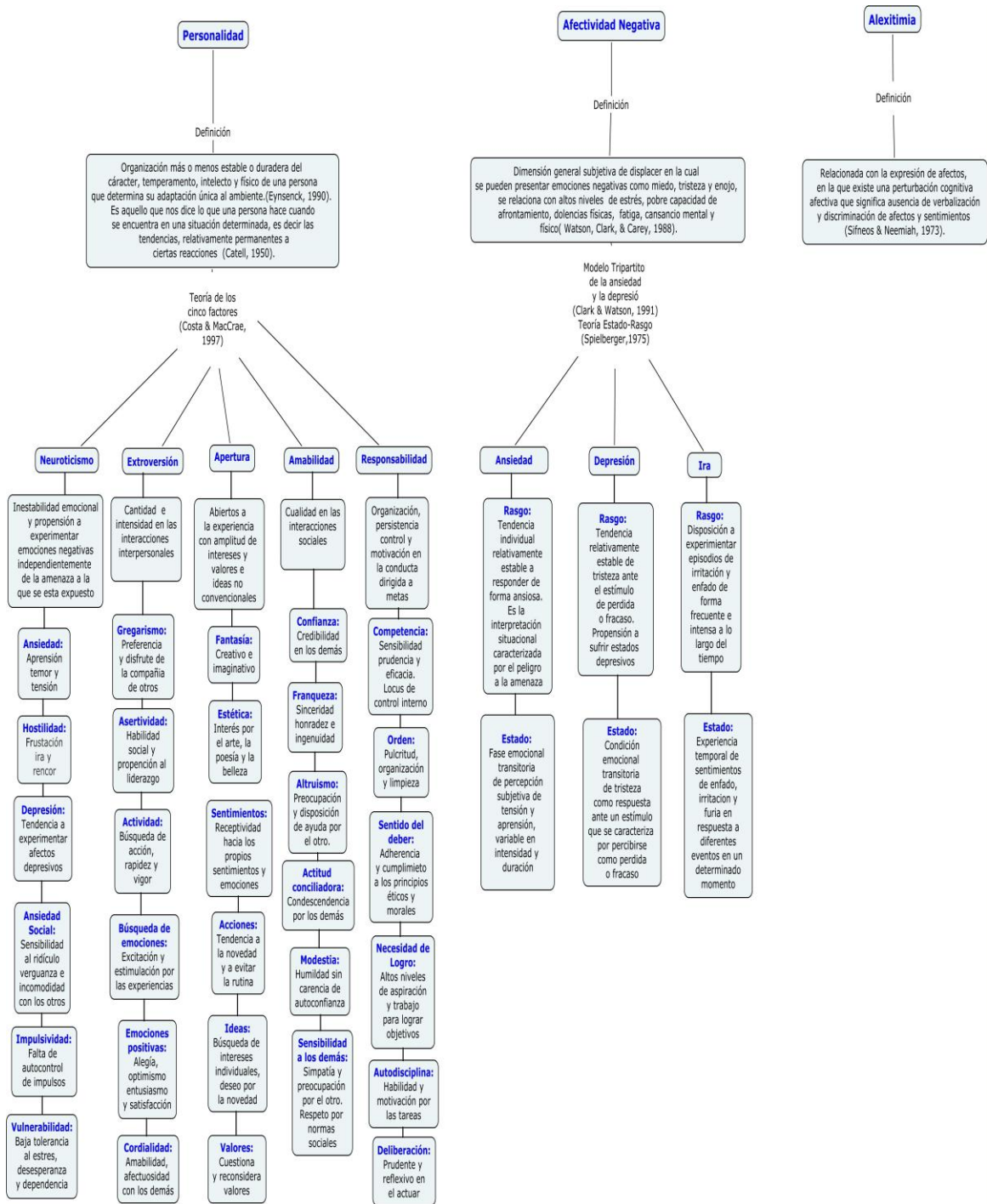


Ilustración 4 Mapa conceptual de las variables personalidad, estados afectivos y alexitimia (López, 2013).

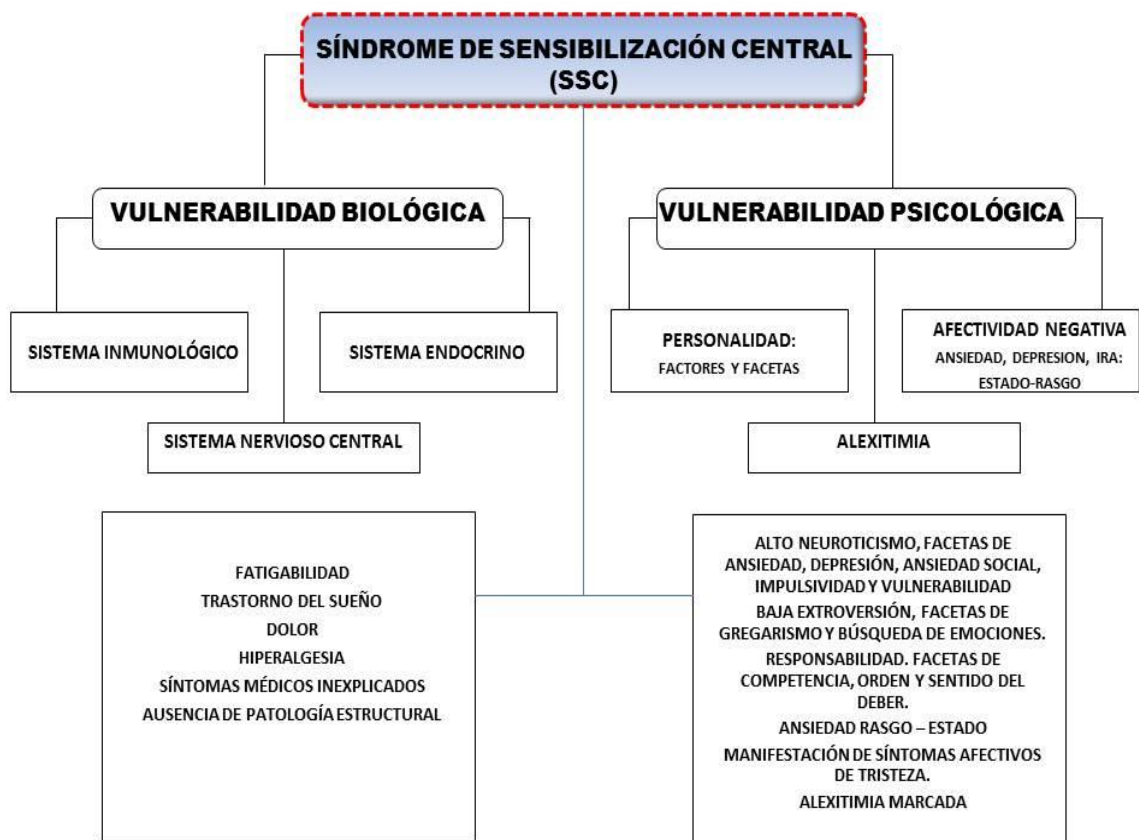


Ilustración 5. Modelo de las características psicológicas del síndrome de sensibilización central. (SSC). (López, 2013).

El síndrome de sensibilidad central (SCC), se define como un conjunto de síntomas funcionales que comprende un grupo superpuesto y similar de síndromes sin patología estructural con mecanismos comunes de sensibilización central (SC), que involucran hiper excitación de las neuronas centrales a través de la actividad simpática neuroquímica y de neurotransmisores con algunas características comunes como: dolor, trastorno del sueño, fatigabilidad, hiperalgesia y ausencia de patología estructural de los tejidos (Yunus, 2007), en el que se comparten síntomas medicamente inexplicados o funcionales.

Así el síndrome de sensibilización central agrupa enfermedades por la relación fisiopatológica común de la sensibilización central, las cuales se encuentran entre otros fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, síndrome de intestino irritable, cefalea tensional, migraña, disfunción temporomandibular, síndrome miofacial, síndrome doloroso regional complejo, movimientos periódicos de las piernas, sensibilidad química múltiple, cistitis intersticial y síndrome de estrés postraumático (Yunus, 2007).

En el modelo propuesto se toman 3 de las patologías descritas por Yunus la migraña, el síndrome de intestino irritable y la fibromialgia que presentan síntomas médicos inexplicados, es decir, algunos síntomas somáticos sin causa orgánica, e incluyen una larga serie de quejas subjetivas para las que no se encuentran signos clínicos que la justifiquen (Nimnuan, Rabe-Hesketh, Wesseley& Hotopf, 2001).

En la literatura estos diagnósticos funcionales se solapan unos con otros (Wessely, Nimnuan& Sharpe, 1999) y además se relacionan con diagnósticos psicopatológicos como ansiedad y depresión (Henningsen, Jakobsen, Schiltenwolf& Weiss, 2005),

personalidad neurotica (Deary,1999) y alexitimia (Jyvasjarvi, Joukamaa & Vaisanen, 1999).

El síntoma doloroso que acompaña las patologías del síndrome de sensibilización central (SSC), indica que la persona no solo tiene una experiencia perceptiva sino también afectiva, que está condicionada por múltiples elementos interactivos biológicos y psíquicos, cognitivos y emocionales como la ansiedad y la tristeza y en algunos casos por variables de personalidad o diferencias individuales. La falta de expresión emocional se relaciona con una mayor experiencia dolorosa (Truyols, Perez, Medinas , Palmer& Sesé, 2008).Estudios sobre dolor y alexitimia muestran que mujeres con diagnóstico de trastorno de dolor crónico son más alexitímicas que las mujeres sanas (Arnstein, Wells, & Caudill, 2001; Cam & Staatcioglu, 2006).

La personalidad refiere características estables y duraderas de la persona que algunos teóricos lo llaman rasgos, definidos como toda cualidad o factor de la personalidad que tiene la propiedad de ser relevante, principal, característico, estable y diferenciador (Quintana, 1996). Costa y McCrae (1997)mencionan los cinco grandes factores que representan una estructura común de la personalidad humana y trasciende las diferencias culturales son: neuroticismo, extroversión, apertura a la experiencia, amabilidad y sentido de responsabilidad, cada uno de ellos compuesto de 6 facetas.

Según el presente estudio, las personas con síndrome de sensibilización central en relación a la personalidad presentan un alto grado de neuroticismo, responsabilidad y baja extroversión (López, 2013), lo cual según la caracterización de Costa & McCrae, (1997), los describiría como personas inestables emocionalmente, preocupados por las cosas que

les pueden salir mal, con una fuerte reacción emocional de ansiedad en la cual se experimentan de forma crónica emociones negativas, independiente de la amenaza a la que están expuestos, lo que genera sufrimiento, trastornos psicosomáticos e interferencia en su propio equilibrio. Se asocia con pensamientos irracionales, baja autoestima, quejas somáticas en relación al sistema inmunológico deficiente, predictor de angustia subjetiva. (Velasco, 2000).

El factor de neuroticismo presenta un sustrato biológico en el cual se activa el sistema nervioso simpático que regula la intensidad de las respuestas emocionales, por esto las diferencias individuales en la reactividad emocional (Costa & McCrae, 1997).

También las personas con SSC presentan indicador bajo de extroversión con bajo gregarismo y búsqueda de emociones (López, 2013), lo cual se refleja en una disminución en cantidad e intensidad de las interacciones interpersonales, sociabilidad y tendencia hacia la diversión. Aparecen manifestaciones de procesos fisiológicos, de regulación de la cadena estimulación-reacción, donde está comprometido el sistema cortico-reticular (Costa & McCrae, 1997).

En relación al factor de responsabilidad, las personas con SSC evidencian facetas de baja competencia y alto sentido de orden y deber (López, 2013). Es decir inseguros de sus propias capacidades, locus de control externo, baja autoestima, organizados, limpios, normativos con adherencia a principios éticos y morales (Costa & McCrae, 1997).

Quienes tienen el diagnóstico de SSC presentan afectividad negativa (López, 2013), entendida como un factor de distrés subjetivo que produce fatiga, cansancio mental y físico, facilita la depresión y la baja satisfacción en la vida (Watson, Clark & Carey, 1988). Es un estado emocional transitorio o persistente en el nivel general de afectividad

(Watson & Clark, 1984), que implica preocupación y visión pesimista de las cosas, acompañada de sentimientos de infelicidad, síntomas depresivos, tensión crónica y un bajo nivel de bienestar subjetivo (Penderson & Denollet, 2003).

Las emociones pueden provocar sensaciones agradables o desagradables y pueden ser menos o más intensas (Choliz, 2009), e influir en la aparición de enfermedades, dejando de ser procesos adaptativos. Su función depende de la evaluación que haga la persona del estímulo que pone en peligro su equilibrio y de la respuesta que genere para afrontarlo (Fernández & Palmero, 1999).

Las emociones negativas como la ansiedad, la depresión y la ira pueden relacionarse de forma directa con ciertas enfermedades. Aunque no existen datos clínicos suficientes como para establecer una relación causal, se reconoce que afectan la vulnerabilidad de las personas a contraer enfermedades y las emociones positivas parecen ser beneficiosas en la recuperación de la enfermedad (Borges, 2007).

Personas con síndrome de sensibilización central presentan ansiedad tanto rasgo como estado y una presencia leve de depresión (López, 2013). Es decir evidencian respuestas aprensivas a situaciones simbólicas, psicológicas y sociales ante la incertidumbre que surge cuando se ve amenazada la propia sensación de integridad, coherencia, continuidad o la sensación de ser agente activo.

Estas personas anticipan, preveen señales de peligro o amenaza, tienen una tendencia individual o transitoria, en cuanto a intensidad y duración a responder de forma ansiosa. Por tanto existe una activación autonómica y somática y una percepción

consciente de tensión subjetiva, vivenciada por la persona como patológica en un momento particular; que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo (Spielberger, 1985).

Es de anotar que cuando la ansiedad persiste, las actividades inmunológicas están disminuidas por la tensión que se produce y lleva a la supresión de funciones inmunológicas por las respuestas hormonales, lo que hace a la persona más susceptible a los patógenos que causan las infecciones (Giglio, 2011).

La manifestación de la depresión estado, la cual se presentó en las personas con SSC (López, 2013), se caracteriza por la acentuación del grupo de síntomas afectivos relacionados con la tristeza (Spielberger, 2008).

Por último quienes presentan síndrome de sensibilización central son personas alexitímicas (López, 2013), variable relacionada con la expresión de afectos, en la que existe una perturbación cognitiva afectiva que significa ausencia de verbalización y discriminación de afectos y sentimientos (Sifneos & Neemiah, 1973).

A pesar de que una persona alexitímica tiene una representación cognitiva de informaciones afectivas que reconoce y responde de manera apropiada a las convenciones lingüísticas relacionadas con las emociones y de poseer código motores necesarios para la ejecución ordenada de expresión de emociones, no logra una conexión entre la experiencia afectiva y la comunicación de ésta (Sivak & Wiater, 2006).

Presentar un indicador de alexitimia marcada, implica tener emociones, pero no poder expresar sus sentimientos, aparece la emoción de manera abrupta como respuesta inmediata al estímulo pero aislada y discontinua sin una relación con lo que ha pasado antes o después. Puntajes altos en alexitimia, según Bach y Bach (1995) son un predictor significativo de somatización persistente.

Niveles aumentados de alexitimia son acompañados por un incremento del sistema endocrino, por esto la hipótesis de una base anatómica en la lateralización de las emociones (Koldovsky, 1996).

Relacionando las variables de alexitimia, afectividad negativa y personalidad se puede decir que las características que configuran la alexitimia son estables (Salminen, Saarijarvi, Aarela & Tamminen, 1994) y se perfilan como un punto extremo dentro de una dimensión continua de la personalidad más que como una consecuencia del estrés psicológico. (Martinez, Ato, Corcoles, Huedo & Selva, 1998). Además se asocia con ansiedad, depresión y con dificultades para identificar y comunicar sentimientos (Hendrix, Haviland & Shaw, 1991).

Velasco (2000) propone un perfil de personas que presentan altos niveles de alexitimia y refiere que éstas se caracterizan por la tendencia a la somatización, expectativas y atribuciones orientadas a un locus de control externo, altos niveles de ansiedad y depresión, actitud negativa ante la expresión emocional y pensamiento operatorio concreto, menor autoconciencia de aspectos internos y externos, bajos niveles de deseabilidad social, peor balance afectivo, y menor apoyo social y subjetivo con formas evitativas de afrontamiento.

Además Paez y Casullo (2000) complementan esta descripción de asociación de la alexitimia con la personalidad así:

“La alexitimia se asocia a una menor capacidad para vivenciar emociones positivas, menor extroversión y mayor presencia de malestares con características neuróticas. Un alexitimico no es una persona completamente introvertida, dado que la introversión supone capacidad introspectiva. Tampoco es un sujeto definitivamente neurótico, ya que este rasgo de personalidad supone poder verbalizar los sentimientos negativos. Los patrones alexitímicos se vinculan con déficit en la regulación afectiva: están asociados con la ambivalencia ante la expresión de afectos y menor atención y elaboración emocional” (Paez & Casullo, 2000, p.193).

El modelo describe a las personas con síndrome de sensibilización central en relación a la personalidad con un alto grado de neuroticismo, baja extroversión y responsabilidad; en afectividad negativa ansiedad rasgo estado y alexitimia marcada con una asociación positiva, predictora y como factor de riesgo (López, 2013).

Conclusiones

Estudiar el tema de los síndromes de sensibilización central (SCC) y su relación con variables psicológicas y proponer un modelo descriptivo, permitió articular la enfermedad con lo psíquico y ayudó a tener un acercamiento en un área de relevancia actual, como lo es la psicología de la salud, definida como el estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud enfermedad y de la atención de la salud; con el propósito de estudiar aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como en las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la presentación de servicios de salud (Morales, 2009).

La dicotomía salud física- salud mental (mente-cuerpo) se ha cuestionado y se está reconociendo el componente psicosocial en la enfermedad, donde se sobrepasan los límites de la interdependencia de la psique y el cuerpo para buscar la intervención en patologías de origen médico, desde miradas complementarias como las de lo psicológico. Síntomas somáticos como dolor, debilidad y fatiga son una preocupación importante para los pacientes, que después de una evaluación médica extensa, es difuso el diagnóstico de la enfermedad.

Así se entiende que en el síndrome de sensibilización central SSC, existe en la persona vulnerabilidad, que lo hace susceptible a la enfermedad ya sea por factores biológicos o psicológicos. La vulnerabilidad biológica, referida a las condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de desarrollar alguna enfermedad aguda o crónica, y que se afecta por interacciones biológicas y orgánicas, es un factor disposicional en el desarrollo de alguna enfermedad. Pueden influir factores de tipo orgánico, como daño

físico localizable que implica cambio en el funcionamiento normal y de tipo psicológico, producto de interacción con otros y con el medio controlado por la forma en que el individuo modula los estados biológicos.

La vulnerabilidad psicológica entendida como la capacidad disminuida de una persona para anticiparse, hacer frente y resistirse a los efectos producidos por una situación y para recuperarse de esta, que al igual que sucede a nivel fisiológico, existen eventos de la vida en los que se vive un estado producido ya sea por estrés, angustia, ansiedad excesiva, dificultad al expresar e identificar emociones, pobre socialización, agotamiento, baja de defensas inmunológicas, hábitos inadecuados de alimentación, ejercicio, redes de apoyo deficientes o alguna dolencia menor que afecta el estado general de salud.

El modelo propuesto, se apoya en dos de los elementos del modelo biopsicosocial de Engel, los biológicos y los psíquicos que influyen en el proceso salud- enfermedad. Sin descartar que aunque pueda existir una alteración bioquímica no es únicamente producto de una patología orgánica, sino también, de elementos psicológicos (Engel, 1977). También se apoya en el modelo psicológico de salud biológica de Ribes que aborda la dimensión psicológica en los problemas de salud y que refiere que las alteraciones biológicas que determinan la enfermedad no pueden desligarse de su origen y manifestación de las circunstancias ambientales y socioculturales (Ribes & López, 1985).

Estar sano o enfermo depende de la dimensión psicológica de la salud, que implica lo que hace o deja de hacer un individuo en una situación particular en la que intervienen tres factores: la forma de actuar, las competencias que definen la efectividad y la forma en que el comportamiento interviene en la modulación de estados biológicos. (Ribes,

1990). Lo que podría relacionarse con los conceptos de personalidad, estados afectivos y expresión emocional.

En el modelo propuesto se evidencian factores y facetas de personalidad como alto neuroticismo, baja extroversión, responsabilidad, alexitimia y estados emocionales principalmente de ansiedad que se asocian y predicen el síndrome de sensibilización central (SSC). Así la aplicabilidad de la psicología de la salud en el síndrome, implica no solo generar la responsabilidad individual frente a la condición de salud y a los cuidados que deben tenerse, como lo plantea el modelo biomédico; sino también, estrategias que permitan reducir niveles de neuroticismo y ansiedad, fortalecer habilidades interpersonales, desarrollar acciones frente a situaciones vitales que permitan un manejo de la afectividad negativa, propender la expresión emocional, autoconciencia de aspectos internos y externos para fomentar hábitos de salud y una calidad de vida mediante el manejo interdisciplinar tanto de lo biológico como de lo psíquico, considerando al ser humano como un sujeto integral.

REFERENCIAS

- Abbass, A., Lovas, D., & Purdy, A. (2008). Direct diagnosis and management of emotional factors in chronic headache patients. *Cephalgia*, 1305-1314.
- Agudelo, D., Buena, G. & Spielberger, C. (2008). Adaptacion y validacion castellana del cuestionario de depresion estado rasgo (ST-DEP). *Adaptacion y validacion castellana del cuestionario de depresion estado rasgo (ST-DEP)*. Granada, España.
- Agudelo, D., Spielberger, Ch., Santolaya, F., Carretero-Dios, H. & Buena-Casal, G. (2005). Análisis de validez convergente y discriminante del cuestionario de Depresión Estado/Rasgo (ST-DEP) con una muestra española. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 374-382.
- Agudelo, D. Carretero-Dios, H., Blanco Picabia, A., Pitti, C., Spielberger, C.D. & Buena-Casal, G. (2005). Evaluación del componente afectivo de la depresión: análisis factorial del ST/DEP revisado. *Salud Mental*, 32- 41.
- Agudelo, D. Buena-Casal, G. & Spielberger, G. (2007). Ansiedad y depresión; el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental* 30, 33-41.
- Ahles, T. A., Yunus, M. B., Gaulier, B., Riley, S. D., & Masi, A. T. (1986). The use of contemporary MMPI norms in the study of chronic pain patients. *Pain*, 159–163.
- Alda, M., Garcia, J., Pascual, A., & Olmedo, M. (2003). Aspectos psicologicos de la fibromialgia. *Monografias de psiquiatria*, 32-40.
- Allen, L., Escobar, J., Lehrer, P., Gara, M. & Woolfolk, R. L. (2002). Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: a review of the literature. *Psychosomatic Medicine*, 64, 939-950.
- Allport, G. (1937). *Personality: a pshychological interpretation*. New York: Holt.
- Allport, G.. (1966). *Psicologia de la personalidad*. Buenos Aires: Paidos.
- Allport, G, (1975). *La personalidad, su configuración y desarrollo*. Herder, Barcelona.

- Almeida, I., Brasi, M. A., Costa, A. J., Reis, F., Reuters, V., Teixeira, P. & Vaisman, M. (2007). Hipotiroidismo subclínico: trastornos y síntomas psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 157-159.
- American Headache & Migraine Association. (2011) Obtenido de <http://www.americanheadachesociety.org/>
- Arnstein, P., Wells, F. & Caudill, M. (2001). The effect of an integrated cognitive behavioral pain management on pain intensity self efficacy beliefs and depression in chronic pain patients on completion and one year later . *Pain medicine*, 213-238.
- Asociación Española de Pacientes con Cefalea, AEPAC. (2011). Obtenido de <http://www.dolordecabeza.net/la-enfermedad/proyectos-con-aepac/83-proyecto-palm-con-msd/824-aepac-msd-palm-cephalalgia-2010>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA). (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4 ed. rev.)*. Washington: Masson.
- Atagun, M., Atagun , Z., Evren, C., Devrin, O., Yilmaz , E. & Ones, K. (2012). Mental symptoms are related with impact of the disease and impairment in quality of life in female patients with fibromyalgia. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* , 338-344 .
- Azkue, J., Ortiz, V., Torre, F. & Aguilera, L. (2007). La sensibilización central en la fisiopatología del dolor. *Gac.Med*, 136-140.
- Bach, M., & Bach, D. (1995). Predictive value of alexithymia: a prospective study in somatizing patients . *Psychotherapy and psychosomatics*, 43-48.
- Bagby, J.D. Parker A. & Taylor G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure, *Journal of Psychosomatic Research*, 23–32.

- Bagby, R. M. & Taylor (1997). Affect dysregulation and alexithymia. In G. J. Taylor, R. M. Bagby, & J. D. A. Parker (Eds.), *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*, Cambridge: University Press.26-45.
- Baker, T. L. (1997). *Doing Social Research*, 2ª. ed., Ed. McGraw-Hill, United States of America.
- Barlow, D.H. (2008). One treatment for emotional disorders? *Monitor on psychology*, 26.
- Barsky, A. J. & Borus J.F. (1999). Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med*, 910–921.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Belenguer, R., Ramos, M., Siso, A. & Rivera, J. (2009). Clasificación de la fibromialgia: revisión sistemática de la literatura. *Reumatología Clínica*, 55-62.
- Belloch, B., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*.Madrid: McGraw-Hill.
- Benjamin S, Morris S, McBeth J, et al., (2000). The association between chronic widespread pain and mental disorder: a population-based study. *Arthritis Rheum*, 561-567.
- Bennett, R.M. (1990). Myofascial pain syndromes and the fibromyalgia syndrome: a comparative analysis. En J.R. Friction y E.Awad (Eds.), *Myofascial Pain and Fibromyalgia. Advances in Pain Research and Therapy*, pp. 43-65. Raven Press.
- Bennett, R.M. (1993). Fibromyalgia Syndrome: Myofascial pain and the chronic fatigue syndrome. En W.N.Kelley, E.D. Harris, S. Ruddy, C.B. Sledge. (Eds.). *Textbook of Rheumatology*, 471-483. Philadelphia: Saunders W.B.
- Bermúdez, J. (1978a). Análisis Funcional de la Ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 617-634.
- Bermudez, J. (1978b). Ansiedad y rendimiento. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 183-207.
- Bernstein, S. (2005). *Aparición de trastornos del estado de ánimo y ansiedad en SII*. (Sesión de Cartel presentada en el IV Congreso Mundial de Psicoterapia). Buenos Aires, Argentina.

- Besteiro, J. Álvarez M; Lemos S; Muñiz J, Costa C & Weruaga, A. (2009). Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. *International Journal of clinical and healthpsychology*, 411-427.
- Bischof, L. (1973). Interpretación de las teorías de la personalidad. México Trillas.
- Blanchard, E.B. (2001). *Irritable Bowel Syndrome*. Psychosocial Assessment and Treatment. Washington, D.D: American Psychological Association.
- Bodni, O. (1991). *Psicopatología general*. Buenos Aires: Psicoteca.
- Boissevain, M., & McCain, G. (1991). Toward an integrated understanding of fibromyalgia syndrome II. *Psychological and phenomenological aspects. Pain*, 239-248.
- Bonica, J. (1990). Management of pain. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Botero, M.M (2005). Una prospección organizacional para el desarrollo de la psicología de la salud en Latinoamérica. En Florez, L, Botero M, Moreno J (eds). *Psicología de la salud: temas actuales de investigación en Latinoamérica*, 323-336. Bogotá: Alapsa. Universidad del Norte.
- Borges, C. (9 de 04 de 2007). *Terra*. Obtenido de www.terra.com.mx/noticias/articulo/126365
- Borrell, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución . *Med Clin*, 175-179.
- Bradley, L.A. (1989). Cognitive-behavioral therapy for primary fibromyalgia. *Journal of Rheumatology (Suppl.19)*, 131-136.
- Brady, J.V., Porter, R.W., Conrad, D.G. & Mason, J.W. (1958). Avoidance Behavior and the development of gastroduodenal ulcers. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1(1): 69-72
- Braswell, R. Headache, Migraine. Obtenido de <http://www.medicine.medscape.com/article/1144656>. Accessed July 7, 2010
- Bridges, K. & Goldberg, D. (1992). Somatic presentation of depressive illness in primary care. *J. R. Coll Gen Pract*, 9-11.

- Brody, N. & Ehrlichman, H. (2000). *Psicología de la Personalidad*. Madrid: Prentice Hall.
- Buckelew, S. (1989). Fibromyalgia: A rehabilitation approach. A review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 37-42.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. & Seisdedos N. (2013). Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo [STAI]. (Adaptación de Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E., 1970). TEA Ediciones.
- Burckhardt, C., Liedberg, G., Henriksson, C. & Kendall, S. (2005). The impact of fibromyalgia on employment status of newly-diagnosed young women a pilot study. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 31-42.
- Burton, C. (2003). Beyond a Somatisation. *British Journal of General Practice*, 233-241.
- Cam, F. & Staatcioglu, O. (2006). Apathy and anxiety in female chronic pain patients. *Ann Gen Psychiatry*, 5-13.
- Camilleri, M. (2001). Management of the Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*, 652-668
- Camacho, L. & Anarte, M. (2003). Creencias afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema*, 464-470.
- Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth A, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al., (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*, 694-696.
- Campos, M., López, I. & Sotolongo, Y. (2008). Atención a pacientes con fibromialgia (FMS) a través de la psiquiatría de enlace. *Revista Psicología. com*.
- Cancela, J. & Gusi, N. (2011). Fibromialgia: características clínicas, criterios diagnósticos, etiopatogenia, clasificación, prevalencia e impacto económico. En C. Ayán, *Fibromialgia. Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación*, 11-22. Argentina: Panamericana.
- Cano, A. & Tobal, M. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y estrés*, 111-121.

- Carafi M.C., Ergas, F. & Molina M. (1985) *Imágenes eidéticas parentales en sujetos con colon irritable* (Tesis para optar título de psicóloga). Pontificia Universidad Católica, Argentina.
- Carver, C. & Scheier, M. (1997). *Teorías de la Personalidad*. México: Prentice Hall Hispanoamericana S.A.
- Cerveró, F. (2011). Hiperalgnesia primaria y secundaria: implicaciones centrales. *IASP*.
- Castillo, A. (8 de 2013). *UAEH*. Obtenido de http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/icsa/asignatura/Clase%20Arturo.pdf
- Casullo, M.M. (1989) .Alexitimia, consideraciones teóricas y empíricas. Editorial Tekné Buenos Aires,
- Casullo, M., Figueroa, N. & Askenazi, M. (1991). *Teoría y técnicas de evaluación psicológica*. Buenos Aires: Psicoteca.
- Catell, R. (1950). *Personality: a systematic theoretical and factual study* . New York: McGraw-Hill
- Clark, S., Campbell, S.M, Forehand, M.E., Tindall, E.A. & Bennett, R.M. (1985). Clinical characteristics of fibrositis.II. A blinded controlled study using standard psychological test. *Arthritis and Rheumatism*, 132-137.
- Clark, L. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*, 316-336
- Colhoun, C. & Solon, R. (1989). *Que es una emoción?* México: Fondo de cultura económica.
- Compas, B. & Gotlib, I. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: Mc Graw Hill/Interamericana Editores S.A. de C. V.
- Costa, P. & McCrae, R. (1984). Emotion in adult developmet. En P. Costa. & R. McCrae, *Personality as a lifelong determinant of well-being* (págs. 141-158). Beverly Hills: C.Z.Malatesta y C.E Izard.

- Costa, P. T., Jr. & McCrae, R. R. (1985). The NEO personality inventory manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resource
- Costa, P. T. Jr. & McCrae, R. R. (1989). The NEOPI/ FFI manual supplement. Odessa, FL: *Psychological Assessment Resources*.
- Costa, P. & McCrae, R. (1992), "Four Ways Five Factors are Basic," *Personality and Individual Differences*, 653-665.
- Costa, P. & McCrae, R (1992b), Revised NEO Personality Inventory and NEO Five-Factor Inventory Professional Manual, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. & McCrae, R (1995), "Domains and Facets: Hierarchical Personality Assessment Using the Revised NEO Personality Inventory," *Journal of Personality Assessment*, 21-50.
- Costa, P. & McCrae, R. (1997). *Handbook of personality psychology* .San Diego: Academic Press.
- Costa, P. & MacCrae, R. (2002). *Inventario de personalidad NEO Revisado*.Madrid: TEA.
- Crane, C. & Martin , M. (2004). Illness related parenting in mothers with functional gastrointestinal symptoms. *American journal of gastroenterology*, 694-702.
- Crane, C. & Martín, M. (2004). Social learning, affective state and passive coping in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Gen Hosp Psychiatry*, 50-58.
- Choliz, M. (13 de 06 de 2009). Psicología de la emoción: el proceso emocional. *Departamento de psicología básica, Universidad de Valencia* , 1-33. Obtenido de www.uv.es/=choliz
- Dagnino, J. (1994). Definiciones y clasificaciones del dolor. *Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile*, 148-151 .
- Deary, I. (1999). Taxonomy of medically unexplained symptoms . *J. Psychosom Res*, 51-59.

- De Gucht, V., Fischler, B. & Heiser, W. (25 de 09 de 2003). *Wiley online library*.
Obtenido de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/smi.975/abstract>
- De Gucht V, Fischler B, Heiser W (2003). Job stress, personality, and psychological distress as determinants of somatization and functional somatic syndromes in a population of nurses *Stress and Health*. Recuperado de: "<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/smi.v19:4/issuetoc>" 19 (4), 195–204. Article first published online: 25 SEP 2003. doi:10.1002/smi.975
- De la Cueva, D. G. (2011). *Desde una Construcción del Aprendizaje*. Madrid: ABC2.
- Del Valle, J. (2011). Aspectos psicológicos de la fibromialgia. En C. Ayán, *Fibromialgia . diagnóstico y estrategias para su rehabilitación* (págs. 61- 77). España: Médica Panamericana .
- Denollet, J. & Brutsaert, B. (1998). Personality, disease severity, and the risk of long term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation*, 167-173.
- Diaz, J. & Flores, E. (2001). La estructura de la emoción humana: un modelo cromático del sistema afectivo. *Salud mental*, 20-35.
- Doménech, F. (1999). Las teorías educativas implícitas del profesorado universitario. III Congreso Internacional de Psicología y Educación. Santiago de Compostela, 8-11 de septiembre.
- D Onofrio, C. (1992). Theory and the empowerment of health education practitioners. *Health Edu Q Fall*, 385-403.
- Drossman, D., Mc Kee, D., Sandler, R., Mitchell, M., Cramer, E., Lowman, B. & Burger, A. (1988). Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome gastroenterology. *American Journal of Gastroenterology*, 701-708.
- Drossman, D. (1999). The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. *Gut*, 1-5.
- Drossman, D., Corazziari, E., Talley, N., Thompson, W., & Whitehead, W. (2000). *Roma II: the functional gastrointestinal disorders*. USA: Degnon Associates.

- Escobar, J., Gara, M., Waitzkin, H., Silver, R., Holman, M. & Comptom, W. (1998). Hypochondriasis in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 155-159.
- Ekman, P. (1982). *Emotion in the human face*. New York: Cambidge University Press.
- Ekman, P. (2013). *Emotions revealed* . New York: Times Books.
- Eksioglu, E., Yazar, D., Bal, A., Usan, H. & Cakci, A. (2007). Effects of stanger bath therapy on fibromyalgia . *Clean Rheumatol*, 691-694.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Elosua, P. y López, A. (2002). Indicadores de dimensionalidad para ítems binarios. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 121-137.
- Engel , G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of psychiatryc*, 535-544.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model:a chagellege for biomedicine. *Science*, 129-136.
- Epstein, R. & Quill, T. (1999). Somatization Reconsidered . *Arch Intern Med.*, 215-222.
- Esteve, R., López, A. & Ramirez, C. (1999). Evaluacion de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Rev. Psicol salud*, 77-102.
- Escobar Ji, Gara M, Waitzkin H, Silver R, Holman Ma & Comptom W. (1998). DSM IV. Hypochondriasis in primarycare. *General Hospital Psychiatry*, 155-159.
- Estopa D, Jorquera F, Santos M & Veiga F. (2004). Síndrome de intestino irritable. *Revista de la SEMG*, 211-25.
- Eynsenck, H. (1990). Genetic and envioromental contributions to individual differences: the three major dimensions of personality. *Journal of personality*, 245-261.
- Farmer A. (2006). Functional somatic. Symptoms and syndromes. ABC of psychological medicine. Clinical Review. *British Journal of Medicine*, 265–268.

- Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L and Loscalzo J. (2009) Harrison Principios de Medicina Interna . Capítulo 329.Ed. McGraw Hill.Interamericana.Mexico, 2754.
- Felten, D. (2000). Neural influence on immune responses: underlying suppositions and basic principles of neural- immune signaling . *Prog. Brain. Res*, 381-389.
- Fernández, G. & Palmero, A. (1999). Emociones y salud. *Revista electronica de motivación y emoción*.
- Fernández- Concepcion, O. & Canuet- Delis, L. (2003). Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: factores determinantes. *Revista de neurología*, 1105-1112. Obtenido de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/migrana>
- Fineberg, H. (1988). Education to Prevent AIDS. Prospects and obstacles. . *Science*, 592-596.
- Fink, P., Sorensen, L., Engberg, M., Engberg, M., Holm , M. & Jørgensen , M. (1999). Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*, 330-338.
- Fishman, S., Ballantyne, J. & Ranhmell, J. (2010). *Bonica's Management of pain*. Philadelphia: Lipincott Williams and Wikins.
- Franco, F. (2006). *Gastroenterologia y hepatologia. Fundamentos de la medicina*. Medellin: CIB.
- Friedman, M., Byers, S., Rosenman, R., & Neuman, R. (1974). Coronary prone individuals. *Journal of the American Medical Association*, 929-932.
- Frijda, N. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fukunishi, I. & Rahe, R. (1995). Alexithymia and coping with stress in healthy persons; alexithymia is a personality traits is associated with low social support and poor responses to stress. *Psychological Report*, 1299-1304.

- Garcia, A. & Baeza, C. (1998). *Modelo teórico para la identidad cultural*. Habana: Centro de Investigación y Desarrollo para la Cultura Cubana.
- Garcia, J., Garrido, M., & Rodriguez, M. (1998). *Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia, un enfoque constructivista*. España: Fundamentos.
- Giglio, C. (2011). *Emociones y salud*. Obtenido de:
<http://www.isabelsalama.com/Emociones%20y%20salud.htm>
- Goldenberg, D.L. (1986). Psychologic studies in fibrositis. *American Journal of Medicine*, 81, 67-70.
- Goldenberg, D. (1987). Fibromyalgia Syndrome: and emerging but controversial condition . *JAMA*, 2782-2787.
- Goldenberg, D.L. (1989b). Psychiatric and Psychologic aspects of fibromyalgia syndrome. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 15(1), 105-114.
- Goldberg, L. (1990). Una descripción alternativa de la personalidad: La estructura grande-cinco del factor. *Diario de la personalidad y de la psicología social*, 1221-1229.
- Goldberg RJ, Novack DH. & Gask L. (1992). The recognition and management of somatization. What is needed in primary care training. *Psychosomatic*, 55-61.
- Gómez, H., & Fernandez, C. (16 de septiembre de 2012). *CEDE*. Obtenido de Psicología de la personalidad y diferencial:
http://www.pir.es/temas_muestra_2011/07.PERSONALIDADYDIFERENCIAL.pdf
- González, J., Porta-Etessam, B., Sepúlveda, J. & Rodriguez, M. (2006). Fisiopatología de la Migraña. Reflexiones sobre la hipótesis glutamatergica. *RevNeurol* , 481-488.
- González M, Tornero J, Carbonell J, et al., (2005). Quality of life and depression in the epidemiology of pain in rheumatology (EPIDOR) Study. *Rev. Esp. Reumatol*; 52-59.

- González, S., González, E., Quintana, J. & Fernandez, M. (2009). Características psicopatológicas en un grupo de pacientes con cefalea. *Rev. Hosp. Psiquiatrico de la Habana*.
- Gorestein, E., Tager, F., Shapiro, P., Monk, C. & Sloan, R. (2007). Cognitive- behavior therapy for reduction of persistent anger. *Cognitive and behavioral practice*, 168-184.
- Granel, A. (2006). Actualización: Pacientes con síntomas somáticos no explicables. *Evid Actual (Pract Ambul)*, 176-180.
- Greer, S., Morris, T. & Pettingale, K. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet*, 785-787.
- Grenberg, L., & Paivio, S. (2007). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós Iberica S.A.
- Grossarth-Maticek, R. & Eysenck, H. (1990). Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychological Report*, 355-373.
- Guitera, V., Guitierrez, E., Muñoz, P., Castilla, J. & Pascual, J. (2001). Alteraciones de la personalidad en la cefalea crónica diaria: un estudio en la población general. *Neurología*, 11-16.
- Guthrie, E., Creed, F. & Dawson, D. (1992). Controlled trial of psychological treatment of the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 450-457.
- Guzman, R. (20 de 02 de 2013). *Revista electrónica de Portales Médicos. com*. Obtenido de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1065/1/Trastorno-de-somatizacion-Diagnostico-y-tratamiento-en-consulta-de-medicina-familiar.html>
- Hambleton, R. K. (1996). Adaptación de test para su uso en diferentes idiomas y culturas: fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas. En J. Muñoz (ED.), *Psicometría*. Madrid: Universitas.
- Hartz A.T., Nuyes R., Bentler Se, Damiano P. C. Et al. (2000). Patients with multiple unexplained symptoms in primary care: Perspectives of Doctors and Patients. *Gen Hosp. Psychiatric*, 144-152.

- Headache classification Committee of the international headache society.(1988)
*Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia,
and facial pain.* Cephalgia 8 Supply 7, 1-96.
- Hendrix, M., Haviland, M. & Shaw, D. (1991). Dimentions of alexithymia and their
relationship to anxiety and depression . *Journal. Per. Asses.*, 227-237.
- Henningsen, P., Jakobsen, T., Schiltewolf, M. & Weiss, M. (2005). Somatization
Revisited: Diagnosis and perceirved causes of common mental disorders. *Journal
of nervous & Mental disease*, 85-92.
- Hochbaum, G., Sorenson, J. & Lorig, K. (1992). Theory and Health Education Practice.
Health Educaticon Fall, 295-313.
- Holtzman, W. (1988). Psicología y salud. Psicólogos (Papeles del Colegio de Psicólogos),
VI (33/34), 35-59.
- Hosmer, D.; S. Lemeshow. (1989). Applied Logistic Regression. New York, John Wiley.
307p.
- Hosmer, D.; S. Lemeshow; P. Klar. (1988). Goodness of Fit testing for multiple logistic
regression analysis when the estimated probabilities are small. *Biometrical Journal*
30: 911-924.
- Holtzman, W., Evans, R., Kennedy, S. & Iscoe, I. (1988). Psicología y salud.
Contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de la
salud. *Boletín de la oficina sanitaria panamericana* , 245-282.
- Hotopf, M., Mayou, R., Wadsworth, M. & Wessely, S. (1998). Temporal relationships
between physical symptoms ans psychiatric disorder. Results from a national birth
cohort. *Br J. Pshychiatry*, 255-291.
- Hubera, A., Lisa, A., Biasib, G. & Carlia, G. (2008). Alexithymia in fibromyalgia
syndrome: Associations with ongoing pain. *Journal of psychosomatic* , 425-433.

- Huber, A., Suman, A.L., Bias, G. & Cali, G. (2009). Alexithymia in fibromyalgia syndrome: Associations with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behavior. *Journal of psychosomatic research*, 425- 433.
- Hudson, J.I. & Pope, H.G. (1989). Fibromyalgia and psychopathology: is fibromyalgia a form of "affective spectrum disorder"? *The Journal of Rheumatology*, 16(Suppl.19), 15-22
- Hudson, J., Goldenberg, D., Pope, H., Keck, P. & Schlesinger, L. (1992). Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *American Journal of Medicine*, 363-367.
- Hudson, J. & Pope, H. (1994). The concept of affective spectrum disorder: relationship to fibromyalgia and other syndromes chronic fatigue muscle pain. *Baillieres Clinical Rheumatology*, 839-856.
- Hueber, A., Suman, A., Bias, G. & Cali, G. (2008). Alexithymia in fibromyalgia syndrome: associations with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behavior. *J Psychosom Res*, 425-433.
- Iacovella, J. & Troglia, M. (2003). La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. *Psico - USF*, 53-61.
- Ingoglia, J.N. (2005). Supporting collaboration between mental health and public health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 11(6), 577-579.
- IASP. (2013). *International Association for the study of Pain*. Obtenido de <http://www.iasp-pain.org/am/template.cfm?Section=Home>
- Izard, C. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. (1992). Basic emotions, relations among emotions and emotion- cognition relations. *Psychological review*, 561-565.
- Jackson, J. & Kroenke, K. (2008). Prevalence, impact and prognosis of multisomatoform disorder in primary care. *Psychosom Med.*, 430-434.
- Jaeger, W. (1992). *Paideia*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Jerram, K. & Coleman, P. (1999). The big five personality traits and reporting of health problems and health behavior in all age. *British journal of health psychology* , 181-192.
- Jyvasjarvi, S., Joukamaa, M. & Vaisanen, E. (1999). Alexithymia, hypochondrical beliefs and psychological distress among frequent attenders primary health care. *Compr. Psychiatry*, 292-298.
- Kang, J. & Capella, J. (2008). Emotional reactions to and perceived effectiveness of media messages: appraisal and message sensation value. *Wester Journal of Communication* , 40-61.
- Kaplan, H.I. y Sadock, M.D. (1987). *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- Kaplan, D., Keuthen, N., Gupta, S., Yu-Siao, B. & Masand, P. (1996). The relationship, of irritable bowel syndrome and panic disorder. *Ann Clin Psychiatry*, 81-88.
Obtenido de CNS Spectrums:
<http://www.cnsspectrums.com/asp/articleDetail.aspx?articleid=445>
- Keller, D., De Gracia, M. & Cladellas, R. (2011). Subtipos de pacientes con fibromialgia, características psicopatológicas y calidad de vida. *Acta Española de Psiquiatría*, 273-279.
- Kirmayer, L. & Robbins, J. (1993). Cognitive and social correlates of the Toronto Alexithymia scale. *Psychosomatics* , 41-52.
- Kirscht, J. (1974). The Health Belief Model and Illness Behavior. *Health Education Monograph*, 387-408.
- Kisely, S., Goldberg, D. & Simon, G. (1997). Comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: results of an international study. *Psychol Med*, 1011-1019.
- Koldovsky, N. (1996). *La personalidad y sus desórdenes*. Buenos Aires: Salerno.

- Krantz, D., Olson, M., Frnasis, J., Phankao, C., Merz, C. & Sopko, G. (2006). Anger, hostility and cardiac symptoms in women with suspected coronary artery disease. *Journal of womens health*, 1214-1223.
- Kroenke, K. & Spitzer, R. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 150-155.
- Krystal, J. & Raskin, H. (1979). *Drug dependence: Aspects of ego function*. Detroit: Wayne State University Press.
- Krystal, H. (1988). On some roots of creativity. *Psychiatric clinic of North America*, 475-491.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self healig:affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale: Analytic Press.
- Latimer, P., Sarna, S., Cambell, D., Larimer, M., Waterfall, W. & Daniel, E. (1981). Colonic motor and mioelectric activity: A comparative study of normal subjects, psychoneurotic patients and patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 893-901.
- Laviana, C.M. (1998). Los psicólogos clínicos en el sistema sanitario público. *Papeles del psicólogo*, 48-51.
- Leal, I., Vidales, F. & Vidales, I. (1997). *Psicología General*. México: Limusa.
- León-Barúa, R. (1991). The classification of digestive problems into “organic” and “functional” should be abandoned. *J Clin. Gastroenterol*, 8-10.
- León-Barúa, R. (2003). Enjuiciamiento crítico de los trastornos digestivos funcionales, avances en su estudio y propuestas para ulteriores desarrollos. *Revista. Diagnóstico*, 239-243.
- León-Barúa, R. (2005). Síndrome de intestino irritable ¿o síndrome de intestino con hiperalgesia y dismotilidad?. *Revista Diagnostico*. Vol. 44, No. 4.
- Leviton, A.C. (1996). Integrating psychology and public health. *American Psychologist*, 42-51.

- Lipkin, M. (1969). Functional or organic? A point question. *Annals of internal medicine*, 5, 1013-1017.
- Lipowsky, Z. (1998). Somatization: The concept and its clinical applications. *Am J. Psychiatric*, 1358-1368.
- Lipton, R.B., Silberstein, S.D. & Stewart, W.F. (1994). An update on the epidemiology of migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 34, 319 -328.
- Lipton, R.B., Stewart, W.F. & Simon, D. (1998). Medical consultation for migraine: results from the American Migraine Study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 38, 87-96.
- Lipton, R.B. & Bigal, M.E. (2005). Migraine: Epidemiology, Impact, and Risk Factors for Progression. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 45, (Suppl. 1), S3– S13
- Lipowsky, Z.J. (1988). Somatization: the concept and its clinical applications. *Am J. Psychiatric*, 145, 1358-68.
- López A, I. Cerrato Mb & Fernández I (2010). El papel de las variables cognitivo-conductuales y sensoriales en la predicción de la capacidad funcional y la interferencia en la actividad en una muestra de personas mayores con dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolo*, R 17(2)
- López, J. & Valdes, M. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales texto revisado. DSM IV TR*. España: Masson.
- López, P.L.(2013)*Propuesta de un modelo descriptivo de las características psicológicas del Síndrome de Sensibilización Central*(Tesis Doctoral no publicada) Pontificia Universidad Católica de Argentina. Santa María de los Buenos Aires.
- Lumley, M., Radcliffe, A., Macklem, D., Mosley- Williams, L., Leisen, J., Huffman, J. & Rappor, L. (2005). Alexithymia and pain in three chronic pain samples: comparing caucasians and african americans. *Pain medicine*, 251-261.
- Lydiar, R.B. (1992). Anxiety and the irritable bowel syndrome. *Psychiatric Annals*, 612-618.

- Madariaga, C. (2008). Interculturalidad, salud y derechos humanos: hacia un cambio epistemológico. *Reflexión*, 1-5.
- Major, L. (2011). The mediating role of emotions in the relationship between frames and attribution of responsibility for health problems. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 502-522.
- Malt, E., Olafsson, S., Anders, L. & Holger, U. (2002). Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. *BMC, Musculoskeletal disorders*, 12-18.
- Mann, L., Wise, T. & Shay, L. (1992). Factor Analysis of Toronto Alexithymia. *Psychotherapy Psychosomatic*, 40-45.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C., & Sykes, C. (2008). *Psicología de la salud, teoría investigación y práctica*. México: Manual Moderno.
- Martinez-Lavin .M, (2007). La relación médico-paciente en el contexto de la fibromialgia. *Tribulaciones y propuestas. Reumatol. Clin*, 3, 53-54
http://www.reumatologiaclinica.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13100435&pident_usuario=0&pident_revista=273&fichero=273v3n2a13100435pdf001.pdf&ty=125&accion=L&origen=reuma&web=www.reumatologiaclinica.org&lan=es)
- Martinez, F., Ato, M., Corcoles , E., Huedo , T. & Selva, J. (1998). Stability in alexithymia levels: A longitudinal analysis on various emotional K answers. *Personality and individual differences*, 1-6.
- Martinez-Lavin, M. (2007). Biology and therapy of fibromyalgia stress, the stress response system, and fibromyalgia. *Arthritis Res ther*, 216-219.
- Masand, P., Gupta , S., Schwartz, T., Kaplan, D., Virk , S., Hameed, A. & Lockwood, K. (2002). Does a preexisting anxiety disorder predict response to paroxetine in irritable bowel syndrome? *Psychosomatics*, 451-455

- Masi, A.T. & Yunus, M.B. (1986). Concept of illness in populations as applied to fibromyalgia syndromes. *The American Journal of Medicine*, 81 (Suppl. 3A), 19-25.
- Matarazzo, J. (1982). Behavioral health's challenge to academic scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 1-14.
- Mayou, R., Bryant, B. M., Sanders, D., Bass, C., Klimes, I. & Forfar, C. (1997). A controlled trial of cognitive behavioral therapy for non cardiac chest pain. *Psychological Medicine*. Vol. 27, 1021-1031.
- Mayou, R. & Farmer, A. (2002). Functional Somatic symptoms and syndromes. *British Medical Journal*, 265-268.
- McCrae, R. & Costa, P. (1985). Comparison of Epi and Psychoticism scales with measures of the five factor model of personality. *Personality and individual differences*, 587-597.
- Merskey, H. (1989). Physical and psychological considerations in the classification of fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 16 (suppl. 19), 72-79.
- Mearín, F. (2007). Síndrome del intestino irritable: nuevos criterios Roma II. *Medicina Clínica*. Obtenido de <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/sindrome-intestino-irritable-nuevos-criterios-roma-iii-13099805-articulos-especiales-2007>
- Mearin, F. (2007). Síndrome del intestino irritable: nuevos criterios de Roma III. *Med Clin (Barc)*; 128(9): 335-43
- Melzack, R. & Wall, P. (1965). Pain mechanisms: A new theory science. *Survey of anesthesiology*, 971-979. Obtenido de http://journals.lww.com/surveyanesthesiology/Citation/1967/04000/Pain_Mechanisms__A_New_Theory.2.aspx
- Melzack, R. & Casey, K. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain. *The skin senses*, 423-443.
- Merrell, K.(2001). *Helping students overcome depression and anxiety. A practical guide*. New York. The Guilford Press.

- Merskey, H. (1990). *Psychosocial factors and muscular pain*. New York: Raven Press.
- Ministerio de Educación Nacional. (1998). Decreto 272. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Educación Nacional. (2010). Decreto 1295. Bogotá, Colombia: Ministerio de Educación Nacional.
- Ministerio de Salud.(1993). Resolución No. 8430 de 1993 por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Republica de Colombia.
- Montero, I & León, O.G (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de psicología clínica y de la salud. International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508
- Montero, I. & León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 115-127.
- Montesinos, L. (1999). Desafíos para la psicología de la salud en el ocaso del Siglo XX. *Suma Psicológica*, 6(2), 147-159.
- Morales, F. (2009). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Koyatun .
- Muftuoglu, M., Herken , H., Demirci, H., Virit, O. & Neyal , A(2004). Alexithymic features in migraine patients. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, Vol. 254, Issue 3, 182-186.
- National Fibromyalgia Association . (2013). *National Fibromyalgia Association*. Obtenido de [http://www.fmaware.org/site/PageServer?6cc.html?pagename=fibromyalgia affected](http://www.fmaware.org/site/PageServer?6cc.html?pagename=fibromyalgia%20affected)
- Nemiah, J.C. (1975). Deniel revisited: reflections on psychosomatic theory. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 140-147.
- Nemiah, J., Rabe-Hesketh, S., Wesseley, S., & Hotopf, M. (2001). How many functional somatyc syndromes? *J Psychosom Res*, 549-557.
- Nimnuan, C., Rabe-Hesketh, S., Wesseley, S. & Hotopf, M. (2001). How many functional somatyc syndromes? *J Psychosom Res*, 549-557.

- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdes.
- Ogden, J. (1997). The rhetoric and reality of psychosocial theories: a challenge to biomedicine . *Journal of health psychology* , 21-29.
- Olden , K. (2008). *Irritable bowel syndrome*. Philadelphia: Mosby.
- OMS. (1946). *Preámbulo de la constitución de la Organización Mundial de la Salud, Conferencia Sanitaria Internacional*. Nueva York: OMS.
- Organización Mundial de la Salud: CIE-10. (1992). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (1997) Carga de los trastornos mentales y conductuales. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2003) Carga de los trastornos mentales y conductuales. En: Informe de salud en el Mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado de: "<http://www.who.int/en/>"www.who.org
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Estadísticas sanitarias mundiales. Recuperado de http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Recuperado de http://www.onsm.gov.co/index.php?option=com_k2&view=item&id=169:organizacion-mundial-de-la-salud-oms&Itemid=234
- Ortega, E. Larrodé M.A, López E & Urbina B (1990). Fibromialgia y patología psíquica. Dolor Inflamación, 340-344
- Ortony, A., Clore, G. & Collins, A. (1996). *La estructura cognitiva de las emociones*. Madrid : Siglo XXI editores.
- Paeile, C. (1997). *El dolor: aspectos básicos y clínicos*. Santiago de Chile: Mediterráneo.

- Palason, O & Drossman, D. (2005). Psychiatric and psychological dysfunction in irritable bowel syndrome and the role of psychological treatment. *Gastroenterol Clin. N. AM.*, 281-303
- Palmero, F., Gómez, C., Guerrero, C. et al., (2007). Hostility, psychophysiology and cardiovascular health. *Av. Psicol. Latinoam*, Vol. 25, 22-43.
- Paez, D. & Casullo, M. (2000). *Cultura y alexitimia*. Buenos Aires: Paidós.
- Parker, J., Bagby, R. & Taylor, G. (1991). Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs? *Comprehensive Psychiatry*, 387-394.
- Passano, S. (2010). *Cuestiones Epistemológicas en Psicopedagogía Clínica*. Buenos Aires, Argentina.
- Pastor, M., López, M., Rodríguez, J. & Quilis, V. (1995). Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y la fibromialgia. *Psychotema*, 627-639.
- Pedersen, S. & Denollet, J. (2003). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 10(4), 241-248.
- Pedinielli, J. (1992). *Psychosomatique et alexithymie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Peters, G.A. & Bargen, J.A. (1944). The irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 3, 399-402.
- Pervin, L. (1998). *La ciencia de la personalidad*. Madrid: McGraw Hill .
- Pfizer. (05 de 2013). Obtenido de <http://www.pfizer.com.co/content/prensanoticiasdiamundialfibromialgia>
- Piaget, J. (1991). *Seis Estudios de Psicología*. Medellín: Labor.
- Piña, J. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes, justificación y desarrollo. *Univ. Psychol*, Colombia.
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A. & Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*, 85-112.

- Plutchik, R. (1980). *Emotion: Theory, research and experience* . New York: Academic Press.
- Porcelli, P., Zaka, S., Leoci, C., Centonze, S. & Taylor, G. (1995). Alexitimia in inflammatory bowel disease. A case control study, CastellanaGrotte. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 49-53.
- Psicologos, C. G. (23 de septiembre de 2012). *Consejos oficiales de psicologos*. Obtenido de <http://www.cop.es/index.php?page=evaluacion-tests-editados-en-espana>
- Quiceno, H. (2011). *Epistemología de la Pedagogía*. Cali: Universidad Pedagógica Nacional.
- Quimby, L., Block, S. & Gratwick, M. (1988). Fibromyalgia: generalized pain intolerance and manifold symptom reporting. *Rheumatol*, 1264-1270.
- Quintana, G. (1996). *La psicología de la personalidad y sus trastornos*. Madrid: CCS.
- Radat, F., Mekies, C., Géraud, G., Valade, D. et al., (2008). Anxiety, stress and coping behaviours in primary care migraine patients: results of the smile study. *Cephalalgia*, Vol. 28, 1115-1125.
- Ramirez, S. & Urrea, E. (1999). Diagnóstico y tratamiento de la cefalea. *Guía neurológica*, 127-141.
- Reid, S., Wessely, S., Crayford, T. & Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *BMJ*, 322: 767.
- Reid, S. & Wessely, S. (2002). Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *British Journal of Psychiatry*, 180, 248-253.
- Retamales, R. (1989). Different personality test applied to the concept of alexithymia . *Actas Luso- Españolas de neurología, psiquiatria y ciencias afines* , 263-273.
- Rey, E., Alvarez, A., Rodriguez, F., Moreno, C., Almansa, C. & Dias, M. (2009). Onset and disappearance rates of gastro esophageal reflux symptoms in the Spanish

- population, and their impact on quality of life. *Rev. Esp. Enferm. Dig*, 101, 477-82.
- Ribes, E. & López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo*. México: Trillas.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Barcelona: Martinez Roca.
- Rives, E. (1990). Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano. México. Trillas.
- Rojas de González, N. (1986). *Conflictos de pareja y de familia: un nuevo enfoque terapéutico*. Santa Fé de Bogotá: Facultad de Psicología. Pontificia Universidad Javeriana.
- Rook, J., Pesch, R. & Keeler, E. (1981). Chronic pain and the questionable use of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 62, 373-375.
- Rosenstock, I. (1960). What research in motivation suggests for public health. *A J Public Health*, 295-301.
- Rosenstock, I., Strecher, V. & Becker, M. (1988). Social Learning Theory and The Health Belief Model. *Health Edu Q*, 175-183.
- Rueda, M. & Díaz, L. (2008). Prevalence and associated factors for episodic and chronic daily headache in the Colombian Population. *Cephalalgia*, 216-225.
- Rubio, V. (8 de 2012). UAM. Obtenido de http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/victor/DOCTORADO/DOCUMENTOS/seminario.pdf
- Salmon, P., Woloshynowych, M. & Valori, R. (1996). The measurement of beliefs about physical symptoms. *Soc. Sci Med*, 1561- 1567.
- Salminen, J., Saarijarvi, S., Aarela, E. & Tamminen, T. (1994). Alexithymia: state or trait? one year follow up study of general hospital psychiatric consultation outpatients. *Journal of Psychosomatic Research*, 681-685.

- Salvatierra, V. (1989). *Psicología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Martinez Roca.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Santacreu, J. (1991). Psicología clínica y psicología de la salud. Marcos teóricos y modelos. *Psicología de la salud*, 3-20.
- Scudds, R., Rollman, G., Harth, M. & Mc Cain, G. (1987). Pain perception and personality measures as discriminator in the classification of fibrositis . *The journal of rheumatology*, 563-569.
- Schwartz, G. (1982). Testing the biopsychosial model: the ultimate challenge facing behavioral medicine? *Journal of consulting and clinical psychology*, 1040-1053.
- Schultz, D. & Schultz, S. (2009). *Teorias de la personalidad*. Iztapalapa: Cengage Learning.
- Seres G, Kovacs S, Kovacs A, Kerekyarto O, Sárdi, K., Demeter, P, Mészáros, E. & Túry. F. (2008) - Different Associations of Health Related Quality of Life with Pain, Psychological Distress and Coping Strategies in Patients with Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disorder. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 15 (4), 287-295.
- Sharpe, M. & Carson, A.J. (2001). “Unexplained somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: do we need a paradigm shift?” *Ann Intern Med.*, 134, 926–930.
- Schultz, D. & Schultz, S. (2009). *Teorias de la personalidad*. Iztapalapa: Cengage Learning.
- Schwartz, G. (1982). Testing the biopsychosial model: the ultimate challenge facing behavioral medicine? *Journal of consulting and clinical psychology*, 1040-1053.
- Sifneos, P. & Neemiah, J. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients . *Psychotherapy and psychosomatics*, 255-272.

- Sifneos, P., Apfel-Savitz, R. & Frankel, F. (1977). The phenomenon of alexithymia: observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47-57.
- Sifneos, P. (1988). Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization . Affect and creativity . *Psych Clin. North Am.*, 287-292.
- Siniatchkin, M., Riabus, M. & Hasenbring, M. (1999). Coping styles of headache sufferers *Cephalalgia*.
Obtenido "http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cha.1999.19.issue-3/issuetoc"Vol. 19, Issue 3, 165–173.
- Sireci, S.G. y Scarpati, S. (2003). *The effects of test accommodations on test performance: A review of literature* (Center for educational assessment research Rep No. 485). MA: School of education, University of Massachusetts, Amherst.
- Sriram, T., Chaturvedi , S., Gopinath , P. & Shanmugam , V. (1987). Controlled study of alexithymic characteristics in patients with psychogenic pain disorder. *Psychother Psychosom.* , 11-17.
- Sivak, R. & Wiater, A. (2006). Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos: Teoría y Clínica. Buenos Aires: Paidós.
- Smith, Gr., Monson, Ra. & Ray, Dc. (1986). Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, Functional Health and Health care utilization. *Arch Intern Med*, 1446, 69-72.
- Soto, Soto, F., Lacoste, J., Papenfuss, R. & Gutierrez, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Rev. Esp.Salud Pública.*, 335-341.
- Spielberger, C. (1966). *Anxiety and behavior*. New York: Academic Perss.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. & Luschene, R. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologist Press (Adapt. Española) TEA, 1982. California: Palo Alto.
- Spielberger, C. (1972). *Anxiety currets trends in theory and research*. New York: Academic Press.

- Spielberger, C., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1982). *Manual for the STATE- TRAIT Anxiety Inventory. Consulting psychologist press(Adapt. Española)*. California : Palo alto: TEA.
- Spielberger, C., Jacobs, G., Russell, S. & Crane, R. (1983). Assessment of anger: The state-trait anger scale. *Advances in personality assessment* , 159 - 187.
- Spielberger, C., Jacobs, E., Russell, S., Crane, R., Jacobs, G. & Worden, T. (1985). *The experience and expression of anger. Construction and validation of an Anger Expression Scale*. New York: McGraw Hill.
- Spielberger, C. (1985). Anxiety, cognition and effect. *Anxiety and anxiety disorders*, 351-376.
- Spielberger, C., Miguel-Tobal, J., Casado M. & Cano Vindel, A. (2001). *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo. STAXI 2*. Madrid. TEA
- Siniatchkin, M., Riabus, M. & Hasenbring, M. (1999).Coping styles of headache sufferers *Cephalalgia*.
Recuperado "http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cha.1999.19.issue-3/issuetoc"Vol. 19, Issue 3, 165–173.
- Sriram, T.G., Chaturvedi, S. K., Gapinath, P.S & Shanmugan, V. (1987). Controlled study of Alexithymic characteristics in patients with psychogenic pain disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47(1), 11-7.
- Sivak, R. & Wiater, A. (2006). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidos.
- Suls, J. & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin* , 260-300.
- Taylor, G. (1987) “Alexithymia: history and validation of the concept”, *Transcultural Psychiatry Research Review*, 24.
- Taylor, G & Bagby R. (1988). “Measurement of alexithymia”, *Hemispheric Specialization*, 1093,953

- Tobal, J. (1999). La ansiedad. En J. Miguel- Tobal, *Tratado de psicología general: motivación y emoción* (págs. 309-344). Madrid: Alhambra: J. L. Pinillos & J. Mayor.
- Tobal, J., Casado, M., Cano, A. & Spielberger, C. (2006). *Inventario de Expresión de Ira Estado- Rasgo. Vers. Española*. Madrid: TEA .
- The International classification of headache disorders. (2004). Obtenido de http://www.ihs-headache.org/upload/ct_clas/ihc_II_main_no_print.pdf
- Tomkin, S. (1962). *Affect, imagery, consciousness*. New York: Springer .
- Thompson W. (1984). The irritable bowel. *Gut*;25:305-20
- Thompson, W., & Drossman, D. (1992). El síndrome de intestino irritable: una revisión y el tratamiento multicomponente. *Annals of Internal Medicine*, 1009-1016.
- Thompson W, Longstreth G, Drossman D, et al., (1999). Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut*;45:1143-7.
- Tur, S. (2001). Epidemiología de la migraña. *Cefaleasib*.
- Trillos, C.E. (2006). Conceptos básicos en epidemiología. En Blanco JH, Maya J.M. (Eds.), *Fundamentos de salud pública* (pp. 6-29). CIB.
- Trull, T. & Phares, J. (2003). *Psicología Clínica, conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomson Learning.
- Tur Campos, S.: HYPERLINK
 "http://www.cefaleasib.com/cefaleasib/content/7/?s=20"Epidemiología de la migraña. *Cefaleasib* (ed.) 2011.
- Turk, D. & Flor, H. (1989). Primary fibromyalgia is greater than tender points: toward a multi-axial taxonomy. *Journal of rheumatology*, 80-86.
- Truyols, M., Perez, J., Medinas, M., Palmer, A. & Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y tratamiento del dolor crónico. *Redalyc*, 295-320.

- Uveges, J.M., Parker, J.C., Smarr, K.L., McGowan, J.F., Lyon, M.G., Irvin, W.S., Meyer, A.A., Buckelew, S.P., Morgan, R.K., Delmonico, R.L., Hewett, J.E. & Kay, D.R. (1990). Psychological symptoms in primary fibromyalgia syndrome: relationship to pain, life stress, and sleep disturbance. *Arthritis and Rheumatism*, 33(8), 1279-1283.
- Vallejo M.A, Comeche MI. (1992). Consideraciones acerca de la conceptualización del dolor crónico. *Psicothema*, 4 (2), 379-383.
- Vallejo, M., Rivera, J., Esteve, J. & Rodriguez, M. I. (2012). Uso del cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar la ansiedad y la depresión con pacientes con fibromialgia. *Psiquiatria Salud Mental*, 107-114.
- Valverde, M. (2000). Prevalencia de la fibromialgia en la Población Española. Estudio EPISER [Resumen]. *Rev. Española Reumatol*, 27, 157.
- Van Hemert, D. A., Poortinga, Y. H. y Van de Vijver, F. J. R. (2003). Emotion and culture: A meta-analysis. *Manuscript submitted for publication*.
- Velasco, C. (2000). Personalidad y alexitimia. En D. Paez, & M. Casullo, *Cultura y alexitimia* (págs. 15-33). Buenos Aires: Paidós.
- Villoria, C. (2007). *Dolor Crónico, diagnóstico, clínica y tratamiento*. Madrid: Aran ediciones.
- Vinaccia, E., Fernández, H., Amador, O., Tamayo, R. & Vásquez, A. (2005). Calidad de vida, ansiedad, depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Terapia Psicológica*, Vol. 23, No. 2, 65-74.
- Volcy, M. (2006). Cefalea en racimos: diagnóstico, fisiopatología y tratamiento. *Rev. Neurol*, 114-121.
- Walker, E.A., Roy, P.P., Katon, W.J., Li, L., Amos, D. & Jiranek, G. (1990). Psychiatric illness and irritable bowel disease. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1656-1661.

- Walker, E., Katon, W., Jemelka, R. & Roy-Bryne, P. (1992). Comorbidity of gastrointestinal Complaints, depression, and anxiety in the Epidemiologic Catchment Area (Eca) study. *Am J Med*, 26s- 30s.
- Watson, D. & Clark, L. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin* , 465-490.
- Watson, D., Clark, L. & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relations to anxiety and depressive disorders. *Journals of abnormal psychology*, 346-353.
- Watson, D. & Clark, L. (1992). On traits and temperament: general and specific factors of emotional experience and their relation to five-factor model. *Journal of personality*, 441-476.
- Weinberger, M., Greene, J., & Mamlin, J. (1981). Health Beliefs and smoking behavior. *Am J. Public Health*, 1253-1255.
- Wessely, S., Nimnuam, M. & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many. *Lancet*, 936-939.
- Wells-Federman C, Arnstein P, Caudill-Slosberg M. (2003) Comparing patients with fibromyalgia and chronic low back pain participating in an outpatient cognitive-behavioral treatment program. *J Musculoskeletal Pain*, 5-12.
- WGO. (2013). *World Gastroenterology Organisation* .Obtenido de http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/20_irritable_bowel_syndrome_es.pdf
- White, K.P., Nielson, W.R., Harth, M., Ostbye, T. & Specheley, M. (2002). Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. *The Journal of Rheumatology*, 29, 588-594.
- Whitehead, W., Palsson, O. & Jones, K, (2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology*, 11, 1140-56.

- WHO. (08 de 2013). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido [http://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.2002\). pdf,](http://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.2002.pdf)
- Whybrow, P. C., Akiskal, H. & McKinney (1984) *Mood Disorders: Toward a New Psychobiology*. W. J., Plenum Press, New York
- Wolfe, F., Cathey, M.A. & Kleinheksel, S.M. (1984). Fibrositis (Fibromyalgia) in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, *11*(6), 814-818.
- Wolfe, F. (1988). Fibromyalgia: wither treatment? *The Journal Rheumatology* , 1047-1049.
- Wolfe, F., Smythe, H., Yunus, M., Bennett, R., Bonbardier, C., Goldnberg, D. & Sheon, R. (1990). The 1990 criteria for classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committe. *Arthritis Rheum*, 160-172.
- World Health Organization. (2013). *Caring for children and adolescents with mental disorders*. Obtenido de WHO: <http://www.who.int/en/>
- Whybrow, P., Akiskal , H. & Mckinney, W. (1984). *Moud disorder toward a new psychobiology* . New York : Plenum.
- Wundt, W. (1896). *Grondib ther psychologie* . Leipzig: Engelmann.
- Yücel, B., Kora, K., Özyalçın, S., Alçalar, N., Özdemir, Ö. Yücel, A. (2002). Depression, automatic thoughts, alexithymia, and assertiveness in patients with tension-type headache. *Headache: The Journal of Head & Face Pain*, 194-199.
- Yunus, M.B. (1984). Primary Fibromyalgia syndrome current concepts. *ComprTher*, 21-28.
- Yunus, M. (2000). Centra. *Central Sensitivity Syndormes: A unified concept for fibromialgia and other similar*, 27-33.
- Yunus, M. B. (2005). The concept of central sensitivity syndromes. In Wallace DJ Clauw DJ, Eds. *Fibromialgya and other central syndromes*. Philadelphia, Lippincott. *Williams and Wilkins.*, 29-44.

- Yunus, M. (2007). Fibromyalgia and overlapping disorders: The unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum*, 339-356.
- Yunus, M. (2008). Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Semin Arthritis Rheum*, 339-352.
- Zavala, H. (2003). Epidemiología e impacto socioeconómico de la migraña. *Rev Argentina de Neurocirugía*, 181.
- Zelman, D. (17 de 04 de 2012). *Web MD Medical Reference*. Obtenido de <http://www.webmd.com/fibromyalgia/guide/fibromyalgia-and-depression?page=2>

Apéndice

Apéndice A. Consentimiento Informado

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía N° _____ de _____, actuando en nombre propio, declaro que he sido invitado a participar voluntariamente y sin ningún ánimo de lucro o beneficio secundario, del estudio que lleva por nombre “PROPUESTA DE UN MODELO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL SÍNDROME DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL”, avalada por la Universidad Católica de Argentina para optar el título de Doctor en Psicología. La investigadora es la Psicóloga Magíster, Candidata a Doctora, Piedad Liliana López Bustamante, quien viene desarrollando temas de estudio en el área de la Psicología de la Salud.

Declaro que he sido informado ampliamente sobre los objetivos de esta investigación y acepto participar en ella para facilitar el conocimiento en el campo de la Psicología de la Salud en una enfermedad médica como son los Síndromes de Sensibilización Central, del cual hacen parte específicamente patologías como la Fibromialgia, el Síndrome de Intestino Irritable y la migraña.

En el estudio se busca profundizar en algunas variables psicológicas que pueden influir en la aparición o mantenimiento de la enfermedad como son la personalidad y la afectividad negativa (ansiedad, depresión y alexitimia).

Las facetas de personalidad, entendidas como patrones de comportamiento únicos y relativamente estables de una persona y La afectividad negativa como la tendencia a preocuparse y a tener una visión pesimista de las cosas, que se acompaña a menudo de sentimientos de infelicidad, irritación, síntomas depresivos, tensión crónica y un bajo nivel de bienestar subjetivo.

Su participación en esta investigación no implica beneficios directos para usted, sin embargo, la información que usted nos suministre será utilizada para realizar propuestas de intervención que mejoren la

atención integral de todos los usuarios. Esto significa también que usted no recibirá ningún beneficio económico por responder a las pruebas. Su participación no le generará ningún costo, por este motivo el equipo de investigación le suministrará las pruebas que usted deberá contestar.

El participar en este estudio le tomará aproximadamente entre una hora y media a dos horas. Algunas de las preguntas pueden causar malestar en el entrevistado, si usted no desea responderlas, está en toda la libertad de negarse a hacerlo o puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin dar explicaciones al respecto, lo cual no tendrá ninguna consecuencia para usted.

Ninguna persona diferente a la investigadora y/o su equipo de trabajo (médicos), tendrá conocimiento de los resultados que arrojen las pruebas que usted responda, ya que estas son totalmente confidenciales. Usted podrá solicitar una retroalimentación de su proceso, y una vez finalizada la investigación, se le dará a conocer los resultados obtenidos, en caso de requerirlos.

Su identidad será protegida, ya que en ninguna de las publicaciones, ponencias o algún otro tipo de divulgación de la información obtenida se hará referencia a los nombres de los participantes. Los resultados de la investigación sólo serán utilizados con fines académicos

Acepto participar en la investigación de la siguiente manera:

- Contestando objetivamente una serie de preguntas formuladas en los cuestionarios.
- Aceptando que los resultados de las evaluaciones sean utilizadas en la preparación de publicaciones científicas, siempre y cuando se conserve en el anonimato, la identidad.
- Entiendo que en caso de detectarse una dificultad que pueda afectar su estabilidad psicológica y física, seré informado ampliamente y los investigadores me recomendarán el tratamiento adecuado más no asumirán los gastos del mismo.
- No se recibirá dinero por parte de los investigadores.
- Todas las evaluaciones clínicas realizadas serán gratuitas.
- Se reserva la confidencialidad aun cuando no sean publicados los resultados.

Esta investigación contempla parámetros establecidos en la resolución No 008430 de 1993 del 4 de Octubre, emanada por el Ministerio de Salud, en cuanto a investigaciones con riesgo mínimo, realizadas en seres humanos.

Participante (firma y N° de cedula)

Investigador (firma y N° de cedula)

Apéndice B. Encuesta de Datos Generales

Los datos que usted consignará en este formulario serán de estricta confidencialidad. No se requiere nombre con el fin de conservar la privacidad de su identidad.

Las preguntas de las diferentes pruebas están impresas por lado y lado de la hoja. Tenga cuidado para no dejar de contestar alguna de ellas.

En caso de querer saber sus resultados es importante que se aprenda el número con el que va enumerado su paquete de pruebas.

SU NÚMERO ES: _____

Edad: _____

Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Estado Civil:

_____ Soltero

_____ Casado/unión libre

_____ Separado/divorciado

_____ Viudo

Escolaridad:

_____ Básica Primaria

_____ Básica secundaria

_____ Pregrado

_____Postgrados

Ocupación: _____

Diagnóstico médico actual: _____

Especialista que realizó el diagnóstico: _____

Año en el que fue diagnosticado _____

Tratamientos recibidos: _____

Apéndice C. Revised NEO Personality Inventory.

Por favor, antes de comenzar, lea cuidadosamente estas instrucciones. Este Inventario consta de 240 frases. Lea cada frase con atención y marque la alternativa de respuesta que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo con lo que dice la frase. Elija una casilla en cada pregunta según las siguientes alternativas y marque siempre con el N° 1 como si se tratara de una X en una de ellas:

TD si la frase es completamente falsa en su caso, si está en total desacuerdo con ella.

D si la frase es frecuentemente falsa, si está en desacuerdo con ella.

N si la frase es tan cierta como falsa.

A si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está de acuerdo con ella.

TA si la frase es completamente cierta, si está totalmente de acuerdo con ella.

No hay respuestas correctas ni incorrectas, y no se necesita ser un experto para contestar a este Cuestionario. Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible.

#		TD	D	N	A	TA
1	No soy una persona que se preocupe mucho.					
2	La mayoría de la gente que conozco me cae muy simpática.					
3	Tengo una imaginación muy activa.					
4	Tiendo a ser cínico y escéptico respecto a las intenciones de los demás.					
5	Se me conoce por mi prudencia y sentido común.					
6	Con frecuencia me irrita la forma en que me trata la gente.					
7	Huyo de las multitudes.					
8	Los aspectos estéticos y artísticos no son muy importantes para mí.					
9	No soy astuto ni disimulador.					
10	Prefiero dejar abiertas posibilidades más que planificarme todo de antemano.					
11	Rara vez me siento solo o triste					
12	Soy dominante, enérgico y defiendo mis opiniones.					
13	Sin emociones fuertes la vida carecería de interés para mí.					
14	Algunas personas creen que soy egoísta y egocéntrico.					
15	Trato de realizar concienzudamente todas las cosas que se me encomiendan.					
16	Al tratar con los demás siempre temo hacer una patochada.					

TD si la frase es completamente falsa en su caso, si está en total desacuerdo con ella.						
D si la frase es frecuentemente falsa, si está en desacuerdo con ella.						
N si la frase es tan cierta como falsa.						
A si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está de acuerdo con ella.						
TA si la frase es completamente cierta, si está totalmente de acuerdo con ella.						
#		TD	D	N	A	TA
17	Tanto en el trabajo como en la diversión tengo un estilo pausado.					
18	Tengo unas costumbres y opiniones bastante arraigadas.					
19	Preferiría cooperar con los demás a competir con ellos.					
20	No me enfado por nada, soy indolente.					
21	Rara vez me excedo en algo.					
22	A menudo anhelo tener experiencias emocionantes.					
23	Con frecuencia disfruto jugando con teorías o ideas abstractas.					
24	No me importa hacer alarde de mis talentos y logros.					
25	Soy bastante bueno en organizarme para determinar las cosas a tiempo.					
26	Con frecuencia me siento indefenso y quiero que otro resuelva mis problemas.					
27	Literalmente, nunca he saltado de alegría.					
28	Considero que dejar que los jóvenes oigan a personas cuyas opiniones son polémicas solo puede confundirles o equivocarles					
29	Los líderes políticos deberían ser más conscientes del lado humano de sus programas.					
30	He hecho bastantes tonterías a lo largo de mi vida.					
31	Me asusto con facilidad.					
32	No me gusta mucho charlar con la gente.					
33	Intento que todos mis pensamientos sean realistas y no dejar que vuele la imaginación.					
34	Creo que la mayoría de la gente tiene en general buena intención.					
35	No me tomo muy en serio mis deberes cívicos, como ir a votar.					

<p>TD si la frase es completamente falsa en su caso, si está en total desacuerdo con ella.</p> <p>D si la frase es frecuentemente falsa, si está en desacuerdo con ella.</p> <p>N si la frase es tan cierta como falsa.</p> <p>A si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está de acuerdo con ella.</p> <p>TA si la frase es completamente cierta, si está totalmente de acuerdo con ella.</p>						
		TD	D	N	A	TA
36	Soy una persona apacible.					
37	Me gusta tener mucha gente alrededor.					
38	A veces me quedo totalmente absorto en la música que escucho					
39	Si es necesario, estoy dispuesto a manipular a la gente para conseguir lo que quiero.					
40	Tengo mis cosas bien cuidadas y limpias.,					
41	A veces me parece que no valgo absolutamente nada.					
42	A veces no soy capaz de defender mis opiniones todo lo que debiera.					
43	Rara vez experimento emociones fuertes.					
44	Trato de ser cortés con todo el que conozco.					
45	A veces no soy tan formal ni fiable como debiera.					
46	Rara vez me siento cohibido cuando estoy con gente.					
47	Cuando hago cosas, las hago con energía.					
48	Creo que es interesante aprender y desarrollar nuevas aficiones.					
49	Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario.					
50	Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo con alcanzarlos de forma ordenada.					
51	Me cuesta resistirme a mis deseos.					
52	No me gustaría pasar las vacaciones en los centros de juego de Las Vegas.					
53	Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.					
54	Prefiero no hablar de mis éxitos o de mí mismo.					
55	Pierdo mucho tiempo hasta que me pongo a trabajar.					
56	Creo que soy capaz de enfrentarme a la mayoría de mis problemas.					

TD si la frase es completamente falsa en su caso, si está en total desacuerdo con ella.						
D si la frase es frecuentemente falsa, si está en desacuerdo con ella.						
N si la frase es tan cierta como falsa.						
A si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está de acuerdo con ella.						
TA si la frase es completamente cierta, si está totalmente de acuerdo con ella.						
#		TD	D	N	A	TA
57	A veces he experimentado una intensa alegría o arrebato.					
58	Considero que las leyes y normas sociales deberían cambiar para reflejar las necesidades de un mundo cambiante.					
59	Soy duro y poco sentimental en mis actitudes.					
60	Pienso muy bien las cosas antes de tomar una decisión.					
61	Rara vez me siento con miedo o ansioso.					
62	Se me conoce como una persona cálida y cordial.					
63	Tengo mucha fantasía.					
64	Creo que la mayoría de la gente se aprovecharía de uno si se la dejara.					
65	Me mantengo informado y por lo tanto general tomo decisiones inteligentes.					
66	Me consideran colérico y de genio vivo.					
67	En general prefiero hacer las cosas solo.					
68	Me aburre ver ballet clásico o danza moderna.					
69	Aunque quisiera, no podría engañar a nadie.					
70	No soy una persona muy metódica.					
71	Rara vez estoy triste o deprimido.					
72	A menudo ha sido un líder en los grupos en que he estado.					
73	Cómo siento sobre las cosas es algo importante para mí.					
74	Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.					
75	Pago mis deudas puntualmente y en su totalidad.					
76	En ocasiones he estado tan avergonzado que he querido esconderme.					
77	Probablemente mi trabajo sea lento pero constante.					

TD si la frase es completamente falsa en su caso, si está en total desacuerdo con ella.						
D si la frase es frecuentemente falsa, si está en desacuerdo con ella.						
N si la frase es tan cierta como falsa.						
A si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está de acuerdo con ella.						
TA si la frase es completamente cierta, si está totalmente de acuerdo con ella.						
		TD	D	N	A	TA
78	Cuando encuentro la manera de hacer algo, me aferro a ella.					
79	Me resulta difícil expresar rabia, aunque lleve razón.					
80	Cuando empiezo un programa para mejorar algo mío, lo habitual es que lo abandono a los pocos días.					
81	Me cuesta poco resistir a una tentación.					
82	A veces he hecho cosas por mera excitación, buscando emociones.					
83	Disfruto resolviendo problemas o rompecabezas.					
84	Soy mejor que la mayoría de la gente, y estoy seguro de ello.					
85	Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo					
86	Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar					
87	No soy un alegre optimista					
88	Considero que deberíamos contar con las autoridades religiosas para tomar decisiones sobre cuestiones morales.					
89	Hagamos lo que hagamos por los pobres y los ancianos, nunca será demasiado					
90	En ocasiones primero actúo y luego pienso.					
91	A menudo me siento tenso e inquieto					
92	Mucha gente cree que soy algo frío y distante					
93	No me gusta perder el tiempo soñando despierto					
94	Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.					
95	Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer.					
96	No se me considera una persona quisquillosa o de mal genio.					
97	Si estoy sólo mucho tiempo, siento mucha necesidad de la gente					

TD si la frase es completamente falsa en su caso, si está en total desacuerdo con ella.						
D si la frase es frecuentemente falsa, si está en desacuerdo con ella.						
N si la frase es tan cierta como falsa.						
A si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está de acuerdo con ella.						
TA si la frase es completamente cierta, si está totalmente de acuerdo con ella.						
#		TD	D	N	A	TA
98	Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza					
99	Ser absolutamente honrado no es bueno para hacer negocios					
100	Me gusta tener cada cosa en su sitio, de forma que sepa exactamente dónde está					
101	A veces he sentido una sensación profunda de culpa o pecado					
102	En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.					
103	Rara vez pongo mucha atención en mis sentimientos del momento.					
104	Por lo general trato de pensar en los demás y ser considerado.					
105	A veces hago trampas cuando me entretengo con juegos solitarios.					
106	No me avergüenzo mucho si la gente se ríe de mí y me toma el pelo.					
107	A menudo siento como si estuviera explotando de energía.					
108	Con frecuencia pruebo comidas nuevas de otros países.					
109	Si alguien no me cae simpático, se lo digo.					
110	Trabajo mucho para conseguir mis metas.					
111	Cuando como las comidas que más me gustan, tiendo a comer demasiado.					
112	Tiendo a evitarlas las películas demasiado violentas s o terroríficas.					
113	A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas o teóricas.					
114	Trato de ser humilde					
115	Me cuesta forzarme a hacer lo que tengo que hacer					
116	En situaciones de emergencia mantengo la cabeza fría.					

<p>TD si la frase es completamente falsa en su caso, si está en total desacuerdo con ella.</p> <p>D si la frase es frecuentemente falsa, si está en desacuerdo con ella.</p> <p>N si la frase es tan cierta como falsa.</p> <p>A si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está de acuerdo con ella.</p> <p>TA si la frase es completamente cierta, si está totalmente de acuerdo con ella.</p>		TD	D	N	A	TA
117	A veces reboso de felicidad					
118	En mi opinión, las distintas ideas sobre lo que está bien y lo que está mal que tienen otras sociedades pueden ser válidas para ellas.					
119	Los mendigos no me inspiran simpatía.					
120	Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias					
121	Rara vez me inquieta el futuro.					
122	Disfruto mucho hablando con la gente.					
123	Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.					
124	Cuando alguien es agradable conmigo, me entran sospechas					
125	Estoy orgulloso de mi sensatez					
126	Con frecuencia acabo sintiéndome a disgusto con las personas con las que tengo que tratar.					
127	Prefiero los trabajos que me permiten trabajar solo, sin que me molesten los demás.					
128	La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.					
129	Detestaría que alguien pensara de mí que soy un hipócrita.					
130	Parece que nunca soy capaz de organizarme.					
131	Cuando algo va mal, tiendo a culpabilizarme.					
132	Con frecuencia, los demás cuentan conmigo para tomar decisiones.					
133	Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.					
134	No se me conoce por mi generosidad.					
135	Cuando me comprometo a algo, siempre se puede contar conmigo para llevarlo a término.					

TD si la frase es completamente falsa en su caso, si está en total desacuerdo con ella.						
D si la frase es frecuentemente falsa, si está en desacuerdo con ella.						
N si la frase es tan cierta como falsa.						
A si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está de acuerdo con ella.						
TA si la frase es completamente cierta, si está totalmente de acuerdo con ella.						
#		TD	D	N	TA	A
136	A menudo me siento inferior a los demás.					
137	No soy tan vivo sin tan animado como otras personas.					
138	Prefiero pasar el tiempo en ambientes conocidos.					
139	Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.					
140	No me siento impulsado a conseguir el éxito.					
141	Rara vez cedo a mis impulsos momentáneos.					
142	Me gusta estar donde está la acción.					
143	Me gusta hacer rompecabezas de los que te cuesta bastante resolverlos.					
144	Tengo una opinión muy alta de mi mismo.					
145	Cuando empiezo un proyecto, casi siempre lo termino.					
146	Con frecuencia me resulta difícil decidirme.					
147	No me considero especialmente alegre.					
148	Considero que la fidelidad a los propios ideales y principios es más importante que tener una mentalidad abierta.					
149	Las necesidades humanas deberían estar siempre por delante de consideraciones económicas.					
150	A menudo hago cosas siguiendo el impulso del momento.					
151	Me preocupo con frecuencia por cosas que podrían salir mal.					
152	Me resulta fácil sonreír y ser abierto con desconocidos.					
153	Si noto que mi mente comienza a divagar y soñar, generalmente me ocupo en algo y empiezo a concentrarme en una tarea o actividad alternativa.					
154	Mi primera reacción es confiar en la gente.					
155	No parece que haya tenido éxito completo en algo.					
156	Es difícil que yo pierda los estribos.					

TD si la frase es completamente falsa en su caso, si está en total desacuerdo con ella.						
D si la frase es frecuentemente falsa, si está en desacuerdo con ella.						
N si la frase es tan cierta como falsa.						
A si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está de acuerdo con ella.						
TA si la frase es completamente cierta, si está totalmente de acuerdo con ella.						
#		TD	D	N	TA	A
157	Preferiría pasar las vacaciones en una playa muy frecuentada que en una cabaña aislada en el bosque.					
158	Ciertos tipos de música me producen una fascinación sin límites.					
159	A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.					
160	Tiendo a ser algo quisquilloso en el orden.					
161	Tengo una baja opinión de mí mismo.					
162	Preferiría ir a mi aire a ser el líder de otros.					
163	Rara vez me doy cuenta del humor o de las emociones que existen en cada ambiente.					
164	A la mayoría de personas que conozco les caigo simpático.					
165	Me atengo de forma estricta a mis principios éticos.					
166	Me siento a gusto en presencia de mis jefes u otras figuras de autoridad.					
167	Habitualmente me parece tener prisa.					
168	A veces hago cambios en la casa sólo para probar algo diferente.					
169	Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.					
170	Me esfuerzo por conseguir aquello para lo que estoy capacitado.					
171	A veces como tanto que me pongo malo.					
172	Adoro la excitación de las montañas rusas en los parques de atracciones.					
173	Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.					
174	Pienso que no soy mejor que los demás, independientemente de cuál sea su condición.					

<p>TD si la frase es completamente falsa en su caso, si está en total desacuerdo con ella.</p> <p>D si la frase es frecuentemente falsa, si está en desacuerdo con ella.</p> <p>N si la frase es tan cierta como falsa.</p> <p>A si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está de acuerdo con ella.</p> <p>TA si la frase es completamente cierta, si está totalmente de acuerdo con ella.</p>						
#		TD	D	N	TA	A
175	Cuando un proyecto se pone demasiado difícil, me siento inclinado a empezar uno nuevo.					
176	Puedo comportarme bastante bien en una crisis.					
177	Soy una persona alegre y animosa.					
178	Me considero de mentalidad abierta y tolerante con los estilos de vida de los demás.					
179	Creo que todos los seres humanos merecen respeto.					
180	Casi nunca tomo decisiones precipitadas.					
181	Tengo menos miedos que la mayoría de la gente,					
182	Tengo unos fuertes lazos emocionales con mis amigos.					
183	De niño rara vez me divertía jugando a ser otra persona (policía, padre, profesor, etc.)					
184	Tiendo a pensar lo mejor de la gente.					
185	Soy una persona muy competente.					
186	A veces me he sentido amargado y resentido.					
187	Las reuniones sociales normalmente me resultan aburridas.					
188	A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación.					
189	A veces intimidado o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.					
190	No soy compulsivo sobre la limpieza.					
191	A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.					
192	En las conversaciones tiendo a ser el que más habla.					
193	Me parece fácil simpatizar, sentir yo lo que sienten los demás.					
194	Me considero una persona caritativa.					

TD si la frase es completamente falsa en su caso, si está en total desacuerdo con ella.						
D si la frase es frecuentemente falsa, si está en desacuerdo con ella.						
N si la frase es tan cierta como falsa.						
A si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está de acuerdo con ella.						
TA si la frase es completamente cierta, si está totalmente de acuerdo con ella.						
#		TD	D	N	A	TA
195	Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.					
196	Si he dicho o hecho algo mal a una persona, me cuesta mucho poder enfrentarme a ella de nuevo.					
197	Mi vida lleva un ritmo rápido.					
198	En vacaciones prefiero volver a un sitio conocido y fiable.					
199	Soy cabezota y testarudo.					
200	Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.					
201	A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.					
202	Me atraen los colores llamativos y los estilos ostentosos.					
203	Tengo mucha curiosidad por los temas intelectuales.					
204	Preferiría elogiar a otros que ser elogiado.					
205	Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna.					
206	Cuando parece que todo va mal, todavía puedo tomar buenas decisiones.					
207	Rara vez uso palabras como fantástico o sensacional para describir mis experiencias.					
208	Creo que si una persona no tiene claras sus creencias a los 25 años, algo no le va bien.					
209	Me inspiran simpatía los que son menos afortunados que yo.					
210	Cuando voy de viaje, lo planifico cuidadosamente con antelación.					
211	A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.					
212	Me tomo un interés personal por la gente con la que trabajo.					
213	Tendría dificultad para dejar que mi pensamiento vagara sin control o dirección.					

TD si la frase es completamente falsa en su caso, si está en total desacuerdo con ella.						
D si la frase es frecuentemente falsa, si está en desacuerdo con ella.						
N si la frase es tan cierta como falsa.						
A si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está de acuerdo con ella.						
TA si la frase es completamente cierta, si está totalmente de acuerdo con ella.						
#		TD	D	N	A	T
214	Tengo mucha fe en la naturaleza humana.					
215	Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.					
216	Hasta las mínimas molestias me pueden resultar frustrantes.					
217	Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.					
218	Disfruto leyendo poesías que se centran más en sentimientos e imágenes que en acontecimientos.					
219	Estoy orgulloso de mi astucia para tratar con la gente.					
220	Gasto un montón de tiempo buscando cosas que he perdido.					
221	Con demasiada frecuencia cuando las cosas van mal me siento desanimado y a punto de tirar la toalla.					
222	No me parece fácil asumir el control de una situación.					
223	Cosas raras o singulares (como ciertos olores o los nombres de lugares lejanos pueden evocarme fuertes estados de ánimo.					
224	Me aparto de mi camino por ayudar a los demás, si puedo.					
225	Tendría que estar realmente enfermo para perder un día de trabajo.					
226	Cuando alguien que conozco hace tonterías, siento vergüenza ajena.					
227	Soy una persona muy activa.					
228	Cuando voy a alguna parte sigo siempre el mismo camino.					
229	Con frecuencia me enzarzo en discusiones con mi familia y mis compañeros.					
230	Soy un poco adicto al trabajo.					
231	Siempre soy capaz de mantener mis sentimientos bajo control.					
232	Me gusta ser parte del público en los acontecimientos deportivos.					

TD si la frase es completamente falsa en su caso, si está en total desacuerdo con ella.						
D si la frase es frecuentemente falsa, si está en desacuerdo con ella.						
N si la frase es tan cierta como falsa.						
A si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está de acuerdo con ella.						
TA si la frase es completamente cierta, si está totalmente de acuerdo con ella.						
#		TD	D	N	A	TA
233	Tengo una gran variedad de intereses intelectuales.					
234	Soy una persona superior.					
235	Tengo mucha auto-disciplina.					
236	Soy bastante estable emocionalmente.					
237	Me río con facilidad.					
238	Considero que la nueva moralidad sobre lo que está permitido no es de ninguna manera una moralidad.					
239	Antes preferiría ser conocido como una persona misericordiosa que como una persona recta.					
240	Antes de contestar una pregunta, me lo pienso dos veces.					

1. He tratado de contestar todas las preguntas con sinceridad y precisión					
2. ¿Ha respondido a todas las preguntas?					

Apéndice D. ST-DEP

PARTE A

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí mismo. Por favor, lea cada una de ellas y rodee con un círculo en la columna de respuestas el número de “1” (Casi Nunca) a “4” (Casi Siempre) que más se aproxime a cómo se siente **GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en una sola frase y trate de dar la respuesta que mejor describa **cómo se siente en la mayoría de las ocasiones**.

ITEM	Casi Nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Disfruto de la vida	1	2	3	4
2. Me siento desgraciado/a	1	2	3	4
3. Me siento pleno/a	1	2	3	4
4. Me siento dichoso/a	1	2	3	4
5. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
6. Estoy decaído/a	1	2	3	4
7. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
8. Estoy hundido/a	1	2	3	4
9. Estoy triste	1	2	3	4
10. Me siento enérgico/a	1	2	3	4

TOTAL A: _____

SI HA TERMINADO CON ESTA PRUEBA, PASE LA HOJA Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE.

PARTE B

INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí mismo. Por favor, lea cada una de ellas y rodee con un círculo el número de 1 (Nada) a 4 (Mucho) que más se aproxime a cómo se siente **EN ESTE MOMENTO**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en una sola frase y trate de dar la respuesta que mejor describa **sus sentimientos actuales**.

ITEM	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenado/a	1	2	3	4
3. Estoy decaído/a	1	2	3	4
4. Estoy animado/a	1	2	3	4
5. Me siento desdichado/a	1	2	3	4
6. Estoy hundido/a	1	2	3	4
7. Estoy contento/a	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmado/a	1	2	3	4
10. Me siento enérgico/a	1	2	3	4

TOTAL B: _____

TOTAL ST-DEP: _____

SI HA TERMINADO CON ESTA PRUEBA, PASE LA HOJA Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE.

Apéndice E. STAI

Parte A

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará algunas de las expresiones que la gente usa para describirse así mismo. Lea cada frase y señale con una X (equis) la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE UD. EN GENERAL**, es decir, **en la mayoría de las ocasiones**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente Ud. generalmente, tenga en cuenta que:

0 = CASI NUNCA; 1 = A VECES; 2 = A MENUDO; 3 = SIEMPRE.

1	Me siento bien	0	1	2	3*
2	Me canso rápidamente	0	1	2	3
3	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4	Me gustaría ser tan feliz como los otros	0	1	2	3
5	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6	Me siento descansado	0	1	2	3*
7	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3*
8	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10	Soy feliz	0	1	2	3*
11	Tomo las cosas muy a pecho	0	1	2	3
12	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13	Me siento seguro	0	1	2	3*
14	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	0	1	2	3
15	Me siento melancólico	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3*
17	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19	Soy una persona estable	0	1	2	3*
20	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

SI HA TERMINADO CON ESTA PRUEBA, PASE LA HOJA Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE.

Parte B

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará algunas de las expresiones que la gente usa para describirse así mismo. Lea cada frase y señale con una X (equis) la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE UD. AHORA MISMO**, es decir, **en éste momento**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente, tenga en cuenta que:

0 = NADA; 1 = ALGO; 2 = BASTANTE; 3 = MUCHO.

1	Me siento calmado	0	1	2	3*
2	Me siento seguro	0	1	2	3*
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3*
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3*
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3*
11	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3*
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy intranquilo	0	1	2	3
14	Me siento muy “atado” (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3*
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3*
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3*
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3*

SI HA TERMINADO CON ESTA PRUEBA, PASE LA HOJA Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE.

Apéndice F. STAXI-2

Parte A

INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique **CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO**, utilizando la siguiente escala de valoración: A: No, en absoluto, B: Algo, C: Moderadamente, D: Mucho

CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO

ITEM	No, en absoluto	Algo	Moderadamente	Mucho
1. Estoy furioso	A	B	C	D
2. Me siento irritado	A	B	C	D
3. Me siento enojado	A	B	C	D
4. Le pegaría a alguien	A	B	C	D
5. Estoy agotado	A	B	C	D
6. Me gustaría decir vulgaridades	A	B	C	D
7. Estoy disgustado	A	B	C	D
8. Daría puñetazos a la pared	A	B	C	D
9. Me dan ganas de maldecir a gritos	A	B	C	D
10. Me dan ganas de gritarle a alguien	A	B	C	D
11. Quiero romper algo	A	B	C	D
12. Me dan ganas de gritar	A	B	C	D
13. Le tiraría algo a alguien	A	B	C	D
14. Tengo ganas de abofetear a alguien	A	B	C	D
15. Me gustaría regañar a alguien	A	B	C	D

SI HA TERMINADO CON ESTA PRUEBA, PASE LA HOJA Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE.

Parte B

INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique **CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE**, utilizando la siguiente escala de valoración:
A: Casi Nunca B: Algunas veces, C: A menudo, D: Casi siempre

CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE

ITEM	Casi Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
16. Me enojo rápidamente	A	B	C	D
17. Tengo un carácter irritable	A	B	C	D
18. Soy una persona que se exalta fácilmente	A	B	C	D
19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	A	B	C	D
20. Tiendo a perder el control	A	B	C	D
21. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	A	B	C	D
22. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	A	B	C	D
23. Me enfurezco con facilidad	A	B	C	D
24. Me enojo si no me salen las cosas como tenía previsto	A	B	C	D
25. Me enojo cuando se me trata injustamente	A	B	C	D

SI HA TERMINADO CON ESTA PRUEBA, PASE LA HOJA Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE.

Parte C

INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique **CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADO O FURIOSO**, utilizando la siguiente escala:

A: Casi Nunca B: Algunas veces C: A menudo D: Casi siempre

CUANDO ME ENOJO O ME ENFUREZCO

ITEM	Casi Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
26. Controlo mi carácter	A	B	C	D
27. Expreso mi ira	A	B	C	D
28. Me guardo para mí lo que siento	A	B	C	D
29. Hago comentarios irónicos	A	B	C	D
30. Mantengo la calma	A	B	C	D
31. Hago cosas como tirar las puertas	A	B	C	D
32. Aunque sienta rabia no lo demuestro	A	B	C	D
33. Controlo mi comportamiento	A	B	C	D
34. Discuto con los demás	A	B	C	D
35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	A	B	C	D
36. Puedo controlarme y no salirme de casillas	A	B	C	D
37. Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	A	B	C	D
38. Digo brutalidades	A	B	C	D
39. Me irrito más de lo que la gente se cree	A	B	C	D
40. Pierdo la paciencia	A	B	C	D
41. Controlo mis sentimientos de enfado	A	B	C	D
42. Rehuyo enfrentarme con aquello que me enfada	A	B	C	D
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de Ira	A	B	C	D
44. Respiro profundamente y me relajo	A	B	C	D
45. Hago cosas como contar hasta diez	A	B	C	D

46. Trato de relajarme	A	B	C	D
47. Hago algo tranquilo para calmarme	A	B	C	D
48. Intento distraerme para que se me pase el enfado	A	B	C	D
49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme	A	B	C	D

Apéndice G.Escala de Alexitimia (UBA)

INSTRUCCIONES:

Lea con atención las siguientes 26 frases. Marque su respuesta con una X, en una de las tres columnas, teniendo en cuenta lo que usted piensa o siente sobre cada una de ellas. Trate de ser lo mas sincero/a posible.

		Generalmente SI	A veces	Nunca NO
1	Cuando lloro, sé por qué lo hago.			
2	Ponerse a fantasear es perder el tiempo.			
3	Quisiera ser menos tímido/a.			
4	Me confundo y no sé bien qué estoy sintiendo.			
5	Fantaseo sobre el futuro.			
6	Me resulta tan fácil como a las demás personas tener amigos.			
7	Poder resolver un problema es más importante que preguntarse por qué se resolvió de esa manera.			
8	Me es difícil encontrar palabras para expresar lo que siento.			
9	Me gusta que los demás se den cuenta si estoy preocupado/a por algo.			
10	Tengo sensaciones en mi cuerpo que ni siquiera los médicos logran entender.			
11	No me alcanza con saber que una tarea está hecha, necesito saber cómo y porqué se hizo.			
12	Puedo contar lo que siento sin problemas.			
13	Prefiero más analizar mis problemas que simplemente contarlos.			
14	Cuando me siento mal, no sé si estoy triste, asustada, enojada.			
15	Uso mi imaginación.			
16	Sueño despierta cuando no tengo nada que hacer.			

17	Me sorprendo por ciertas sensaciones que tengo en mi cuerpo.			
18	Me pongo a fantasear.			
19	Prefiero aceptar las cosas tal como pasan que tratar de entender por qué suceden de esa forma.			
20	Tengo sensaciones que no puedo explicar con palabras.			
21	Es importante tener emociones, poder sentir cosas.			
22	Me resulta difícil decir lo que siento acerca de la gente.			
23	La gente me pide que cuente mejor mis sentimientos.			
24	Uno debería buscar explicaciones más profundas de las cosas			
25	No sé qué está pasando dentro de mí			
26	Cuando me enojo, no sé por qué estoy enojado.			

**SI HA TERMINADO CON ESTA PRUEBA, YA HA FINALIZADO, LE AGRADECEMOS SU
ESFUERZO Y COLABORACION**