



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**ALEXITIMIA EN MUJERES CON FIBROMIALGIA:
ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

AIDÉ VÁZQUEZ GUTIÉRREZ

DIRECTORA: MTRA. NANCY ELIZABETH RANGEL DOMÍNGUEZ

REVISOR: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

SINODALES:

MTRA. QUETZAL NATALIA GALÁN LÓPEZ

DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA

DRA. MARÍA CRISTINA PÉREZ AGÜERO



Ciudad Universitaria, Cd. Mx, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a **mi familia**, principalmente a **mi madre**, por ser un apoyo incondicional a lo largo de todo mi proceso escolar, ser mi ejemplo y motor para seguir adelante, por demostrarme que la perseverancia te lleva a cumplir tus metas, gracias por todo lo que me has dado todo este tiempo; por siempre estar cuando más te necesito y escucharme cuando quiero expresarte algo, te quiero infinitamente.

A **mis amigos** que siempre han estado conmigo y a pesar de la distancia o que cada uno estudiemos diferentes profesiones siempre cuento con ustedes **Karen, Jorge, Sarehet**, porque siempre que nos vemos es como sino transcurriera el tiempo. A **Lili** por siempre escucharme, apoyarme para seguir adelante con este proyecto y ser una gran amiga.

A **Selene** por ser mi amiga, compañera y colega, desde CCH y que a pesar del tiempo o la distancia siempre estaremos apoyándonos, gracias por estar para mí en todo momento y estar al tanto de este proceso.

A **mis amigos y amigos** de la **Facultad de Psicología** por acompañarme en el proceso escuchándome y dejándome escucharlos para orientarnos, en este camino que estamos juntos y lo seguiremos logrando.

A **Alexis** porque llegaste a mi vida de manera inesperada y en todo momento me has apoyado; en la búsqueda del grupo control y haciendo agradables los trámites administrativos, gracias por toda tu paciencia y cariño... I love you 3000.

A mí directora **Nancy Rangel Domínguez**, por darme todo tu apoyo y confianza para poder realizar esta tesis, gracias por darme tantos consejos, teniendo tu apoyo en todo este proceso y siempre responder todas mis dudas, porque siempre me enseñas tantas cosas, de manera profesional y personal, dejando una huella de la gran psicóloga y persona que eres.

A mí revisor **Dr. Juan José Sánchez Sosa** por sus retroalimentaciones, paciencia y consejos en el seminario, para la realización de este trabajo.

A mis sinodales la **Dra. Angélica Juárez Loya** por su apoyo, disposición y retroalimentación para realizar este trabajo; a la **Mtra. Natalia Quetzal Galán López** por su orientación y compartir sus conocimientos en Fibromialgia; a la **Dra. María Cristina Pérez Agüero** por su paciencia y aportaciones para la elaboración de este trabajo.

A todo el equipo multidisciplinario de la **Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos** por darme la confianza y apoyo para que esté proyecto fuera posible, principalmente a las pacientes con Fibromialgia y dolor crónico que me brindaron su ayuda; y a las mujeres voluntarias que contestaron la escala vía internet, sin ustedes esto no hubiera sido posible. También quiero agradecer a quienes me apoyaron aplicando, compartiendo en Facebook y me dieron su retroalimentación para mejorar, gracias a **José, Karla Vanessa, Andy, Marianne, Fabi, Dany Alvarado, Euge, Dany García e Isa**; haciendo muy divertidos los días en la clínica.

Al **Dr. David Alberto Rodríguez Medina** por su conocimiento, paciencia y orientación en la calificación del TAS-10.

A mí casa de estudios la **Universidad Nacional Autónoma de México** que me ha brindado la oportunidad de crecer personalmente y profesionalmente, por brindarme a profesores que me hicieron crecer de manera profesional y me brindaron las herramientas para llegar hasta donde estoy ahora; además de dejarme conocer personas que se volvieron parte de mi formación personal y profesional.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
CAPÍTULO 1. SÍNDROME DE FIBROMIALGIA (SFM).....	8
1.1 ANTECEDENTES Y EPIDEMIOLOGÍA.....	8
1.2 FIBROMIALGIA	10
1.3 FACTORES DE RIESGO PARA EL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA	11
1.3.1 Factores genéticos y epigenéticos	11
1.3.2 Sensibilización central.....	12
1.3.3 Mecanismo de dolor periférico	13
1.4 EL DOLOR	14
1.4.1 Clasificación del dolor	14
1.4.2 Impacto del SFM sobre la salud y calidad de vida.....	15
1.5 ALTERACIONES DEL SUEÑO Y FATIGA	17
1.6 ALTERACIONES COGNITIVAS	20
1.6.1 Atención.....	21
1.6.2 Memoria.....	21
1.6.3 Funciones ejecutivas.....	22
1.6.4 Velocidad del procesamiento de la información	23
1.7 DIAGNÓSTICO.....	23
1.7.1 Diagnóstico diferencial	26
1.8 TRATAMIENTO	28
1.8.1 Tratamiento farmacológico.....	28
1.8.2 Tratamiento no farmacológico	30
1.8.3 Tratamiento complementario	31
2. EMOCIONES.....	32
2.1 DEFINICIÓN	32
2.2 EMOCIONES BÁSICAS	33
2.3 EMOCIONES COMPLEJAS	33
2.4 EMOCIONES Y SENTIMIENTOS.....	36
2.5 FUNCIONES DE LAS EMOCIONES	36
2.5.1 Funciones Adaptativas	36
2.5.2 Funciones sociales	37
2.6 EL PROCESO DE LA EMOCIÓN.....	38
2.7 LA IMPORTANCIA DE LAS EMOCIONES	39
2.8 CORRELATOS FISIOLÓGICOS	40
2.8.1 Teorías filosóficas.....	40
2.8.2 Teorías psicofisiológicas	41

2.8.3 Teorías conductistas y cognitivas.....	45
2.9 EL PAPEL EN LA INTERACCIÓN SOCIAL.....	45
2.10 DOLOR CRÓNICO Y EMOCIONES.....	46
CAPÍTULO 3. ALEXITIMIA Y FIBROMIALGIA	48
3.1 DEFINICIÓN DE ALEXITIMIA.....	48
3.2 SÍNTOMAS DE LA ALEXITIMIA.....	49
3.3 BASES NEURONALES DE LA ALEXITIMIA	49
3.4 ALEXITIMIA PRIMARIA Y ALEXITIMIA SECUNDARIA	49
3.5 ANTECEDENTES DE DOLOR CRÓNICO Y ALEXITIMIA.....	51
3.6 ANTECEDENTES DE FIBROMIALGIA (SFM) Y ALEXITIMIA	51
3.7 ANTECEDENTES DE FIBROMIALGIA (SFM), DOLOR CRÓNICO Y ALEXITIMIA.....	52
3.8 JUSTIFICACIÓN	55
3.9 OBJETIVO GENERAL.....	56
3.9.1 Objetivos específicos.....	56
MÉTODO	57
4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	57
4.2 HIPÓTESIS	57
4.3 TIPO DE ESTUDIO, DISEÑO Y MUESTRA.....	57
4.4 VARIABLE. ALEXITIMIA.....	57
4.4.1 Definición conceptual.....	57
4.4.2 Definición operacional.....	58
4.5 INSTRUMENTO.....	58
4.6 PARTICIPANTES.....	60
4.6 PROCEDIMIENTO.....	64
4.7 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS EN LA INVESTIGACIÓN.....	66
RESULTADOS	68
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	72
6.1 DISCUSIÓN.....	72
6.2 CONCLUSIONES.....	74
6.3 LIMITACIONES	75
6.4 APORTACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....	75
REFERENCIAS.....	77
ANEXOS.....	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación de subgrupos de Giesecke.....	11
Tabla 2 Dolor crónico variantes.....	15
Tabla 3 Escala de Gravedad de Síntomas (SS-Score)	26
Tabla 4 Entidades comórbidas en el diagnóstico de Síndrome de Fibromialgia	27
Tabla 5 Emociones básicas y funciones principal	35
Tabla 6 Funciones de las emociones de Plutchik.....	37
Tabla 7 Nivel de Alexitimia para cada factor según el percentil obtenido.....	59
Tabla 8 Nivel de Alexitimia total según el percentil obtenido	60
Tabla 9 Frecuencias de diagnósticos obtenidos en pacientes mujeres del grupo de dolor crónico.....	61
Tabla 10 Datos sociodemográficos en pacientes con diagnóstico de Fibromialgia.....	62
Tabla 11 Datos sociodemográficos en pacientes con diagnóstico de dolor crónico no explicado por la Fibromialgia	63
Tabla 12 Datos sociodemográficos en pacientes sin ningún tipo de dolor	64
Tabla 13 Consideraciones éticas: riesgos y beneficios de los participantes	67
Tabla 14 Valores de las comparaciones entre las diferentes variables	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución global de la prevalencia de FM	9
Figura 2. Ritmos circadianos y sintomatología en paciente con FM.....	19
Figura 3. Círculo vicioso de la fatiga y evaluación de la actividad	20
Figura 4. Áreas donde pacientes con FM padecen dolor	25
Figura 5. El proceso emocional	39
Figura 6. El cerebro triuno y su evolución a lo largo del tiempo.....	42
Figura 7. Adaptación de la metáfora del árbol de Damásio.....	44
Figura 8. Frecuencia del nivel de alexitimia total en el grupo de Fibromialgia, dolor crónico no explicado por FM y grupo sin ningún tipo de dolor.	69
Figura 9. Frecuencia del nivel de alexitimia en la dificultad para identificar emociones, grupo de Fibromialgia, dolor crónico no explicado por FM y grupo sin ningún tipo de dolor.	70
Figura 10. Frecuencia del nivel de alexitimia en la dificultad para describir emociones, grupo de Fibromialgia, dolor crónico no explicado por FM y grupo sin ningún tipo de dolor.	71

Resumen

Se realizó un estudio de casos en pacientes con diagnóstico de Fibromialgia y dos grupos de comparación, con el objetivo de describir y comparar los niveles de alexitimia. La alexitimia se caracteriza por una dificultad para identificar y describir emociones. Se evaluaron a 87 pacientes (mujeres), distribuidas en tres grupos: el primero conformado por 30 pacientes con diagnóstico de Síndrome de Fibromialgia (SFM), el segundo conformado por 30 pacientes con dolor crónico diferente al SFM, y el tercer grupo conformado por 27 mujeres sin diagnóstico de Fibromialgia o dolor crónico, los grupos fueron equivalentes en edad, escolaridad y estado civil. Para evaluar el nivel de alexitimia se utilizó la Escala de Alexitimia de Toronto.

Las mujeres con dolor crónico diferente al SFM presentaron un mayor nivel de alexitimia, y se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de alexitimia general comparado con mujeres sin dolor crónico y con FM.

Es importante tener en consideración la presencia de niveles altos de alexitimia en pacientes con Fibromialgia o dolor crónico no explicado por Fibromialgia, debido a que la intervención tendrá que ser personalizada, tomando en cuenta que no todos los pacientes que asisten a la clínica cuentan con los mismos niveles y además que el tratamiento psicológico de la alexitimia, no es un campo muy estudiado.

Palabras clave: Alexitimia, Fibromialgia, dolor crónico

Abstract

It was realized a study of cases with patients with fibromyalgia diagnosis and two groups to comparison, with the objective of identify, describe and compare the alexithymia levels on each of the three groups. Alexithymia is characterized by the difficult to identity and describe emotions. There were 87 (finales) patients, distributed on three of the following ways: the first group was conformed by 30 Fibromyalgia patients, the second group was conformed by 30 patients who have a chronic pain diagnosis and the third group was conformed by 27 patients without any Fibromyalgia or chronic diagnosis, all the three groups was equal in age, scholarship and civil status. In order to evaluate the alexithymia levels on the three groups, it was used the Toronto Alexithymia Scale.

The results demonstrate that female patients with chronic pain, different from fibromyalgia, presents a higher level of alexithymia being statistically significantly in the alexithymia levels between women without chronic pain.

Concluding, it is important to consider the presence of high levels of alexithymia in fibromyalgia or chronic pain patients, because the treatment must be specifies, having in mind that not all the patients that assist to the clinic have the same levels, besides the psychological treatment to alexithymia is an asignature not enough developed.

Key words: Alexithymia, Fibromyalgia, chronic pain.

Capítulo 1. Síndrome de Fibromialgia (SFM)

1.1 Antecedentes y epidemiología

El término Fibromialgia (FM) fue descrito en 1815 por William Balfour, un cirujano de la Universidad de Edimburgo, como nódulos en el músculo reumático (abultamientos en el músculo) que eran notorias al palpar las zonas musculares en contracción. Posteriormente, la definición oficial se le atribuyó al neurólogo británico Sir William Gowers en 1903 quien pensó que podría tratarse de una inflamación del tejido fibroso y por lo tanto la llamó *fibrositis*, término que fue desapareciendo. En 1950 Freyberg introdujo el término de agotamiento emocional (Collado et al., 2016).

“De 1975 en adelante, autores como Smythe y Moldofsky pensaron que la mala calidad del sueño puede ser una de las alteraciones principales en la FM y el motivo” (Collado, 2016, p.12) desencadenante de los síntomas posteriormente el Colegio Americano de Reumatología (ACR, por sus siglas en inglés) especificó el primer conjunto de criterios diagnosticados para el SFM: dolor generalizado con una duración mayor a tres meses, alteración del sueño acompañada de fatiga y rigidez matutinas. En 1992 para la Declaración de Copenhague la FM fue reconocida como un padecimiento por la Organización Mundial de la Salud, y se clasificó con el código M79.7, además se incorporó como un “diagnóstico en la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud de la Organización Mundial de la Salud, dentro de la categoría Otros trastornos de partes blandas, no especificados en otra sección.” (Sinfuentes-Girado & Morell-Hita, 2017, p. 1587). En 1994 fue reconocido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor y clasificada con el código XX33.X8a. (Collado, 2016; Mungia, Legaz & Alegre, 2007).

En una revisión sobre la presencia del síndrome en la población general, se encontró en la literatura especializada diecinueve artículos refiriendo la prevalencia del Síndrome de Fibromialgia en cada continente, encontrando dos artículos en América del Norte, uno en América Central, dos en América del sur, ocho en Europa y cinco en Asia, se identificó el valor más bajo de prevalencia en general en Venezuela y el más alto en EUA; en México se encontró una prevalencia del 5% que se traduce a 6 millones de personas de los 120 millones, predomina en mujeres con una proporción 1:9, es decir por cada hombre nueve mujeres están afectadas (Guzmán-Shilahua et al., 2018), esto tomando en cuenta los criterios anteriores del Colegio Americano de Reumatología. Con los nuevos criterios de diagnóstico se encontró que la proporción es 2:1, por cada dos mujeres un hombre la padece (Clauw, 2014); la edad aproximada de presentación es entre los 25 y 50 años la prevalencia es similar a diferentes países, culturas y etnias (Collado et al., 2016; Sifuentes-Giraldo & Morell-Hita, 2017). En la Figura 1 basada en el estudio de Pasqual et al. (2016) se muestra la distribución global de la prevalencia conforme a su revisión.

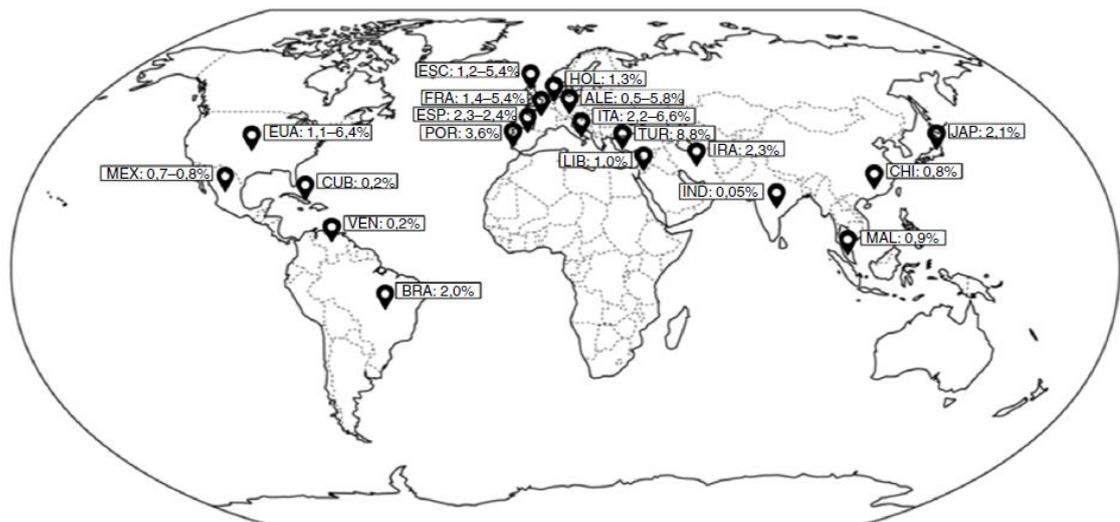


Figura 1. Distribución global de la prevalencia de FM

Fuente: Pasqual et al. (2016).

1.2 Fibromialgia

Es un síndrome caracterizado por un conjunto de síntomas interrelacionados, se caracteriza por dolor músculo esquelético difuso y crónico, asociado con frecuencia a una serie de comorbilidades donde se incluye la fatiga, alteraciones cognitivas, cambios en el ritmo del sueño, padecimientos psiquiátricos, síntomas somáticos múltiples como la hipersensibilidad cutánea, sensación de hinchazón, entumecimiento e intolerancia al frío. En algunos casos el dolor se localiza en estructuras particulares, aunque no siempre es así (por ejemplo en tendones y ligamentos) y masas musculares. Habitualmente no existe evidencia de inflamación tisular en las pruebas analíticas o de imagen ni en la exploración física, por lo cual estudios recientes sugieren que el SFM es un trastorno de la regulación del dolor a nivel cerebral clasificándose así dentro de los síndromes de sensibilización central (Clauw, 2014; Deare et al., 2013; Juuso et al., 2011; Schmidt-Wilcke et al., 2014; Sinfuentes-Giraldo & Morell-Hita, 2017).

No todas las pacientes con FM evolucionan de la misma manera, por lo cual se clasifica la FM en tres grupos de acuerdo con Giesecke et al. (2003): en el primer grupo se incluye a las personas con alteraciones psicológicas moderadas y bajos niveles de hiperalgesia y sensibilidad al dolor, el segundo grupo incluye personas con mayores niveles de depresión, ansiedad y dolor, a este grupo se le conoce como somatizador; finalmente, en el tercer grupo se considera a personas con hiperalgesia elevada. En un estudio reciente se documentó que de 165 participantes, 113 (68.5%) se encontraban en la categoría somatizadora, 34 (20.6%) se ubican en la categoría sin alteraciones y 18 (10.9%) se sitúan en la categoría hiperalgésica (Alegre, García & Tomás, 2010; Moyano, Kilstein & Alegre, 2015).

En la Tabla 1 se muestra la clasificación de los subgrupos de acuerdo con Giesecke.

Tabla 1

Clasificación de subgrupos de Giesecke

Grupo sin alteraciones	Valores moderados de depresión y ansiedad Valores moderados de catastrofismo y control de dolor Baja hiperalgesia/sensibilidad al dolor
Grupo somatizador	Valores elevados en depresión y ansiedad Valores más elevados de catastrofismo y más bajos de control percibido sobre el dolor Valores más altos de hiperalgesia
Grupo hiperalgesia	Niveles normales de depresión y ansiedad Muy bajos niveles de catastrofismo y el más elevado control percibido sobre el dolor Elevada hiperalgesia y sensibilidad al dolor

Fuente: Alegre, García, y Tomás (2010).

1.3 Factores de riesgo para el Síndrome de Fibromialgia

El origen del Síndrome de Fibromialgia (SFM) no está claro, aunque se han identificado una serie de factores que podrían desencadenar su desarrollo; estos incluyen experiencias traumáticas previas, síndromes del dolor regional, estrés postraumático, trastornos afectivos, antecedentes de abuso de sustancias, tipo de personalidad y el estilo de vida (Sin Fuentes-Giraldo & Morell-Hita, 2017; Walker, 2016).

1.3.1 Factores genéticos y epigenéticos

Los factores genéticos y epigenéticos pueden llegar a condicionar los sistemas de regulación del dolor en pacientes con SFM, el cual se puede verse alterado en la transmisión y procesamiento del dolor; ocurre inicialmente a los sistemas de neurotransmisores tradicionales como el de las catecolaminas (catecol-O-metiltransferasa, receptor β_2 adrenérgico) y serotonina (receptor de serotonina HTR2A, transportador de sodio

dependiente de serotonina SLC6A4) [Sinfuentes-Giraldo & Morell-Hita, 2017]. Estudios recientes identificaron nuevos marcadores potenciales que incluyen la α -antitripsina (receptor de dopamina D4), guanosina trifosfato ciclohidrolasa, TAAR1 (modulador de receptores dopaminérgicos), CNR1 (receptor de cannabinoides), RGS4 (señalización por proteína G), GRIA4 (subunidad 4 del receptor de glutamato sensible a AMPA) y los alelos del complejo de histocompatibilidad mayor; que tiene relación a una disminución de la actividad de las respuestas inhibitorias para la modulación y una dificultad para el control del dolor (Ablin & Buskila, 2015; Cabo-Meseguer, Cerdá-Olmedo & Trillo-Mata, 2017).

1.3.2 Sensibilización central

Las pacientes con SFM muestran manifestaciones típicas de la sensibilización central incluyendo:

Alodinia. Se caracteriza por ser una percepción de dolor u otras sensaciones molestas, como quemazón u hormigueo, a partir de estímulos que no deberían provocarlas; las personas con alodinia pueden sentir dolor o malestar al pasarse un cepillo por el pelo, al afeitarse la cara o las piernas, al tocar objetos moderadamente calientes e incluso al recibir caricias en la piel (Figueroba, 2017).

Hiperalgnesia. Consiste en un incremento mantenido en la sensibilidad al dolor, las personas que sufren esta alteración se caracterizan por tener su umbral sensorial reducido, de modo que estímulos que no resultarían muy dolorosos para la mayoría de personas resultan desagradables o insoportables para personas que presentan hiperalgnesia (Figueroba, 2017). Son sensibles a estímulos mecánicos, eléctricos y auditivos; aunque, no todos los pacientes expresan este malestar de manera similar.

Algunos estudios detallan la hipersensibilidad como presión en pacientes con SFM; se han encontrado dos patrones diferentes, el primero se caracteriza por presentar dolor solo en los puntos “gatillo”, descritos por ser más sensibles al tacto, pero no en otros puntos control, y el segundo fue definido por ser un patrón del dolor más generalizado (Sinfuentes-Giraldo & Morell-Hita, 2017).

1.3.3 Mecanismo de dolor periférico

Los pacientes con SFM frecuentemente presentan alteraciones focales en partes blandas, incluidos los puntos “gatillo” miofasciales o ligamentosos, que se destacan por ser una zona hiperirritable localizada en una banda tensa de un músculo esquelético que genera dolor con la compresión, distensión, sobrecarga o contracción del tejido, siendo muy doloroso sobre todo cuando hay presión y son considerados como cambios degenerativos a nivel periférico y vertebral (Dommerholt & Fernández De las Peñas, 2013).

Las personas con SFM presentan las siguientes características:

1. Alteraciones inespecíficas en la biopsia muscular como un aumento de la frecuencia de fibras moteadas, rojas y rasgadas que reflejan una alteración del número, forma y distribución de las mitocondrias, que pueden ser corroboradas por microscopía electrónica.

2. Cambios metabólicos musculares como concentraciones bajas de trifosfato de adenosina y fosfocreatina intracelulares y aumento del contenido de grasa de los músculos cuádriceps que son significativamente más frecuentes en pacientes con FM que en controles sanos.

3. Disminución en la densidad capilar muscular; mayor variabilidad del tamaño y distribución de fibras musculares en pacientes con FM respecto a los controles (Goldenberg, 2016; Sinfuentes-Giraldo & Morell-Hita, 2017).

1.4 El dolor

Es una de las manifestaciones principales en el SFM. Prácticamente todos los seres humanos han experimentado dolor en algún momento de la vida, por lo cual se trata de una sensación generalizada, pero a la vez subjetiva y particular (Martínez, 2006), definida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) como, *una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales* (Williams & Craig, 2016); también se caracteriza:

- Por el hecho de que no solo está la presencia de dolor, sino que inmediatamente tenemos el deseo de buscar su causa para eliminarlo.
- Generalmente asociamos el dolor como un daño en el cuerpo (dolor de muelas, fractura de un hueso o quemadura).
- La sensación dolorosa está acompañada de una reacción emocional negativa siendo expresada en forma de gesticulaciones que pueden llegar al llanto (Martínez, 2006).

1.4.1 Clasificación del dolor

Es importante diferenciar el *dolor agudo* caracterizado por una corta duración o menor a 6 meses, donde hay una lesión activando inmediatamente del sistema nociceptivo como señal de alarma protectora y que está asociado a un estado emocional ansioso; se caracteriza por ser útil para el individuo que lo sufre, siendo una señal de alarma que notifica al cuerpo que ha sido herido, demandando una respuesta inmediata; así, el dolor de muela nos obliga a acudir con un dentista, una fractura a fijar la parte afectada y una quemadura a alejar nuestra mano del fuego. El *dolor crónico* determinado por una larga duración o mayor a 6

meses, caracterizado por una lesión tisular crónica, es aquel dolor que persiste más allá de la lesión que lo originó y que permanece una vez que dicha lesión desaparece; es un síntoma de una enfermedad persistente cuya evolución, continua o en brotes, y se asocia a un estado emocional depresivo, deja de ser útil llegando a convertirse en una enfermedad (López et al., 2007); se divide en dos grandes variantes como se muestran a continuación en la Tabla 2.

Tabla 2

Dolor crónico variantes

	Dolor Nociceptivo	Dolor Neuropático
<i>Definición</i>	Es un dolor asociado a una lesión somática o visceral.	Es un dolor consecuencia directa de una lesión o enfermedad del sistema somato-sensorial, puede tener un origen a nivel central, periférico o medular, los pacientes lo describen como alodinia, hiperalgesia, parestesias o disestesias (sensación de quemadura) en las regiones afectadas;
<i>Tipos</i>	<p>Somático: existe alteración en los receptores de la piel, músculos o articulaciones, un dolor bien localizado.</p> <p>Visceral: son lesiones profundas que afectan órganos internos, como intestinos, páncreas, pulmón, estómago, entre otras.</p>	el dolor puede ser continuo o intermitente.

Nota: Elaboración propia. Fuente: López et al. (2007); Martínez, D. (2006).

1.4.2 Impacto del SFM sobre la salud y calidad de vida

Las personas con SFM presentan antecedentes de dolor intermitente en zonas cervicales o lumbares durante años de manera gradual, se puede presentar de forma extensa o en un área determinada, como el cuello, parte superior de los hombros, o la columna lumbar extendiéndose hasta las extremidades (Collado et al., 2016). También se señala un desequilibrio en el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) el cual es denominado como

disautonomía (desequilibrio simpático-vagal), relacionado con la sintomatología física y psicológica de este problema, al influir en las respuestas de estrés y en los procesos de adaptación (Lledó et al., 2016).

Una persona que padece FM lo describe como que “*duele todo el cuerpo*”, como “*si tuvieran moretones en todo el cuerpo*” en algunas ocasiones como quemante, ardiente o como si lo estuvieran pinchando, este dolor a veces es acompañado de un hormigueo, adormecimiento; la intensidad del dolor no es constante, sino que sigue un ritmo, comenzando intensamente, posteriormente controlada a lo largo del día y finalmente vuelve a empeorar entre la tarde-noche; refieren su dolor como continuo, impreciso, profundo, percibido también durante la noche; también lo describen en términos de los esfuerzos físicos extras, el ejercicio mal realizado o posturas que pueden incrementar el dolor, también incluyen que el reposo debido a la fatiga o la rigidez muscular no alivian el dolor, sino que llegan a empeorarlo teniendo dificultades para reanudar las actividades (Collado et al., 2016).

El dolor de la FM no se encuentra en la dicotomía clásica de dolor neuropático o dolor nociceptivo, la localización no es articular y tampoco es propiamente muscular (de ahí que sea inapropiado el nombre de FM) ni radicular; no hay mecanismos que alivien ni que empeoren: no hay un precipitante claro ni un ritmo (Alegre, López, Campos & Brat, 2014), esto vuelve complicada la adaptación a la situación de cronicidad de este tipo de padecimiento.

Por otra parte, los pacientes con FM refieren de manera muy frecuente que su memoria, atención y concentración están alteradas, que no pueden llevar a cabo las actividades que anteriormente realizaban con la misma agilidad, sino al contrario, ahora necesitan de apoyo, por lo tanto su calidad de vida no es la misma, ya que tiene una

afectación a nivel personal, familiar, laboral entre otros, de tal manera que se deben de tomar en cuenta el apoyo, el tratamiento multidisciplinario y los nuevos cambios que esto incluye en la vida de la persona, ya que no se pueden llevar a cabo las actividades al mismo ritmo, sino que se deben de realizar hasta el grado en cual la persona no experimente un incremento de su sintomatología (Gelonch et al., 2013; Rivera et al., 2006).

“Las personas con FM pueden experimentar hipersensibilidad frente a estímulos sensoriales tales como luces brillantes, olores o usar ropa ajustada” (Sinfuentes-Giraldo & Morell-Hita, 2017 p. 1589), y esto tiene una afectación derivada en la persona, ya que en muchas de las ocasiones aquellos estímulos que en algún momento no incomodaban ahora lo hacen, por lo cual se deben de modificar algunos aspectos o en casos cuando el dolor es demasiado, dejarlos, por lo cual la calidad de vida está en constante cambio, mientras que la atención está concentrada en estos estímulos, pudiendo ignorar otros que también tiene importancia (Rivera et al., 2006).

1.5 Alteraciones del sueño y fatiga

En el SFM existen alteraciones en los ritmos circadianos, en la secreción de ciertas hormonas y neurotransmisores, como el cortisol, la 5-HT (serotonina) y la melatonina; pacientes con FM estas irregularidades provocan muchos de los síntomas asociados, entre los se encuentran: alteraciones en el sueño, fatiga, mialgias, y alteración de la función cognitiva. Las personas con FM presentan una menor secreción de melatonina durante las horas de oscuridad comparadas con sujetos sanos, contribuyendo en la alteración del sueño durante la noche, la fatiga durante el día y la alteración ante la percepción del dolor (Castaño, 2017).

Moldofsky (2009, 2010) realizó estudios que determinaron la calidad objetiva del sueño, mediante Polisomnografía (PSG), en personas que sufren FM. Observó reducción del

tiempo total de sueño, un mayor número de despertares y nivel de activación (arousal), un incremento en la latencia de inicio del sueño y del sueño de movimiento ocular rápido, un aumento de los cambios de fase, así como una reducción del porcentaje de sueño lento (Castaño, 2017).

Quienes viven con FM a menudo tienen problemas del sueño, incluyendo sueño no reparador, insomnio, despertar temprano por la mañana, y mala calidad de sueño. En un estudio realizado por Roizenblatt et al. (2001) citado por Chaves, (2013, p.84), refieren que la calidad del sueño fue significativamente menor en pacientes con FM comparada con los controles; además los pacientes reportaron un aumento a los síntomas de dolor después de la escasez de sueño. En estudios de Polisomnografía, los patrones alfa-delta relacionados con sueño interrumpido y no reparador, se observó frecuentemente en pacientes con FM (Chaves, 2013).

Las alteraciones del sueño se relacionan con la falta de energía y la fatiga que se observa frecuentemente en estos pacientes. La observación de ondas alfa durante el sueño de ondas delta está asociada con reducción de la producción de GH (Hormona del Crecimiento) e IGF 1 (Factor de crecimiento insulínico tipo 1). Debido a que la Hormona del Crecimiento y el Factor de crecimiento insulínico tipo 1 son necesarias para la regeneración de los microtraumas musculares; los trastornos del sueño pueden impedir la curación de las lesiones del tejido muscular, prolongando la transmisión de los estímulos sensoriales del tejido muscular dañado al Sistema Nervioso Central (SNC) y mejorando la percepción del dolor muscular. Esta percepción aumentada del dolor contribuye al incremento de la alteración del sueño, manteniendo el estado la fatiga del paciente y la escasa reparación del tejido muscular; en la Figura 2 se puede observar cómo es el ritmo circadiano y sintomatología en pacientes con el SFM (Bradley, 2009; Chaves, 2013).

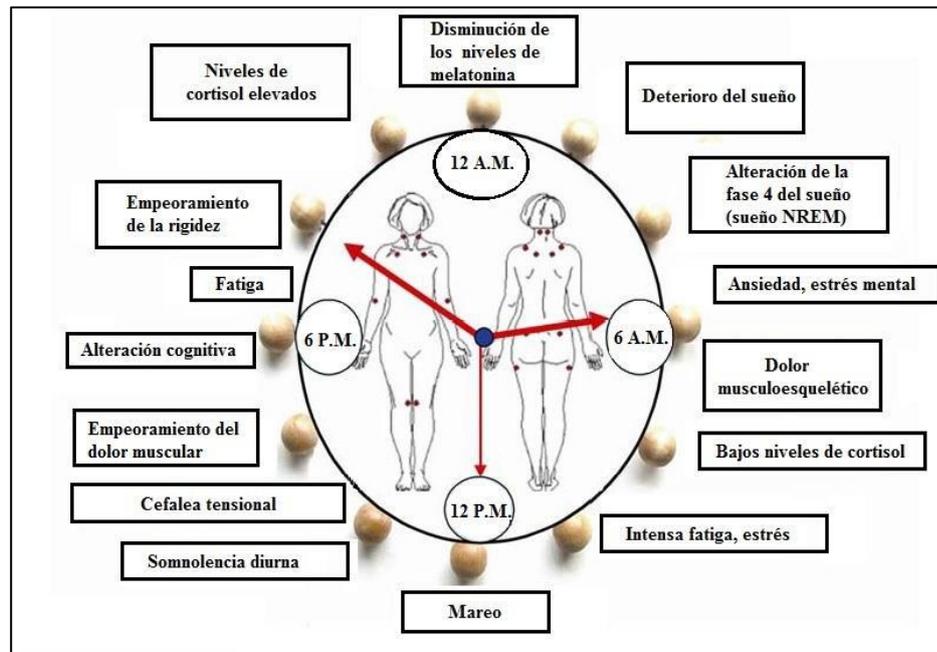


Figura 2. Ritmos circadianos y sintomatología en paciente con FM

Fuente: Castaño, Y. (2017).

En cuanto a la fatiga o sensación de cansancio es un síntoma usualmente asociada a este síndrome, al menos el 75% de los pacientes con FM reportan presentarla e incluso la consideran más severa que el dolor, debido al gran impacto en su función cognitiva, su mantenimiento es constante a lo largo del día, aunque puede ser especialmente intenso por la mañana y la última hora de la tarde Malin & Littlejohn (2012) citado por Castaño (2017, p. 38). Personas con SFM suelen sentirse agotados o cansados cuando realizan alguna actividad, aun cuando éste sea moderado y no mejora con el reposo, refieren sentirse *como si les hubieran pegado una paliza*; presentan baja tolerancia a los esfuerzos físicos debido a que les ocasiona dolor, causando que la persona se fatigue con esfuerzos cada vez más leves (menor tolerancia al esfuerzo físico), por lo cual evitan realizarlo y presentan rigidez articular marcada disminución del tono muscular que puede favorecer la presencia del dolor (Collado et al., 2016).

A continuación, en la Figura 3 se muestra la relación entre la fatiga y la evolución de la actividad.

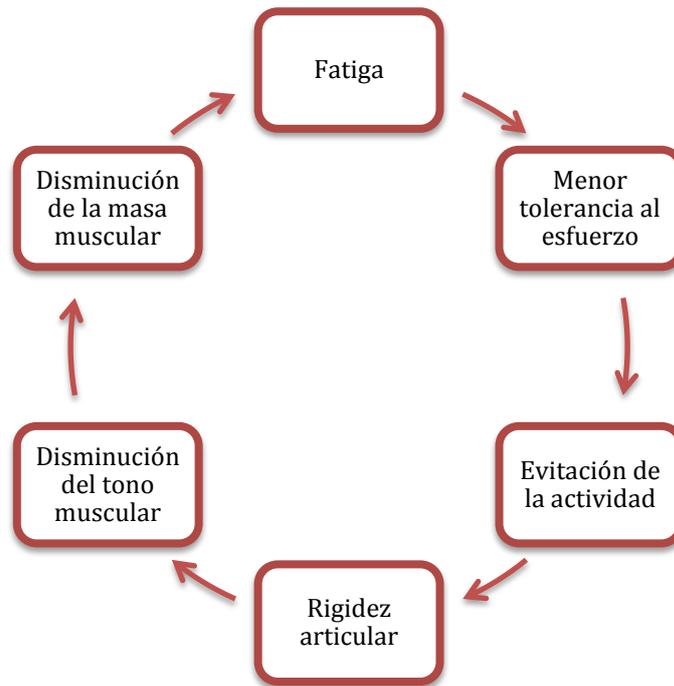


Figura 3. Círculo vicioso de la fatiga y evaluación de la actividad

Fuente: Collado et al. (2016).

1.6 Alteraciones cognitivas

Entre las manifestaciones cognitivas de la FM incluyen el denominado *fibrofog*, un fenómeno de pérdida de memoria a corto plazo, reducción del estado de alerta, problemas de concentración para realizar múltiples tareas debido a distracción (Sifuentes-Giraldo & Morell-Hita, 2017). Las personas diagnosticadas con SFM refieren frecuentemente, quejas sobre su reducido funcionamiento en la memoria, atención y concentración (Castaño, 2017).

Las personas con FM presentan cierto grado de disfunción cognitiva principalmente en los dominios de la atención, la memoria episódica y la memoria de trabajo (Gelonch et al., 2013). Las personas con FM también experimentan dificultad para concentrarse y para tener un pensamiento claro, este fenómeno es conocido como *fibroniebla*, en el que se ve afectada

la memoria reciente y se presenta dificultad para encontrar las palabras adecuadas y el lenguaje se puede volver más ambiguo (Martínez, 2006).

1.6.1 Atención

La atención se toma en cuenta como mecanismo central del control de sistemas de procesamiento, cuya función principal es orientar y ordenar la actividad consciente del organismo, de acuerdo con la meta u objetivo; la atención es un sistema complejo no unitario, donde pueden identificarse sistemas atencionales apartados, pero relacionados entre sí, siendo un sistema modular compuesto por tres redes: la red atencional posterior o de orientación, red de vigilancia colectiva y la red anterior o de control ejecutivo (Harker et al., 2011).

Personas con un diagnóstico de SFM coinciden que existe cierto grado de alteración atencional, principalmente relacionado con el factor del dolor, síntoma presente en esta enfermedad, rectificando así que el dolor crónico interrumpe el proceso atencional; presentando déficits en las funciones atencionales relacionadas al componente ejecutivo de atención en tareas como: planificación, mantenimiento de prioridades hacia objetivos relevantes, toma de decisiones, detección de errores o capacidad de respuestas nuevas a situaciones conocidas (Gelonch et al., 2013).

1.6.2 Memoria

Atkinson & Schiffrin, (1968) citado en Gelonch et al (2013, p. 580) explica que la memoria se conforma por varios tipos de almacenes donde se incluye la memoria sensorial caracterizada por ser el almacenamiento inicial y momentáneo de la información que percibimos a través de los sentidos, la memoria a corto plazo, donde la información es retenida durante periodos breves y es procesada determinando si la información va a ser utilizada y empleada, en este tipo de memoria incluye la memoria de trabajo (combinando el

almacenamiento temporal y la manipulación de la información) y la memoria a largo plazo es un almacén de capacidad ilimitada, almacenando cualquier tipo de contenido, conocimiento, experiencias y habilidades que se han adquirido y se recuperan cuando se requieren.

Se encuentra que los problemas cognitivos, específicamente de memoria a largo plazo en pacientes diagnosticados con SFM debido a factores psicológicos, dando una explicación en relación con la depresión; refiere que la memoria a corto plazo y largo plazo verbal tiene un funcionamiento normal cuando no hay estímulos distractores en la fase de retención de la información, pero cuando había un distractor empeoraba el desempeño significativamente, por lo tanto los déficits atencionales y de memoria en pacientes con FM son marcados en tareas que impliquen una distracción al competir por una fuente de información. Se concluye que pacientes con FM parecen ser especialmente sensibles a la distracción; al presentar dificultades para poder gestionar los elementos que se encuentran en su memoria de trabajo, cuando deben competir contra otros estímulos (Gelonch et al., 2013).

1.6.3 Funciones ejecutivas

Se refiere a aquella habilidad cognitiva que incorpora los mecanismos implicados en la optimización de procesos cognitivos centrados en la resolución de situaciones cognitivas complejas, implicando la combinación de múltiples capacidades cognitivas necesarias para la reproducción, supervisión, regulación, ejecución y reajuste de las conductas adecuadas para obtener conjuntos complejos, tratándose de un constructo cognitivo complejo que implica múltiples habilidades (Gilbert & Burgess, 2008).

“Pacientes con FM pueden presentar déficit específicos relacionados al procesamiento de la información afectiva” (Gelonch et al., 2013, p. 582), se ha confirmado un déficit selectivo en la capacidad de fluencia verbal, fonética, enlentecimiento en la velocidad de

procesamiento de la información, problema en la evocación de palabras, también se encontró que en la respuesta de inhibición y preparación temporal controlada (habilidad para anticipar y preparar eficientemente respuestas para los sucesos próximos) había una disminución (Gelonch et al., 2013).

1.6.4 Velocidad del procesamiento de la información

La velocidad de procesamiento de información se refiere al tiempo que tarda una persona en abstraer e integrar información durante la solución de problemas, así como a la rapidez con la que un individuo ejecuta funciones cognitivas básicas como la identificación de un objeto, toma de decisiones o la realización de discriminaciones simples entre objetos o imágenes (Gelonch et al., 2013).

La literatura previa, señala que en niños escolares como en adultos, la velocidad de procesamiento predice consistentemente el desempeño en una gran variedad de tareas; un procesamiento más eficaz está relacionado, a un incremento en la capacidad de memoria de trabajo, permitiendo a su vez un mejor razonamiento inductivo y una mayor exactitud en la solución de problemas de tipo aritmético (Suárez, Alva & Ferreira, 2015). En pacientes con FM se observó que no existe un déficit global en la velocidad de procesamiento de la información, sino que se trata de un déficit selectivo, afectando únicamente a la velocidad en la denominación (Gelonch et al., 2013).

1.7 Diagnóstico

Para diagnosticar el SFM se utilizan los criterios que dio el Colegio Americano de Reumatología (ACR, por sus siglas en inglés), debido a que la sintomatología puede ser confusa ya que no se tienen pruebas específicas que den el diagnóstico del FM como tal. Por otro lado, también se considera la comorbilidad con enfermedades psiquiátricas en pacientes

con FM, como ansiedad y depresión y no se descarta que haya otros trastornos asociados, como: episodios depresivos mayores, distimia, Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Fobia social, Fobia específica, Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), agorafobia, trastorno de angustia, por mencionar algunas (González, Elorza & Failde, 2010).

Aunque la FM es la más común de las enfermedades crónicas de dolor generalizado, es a menudo subdiagnosticada mientras que el diagnóstico correcto y oportuno ha demostrado aumentar la satisfacción del paciente y reducir la utilización de atención médica.

Para su diagnóstico se toman en cuenta los nuevos criterios diagnóstico de FM emitidos en el 2016 por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) tras una revisión de los criterios de diagnóstico realizados en el 2010/2011 (Wolfe et al., 2016). Estos nuevos criterios consideran diferentes condiciones:

1. Índice de dolor generalizado (Widespread Pain Index – WPI), toma en cuenta las diferentes áreas donde se ha presentado dolor en la última semana, se considera significativa con una puntuación ≥ 7 en 19 de las áreas anatómicas, como: hombros, brazos, antebrazos, mandíbulas, cuello, glúteos, piernas, pantorrillas, espalda alta, espalda baja, tórax y abdomen. En la Figura 4 se especifican las áreas donde hay dolor en pacientes que padecen el SFM.

- 1.1 Escala de gravedad de síntomas (Symptom Severity Score [SS-Score]), evalúa la gravedad de cada uno de los siguientes síntomas: fatiga, sueño no reparador y disfunción cognitiva, durante la última semana. La escala considera una puntuación de cero a tres; también se incluye la sumatoria de los siguientes síntomas: dolor de cabeza (cefaleas), calambres, dolor en abdomen bajo y depresión que hayan ocurrido en los últimos seis meses evaluado con cero como ausente y uno como presente. El puntaje total de severidad de síntomas está entre 0 y 12. En la tabla 3 se especifican los síntomas y puntuaciones; se

considera significativa con una puntuación ≥ 5 , o con un WPI entre 4-6 y un SS-Score ≥ 9 (Covarrubias-Gómez & Carrillo-Torres, 2016; Wolfe et al., 2016).

2. Tener la presencia de dolor generalizado al menos en 4 de 5 regiones (la mandíbula, el tórax, el abdomen no están incluidos en este dolor generalizado).

3. Los síntomas se han presentado con la misma intensidad mínimo tres meses.

4. El diagnóstico de Fibromialgia es válido independiente de otros diagnósticos ya que no excluyen otras enfermedades clínicamente importantes (Wolfe et al., 2016).

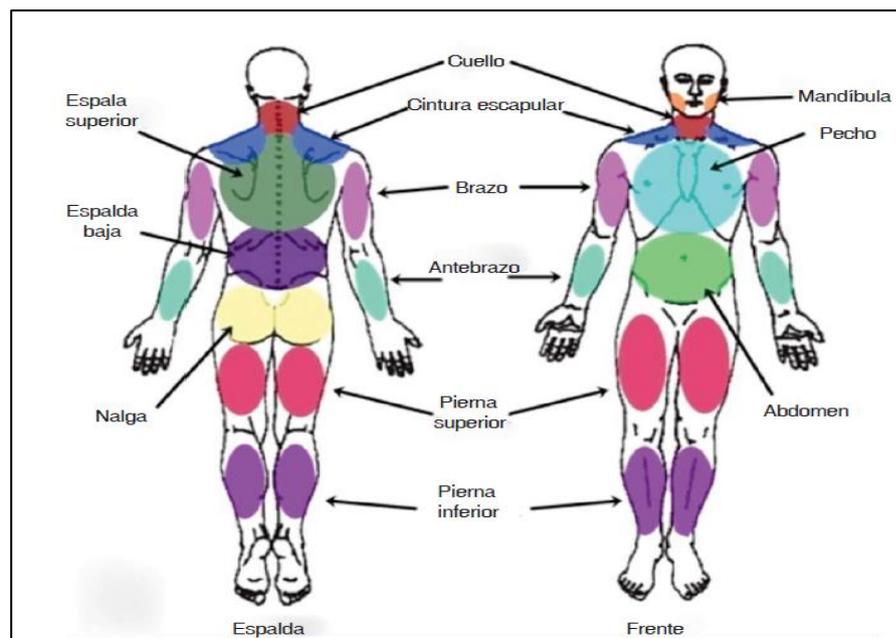


Figura 4. Áreas donde pacientes con FM padecen dolor

Fuente: Covarrubias-Gómez y Carrillo-Torres (2016).

En la tabla 3 se toman en cuenta las puntuaciones de la Escala de Gravedad de Síntomas (SS-Score) de los síntomas acompañantes como son: cansancio/fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos. Cada uno de ellos debe ser evaluado indicando su gravedad en la última semana en una escala de cero a tres; y los síntomas asociados: presencia en los últimos seis meses de los siguientes síntomas (1 punto por cada síntoma): dolor de cabeza

(cefaleas), dolor o calambres en la parte inferior del abdomen y síntomas depresivos (Garzón & Gavilán, 2018).

Tabla 3

Escala de Gravedad de Síntomas (SS-Score)

	0= Ningún problema			
	1= de leve a moderado, generalmente intermitente			
Puntuación	2= de moderado a considerable			
	3= severo, persistente, generalizado, con interferencia en las actividades diarias			
Síntomas en la última semana:				
Fatiga	0	1	2	3
Sueño no reparador	0	1	2	3
Disfunción cognitiva	0	1	2	3
Síntomas que han ocurrido en los últimos seis meses:				
Dolor de cabeza (cefaleas)		0		1
Calambres o dolor en abdomen bajo		0		1
Depresión		0		1
El puntaje total de la severidad de los síntomas está entre 0-12				

Nota: Elaboración propia. Fuente: Wolfe et al. (2016); Garzón y Gavilán (2018).

1.7.1 Diagnóstico diferencial

La FM se confunde especialmente con el síndrome de dolor miofascial, más regional y generalmente sin la presencia de cansancio, y con el síndrome de Fatiga Crónica con el que comparte más similitudes que diferencias (Ramón, 2017). Pero como se dijo, actualmente el diagnóstico de FM no es un diagnóstico de descarte ya que puede ocurrir en presencia de alguno de los diagnósticos que presentados en la Tabla 4.

Tabla 4

Entidades comórbidas en el diagnóstico de Síndrome de Fibromialgia

Patología reumatológica inflamatoria	Artritis reumatoide, Espondiloartritis, Conectivopatías: síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico, Polimialgia reumática, Vasculitis sistémicas, Miopatías inflamatorias y Metabólicas y Miopatía por estatinas.
Patología reumatológica mecánica	Artrosis, tendinitis y bursitis.
Patología infecciosa	Virus hepatotropos: VHC, VHB, Infección por el virus de inmunodeficiencia humana, Enfermedad de Lyme y Virus Chikungunya.
Endocrinopatías	Hipotiroidismo, Hiperparatiroidismo, Síndrome de Cushing, Insuficiencia suprarrenal y Deficiencia de vitamina D.
Trastornos neurológicos	Polineuropatía periférica, Síndromes de atrapamiento, Esclerosis múltiple, Miastenia y Radiculopatía cervical.
Síndromes de dolor miofascial	
Otros síndromes de dolor regional	Cefalea tensional, Lumbalgia y cervicalgia mecánicas, Esguinces de repetición, Lesiones por sobreuso, Alteraciones relacionadas con actividad laboral y Trastorno temporomandibular.
VHC: virus de la hepatitis C; VHB: virus de la hepatitis B.	

Fuente: Sinfuentes-Giraldo y Morella-Hita (2017).

Para poder concluir un diagnóstico de FM se toman en cuenta los criterios y pruebas de laboratorio que incluyen hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, TSH (Examen de la hormona estimulante de la tiroides), T3 (Triyodotironina), T4 (Tiroxina o tetrayodotironina), CPK (Creatina quinasa), vitamina D, PCR (Análisis de sangre: Proteína C reactiva), además, las pruebas de función

renal y hepática son necesarias para descartar otros trastornos. Es importante recordar que, los rayos X, análisis de sangre, medicina nuclear, tomografía computarizada y la biopsia muscular son normales en los casos de FM (Chaves, 2013).

1.8 Tratamiento

El SFM representa un desafío para su atención e intervención, donde se debe considerar un tratamiento individualizado y multidisciplinario (modalidades no farmacológicas y farmacológicas) donde se incorpore a médicos y otros profesionales de la salud, (medicina física, rehabilitación, nutrición y especialistas en la salud mental) ajustando los tratamientos en la medida que sea necesario, considerando la sintomatología del paciente. Es de destacar que, el abordaje multidisciplinario aporta mejores resultados que medidas aisladas (García et al., 2016; Sinfuentes-Giraldo & Morell-Hita, 2017).

1.8.1 Tratamiento farmacológico

En la actualidad no existe un tratamiento farmacológico ideal y eficiente para combatir el SFM, por lo que el uso de fármacos irá encaminado a paliar la sintomatología, dependiendo de la gravedad de cada paciente (Porro et al., 2015). Entre el extenso abanico farmacológico que se implementan se encuentran analgésicos, antidepresivos, anticonvulsivantes y relajantes musculares. Estos fármacos actúan disminuyendo la actividad de los neurotransmisores (por ejemplo, gabapentinoides para reducir el glutamato) o aumentando la actividad de los inhibidores de la recaptación de norepinefrina y serotonina (Ángel et al., 2016).

Los antidepresivos tricíclicos, especialmente la amitriptilina, han demostrado una mejoría clínicamente importante en un 25-37% en pacientes con FM siendo eficaces como tratamiento inicial; el motivo de usar antidepresivos en pacientes con FM se debe a que

poseen una capacidad analgésica propia mejorando las manifestaciones clínicas asociadas al dolor, la capacidad funcional y la calidad de vida; mostrando un mayor efecto ante el dolor, la fatiga y alteraciones del sueño (Redondo, 2011).

Los inhibidores duales de la recaptación de serotonina y norepinefrina, son los medicamentos de elección cuando los antidepresivos tricíclicos en dosis bajas son ineficaces o tienen efectos secundarios intolerables y que perduran en la totalidad del tratamiento, como boca reseca y estreñimiento, puede aparecer retención urinaria, problemas sexuales, alteraciones en la visión y alterar el ritmo cardíaco (Cervera, 2011).

Los moduladores de los canales de calcio, incluyendo pregabalina y gabapentina, son útiles para el tratamiento del SFM y otras situaciones que desencadenan dolor crónico; produciendo una actividad analgésica mediante el bloqueo de la liberación de varios neurotransmisores (Sifuentes-Giraldo & Morell-Hita, 2017). Solamente se ha encontrado una evidencia clara en estos dos fármacos, teniendo un efecto positivo en pacientes con FM (Moore, Wiffen & Kalso, 2014).

En el manejo de la sintomatología de estos pacientes con relajantes musculares, los estudios previos mostraron resultados con una eficacia delimitada. Los principales fármacos usados para el tratamiento del dolor de tipo periférico son antiinflamatorios no esteroideos, opioides y corticosteroides, teniendo un moderado efecto en el tratamiento del dolor crónico (Borchers & Gershwin, 2015). Debido a que la FM es una enfermedad crónica de tipo poligénico, es necesario utilizar combinaciones de varios fármacos con distintos mecanismos de acción (Clauw, 2014). No se cuenta con datos existentes, pero la terapia combinada se basó en la experiencia de la evidencia clínica de los posibles efectos positivos o adversos al tratamiento (Goldenberg, 2016).

También se recomienda amitriptilina, usada por periodos cortos para controlar el dolor, es el tratamiento farmacológico con evidencia más consistente, aunque es necesario tener un seguimiento exhaustivo de los posibles efectos secundarios. Si en algún caso se presentará alguna reacción o intolerancia a la amitriptilina, existen alternativas farmacológicas como: ISRN, ISRS o antiepilépticos; la duloxetina, fluoxetina o paroxetina y la pregabalina serían los fármacos de preferencia (García et al., 2016).

El papel de los opioides débiles en la FM es limitado; el tramadol es el que mejores resultados ha aportado. Se puede recomendar su uso en caso de haber agotado otras vías de actuación y el paciente siga presentando dolor moderado-grave. La administración de “estos fármacos deben ser cortos; utilizándose en casos concretos, cuando los síntomas estén descontrolados y retirándose en cuanto sea posible; la medicación debe ser titulada” (García et al., 2016, p. 67), lo cual significa que la administración del fármaco dependerá de cada paciente, por lo cual habrá pacientes que tengan una mayor dosis con el paso del tiempo, ya que hay un margen estrecho de administración, además de contar con controles periódicos (García et al., 2016).

1.8.2 Tratamiento no farmacológico

Las tres terapias no farmacológicas más estudiadas son la educación para la salud, la terapia conductual y el ejercicio. Obteniendo un fuerte nivel de eficacia como tratamiento de la FM; y su respuesta al tratamiento a menudo produce mejores resultados que con el uso exclusivo de fármacos (Caluw, 2014).

Diferentes estudios demuestran que medidas de tratamiento como la educación del paciente, el ejercicio cardiovascular, las terapias cognitivo-conductuales y otras terapias psicológicas

logran mejoras, tanto en el dolor como en la calidad de vida del paciente a corto plazo (Clauw, 2014; Goldenberg, 2016; Sifuentes-Giraldo & Morell-Hita, 2017).

El tratamiento psicológico, en específico el cognitivo conductual, va dirigido a contrarrestar aspectos emocionales (ansiedad y depresión, principalmente); cognitivos (la percepción de la propia eficacia, la creencia sobre la capacidad personal para sobreponerse o manipular los síntomas del SFM, aprendiendo a modificar sus patrones de pensamiento); conductuales (actividades ordinarias van adecuando, disminuyendo o eliminado como consecuencia de la FM) y sociales (impacto de la enfermedad en la esfera sociofamiliar del paciente), papel desencadenante y/o perjudicial de los síntomas del SFM (Collado et al., 2016; García-Bardón, Castel-Bernal & Vidal-Fuentes, 2006).

Por su parte, el ejercicio físico, es considerado la terapia no farmacológica más efectiva para el tratamiento del SFM, debido que carece de efectos secundarios relevantes y actúa sobre diferentes variables que aquejan a la enfermedad, como los aspectos físicos, psicológicos y el alto impacto en la calidad de vida (García et al., 2016). Se recomienda ejercicio de tipo aeróbico; como la natación y caminar, ejercicios de fortalecimiento muscular y ejercicios de estiramiento o flexibilidad. Por otro lado, existe evidencia moderada de que las técnicas de relajación son eficaces en el tratamiento de la FM a corto plazo (Alegre et al., 2010).

1.8.3 Tratamiento complementario

Como terapias complementarias y alternativas que pueden ser útiles en el tratamiento de la FM se encuentran: manipulación quiropráctica, taichí, yoga, acupuntura o terapia de liberación miofascial (Clauw, 2014; Gámez-Iruela & Sedeño-Vidal, 2013; Goldenberg, 2016).

2. Emociones

2.1 Definición

En el diccionario de la Real Academia Española se define a la emoción como una alteración del ánimo rápida, transitoria, placentera o penosa que va acompañada de cierta reacción somática; se caracteriza de respuestas físicas controladas por el cerebro que permitieron a los organismos antiguos sobrevivir ante entornos hostiles y reproducirse; las emociones son vistas como cambios coordinados de distintos elementos como la activación neurofisiológica, expresión motora, experiencia subjetiva, entre otros (Taberno & Politis, 2013).

Todos conocemos de manera vivencial que son las emociones y la importancia que tienen en la vida, de tal manera que todos los seres humanos podemos experimentar la vida emocionalmente: *siento, luego existo* (Bericat, 2012).

Denzin (2009) citado por Bericat (2012, p.1) define a las emociones como una “experiencia corporal viva, situada y transitoria que impregna el flujo de la conciencia de una persona, percibida en el interior de y que recorre el cuerpo, durante el transcurso de su vivencia, primero a la persona en una realidad nueva y transformada”. Por su parte, Brody (1999) citado por Bericat (2012, p.2) describe a las emociones “como sistemas motivacionales con componentes fisiológicos, conductuales, experienciales y cognitivos, que tiene una valencia positiva o negativa, variando en su intensidad y que pueden ser provocadas como situaciones interpersonales”. Se entiende como una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo, conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo (Chóliz, 2005).

2.2 Emociones básicas

También conocidas como primarias, puras o elementales, reconocidas por una expresión facial característica, son las mismas para todas las comunidades y obedecen a los mismos principios, desarrollados evolutivamente (Bourdin, 2016).

Para Paul Ekman (1990) citado por Aguado (2014 p.38); uno de los principales investigadores de las emociones básicas, “refirió que la función general de las emociones es, consideradas como fenómenos psicobiológicos, movilizar al organismo para afrontar rápidamente los encuentros interpersonales mediante actividades que se han vuelto adaptativas en el pasado”. Las emociones básicas más conocidas son: la felicidad o alegría, miedo, tristeza, ira o enojo, sorpresa y asco; el filósofo Paul Griffiths (2004) citado por Aguado (2014, p. 38), lo describe como respuestas de corta duración, que se desencadenan en los primeros estadios del procesamiento perceptivo e implementadas en estructuras cerebrales primitivas teniendo una similitud con muchos vertebrados, se encuentra en todas las culturas humanas y se relaciona con la respuesta que manifiestan otros primates.

Las emociones han evolucionado en el largo proceso que nos llevó a ser humanos, por lo tanto ciertas emociones debieron existir antes de evolucionar como humanos; y que aquellos homínidos de los cuales descendemos debió de existir una versión previa emocionalmente hablando: así que el repertorio emocional que ahora nos conforma se sustentó en los más primitivo como son sobrevivir y reproducirse (Fros, 2013).

2.3 Emociones complejas

También conocidas como secundarias, se caracterizan por un amplio abanico de estados emocionales que surgen de la mezcla de las primarias, en este estado emocional se toma conciencia de la emoción y sus cambios somáticos al vincularlos a experiencias previas,

estas requieren de la atribución, las creencias, intenciones o algún estado mental (Taberno & Politis, 2013).

Estas se van construyendo y están ligadas al desarrollo cognitivo-cultural donde a lo largo de los procesos evolutivos; son activados de manera pausada, no tiene una expresión facial reconocible, su desarrollo es a partir de diversas combinaciones, siendo algo confuso, “se le asigna una clasificación desde cada una de la emociones que son: alegría o felicidad, asco, enfado o ira, miedo, sorpresa y tristeza” (Rivera, 2015, p. 43).

Estas se deben al grado del desarrollo individual y las respuestas difieren ampliamente de unas personas a otras, por lo cual hay una variedad de la primarias (Vivas et al., 2007). Para tener más claro cómo es que se complementan las emociones, se realizó una descripción de las funciones primordiales de las emociones básicas al igual que cuáles serían las emociones secundarias que estarían involucradas o relacionadas a estas. En la tabla 5 se muestra de manera detallada.

Tabla 5

Emociones básicas y funciones principal

Emoción	Funciones	Emociones secundarias
Felicidad	Facilita la empatía, lo que promueve la aparición de conductas altruistas, contribuye al rendimiento cognitivo, la solución de problemas, la creatividad, el aprendizaje y la memorización.	Amor, placer, diversión, euforia, entusiasmo y gratificación.
Miedo	Se activa por la percepción de un peligro presente o inminente, es una señal emocional de advertencia que se aproxima al daño físico o psicológico.	Angustia, nerviosismo, incertidumbre, preocupación, horror y desasosiego.
Tristeza	Se produce en respuesta a sucesos que son considerados como no placenteros, denotando pesadumbre o melancolía, es una forma de displacer que produce frustración de un deseo apremiante.	Pena, soledad, pesimismo, compasión y decepción.
Ira	Se desencadena en situaciones que son valoradas como injustas contra los valores morales y libertad personal, situaciones que ejercen un control externo o derecho sobre el comportamiento.	Cólera, rencor, odio, irritabilidad, rabia e impotencia
Sorpresa	Es causada por algo imprevisto o extraño, es como un trueno o una celebración no anunciada, es cuando se producen consecuencias o resultados inesperados/interrupciones de las actividades en curso.	Desconcierto, sobresalto, admiración y asombro
Asco	Respuesta emocional causada por la repugnancia que se tiene a alguna cosa o por una impresión desagradable causada por algo.	Repugnancia, rechazo, antipatía, disgusto y desprecio

Nota: Elaboración propia. Fuente: Rivera, A. (2015); Vivas et al. (2007).

2.4 Emociones y sentimientos

Las emociones se caracterizan por ser respuestas de nivel inferior, que suceden en regiones subcorticales del cerebro (amígdala), ocasionando reacciones bioquímicas en el cuerpo alterando el estado físico; son reacciones directas y rápidas a las circunstancias presentes en el ambiente. Por otro lado los sentimientos se encuentran en otro lugar del cerebro como regiones neocorticales, representan acciones y asociaciones de las emociones, están influenciadas por experiencias personales memorias o creencias; los sentimientos siguen a las emociones, envuelven los procesos cognitivos, las emociones ocurren en el escenario del cuerpo y los sentimientos en el escenario de la mente (Oefelein, 2017).

2.5 Funciones de las emociones

Cada una de las emociones tienen algún objetivo y una función de utilidad que permite a las personas poder llevar a cabo actividades conductuales apropiadas y la independencia necesaria, se describen tres funciones principales en las emociones, siendo las funciones adaptativas, las funciones sociales y las funciones motivacionales (Chóliz, 2005); nos ayudan a enfrentar momentos y situaciones difíciles, como el riesgo, las pérdidas irreparables, la persistencia en el logro de un objetivo a pesar de las frustraciones, la relación de pareja, la creación de una familia entre otras; asimismo nos hacen tomar conciencia de nuestro entorno, cada una de las emociones nos brindan una disposición específica para actuar con el objetivo de resolver retos que sean experimentados a lo largo de la vida (Goleman, 2008).

2.5.1 Funciones Adaptativas

Una de las funciones destacadas en las emociones es capacitar al organismo para que ejecute de manera eficiente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizand

la energía necesaria para ello, como si se estuviera dirigiendo hacia un objetivo determinado Plutchik (1980) citado por Chóliz (2005, p.4) menciona ocho principales funciones, donde se establece un lenguaje funcional que está identificado en cada una de las diversas reacciones con respecto a la función adaptativa que le corresponde (Chóliz, 2005), la correspondencia de la emoción y la función se expresa en la Tabla 6.

Tabla 6

Funciones de las emociones de Plutchik

Lenguaje subjetivo	Lenguaje funcional
Miedo	Protección
Ira	Dstrucción
Alegría	Reproducción
Tristeza	Reintegración
Confianza	Afiliación
Asco	Rechazo
Anticipación	Exploración
Sorpresa	Exploración

Fuente: Chóliz, M. (2005).

Las emociones sirven como un mecanismo adaptativo, facilitando la conducta apropiada, favoreciendo la adaptación; por otro lado las emociones están gobernadas por tres principios fundamentales, los cuales rigen la evolución de las emociones son: los hábitos útiles asociados, antítesis y acción directa del sistema nervioso (Chóliz, 2005).

2.5.2 Funciones sociales

Las emociones tienen como función facilitar la aparición de las conductas adecuadas, su expresión permite predecir el comportamiento, tiene un valor en los procesos interpersonales, facilita la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la

comunicación de estados afectivos y promueve la conducta pro social. La felicidad puede establecer vínculos sociales y relaciones interpersonales, mientras que la ira puede crear respuestas de evitación o confrontación, de tal manera la expresión emocional es considerada una serie de estímulos que favorecen la realización de las conductas adecuadas por parte de los demás (Chóliz, 2005).

En algunos casos la expresión emocional puede incitar a los demás al altruismo o conducta pro social, mientras que la inhibición puede ocasionar malos entendidos y reacciones indeseables que no se hubieran originado en el caso que los demás conocieran el estado emocional en el que se encontraba (Pennebaker, 1993).

2.6 El proceso de la emoción

Palmero et al. (2010) consideran a la emoción como un proceso adaptativo el cual consta de diferentes características:

Se debe de tener en cuenta la existencia de diversos componentes, por ejemplo, las respuestas psicofisiológicas, las manifestaciones expresivas y las conductas motoras. La emoción, es un proceso que implica dinamismo, orientado a la adaptación del organismo a las condiciones cambiantes del medio ambiente. La percepción puede ocurrir de dos modos: conscientemente: donde se percata de la presencia de un estímulo que, por sus características particulares, posee la suficiente atracción para captar su atención. En estos casos, la estimulación es procesada hasta que el sujeto es capaz de adquirir toda o la suficiente la información para conocer las características del estímulo en cuestión. Mientras que la percepción no conscientemente se produce influenciada de variables cognitivas, como las creencias, los juicios, que el sujeto posee acerca del estímulo en cuestión.

También ejercieron una influencia notable, la propia biología del organismo y el estado afectivo actual del sujeto en esos momentos, dependiendo de ambas variables, cabe la posibilidad de que ocurra un incremento o una disminución en la sensibilización del individuo hacia cierto tipo de estímulos; es decir, se produzca un incremento o una reducción del umbral para la percepción de cierto tipo de estímulos. La acción integrada de estos tres tipos de variables configura una especie de filtro que modula la percepción, como se muestra en la Figura 5 de manera detallada.

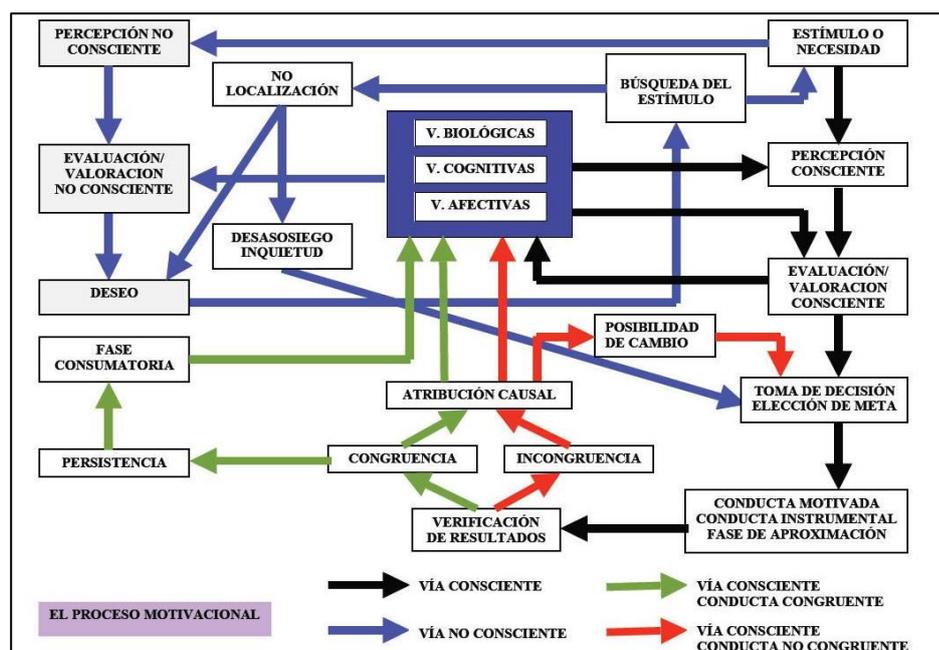


Figura 5. El proceso emocional

Fuente: Palmero et al. (2010).

2.7 La importancia de las emociones

Las emociones son importantes desde varios puntos de vista y desde hace mucho tiempo fueron consideradas difíciles de abordarlas por su corta duración. Son consideradas fenómenos psicológicos que le dan a la vida su sabor y sus sinsabores, su energía y sentido, son elementos esenciales para el humano. Ocurren en situaciones relacionadas con otros sujetos u objetos; teniendo condiciones, antecedentes o causas, donde el individuo sentirá una

u otra emoción, dependiendo de la evaluación e interpretación de su entorno; así como el foco atencional al que se dirija durante una situación o episodio emocional al momento de describirlo, comportándose de una u otra manera (Reidl, 2005).

2.8 Correlatos fisiológicos

Las primeras teorías psicológicas sitúan a la emoción en estructuras subcorticales, introduciendo el concepto de sistema límbico; pero en nuevas investigaciones se considera la afectividad como una función cerebral, representada en todo el eje neuronal de múltiples regiones y estructuras; donde el *cerebro emocional* es una red compleja de estructuras interconectadas, si tener una delimitación afectiva; las tres regiones cerebrales son la amígdala, la corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal (Cortada, 2016).

Los cambios viscerales son esenciales en la emoción, existiendo patrones específicos. “Investigadores de las bases biológicas de la emoción se han dividido en defensores del SNC (modelo central), frente a defensores del SNA (modelo periférico). La tercera vía está representada por las teorías interactivas” (Rodríguez, 2013 p. 359). En conclusión, en una misma situación de interacción social, el sujeto reaccionó emocionalmente sólo si experimentaba la activación fisiológica correspondiente y no tenían razones para atribuir las a una causa externa (Rodríguez, 2013).

2.8.1 Teorías filosóficas

Uno de los primeros en estudiar las emociones fue Platón fundamentando un alma impalpable y un cuerpo, ubicando las emociones en el alma, consistió en tres partes: razón, deseo y apetito, vinculaba las emociones en estas tres partes; pero principalmente el deseo y el apetito. Para Descartes el alma estaba en contacto con los espíritus del cuerpo a través de la

glándula pineal en el cerebro, mediante la cual los espíritus fluían, pero los sentimientos y emociones no eran funcionales para el comportamiento. Aristóteles consideraba las emociones como estados que dependían de una creencia o una teoría cognitiva y era prioritaria para que se produjera una emoción. Para Santo Tomás (1993), sugirió que existía un impulso inicial no cognitivo, para aproximarnos o alejarnos de un objeto. Para que apareciera “una emoción eran necesarias tres condiciones: el sujeto debe estar en un adecuado estado mental para experimentar la emoción, existir un estímulo que haga surgir la emoción y tener un objeto hacia el cual se dirige el estado emocional” (Cortada, 2016, p. 72).

2.8.2 Teorías psicofisiológicas

Las emociones también fueron abordadas desde las teorías psicofisiológicas, el médico norteamericano Paul MacLean (1960), postuló su *teoría evolutiva del cerebro triuno*, respondiendo mecánicamente a los estímulos de acuerdo al programa instintivo. Dividido en tres capas al cerebro humano; la capa más profunda es *el cerebro de reptil* incluyendo estructuras que vienen a reemplazar los más viejo que tenemos hablando evolutivamente, empleando respuestas estándar como son los instintos primitivos; alrededor del cerebro reptil se encuentra el *cerebro paleo-mamífero* un sistema límbico conformado por la amígdala y el hipocampo, interviniendo como conector del primer segmento (cerebro reptiliano) y finalmente se encuentra el *cerebro neo-mamífero* donde alberga la corteza cerebral, desarrollada en primates y en humanos principalmente, presentando facultades de abstracción, planificación y lenguaje, como se muestra en la Figura 6 (Cervigni & Vivas, 2014; Fros, 2013).

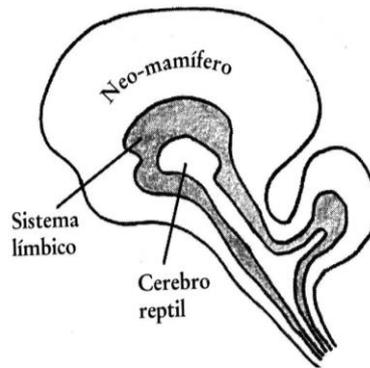


Figura 6. El cerebro triuno y su evolución a lo largo del tiempo.

Fuente: Fros, F. (2013).

Joseph LeDoux (1999), neurocientífico y psicólogo neoyorquino postuló que existen estructuras del cerebro muy relevantes a la hora de procesar ciertas emociones y estas se comunican entre sí mediante conexiones, activando primero una zona, después otra y así a toda velocidad articulando lo que puede denominarse como mecanismo emocional (Fros, 2013), son tan rápidos que funcionan antes de que nos demos cuenta (Goleman, 2012).

El naturalista inglés Charles Darwin (1872), fue uno de los primeros en afirmar formalmente que alrededor de todo el mundo, sin importar la cultura ni la tribu, ni algo en específico, las personas muestran en sus caras el mismo repertorio de gestos para las emociones más comunes (Fros, 2013) siendo: alegría, ira, asco, temor, sorpresa y tristeza y que la expresión de las emociones no es algo adquirido culturalmente sino algo propio de nuestra especie; también postuló que tanto animales como el ser humano poseen sentimientos y emociones, y eran expresaban en forma reconocibles (López et al., 2016).

Paul Ekman (1960), psicólogo norteamericano elaboró una clasificación de las expresiones faciales junto con su colaborador Wallace Friesen; identificaron en una persona microexpresiones, conocidos como gestos muy fugaces que resultan impredecibles y solo se reconocen en un vídeo reproducido en cámara lenta (Fros, 2013); veía a las emociones

primarias (sorpresa, asco, miedo, alegría, tristeza e ira) apareciendo en los primeros instantes de la vida, eran discretas, es decir, tienen características específicas: cada una corresponde a una función adaptativa, tiene desencadenantes específicos, un procesamiento cognitivo preciso, una experiencia subjetiva característica, una expresión facial distintiva que conllevaron a distintas conductas de afrontamiento (Gómez & Calleja, 2016).

William James (1884), considerado el padre de la psicología moderna sostuvo que los cambios en el cuerpo son fundamentales para que una emoción pueda percibirse, tiene que haber un camino de ida al cuerpo y haber un camino de vuelta al cerebro que le informe qué está pasando en ese cuerpo; una de las estructuras más importantes del cuerpo y que actúa como sensor es la ínsula ubicada en la corteza exterior, escondida en uno de sus pliegues, siendo particularmente rica en conexiones que la vinculan con muchas otras áreas cerebrales (Fros, 2013; Jaume et al., 2016).

Antonio Damásio (1994) es un médico neurólogo portugués que formuló una manera de ilustrar el surgimiento de las emociones más complejas tratándose de la metáfora del árbol:

1. En el primer nivel se encuentra el metabolismo, reflejos básicos y las respuestas del sistema inmune que constituyeron el tronco, son procesos responsables de la homeostasis: recuperando el balance interno cada vez que se presente un desequilibrio.
2. El segundo nivel contiene los comportamientos de aproximación o aislamiento con fines particulares: evitando fuentes de dolor o la búsqueda de placer.
3. El tercer nivel se encuentran los instintos, motivaciones y emociones primarias, recurriendo a los mecanismos de: no presencia de dolor y si aparición del placer para funcionar.

4. Y en cuarto último nivel se desarrollaron las emociones secundarias y las sociales, son las emociones más complejas, por ejemplo, el desprecio social, rechazo que una persona puede hacer de la actitud de otra (Fros, 2013).

En la Figura 7, se muestra la distribución de lo anteriormente señalado.

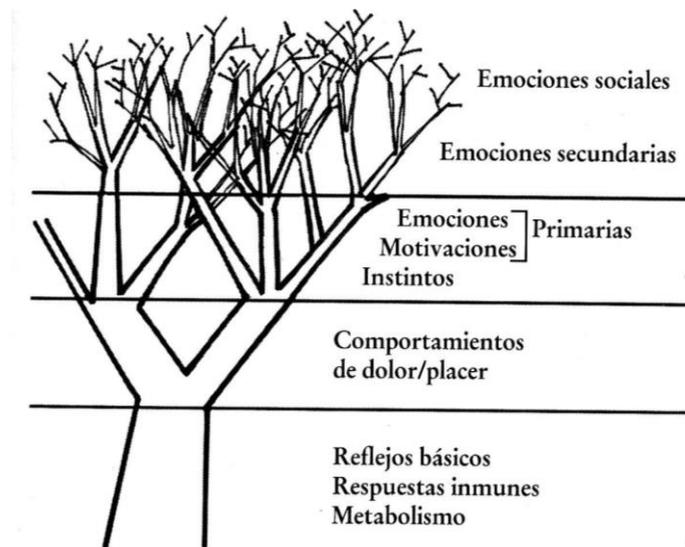


Figura 7. Adaptación de la metáfora del árbol de Damasio

Fuente: Fros, F. (2013).

El árbol implicó tres cosas, la primera deja en evidencia los instintos, motivaciones y emociones primarias, como proceder para recuperar la homeostasis (equilibrio interno), la segunda estuvo relacionada con las emociones complejas o variadas, averiguando con que se activan, cuando y como ocurren; y la tercera es la integración de las ramas superiores con procesos cognitivos como: el razonamiento, el lenguaje, memoria y aprendizaje (Fros, 2013).

Ross Buck (1985) citado por Fros (2013, p. 69) es profesor de comunicación y psicología de la Universidad de Pittsburgh, sostuvo que la emoción y motivación son dos caras de la misma moneda, refiriéndose a la moneda como un sistema, donde cada sistema motivación-emoción tiene un potencial, caracterizado por ser algo latente, como un programa de computadora esperando que llegue el código justo que le dé una orden, identificando los

Sistemas Primarios Motivacionales y Emocionales (PRIMES), determinado por ser estructurados genéticamente, también sostiene que esta unión (Fros, 2013); “se sustenta en motivos sociales como el obtener aprobación, alcanzar las expectativas de otros, o el de recibir afectos como amor o admiración” (Jaramillo, 2017, p.59).

2.8.3 Teorías conductistas y cognitivas

Según Watson (1919) la “emoción es un modelo de reacción que implicó profundos cambios en los mecanismos corporales, especialmente en sistemas viscerales y glandulares, distinguiendo sólo tres emociones que se dan en el recién nacido: miedo, rabia y amor” (Cortada, 2016, p. 74). Para Skinner (1974), quien estudió las emociones con un marco teórico del condicionamiento operante, las definió como elementos operantes y reforzadores que se optimizaron; para explicar la presencia de las emociones hizo evidente que algún elemento del estado interno fue esencial para la comprensión las emociones (Cortada, 2016).

2.9 El papel en la interacción social

Una de las funciones principales de las emociones es la afiliación, ayudando individualmente o grupalmente al establecimiento de relaciones con otros individuos o grupos sociales, también nos permite distanciarnos de tal manera que haya una diferenciación tanto personal y de grupo. También son funcionales para la supervivencia social formando y manteniendo relaciones sociales y por el otro nos sirven para establecer y mantener una posición social en relación a los demás. El papel de la emoción social también incluyó lo esencial que es sentir que hay alguien en quien confiar, con quien tener una conexión verdadera; también la existencia de comparaciones, la vergüenza y la envidia son parte de este mecanismo (Cortada 2016).

John Bowlby (1969) propuso la importancia del contacto físico en los primeros periodos críticos de un bebé, ya que el hecho de solo dar alimento conlleva en el futuro una deficiencia de relaciones afectivas, considerando a las emociones como programas afectivos que merecen un mayor cuidado (Fros 2013).

2.10 Dolor Crónico y emociones

El dolor es fundamental para la sobrevivencia de los seres humanos, nos advierte que algo no está bien, nos señala la presencia de una herida o enfermedad y nos lleva a buscar ayuda médica (López et al., 2007). En pacientes la presencia del dolor los expone a factores psicológicos, como la ansiedad, el miedo al dolor, depresión en factores sociales, pérdida de roles y riesgo laboral; teniendo una influencia negativa en el curso de esta (González, 2014).

En las investigaciones experimentales nos habla de que el miedo puede ser un estímulo causante de inhibir el dolor tanto en animales como en humanos debido a la activación de opioides endógenos (Lumle et al., 2011), pero en repetidas experiencias este dolor genera ansiedad aumentando el dolor (González, 2014). Se tuvieron hallazgos en ratas expuestas al estrés de la natación, la derrota social, los entornos nuevos, el frío, el ruido fuerte o la moderación muestran aumentos a largo plazo en la sensibilidad al dolor (Andre et al., 2005; Khasar et al., 2005; Suarez-Roca et al., 2008), el tratamiento previo con diazepam reduce el aumento de dolor inducido; al igual que con los animales, administrar el fármaco en humanos reduce la ansiedad anticipada como la sensibilización al dolor (Benedetti et al., 2006).

Estados emocionales positivos se asocian a la reducción del dolor, funcionando como analgesia efectiva, activando sistemas neuronales dopaminérgicos como lo hacen el agua, alimento, música afecto y uso de drogas, reduciendo las reacciones emocionales de dolor

(González, 2014). Las variables cognitivas enfocadas a las ideas y creencias sobre la enfermedad, pueden ser erróneas o elevadas por experiencias previas propias o cercanas. Las creencias negativas se asocian al dolor crónico y la incapacidad, por ejemplo, una actividad que produce dolor es una señal para evitarla y reposar un momento (Ortiz & Velasco, 2017).

Los rasgos de personalidad pueden facilitar o disminuir la somatización o cronificación de los síntomas, como ocurre en la alexitimia como una dificultad para identificar o percibir sentimientos, teniendo un pensamiento práctico y concreto sin correlato emocional; también influye la historia de vida del paciente (enfermedades, carencias afectivas, capacidad de resiliencia, redes de apoyo, impacto de la enfermedad y recuperación), tomando en cuenta el pronóstico, mecanismos de afrontamiento del paciente (González, 2014; Ortiz & Velasco, 2017).

Capítulo 3. Alexitimia y Fibromialgia

3.1 Definición de Alexitimia

Etimológicamente representa la falta de palabras para las emociones, la alexitimia se despliega mediante cuatro dimensiones cognitivo-afectivas:

1) Dificultad para identificar, describir e imaginar experiencias emocionales; 2) dificultad para distinguir entre los sentimientos y las sensaciones corporales del *arousal* (activación) emocional; 3) reducción o falta de pensamiento simbólico y 4) estilo cognitivo orientado hacia lo concreto en aspectos afectivos, correspondiente al “pensamiento operacional”, un funcionamiento cognitivo carente de contenido afectivo (Arancibia & Behar, 2015, p. 25).

Donde la persona tiene problemas para identificar, interpretar y verbalizar los sentimientos y emociones (García-Allen, 2016).

Se define a la alexitimia como una atrofia en el sistema límbico, desequilibrando la vida del individuo, no sólo en el aspecto emocional, sino en todos los ámbitos, distinguiendo a las personas con altos niveles de alexitimia como una dificultad para relacionarse, toma de decisiones, conocer que siente su cuerpo y cómo lo llevan a cabo los demás, llevándolo a ser incompetente socialmente, ya que las personas a su alrededor se manejan con claves emocionales, por lo cual personas con alexitimia serán incapaces de ver o procesar, se muestran como personas frías o distantes, lo que ocurre es que no han aprendido a ponerle un valor o han desechado la parte emocional considerándolo como debilidad o algo inútil (De la Serna, 2015).

3.2 Síntomas de la Alexitimia

Existe una descompensación en las personas con alexitimia, es como si escucharan en un idioma que desconocen, como es el caso del chino, saben que le quieren expresar algo a su cuerpo o alguna otra persona, pero son incapaces de entender qué es, son permeables pero no porque les afecte sino porque no llegan a comprender lo que se les quiere transmitir, teniendo una comunicación interrumpida (De la Serna, 2015). La alexitimia se caracteriza por mostrar una dificultad para identificar y describir sentimientos: las sensaciones corporales (González, 2017). Personalidades con niveles elevados de alexitimia son: personas que se presentan como narcisistas, centradas en su mundo, evitan compromisos y relaciones sociales, son proactivas esperando a los demás, no se anticipan a propuestas o actividades mostrando un afecto inadecuado tanto emocional como en intensidad, su estilo de comportamiento es impulsivo guiado por sus necesidades sin tomar en cuenta a los demás (De la Serna, 2015).

3.3 Bases Neuronales de la Alexitimia

Personas con niveles altos de alexitimia se relacionan a una menor muestra de la activación en la corteza cingulada anterior y la ínsula anterior; obteniendo un procesamiento emocional más débil, en el caso de la sensibilidad a las propias emociones; otro estudio demostró que niveles más elevados en la sobreactividad del tronco cerebral, ínsula posterior corteza cingulada rostral, incluye respuestas autónomas más fuertes; en un último estudio muestran una mayor activación de los ganglios basales y en menor en la corteza prefrontal comparado en pacientes sin alexitimia (De la Serna, 2015).

3.4 Alexitimia primaria y alexitimia secundaria

Feyberger (1977) citado por Saéz & Tizando (2012, p.17) explico la diferencia entre la alexitimia primaria predomina la parte biológica, con una disposición personal, cognitiva y

psicológica hacia la enfermedad psicosomática, está relacionada a los déficits neurológicos, como una “insuficiencia en la conexión interhemisférica o alteración de los circuitos neuronales entre el neocórtex frontal y el sistema límbico debido a factores hereditarios que interrumpen la comunicación entre las áreas” Houtveen, Bermond & Elton (1997) citado por Saéz & Tizando (2012, p.17); atribuyendo a la alexitimia como parte de la personalidad, por lo que se hace necesario el tratamiento con medicamentos.

La alexitimia secundaria tiene un origen predominante psicológico y puede ser abordado bajo el mismo enfoque, se caracteriza principalmente por ser defensiva y está involucrada en eventos traumáticos que pudieron haber sufrido, este funcionamiento defensivo es un factor de protección contra el significado emocional de la enfermedad traumática, un mecanismo de defensa construido por el paciente que se enfrenta así a esta experiencia (Sáez & Tizando, 2012). Es considerada como un estado transitorio ante una situación estresante sobre la cual la persona no tiene control, ante eventos y enfermedades de tipo grave como: cáncer, violaciones, secuestros, acciones de guerra, inmigración, etc. (García-Allen, 2016).

Freyberguer (1976), realiza una distinción entre alexitimia secundaria aguda haciendo referencia a una reacción defensiva transitoria que permanece junto a enfermedades orgánicas pasajeras o traumatismos experimentados por el sujeto, por lo que la reacción desaparece cuando el evento remite; en la alexitimia secundaria crónica se presenta por ejemplo en pacientes con cáncer, trasplantados renales y en enfermos ingresados en unidades de cuidados intensivos. Durante los procesos de enfermedad, los pacientes limitan la capacidad de introspección y reflexión, incrementan la atención sobre los aspectos médicos y tienen mayor dificultad para diferenciar y verbalizar apropiadamente los sentimientos con las personas de su entorno (Sáez & Tizando, 2012).

3.5 Antecedentes de Dolor crónico y Alexitimia

Se realizó un estudio de cohorte en Hisayama administrando en 927 participantes y se administraron los siguientes cuestionarios: la versión japonesa el TAS-10, se evaluó el dolor agudo o crónico basado en la ISAP, la Escala Visual Analógica (EVA), para medir el efecto negativo (ansiedad y depresión), el Inventario de Síntomas SCL-90-R; se obtuvieron resultados estadísticamente significativos entre nivel educativo y económico, niveles bajos o medios del estatus económico con niveles más altos de alexitimia, además de una mayor sintomatología ansiosa y depresiva. Entre las limitaciones fueron los datos seleccionados transversalmente, por lo que no se puede determinar si la alexitimia influye en la presencia y severidad del efecto negativo y dolor; si el afecto negativo y dolor influyen en la alexitimia o si hay una tercera variable (Shibata et al., 2014).

3.6 Antecedentes de Fibromialgia (SFM) y Alexitimia

Se llevó a cabo un estudio constituida por 40 individuos, 20 con el SFM de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología, como grupo de pacientes y 20 pacientes de servicios ambulatorios, como el grupo control; se les aplicó un cuestionario clínico y sociodemográfico, además de los cuestionarios específicos: Cuestionario de impacto en la Fibromialgia (FIQ), Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI), Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), Cuestionario de salud SF-36.

Los datos fueron analizados con la prueba de *t* no pareada, test de Mann-Whitney y correlación de Spearman con nivel de significancia estadística del 5%. Se obtuvieron resultados de alexitimia, con un puntaje total medio fue $67,10 \geq 9,34$ para Grupo de Pacientes (tomando en cuenta que este puntaje sería el esperado debido al SFM) y $59,15 \geq 8,70$ para GC ($p < .03$). La presencia de síntomas de alexitimia medido con el instrumento TAS-20 el

Grupo de Pacientes presentó puntajes significativamente más altos en comparación con el Grupo Control, aunque ambos grupos tuvieron puntuaciones muy próximas a la media con valor de intervalo inclusivo del instrumento. El estudio no refirió conflictos o limitaciones al haber realizado la investigación (Avila et al., 2014).

Se desarrolló un estudio, donde se hizo una comparación de 55 mujeres con SFM que cumplieron los criterios del Colegio Americano de Reumatología y 34 mujeres saludables, los grupos fueron equivalentes en edad, índice de masa corporal o nivel educativo. Se utilizaron los siguientes cuestionarios: Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), Cuestionario de personalidad Eysenck revisado abreviado (EPQR-A), Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (SATI), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Puntuación de gravedad de la fatiga Fisk (FFSS), Cuestionario de Salud (SF-36), Cuestionario de estrategias de afrontamiento (CSQ), Cuestionario McGill Pain (MPQ), Índice de valoración del Dolor (PRI-S), Cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ) y Cuestionario de Calidad de Sueño de Oviedo (COS), administrados en dos sesiones. Se utilizó el Análisis de varianza multivariable (MANOVA) donde se obtuvieron resultados en TAS-20 factores de dificultad para identificar sentimientos y dificultades para describir sentimientos como puntaje total más altos en el grupo de SFM comparado con mujeres sanas, con un nivel de significancia estadísticamente $p < .001$ en ambos factores (Montoro et al., 2016).

3.7 Antecedentes de Fibromialgia (SFM), dolor crónico y Alexitimia

Se llevó a cabo un estudio en tres grupos, el primero grupo conformado por 50 pacientes con SFM, el segundo formado por 20 pacientes con un diagnóstico de Artritis reumatoide (AR) y el tercer grupo fue de 42 pacientes sin ningún padecimiento de dolor; se aplicaron las siguientes pruebas: Escala de Calificación Verbal (VAS), Cuestionario de Impacto en Fibromialgia (FIQ), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de

Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y el Inventario de Expresiones del Rasgo del Estado de Ira (STAXI).

Donde se realizó el análisis de covarianza (ANCOVA) en los grupos de SFM y AR donde se encontró que hubo una diferencia significativa en los pacientes con SFM y controles sanos presentando dificultad para identificar los sentimientos y en las puntuaciones totales, con un nivel de significancia de $p < .001$. Pacientes con SFM tienen niveles más elevados de alexitimia en comparación con los pacientes que padecen AR con una significancia de $p < .01$, además que la dificultad para identificar sentimientos en lugar de otras dimensiones de la alexitimia parece estar asociada en pacientes con Fibromialgia principalmente (Sayar et al., 2004).

Se realizó un estudio conformado por tres grupos, en el primer grupo con 48 pacientes con un diagnóstico de FM, el segundo con 36 pacientes de medicina general y en el tercero con 43 pacientes con un diagnóstico de artritis reumatoide; se les aplicaron Inventario de Depresión de Beck (BDI) y Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20); posteriormente se llevó a cabo la prueba de ANOVA y se obtuvo que la prevalencia de alexitimia en pacientes con el SFM es del 44%, en pacientes con artritis reumatoide es del 21% ($p < .006$) y el grupo de medicina general es del 8% ($p < .001$). Pacientes con Fibromialgia son más propensos que pacientes de medicina general o pacientes con reumatoide en presentar dificultad para identificar y describir sentimientos, y tener puntuaciones más altas de alexitimia, como limitación del estudio fue que los pacientes con SFM no fueron diagnosticados por el Colegio Americano de Reumatología (ACR), sino que fueron inscritos en el estudio basado en el hecho de que su médico tratante creyó que tenían Fibromialgia (Steinweg et al., 2011).

Se llevó a cabo un estudio conformado por tres grupos el primer grupo con 70 pacientes con un diagnóstico de FM, el segundo grupo con 56 pacientes diagnosticadas con dolor crónico de espalda baja (CLBP) y el tercer grupo formado por 72 controles sin ningún tipo de dolor; se les aplicó: el Inventario Breve de Síntomas (BSI), Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y el Cuestionario de Interpretación de Síntomas (SIQ); para el análisis se un ANCOVA, donde se obtuvo que el nivel de alexitimia en pacientes con SFM tiene relación a anomalías físicas y atribuciones psicológicas; las atribuciones psicológicas se relacionan a mayor nivel de alexitimia en el SFM y las atribuciones somáticas a mayor nivel en dolor crónico. Las puntuaciones de alexitimia fueron significativamente más altas en el grupo de Fibromialgia, comparado con los otros dos grupos. Se recomienda para estudios futuros la evaluación de la alexitimia a través de una entrevista estructurada para tener un mejor entendimiento (Tuzer et al., 2011).

En un estudio de Maestría y Doctorado en Psicología, UNAM, se realizó una evaluación en 33 mujeres con SFM, con el objetivo de identificar cómo se comportaron las variables psicológicas y clínicas en estas mujeres; se utilizaron los siguientes instrumentos: Examen Cognitivo “Mini-Mental”, Cuestionario Breve de dolor – versión corta, Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (S-FIQ), Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad (ML-STAXI), Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) y la Escala de Catastrofización Ante el Dolor (ECAD); se obtuvieron como resultados dolor moderado a intenso, presencia de afectación emocional (ansiedad elevada y depresión moderada), mala calidad de sueño, deterioro en funcionalidad, impacto en calidad de vida de moderado a severo (Galán-López, 2016).

Como conclusión de las investigaciones pasadas el nivel de alexitimia en pacientes con Fibromialgia y dolor crónico está presente en mayor grado al ser comparado en pacientes sin ningún tipo de dolor, también se encuentra asociada a la intensidad del dolor, niveles de ansiedad y depresión; el no poder comunicarse de una mejor manera con respecto a las emociones y sensaciones que puedan llegar a presentar, por lo cual es importante tomar en cuenta estas investigaciones con el objetivo de poder identificar si los niveles de alexitimia también están presente en las mujeres evaluadas.

3.8 Justificación

Las intervenciones psicológicas en pacientes con Fibromialgia son particularmente difíciles porque muchas de estas mujeres llegan a presentar niveles elevados de depresión, ansiedad y en ocasiones poco apoyo por parte de sus familiares; cuando una persona que recibe atención psicológica presenta alexitimia, la intervención debe ajustarse de tal manera que las personas con niveles elevados pueden detectar emociones y sentimientos, aprender a asimilar esta emoción y cómo es que a veces las expresan. Si la persona presenta Fibromialgia y además alexitimia, esto complica aún más la intervención donde se les enseñe a los pacientes con ambos padecimientos a comprender y autorregular sus emociones, de tal manera que los niveles de ansiedad, depresión y poco apoyo familiar, se puedan manejar, buscando herramientas para disminuirlo y poder solucionar los problemas que se presente.

Conocer si las pacientes con Fibromialgia tienen mayores niveles de alexitimia permitirá el diseño e implementación de intervenciones con características particulares y diferenciadas del resto de la atención clínica a pacientes con dolor en la clínica en la que se realizó la investigación ya que el tratamiento de estas mujeres sería específico, teniendo un nuevo abordaje y técnicas empleadas en el entrenamiento en la identificación y expresión de

emociones; por lo cual es importante identificar si la alexitimia es un padecimiento asociado al dolor crónico o cómo es que estos se manifiestan en las patologías de dolor crónico.

3.9 Objetivo general

Identificar los niveles de alexitimia en tres grupos: pacientes mujeres con Fibromialgia (casos) en contraste con pacientes mujeres con dolor crónico de diagnóstico diferente a Fibromialgia y mujeres sin ningún tipo de dolor (grupos de comparación), en un hospital de la Ciudad de México, buscando tener grupos equivalentes en edad, escolaridad y estado civil.

3.9.1 Objetivos específicos

Comparar los niveles de alexitimia en pacientes con Fibromialgia en contraste con pacientes con dolor crónico.

Comparar los niveles de alexitimia en pacientes con Fibromialgia en contraste con mujeres sin ningún tipo de dolor.

Comparar los niveles de alexitimia en pacientes mujeres con dolor crónico en contraste con mujeres sin ningún tipo de dolor.

Método

4.1 Pregunta de investigación

¿El nivel de alexitimia es mayor en pacientes mujeres con el Síndrome de Fibromialgia en comparación con pacientes mujeres con dolor crónico y mujeres sin ningún tipo de dolor?

4.2 Hipótesis

H_i: Pacientes mujeres con diagnóstico del Síndrome de Fibromialgia tienen mayores niveles de alexitimia en comparación con pacientes mujeres con dolor crónico y mujeres sin ningún tipo de dolor.

H₀: Pacientes mujeres con diagnóstico del Síndrome de Fibromialgia no tienen mayores niveles de alexitimia en comparación con pacientes mujeres con dolor crónico y mujeres sin ningún tipo de dolor.

4.3 Tipo de estudio, diseño y muestra

Estudio cuantitativo, diseño estudio de casos y controles, observacional descriptivo, prospectivo, transversal con muestreo no probabilístico de casos tipo (Sampieri, Collado & Lucio, 2013).

4.4 Variable. Alexitimia

4.4.1 Definición conceptual

Etimológicamente significa la “falta de palabras para las emociones”; el psiquiatra Peter Sifneos (1973), lo define como un trastorno que imposibilita a la persona detectar sus propias emociones y por lo tanto darle un nombre a la hora de expresarlas verbalmente: las personas alexitímicas son incapaces de reconocer y poner nombre a sus emociones (Arancibia & Behar, 2014).

4.4.2 Definición operacional

Se utilizó la Escala de Toronto de Alexitimia (TAS-10, por sus siglas en inglés) fue creada por Taylor y colaboradores en 1985 (Sáez y Tizando, 2012) y posteriormente Weisel (2007) realizó una validación donde el instrumento se compone de 10 ítems y dos factores centrados en la dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos y la dificultad para describir los sentimientos. Ver Anexo 1 (Instrumento).

4.5 Instrumento

El instrumento más utilizado para medir el constructo de alexitimia es la Escala de Alexitimia de Toronto, conocida como TAS-20 (por sus siglas en inglés), creada por Taylor y colaboradores en 1985, cuenta con 41 reactivos y se compone cinco factores, posteriormente nuevamente fue adaptada en 1994 por el mismo autor, y quedó con un total de 20 reactivos compuesto por tres factores centrado en dificultad para identificar sentimientos conformada por los ítems 2, 4, 11, 12, y 17; dificultad para describir sentimientos conformada por los siguientes ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14, y pensamiento orientado a lo externo conformada por los ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20 (Sáez & Tizando, 2012); el TAS 20 se califica en una escala tipo Likert de uno a cinco, donde cero es muy en desacuerdo y cinco muy de acuerdo, a excepción de los ítems 4, 5, 10, 18 y 19 debido a que se califica de manera inversa, las puntuaciones obtenidas oscilan entre un rango comprendido entre 20 y 100 puntos, siguiendo las normas internacionales por uno de los autores, se establecieron los siguientes puntos de corte: una puntuación de 20 a 51 sirve para identificar a un sujeto no alexitímico, un puntaje de 52 a 60 da cuenta de la presencia de rasgos alexitímicos y un puntaje igual o superior a 61 identifica a un sujeto con alexitimia (Taylor, 1994).

Posteriormente Weisel (2007) realizó una validación donde el instrumento final quedó construido por 10 reactivos y dos factores centrados en la dificultad para identificar

sentimientos y diferenciarlos y la dificultad para describir los sentimientos, obteniendo una confiabilidad con Alfa de Cronbach del .778 y el 42.51% representa la varianza explicada. De acuerdo en esta nueva adaptación se construyó una clasificación de niveles de alexitimia que se encuentran en escala ordinal.

El TAS-10 está conformado por 10 ítems, se puntúa a través de una escala tipo Likert de cero a cinco, donde cero es muy en desacuerdo y cinco es muy de acuerdo, se compone de dos factores principales, el primer factor es la Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la activación emocional conformada por los ítems 3, 4, 5, 8 y 9 y el segundo factor es Dificultad para describir los sentimientos a los demás conformada por los ítems 1, 2, 6, 7, y 10, siendo calificados de 0 a 5 a excepción del ítem 2 debido a que se califica de manera inversa, entre mayor puntuación se encontraran niveles de alexitimia mayores, tomando en cuenta la siguiente tabla para conversión de una puntuación, donde se tomó en cuenta el puntaje por cada factor como se muestra en la tabla 7 y el puntaje total para definir el rango en el cual se ubica cada uno de los participantes, se muestra en la Tabla 8 (Weisel, 2007).

Tabla 7

Nivel de Alexitimia para cada factor según el percentil obtenido

Percentil	Factor 1	Factor 2	Rango
5	.0000	.2000	Alexitimia Nula
25	.6000	1.0000	Poca
50	1.2000	1.8	Moderada
75	2.0000	2.6	Alta
95	3.2000	3.8	Alexitímico (a) totalmente

Fuente: Weisel, M. (2007).

Tabla 8

Nivel de Alexitimia total según el percentil obtenido

Percentil	Puntaje	Rango
5	.3000	Alexitimia Nula
25	.9000	Poca
50	1.5000	Moderada
75	2.0000	Alta
95	3.2000	Alexitímico (a) totalmente

Fuente: Weisel, M. (2007).

4.6 Participantes

Se evaluaron a 87 participantes (mujeres) distribuidos en tres grupos, el primer grupo de 30 participantes se formó con mujeres caracterizadas por tener el diagnóstico de Fibromialgia indicado por médicos especialistas; en el segundo grupo de 30 participantes conformado por pacientes con dolor crónico no explicado por la Fibromialgia (neuralgia post herpes zóster, Neuropatía diabética, osteoporosis, y otros padecimientos; Ver Tabla 9) y el tercer grupo, de 27 participantes, se formó de participantes sin ningún tipo de dolor. Los primeros dos grupos se formaron de pacientes atendidos por primera vez o en seguimiento en una Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos de la Ciudad de México, evaluados en el periodo de diciembre del 2017 a mayo del 2018. Las mujeres sin dolor crónico o Fibromialgia que formaron el tercer grupo fueron invitadas a participar entre amigas y/o familiares de las propias pacientes de forma presencial y además se lanzó la solicitud de contestar una escala de alexitimia vía Facebook (redes sociales del servicio en el que se realizó la investigación y de la investigadora principal) o correo electrónico. Estas solicitudes electrónicas también se corrieron entre diciembre 2017 a mayo 2018.

Tabla 9

Frecuencias de diagnósticos obtenidos en pacientes mujeres del grupo de dolor crónico

Diagnóstico de la Clínica del Dolor	Frecuencia (n=30)
Neuralgia post herpes zóster	6
Neuropatía Diabética	3
Osteoporosis	2
Hernia Discal	2
Migraña	2
Otros padecimientos	15

El grupo de pacientes con diagnóstico de Fibromialgia estuvo conformado por mujeres, con edad entre los 23 y los 65 años, con una media de 49.63 y una DE= 9.59 años; la mayoría de las participantes estaban casadas, contaban con educación secundaria y conocían su diagnóstico en promedio cuatro años previos a la evaluación. Para una descripción detallada de las características sociodemográficas de las participantes ver Tabla 10.

Tabla 10

Datos sociodemográficos en pacientes con diagnóstico de Fibromialgia

Pacientes con diagnóstico de Fibromialgia	
Estado civil	Frecuencia (n=30)
Soltera	8
Casada	16
Unión libre	3
Divorciada	2
Viuda	1
Escolaridad	
Primaria	3
Secundaria	9
Preparatoria trunca	2
Preparatoria completa	4
Carrera técnica	6
Universidad trunca	3
Universidad completa	2
Posgrado	1

El grupo de pacientes con diagnóstico de dolor crónico no explicado por la Fibromialgia estuvo conformado por mujeres entre de 23 y 65 años, con una media de 52.73 y una DE= 10.26 años, la mayoría de las participantes estaban casadas y contaban con una educación secundaria. Para una descripción detallada de las características sociodemográficas de las participantes ver Tabla 11.

Tabla 11

Datos sociodemográficos en pacientes con diagnóstico de dolor crónico no explicado por la Fibromialgia

Pacientes con diagnóstico de Dolor Crónico no explicado por la Fibromialgia	
Estado civil	Frecuencia (n=30)
Soltera	6
Casada	13
Unión libre	2
Divorciada	3
Viuda	6
Escolaridad	
Primaria	4
Secundaria	8
Preparatoria trunca	1
Preparatoria completa	5
Carrera técnica	7
Universidad trunca	1
Universidad completa	4

El grupo de pacientes sin ningún tipo de dolor estuvo conformado por 27 mujeres, entre una edad de 23 a 65 años, con una media de 47.96 y una DE= 10.39, la mayoría de las participantes estaban casadas y contaban con una educación secundaria. Para una descripción detallada de las características sociodemográficas de las participantes ver Tabla 12.

Tabla 12

Datos sociodemográficos en pacientes sin ningún tipo de dolor

Pacientes sin ningún tipo de dolor	
Estado civil	Frecuencia (n=27)
Soltera	6
Casada	13
Unión libre	3
Divorciada	4
Viuda	3
Escolaridad	
Secundaria	10
Preparatoria trunca	1
Preparatoria completa	4
Carrera técnica	4
Universidad trunca	4
Universidad completa	2
Posgrado	2

4.6 Procedimiento

1. Debido a que la evaluación de alexitimia es una práctica clínica habitual en la Clínica de Dolor y que corresponde con la ruta de atención el comité de investigación no consideró necesario someterse a evaluación pero si se presentó un consentimiento informado a las participantes.

2. Conformación del Grupo con Fibromialgia

2.1 La investigadora principal presentó al área médica de la Clínica del Dolor los objetivos de la investigación

2.2 Las pacientes referidas a la valoración fueron informadas acerca de los objetivos generales, se les destacó que las respuestas eran confidenciales y sólo se emplearían con fines de investigación.

2.3 Las pacientes fueron evaluadas en un consultorio cerrado, como parte de la evaluación inicial o de seguimiento, en un horario de 9 a 13 horas correspondientes al horario de la clínica.

2.4 Se leyó en voz alta las indicaciones de la prueba y se entregó el formato de la evaluación. Al finalizar se agradeció la participación.

2.5 Ya conformado el grupo de Fibromialgia se recabaron en una tabla datos sociodemográficos como la edad, escolaridad y estado civil, obteniendo así las principales características a considerar en el grupo sin dolor crónico.

3. Conformación del Grupo de Dolor Crónico sin Fibromialgia

3.1 Al obtener las características sociodemográficas de las pacientes con Fibromialgia se construyó una tabla para la formación de un grupo de comparación (parecidos en edad, escolaridad y estado civil) sin Fibromialgia, pero sí con dolor crónico resultado de otras patologías.

3.2 Posteriormente, y teniendo presente esta tabla, se invitó a participar a pacientes mujeres de la clínica del dolor con diagnósticos diferentes a Fibromialgia. Se siguió el mismo procedimiento para la aplicación de la escala ya descrito para el grupo con Fibromialgia.

4. Conformación del Grupo sin dolor crónico

4.1 Una vez obtenidas las características sociodemográficas de las pacientes con dolor por Fibromialgia se construyó una tabla para la identificación de controles.

4.2 Ésta fue distribuida por vía electrónica y redes sociales (Paliativos Gea, Facultad de Psicología UNAM, Facultad de Psicología – UNAM Alumnos y Exalumnos, Facultad de Psicología Ciudad Universitaria) con el objetivo de reclutar participantes.

4.3 La Escala de Alexitimia se trasladó a un formulario de Google Forms y la liga al mismo estaba anexa a la tabla de requerimientos para la participación. En la presentación de

la tabla y liga electrónica se destacaba que el objetivo de la investigación era identificar estrategias de la expresión en emociones.

4.7 Consideraciones bioéticas en la investigación

La evaluación de alexitimia formó parte de una evaluación mayor de variables psicológicas en pacientes con Fibromialgia por lo que solicitó consentimiento informado a las participantes para la evaluación general.

Aquellas participantes que manifestaron malestar emocional durante la evaluación fueron atendidas durante la sesión por parte del servicio de psicología de la clínica del dolor y en caso necesario fueron incluidas en la atención psicoterapéutica habitual.

Se tomaron en cuenta los preceptos principialistas de la bioética:

1. Beneficencia: teniendo la obligación de prevenir o aliviar el daños, obrando en función del bienestar de las personas usuarias de los servicios de salud, brindando servicios de calidad, atención respetuosa en condiciones credos o ideología.

2. No maleficencia: realizando un análisis riesgo/beneficio ante la toma de decisiones y evitando la prolongación innecesaria del proceso de muerte, respetando la integridad física y psicológica de la vida humana.

3. Autonomía: respetando los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente; es la base entre personas usuarias de los servicios de salud del hospital y el personal.

4. Justicia: obligación de dar a cada quien lo que necesita, realizando una adecuada distribución de los recursos, proveer a cada paciente del hospital un adecuado nivel de atención y garantizar una apropiada atención de salud (Beauchamp & Childress 2001).

Además se adjuntan los riesgos y beneficios de la investigación en la Tabla 13.

Tabla 13

Consideraciones éticas: riesgos y beneficios de los participantes

Riesgos	Beneficios (compensación de riesgos)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las preguntas eran realizadas por la evaluadora lo cual podría causar alguna incomodidad al respecto cuando se aplicaban. ✓ Las participantes podían experimentar malestar emocional durante la evaluación debido al contenido de la prueba. ✓ Las participantes no recibieron un pago económico por su participación. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los resultados pueden contribuir a una implementación para el tratamiento en pacientes que presenten algún padecimiento de dolor crónico diferente al SFM, el SFM y niveles elevados de alexitimia. ✓ El manejo de la información fue confidencial, tomando en cuenta las cuestiones bioéticas en las pacientes evaluadas. ✓ Cuando fue necesario, las participantes con Fibromialgia o dolor crónico no explicado por la Fibromialgia, fueron referidas a la atención psicológica como parte de la ruta de atención de la clínica del dolor.

Nota: Elaboración propia.

Resultados

Dado el objetivo de la presente investigación y el nivel de medición de la variable de estudio (Alexitimia) se realizó una comparación de las frecuencias del nivel de alexitimia entre el grupo de pacientes con SFM, el grupo de dolor crónico y mujeres sin dolor. Posteriormente se realizaron pruebas de post hoc del Kruskall Wallis entre los grupos, con el objetivo de ver entre qué grupos había diferencias estadísticamente significativas considerando un nivel de alfa de 0.05.

Previo al análisis de niveles de alexitimia se realizaron comparaciones entre los grupos respecto a las variables edad (ANOVA 1 factor), estado civil (Chi Cuadrada) y escolaridad (Kruskall Wallis), variables para las cuales no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por lo que se afirma que los grupos eran equivalentes en estas variables, como se observa en la Tabla 14.

Tabla 14

Valores de las comparaciones entre las diferentes variables

Variables /Prueba estadística	Resultado
Edad	F= 1.65
ANOVA (one way)	Significancia= .197 p < .05
Estado Civil	Significancia= .465
Chi cuadrada	p < .05
Escolaridad	Significancia= .633
Kruskall Wallis	p < .05

Nota: Elaboración propia.

Al analizar la variable alexitimia en general se encontró que el grupo de mujeres sin ningún tipo de dolor obtuvo una frecuencia moderada de alexitimia, siendo menor que los otros dos grupos; el grupo de dolor crónico obtuvo la mayor frecuencia de la categoría totalmente alexitímico, seguido del grupo de SFM. Al realizar el post hoc entre los grupos se encontraron diferencias significativas al comparar los grupos de mujeres con dolor crónico no explicado por Fibromialgia y mujeres sin ningún tipo de dolor grupo ($p < .000$), y en el grupo de mujeres con SFM y mujeres con padecimiento de dolor crónico ($p < .013$), y entre el grupo SFM y mujeres sin ningún tipo de dolor no existen diferencias estadísticamente significativas ($p < .199$), ver Figura 8.

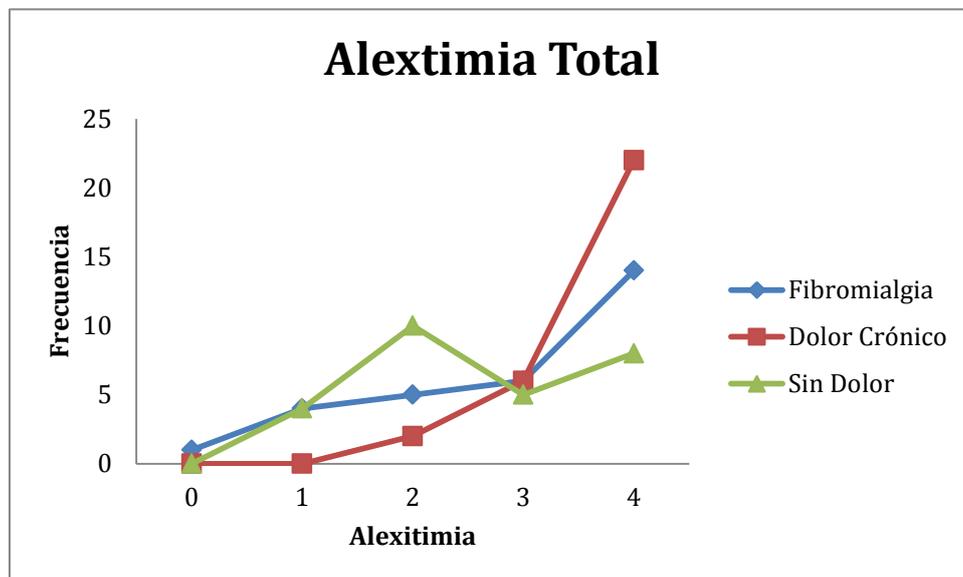


Figura 8. Frecuencia del nivel de alexitimia total en el grupo de Fibromialgia, dolor crónico no explicado por FM y grupo sin ningún tipo de dolor.

Nota: 0= Alexitimia nula, 1= Poca alexitimia, 2= Moderada alexitimia, 3= Alta alexitimia, 4= Alexitímico totalmente.

Analizando el factor de alexitimia, dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos, caracterizado por una falta en el reconocimiento emocional y no poder reconocer el tipo de emoción que se siente; se obtuvo la frecuencia en los tres grupos, en el

grupo sin ningún tipo de dolor obtuvo una frecuencia de poca alexitimia, el grupo con SFM presentó una mayor frecuencia en alta alexitimia y alexitímico totalmente y el grupo de dolor crónico no explicado por la Fibromialgia presentó una frecuencia en alta alexitimia. Al realizar el post hoc se encontraron diferencias significativas entre el grupo de mujeres sin ningún padecimiento de dolor y pacientes con dolor crónico ($p < .005$), al comparar los siguientes grupos no se obtuvieron diferencias significativas, el grupo de pacientes con SFM y dolor crónico no explicado por la Fibromialgia ($p < .339$) y en el grupo de mujeres sin ningún tipo de dolor y SFM ($p < .064$), ver Figura 9.

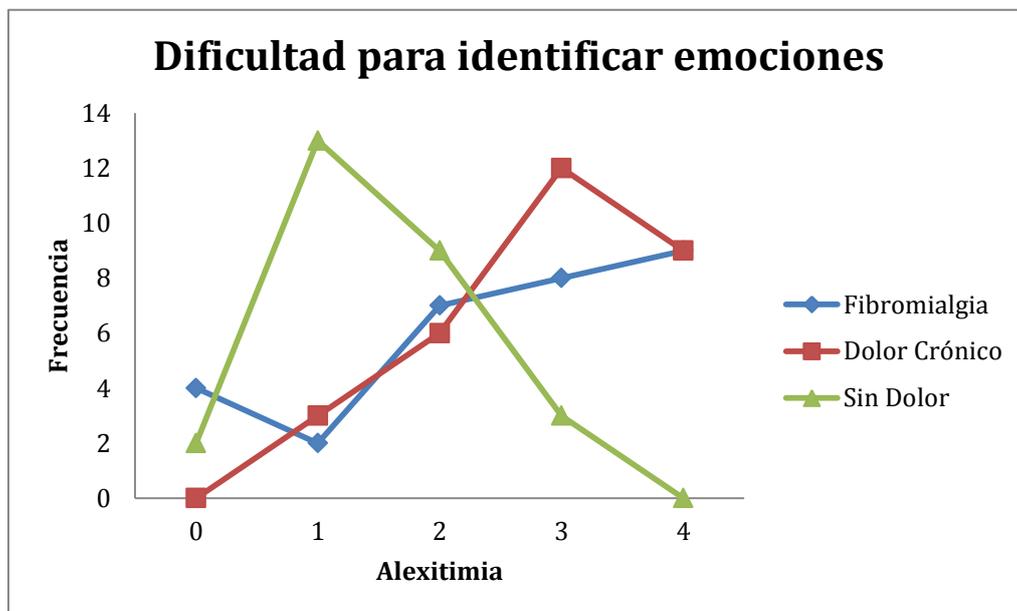


Figura 9. Frecuencia del nivel de alexitimia en la dificultad para identificar emociones, grupo de Fibromialgia, dolor crónico no explicado por FM y grupo sin ningún tipo de dolor. Nota: 0= Alexitimia nula, 1= Poca alexitimia, 2= Moderada alexitimia, 3= Alta alexitimia 4= Alexitímico totalmente.

Al comparar el factor de alexitimia en la dificultad para describir los sentimientos, caracterizado en presentar un problema para describir o expresarse emocionalmente ante alguna situación que se vaya a vivir o se haya vivido; se obtuvo la frecuencia en los tres grupos, los datos arrojaron que las mujeres sin ningún tipo de dolor presentaron poca

alexitimia, pacientes con SFM presentaron moderada alexitimia y pacientes con dolor crónico no explicado por el SFM presentaron alta alexitimia. Al realizar el post hoc donde se obtuvieron diferencias significativas entre el grupo de dolor crónico no explicado por la Fibromialgia y el grupo de mujeres sin ningún tipo de dolor ($p < .000$), y en los siguientes grupos no se obtuvieron diferencias significativas dolor crónico no explicado por la Fibromialgia y SFM ($p < .037$) y SFM y mujeres sin ningún tipo de dolor ($p < .144$) ver Figura 10.

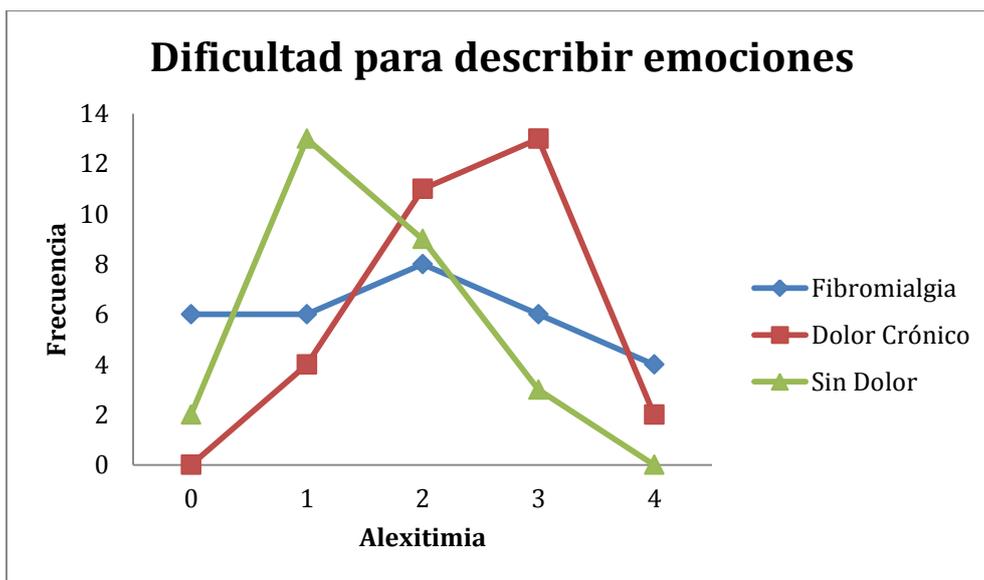


Figura 10. Frecuencia del nivel de alexitimia en la dificultad para describir emociones, grupo de Fibromialgia, dolor crónico no explicado por FM y grupo sin ningún tipo de dolor.

Nota: 0= Alexitimia nula, 1= Poca alexitimia, 2= Moderada alexitimia, 3= Alta alexitimia
4= Alexitímico totalmente.

Discusión y Conclusiones

6.1 Discusión

El objetivo de la presente investigación fue identificar y comparar los niveles de alexitimia en tres grupos, bajo el supuesto de que esta variable presentaría mayores niveles en pacientes mujeres con un diagnóstico de Fibromialgia en comparación con las pacientes mujeres que padecían dolor crónico no explicado por FM y mujeres sin padecimiento de dolor crónico. Se encontró que el grupo de mujeres con Fibromialgia no presenta más alexitimia en general, sino el grupo de dolor crónico no explicado por la Fibromialgia, además de presentar dificultad para identificar sentimientos y dificultad para describir emociones, debido a que las frecuencias arrojaron que se encontraban en alexitimia alta o alexitímico totalmente. Difiriendo con los reportes en otras investigaciones, como la de Sayer et al. (2004) que señalaron que el nivel de alexitimia era mayor en mujeres con Fibromialgia, comparado con los grupos de dolor crónico y pacientes sin dolor.

Del mismo modo se encontró que el dolor crónico mostró mayores niveles de alexitimia comparada con el grupo sin dolor, por lo cual se encontró que pacientes que tienen un diagnóstico de dolor crónico también tiene niveles altos de alexitimia, este dato había sido reportado previamente por Shibata et al. (2014) donde documentaron en su estudio niveles más altos de alexitimia en pacientes que reportaron algún tipo de dolor crónico en comparación con los pacientes que no reportaron dolor.

Finalmente se identificó pacientes que padecen dolor crónico, independientemente si son pacientes con un diagnóstico de SFM y dolor crónico no explicado por la Fibromialgia, presentan mayores niveles de alexitimia. Por lo cual el tener el SFM no es un sinónimo de tener alexitimia, sino que es, probablemente, el dolor crónico lo que se relaciona con mayores niveles de alexitimia, presentando mayor dificultad para el reconocimiento emocional, difiriendo así del estudio realizado por Tuzer et al. (2011), se encontró que en este estudio el

nivel de alexitimia fue significativo en pacientes con dolor. Aunque también se esperaba encontrar diferencias significativas en el grupo de pacientes con SFM y pacientes sin dolor crónico, por lo visto solo hubo diferencias en los grupos de dolor crónico no explicado por la Fibromialgia y sin ningún padecimiento de dolor.

Tomando en cuenta los factores que califica la escala se encontró de igual manera una mayor frecuencia en alta alexitimia en pacientes con dolor crónico no explicado por Fibromialgia; la diferencia entre cada uno de los factores es, el primer factor se caracterizó por presentar una dificultad para identificar sentimientos debido a una falta de reconocimiento emocional, ante la presencia de sensaciones no se identifica si es enojo, tensión o degradado; por otro lado está el segundo factor como una dificultad para describir sentimientos, donde es complicado añadir o explicar cómo se siente ante situaciones pasadas o futuras debido a que no se le puede dar un nombre en específico.

Por otra parte se considera a las emociones como algo social, por lo cual cabe mencionar que pacientes que presentan niveles altos de alexitimia, tendrán dificultades para relacionarse, por ejemplo en las relaciones interpersonales, interrumpirán la comunicación cuando los estado afectivos no sean los esperados, todo esto, tomando en cuenta que las emociones que favorecen los vínculos sociales e interpersonales se verían afectados por esta dificultad para distinguir y describir los sentimientos; además de las respuestas de evitación o confrontación se verían afectadas, tomando en cuenta que el tipo de comunicación puede ser más fluida entre las personas o cómo es que este se vería perjudicado (Chóliz, 2005).

Para concluir se considera que, en las personas con dolor crónico, niveles de alexitimia altos deberían de ser considerados como un motivo de consulta de la misma manera que se considera a niveles altos de sintomatología de ansiedad o depresión, esto debido a que tiene una importancia y una posible repercusión a futuro en su desempeño personal y social. Es importante destacar que esta consideración deberá tenerse no sólo con

quienes viven con Fibromialgia sino en general con las personas que padecen de alguna patología con dolor crónico.

6.2 Conclusiones

Se concluyó que las participantes con dolor crónico no explicado por Fibromialgia presentaron frecuencia alta alexitimia o alexitimia total, por lo tanto difiere de la hipótesis de investigación, ya que las pacientes con Fibromialgia no presentan mayores niveles, pero si presentan niveles superiores que las pacientes sin ningún tipo de dolor, tanto en la escala en general como en los factores caracterizados por presentar una alta alexitimia para identificar sentimiento y diferenciarlos (factor 1) y una dificultad para describir los sentimientos (factor 2).

Finalmente se llegó a la conclusión de que las pacientes con dolor crónico no explicado por Fibromialgia, y pacientes con Fibromialgia presentaron niveles mayores de alexitimia en comparación con las pacientes sin ningún tipo de dolor, debido al factor de dolor crónico que ambas pacientes presentaron al momento de la evaluación debido a los diagnósticos que padecen; por lo cual tener niveles elevados de alexitimia no es una particularidad única en pacientes con SFM, ya que como vimos anteriormente, no se limita en estas pacientes, sino que puede ser una variable que está presente en aquellos pacientes que padecen dolor crónico en general, la atribución que se le puede dar al haber obtenido estos resultados, puede ser a que debido a la manifestación del dolor era tan insoportable al momento de la evaluación que las pacientes no tuvieron el mismo reconocimiento emocional, que cuando la presencia del dolor es menor.

6.3 Limitaciones

Como parte de las limitaciones en la siguiente investigación fueron, primero el grupo de dolor crónico no explicado por la Fibromialgia, no es igual, debido a los diferentes tipos de padecimientos que se presentan, ya que debería de ser un padecimiento específico para hacer la comparación, ya que algunos de los diagnósticos presentan algunas similitudes al respecto con la Fibromialgia.

En segundo se encontró como limitante el hecho de no saber con exactitud si el grupo de mujeres sin padecimiento de dolor crónico en realidad cumplen con esta característica, ya que no hubo una revisión médica o no se cuenta con un historial médico como en el grupo de pacientes con SFM o dolor crónico que afirmen por completo que eran mujeres sin algún padecimiento de dolor crónico.

La tercera limitación con la que cuenta la investigación es el diseño del estudio y el número de participantes con las que se contaron, debido a que es una muestra reducida, los resultados no podrán ser generalizados a la población.

La cuarta limitación fue la aplicación del instrumento por vía electrónica en mujeres sin dolor crónico.

6.4 Aportaciones y líneas futuras de investigación

La aportación principal de la presente investigación fue evidenciar la presencia de alexitimia en pacientes con dolor crónico, independientemente del tipo de patología que se llegue a presentar, por lo tanto se tendrá en cuenta como un rasgo al momento de la intervención empleada, en pacientes con presencia de dolor crónico (Fibromialgia u otro padecimiento y niveles altos de alexitimia), debido a que puede tener repercusiones en el tratamiento psicológico, y como es que se pueden emplear diferentes técnicas para tratar a pacientes que presenten niveles altos de alexitimia.

Se propone indagar si el nivel de alexitimia se da en pacientes con dolor crónico en general (hombres y mujeres) de la misma forma en que se presentó en este estudio, llevando a cabo una investigación si hay una predominancia del nivel de alexitimia en hombres o mujeres, o si es un padecimiento que se presenta de manera homogénea.

También se propone comparar y relacionar los niveles de ansiedad y depresión en alexitimia y si es que existen estas sintomatologías en pacientes con dolor crónico y pacientes sin algún tipo de dolor, tomando en cuenta una investigación previa donde afirma que pacientes con niveles altos de ansiedad tienen mayores niveles de alexitimia.

Referencias

- Ablin, J. N., & Buskila, D. (2015). Update on the genetics of the fibromyalgia syndrome. *Best practice & research Clinical rheumatology*, 29(1), 20-28. doi: [10.1016/j.berh.2015.04.018](https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.04.018)
- Aguado, L. (2014). *Emoción, afecto y motivación*. Madrid, España: Alianza
- Alegre, C., García, C. J., & Tomás, F. M (2010). Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 38(2), 108-120. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/11/62/ESP/11-62-ESP-108-120-216209.pdf>
- Alegre, C., López, M., Campos, S., & Brat, M. (2014). Abordaje de la Fibromialgia en la práctica clínica. *En La Práctica Clínica. Psicobioquímica*. 3, 27-37. Recuperado de www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/fibromialgia/001/02.pdf
- Andre, J., Zeau, B., Pohl, M., Cesselin, F., Benoliel, J. J., & Becker, C. (2005). Involvement of cholecystokinergic systems in anxiety-induced hyperalgesia in male rats: behavioral and biochemical studies. *Journal of Neuroscience*, 25(35), 7896-7904. doi: [10.1523/JNEUROSCI.0743-05.2005](https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0743-05.2005)
- Ángel, D., Martínez, I., & Saturno, P.J. (2016). Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática. *Reumatología Clínica*, 12 (2), 65–71. doi: [10.1016/j.reuma.2015.06.001](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2015.06.001)
- Arancibia, M., & Behar, R. (2015). Alexitimia y depresión: evidencia, controversia e implicancias. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*. 53(1), 24-34. doi: [10.4067/S0717-92272015000100004](https://doi.org/10.4067/S0717-92272015000100004)

- Atkinson, R.C., & Shiffrin, R.M. (1968). Human memory: a proposed system and its control processes. *Psychology of Learning and Motivation*, 2, 89-195. doi:[10.1016/S0079-7421\(08\)60422-3](https://doi.org/10.1016/S0079-7421(08)60422-3)
- Avila, L. A., de Araujo Filho, G. M., Guimarães, E. F., Gonçalves, L. C., Paschoalin, P. N., & Aleixo, F. B. (2014). Caracterização dos padrões de dor, sono e alexitimia em pacientes com fibromialgia atendidos em um centro terciário brasileiro. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 54(5), 409-413. doi: [10.1016/j.rbr.2014.03.017](https://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.03.017)
- Bradley, L. A. (2009). Pathophysiology of fibromyalgia. *The American journal of medicine*, 122(12), S22-S30. doi: [10.1016/j.amjmed.2009.09.008](https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2009.09.008)
- Benedetti, F., Amanzio, M., Vighetti, S., & Asteggiano, G. (2006). The biochemical and neuroendocrine bases of the hyperalgesic placebo effect. *Journal of Neuroscience*, 26(46), 12014-12022. doi: [10.1523/JNEUROSCI.2947-06.2006](https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2947-06.2006)
- Bericat, E. (2012). Emociones. *Sociopedia.isa*, 1-13. doi: [10.1177/205684601261](https://doi.org/10.1177/205684601261)
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=_14H7MOw1o4C&oi=fnd&pg=PR9&dq=Principles+of+biomedical+ethics&ots=1wWg5JziTt&sig=fmrlr3J7uJvHQsKbOXelAbSSXmQ#v=onepage&q=Principles%20of%20biomedical%20ethics&f=false
- Borchers, A. T., & Gershwin, M.E. (2015). Fibromyalgia: a critical and comprehensive review. *Clin Rev Allergy Immunol*, 49(2), 100-151. doi: [10.1007/s12016-015-8509-4](https://doi.org/10.1007/s12016-015-8509-4)
- Bourdin, G. L. (2016). Antropología de las emociones: conceptos y tendencias. *Revista de Ciencias Antropológicas*, 55-74. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/351/35149890004/>

- Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G., & Trillo-Mata, J. L. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina clinica*, 149(10), 441-448. doi: [10.1016/j.medcli.2017.06.008](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008)
- Castaño, B. M. Y. (2017). *Papel de la melatonina en la fibromialgia y alteraciones asociadas*. (Tesis doctoral, Universidad de Extremadura). Recuperado de <http://fibro.pro/wp-content/uploads/2017/07/145.pdf>
- Cervera, G. (2011). Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos y ansiosos. *Clínica del Sistema Nervioso*. Recuperado de http://clinica-snc.com/files/2011/02/Libro_depresion_y_ansiedad_2aED.pdf
- Cervigni, M., & Vivas, J. (2014). Aportes teóricos de la psicología cognitiva para la construcción de una nueva economía científica. *Revista de Psicología*, 10(20). Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/aportes-teoricos-psicologia-cognitiva.pdf>
- Chaves, H. D. (2013). Actualización en fibromialgia. *Medicina Legal de Costa Rica*, 30(1), 83-88. Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v30n1/art08v30n1.pdf>
- Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. *Universidad de Valencia*, 1-34. Recuperado de <https://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Clauw, D. J. (2014). Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA*, 311(15), 1547-1555. doi: [10.1001/jama.2014.3266](https://doi.org/10.1001/jama.2014.3266)
- Collado, A., Torres, X., Arias, A., Solé, E., Salom, L., Gómez, E., & Arranz, L. (2016). *La Fibromialgia Consejos y tratamientos para el bienestar*. Barcelona, España: Amat Editorial.
- Cortada, A. K. (2016). Relaciones entre emoción y cognición. *Revista de Psicología y psicopedagogía*, 1(1), 69-88. Recuperado de <http://p3.usal.edu.ar/index.php/psicol/article/download/3805/4741>

- Covarrubias-Gómez, A., & Carrillo-Torres, O. (2016). Actualidades conceptuales sobre fibromialgia. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 39(1), 58-63. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cma161g.pdf>
- Deare, J. C., Zheng, Z., Xue, C. C., Liu, J. P., Shang, J., Scott, S. W., & Littlejohn, G. (2013). Acupuncture for treating fibromyalgia. The Cochrane database of systematic reviews, 5, CD007070. doi: [10.1002/14651858.CD007070.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007070.pub2)
- De la Serna, J. (2015). *Alexitimia un mundo sin emociones*. Recuperado de http://api.ning.com/files/fH6N20pMV3h3qB2uPWe*hkCnfSe8QpSLR1dK6RWro8qQZoFIAr6ZARsdhxCGA1hvIPm-1-Dj-7EB0jnYgTclriaV*SOMtpeU/ALEXITIMIA.UnMundoSinEmociones80.pdf
- Dommerholt, J., & Fernández De las Peñas, C. (2013). Punción seca de los puntos gatillo. *Una estrategia clínica basada en la evidencia*. doi: [10.1016/C2013-0-01333-3](https://doi.org/10.1016/C2013-0-01333-3)
- Figueroba, A. (Mayo 2017). *Alodinia: tipos, causas y trastornos relacionados*. [Entrada de Blog] Recuperado de <https://psicologiaymente.net/clinica/alodinia>
- Figueroba, A. (Julio 2017). *Hiperalgia: incremento en la sensibilidad al dolor*. [Entrada de Blog] Recuperado de <https://psicologiaymente.net/clinica/hiperalgia>
- Fros C. F. (2013). *Ciencias de las emociones*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ediciones B.
- Galán-López, N. Q. (2016). Cap. 47 Variables psicológicas presentes en mujeres mexicanas con Síndrome de Fibromialgia. En Padilla-Vargas, M. A (Coord.), *Investigación en Psicología básica y aplicada: avances y perspectivas* (pp. 713-718). México, Guadalajara: Centro de Estudios e Investigaciones en Comportamiento Universidad de Guadalajara.

- Gámez-Iruela J., & Sedeño-Vidal A. (2013). Efectividad de la fisioterapia en el abordaje de la fibromialgia. *Revisión bibliográfica. Fisioterapia*, 35(5), 224-231. doi: [10.1016/j.ft.2013.01.009](https://doi.org/10.1016/j.ft.2013.01.009)
- García-Allen. (2016). *Alexitimia la incapacidad para decir “te quiero”*. [Entrada de blog] Recuperado de <https://psicologiaymente.com/clinica/alexitimia-te-quiero>
- García-Bardón, F., Castel-Bernal, B., & Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología Clínica*, 2(1), 38-43. doi: [10.1016/S1699-258X\(06\)73081-9](https://doi.org/10.1016/S1699-258X(06)73081-9)
- García, D. Á., Nicolás, I. M., & Hernández, P. J. S. (2016). Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática. *Reumatología Clínica*, 12(2), 65-71. doi: [10.1016/j.reuma.2015.06.001](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2015.06.001)
- Garzón, H. J., & Gavilán M. E. (2018). Actualización en Medicina de Familia. *Fibromialgia*, 14(3), 145-152. Recuperado de <http://www.comcordoba.com/wp-content/uploads/2018/05/Fibromialgia.-AMF-2018.pdf>
- Gelonch, O., Garolera, M., Rosselló, L., & Pifarré, J. (2013). Disfunción cognitiva en la fibromialgia. *Rev Neurol*, 56(11), 573-588. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2013016>
- Gilbert, S. J., & Burgess. P. W. (2008) Executive Function. *Curr Biol*, 18(3), 110-114. doi: [10.1016/j.cub.2007.12.014](https://doi.org/10.1016/j.cub.2007.12.014)
- Giesecke, T., Williams, D. A., Harris, R. E., Cupps, T. R., Tian, X., Tian, T. X., ... & Clauw, D. J. (2003). Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis & Rheumatism*, 48(10), 2916-2922. doi: [10.1002/art.11272](https://doi.org/10.1002/art.11272)

- Goldenberg, D.L. (2016). *Pathogenesis of fibromyalgia*. UpToDate. Recuperado de <http://www.UpToDate.com>
- Goleman, D. (2008). *Inteligencia Emocional*. Barcelona, España: Kairós, S.A.
- Goleman, D. (2012). *El cerebro y la inteligencia emocional: nuevos descubrimientos*. Barcelona, España: Ediciones B.
- Gómez, P. O., & Calleja, B. N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96-117. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2016/mip161g.pdf>
- González, E., Elorza, J., & Failde, I. (2010). Comorbilidad psiquiátrica y fibromialgia. Su efecto sobre la vida de los pacientes. *Actas Españolas de psiquiatría*, 38(5). 295-300. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/11/67/ESP/11-67-ESP-295-300-553596.pdf>
- González, S. (2017). Propiedades psicométricas de la escala de Alexitimia de Toronto en universitarios del distrito de Lima (tesis de pregrado). Universidad César Vallejo, Lima. Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/292/aguilar_pv.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- González, M. (2014). Dolor Crónico y Psicología: actualización. *Revista Clínica Las Condes*. 25(4), 610-617. doi: [10.1016/S0716-8640\(14\)70081-1](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70081-1)
- Guzmán-Silahua, S., Muñoz-Gaytán, D. E., Mendoza-Vázquez, G., Orozco-Barocio, G., Rodríguez-Ruiz, J. A., García de la Torre, I., ... & Nava-Zavala, A. H. (2018). Fibromialgia. *El Residente*, 13(2), 62-67. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2018/rr182d.pdf>

- Harker, K. T., Klein, R. M., Dick, B., Verrier, M. J., & Rashid S. (2011). Exploring attentional disruption in fibromyalgia using the attentional blink. *Psychol Health*, 26(7), 915-929. doi: [10.1080/08870446.2010.525639](https://doi.org/10.1080/08870446.2010.525639)
- Jaramillo, G. M. (2017). *La dimensión de Activación y su influencia en los contenidos publicados por las marcas en Facebook*. (Tesis de pregrado, Universidad Católica de Manizales). Recuperado de <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1877/Daniela%20Jaramillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jaume, L., Ruetti, E., Segretin, S., & Lipina, S. (2016). Efectos de la edad sobre la valoración emocional durante la etapa preescolar. *Anuarios de Investigación*, 23, 281-287. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369152696070.pdf>
- Juuso, P., Skär, L., Olsson, M., & Söderberg, S. (2011). Living with a double burden: Meanings of pain for women with fibromyalgia. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(3), 7184. doi: [10.3402/qhw.v6i3.7184](https://doi.org/10.3402/qhw.v6i3.7184)
- Khasar, S. G., Green, P. G., & Levine, J. D. (2005). Repeated sound stress enhances inflammatory pain in the rat. *Pain*, 116(1-2), 79-86. doi: [10.1016/j.pain.2005.03.040](https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.03.040)
- Lledo, A., Fernández-Díez, E., Pastor, M. A., López-Roig, S., Ibáñez, B. J., & Sorinas, N. J. (2016) Funcionamiento del sistema nervioso autónomo y estado de salud en la fibromialgia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(2), 119-128. doi: [10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.15499](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.15499)
- López, F. A., Iturralde, G. F., Clerencia, S. M., & Galindo, O. J (2007). Dolor. En Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (Ed.), *Tratado de geriatría para residentes*. (pp. 721-731). Madrid, España: En Español.
- López, O., Poma, A., & Gravante, T. (2016). La dimensión emocional para la comprensión del mundo social, desde la perspectiva socio-cultural. *Revista Electrónica de Psicología*

Iztacala, 19(3), 1053-1064. Recuperado de
<http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2016/epi1631.pdf>

Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., ... & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of clinical psychology*, 67(9), 942-968. doi: [10.1002/jclp.20816](https://doi.org/10.1002/jclp.20816)

Malin, K., & Littlejohn, G. O. (2012). Psychological control is a key modulator of fibromyalgia symptoms and comorbidities. *Journal of Pain Research*, 5, 463-471. doi: [10.2147/JPR.S37056](https://doi.org/10.2147/JPR.S37056)

Martínez, L. D. (2006). *Fibromialgia cuando el dolor se convierte en una enfermedad*. Bogotá, Colombia: Santillana.

Moldofsky, H. (2009). The significance of dysfunctions of the sleeping/waking brain to the pathogenesis and treatment of fibromyalgia syndrome. *Reums Dis Clin N Am*, 35(2), 275-283. doi: [10.1016/j.rdc.2009.05.008](https://doi.org/10.1016/j.rdc.2009.05.008)

Montoro, C. I., Del Paso, G. A. R., & Duschek, S. (2016). Alexithymia in fibromyalgia syndrome. *Personality and Individual Differences*, 102, 170-179. doi: [10.1016/j.paid.2016.06.072](https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.072)

Moore, A., Wiffen, P., & Kalso, E. (2014). Antiepileptic drugs for neuropathic pain and fibromyalgia. *JAMA*, 312(2), 182-183. doi: [10.1001/jama.2014.6336](https://doi.org/10.1001/jama.2014.6336)

Moyano, S., Kilstein, G. J., & Alegre, C. (2015) Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse?. *Reumatología Clínica*, 11(4), 210-214. doi: [10.1016/j.reuma.2014.07.008](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2014.07.008)

Mungia, I. D., Legaz, A. A., & Alegre, M. C. (2007). Evolución histórica del síndrome de fibromialgia en *Guía de práctica clínica sobre el síndrome de fibromialgia para profesionales de la salud* (pp. 7-9). Madrid, España: Elsevier.

Oefelein, M (7 de Marzo del 2017). A diferença entre emoções e sentimentos [Blog de blog].

Recuperado de https://www.huffpostbrasil.com/mathias-oefelein/a-diferenca-entre-emocoes-e-sentimentos_a_21875276/?utm_hp_ref=br-comportamento

Ortiz, L., & Velasco, M. (2017). Dolor Crónico y Psiquiatría. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 28(6), 866-873. doi: [10.1016/j.rmclc.2017.10.008](https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.10.008)

Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., Carpi, A. & Gorayeb, R. (2011). *Manual de Teorías Emocionales y Motivacionales*. Recuperado de <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/25363/s57.pdf>

Pasqual, M. A., Sousa, E. S. A., Assumpção, B. A., Akemi, M. L., & King, Y. S. L. (2016). A prevalência de fibromialgia: atualização da revisão de literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 54(4), 356-363. doi: [10.1016/j.rbr.2016.10.004](https://doi.org/10.1016/j.rbr.2016.10.004)

Pennebaker, J. (1993). Putting stress into word. Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, 31(6), 539-548. doi: [10.1016/0005-7967\(93\)90105-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90105-4)

Porro, J., Estévez, A., Rodríguez, A., Suárez, R., & González, B. (2015) Guía para la rehabilitación de la fibromialgia. *Revista Cubana de Reumatología*, 17(1):147-156. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4516/451644522012.pdf>

Ramón, T. R. (2017). *Relación entre la calidad de vida y la depresión y ansiedad en personas con fibromialgia* (Tesis de maestría, Universidad Miguel Hernández de Elche). Recuperado de <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4325/1/RAMON%20TESAN%2C%20RAQUEL.pdf>

Redondo, J. R. (2011). Tratamiento farmacológico en la fibromialgia. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología*, 12(1), 21-26. doi: [10.1016/j.semreu.2010.05.003](https://doi.org/10.1016/j.semreu.2010.05.003)

- Reidl, M. M. L. (2005). *Celos y envidia: emociones humanas* (Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperado de http://www.posgrado.unam.mx/publicaciones/ant_col-posg/30_Celos.pdf
- Rivera, A. A (2015). Arqueología de las emociones. *Vínculos de Historia*, 4, 41-61. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10578/10795>
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., ...& Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2, 55-66. doi: [10.1016/S1699-258X\(06\)73084-4](https://doi.org/10.1016/S1699-258X(06)73084-4)
- Rodríguez, S. C. (2013). *¿Qué es una emoción? Teoría relacional de las emociones*. Clínica e Investigación Relacional, 7(2), 348-372. Recuperado de https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V7N2_2013/10-Rodriguez-Sutil_Que-es-una-emocion_CeIR_V7N2.pdf
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B., (2013). Metodología de la investigación (Vol. 2). Recuperado de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Sáez, V. C. A., & Tizando, C. G. D. (2012). *Validación de la Escala de Alexitimia de Toronto Versión Española. (TAS-20)*. [Tesis de pregrado, Universidad del Bío-Bío] Recuperado de <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/1556/1/S%C3%A1ez%20Vilches%20Claudio%20Alexis.pdf>
- Sayar, K., Gulec, H., & Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical rheumatology*, 23(5), 441-448. doi: [10.1007/s10067-004-0918-3](https://doi.org/10.1007/s10067-004-0918-3)
- Schmidt-Wilcke, T., Kairys, A., Ichesco, E., Fernandez-Sanchez, M. L., Barjola, P., Heitzeg, M., ... & Williams, D. A. (2014). Changes in clinical pain in fibromyalgia patients

correlate with changes in brain activation in the cingulate cortex in a response inhibition task. *Pain medicine*, 15(8), 1346-1358.

Shibata, M., Ninomiya, T., Jensen, M. P., Anno, K., Yonemoto, K., Makino, S., ... & Kubo, C. (2014). Alexithymia is associated with greater risk of chronic pain and negative affect and with lower life satisfaction in a general population: the Hisayama Study. *PloS one*, 9(3), e90984. doi: [10.1371/journal.pone.0090984](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090984)

Sifneos, P. E. (1973). *The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients*. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22(2-6), 255-262. doi: [10.1159/000286529](https://doi.org/10.1159/000286529)

Sinfuentes-Giraldo, W. A., & Morell-Hita, J.A. (2017). Fibromialgia. *Medicine - Programa de Formación Médica*, 12(27), 1586-1595. doi: [10.1016/j.med.2017.02.004](https://doi.org/10.1016/j.med.2017.02.004)

Steinweg, D. L., Dallas, A. P., & Rea, W. S. (2011). Fibromyalgia: unspeakable suffering, a prevalence study of alexithymia. *Psychosomatics*, 52(3), 255-262. doi: [10.1016/j.psym.2010.12.022](https://doi.org/10.1016/j.psym.2010.12.022)

Suárez, B. P., Alva, C. E. A., & Ferreira, V. E. (2015). Velocidad de Procesamiento como Indicador de Vocabulario en el Segundo Año de Vida. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(1), 1926-1937. Recuperado de [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2015/articulos_a/Acta_Inv_Psicol.2015.5\(1\).1926.1937.Velocidad.de.Procesamiento.como.Indicador.de.Vocabulario.en.el.Segundo.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2015/articulos_a/Acta_Inv_Psicol.2015.5(1).1926.1937.Velocidad.de.Procesamiento.como.Indicador.de.Vocabulario.en.el.Segundo.pdf)

Suarez-Roca, H., Leal, L., Silva, J. A., Piñerua-Shuhaibar, L., & Quintero, L. (2008). Reduced GABA neurotransmission underlies hyperalgesia induced by repeated forced swimming stress. *Behavioural brain research*, 189(1), 159-169. doi: [10.1016/j.bbr.2007.12.022](https://doi.org/10.1016/j.bbr.2007.12.022)

- Taberno, M. E., & Politis, D. G. (2013). Reconocimiento de emociones básicas y complejas en la variante conductual de la demencia. *Neurología Argentina*, 5(2), 57-65. doi: [10.1016/j.neuarg.2012.12.004](https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2012.12.004)
- Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 10, 61–74.
- Tuzer, V., Bulut, S. D., Bastug, B., Kayalar, G., Göka, E., & Beştepe, E. (2011). Causal attributions and alexithymia in female patients with fibromyalgia or chronic low back pain. *Nordic journal of psychiatry*, 65(2), 138-144. doi: [10.3109/08039488.2010.522596](https://doi.org/10.3109/08039488.2010.522596)
- Vivas, M., Gallego, D., & González, B. (2007). *Educación de las emociones*. Mérida, Venezuela: Producciones Editoriales C. A.
- Walker, J. (2016). Fibromyalgia: clinical features, diagnosis and management. *Nursing Standard*, 31(5). doi: [10.7748/ns.2016.e10550](https://doi.org/10.7748/ns.2016.e10550)
- Weisel, D. M. (2007). Validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) [Tesis de pregrado, Universidad de las Américas Puebla]. Recuperado de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/weisel_d_m/
- Williams, A. C. D. C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), 2420-2423. doi: [10.1097/j.pain.0000000000000613](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613)
- Wolfe, F., Clauw, D., Fitzcharles, M., Goldenberg, D., Häuser, W., Katz, R., ... & Walitt, B. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 46, 319-329. doi: [10.1016/j.semarthrit.2016.08.012](https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012)

Anexos



HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

DIVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS Y CLÍNICA DEL DOLOR



El presente cuestionario forma parte de un estudio del área de Psicología de la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, para conocer cómo identifica sus sentimientos en general. La información que nos brinde es **CONFIDENCIAL** y **ANÓNIMA** y sólo se utilizará para fines de investigación. No hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que le pedimos que conteste todos los reactivos con la mayor sinceridad.

DATOS PERSONALES

Fecha de evaluación: _____

Nombre: _____ Expediente: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____ Edad: _____ Creencia religiosa: _____
 Estado Civil: _____ Lugar de residencia (delegación): _____ Ocupación: _____
 Escolaridad: _____ Teléfono de contacto: _____

Diagnóstico: _____ Tiempo de conocer el diagnóstico de fibromialgia: _____

Diagnóstico (s) adicional (es): _____

Conciencia de: diagnóstico () pronóstico () tratamiento ()

ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO (TAS-10)

Señale el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual. Recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas; conteste lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios,

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente en acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.						
2. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.						
3. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado.						
4. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo.						
5. Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.						
6. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.						
7. La gente me dice que exprese más mis sentimientos.						
8. No sé qué pasa dentro de mí.						
9. A menudo no sé por qué estoy enfadado.						
10. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.						



El presente cuestionario forma parte de un estudio del área de Psicología de la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, para conocer cómo identifica sus sentimientos en general. La información que nos brinde es **CONFIDENCIAL y ANÓNIMA** y sólo se utilizará para fines de investigación. No hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que le pedimos que conteste todos los reactivos con la mayor sinceridad.

DATOS PERSONALES

Fecha de evaluación: _____

Nombre: _____ Expediente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____ Edad: _____ Creencia religiosa: _____

Estado Civil: _____ Lugar de residencia (delegación): _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Teléfono de contacto: _____

Diagnóstico en la Clínica del Dolor: _____

Diagnóstico (s) adicional (es) hasta la actualidad: _____

ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO (TAS-10)

Señale el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual. Recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas; conteste lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente en acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.						
2. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.						
3. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado.						
4. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo.						
5. Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.						
6. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.						
7. La gente me dice que exprese más mis sentimientos.						
8. No sé qué pasa dentro de mí.						
9. A menudo no sé por qué estoy enfadado.						
10. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.						



El presente cuestionario forma parte de un estudio del área de Psicología de la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, para conocer cómo identifica sus sentimientos en general. La información que nos brinde es **CONFIDENCIAL** y **ANÓNIMA** y sólo se utilizará para fines de investigación. No hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que le pedimos que conteste todos los reactivos con la mayor sinceridad.

DATOS PERSONALES

Fecha de evaluación: _____

Nombre: _____ Expediente: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____ Edad: _____ Creencia religiosa: _____
 Estado Civil: _____ Lugar de residencia (delegación): _____ Ocupación: _____
 Escolaridad: _____ Teléfono de contacto: _____

Padece dolor crónico: Si () No () Tipo de padecimiento o diagnostico actual: _____

ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO (TAS-10)

Señale el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual. Recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas; conteste lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente en acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.						
2. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.						
3. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado.						
4. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo.						
5. Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.						
6. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.						
7. La gente me dice que exprese más mis sentimientos.						
8. No sé qué pasa dentro de mí.						
9. A menudo no sé por qué estoy enfadado.						
10. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.						