



TESIS DOCTORAL

**REGULACIÓN EMOCIONAL, AFECTO,
VARIABLES COGNITIVAS Y BIENESTAR
PSICOLÓGICO. ANÁLISIS DIFERENCIAL EN
MUJERES CON Y SIN FIBROMIALGIA**

Carmen Écija Gallardo

Directores:

Cecilia Peñacoba Puente

Gonzalo Hervás Torres

Departamento de Psicología

Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad Rey Juan Carlos

Madrid, 2012

A mis padres, Diego y M^a Carmen, por ofrecerme TODO incondicionalmente y enseñarme que lo realmente importante en la vida es querernos a nosotros mismos y luchar por nuestros sueños. Este sueño no hubiera sido posible sin ellos.

Y a Tommy....porque desde las estrellas todos los días sigue siendo mi compañero y mejor amigo.

*Amurallar el propio sentimiento es
arriesgarte a que te devore desde el
interior.*

Frida Kahlo

AGRADECIMIENTOS

Muchas personas afirman que uno de los apartados más difíciles de una tesis es el de los agradecimientos y tras su experiencia explican que simplemente hay que disfrutar escribiéndolos, dando un mensaje sencillo y escueto. Supongo que, entre todos, uno de los comentarios más sabios que he escuchado es que únicamente debo escribir unas palabras en función de lo que siento y, dado el tema de esta tesis y mi ineludible emocionalidad, será éste el criterio el que seguiré.

En primer lugar, y como no podía ser de otra manera, quiero comenzar mis agradecimientos nombrando a mis queridos directores de tesis: Cecilia Peñacoba y Gonzalo Hervás. Ambos me han apoyado en todo momento y me siento afortunada no solo por haber recibido su apoyo incondicional durante este trabajo, sino por su capacidad de trabajar en equipo, su dedicación “a tiempo completo incluyendo los perdidos vacacionales”, sus correcciones y argumentaciones, sus enseñanzas, su sutileza, sus críticas constructivas siempre con un toque de humor que caracteriza a ambos, sus ánimos, sus reflexiones, su cariño y su capacidad de escucha activa, su empatía, sus sonrisas y, sobre todo, su entusiasmo conjunto en este proyecto.

Si me paro a pensar, aún recuerdo el primer día que conocí a Cecilia Peñacoba. Recuerdo estar sentada enfrente de ella en una situación social que, si mal no recuerdo, era la tesis de mi madre. “¿Has decidido que quieres estudiar?”, me preguntó. Muchas han sido las conversaciones siguientes que ya, siendo psicóloga, han evidenciado que mi línea de trabajo y mi admiración hacia ella harían que a día de hoy trabajemos juntas; pero analizando esa primera conversación, quien podría volver atrás y decirnos a ambas que no solo me dedicaría a lo mismo que ella, la Psicología de la Salud, sino que además trabajaríamos juntas hacia un mismo objetivo (el bienestar de las personas) y que sería mi directora, mentora (y amiga) tanto en el ámbito profesional, como en el ámbito personal. Supongo que hoy (aunque lo sabe pero nunca está demás expresar las emociones), me sentaría de nuevo con ella y le diría que gracias a ella soy mejor profesional y que es un honor para mí haber tenido la oportunidad de aprender de ella y con ella.

“Asimismo”, también volviendo la vista atrás recuerdo una tarde de máster en mi querida universidad complutense, en la que un psicólogo clínico llamado Gonzalo Hervás entró en clase para hablarnos de “regulación emocional”. No estoy segura de si ha sido con las mismas palabras que aquí reflejo, pero asumo que él sabe que ese día, fue un punto de

inflexión en mi vida. Desde entonces mi interés por su trabajo no solo ha ido creciendo cada día gracias a sus enseñanzas y destrezas como docente, sino que ha sido, junto con la fibromialgia, el eje principal de mi desarrollo profesional tanto a nivel clínico, como a nivel de investigación. Supongo que el día en que mi apreciado y admirado tutor Carmelo Vázquez me dio la oportunidad de trabajar con Gonzalo, me hizo uno de los mejores regalos que me ha ofrecido.

Así, no solo quiero agradecerles a Gonzalo y a Cecilia la dirección de tesis, sino que, junto con Carmelo y David Fresco (mi tutor de la estancia predoctoral en USA el pasado verano en el que ya la tesis comenzaba a tomar cuerpo), quiero manifestar mi agradecimiento por sus consejos, los cuales me han llevado a aprender algo básico en el campo de la investigación: la tolerancia a la frustración: *“Carmen no pasa nada si no sale lo que esperas, esto también es interesante porque te abre nuevos caminos y preguntas y ahí está la esencia del camino a seguir”*. Mis queridos tutores: esa frase ha sido el segundo punto de inflexión positivo que habéis provocado en mi vida. Gracias.

En segundo lugar, quiero agradecer la colaboración de todas las mujeres que han participado en el estudio, así como a las distintas asociaciones, hospitales, grupos de ayuda mutua y personal sanitario que, con su esfuerzo y paciencia, han hecho posible que la muestra se completara satisfactoriamente. Siempre el apoyo de las presidentas de las asociaciones ha sido inmejorable y, al igual que muchas nos agradecen que investiguemos sobre la fibromialgia para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen la enfermedad, hoy les agradezco que nos apoyen en este objetivo, así como su incondicionalidad constante.

En tercer lugar, debo agradecer el apoyo de mi querido equipo de trabajo. Todas las personas que forman parte de él han hecho posible que hoy sea posible escribir estos agradecimientos pero, especialmente, quiero mencionar a mis queridas Lili y Marga. No cabe duda de que trabajar en un equipo en el que tus compañeras confían en tu profesionalidad, te lo demuestran día a día, te apoyan en todas tus iniciativas, te ofrecen siempre la mejor sonrisa (aunque tu no la tengas ese día para ellas), saben escucharte cuando lo necesitas, saben apoyarte en silencio cuando no puedes o no quieres hablar y, además de todo, te hacen sentir completamente querida, es un verdadero placer. Ellas son mis compañeras y amigas. Digo compañeras porque trabajamos en equipo y compartimos

objetivos laborales juntas que nos aportan satisfacciones comunes a diario, pero también digo amigas porque en eso se han convertido. Nunca hubiera podido realizar este trabajo sin su tesón, apoyo, cariño, fuerza y energía.

En cuarto lugar, quiero agradecer el apoyo recibido por mis compañeros del departamento de psicología de la URJC. Asumiendo que mi paso por este departamento implica momentos emocionales complicados, tanto las sonrisas, como las miradas, los silencios, los apoyos, las ayudas, las no ayudas, los emails silenciosos con alto contenido emocional, las conversaciones abiertas (y las no abiertas) tanto personales como profesionales y, siempre el respeto y las buenas palabras de muchos de ellos, han hecho que mi paso por este departamento no implique solo un aprendizaje profesional, sino un aprendizaje personal.

En quinto lugar, quiero plasmar que uno de los apoyos mas importantes que he recibido y por el que estoy tremendamente agradecida es el que he tenido por parte de mi familia. Son pocas palabras las que necesito para explicar que este trabajo no hubiera sido posible sin mis padres porque, gracias a ambos, lo tengo todo. Desgraciadamente han sido ellos los que han tenido que apoyarme en los malos momentos y han tenido que “respirar varias veces ante mis nervios constantes” pero, siempre con las palabras adecuadas, las miradas necesarias y el cariño incondicional, me han ofrecido la fuerza y el valor para poder continuar. Saber que ellos, sin necesidad de hablar, pedir, o expresar cualquier cosa saben lo que necesito en todo momento, es la esencia de mi “gran familia” de tres miembros. Ambos son para mí un ejemplo a seguir. No solo me han enseñado a luchar por lo que quiero, sino que me han enseñado a creer que soy capaz de conseguirlo.

En sexto lugar, quiero agradecerle a mis “básicas” su apoyo, su ayuda y su paciencia. Cada una de ellas con su personalidad, habilidades, competencias, actitudes y aptitudes me han enseñado y demostrado que, por encima de cualquier cosa, la amistad no tiene límites. Ellas saben TODO, sin necesidad de hablar. Ellas son mi “segunda familia”, ellas son básicas en mi vida. Gracias mis queridas Ana, Aurora, Silvia, Mara y María por enseñarme a confiar en mi, y apoyarme siempre.

En séptimo lugar y no por ello menos importante quiero agradecer el apoyo que he recibido tanto a nivel personal como a nivel profesional, a mis queridos Rafa y Marian. Una

sonrisa constante de complicidad en cualquier lugar, un buen consejo y, ante todo un cariño incondicional, siempre han estado presentes en mi relación con ellos.

Asimismo, no puedo dejar de agradecer el apoyo de distintas personas que, aunque no están presentes en mi día a día, están presentes en mi vida personal y hacen que ésta tenga sentido. Gracias a todos por haberme hecho sentir que “la tesis de M^a Carmen”, era también algo relevante en sus vidas. Quiero agradecer a todos su interés, su apoyo constante, sus sonrisas, sus agradables conversaciones en los momentos de descanso, sus silencios necesarios, su confianza en mí, su cariño, y, en definitiva, su capacidad para enseñarme parte de mi esencia. Gracias mis queridos Moroto, Corti, Yeye, Edu, Iñigo, Manuel Sanchez, Marisa Gallardo, Santi, Elia, Henar, Liana, Blanca, Marta, Jess y muchas personas que, aunque no están mencionadas, están implícitas en este mensaje.

ÍNDICE

CONTEXTUALIZACIÓN: PSICOLOGÍA DE LA SALUD, FIBROMIALGIA (FM) Y EMOCIÓN	23
PRIMERA PARTE: FIBROMIALGIA, PSICOPATOLOGIA Y EMOCIÓN.....	35
1.1 FIBROMIALGIA: DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO, ETIOLOGÍA, EPIDEMIOLOGÍA E IMPACTO DE LA ENFERMEDAD.....	35
1.1.1 DEFINICIÓN Y CONCEPTO DE FIBROMIALGIA	35
1.1.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.....	36
1.1.3. PREVALENCIA Y ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	46
1.1.4 IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE	49
1.2. ETIOLOGÍA, MECANISMOS PATOGENÉTICOS E HIPÓTESIS CAUSALES DE LA FM	55
1.2.1 MODELOS BIOLOGICISTAS.....	58
1.2.2 MODELOS PSICOSOCIALES	63
1.2.2.1 Trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad.....	65
1.2.2.2 Trastorno somatomorfo o síndrome somático funcional	70
1.2.2.3 Personalidad proclive al dolor. Aleximitia e inhibición emocional	71
1.2.2.4 Estilo de vida: sobre-realización de actividades en las mujeres con FM, evitación de síntomas y miedo al movimiento	75
1.2.2.5 Creencias y evaluaciones: Creencias de control y catastrofismo.....	78
1.2.2.6 Hipervigilancia.....	84
1.2.2.7 Estrés	85
1.3 EMOCIÓN Y FIBROMIALGIA	89
1.3.1. SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA EN FM.....	90
1.3.2. AFECTIVIDAD NEGATIVA Y POSITIVA EN FM	95
SEGUNDA PARTE: CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS PROCESOS AFECTIVOS Y SU RELACION CON LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD.....	109
2.1 EVOLUCIÓN EN EL ESTUDIO DE LOS PROCESOS AFECTIVOS.....	110
2.1.1. PERSPECTIVA EVOLUCIONISTA	112
2.1.2 PERSPECTIVA PSICOFISIOLÓGICA	114
2.1.3 PERSPECTIVA CONDUCTUAL	115
2.1.4 PERSPECTIVA COGNITIVA	116
2.1.5 PERSPECTIVA DE LA REGULACIÓN AFECTIVA.....	121
2.2 CONCEPTOS EMOCIONALES BÁSICOS.....	125
2.2.1 AFECTO, ESTADO DE ÁNIMO Y EMOCIÓN.....	126
2.2.2 AFECTIVIDAD Y PERSONALIDAD	128

2.2.2.1	Tipologías de personalidad. Patrón de conducta tipo C y alexitimia	128
2.2.2.2	Procesos afectivos y personalidad	131
2.3	CONCEPTO, MODELOS Y PROCESOS ESPECÍFICOS DE REGULACIÓN AFECTIVA	133
2.3.1	CONCEPTO DE REGULACIÓN EMOCIONAL.	133
2.3.1.1	Debates actuales sobre el concepto de regulación emocional.....	133
2.3.1.2	Definición de regulación emocional Vs. desregulación emocional.....	136
2.3.2	PRINCIPALES MODELOS DE REGULACIÓN AFECTIVA Y PROCESOS ESPECÍFICOS AFECTIVOS IMPLICADOS. .	140
2.3.2.1	Modelo de regulación emocional de Gross y Thompson (2007)	141
2.3.2.2	Modelo de Inteligencia emocional de Mayer y Salovey (1997)	143
2.3.2.3	Modelo de procesamiento emocional de Hervás (2011).....	146
2.3.2.4	Modelo de expresión emocional de Kennedy-Moore, Greenberg and Wortman (1991)	148
2.3.2.5	Modelo de esquemas emocionales de Leahy (2002).....	157
2.3.2.6	Procesos específicos de regulación afectiva	160
2.4	PROCESOS DE REGULACIÓN EMOCIONAL Y VARIABLES DE SALUD-ENFERMEDAD.	166
2.4.1	PROCESOS AFECTIVOS, EMOCIONES POSITIVAS Y BIENESTAR PSICOLÓGICO	168
2.4.2	PROCESOS AFECTIVOS, SALUD MENTAL Y SALUD FÍSICA	171
2.4.3	PROCESOS AFECTIVOS Y SINTOMATOLOGÍA. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD	175
2.4.3.1	Procesos afectivos y depresión	176
2.4.3.2	Procesos afectivos y ansiedad.....	179
	TERCERA PARTE: PROCESOS EMOCIONALES Y FIBROMIALGIA.....	187
3.1	SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PROCESOS DE REGULACIÓN AFECTIVA EN FIBROMIALGIA.	187
3.2.	AFRONTAMIENTO Y REGULACIÓN EMOCIONAL. POSIBLES MODELOS EN DOLOR CRÓNICO.	190
3.3	VARIABLES COGNITIVAS RELACIONADAS CON LOS PROCESOS DE REGULACIÓN EMOCIONAL EN DOLOR CRÓNICO.	196
3.4	PROCESOS ESPECÍFICOS DE REGULACIÓN AFECTIVA ESTUDIADOS EN LA ENFERMEDAD DE FIBROMIALGIA Y SU REPERCUSIÓN EN VARIABLES DE ENFERMEDAD Y VARIABLES ESPECÍFICAS DE DOLOR.	203
3.4.1	PROCESOS EMOCIONALES, RESULTADOS DE SALUD-ENFERMEDAD Y DOLOR CRÓNICO.	203
3.4.2.	PROCESOS DE REGULACIÓN EMOCIONAL ESTUDIADOS EN FIBROMIALGIA.....	207
3.4.2.1.	Estrategias de supresión, inhibición y expresión emocional en FM	208
3.4.2.2	El estudio de la alexitima en la fibromialgia	215
3.5	UN PASO MÁS EN EL ESTUDIO DE LA FIBROMIALGIA: EL PAPEL DE LOS PROCESOS AFECTIVOS EN LAS VARIABLES POSITIVAS DE SALUD EN FIBROMIALGIA. EMOCIONES POSITIVAS Y BIENESTAR PSICOLÓGICO.....	227
	OBJETIVOS E HIPÓTESIS	239
4.1	OBJETIVO GENERAL:	239

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	239
ESTUDIO EMPÍRICO	249
MÉTODO	249
5.1 PARTICIPANTES.	249
5.1.1 MUESTRA DE MUJERES CON DIAGNOSTICO DE FIBROMIALGIA (FM).....	249
5.1.2 MUESTRA DE MUJERES SANAS	250
5.2 PROCEDIMIENTO.	252
5.2.1 MUESTRA DE MUJERES CON FM	252
5.2.2 MUESTRA DE MUJERES SANAS	254
5.3 VARIABLES E INSTRUMENTOS.....	257
5.3.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS (RELATIVAS A LA MUESTRA DE FIBROMIALGIA) DE INTERÉS... -	259 -
5.3.2 VARIABLES DE REGULACIÓN AFECTIVA Y COGNITIVAS	- 260 -
5.3.2.1. Variables de regulación afectiva	- 260 -
5.3.2.2. Variables cognitivas (autoeficacia).....	- 263 -
5.3.3 VARIABLES DE SALUD-ENFERMEDAD	- 265 -
5.3.4 Variables específicas de FM: dolor y limitación funcional	- 268 -
5.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	- 271 -
ANÁLISIS Y RESULTADOS	- 277 -
6.1 ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS PROCESOS EMOCIONALES.	280
6.2 DIFERENCIAS EN LOS PROCESOS AFECTIVOS RESULTANTES DEL ANÁLISIS FACTORIAL, EN LAS VARIABLES RESULTADO DE SALUD-ENFERMEDAD Y EN LA AUTOEFICACIA ENTRE MUJERES CON FM Y MUJERES SANAS. .	295
6.2.1 DIFERENCIAS EN LOS PROCESOS AFECTIVOS ENTRE MUJERES CON FM Y MUJERES SANAS.	295
6.2.2 DIFERENCIAS EN LAS VARIABLES RESULTADO DE SALUD-ENFERMEDAD ENTRE MUJERES CON FM Y MUJERES SANAS.....	298
6.2.3 DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES ESPECÍFICAS DE DOLOR EN LA MUESTRA DE MUJERES CON FM.	301
6.3 RELACIÓN ENTRE LOS PROCESOS AFECTIVOS (FACTORES), LOS RESULTADOS DE SALUD-ENFERMEDAD, Y LA AUTOEFICACIA. INFLUENCIA DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.	303
6.3.1 RELACIÓN DE LOS PROCESOS AFECTIVOS CON LAS VARIABLES DE SALUD-ENFERMEDAD	303
6.3.1.1 Correlaciones entre los procesos afectivos y las variables resultado en la muestra de mujeres con FM.....	303
6.3.1.2 Correlaciones entre los procesos afectivos y las variables resultado en la muestra de mujeres sanas.....	304
6.3.1.3 Correlaciones entre los procesos afectivos, la autoeficacia en relación al dolor y las variables específicas de enfermedad en la muestra de mujeres con FM.	309

6.3.2. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN LOS PROCESOS AFECTIVOS, LAS VARIABLES DE SALUD-ENFERMEDAD Y LAS VARIABLES ESPECÍFICAS DE DOLOR.....	311
6.3.3 PAPEL MEDIADOR DE LOS PROCESOS AFECTIVOS ENTRE LA AUTOEFICACIA Y LAS VARIABLES DE SALUD-ENFERMEDAD.....	318
6.4 CAPACIDAD PREDICTIVA DE LOS PROCESOS AFECTIVOS (FACTORES) SOBRE LOS RESULTADOS DE SALUD-ENFERMEDAD.....	330
6.4.1 CAPACIDAD PREDICTIVA DE LOS PROCESOS EMOCIONALES SOBRE LAS VARIABLES DE SALUD-ENFERMEDAD EN MUJERES CON FM Y MUJERES SANAS.	331
6.4.2 CAPACIDAD PREDICTIVA DE LOS PROCESOS DE REGULACIÓN SOBRE LOS RESULTADOS ESPECÍFICOS DE DOLOR EN LA MUESTRA DE MUJERES CON FM.....	342
6.5 PERFILES DIFERENCIALES EN RELACIÓN A LOS PROCESOS AFECTIVOS E INFLUENCIA DE ÉSTOS EN LOS RESULTADOS DE SALUD-ENFERMEDAD.....	343
6.5.1 PERFILES DIFERENCIALES EN LA MUESTRA DE MUJERES CON FM Y RELACIÓN CON LAS VARIABLES DE SALUD-ENFERMEDAD Y LAS VARIABLES ESPECIFICAS DE DOLOR Y LIMITACIÓN FUNCIONAL.....	344
6.5.2 PERFILES DIFERENCIALES EN LA MUESTRA DE MUJERES SANAS Y RELACIÓN CON LAS VARIABLES DE SALUD-ENFERMEDAD.....	349
DISCUSIÓN	355
CONCLUSIONES.....	407
BIBLIOGRAFÍA.....	411
ANEXOS.....	456

ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS Y GRAFICAS

FIGURAS

Figura 1	Puntos Dolorosos Típicos de la Fibromialgia.
Figura 2	Esquema de círculos viciosos ante la experiencia de dolor.
Figura 3	Adaptado de Gross y Thompson (2007): Modelo de regulación emocional.
Figura 4	Adaptado de (Hervás, 2011): Etapas del procesamiento emocional.
Figura 5	Adaptado de Kennedy-Moore, Greenberg and Wortman (1991): Modelo de expresión emocional.
Figura 6	Adaptado de Kennedy-Moore, Greenberg and Wortman (1991): Alteraciones en el proceso de expresión emocional.
Figura 7	Adaptado de Leahy (2002): Modelo de esquemas emocionales.
Figura 8	Objetivos e hipótesis del trabajo de investigación.
Figura 9	Algómetro de presión.
Figura 10	Gráfico del análisis paralelo de Horn.

GRÁFICAS

Grafica 1	Perfiles diferenciales en función de los procesos emocionales en mujeres con FM
Grafica 2	Perfiles diferenciales en función de los procesos emocionales en mujeres sanas.

TABLAS

Tabla 1	Diagnóstico Diferencial de la Fibromialgia.
Tabla 2	Factores que influyen en que la fibromialgia sea causa de incapacidad.
Tabla 3	Aspectos que dificultan la valoración de la incapacidad en la FM.
Tabla 4	.Diferencias sociodemográficas entre mujeres con FM y mujeres sanas.
Tabla 5	Tabla resumen de los instrumentos utilizados en el estudio.
Tabla 6	Variables de estudio evaluadas en ambas muestras.
Tabla 7	Resultados del análisis paralelo de Horn.
Tabla 8	Estadísticos de ajuste.
Tabla 9	Matriz factorial rotada de 7 factores.
Tabla 10	Tabla resumen de los ítems integrados en los factores resultantes del análisis factorial.
Tabla 11	Diferencias en los procesos afectivos en mujeres con FM y mujeres sanas.
Tabla 12	Diferencias en las variables de salud-enfermedad y en la autoeficacia entre mujeres con FM y mujeres sanas.
Tabla 13	Descriptivos de las variables específicas de dolor en la muestra de mujeres con FM.
Tabla 14	Correlaciones entre procesos afectivos, autoeficacia y variables resultado de salud-enfermedad en la muestra de mujeres con FM.
Tabla 15	Correlaciones entre procesos afectivos, autoeficacia y variables resultado de salud-enfermedad en la muestra de mujeres sanas.
Tabla 16	Correlaciones entre los procesos afectivos, la autoeficacia en relación al dolor y las variables de específicas de enfermedad en mujeres con FM
Tabla 17	.Diferencias en función del nivel educativo en todas las variables objeto de

Tabla 18	estudio en mujeres con FM y en mujeres sanas. .Diferencias en función de la situación laboral en todas las variables objeto de estudio en mujeres con FM y en mujeres sanas.
Tabla 19	Diferencias en función del estado civil en todas las variables objeto de estudio en mujeres con FM y en mujeres sanas
Tabla 20	Variables incluidas en los análisis de mediación en función de las precondiciones establecidas
Tabla 21	Variables incluidas en los análisis de mediación en función de las precondiciones establecidas.
Tabla 22	.Papel mediador de la reparación emocional, el déficit de identificación emocional y la claridad emocional entre la autoeficacia general y las variables resultado de salud-enfermedad en mujeres sanas.
Tabla 23	Papel mediador de la reparación emocional y la claridad emocional entre la autoeficacia general y las variables resultado de salud-enfermedad en mujeres con FM.
Tabla 24	Papel mediador de la reparación emocional entre la autoeficacia en el control de los síntomas y las variables resultado de salud-enfermedad en mujeres con FM.
Tabla 25	.Papel mediador de la reparación emocional entre la autoeficacia en la realización de actividades y las variables resultado de salud-enfermedad en mujeres con FM.
Tabla 26	Papel mediador de la reparación emocional entre la autoeficacia sobre el control del dolor y las variables resultado de salud-enfermedad en mujeres con FM.
Tabla 27	Valor predictivo de los procesos afectivos sobre el afecto positivo en mujeres con FM y en mujeres sanas.
Tabla 28	Valor predictivo de los procesos afectivos sobre el afecto negativo en mujeres con FM y en mujeres sanas.
Tabla 29	Valor predictivo de los procesos afectivos sobre la ansiedad en mujeres con FM y en mujeres sanas.
Tabla 30	Valor predictivo de los procesos afectivos sobre la depresión en mujeres con FM y en mujeres sanas.
Tabla 31	Valor predictivo de los procesos afectivos sobre el bienestar psicológico general y las diferentes dimensiones que lo integran en mujeres con FM y en mujeres sanas.
Tabla 32	Resultados del clúster análisis en función de los procesos afectivos en mujeres con FM.
Tabla 33	Diferencias en las variables de salud-enfermedad en función de los perfiles afectivos diferenciales en mujeres con FM.
Tabla 34	Resultados del clúster análisis en función de los procesos afectivos en mujeres sanas.
Tabla 35	Diferencias en las variables de salud-enfermedad en función de los perfiles afectivos diferenciales en mujeres sanas.

MARCO TEÓRICO

CONTEXTUALIZACIÓN: PSICOLOGÍA DE LA SALUD, FIBROMIALGIA (FM) Y EMOCIÓN

El presente trabajo de investigación se enmarca dentro de la disciplina de la Psicología de la Salud y se centra en el estudio de diferentes procesos psicológicos afectivos implicados en la enfermedad de fibromialgia (FM) con el objetivo de intentar explicar, siempre desde un enfoque biopsicosocial que asume la interacción dinámica entre factores fisiológicos, psicológicos y sociales en la afección crónica, las diferencias en los niveles de calidad de vida y bienestar psicológico, así como la mayor o menor gravedad e intensidad de la sintomatología emocional, el dolor y de la limitación funcional asociada en las mujeres con fibromialgia, dado que estos resultados de salud-enfermedad determinan la presentación clínica de los problemas en términos de mayor o menor gravedad (Gatchel, 2004).

La Psicología de la salud es una disciplina relativamente joven (años 80) que centra su interés en el estudio de los procesos de salud-enfermedad. Asumiendo éste como el marco en el que se integra el presente trabajo y siguiendo la definición de Carrobbles (1993), la Psicología de la salud es “el campo de especialización de la Psicología, que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en el caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud en la actualidad”.

La fibromialgia (FM) es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por dolor crónico generalizado que el paciente localiza en el aparato locomotor (Rivera et al., 2006). Desde 1992, la Organización Mundial de la Salud considera la FM como un diagnóstico diferenciado, la clasifica dentro de los reumatismos de partes blandas siendo la causa más común de dolor músculo esquelético generalizado (Anónimo, 1992). Entre las manifestaciones clínicas más comunes, síntomas como sensación de fatiga intensa, trastornos del sueño, rigidez articular, cefaleas, alteraciones cognitivas, depresión y ansiedad son, entre otros, muy representativos entre las personas que padecen la enfermedad.

Dentro de este marco de referencia actualmente existen, entre otras, dos líneas de investigación principales en la Psicología de la Salud en relación con la fibromialgia (FM). La primera de ellas está relacionada con la teoría de la sensibilización central como posible mecanismo explicativo del dolor asociado en fibromialgia; la segunda, dentro de la que se encuadra el presente trabajo, se centra en el estudio de los procesos psicológicos implicados en la enfermedad (cogniciones, variables afectivas, afrontamiento y personalidad) que pretenden explicar, ya no tanto las causas etiológicas de la enfermedad, sino las diferencias en los niveles de salud encontrados en estas pacientes y, muy especialmente, la mayor o menor gravedad e intensidad de la sintomatología señalada y de la limitación funcional asociada (Peñacoba et al., 2011).

A pesar de que desde un enfoque interdisciplinar un posible objetivo a perseguir en futuros proyectos podría ser la integración de ambas líneas de investigación y asumiendo la gran cantidad de estudios recientes existentes en la literatura científica, la introducción teórica del presente trabajo se centrará en la exposición de los estudios empíricos relacionados con determinadas variables psicológicas cognitivo-emocionales y los procesos de salud-enfermedad. Dada la extensión de la literatura encontrada, el número de variables seleccionadas en el estudio, y asumiendo la necesidad de justificar los objetivos planteados, no se profundizará en el campo de la neuropsicología y en los mecanismos fisiopatológicos centrales que contribuyen, o son responsables del dolor fibromiálgico. Asimismo, tampoco se incluirán los estudios de imagen cerebral realizados con RM funcional y por espectroscopia (Burgmer et al., 2009; Cook et al., 2004; Gracely et al., 2002; Koeppe et al., 2004; Schmidt-Wilcke et al., 2007; Jensen et al., 2009) en los que se ha observado la distinta participación de las diferentes regiones cerebrales involucradas en la transmisión y procesamiento de la señal dolorosa. Asimismo, la presentación de tales estudios se centrará en las variables afectivas como punto de referencia, a partir de las cuales se irán desglosando los objetivos del trabajo y se irán exponiendo las diferencias conceptuales y los estudios correspondientes para que el lector pueda encontrar una justificación adecuada y coherente del estudio planteado.

Los estudios psicológicos de investigación en dolor crónico en la última década se han centrado, entre otras cuestiones, en la búsqueda de psicopatología que pudiera explicar el síndrome, comparando a las personas con FM con controles sanos o con otros enfermos, pero en su mayoría con una patología orgánica bien establecida (Pastor, Rodríguez-Marín,

López-Roig, y Juan, 1995). En el caso de la FM, existe una gran variabilidad en la prevalencia de problemas afectivos y una baja prevalencia de trastornos de personalidad, apoyando la idea de la heterogeneidad entre las personas que padecen el problema (Thieme, Turk, y Flor, 2004). Es por ello, entre otras razones, por lo que dentro de los procesos psicológicos implicados en la enfermedad y en la salud serán, las variables afectivas y su relación con dichos procesos, el hilo conductor que guiará la exposición del presente trabajo.

Así, con la intención de facilitar una visión holística y utilizando como criterio los artículos de impacto de las revistas científicas, se expondrá a nivel teórico un recorrido de la evolución del concepto de emoción desde el estudio de la personalidad alterada con un claro componente etiológico y psicopatológico, hasta concluir con la presentación del concepto de emoción desde un enfoque más dinámico dónde se presentarán distintos procesos integrados dentro del espectro de las variables afectivas desde una perspectiva multidimensional, en la que los factores emocionales desempeñan un papel fundamental en la explicación de las relaciones causales, el mantenimiento y el pronóstico de los enfermos con FM. Es este último enfoque dinámico el que defiende la Psicología de la salud, disciplina en la que se encuadra el presente trabajo. El cambio de enfoque mencionado tiene una enorme trascendencia en el estudio de la fibromialgia, puesto que, como se comentará de forma más detallada en los siguientes capítulos, refleja una etapa superada en el camino que la propia enfermedad ha recorrido desde los años 70-80 hasta la actualidad en su lucha por ser una enfermedad médica reconocida hoy en día en las consultas de reumatología. Este recorrido ha tenido implicaciones tanto a nivel individual como social en la enfermedad de FM.

La fibromialgia tiene un alto impacto tanto socioeconómico como sociosanitario; las limitaciones en relación con la prevención y promoción de la enfermedad, la dificultad de elección del tratamiento más eficaz dentro de las alternativas posibles, el coste económico que esta enfermedad supone para el sistema sanitario y, en última estancia, la incapacidad del personal sanitario para la atención integral del trastorno, son algunas de las problemáticas a las que se enfrenta el paciente con FM. A esto se suma, la consecuente peregrinación derivada de esta situación de los pacientes afectados hasta conseguir ser diagnosticados, con la implicación emocional que esto supone. Por todo ello y a pesar de la evolución y el avance progresivo que se está produciendo, la existencia de la FM sigue

siendo un motivo de debate entre la clase médica, de tal manera que determinados profesionales la consideran como una enfermedad más, mientras que otros la consideran como una construcción artificial con una serie de síntomas comunes agrupados bajo un nombre que se ha dado en llamar FM (Rivera, 2004). Es importante añadir que no es sólo la clase médica la que plantea dudas sobre la existencia de la FM sino que también los propios familiares que rodean al paciente, las personas que trabajan en contacto con el enfermo y, en ocasiones, hasta los propios psicólogos han planteado en alguna ocasión las limitaciones existentes en la comprensión de esta enfermedad. Desde el concepto más clásico de enfermedad, no se puede comprender bien una alteración que produzca una incapacidad funcional tan importante que impida realizar las actividades habituales de la vida diaria, que produzca una calidad de vida tan pobre y que se acompañe de tantos síntomas sin que pueda ser objetivada fácilmente por sus manifestaciones externas y por el deterioro físico que debería producir en la persona que la padece (Rivera, 2011).

Así, el interés y la actuación de los profesionales de la salud y, en particular, de los psicólogos de la salud, ha ido evolucionando hasta la actualidad desde la búsqueda constante de una explicación causal y determinista (unicausal) de determinadas variables psicológicas en la fibromialgia que encuadraban a los sujetos en modelos diagnósticos de patología mental entendiendo que tanto la sintomatología física como la sintomatología emocional (p.e. dolor, ansiedad y/o depresión) era una mera consecuencia de una patología mental subyacente, a un interés centrado en la contribución de la psicología a un modelo multicausal bio-psicosocial común, no sólo en relación con la enfermedad de la FM, sino a todos los procesos de enfermedad en general, con la evidente idiosincrasia para cada uno de ellos (Peñacoba et al., 2011).

La mayoría de los trabajos a partir de los 90 se enmarcan dentro de este nuevo interés y es, desde un marco teórico cognitivo-conductual, desde donde se insiste en que factores psicológicos y sociales interactúan con los puramente biomédicos tanto en el origen como en el desarrollo y cronificación del síndrome (Pastor et al, 2011; Goldenberg, 1997; Okifuji y Turk, 1999). Desde este contexto, la mayoría de los profesionales que desde la Psicología trabajamos en fibromialgia lo hacemos por tanto desde un modelo de salud-enfermedad no separando los componentes de la enfermedad distinguiendo entre factores médicos y físicos y efectos colaterales de la enfermedad (p.e., ansiedad y depresión asociados), sino

que se asumen modelos multicausales de salud-enfermedad y se valora la interacción de los mismos en un individuo complejo, desde una perspectiva holística (Peñacoba, 2011).

Es, por todo ello, por lo que otra de las cuestiones importantes desde el acercamiento que planteamos es asumir que el foco de atención de la Psicología de la Salud en el dolor crónico no está en el “origen”, sino en el “resultado”. Así, aunque los objetivos de investigación planteados en el presente trabajo no son clínicos sino que se pretende estudiar de forma empírica las relaciones que se establecen entre las variables afectivas, la sintomatología y los resultados de salud; tanto estas cuestiones como las planteadas en otros trabajos recientes relacionados con la intervención terapéutica asociada a sus respuestas, se dirigen a identificar los factores psicológicos que contribuyen a la explicación del estado de salud de estas personas y a estimar en qué proporción y de qué modo lo hacen. Identificar qué factores hacen que el dolor se cronifique y que, además, se convierta en discapacitante, permite trabajar con ellos para mejorar el funcionamiento global de las personas con FM. Esta doble perspectiva, preventiva y rehabilitadora, debe prevalecer en el trabajo de la Psicología en este ámbito (Pastor et al., 2011).

Paralelamente, aunque el enfoque de investigación de la Psicología de la salud y el marco de intervención cognitivo-conductual han demostrado ser los más eficaces para mejorar la sintomatología y la calidad de vida de los pacientes afectados de FM, aún queda por determinar los procesos a través de los cuales se logra el cambio, y en qué condiciones y en qué tipo de pacientes (Vlaeyen y Morley, 2005). En esta línea de trabajo, desde el contexto de la Atención Primaria y en relación con el dolor musculoesquelético (aunque excluido el diagnóstico de FM), algunos autores han planteado la necesidad de considerar factores psicológicos no solo focalizados en variables negativas (catastrofismo y miedo al movimiento, entre otras), sino también en variables positivas (locus de control, competencia percibida y autoeficacia, entre otras). La consideración tanto de variables positivas como negativas se ha mostrado importante a la hora de establecer grupos de tratamiento, dada su capacidad predictiva sobre el dolor, la discapacidad y la calidad de vida, además de ser susceptibles de cambio mediante programas de intervención psicológica diseñados al efecto (Denison, Asenlöf, Sandborgh, y Lindberg, 2007).

En un estudio reciente en población con FM, Denison, Asenlöf, Sandborgh, y Lindberg, (2007) obtuvieron tres agrupaciones o “clústeres” en función del catastrofismo, el miedo al

movimiento y la autoeficacia como tres perfiles diferenciadores dentro de la población con FM. Este resultado apoyaría la hipótesis de la gran heterogeneidad dentro de un mismo diagnóstico de FM. Este tipo de trabajos son necesarios para clasificar a las personas con FM por grados de funcionamiento y variables psicológicas, teniendo además unas importantes repercusiones prácticas; deberían plantearse medidas terapéuticas diferentes para cada uno de estos grupos, dada la necesidad de homogeneizar los grupos de tratamiento en función de variables psicológicas y de funcionamiento, planteamiento que ha sido expuesto repetidas veces en la literatura revisada (Barcellos de Souza, Goffaux, Julien, Potvin, Charest, y Marchand, 2009; Boersma y Linton, 2003; Denison et al., 2007; Thieme, Turk y Flor, 2007; Turk, 2005).

En esta misma línea y relacionando el estudio de perfiles con sintomatología afectiva, en los últimos años se está investigando el impacto de la fibromialgia a través de la formación de subgrupos de pacientes según las puntuaciones del *FIQ* (*Fibromialgia Impact Questionnaire*, Burckhardt, Clark y Bennett, 1991), reconocido cuestionario que evalúa el impacto general de la enfermedad. Estos estudios apoyan la ya mencionada heterogeneidad encontrada en las personas con fibromialgia y aportan información muy relevante para esclarecer las variables discriminativas y predictoras del nivel de impacto en diferentes áreas de la vida de las personas afectadas. Así, Sousa et al. (2009) realizan un estudio en el que distinguen dos grupos de pacientes en función de las puntuaciones obtenidas y ponen de manifiesto que el grupo I mostraba altas puntuaciones en las escalas de dolor, rigidez y fatiga, y bajas en ansiedad y depresión (incluso más bajas que en el grupo control) frente al grupo II, que mostraba niveles elevados de dolor y fatiga (sin diferencias con el grupo I), niveles más elevados en rigidez y niveles significativamente mayores en ansiedad y depresión que el grupo I. Así, en relación con el impacto emocional, se pone de manifiesto que las escalas de ansiedad y depresión fueron las que marcaron las diferencias entre ambos grupos. Además, una vez formados los dos grupos, éstos fueron comparados en relación a diversas variables como características sociodemográficas, nivel de dolor, número de puntos de dolor, función física (limitación para llevar a cabo las actividades cotidianas) y apoyo social, no encontrando diferencias significativas entre ellos. Por el contrario, el grupo II obtuvo puntuaciones significativamente superiores en catastrofismo, interferencia o impacto del dolor en las actividades cotidianas y malestar emocional, así como puntuaciones significativamente inferiores en autocontrol. Calandre et al. (2010) replicaron el estudio de Souza et al. (2009) con una muestra de mayor tamaño y encontraron que ambos grupos se

diferencian en la presencia de ansiedad y depresión (mayor en el grupo II), en la puntuación total del FIQ (mayor en el grupo II) y en la salud mental (mejor en el grupo I). En la misma línea y utilizando también en FIQ, Perrot et al (2010) realizan un estudio en el que clasifican a los pacientes con FM en tres grupos en relación con la puntuación total del FIQ (leve, moderado y severo), poniendo de manifiesto que la mayoría de los pacientes con fibromialgia pertenecen al grupo severo, siendo este grupo el que mostró peores puntuaciones en salud general, impacto del dolor, sueño, ansiedad y depresión (Perrot et al., 2010).

Estos resultados ponen de manifiesto la existencia de numerosas variables que se relacionan con el impacto de la fibromialgia. Sin embargo, la mayoría de los estudios convergen en la importancia que tiene el malestar psicológico como variable predictora de un mayor impacto, y como variable diferenciadora de los subgrupos de pacientes, lo que puede ser determinante ya no solo a la hora de trabajar a nivel de intervención, sino también a la hora de la prevención de la salud en esta población. Aunque de momento el campo de actuación se centra más en el proceso de enfermedad que en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, actualmente numerosos profesionales de distintas áreas de la Psicología dirigen la atención a estos últimos aspectos.

En base a lo anteriormente comentado, este trabajo plantea la necesidad dar un paso más en la investigación actual sobre fibromialgia y, además de presentar el análisis de las variables afectivas y su relación con la sintomatología negativa; dentro del contexto de la promoción de la salud, también se analizará el efecto de las mismas en indicadores de salud y bienestar psicológico. Además, el interés y la necesidad planteada en la literatura actual en el estudio de perfiles diferenciales entre los pacientes con FM nos plantea el contexto perfecto para, además de analizar los procesos emocionales afectados en esta población, estudiar el perfil diferencial de los pacientes con FM en función de estrategias emocionales utilizadas con el fin de crear grupos de intervención específicos, siendo por tanto otro objetivo adicional del presente trabajo. Así, teniendo en cuenta los procesos emocionales estudiados, analizar si éstos implican también perfiles diferenciales en el funcionamiento y afrontamiento emocional de las personas afectadas con fibromialgia y, su consecuente repercusión en los resultados de salud-enfermedad, ayudaría a trabajar tanto a nivel de prevención y promoción de la salud, así como en el tratamiento y pronóstico de la enfermedad de FM.

Se realizará por tanto una exposición detallada de la implicación conceptual de términos relacionados con el concepto de emoción, entre los que se hará especial alusión a los ya mencionados “procesos de regulación emocional” o “ procesos de desregulación emocional” entre otros, con el objetivo de diferenciar entre diferentes perfiles emocionales, estados emocionales y/o procesos emocionales adaptativos y desadaptativos en relación con el afrontamiento de la enfermedad, asumiendo que estos términos, aun siendo cada vez más frecuentes en la literatura actual en el ámbito de la Psicología clínica y de la salud, no lo son, sin embargo, en el marco que nos ocupa. La literatura encontrada en dolor crónico y en FM refleja que con mucha frecuencia se trabaja el estado emocional bien como un predictor del dolor y de la adaptación (Gatchel et al., 2007), o como una variable resultado más, junto con la intensidad del dolor y el impacto funcional (Pastor et al., 2011). Diferenciar además los procesos emocionales de procesos de afrontamiento como variables dinámicas influyentes en las variables de salud y enfermedad es clave para entender los objetivos planteados.

Aunque existe fundamentación empírica para realizar el estudio planteado, los procesos emocionales no tienen en la actualidad un peso contundente en la literatura de la FM en comparación con otras variables, encontrándose pocos artículos que conceptualicen y analicen la implicación de cada uno de estos procesos en la FM. En ocasiones las descripciones de los procesos encontrados se entremezclan y se asumen procesos que implican diferencias significativas como procesos similares cuando las matizaciones diferenciales son importantes a nivel conceptual o, por el contrario, se diferencian conceptos que en realidad implican las mismas estrategias. En este sentido y, aunque dichos procesos serán definidos posteriormente, cuando hablamos de regulación emocional nos estamos refiriendo a aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos, y sobre cómo las experimentamos y las expresamos” (Gross, 1999, p. 275). Cabe destacar además, que es importante la diferenciación que algunos autores hacen en relación con lo que puede ser el control emocional desadaptativo (evitación, supresión, o represión emocional), de una regulación emocional adaptativa (Gross, 1999). Así, aunque en general hablemos de la regulación emocional como un proceso eminentemente adaptativo, no hay que olvidar que los esfuerzos por modificar nuestros estados emocionales pueden ser efectivos y adaptativos, pero también ineficaces, disfuncionales e incluso contraproducentes. Este hecho es especialmente relevante en la población con FM, donde la literatura actual pone

de manifiesto como, la supresión e inhibición emocional, la incapacidad para describir e identificar emociones y, en definitiva, el déficit de diferentes procesos que facilitan un proceso de regulación emocional completo, se muestran como procesos disfuncionales y contraproducentes en el intento de modificar los niveles de sintomatología, así como el bienestar y la calidad de vida de las personas afectadas. (Zautra et al.,2005; Steinweg et al.,2011;Satalino et al.,2009).

En este sentido, algunos autores expresan la regulación afectiva como el equilibrio entre dos extremos; por un lado, el polo de la desregulación afectiva que daría lugar a una excesiva labilidad emocional o a una inercia afectiva desmesurada (Linean, 1993), y por otro lado, el polo del excesivo autocontrol emocional que ahogaría la experiencia del afecto (Taylor, Bagby y Parker, 1997). Es curioso ver cómo la investigación muestra que ambos polos están relacionados, ya que un excesivo autocontrol emocional aparece asociado a elevados niveles de ansiedad, reactividad emocional y depresión entre otros resultados (Taylor et al., 1997) así como a mayores niveles de dolor en población con FM.(Middendorp et al., 2010b).

Por estas razones y antes de finalizar la contextualización del trabajo, parece importante también definir la contraparte disfuncional de la regulación afectiva: la desregulación afectiva. De esta forma, autores como Hervás y Vázquez (2003) realizan una definición complementaria a la anterior en la que la desregulación afectiva podría ser enunciada como “la presencia de un déficit en la activación y/o efectividad de ciertas estrategias de regulación ante estados afectivos negativos” (Hervás y Vázquez, 2003). En este sentido, es importante recalcar que la activación de estrategias de regulación no tiene porqué conducir forzosamente a la regulación de un estado de ánimo negativo. Por tanto y parafraseando a Hervás et al. (2008), “se distinguen dos vías para la desregulación anímica: por una parte, la ausencia o retardo en la regulación que implicaría un déficit en la activación de estrategias de regulación, y por otra, las dificultades en la regulación que se refieren concretamente a los problemas para modular un estado de ánimo aun poniendo en funcionamiento estrategias de regulación” (Hervás et al., 2008).

A modo de resumen, ante la escasez de trabajos sobre estas cuestiones, con la presente tesis doctoral, se pretende analizar el papel que los procesos de regulación emocional desempeñan en las diferentes variables de salud-enfermedad en pacientes con fibromialgia,

con el objetivo adicional de poder establecer perfiles de pacientes dentro de la FM, en base a dichos procesos emocionales, que nos ayuden a la prevención, promoción, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, y en definitiva a una mejor comprensión de la enfermedad.

Dentro de este contexto, la introducción teórica de esa tesis doctoral constará de tres partes diferenciadas:

1) En la primera parte, se expondrán las características principales de la fibromialgia, y los modelos etiológicos más relevantes que sobre ella se han planteado, con un especial interés en los modelos psicosociales. Finalmente, se dedicará un capítulo específico a destacar los aspectos más relevantes en relación a la emoción, que son, hoy en día, un hecho claramente reconocido en fibromialgia: la comorbilidad con ansiedad y depresión, y la importancia del afecto positivo y negativo en esta población.

2) Dedicaremos una segunda parte a señalar las bases conceptuales más relevantes en cuanto al estudio de la emoción se refiere. Como iremos señalando a lo largo de nuestro trabajo, salvo las excepciones de los conceptos comentados en la primera parte (ansiedad, depresión y afectividad), la emoción no ha sido uno de los objetivos prioritarios de investigación en el ámbito de la fibromialgia, hasta hace unos pocos años, por los que los trabajos existentes son muy escasos. Además, los pocos trabajos realizados no siempre se sitúan en perspectivas de la Psicología de la salud, sino que reflejan enfoques Psicopatológicos. Igualmente, se ha dedicado un mayor interés a la emoción como rasgo que a la emoción como proceso. Es por ello que, nos parecía relevante incluir en esta segunda parte los conceptos básicos en torno a la emoción, los principales modelos explicativos y su relación con la enfermedad y salud de las personas.

3) Finalmente, la tercera parte de la introducción irá destinada, en base a la revisión conceptual sobre la emoción realizada en la segunda parte, a revisar los escasos trabajos que han analizado la emoción como proceso, es decir lo que denominamos procesos de regulación emocional, en el ámbito del dolor crónico y en particular de la fibromialgia.

PRIMERA PARTE

PRIMERA PARTE: FIBROMIALGIA, PSICOPATOLOGÍA Y EMOCIÓN

1.1 Fibromialgia: definición, diagnóstico, etiología, epidemiología e impacto de la enfermedad.

1.1.1 Definición y concepto de fibromialgia

La enfermedad de Fibromialgia es definida por consenso por primera vez en 1992 cuando la American Collage of Rheumatology (ACR) asume y establece los criterios diagnósticos para la FM (Wolfe et al., 1990) en el II Congreso Mundial de Dolor Miofascial y Fibromialgia, celebrado en Copenhague. Un año después, estos criterios fueron reconocidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) e incorporados al International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) en el epígrafe “M79.0 Reumatismo, especificado” (Kurtze et al., 1998; Tevar et al., 1998).

Es posible que el origen del término date de comienzos del siglo pasado, cuando en 1904 William Gowers propone el nombre de *fibrositis* para definir el dolor de tipo muscular debido a la inflamación del tejido fibroso. El mismo año, Stockman publica siete casos de pacientes que presentaban fibrositis, confirmando mediante biopsias la inflamación de los septos fibrosos intramusculares (Rotés, 1990). Sesenta años más tarde, Moldfosky comprueba que en este tipo de pacientes existe una alteración de la fase IV del sueño por ondas alfa, estableciéndose el primer dato específico de laboratorio (Ballina, García, Martín, Iglesias y Cueto, 1995). No es hasta 1975 cuando Philip Hench acuña el término hoy reconocido de *Fibromialgia* (FM) sustituyendo al de fibrositis al no haber ninguna evidencia de inflamación (Uceda, González-Agudo, Fernández y Hernández, 2000; Smythe, 1989). Asimismo, y antes de que el término fuera finalmente recogido por Wolfe, Smythe y Yunus (1990) para desarrollar un método que cuantificara y discriminara el trastorno, Yunus (1983) hace cuatro clasificaciones de la FM que diferencian entre localización de los puntos dolorosos y síntomas asociados. Así, se encuentran: a) *Localizada o Regional*: donde los síntomas de dolor y los puntos dolorosos a la palpación digital (“*tender points*”) están limitados en una zona anatómica concreta, como sería el caso del Síndrome de Dolor Miofascial, b) *Primaria*: caracterizada por dolor generalizado y puntos dolorosos extendidos por todo el cuerpo, sin poder explicar los síntomas a través de otro cuadro clínico, c) *Secundaria*: los síntomas de la FM se manifiestan de manera causal con una patología de fondo; por ejemplo, Artritis Reumatoide (AR), polimialgia reumática, vasculitis sistémica,

Lupus Eritomatoso (LES) etc., y d) *Concomitante*: se caracteriza por la presencia de las manifestaciones de la FM de manera concomitante, pero no relacionada en forma causal con otro padecimiento que por sí solo causa dolor; por ejemplo, enfermedad articular degenerativa, traumatismos, etc., situaciones que al presentarse de manera simultánea en el mismo enfermo no explican la totalidad del dolor.

Actualmente la Fibromialgia se define como un trastorno de la modulación del dolor que se caracteriza por un cuadro de dolor crónico musculoesquelético generalizado, benigno, de origen no articular y de causa desconocida. Diversos autores también lo denominan Síndrome Fibromiálgico, ya que se caracteriza por la combinación de diversos síntomas entre los que destacan la presencia de dolor generalizado. El paciente puede expresar dolor en todo el cuerpo o bien en la mitad de éste, en la parte derecha o la izquierda; por encima o, más raramente, por debajo de la cintura. Las áreas que provocan más dolor son la región lumbar, cervical, hombros, caderas, rodillas, manos y pared torácica, y en menor porcentaje codos, tobillos y muñecas (Wolfe y Cathey, 1983).

Además del dolor, existe la presencia de rigidez, fatiga, sueño no reparador y la presencia de unos puntos dolorosos a la palpación de unas zonas anatómicas concretas, llamados puntos sensibles o “*tender points*” (Wolfe et al., 1990). Existen además una serie de síntomas que pueden acompañar a la FM como trastornos de sueño, fatiga, cefaleas tensionales, rigidez articular, sensación de entumecimiento, sequedad de boca, quejas cognitivas como pérdida de memoria o dificultades de atención y concentración, colon irritable, depresión y ansiedad (Baumstark y Buckelew, 1992; Wolfe, 1989; Yunus et al., 1981), aunque el dolor generalizado es el síntoma cardinal siendo su presencia esencial para el diagnóstico.

1.1.2 Criterios diagnósticos

A pesar de la existencia en la actualidad de unos criterios consensuados (no exentos de polémica), la dificultad y la falta de criterios homogéneos para hacer el diagnóstico de FM ha sido evidente a lo largo de la historia de la enfermedad. Fue en 1990 cuando el *American College of Rheumatology* elaboró unos criterios para poder clasificar a los pacientes con FM que han servido para unificar las diferentes posturas que existen respecto al diagnóstico de la FM y se ha conseguido que todos los profesionales de la salud enuncien esta enfermedad de la misma manera. A nivel general, dichos criterios están basados en la presencia de dolor musculoesquelético generalizado, de más de tres meses de evolución y con la presencia de al menos 11 puntos dolorosos de los 18 posibles (tender points) (Wolfe et al., 1990).

El diagnóstico de FM es exclusivamente clínico no existiendo ningún tipo de análisis, prueba de imagen o cualquier otra exploración complementaria que permita confirmar dicho diagnóstico (Ribera, 2011). Wolfe, Smythe y Yunus (1995) intentaron cuantificar la intensidad de la respuesta en diferentes puntos localizados en el cuerpo, los ya mencionados puntos sensibles al dolor o *tender points*, que coinciden con puntos de inserción del músculo, prominencias óseas, otras zonas de tejido blando y nódulos de algunos cuerpos musculares. Así, se han identificado 18 puntos sensibles o 9 pares de puntos simétricos bilaterales a lo largo de todo el cuerpo, tanto en la cara ventral como en la posterior (Figura 1). La presión digital de estos puntos dolorosos debe realizarse con una fuerza aproximada de 4 kg/cm² que, de forma práctica, suele corresponder al momento en que cambia la coloración subungueal del dedo del explorador. Para que un punto se considere «positivo» el sujeto explorado tiene que afirmar que la palpación es dolorosa. Así, la reacción debe ser de dolor y no simplemente de una mayor sensibilidad. Paralelamente, se han establecido también dos pares de puntos de control que sirven para detectar los falsos positivos.

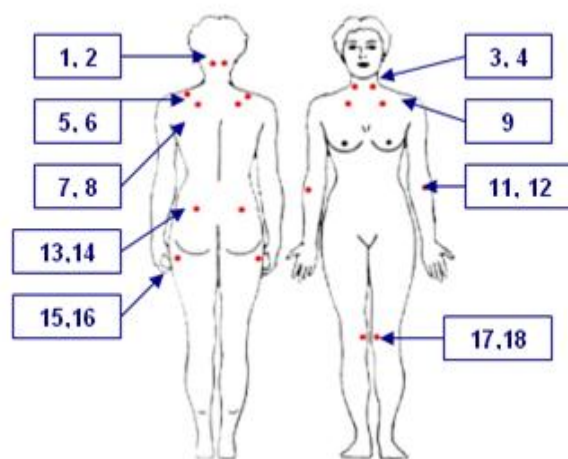


Figura 1. Puntos Dolorosos Típicos de la Fibromialgia (tomado de Villanueva et al. 2004) 1-2 *Cervical bajo*: bilateral, en la parte anterior de los espacios intertransversos C4-C5, C5-C6, 3-4 *Segunda costilla*: bilateral, en la segunda unión condroesternal, 5-6 *Epicóndilo lateral*: bilateral a 2 cm distal del epicóndilo, 7-8 *Rodilla*: bilateral en la almohadilla grasa media próxima a la línea articular, 9-10 *Occipucio*: bilateral en la inserción del músculo suboccipital, 11-12 *Trapezio*: bilateral, en el punto medio del borde superior, 13-14 *Supraespinoso*: bilateral, el origen sobre la espina de la escápula Próximo al borde medial, 15-16 *Glúteo*: bilateral cuadrante superior

externo de la nalga en la parte abultada del músculo, *17-18 Trocánter mayor*: bilateral, posterior a la prominencia trocantérea.

Así, los criterios de clasificación para la fibromialgia establecidos por la ACR (1990) integran tres puntos básicos:

1. Historia de dolor generalizado, en ambos lados del cuerpo, en la parte superior e inferior, además de dolor axial (columna cervical, cara anterior del tórax, dolor dorsal y lumbar) de al menos tres meses de duración.
2. Presencia de respuesta de dolor en 11 de los 18 puntos descritos como puntos de dolor fibromiálgico.
3. La determinación de que la presencia de otras enfermedades no excluye el diagnóstico de FM.

La validación de estos criterios se llevo a cabo en una muestra de 293 sujetos con FM y 265 controles con trastorno de dolor crónico regional o trastorno reumático. Los resultados mostraron una sensibilidad del 88% y una especificidad del 81%. Para el diagnóstico de FM, la movilidad debe ser normal y no debe existir inflamación en los puntos dolorosos. Esta normalidad en las pruebas es un factor favorable para el diagnóstico de la FM (Martinez et al., 2003, Yusta et al., 2002). Por este motivo, la falta de anomalías fisiopatológicas específicas ha sido criticada por solo ceñirse a los criterios de clasificación anteriores (Rotés, 1994; Wolfe, 2003). Sin embargo, los criterios acordados para otros trastornos como la migraña, la neuralgia del trigémino, la cefalea tensional, el síndrome de colon irritable, el síndrome de fatiga crónica o la depresión, también han sido determinados sobre el consenso entre clínicos experimentados (Nielson y Harth, 2004; White, 2004). Por ejemplo, los criterios propuestos por la American Association of Arthritis para el diagnóstico de la artritis reumatoide tenían una sensibilidad del 94% y una especificidad del 89%, cifras no muy alejadas de las estimadas para la FM (Tevar et al., 1998).

Aunque los criterios de la ACR (1990) supusieron un enorme empuje en la investigación y en el tratamiento de la fibromialgia, se ha puesto de manifiesto igualmente que dichos criterios dejan sin cubrir algunos aspectos relevantes. En palabras de Rivera (2011) el hecho de existir pacientes que presentan manifestaciones clínicas típicas de la enfermedad que no cumplen criterios suficientes para establecer el diagnóstico es un factor muy importante a tener en cuenta. En este caso, el paciente sigue encontrándose en una situación en la que

presenta múltiples síntomas pero no tiene un diagnóstico que explique su enfermedad por lo que una de las consecuencias inmediatas es que sigue persiguiendo un diagnóstico con todos los riesgos que ello supone. Mientras tanto, la enfermedad continúa progresando, aparece un deterioro mayor y es cada vez más difícil de recuperar. En segundo lugar, este autor argumenta que otra debilidad de los criterios descritos es que la exploración de los puntos dolorosos requiere de cierta experiencia por parte del explorador para hacer una interpretación correcta de los mismos.

En relación con la dificultad en el consenso de la definición de los criterios y como se refleja en estudios recientes, numerosos autores afirman que los criterios expuestos presentan una serie de limitaciones. La primera de ellas está relacionada con los puntos sensibles o *tender point*. Diferentes estudios han observado que mientras sujetos controles (sin dolor) presentaban puntos de dolor o puntos dolorosos (puntos sensibles “positivos”), otros pacientes con dolor regional o dolor difuso no cumplen los criterios (Bennet et al., 1996). Asimismo, se ha cuestionado la arbitrariedad de los 11 puntos (Chaitow, 2003; Clauw, 2007) y la variabilidad del número de puntos de dolor a lo largo del tiempo en la misma persona y su dependencia del juicio clínico (Chaitow, 2003b; Dommerholt e Issa, 2003). En segundo lugar, una limitación añadida de estos criterios es, en concordancia con la afirmación de Rivera (2011), que además de que en determinadas ocasiones los síntomas que cumplen los pacientes no son suficientes para realizar el diagnóstico, existen otras circunstancias en las que no se tienen en cuenta otros síntomas diferentes al dolor que habitualmente se encuentran en las personas que padecen fibromialgia. En consecuencia, en el II Congreso Mundial del Dolor Miofascial y de la Fibromialgia en 1993, se añadieron otros síntomas como la fatiga persistente, la rigidez matutina generalizada y el sueño no reparador como elementos clave en la FM (Consensus Document on Fibromyalgia: The Copenhagen Declaration, 1993). En el documento aprobado en dicho congreso se da un paso más y se amplía el término de fibromialgia, añadiendo además del dolor, síntomas tales como intestino irritable, sensibilidad extrema al frío, dismenorrea, síndrome de piernas inquietas, intolerancia al ejercicio, parestesias, hormigueo y entumecimiento. Finalmente y como una limitación añadida, nos encontramos diferencias en la literatura científica acerca del significado que debe otorgarse a los tender points. Así, mientras algunos autores indican que los puntos sensibles son marcadores de severidad y malestar (Wolfe et al., 1990, Clauw, 2007), otros no han encontrado relación directa entre estos puntos y el impacto generalizado de la fibromialgia (Giesecke et al., 2003).

En esta misma línea, otros síntomas que se presentan en la FM y que quedan excluidos de los criterios diagnósticos de 1990 son: alodinia (percepción de dolor incluso tras estímulos no dolorosos, como un ligero contacto) e hiperalgesia (aumento en el procesamiento del dolor por el que un estímulo doloroso es magnificado) (Aaron et al., 1996; Affleck, Urrows, Tennen Higgins y Abeles, 1996; Hudson et al., 1992; Landis et al., 2003; Merayo, Cano, Rodríguez, Ariza y Navarro, 2007). Este cuadro complejo que acompaña a la fibromialgia, hace reflexionar sobre el hecho de que aunque esta enfermedad se aborda desde el ámbito reumatológico, pudiera compartir espacio en los ámbitos neurológico y endocrinológico. La realidad es que, en la gran mayoría de los casos las pacientes son derivadas de la medicina primaria tardando en llegar a la consulta con el especialista una media de 5 años (Mulero y Andreu, 1998; Robles, 1995).

En respuesta a las anteriores limitaciones, recientemente el Colegio Americano de Reumatología (Wolfe et al., 2010) ha presentado unos nuevos criterios. Estos criterios valoran otras manifestaciones clínicas como la fatiga, el cansancio matutino, las alteraciones de la esfera cognitiva (pérdida de memoria, falta de concentración, aturdimiento, etc.) y la presencia de varios síntomas somáticos (Rivera, 2011). Así, la palpación de los puntos sensibles deja de tener relevancia y se tienen en cuenta una serie de síntomas hasta ahora no considerados. Además, adicionalmente se emplean dos escalas: un índice de dolor generalizado (*Widespread Pain Index; WPI*) y un índice de gravedad de síntomas (*Symptom Severity Score; SS Score*). Estos criterios valoran la sintomatología relativa a la última semana aunque se haya estado tomando medicación.

La escala del Índice de Dolor Generalizado (*Widespread Pain Index; WPI*) evalúa la presencia de dolor localizado en diferentes áreas corporales, no explicable por la presencia de otras enfermedades como lupus o artritis reumatoide y que haya podido experimentarse durante la última semana, siendo su puntuación variable entre 0 y 19. Por otro lado, el Índice de Gravedad de los Síntomas (*Symptom Severity, SS*) examina la presencia e intensidad de síntomas experimentados en la última semana y, concretamente, evalúa la intensidad de los síntomas comunes (fatiga, sueño no reparador y problemas cognitivos) y la presencia de hasta un total de cuarenta síntomas, lo que permite valorar, no sólo los síntomas habituales, sino también otros síntomas menos habituales como calambres, convulsiones, etc. Su puntuación oscila entre 0 y 12.

Según estos nuevos criterios, para el diagnóstico de fibromialgia es necesario que se cumplan tres requisitos:

- 1) Índice de Dolor Generalizado (WPI) mayor o igual que 7 e Índice de Gravedad de Síntomas (SS) ≥ 5 o Índice de Dolor Generalizado (WPI) 3-6 e Índice de Gravedad de los Síntomas (SS) ≥ 9 ;
- 2) Los síntomas han estado presentes de manera similar durante al menos 3 meses;
- 3) El paciente no tiene una patología que pueda dar explicación al dolor.

Estos nuevos criterios permitirían, a juicio de los especialistas, una aproximación más realista y ajustada de la fibromialgia (Rivera, 2011). Esta aproximación puede resumirse en los siguientes puntos:

- La FM es una enfermedad con otros síntomas distintos al dolor por lo que para conocer su gravedad es imprescindible recurrir a la evaluación de otras manifestaciones clínicas y no sólo del dolor.
- No hace falta ahora ser un experto en la exploración del dolor, basta con preguntar al paciente por las zonas dolorosas de su cuerpo, lo que favorece la consulta por parte del personal sanitario que no esté especializado en FM y, a la vez, permite establecer un diagnóstico de sospecha con mayor grado de precisión.
- Se facilita la realización del diagnóstico de FM hasta en un 25% más de los casos, siendo especialmente relevante para aquellos pacientes que ya han sido diagnosticados pero que a lo largo de la evolución entran en una situación de mejoría en la que disminuyen los síntomas aunque se puede seguir manteniendo la enfermedad. En estos pacientes, los viejos criterios no permitirían hacer el diagnóstico mientras que los nuevos criterios sí. En este sentido, los nuevos criterios servirían como un índice de la evolución de la enfermedad que ayudaría al facultativo a saber cuándo debe instaurar tratamiento y cuándo reducirlo.
- Se permite hacer el diagnóstico de FM en situaciones más precoces de la enfermedad, con menos afectación y un menor deterioro del enfermo. Con ello probablemente se consiga hacer antes el diagnóstico, tratar a los pacientes en fases precoces y mejorar el pronóstico.

Diagnostico diferencial

En relación con el diagnostico diferencial, existen numerosos cuadros clínicos que pueden manifestarse con dolor musculoesquelético generalizado que puede llegar a confundirse con la FM. Además, la presencia de estas enfermedades no descarta la existencia de una FM concomitante, lo que hace imprescindible distinguir la sintomatología de cada una de ellas con el objetivo de evitar el exceso de exploraciones y evaluaciones complementarias y de iatrogenia medicamentosa (Rivera, 2011).

En consecuencia, a la hora de realizar un diagnostico diferencial de la FM, son necesarias además de la evaluación propia del grado en que se encuentra la enfermedad, la historia clínica, la exploración completa y, a veces, pruebas complementarias para excluir otras patologías asociadas, superpuestas o que pueden simular la FM (ver Tabla 1). En ocasiones, puede resultar especialmente complejo para los distintos especialistas el diferenciar al paciente con otros tipos de dolor crónico (como el síndrome miofascial en varias localizaciones) de una FM (Peña, 1995; Rudin, 2003).

Tabla 1. Diagnóstico Diferencial de la Fibromialgia

<i>Enfermedades Endocrinas</i>	Hipotiroidismo e hipertiroidismo Hiperparatiroidismo e hipoparatiroidismo Insuficiencia suprarrenal y Cushing
<i>Enfermedades reumatológicas inflamatorias</i>	Polimialgia y arteritis de la temporal Polimiositis/ Dermatomiositis Lupus Eritomatoso Sistémico , Sjörgen y otras carectionpatías Artritis reumatoide seronegativa de inicio
<i>Enfermedades infecciosas</i>	Brucelosis Síndrome de fatiga postviral (v. Epstein-Barr, parvovirus B19 y otras) Enfermedad de Lyme
<i>Síndromes parasosclóticos y enfermedad tumoral metastásica</i>	
<i>Miopatías no inflamatorias</i>	
<i>Artrosis, lesiones discales</i>	

Además, la fibromialgia puede estar unida a enfermedades, especialmente reumáticas u otros síndromes funcionales, que hacen más difícil y controvertido el diagnóstico y complican su evolución y tratamiento (Aaron y Buchwald, 2003; Rodríguez, 2004; Goldenberg, 2003; Wessely, Nimnuan y Sharpe, 1999; Yunus, Masi y Aldag, 1989). La

severidad de los síntomas, la persistencia en el tiempo, la ausencia de anomalías biológicas o psicológicas (específicas o conocidas) son algunas de las claves que pueden ofrecer una explicación al conjunto de los síntomas que tiene la fibromialgia y sobre todo, el impacto físico, social, emocional y laboral que se desprende de esta enfermedad (Goldenberg, 2003).

Asimismo y, dentro del amplio espectro de los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad, es importante diferenciar la FM de una posible depresión endógena, por compartir síntomas similares en determinadas ocasiones. Como se refleja en el apartado de causas explicativas de la enfermedad, numerosos autores ponen de manifiesto la comorbilidad existente entre la FM y diferentes trastornos psicopatológicos que pueden presentarse paralelamente al diagnóstico de FM y coexistir con él, sin que ello implique que el paciente tenga una sola enfermedad o que una sea consecuencia de la otra. Entre los trastornos psicopatológicos más frecuentes, la depresión endógena puede ser la que mayor relevancia tenga a nivel de diagnóstico diferencial. Igualmente, dentro de los criterios del manual diagnóstico DSM-IV-TR, la diferenciación de la FM con los trastornos de personalidad representados en el eje II también podría describirse como un factor a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de esta enfermedad por la repercusión que existe en la literatura sobre las posibles causas etiológicas relacionadas. Para finalizar, la FM también ha sido incluida, en las consultas de reumatología, dentro de los *síndromes funcionales* o *síndromes somáticos funcionales*.

Según el manual diagnóstico DSM-IV-TR sería considerada como un síndrome somatomorfo y, dentro de éstos, como un síndrome de somatización.

Así, entendiendo que la etiquetación de los pacientes tiene el objetivo de fomentar una comunicación adecuada entre los profesionales de la salud y no la estigmatización de los pacientes, podemos concluir que existe relación entre las disciplinas de la medicina (en varias de sus ramas) y la psicología en relación con los criterios de síndrome somático funcional y trastorno de somatización (dentro de los llamados síndromes somatomorfos).

Así, por un lado los **síndromes somáticos funcionales** presentan siete características comunes (Goldenberg, 2003; Wessely et al., 1999; Yunus et al., 1989):

- 1) sintomatología sin causas orgánicas claras.
- 2) alto grado de solapamiento de síntomas entre los diferentes cuadros, incluso en un mismo individuo.
- 3) mayor prevalencia de trastornos psicológicos que en la población general.
- 4) síntomas refractarios al tratamiento médico y a las medidas paliativas.
- 5) presentación de pequeños brotes esporádicos.
- 6) dificultad para realizar un diagnóstico.
- 7) combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, tanto en el origen, como en el mantenimiento de los síntomas.

Por otro lado, los síndromes somatomorfos y, específicamente el **trastorno por somatización** y cumplen los siguientes criterios (DSM-IV- TR):

Trastorno de somatización

- A.** Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- B.** Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:
 - Cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción).
 - Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).
 - Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo).
 - Un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y

dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo).

C. Cualquiera de las dos características siguientes:

- Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. e. drogas o fármacos)
- Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.

D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

Así pues, dada la proximidad de la sintomatología de la fibromialgia con otros cuadros diagnósticos, pese a estar definidos los criterios diagnósticos en la FM y no existir pruebas de laboratorio específicas para el diagnóstico de la misma, se recomienda realizar una buena evaluación diagnóstica (incluido el diagnóstico diferencial) y algunos profesionales afirman la idoneidad de realizar determinaciones hormonales y pruebas que descarten otras enfermedades autoinmunes o reumáticas.

Actualmente, además de los índices de dolor generalizado y la escala de gravedad de síntomas recientes, existen cuestionarios de autoinforme que se utilizan para valorar, por ejemplo, el grado de dolor, el impacto de la enfermedad y la calidad de vida como aspectos cruciales en la evaluación de la enfermedad y del impacto de ésta sobre el bienestar psicológico y la salud del paciente. Destacan, entre otras, la Escala de Dolor Regional (*RPS-Regional Pain Scale*; Wolfe, 2003), el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (*FIQ-Fibromialgia Impact Questionnaire*, Burckhardt, Clark y Bennett, 1991), la Escala de Fibrofatiga (Zachrisson, Regland, Jahreskog, Kron y Gottfries, 2002) o el Cuestionario Multidimensional de Evaluación de la Salud (*MDHAQ- Multidimensional Health Assessment Questionnaire*, Pincus, Swearingen y Wolfe, 1999). Paralelamente, diferentes autores han puesto de manifiesto la importancia de disponer de una unidad de evaluación que permita conocer el grado de afectación de los pacientes con FM ya no solo para evaluar el impacto

de ésta sobre los aspectos mencionados, sino para utilizarla en la práctica clínica diaria con el objetivo de tener una herramienta de screening rápida y eficaz. En consecuencia, recientemente se ha diseñado una herramienta, el ICAF (Índice Combinado de Afectación en pacientes con Fibromialgia), que evalúa el grado de afectación de los pacientes con FM y que ha demostrado ser una herramienta de manejo fácil en la consulta diaria, comprensible para la mayoría de los pacientes, fácil de corregir por el facultativo, que permite saber qué aspectos son los más importantes de la enfermedad y qué modalidad de tratamiento es la más adecuada para ese paciente, además de ser sensible a los cambios experimentados por el tratamiento (Vallejo et al., 2010).

1.1.3. Prevalencia y aspectos sociodemográficos

La prevalencia real de la FM es difícil de precisar ya que, como se ha venido comentando, el diagnóstico no cuenta a día de hoy con las garantías necesarias, existiendo una evaluación subjetiva de la sensibilidad a la palpación, una localización imprecisa de los puntos y una falta de especificidad y sensibilidad de los criterios obteniéndose datos combinados con los de otros problemas musculoesqueléticos (Calabozo, Raluy, Llamazares, Muñoz y Alonso-Ruiz, 1990). Asimismo, muchos de los estudios realizados estiman la prevalencia sobre pacientes diagnosticados, excluyéndose los pacientes que, padeciendo la enfermedad, no han sido aun incluidos entre la población afectada.

Es por ello que los porcentajes arrojados por la literatura pueden oscilar, tanto a nivel internacional como nacional, en función no solo del tipo de estudio, sino también de la fuente de la que provengan. Así, de acuerdo con los estudios sobre la prevalencia de la fibromialgia, ésta varía entre un 0,66 y un 20 %, según la población estudiada (Sildan y Horchberb 1993; Wolfe et al., 1995). Otro problema añadido es que los datos pueden provenir de tres fuentes diferentes: comunitarios (estudios basados en población), centros de referencia (clínicas y hospitales) y clínicas especializadas en reumatología.

Diferentes estudios en los años 90 han mostrado en la población general una prevalencia de la FM de entre el 0,7% (Wolfe, Ross, Anderson, Russell y Hebert, 1995) y el 3,3% (Croft, Rigby, Boswell, Schollum y Silman, 1993; Goldenberg, 1999; Henriksson y Burckhardt, 1996; Lorenzen, 1994; Mengshoel, Forseth, Haugen, Walle-Hausen y Forre, 1995; White, Speechley, Harth y Ostbye, 1999; Wolfe et al., 1995). Posteriormente, otros estudios apuntan datos de prevalencia más elevados, entre un 2-15% (Kersh et al., 2001; Lindell, Bergman, Petersson, Jacobsson y Herström, 2000).

En las unidades de reumatología, se calcula que entre el 10% y el 20% de los pacientes visitados padecen FM, mientras que en servicios no especializados la padecen entre el 2,1% y el 5,7% (Wolfe et al., 1995). En población española, el estudio EPIDOR (Estudio EPIDOR, 2003) señala que, sobre una muestra aleatoria de pacientes que acuden a consultas de reumatología, el 12,2% cumplen criterios de FM. Se ha estimado desde atención primaria que dos años después del diagnóstico y de una intervención mínima, el 50% de los enfermos están asintomáticos sin medicación (Granges, Zilko y Littlejohn, 1994), pero en la consulta especializada sólo un 5% de los pacientes presentan una remisión completa de sus síntomas, y alrededor del 60% continúan manifestando cansancio y sueño inadecuado, a pesar de recibir medicación en un 85% (Felson y Goldenberg, 1986).

A nivel internacional, existen diferencias porcentuales en la estimación de la población afectada por la enfermedad, en términos generales y en función del sexo y la edad. Así, en Estados Unidos (Wolfe et al., 1995) se ha estimado que un 2 % de la población general tiene fibromialgia, con un mayor índice en el intervalo de 40 a 60 años. En países como Noruega, los porcentajes están en torno a un 10,5 % en mujeres de 25 a 55 años (Forseth y Gran, 1992), en Canadá entre un 4,9 y un 1,6%, para mujeres y hombres respectivamente (White et al., 1995), en Dinamarca y Finlandia entre un 0,66 % y un 0,75% respectivamente, y en Alemania en un 1,9% (Reilly y Littlejohn, 1992). Estos datos contrastan con prevalencias cercanas al 10% en países como Israel y Gran Bretaña (Buskila, 2001).

A nivel nacional y utilizando para el diagnóstico los criterios de clasificación del *American College of Rheumatology* de 1990 (Wolfe et al., 1990), el estudio EPISER (Prevalencia e Impacto de las Enfermedades Reumáticas en la población adulta española; Valverde et al., 2000; 2001) señala que la prevalencia de la FM en España es del 2,4% en población general mayor de 20 años, por lo que se puede hablar de un millón de pacientes en nuestro país (Mas et al., 2008). De nuevo, se pone de manifiesto que hay que considerar que este número se refiere sólo a los pacientes que cumplen los criterios de clasificación de la enfermedad, por lo que aquellos otros que se encuentran en las fases iniciales o que no cumplen con los criterios no han sido tenidos en cuenta a la hora de calcular el número de enfermos con FM.

El citado estudio EPISER, uno de los estudios más recientes que evalúa la prevalencia global de la FM en España, muestra que la prevalencia global de esta enfermedad es del 2,37% con una prevalencia en mujeres del 4,2% y en varones del 0,2% lo que supone una relación mujer hombre de 21 a 1. Estos datos son coherentes con otros estudios que afirman que la FM se presenta mayoritariamente en mujeres con una proporción del 73-90% (Bartels, Dreyer, Jacobsen, Despersen y Bliddal, 2009; Marcus, 2009; Navas, Muñoz y García, 2003; Rodríguez Franco, 1994) y con una prevalencia del 3,4% en mujeres frente al 0,5% en hombres (Goldenberg, 1996; Wallace, 1997). El nivel de estudios es significativamente menor en la población con fibromialgia que en el resto de la población y además estos pacientes muestran un grave deterioro de su calidad de vida. El análisis de los datos de este estudio mostró que el factor más importante para padecer la FM es el ser mujer; pertenecer a un nivel sociocultural bajo y mostrar la mayor presencia de comorbilidad con hipertensión, hipercolesterolemia y depresión. Este estudio es coherente con trabajos previos (Albornoz et al., 1997; Alvarez-Lario et al., 1996; Campus Sánchez, 2000; García del Río Cortés y Agreda, 2000) y recientes (Mas et al., 2009) realizados en población española.

En cuanto a la distribución en grupos de edad, la FM aparece en todos los grupos, encontrándose un pico de prevalencia entre los 40 y 49 años (4,9%), y siendo relativamente infrecuente en personas que superan los 80 años de edad. Aun así, recientemente algunos estudios afirman que la aparición de los síntomas de la enfermedad comienza en edades más tempranas (Mas, Carmona, Valverde y Ribas, 2009). Esta estimación se corrobora en estudios internacionales que ponen de manifiesto que la FM puede iniciarse a cualquier edad, aunque es más frecuente su aparición entre los 30 y los 40 años (Makela y Heliovaara, 1991; White, Speechley, Hart y Ostbye, 1999; Wolfe et al., 1995) y la incidencia máxima se produce entre los 40 y los 60 años (Goldenberg, 1999; Reiville, 1997; Yunus et al., 1981).

En relación con otras características sociodemográficas asociadas, los resultados no son del todo coherentes. Por un lado, se estima una mayor probabilidad de aparición de la fibromialgia en personas casadas con un nivel socioeconómico medio (Alonso, Loevinger, Muller y Coe, 2004; Mease et al., 2008), mientras que otros estudios encuentran una mayor prevalencia en personas divorciadas (siendo tres veces mayor que en la población casada), con escasos recursos económicos y con niveles educativos bajos (Makela y Heliovaara,

1991; Zubieta, Aragon y Cantalejo, 2003) y de raza blanca (Alegre, Ramentol y Berga, 2001; White et al., 1999).

La media de duración de la enfermedad antes de buscar profesionales especializados oscila entre 6 y 12 años, complicándose mucho el tratamiento, ya que con los años la FM tiende a cronificarse (Mulero y Andreu, 1998). En la mayoría de las ocasiones, pasan varios años entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico (Rodríguez Franco, 1994), tras haber acudido a una media de 3-4 profesionales médicos con las mismas quejas (Wallace, 1997; Yunus et al., 1981). Esto hace que se encarezca tanto el diagnóstico como el tratamiento de la enfermedad.

1.1.4 Impacto de la Fibromialgia en la calidad de vida del paciente

Tanto a nivel clínico como a nivel de investigación, es bien sabido el impacto que la fibromialgia tiene en la calidad de vida del paciente (Pastor et al., 2011; Davis, 1996; DeWalt et al., 2004; Dewar et al., 2003; Henriksson, 1994; Kersh et al. 2001; Lledó, 2005; Lledó et al., 2009; Neumann, Berzak y Buskila, 2000; Neumann y Buskila, 1997; Rivera, 2004; Smith, 1998). El desequilibrio personal que provoca esta enfermedad pone en riesgo el mantenimiento de las relaciones familiares y de amistad y es un hecho que la incapacidad a nivel físico, laboral, familiar, y social provoca una interferencia en las actividades diarias (Bergman, 2005; Blyth et al., 2001; Cronan, Serber y Walen, 2002; Rivera, 2004; Von Korff y Saunders, 1996; Velasco, 2011). Estos pacientes disminuyen significativamente la frecuencia y tipo de actividades cotidianas, tienen limitaciones físicas, absentismo laboral, además de problemas de sueño, cansancio, problemas familiares, reducción del número de contactos sociales, uso excesivo de fármacos y de servicios médicos, así como cambios psicológicos como ansiedad, depresión o irritabilidad, etc.. (Dewar et al., 2003; Fontaine, Conn y Clauw, 2010; Henriksson, 1994; Neumann et al., 2000; Pastor et al., 2000; Sansone, Levensgood y Sellborn, 2004).

Los mecanismos psicológicos son fundamentales para evitar o minimizar la disfunción producida como consecuencia que la cronificación de la enfermedad de FM. Esta, puede provocar un riesgo importante en relación con el grado de discapacidad instaurado en los pacientes (Andersen, Isacson, Lindgren y Orbaek, 1999; Fordyce, 1986). Cuando se cronifica una discapacidad asociada a un problema de dolor, con la consiguiente pérdida o abandono de su actividad laboral, primero, junto con la presencia del dolor, se pierde la capacidad para realizar diferentes actividades y los factores potenciales para que este dolor

reaparezca son factores laborales. En segundo lugar, el enfermo decide buscar atención o cuidado médico, o compensaciones económicas, o ambas y es aquí donde las variables físicas pierden importancia y aumentan las variables psicosociales y de satisfacción laboral. En tercer lugar, se trata el problema, en este caso de dolor (Kendall, 1999).

El dolor crónico representa el 6% de la población incapacitada para realizar las actividades de la vida diaria (Schlenk et al., 1998). En estos problemas, conseguir mantener el sentimiento de bienestar se convierte en un reto tanto para el paciente como para el profesional sanitario (Pons, 2010). Mäntyselkä et al. (2003) menciona que las personas con dolor crónico tienen una probabilidad ocho veces mayor de tener una baja calidad de vida que aquellas personas que no tienen. Además el dolor crónico produce un deterioro del estado de salud.

En un reciente trabajo (Pons, 2010) se valora el estado de salud en pacientes con FM, definiéndolo como uno de los componentes esenciales de la calidad de vida que abarca distintos dominios: recursos económicos, medioambientales, relaciones sociales, trabajo y tiempo de ocio (Burckhardt, Clark y Bennett, 1993). Para valorar el estado de salud en personas con FM se necesitan valorar los síntomas (principalmente el dolor y la fatiga), el impacto físico, el impacto emocional y el impacto psicosocial. Igualmente, conviene no olvidar el impacto económico, tanto social como personal que los pacientes sufren como consecuencia de la enfermedad.

Impacto físico

Según afirma Velasco (2011), se destaca la intensidad de dolor como un síntoma que predice el impacto físico o grado de funcionalidad de un paciente (Dobkin et al., 2006; Kyhlbäck, Thierfelder y Söderlund, 2002; Van den Hoogen et al., 1997; Van Tulder, Koes, Metsemakers y Bouter, 1998), y en menor medida, la fatiga y los problemas de sueño (Yusta, Laguna y Ballina, 2002). Diferentes estudios han señalado que los problemas de dolor crónico suelen producir un fuerte impacto en el grado de funcionalidad de un paciente. Principalmente, existe dificultad en la realización de actividades físicas, actividades de la vida diaria (como las tareas domésticas) y se favorece el uso excesivo del descanso.

En la revisión realizada por Pons (2010) se señala que para valorar el impacto a nivel físico como dimensión del estado de salud se han utilizado distintas variables: Discapacidad,

Función Física, Rol Físico, Funcionamiento Diario, Interferencia en Actividades de la Vida Diaria, Salud General, Impacto Físico, Impacto Motor, entre otras. Esta variabilidad podría ser debida a la utilización de diversos instrumentos, nombrando a la variable según el factor del instrumento utilizado. Así, en esta revisión, se encontraron 20 estudios que valoran esta dimensión en la FM, siendo 5 los que la evalúan en sentido positivo o funcionalidad, 7 en sentido negativo o discapacidad y 8 los que han utilizado variables en ambos sentidos. Pons (2010) afirma que las personas con FM presentan significativamente mayor Discapacidad que las personas con otras patologías que cursan con dolor, como el dolor de cabeza (Porter-Moffitt et al., 2006), dolor temporomandibular (Plesh, Wolfe y Lane, 1996), dolor crónico generalizado (Cöster et al., 2008) y Osteoartritis (OA) (Currey, Rao, Winfield y Callahan, 2003). No se encontraron diferencias en el grado de discapacidad entre personas con FM y personas con dolor crónico localizado (Porter-Moffitt et al., 2006). Al comparar el grado de funcionalidad entre personas con FM y AR, los resultados se muestran contradictorios, siendo por un lado similares entre ambos diagnósticos (Burckhardt et al., 1993; Martínez, Ferraz, Wato y Atra, 1995; Walker et al., 1997), o peores en el caso de la FM (Burckhardt et al., 1993; Currey et al., 2003; Tander et al., 2008). También se ha mostrado que la funcionalidad en la FM es mejor que en la AR (Borman y Celiker, 2001; Walker et al., 1997). La variabilidad en estos resultados puede deberse al instrumento o el factor que cada autor haya utilizado para realizar la comparación, por ello el método de evaluación de esta variable debe de considerarse cara a la interpretación de los resultados.

Por otro lado, diferentes estudios han comparado la discapacidad entre personas con FM, encontrando mayores niveles en aquellas personas que están siendo tratadas en las consultas Reumatología frente a personas de población general con FM (Kersh et al., 2001; Wolfe et al., 1995). Por otro lado, las personas con FM tratadas en consultas de Reumatología presentaban una discapacidad o impacto físico similar a la de sus familiares con FM que no recibían tratamiento para su problema de salud (Neumann y Buskila, 1997) o que las personas tratadas en Atención Primaria (Lledó, 2005; Pastor, Martín-Aragón, Pons y Lledó, 2003).

Impacto emocional

El impacto emocional que la fibromialgia tiene sobre las personas que la sufren se ha reflejado en numerosos estudios y es una de las quejas presentes en todo paciente diagnosticado. Como ya hemos mencionado, el peregrinaje que los pacientes realizan hasta que son diagnosticados agudiza aun más si cabe las emociones negativas experimentadas

por estos pacientes. Además, los círculos viciosos generados entre el dolor y la sintomatología emocional negativa (ansiedad y depresión) se han puesto de manifiesto en numerosas ocasiones. Así, reacciones emocionales negativas como la ansiedad y la depresión, pueden contribuir a la intolerancia al dolor, provocando un aumento de la tensión muscular. A su vez, esta tensión muscular puede ser una expresión del estrés, factor importante para que se desarrolle o mantenga el dolor. Autores como Phillips (1991) han hablado de este círculo vicioso (Figura 2) enfatizando en la importancia de romperlo.

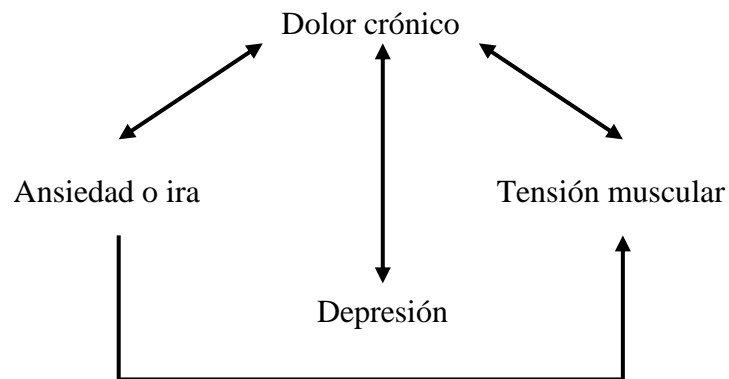


Figura 2: Esquema de círculos viciosos ante la experiencia de dolor

Generalmente, el impacto emocional asociado a la FM se relaciona con estos elevados niveles de ansiedad y depresión (Llorca, Monsalve y Villasante, 2002; Mengshoel et al., 1995). También se han valorado otras variables como la indefensión, irritabilidad o estrés, entre otros. En cuanto a la ansiedad, la mayoría de los estudios encuentran mayores niveles de esta variable en personas con FM en comparación con otros grupos de dolor crónico (Burckhardt et al., 1993; Cöster et al., 2008; Hawley et al., 2001; Pérez-Pareja et al., 2004; Tander et al., 2008), sin embargo algunos estudios muestran lo contrario (Hawley et al., 2001; Uveges et al., 1990). Con respecto a la depresión, también se han encontrado mayores niveles en personas con FM en comparación con otras patologías que cursan con dolor (Burckhardt et al., 1993; Cöster et al., 2008; Hawley et al., 2001; Plesh et al., 1996; Tander et al., 2008; Uveges et al., 1990), principalmente la AR, Dolor Temporomandibular, Síndrome Miofascial o dolor crónico generalizado. Los resultados en la población de personas con OA se muestran inconsistentes (Burckhardt et al., 1993; Hawley et al., 2001). Profundizaremos más adelante en estos aspectos.

Impacto psicosocial

Este constructo se refiere al desarrollo de las actividades tanto laborales como familiares, y de ocio y entretenimiento. Pons (2010) encontró un total de 14 estudios en FM que evalúan esta variable con el empleo de diferentes variables e instrumentos. Cuando se compara a la FM con la OA, no se encuentran diferencias en cuanto a las actividades sociales o de ocio (Burckhardt et al., 1993; Hawley, Wolfe, Lue y Moldofsky, 2001) ni en el aislamiento social (Borman y Celiker, 1999; Ruiz-Moral, Muñoz-Alamo, Pérula y Aguayo-Galeote, 1997). En cuanto al funcionamiento social, se encontraron resultados inconsistentes, de forma que se observa que las personas con FM tienen un mejor (Walker et al., 1997) o peor (Tander et al., 2008) funcionamiento que las personas con AR, y peor (Cöster et al., 2008) o similar (Neumann et al., 2000) funcionamiento que personas con dolor crónico generalizado. En cuanto a la comparación con personas con LES, se encontró que las personas con FM muestran peor funcionamiento social (Da Costa et al., 2000).

Los problemas de limitación laboral han sido más difíciles de cuantificar debido a la dificultad para objetivar datos como la fatiga. En las tablas 1 y 2 se muestran tanto los factores de incapacidad como los aspectos que dificultan su valoración en este sentido en el caso de la fibromialgia (Zubieta et al., 2003).

Tabla 2. Factores que influyen en que la fibromialgia sea causa de incapacidad

• Alta percepción del paciente de sus síntomas
• Baja autovaloración del paciente de su capacidad y nivel de salud
• Intensidad de la fatiga
• Fallos de concentración y de memoria
• Asociación con otros síntomas (trastornos intestinales, cefaleas)
• Alta prevalencia de FM

Tabla 3. Aspectos que dificultan la valoración de la incapacidad en la FM

• Falta de aceptación de la enfermedad
• Anomalías psicológicas frecuentes
• Planteamientos económicos restrictivos
• Deficiencias en los instrumentos de evaluación
• Eficacia incierta del tratamiento
• Dificultades para el mantenimiento o cambios en el puesto de trabajo
• La incapacidad como posible factor negativo en la enfermedad

Impacto socioeconómico

El impacto socioeconómico de la FM es muy elevado y difícil de evaluar en costes directos de atención sanitaria y/o incapacidad laboral (García-López y Campos-Sánchez, 2001). Estudios sobre la utilización de servicios y costos asociados (McCain, 1996; Wolfe, Anderson, Harkness, Bennett, Caro, Goldenberg, Russell y Yunus, 1997; White et al., 1999) sugieren que los pacientes con FM tienen una hospitalización cada tres años, diez visitas médicas al año, mayor comorbilidad y mayor número de intervenciones quirúrgicas así como un consumo medio de 2,7 medicamentos por paciente (Velasco, 2011). En otro estudio epidemiológico, White et al. (1995) recogieron los resultados de diferentes trabajos sobre el impacto social de la FM en distintos países, donde se muestra que entre un 9% y un 24% de los pacientes perciben algún tipo de compensación económica por discapacidad (Cathey, Wolfe y Roberts, 1990; McCain, Cameron y Kenney, 1989) y el 50% ha tenido que dejar de trabajar en algún momento. En Canadá el 9% de las incapacidades laborales están relacionadas con la FM (McCain, 1996; White et al., 1999) y en Estados Unidos, el 26,5% de los pacientes con FM han recibido compensaciones (Wolfe et al., 1997). Según Valverde et al. (2000), en España el 11,5% de las personas con FM se encontraban en incapacidad laboral temporal o permanente y entre un 15% y un 50% reciben compensación económica por esta incapacidad laboral.

Se ha planteado la hipótesis de que el hecho de que la FM sea subsidiaria de compensación económica, podría hacer aumentar su prevalencia; sin embargo, no parece que los pacientes con FM que reciben la incapacidad definitiva laboral mejoren sus síntomas (Moldofsky, Wong y Lue, 1993).

Dada la evolución crónica de la enfermedad, el gasto se prolonga y se amplifica en el tiempo. Esta preocupación se ha extendido a todos los servicios sanitarios (Goldenberg, 1999; 2002).

1.2. Etiología, mecanismos patogénicos e hipótesis causales de la FM

En relación con los modelos etiológicos planteados sobre la fibromialgia desde la psicología, las décadas de los 70 y 80 marcaron el primer acercamiento de diferentes trabajos de investigación en revistas científicas que estuvieron fuertemente influidos por el escaso conocimiento médico acerca del síndrome, incluidas sus causas. La comunidad científica se encontraba ante un problema relativamente novedoso para el que no existían explicaciones desde un punto de vista médico. Autoras como Pastor et al. (2011) afirman que esta situación dio pie a que los primeros acercamientos de la Psicología siguieran el mismo esquema biomédico de enfermedad: si no existía causa orgánica conocida, por exclusión, la causa debía ser psicológica y, como una consecuencia lógica de este razonamiento, debía estar presente la patología. Por ello, la investigación en estas décadas se centró en la búsqueda de psicopatología que pudiera explicar el síndrome, comparando a las personas con FM con controles sanos o con otros enfermos, pero en su mayoría con una patología orgánica bien establecida (Pastor, Rodríguez-Marín, López-Roig, y Juan, 1995).

Es por ello que el etiquetado psicológico de estas personas se dio en términos patológicos asumiendo que cuando estos trabajos han sido revisados, su validez ha sido discutida porque la mayoría tienen problemas metodológicos entre los que destacan diseños transversales, instrumentos no adaptados a la población diana y con ítems con contaminación somática, entrevistadores que no han sido ciegos ni a las hipótesis ni a las patologías, grupos control poco adecuados y sesgos de selección muestral (Pastor et al., 1995; Pastor, Lledó, Martín-Aragón, Pons, y Terol, 2003a).

Actualmente, en contraposición con este enfoque patológico se asume la existencia de problemas psicológicos que son consecuencia y no causa de las enfermedades crónicas, es difícil sin embargo encontrar enfermedades únicas y con límites bien establecidos siendo frecuente la presencia de varios problemas simultáneos que agravan el cuadro sintomático y dificultan el tratamiento de la enfermedad crónica (Dersh, Polatin, y Gatchel, 2002; Gatchel, 2004) y del dolor crónico en particular (Dersh et al., 2002; Gatchel, 2004; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, y Turk, 2007; Gureje, Simon, y Von Korff, 2001).

Asimismo, y en función del marco teórico de referencia del presente trabajo, hay que añadir que en el caso de la FM, existe una gran variabilidad en la prevalencia de problemas afectivos y una baja prevalencia de trastornos de personalidad, apoyando la idea de la heterogeneidad entre las personas que padecen el problema (Thieme, Turk, y Flor, 2004). Así, aunque a día de hoy la hipótesis de que la fibromialgia fuera clasificada dentro del espectro de los trastornos estados de ánimo haya sido descartada, diferentes estudios siguen afirmando que la FM es la enfermedad más comúnmente asociada con la depresión dentro del espectro de los trastornos psicológicos. Autores como Altunoren et al. (2011) afirman que, de acuerdo al diagnóstico basado en los criterios de la entrevista diagnóstica de la DSM-IV-TR, el 76,5% de una muestra de 50 pacientes con FM fueron diagnosticados además de un trastorno psicológico.

Siguiendo en esta misma línea, se expondrán a continuación las principales causas etiológicas planteadas tanto desde los modelos biologicistas centrados en mecanismos fisiopatológicos como posibles causas explicativas de la enfermedad; como desde los modelos biopsicosociales centrados en el estudio de los procesos de salud-enfermedad desde una perspectiva multidimensional, donde los factores psicológicos desempeñan un papel fundamental en la explicación de la etiología y pronóstico de los enfermos con FM. Asumiendo que el presente estudio tiene el objetivo de estudiar los procesos emocionales desde este último marco de referencia, cabe señalar que las primeras aportaciones que expondremos tendrán un claro y marcado paradigma etiológico y psicopatológico que se irá modificando para terminar exponiendo la sintomatología emocional como consecuencia y no como causa de la enfermedad. Así, inicialmente, los primeros modelos psicológicos, entre ellos los emocionales, eran modelos etiológicos porque buscaban explicación causal y determinista (unicausal) de determinadas variables psicológicas en la fibromialgia y, al mismo tiempo eran modelos psicopatológicos porque en base a esa supuesta etiología, encuadraban a los sujetos en modelos diagnósticos de patología mental, entendiendo que la sintomatología física (p.e. dolor) era una mera consecuencia de una patología mental subyacente (Peñacoba et al., 2011). Como se ha señalado con anterioridad, estos estudios, propios de la década de los 70 y 80, cuentan con importantes limitaciones metodológicas, aunque hay que señalar la importancia de los mismos en la fibromialgia en particular, puesto que han aportado claves relevantes que se mantienen en la actualidad, pese a que los estudios actuales tienen un enfoque claramente diferencial. Estas limitaciones se han evidenciado tanto actualmente, como en las revisiones realizadas en su momento, donde

tampoco se encontraron datos concluyentes acerca de la existencia de un perfil psicopatológico típico de estas personas o una personalidad “específica” de la FM.

Los trabajos actuales que encuentran diferencias significativas en alteraciones psicológicas (sobre todo de tipo afectivo) entre las personas con FM y sus controles, asumen que pueden ser explicadas por la sintomatología dolorosa y su cronicidad, y esto es así tanto en la FM como en otros problemas de dolor crónico (Pastor et al., 2003a). En este sentido, en trabajos de corte transversal con personas con FM y utilizando ecuaciones estructurales, problemas como la ansiedad y la depresión considerados en el modelo como antecedentes del dolor no mostraron asociaciones significativas con su intensidad (Lledó, Pastor, Pons, López-Roig, Rodríguez-Marín, y Bruehl, 2010). Estos resultados coinciden con los de otras muestras de dolor crónico (Gatchel, Polatin, y Mayer, 1995) apoyando la hipótesis de que estos problemas son consecuencia más que causa de la situación de dolor (Fishbain, Cutler, Rosomoff, y Rosomoff, 1997). A modo de ejemplo, en el caso de la FM, como se ha venido señalando, la depresión aparece como uno de los problemas psicológicos más prevalentes dentro del impacto emocional de la enfermedad, siempre enfocado desde un punto de vista biopsicosocial en el que este síntoma está considerado dentro de la sintomatología negativa de la enfermedad (aunque, como hemos comentado, con una gran variabilidad entre estudios) lo cual es consistente con los datos de la literatura más general sobre dolor crónico (Dersh et al., 2002; Gatchel et al., 2007). En cualquier caso, la presencia de este y otro tipo de problemas además del dolor, junto con la evidencia existente acerca de su papel en los procesos de cronificación del mismo, sirve para afirmar la necesidad de un tratamiento centrado en las necesidades psicológicas y conductuales de la persona y no sólo en el alivio farmacológico del dolor. Cualquier estrategia terapéutica que no considere esta necesidad será incompleta e ineficaz (Gatchel, 2004; Gatchel et al., 2007; Gatchel y Okifuji, 2006).

A continuación, pasamos a exponer brevemente las diferentes explicaciones etiológicas propuestas para la fibromialgia, tanto las biologicistas como las psicosociales, teniendo presentes en el caso de estas últimas, las consideraciones precedentes, cara a entender el papel que las variables psicológicas, y en particular las emociones (objeto de esta tesis doctoral), han desempeñado en la evolución histórica de la enfermedad en el ámbito de la Psicología.

1.2.1 Modelos biologicistas

Asumiendo que las causas de la FM todavía no son conocidas, se han planteado varias hipótesis fisiopatológicas para intentar explicar el cuadro clínico como una enfermedad de origen muscular, inmunológico, inflamatorio, infeccioso o endocrinológico, aunque la investigación realizada hasta la fecha no ha podido encontrar una alteración única que explique satisfactoriamente todo el cuadro clínico.

En este sentido, recientemente se ha encontrado una agregación familiar de la FM, y los estudios genéticos muestran la presencia de algunos fenotipos con mayor frecuencia que en el resto de la población. Sin embargo, la base genética por el momento sólo es capaz de explicar un porcentaje pequeño de la diferencia entre pacientes y controles (Buskila, 2007).

Paralelamente se han hallado ciertas alteraciones neuroendocrinas del eje hipotálamo hipofisario- adrenal (HPA) (Griep, Boersma y de Kloet, 1993; Pillemer, Bradley, Crofford, Moldofsky y Chrousos, 1997) que pudieran ser las responsables de algunos trastornos endocrinos observados en estos pacientes. Aunque los hallazgos actuales sugieren una disfunción del eje, en general son poco consistentes y, además, se piensa que pueden ser una consecuencia del propio cuadro clínico de la FM más que la causa de la misma (Crofford et al., 1996). Estas anomalías se traducen en trastornos en el ritmo de cortisol (Crofford et al., 1994; McCain, 1989), concentraciones bajas de cortisol urinario libre (Crofford et al., 1994), hiperrespuesta de la hormona corticotropa (ACTH) o insulina con escasa respuesta al cortisol (Griep, Boersma y De Kloet, 1993). Se desconoce si las alteraciones del eje HPA pueden desempeñar algún papel directo en la patogenia o en los síntomas de la fibromialgia ya que, aunque los valores bajos de glucocorticoides pueden aumentar la percepción del dolor, no se ha demostrado que los esteroides mejoren los síntomas de esta enfermedad (Crofford et al., 1994). Sin embargo, el eje HPA sí puede tener un papel indirecto por su conexión con el eje de la hormona del crecimiento-somatomedina C (GH-IFG-1) (Povedano e Iglesia, 2000). De igual manera, los sistemas de adaptación neuroendocrinológica al estrés son los que pueden estar produciendo estas alteraciones neuroendocrinas.

Siguiendo en la línea de las disfunciones neuroendocrinas, también se ha prestado atención a los cambios hormonales en la FM, dado el aumento de sintomatología y empeoramiento

de la enfermedad durante el período premenstrual, el embarazo y puerperio (Griep, Boersma y De Kloet, 1993; 1994; Ostensen, Rugelsjoen y Wigers, 1997). Griep, Boersma y de Kloet (1993; 1994) sugieren una relativa insuficiencia adrenal con secreción aumentada de la hormona corticotropina (ACTH) y la hormona del crecimiento (GH). La somatomedina C, dependiente de la GH, se encuentra disminuida. Esto podría determinar muchos de los síntomas de la FM, en especial los trastornos del sueño, ya que durante el mismo aumenta de modo fisiológico la secreción de GH, especialmente en la fase IV (Manu et al., 1994). Sin embargo, existen estudios relacionados con el embarazo en las mujeres con FM que han encontrado que la sintomatología mejora considerablemente (Mengshoel y Heggen, 2004).

En tercer lugar, también los agentes infecciosos, enfermedades crónicas inflamatorias o autoinmunes, los traumatismos físicos o psicológicos, y disfunciones del sueño están presentes en mayor o menor grado en un alto porcentaje de los enfermos, pero parece que actúan más como desencadenantes del cuadro clínico en sujetos previamente predispuestos que como agentes etiológicos. En este sentido, una de las primeras aproximaciones que trataron de explicar la FM fue la que hipotetizaba su etiología en alteraciones musculares (Gowers, 1904; Stockman, 1904). Según sus autores, las alteraciones histológicas de la musculatura serían una posible causa que pudiera explicar el cuadro de dolor muscular, fatiga y rigidez que presentan estas pacientes. Se han hecho diversas pruebas para determinar el metabolismo energético del músculo, estudios histoquímicos, pruebas de oxígeno y más recientemente la utilización de la Resonancia Magnética Espectroscópica (*Spectroscopical Magnetical Resonance, MRS*). Muchos estudios sugerían que los pacientes con FM tenían anormalidades en el metabolismo energético muscular (Bengtsson, Henriksson y Lasson, 1986; Bennett et al., 1989; Fassbender y Wegner, 1973; Lund, Bengtsson y Thorborg, 1986) pero otros trabajos señalan que no existen diferencias en los parámetros del metabolismo muscular entre pacientes con FM y controles sanos (Hakkinen, Hakkinen, Hannoneb y Alen, 2000; Simms et al., 1994) así que hasta el momento la anormalidad muscular no se considera un factor etiológico de la FM. Asimismo, la Fibromialgia se ha contemplado como un desorden del sistema inmunológico (Dinerman, Goldenberg y Felson, 1986; Klein, Bansch y Berg, 1992) y dada su sintomatología, se ha sospechado que pudiera ser una enfermedad provocada por un virus o una bacteria. Sin embargo, no se ha identificado ningún virus, incluyendo el de Epstein-Barr, citomegalovirus y herpes (Ang y Wilke, 1999; Glaser y Kiecolt, 1998). No obstante, en algunos pacientes con FM resulta

positiva la detección de anticuerpos antinucleares, y algunos estudios han descubierto alteraciones inmunes centradas en una hipofunción de los linfocitos T (Hernanz et al., 1994), elevación de anticuerpos antinucleares (Smart, Waylonis y Hackshaw, 1997) y anticuerpos serotoninérgicos (Klein y Berg, 1994). Para finalizar, también se han encontrado perturbaciones del sueño. Así, Moldofosky et al. (1975) han descrito un patrón de sueño caracterizado por presentar alteraciones de las ondas alfa en la fase IV del sueño N-REM, denominándose anomalía alfa-delta. Los trastornos más frecuentes son la existencia de sueño no reparador, de sueño “ligero” y de mala calidad del mismo (Bengtsson, Henrikson, Jorfeldt, Kadedal, Lennmarken y Lindstrom, 1986; Campbell, Clark, Tindall, Forehand y Bennett, 1983; Nishikai, 1992; Hazlett y Haynes, 1992). La pérdida de sueño puede ocasionar alteraciones en el ritmo circadiano y en las hormonas asociadas a éste, como el cortisol y la melatonina, hormonas que se ocupan de regular el ciclo sueño-vigilia. Como resultado, las pacientes pueden encontrarse somnolientas durante gran parte del día y por las noches agitadas e inquietas. Sin embargo, esta alteración no aparece en todas las pacientes con FM, ni es específica de la misma, ya que también se ha observado en otros cuadros de dolor crónico (Watson, Liebmann y Jenson, 1985) como la artritis reumatoide, en síndromes febriles e infecciones virales o en el síndrome de fatiga crónica, y en personas sanas (Hauri y Hawkins, 1973; Scheuler, Stinshoff y Kubicki 1983). Además esta anomalía del sueño no es suficiente por sí sola para desencadenar los síntomas que aparecen en la fibromialgia.

Por otro lado, la disfunción del sistema nervioso autónomo, puesta de manifiesto mediante las alteraciones en la variabilidad de la frecuencia cardíaca, es un hallazgo mucho más consistente y reproducible (Martínez-Lavín et al., 2000). Esta alteración explicaría satisfactoriamente algunas de las manifestaciones clínicas de tipo disautonómico frecuentes como el síndrome del intestino irritable, sudoración, taquicardia, otras alteraciones digestivas, etc., pero, al igual que los hallazgos de las alteraciones del eje, se piensa que es una consecuencia más que la causa de los mismos.

Las alteraciones en ciertos neurotransmisores (serotonina, sustancia P, somatostatina, endorfinas) (Leza, 2003, Yunus, 1992; Yunus y Masi, 1992) también han sido enunciadas como posibles causas relacionadas dentro de posibles hipótesis neurológicas. En general, en estas pacientes hay una disminución de la actividad serotoninérgica (Russell, Michalek y Vipraio, 1989; Russell, Vaeroy y Javors, 1992). Probablemente, esta alteración es el dato

más importante que pudiera explicar una etiología neurológica en la FM, ya que la serotonina no sólo tiene un papel en la alteración de la percepción dolorosa, sino también en las alteraciones neuroendocrinas –en el eje HPA y del sueño- (Fuller, 1992; Moldofsky, 1982). Sin embargo, los resultados son contradictorios (Kranzler, Gendreau y Rao, 2002) y se ha sugerido que algunos pacientes con FM presentan unos niveles elevados de serotonina plasmáticos probablemente debidos a una liberación plaquetaria (Ernberg, Voog, Alstergree, Lundberg y Koop, 2000). En el tejido muscular, sin embargo, se ha observado un incremento de este neurotransmisor, y su administración intramuscular produce dolor (Ernberg, Lunderberg y Kopp, 2003). Otro neurotransmisor implicado es la sustancia P, un neuropéptido que sensibiliza las neuronas al efecto de los neurotransmisores excitadores y provoca hiperalgesia. Se han encontrado mayores concentraciones de esta sustancia, relacionada con el transporte de los estímulos nociceptivos por el haz espinotalámico hacia el cerebro, en los pacientes con FM (Bennett, 2002; Sprott, 2003; Vaeroy, Helle y Forre, 1988). En estudios con animales se ha encontrado que al inyectar esta sustancia se produce hiperalgesia e incluso alodinia. Asimismo, se han detectado alteraciones en otras sustancias transmisoras o neuromoduladoras tales como péptidos opiáceos, noradrenalina o ácido gamma butírico (GABA). Estas alteraciones intervienen en la modulación de las sensaciones nociceptivas, amplificando las sensaciones dolorosas.

Sin embargo, a pesar de todas las líneas planteadas, es, la teoría de la sensibilización central como posible mecanismo explicativo del dolor asociado en fibromialgia, la que mayor relevancia tiene en la actualidad. El síntoma fundamental de la fibromialgia, aunque no el único, es el dolor intenso, generalizado y aparentemente de causa inexplicable. Este dolor se exacerba con la palpación, siendo esto más evidente (aunque no exclusivo) de ciertos puntos del cuerpo, los llamados “puntos sensibles” o tender points, los cuales han perdurado en el tiempo como criterios utilizados para su diagnóstico. Hoy en día es conocido que esta hiperalgesia mecánica no sólo ocurre en los tender points, sino que es generalizada (Granges y Littlejohn, 1993; Wolfe et al., 1995). Aunque factores periféricos podrían producir dicho dolor, no existe ninguna evidencia de que haya sensibilización periférica como causante de la hiperalgesia (Meeus y Nijs, 2007; Simms et al., 1994).

La sensibilización periférica casi siempre depende de una inflamación local, lo que conlleva disminución de los umbrales dolorosos. A pesar de múltiples investigaciones, ninguna

lesión tisular, cambios estructurales, o evidencia de una fuente de estimulación crónica de aferentes dolorosos, se han detectado en pacientes con fibromialgia (Abeles et al., 2007; Staud et al., 2001). Además, el dolor de estos pacientes carece de localización espacial (Staud et al., 2001). Esta disminución del umbral del dolor provoca periodos de inactividad motora que favorecen el descondicionamiento muscular típico de esta enfermedad junto con alteraciones de tipo psicológico como ansiedad y depresión (Bennett, Clark, Campbell y Burckhardt, 1992).

Todo ello sugiere que mecanismos fisiopatológicos centrales contribuyen, o son responsables del dolor fibromiálgico (Price et al., 2002). Esto lleva a la hipótesis de que el sistema nervioso central es hiperexcitable en estos pacientes (Desmeules et al., 2003). Por tanto, la hipersensibilidad central podría explicar el dolor exagerado en presencia de daño tisular leve o indetectable, ya que la señal nociceptora es amplificada por neuronas hiperexcitables (Meeus y Nijs, 2007, Staud et al., 2001).

Pero esta disminución del umbral somatosensorial no se produce ante un estímulo específico, ya que se ha observado atenuado ante múltiples tipos de estímulo, no sólo al mecánico, sino también al calor (Geisser et al., 2003; Gibson et al., 1994; Kosek y Hansson, 1997; Kwiatek et al., 2000), frío (Kosek y Hansson, 1997), estímulo eléctrico (Arroyo y Cohen, 1993), o incluso a la infusión intramuscular de suero salino (Wood et al., 2007). Inclusive se ha demostrado que esta reducción del umbral, no está sólo limitada al sistema somatosensorial, sino también se ha observado sensibilidad aumentada a estímulos auditivos u olfatorios (McDermid et al., 1996). Todo ello nos indica una amplificación biológica a cualquier estímulo sensorial, que lógicamente no puede depender sólo de factores periféricos, sino de una afectación funcional del sistema nervioso central.

Existen abundantes datos a favor de que dicha sensibilización central, puede explicar no sólo el dolor de estos pacientes, sino la mayoría de los síntomas y signos que se mezclan en este complejo síndrome (Mayer y Bushnell, 2009), y explicaría su asociación con distintos síndromes funcionales.

Se han involucrado dos mecanismos patogénicos que pueden contribuir, de forma no excluyente, sino posiblemente sinérgica, a esta disminución del umbral sensorial de los

pacientes con fibromialgia: una reducción de la actividad analgésica descendente y una hiperactivación de los sistemas excitatorios ascendentes.

Pero sin lugar a dudas, lo que más ha modificado la percepción por parte de los científicos sobre el origen central de la fibromialgia, son los estudios de imagen cerebral, sobre todo por estudios con RM funcional y por espectroscopia (Burgmer et al., 2009; Cook et al., 2004; Gracely et al., 2002; Koeppe et al., 2004; Schmidt-Wilcke et al., 2007; Jensen et al., 2009). En todos ellos, lo que se ha observado con distinta participación de estas áreas, es una alteración de las diferentes regiones cerebrales involucradas en la transmisión y procesamiento de la señal dolorosa.

En apoyo de esta última teoría, en algunos estudios de neuroimagen se ha encontrado una hipoperfusión de algunos núcleos en determinadas áreas del cerebro, aunque todavía no se ha establecido un patrón claro de afectación ni se puede dar una explicación satisfactoria sobre qué es lo que está pasando en dichas áreas cerebrales.

1.2.2 Modelos Psicosociales

En relación con los modelos psicosociales y teniendo en cuenta, como hemos venido señalando, que a día de hoy los modelos biologicistas no han llegado a una casusa consensuada sobre el origen de la enfermedad, el interés por el estudio de los factores psicosociales como posibles agentes causales es actualmente determinante en el estudio de la fibromialgia. Ya en los primeros estudios que defendían un proceso inflamatorio (Gowers, 1904) se fue poniendo en duda la precisión orgánica y se comenzó a considerar la importancia de los problemas psiquiátricos en la fibrositis (nombre anterior a Fibromialgia) que pasaron de ser casi únicamente menciones (Collins, 1940 y Graham, 1953) a afirmaciones rotundas sobre el protagonismo de los factores psicológicos. Durante los últimos años han aumentado los trabajos y revisiones sobre la FM y variables biopsicosociales, apareciendo en revistas médicas y no exclusivamente en las psicológicas y psiquiátricas (Merayo Alonso et al., 2007). Como ya hemos reflejado, los primeros trabajos de la psicología en relación con la FM estuvieron básicamente encaminados a estudiar la psicopatología. Para ello, se llevaron a cabo estudios con importantes limitaciones basados en los resultados de distintas pruebas psicológicas entre los que destaca el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnessota (*MMPI; Minnesota Multiphasic Personality Inventory*). La utilización de este instrumento ha arrojado resultados contradictorios: por un lado, se

encuentra que los enfermos con FM tienen mayor psicopatología en comparación con otros trastornos de dolor (como por ejemplo, la AR) (Ahles, Yunus, Riley, Bradley y Masi, 1984; Painet et al., 1982; Wolfe et al., 1984; Yunus et al., 1991) y por otro lado, autores como Clark et al. (1985) no encuentran diferencias significativas entre las características psicológicas en pacientes con FM en comparación con personas sanas y apoyan que las condiciones psicopatológicas no son necesarias para que la enfermedad se desarrolle, defendiendo que la implicación de estos factores puede estar en las formas de adaptación a la enfermedad (Aaron et al., 1997; Ahles et al., 1984; Restrepo-Medrano et al., 2009; Veale, Kavanagh, Fielding y Fitzgerald, 1991; Wolfe et al., 1984; Yunus, 1984; Yunus, Holt, Masi y Aldag, 1988; Yunus y Masi, 1985; Williams y Clauw, 2009).

Así, siendo muchos los trabajos que evalúan las variables psicosociales y su asociación con la FM, algunos autores plantean que existen problemas metodológicos (por ejemplo, el sesgo de selección muestral) que pueden afectar a la validez de los resultados obtenidos (Goldenberg, 1989; Goldenberg, Mossey y Schmid, 1995; Merskey, 1989; Wolfe, 1990).

Teniendo presentes estas limitaciones, se procederá a continuación a mencionar las hipótesis psicosociales destacadas en la literatura científica que tratan de explicar el desarrollo y mantenimiento de la FM, haciendo alusión tanto a los trastornos psicopatológicos que han presentado mayor comorbilidad con la FM, como a los diferentes intentos o teorías causales explicativas de la enfermedad entre las que las variables de personalidad, las creencias distorsionadas, los estilos de vida y el estrés, han tenido un papel señalado. Conviene adelantar que muchos de los conceptos aquí señalados se expondrán a lo largo de la introducción de la presente tesis doctoral, diferenciando su conceptualización como trastorno o como síntoma. Así, entre la sintomatología más estudiada en la enfermedad, por su mayor relevancia empírica, destacaremos los síntomas de ansiedad y depresión, la limitación funcional y el dolor. Asimismo, también se dedicará un apartado para describir las relaciones entre afectividad y procesos de salud-enfermedad, diferenciando entre afecto negativo y positivo como dos factores independientes y afectivamente unipolares influyentes tanto en la sintomatología negativa, como en los factores positivos de salud en relación con la fibromialgia.

Es de destacar que, la emoción entendida como perfil diferenciador a nivel general será mencionada para que el lector pueda entender como la segunda parte de este trabajo

diferencia la emoción como patología de la emoción como estado afectivo adaptativo en todos los individuos. El problema no está por tanto en la experimentación emocional en sí misma, sino en los procesos de desregulación emocional puestos en marcha ante ellas.

1.2.2.1 Trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad

A lo largo de la historia de la fibromialgia, conceptos relacionados con la emoción entendida siempre desde un punto de vista psicopatológico, han tenido un papel relevante en el intento de argumentar el origen de la enfermedad. Así, es por primera vez en 1947 cuando Boland se refiere al síndrome como *reumatismo psicogénico* y destaca su naturaleza de expresión dentro de los trastornos neuróticos, asumiendo la fibromialgia como un trastorno psicopatológico. Se pasó así de una concepción totalmente organicista a una psicologicista. Este cambio también sucedió en los estudios sobre el dolor crónico en los que la importancia de los postulados psicogénicos ha sido predominante. Así, en 1959, Engel afirma que los problemas de dolor crónico están relacionados con conflictos emocionales siendo consecuencia de posibles estrategias defensivas ante experiencias emocionales (Engel, 1959; Szasz, 1957). Blumer y Heilbronn (1982) consideraban el dolor crónico no lesional como expresión de una subyacente depresión. No obstante, en años posteriores, Turk y Salovey (1984) y Ahles, Yunus y Masi (1987) replicaron este estudio, argumentando que el dolor crónico en su variante fibromiálgica no podía ser considerado como una simple expresión de un cuadro depresivo. Sin embargo, la alta prevalencia de depresión en la FM ha llevado a algunos autores a hipotetizar que el trastorno afectivo es el mecanismo primario que subyace a la FM. Por ejemplo, Alfici, Sigal y Landau (1989) encontraron que una proporción significativa de pacientes con FM presentaba depresión. Estos autores propusieron un modelo en el que los individuos con mayor vulnerabilidad psicológica desarrollaban un trastorno depresivo expresado a través de una manifestación somática (como por ejemplo, el dolor).

Hudson et al. (1988) y Tariot et al. (1986) compararon enfermos de FM con enfermos de AR en su sintomatología y encontraron que los pacientes con FM superan en historia personal psiquiátrica a los pacientes con AR en una proporción de 5 a 1. Sin embargo, Kirmayer, Robbins y Kappusta (1988) y Wulff (1996) no encontraron diferencias significativas en sintomatología depresiva entre ambos grupos de enfermos reumáticos.

En el estudio de Hawley y Wolfe (1993) se compara la FM con seis enfermedades reumáticas en un grupo clínico de 6153 sujetos y un grupo control de 2445, en un estudio longitudinal de 10 años, utilizando cuestionarios para detectar depresión en enfermos reumáticos. Los pacientes con FM puntuaron por encima del resto de enfermedades crónicas reumáticas en depresión. Los autores sugieren que los enfermos con FM expresan su dolor de un modo difuso no localizado y esa forma de sentir tiene una clara influencia sobre el estado de ánimo, incrementando los niveles de depresión con respecto a dolores crónicos localizados. Posteriormente, Hudson et al. (2003) encontraron un 71% de prevalencia de depresión en pacientes con fibromialgia y un 10% en sus familiares de primer grado.

En general, los resultados de las diferentes investigaciones no logran sostener el modelo psicógeno de la fibromialgia. En primer lugar, el modelo no explica la presencia de las diferencias individuales en los distintos niveles de depresión y otros tipos de malestar psicológico en las pacientes con FM (Ahles, Khan, Yunus, Spiegel y Masi, 1991). Igualmente, la depresión no es específica a la FM, ni todos los pacientes con esta enfermedad refieren elevados niveles de depresión. Como ya se ha señalado, aunque algunos estudios muestran a las pacientes con FM con mayor malestar emocional en comparación con otros trastornos de dolor (e.g., Hawley y Wolfe, 1993; Payne et al., 1982), otros estudios no encuentran diferencias significativas entre estos grupos (Birnie, Knipping, Van Rijswijk, de Blécourt y De Voogd, 1991).

A pesar de ello, los trastornos (que no los síntomas) del estado de ánimo (la depresión especialmente) y los trastornos de ansiedad han sido enumerados como los diagnósticos más comórbidos en relación con la enfermedad de FM. Desde un punto de vista psicopatológico y centrándonos en los Ejes I y II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), Uguz et al. (2009) realizan un estudio reciente con 103 pacientes diagnosticadas de FM frente a un grupo control de 87 personas sin diagnóstico de FM y ponen de manifiesto que, en relación con el Eje I, existe mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en general (47,6% Vs. 15,7%) en pacientes con FM frente a población sana. En este sentido, la depresión mayor (14,6% Vs. 4,8%) y la fobia específica (13,6% Vs. 4,8%) fueron los trastornos más destacados en relación con el Eje I de la entrevista diagnóstica de la DSM-IV. En relación con el Eje II, existen también puntuaciones significativas de las personas con FM en comparación con grupo control a

nivel general (31,1% Vs. 13,3%), siendo los trastornos más destacados el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (23,3% Vs. 3,6%) y el trastorno de personalidad por evitación (10,7% Vs. 2,4%) (Uguz, 2009 pag 33).

Estudios similares relacionados con el Eje II que comparan una muestra de personas con FM frente a personas diagnosticadas de depresión mayor y un grupo control, afirman que las pacientes con FM sin una historia de depresión mayor anterior en comparación con pacientes con diagnóstico de depresión mayor, presentan un estilos de personalidad cognitivos diferentes del estilo de personalidad depresógeno y mas similar al estilo de personalidad adaptativo del grupo control. El estilo de personalidad depresógeno es característico en personas con diagnóstico de depresión mayor, pero no en pacientes diagnosticados de FM (Nordahl, 2007).

Recientemente, diversos autores han dado un paso más en el análisis del diagnóstico de la FM y su comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad, analizando la influencia de dicha psicopatología no solo como trastorno comórbido a tener en cuenta en el estudio de las causas, desarrollo y tratamiento de la enfermedad de FM, sino que se han centrado en analizar la relación de estas variables en la severidad de dolor medida en función de la Escala Visual Analógica (VAS) de referencia para la evaluación del dolor y la discapacidad producida por la enfermedad a través del cuestionario de impacto de Fibromialgia (FIQ) midiendo indirectamente el efecto de dichas patologías en la calidad de vida, el bienestar psicológico y, en definitiva, la salud de las personas aquejadas por dicho trastorno y no la mera presencia de enfermedad.

En este sentido y como ya se ha reflejado, se asume que los rasgos de personalidad juegan un papel importante en los trastornos psicosomáticos y en particular, en la enfermedad de FM. Altunoren et al. (2011) presentan un estudio reciente en el que analizan las características del temperamento de 50 pacientes con fibromialgia en comparación con un grupo control sano y, a partir de datos obtenidos de ambos grupos, investigan si estos rasgos se asocian con las características clínicas y los estados depresivos en pacientes con FM, así como con el impacto de la enfermedad y el nivel de calidad de vida de las personas afectadas. Ambos grupos fueron evaluados de acuerdo con el DSM-IV-TR, el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI), la Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), el Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (FIQ), y la escala analógica visual (VAS). Los

resultados ponen de manifiesto que el 76,5% de los pacientes con FM fueron diagnosticados con un trastorno psiquiátrico. Asimismo, los pacientes con FM presentaron puntuaciones mayores en la evitación del dolor y menores en autocontrol y persistencia que el grupo control. Se concluye que tanto los síntomas depresivos como determinados rasgos de personalidad están relacionados con la severidad de la FM (Altunoren, 2011).

Siguiendo en esta misma línea, Revello et al. (2010) realizaron un estudio con un grupo de 40 sujetos con diagnóstico de FM y, tras examinar los acontecimientos de vida producidos 12 meses antes del estudio como variable control de los análisis posteriores, han concluido que el 67,5% de los sujetos tuvieron acontecimientos severos en el año evaluado y el 35% presentaba eventos vitales severos anteriores a los 12 meses evaluados también. En relación con el análisis de los Ejes I y II, los resultados demuestran que un 67,5% de las pacientes presentaban trastornos patológicos severos comórbidos con el diagnóstico de la FM, y de esos, un 57,5% cumplían los criterios en el momento actual del estudio. Los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad fueron los trastornos más frecuentes. Asimismo, un mayor impacto de discapacidad producida por la enfermedad se relaciona con puntuaciones mayores en depresión medidas con la escala de Hamilton y un trastorno del estado de ánimo actual se relacionaba con al menos la aparición de un evento vital en la vida. Paralelamente, los sujetos con comorbilidad entre trastorno de ansiedad y fibromialgia tenían puntuaciones más elevadas en la severidad del dolor. Se concluye por tanto que la aparición de la enfermedad de FM es precedida a menudo por eventos vitales estresantes en la vida de las personas que también contribuyen a un mayor grado de discapacidad. Asimismo, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad contribuyen a un mayor grado de deterioro y menor calidad de vida, estando presentes en la fibromialgia en mayor grado que otras patologías como trastornos comórbidos (Revello, 2010).

Bennett (2002) señala que el 30% de las pacientes con fibromialgia presentan depresión en el momento que acuden a consulta y un 60% en algún momento de su historia clínica. Otros autores mencionan que el rango de depresión de los enfermos con FM va de un 20% a un 80% con una media de 58% (Hudson y Pope, 1996). Raphael (2004) plantea que la depresión podría producirse como consecuencia de vivir con esta enfermedad, sin embargo en su investigación no encuentra que la depresión sea una manifestación del estrés vinculado a la misma.

Si nos centramos específicamente en el trastorno de depresión mayor por ser uno de los diagnósticos más debatidos en relación con la etiología de la enfermedad de FM, muchos investigadores han afirmado que la relación entre ambos trastornos es completa. En este sentido, Pae et al. (2008) realizan una revisión vía PubMed analizando la prevalencia, etiología y patogénesis de ambos trastornos y concluyen que, aunque existen similitudes substanciales en relación con anormalidades neuroendocrinas, características físicas y psicológicas, y tratamientos similares efectivos para ambos trastornos, los resultados actualmente disponibles no apoyan la hipótesis de que el trastorno depresivo mayor y la FM se refieran al mismo constructo o que puedan ser vistos como filiales de un concepto de enfermedad similar (Pae, 2008).

Un estudio realizado en España por Pérez Pareja et al. (2004), que valoró los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con FM frente a otro grupo de pacientes con dolor crónico no fibromiálgico y otro grupo control de personas sin dolor crónico, mostró que no existen diferencias significativas en depresión entre los tres grupos. Resultados similares encontraron Galgo, Sánchez-Montero y Cabrera (2002), quienes señalan que la depresión puede preceder o acompañar a la FM aunque no constituye un factor implicado en la etiología del síndrome. Según este estudio, el estado de ánimo deprimido en la fibromiálgia sería la consecuencia de las interferencias del dolor y de otros síntomas del síndrome en la vida cotidiana, como es el caso de la fatiga persistente, en términos de no poder realizar las actividades que hasta el momento habían sido habituales, así como de la anticipación del dolor. En este caso la depresión no sería una causa, sino una consecuencia de la fibromiálgia, pero no refiriéndose a un trastorno depresivo, sino a un estado de ánimo depresivo, es decir, a un síntoma negativo enmarcado dentro de los procesos de salud-enfermedad, aspecto central del presente trabajo que será analizado más específicamente en apartados posteriores.

Paralelamente, la comorbilidad de la fibromiálgia con otros diagnósticos del espectro del estado de ánimo ha sido debatida en numerosos estudios. En particular, también el trastorno bipolar ha sido estudiado con el objetivo de distinguir ambos trastornos y delimitar características diagnósticas similares. En este sentido, Wilke et al. (2010) evalúan a 128 pacientes diagnosticados de FM usando una gran batería de cuestionarios tras una entrevista clínica estructurada y concluyen que un 25,19% de los sujetos diagnosticados de FM puntuaban también en trastorno bipolar frente a un 78,12% que tenían puntuaciones

en trastorno depresivo mayor. Asimismo, los sujetos que puntuaban en el screening en trastorno bipolar presentaban puntuaciones mayores en sintomatología depresiva frente a los sujetos diagnosticados de FM que no puntuaban en trastorno bipolar (Wike, 2010).

1.2.2.2 Trastorno somatomorfo o síndrome somático funcional

En reumatología, la Fibromialgia está considerada como un síndrome somático funcional (así en gastroenterología sería el síndrome de colon irritable; en cardiología, el dolor precordial, en neurología, la cefalea tensional; en estomatología, la disfunción temporomandibular; en ginecología, el dolor pélvico crónico y el síndrome premenstrual; en ortopedia, el dolor lumbar; en infectología, la fatiga crónica y en alergología la sensibilidad química múltiple). En base a esta afirmación, los reumatólogos asumen la caracterización de la fibromialgia como una enfermedad sin causas orgánicas claras y con alto grado de sintomatología negativa y de solapamiento de síntomas entre los diferentes cuadros presentados, incluso en un mismo individuo. Además, está caracterizada por tener mayor prevalencia de trastornos psicológicos que la población general, por presentar síntomas refractarios al tratamiento médico y a las medidas paliativas y porque en ocasiones cuentan con la presentación de pequeños brotes esporádicos. En consecuencia, se asume la dificultad para realizar un diagnóstico así como la existencia de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, tanto en el origen, como en el mantenimiento de los síntomas (Goldenberg, 2003; Wessely et al., 1999; Yunus et al., 1989). Estos pacientes han acudido a diversos especialistas a lo largo de su peregrinaje en el sistema sanitario, en busca de explicación y tratamiento para su problema crónico de dolor. Los resultados no son contundentes y en determinadas ocasiones los profesionales han estigmatizado a estos pacientes, etiquetándolos como histéricos o hipocondríacos.

McBeth et al. (2001) apoyan la noción de que los rasgos de somatización, definidos como la expresión del malestar personal y social mediante síntomas físicos, contribuyen al desarrollo de un dolor crónico generalizado. Carveth y Carveth (2003) consideran que la FM así como otros síndromes somáticos funcionales, cumplen con la descripción clásica de la histeria (ganancias secundarias, dramatización, atribución del sufrimiento a sucesos fuera de su rutina diaria y poca tolerancia). En este sentido, el concepto de histeria data del siglo XIX cuando Paul Briquet (1796-1881) analizó a pacientes internados por sus crisis nerviosas, por su humor caprichoso e impredecible y por sus síntomas vagos, variados e incontrolables. Describió su comportamiento como un síndrome y lo denominó “Histeria”,

caracterizado por un cuadro de síntomas médicos inexplicables que aparecían de forma insidiosa, mostraban un curso crónico y no presentaban los ataques paroxísticos descritos por Charcot en su propia descripción de la histeria (1872). A mediados del siglo XX, la psiquiatría definió, ya no sólo por mero análisis psicológico o descripción fenomenológica, sino por el análisis factorial, las características de la personalidad histérica: egocentrismo, histrionismo, labilidad emocional, pobreza y falsedad de afectos, frigidez y dependencia afectiva. Estos pacientes son especialmente intolerantes al rechazo personal y gastan muchas energías tratando de encontrar la aprobación, la atención y la alabanza de los demás. Lewis (1975) menciona que para la mayoría de los psiquiatras el diagnóstico de la histeria ya perdió vigencia. Actualmente el término de histeria ha sido sustituido a favor de sus componentes sintomáticos: trastorno disociativo, trastorno conversivo y trastorno por somatización o somatoforme.

La bibliografía se refiere a la somatización como síntomas físicos inexplicables, síndrome somático funcional o síntomas médicamente inexplicables (Gasto, 2002). Existe una asociación entre estos síndromes y un funcionamiento alterado del Sistema Nervioso Central, que ha conllevado a ciertas anormalidades en órganos específicos. Los síndromes somáticos funcionales no sólo son comunes, sino clínicamente importantes ya que muchos pacientes que los sufren están severamente incapacitados (Wessley, Nimnaun y Wessler, 1999).

1.2.2.3 Personalidad proclive al dolor. Aleximitia e inhibición emocional

Los rasgos de personalidad se definen como “patrones de conducta profundamente arraigados, en los que se incluyen el modo de relacionarse, percibir y pensar sobre el medio ambiente y sobre nosotros mismos, que se exhiben en una amplia gama de contextos sociales y personales” (American Psychiatric Association, 1994).

Antes de considerar los rasgos de personalidad como factores moduladores en la adaptación del individuo con dolor crónico, algunos autores propusieron que la personalidad podría desempeñar un papel central en la agravación de la experiencia del dolor, e incluso se identificó un tipo de personalidad que podría estar presente en muchas de las condiciones de dolor crónico, y que sería responsable de dicha cronicidad. Así, aunque el concepto de personalidad proclive al dolor fue concebido originalmente como una teoría psicodinámica de distintos trastornos de dolor crónico, parece cobrar relevancia

en la fibromialgia como uno de los posibles factores que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la enfermedad. En este sentido, los estudios de investigación son escasos y se destaca el trabajo realizado por Van Houdenhove, Stans y Verstraeten (1987), quienes sugieren que los pacientes con dolor crónico son más propensos a la acción y la sobrerrealización en comparación con las personas sanas. El elemento fundamental de estos rasgos de personalidad de acuerdo a este modelo, se caracteriza por bajos niveles en la autoestima y que ésta a su vez depende excesivamente de la aceptación y reconocimiento de los demás a través de los éxitos. Este esfuerzo excesivo para lograr el éxito junto con los déficits de asertividad, pueden ser responsables, de acuerdo a este modelo, de los elevados niveles de estrés que se presentan en condiciones de dolor crónico, como en el caso de la fibromialgia, en individuos susceptibles. Experiencias infantiles negativas, como pobreza, falta de afecto, eventos traumáticos repetitivos o abuso físico o sexual pueden incrementar también la susceptibilidad a la enfermedad. Una revisión de la literatura de eventos traumáticos en la FM encontró evidencia que apoya la relación entre trauma físico y el comienzo de la enfermedad (White, Carette, Harth y Teasell, 2000). Además, un estudio clínico (Walker et al., 1997) que comparaba pacientes con FM y con AR encontró mayor prevalencia de victimización en la niñez y adultez así como diversos traumas infantiles en el grupo con FM.

Friedberg y Jason (2001) concluyen que investigar las relaciones entre las características de personalidad proclive al dolor y los síntomas de la FM puede ser un área fructífera de investigación para evaluar las relaciones entre el malestar psicológico, la severidad de los síntomas y el estado funcional. Así, una idea alternativa a la atribución causal es que los factores de personalidad actúan como determinantes de los niveles de ajuste al dolor. En base a esta idea, diversos indicios señalan que las personas con dolor crónico son más pesimistas con respecto al futuro, más sensibles a la ansiedad (miedo a las sensaciones corporales como tensión, palpitaciones o sudor), más inestables emocionalmente, excesivamente preocupadas y más introvertidas, suelen tener mayor percepción de dolor, mayor impacto de los síntomas en sus vidas y peor adaptación al dolor (Esteve y Ramírez, 2003).

Entre los rasgos más estudiados de personalidad, el neuroticismo y la alexithimia han sido relacionados con la fibromialgia, aunque de diferente manera.

Así, el **neuroticismo** se define como la tendencia a experimentar un malestar emocional desproporcionado en respuesta a los estresores medioambientales (Asghari y Nicolas, 1999). El neuroticismo se ha relacionado con la propia experiencia del dolor, y en particular con las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha para responder al mismo. Se ha encontrado que las personas con puntuaciones altas en neuroticismo, en situaciones de dolor, experimentan mayor intensidad de dolor (Ramírez Maestre et al., 2004), mantienen creencias negativas relacionadas con el dolor (Wade, Dougherty, Hart, Rafii y Price, 1992; Williams, Robison y Geisser, 1994), presentan más conductas de dolor y quejas relacionadas con el mismo (Asghari y Nicolas, 1999) y tienen mayor riesgo de presentar alteraciones emocionales asociadas a dicha experiencia (Affleck et al., 1992a; Wade et al., 1992). Asimismo, el neuroticismo puede predecir el tipo de estrategias de afrontamiento que las personas seleccionan para hacer frente al dolor. Concretamente, este rasgo se ha asociado con el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas como catastrofismo (Affleck et al., 1992a; Asghari y Nicolás, 2006; Ramírez et al., 2001), búsqueda dependiente de apoyo social (Ramírez et al., 2001) y estrategias pasivas (Ramírez-Maestre et al., 2004). En resumen, el neuroticismo explica una proporción significativa del nivel de ajuste de los sujetos al dolor, sobre todo, en relación a la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento.

En segundo lugar, y bajo la conceptualización de un rasgo de personalidad o de una variable de procesamiento emocional, la **alexitimia** es una de las variables que ha despertado el interés de la Psicología en la actualidad. Diferentes estudios de investigación con garantías científicas señalan puntuaciones más altas en alexitimia en pacientes con fibromialgia respecto a otros trastornos crónicos o a personas sanas (Sayar et al., 2004). Así, la alexitimia, como variable implicada en el procesamiento emocional, ha sido estudiada por su relevante papel en el dolor crónico y, en particular, en la fibromialgia. En este sentido, aunque esta variable deriva de los modelos iniciales psicodinámicos relacionados con la ya mencionada “Personalidad proclive al dolor” (Blumer y Heilbronn, 1981), que se refiere a aquellas personas con síndromes de dolor poco definidos en las que confluyen características como falta de asertividad, dificultad para identificar emociones negativas (alexitimia), especialmente la ira, frustración, y tristeza, y altruismo a costa del bienestar de otras personas, también ha sido estudiada en la actualidad como una variable independiente relacionada con la sintomatología por su implicación desde una perspectiva de procesamiento emocional. En este sentido, algunos de los procesos emocionales alterados

en esta población pueden reflejar directamente la presencia de una serie de déficits emocionales implícitos en el constructo de alexitimia (Porceli et al., 1999; Julie, 2006). Se ha puesto de manifiesto que las personas con fibromialgia presentan altos déficits de procesamiento emocional que correlacionan con altos niveles de sintomatología ansiosa y depresiva y se afirma que la relación entre la alexitimia y la dimensión afectiva del dolor podría estar mediada por la sintomatología ansiosa y depresiva. Diferentes estudios evidencian que el estado de ánimo deprimido es el mayor predictor de la dimensión afectiva del dolor y, en consecuencia, es un síntoma clínicamente significativo en la enfermedad de FM. Estos resultados indican que, dado que la alexitimia ha sido relacionada con la depresión, tanto entendida como un trastorno del estado de ánimo, como sintomatología asociada a las enfermedades de dolor crónico, puntuaciones elevadas en alexitimia en población con FM no solo se pueden relacionar con los síntomas depresivos en estos pacientes, sino que el constructo de alexitimia puede ser entendido como un factor predictor de distrés emocional en los pacientes aquejados de dolor crónico (Maldenci y Altindag, 2011).

En particular, relación con la inhibición emocional, también se ha encontrado relación entre ira inexpressada e intensidad de dolor en pacientes con dolor crónico (Kerns, Rosenberg y Jacob, 1994); baja conciencia de ira en pacientes con dolor crónico comparados con otros pacientes y mayor supresión de ira en pacientes con dolor crónico en comparación con controles sanos (Hatch et al., 1991). Se ha sugerido que la supresión de emociones negativas, especialmente la ira, puede incrementar la sensibilidad al dolor al disminuir los niveles endógenos de los opioides o aumentar la intensidad de dolor debido a la tensión muscular (Kerns et al., 1994). En un estudio comparativo, Dailey et al. (1990) refieren que el 57% de los pacientes con FM consideran como un problema la incapacidad para expresarse y Greenberg et al. (1999), en un ensayo prospectivo de dos años, encontraron que la alexitimia predecía mayores niveles de dolor y mayor limitación funcional en estos pacientes.

En conclusión, aunque las emociones negativas y otras variables como el estrés han sido claramente asociadas con un aumento de la percepción de dolor y con la sintomatología ansiosa y depresiva (Zautra et al., 2006), diferentes autores han puesto de manifiesto que también los procesos o déficits emocionales implicados en el constructo de alexitimia (dificultad de identificación emocional) así como la evitación o inhibición emocional

prolongada pueden implicar graves alteraciones en los niveles de afectividad negativa (Satalino, 2009), así como un aumento en los niveles de arousal y una interferencia evidente en los comportamientos adaptativos de las personas que padecen dolor crónico (Smith y Lumpley 2002; Borkovec, Roemer y Kinnyon, 1995). Autores como Van Middendorp et al. (2008) afirman que los procesos emocionales disfuncionales tienen relación con la sintomatología psicológica y física en los pacientes con fibromialgia.

Evidentemente, todos los trabajos señalados en este apartado constituyen un foco de interés clave del presente trabajo en lo que a la implicación de los procesos emocionales mencionados se refiere. Por ello, tanto la alexitimia como la inhibición emocional serán descritas con mayor profundidad a lo largo de la presente tesis doctoral. Específicamente, la alexitimia será considerada en función de los tres factores o procesos emocionales que componen el término y se analizará la relación de cada uno de ellos con la sintomatología negativa de la enfermedad y las variables de salud en FM.

1.2.2.4 Estilo de vida: sobre-realización de actividades en las mujeres con FM, evitación de síntomas y miedo al movimiento

Otra de las variables psicosociales que se hipotetizó como factor etiológico es el estilo de vida adoptado por las pacientes. Las personas con fibromialgia se han descrito como personas muy activas con demandas excesivas de triunfo, perfeccionistas, que trabajan demasiado y que son incapaces de plantear límites ante las demandas de otras personas (Van Houdenhove et al., 2001). En base a estas características también encajan con un patrón de personalidad tipo A y es frecuente escuchar que son personas que trabajan de manera compulsiva. En este sentido, Van Houdenhove et al. (2001) sugieren que las personas que buscan compulsivamente el perfeccionismo, la aprobación y la “sobrerealización” pueden perjudicarse a sí mismas, enfrentándose a severas limitaciones funcionales (Organista y Miranda, 1993). Esto significa que los mecanismos cognitivos (por ejemplo, una atribución de fracaso), los procesos sociales (como una dependencia exagerada) así como los factores de aprendizaje (como el refuerzo de determinadas conductas no adaptativas) pueden contribuir al mantenimiento de las conductas de enfermedad (Fry y Martín, 1996; Gregory y Berry, 1999). En algunos pacientes, el hecho de que se les prive de estas conductas de “sobreactividad”, empleadas como estrategias de afrontamiento, puede reforzar el dolor y la fatiga mediante una activación del sistema

simpático, hiperventilación y trastornos del ciclo sueño-vigilia. Aunque se han planteado diferentes teorías, desde paradigmas no científicos; sin embargo, la investigación acerca de estos estilos de vida es más bien escasa e inconclusa. Este patrón de “sobrerealización” a su vez podría estar relacionado con el patrón de actividad observado en estas pacientes, caracterizado por picos altos y bajos de actividad (altos niveles de actividad en los periodos libres de síntomas y bajos niveles de actividad ante la aparición de dolor o fatiga). Una vez que se diagnostica la Fibromialgia, las pacientes disminuyen su nivel de actividad diaria y a su vez esto puede desencadenar en un estado de ánimo depresivo (McLoughlin et al., 2010) y mayor intensidad de dolor (Ekici et al., 2010). Precisamente esta falta de regulación/adaptación de la actividad ha acaparado la atención de investigaciones recientes (Munguía-Izquierdo et al., 2011; Ekici et al., 2010) considerando como esencial la valoración del nivel de actividad en estas pacientes. Esta valoración es importante también cara a la intervención psicosocial ya que se establecen picos desadaptativos (excesiva actividad y excesiva inactividad). Por esta razón, se ha sugerido la regulación de la actividad (incorporando descansos, buscando apoyo y priorizando actividades) como una estrategia en los programas para evitar la desregulación e incapacidad (Karsdorp y Vlaeyen, 2009). Es por ello, que otra línea de intervención tendrá que ver con la introducción de cambios en el ritmo y realización de actividades, como elemento del abordaje de la enfermedad. En este contexto, debe haber igualmente una coherencia en la intervención sobre los procesos cognitivos subyacentes implicados, relacionados con el perfeccionismo y los elevados niveles de autoexigencia.

El modelo de evitación de síntomas propuesto por Surrawy, Hackmann, Hawton y Sharpe (1995) postula que una infección aguda en combinación con estresores psicosociales graves inicia la condición persistente de fatiga en el síndrome de fatiga crónica. Este modelo podría ser igualmente relevante para la fibromialgia. Así, al remitir esta infección aguda, el individuo continúa temiendo la actividad, creyendo que los síntomas aumentarán. En este caso, los pacientes desarrollan una especie de evitación fóbica a las actividades previas a la enfermedad. Con el tiempo, los pacientes se vuelven más sensibles incluso a los síntomas de intensidad más baja y así comienzan a evitar las actividades, creando un círculo de conductas de evitación. De acuerdo al modelo de evitación de síntomas, estas tendencias casi fóbicas pueden contrarrestar los beneficios de un programa de aumento de actividades graduadas.

Otra característica de los pacientes con dolor crónico en general y con fibromialgia en particular es la creencia de que la actividad causa más dolor o que el dolor junto con la actividad causa más daño, y esto se asocia, a su vez, con el **miedo y evitación del movimiento en estos pacientes** (Peters, Vlaeyen, y Weber, 2005). A este respecto, algunos autores sugieren que el personal sanitario en ocasiones es parte responsable de que los pacientes mantengan este tipo de creencias al recomendar frecuentemente la evitación de actividades que produzcan dolor (Linton, Vlaeyen, y Ostelo, 2002). Aunque esta recomendación es correcta para el caso del dolor agudo, no parece serlo en términos absolutos para el caso del dolor crónico. Tal y como señala Pastor et al. (2011), de la misma manera que los pensamientos de preocupación sobre los síntomas, como el catastrofismo, explican significativamente la discapacidad física y la depresión asociada a la FM, el miedo al movimiento también contribuye significativamente a su experiencia del dolor y a la explicación de estos resultados de salud (Martin et al., 1996; Hasset et al., 2000; Turk et al., 2004). En pacientes con dolor crónico, la presencia del miedo a la actividad y al dolor (al margen de la patología física) se asocia a una mala ejecución de tareas conductuales y a un pobre funcionamiento físico, lo cual parece que se generaliza a otras situaciones de la vida cotidiana que implican actividad (Crombez, Vlaeyen, Heuts, y Lysens, 1999; Vlaeyen y Crombez, 1999). Pese a la evidencia de la influencia negativa del miedo y la evitación del movimiento sobre el estado de salud en los cuadros de dolor crónico en general (Geisser, Haig, y Theisen, 2000; Heuts, Vlaeyen, Roelofs, et al., 2004) todavía está poco estudiado en el caso específico de la fibromialgia (Turk et al., 2004), aunque, hasta el momento, los resultados coinciden con los obtenidos en otras muestras de dolor crónico. Así, en un estudio donde se exploró el rol del miedo al dolor en la tolerancia a la actividad física en pacientes con FM, los pacientes con alto miedo informaron de mayor vigilancia del dolor, mayor catastrofismo, discapacidad, emociones negativas e intensidad del dolor (De Gier, Peters y Vlaeyen, 2003). En la misma línea de trabajo, Turk et al. (2004) encontraron que los pacientes con alto miedo al dolor y a la actividad diferían de los que presentaban menores índices de miedo, en intensidad del dolor, discapacidad y depresión. Estos últimos autores interpretan que la acción del miedo al movimiento y al dolor sobre la discapacidad física, se produce a través de las conductas de evitación de la actividad, lo cual incrementa el riesgo de decondicionamiento físico y la consiguiente discapacidad y depresión, siendo esta variable más relevante que el grado de deterioro orgánico.

Existe un instrumento específico desarrollado para evaluar el miedo al movimiento en problemas de dolor crónico denominado “Tampa Scale for Kinesiophobia” (TSK) (Miller et al., 1990), que ha sido validado y adaptado a distintos cuadros de dolor crónico, como dolor lumbar (Swinkels-Meewisse, Swinkels, Verbeek, Vlaeyen y Oostendorp, 2003) y fibromialgia (Burwinkle, Robinson, y Turk, 2005; Goubert, Crombez, Van Damme, Vlaeyen, Bijttebier y Roelofs, 2004; Roelofs, Goubert, Peters, Vlaeyen y Crombez, 2004) entre otros y que, recientemente, ha sido adaptado al castellano (Gómez-Pérez, López-Martínez, y Ruiz-Párraga, 2010). Sin embargo, la estructura factorial de esta medida no está clara y está siendo cuestionada debido a las inconsistentes soluciones factoriales obtenidas en los distintos estudios (Burwinkle, Robinson, y Turk, 2005). De hecho, en el análisis de las propiedades psicométricas que realizan estos últimos autores en una muestra de FM, concluyen que este instrumento parece que evalúe en mayor medida creencias catastrofistas que específicamente el miedo a la actividad, sugiriendo que ambos constructos se podrían estar solapando. En este sentido, teniendo en cuenta que nos encontramos ante una prometedora área de estudio para explicar la compleja relación entre experiencia de dolor, cronificación y discapacidad asociada, es importante solucionar los problemas relacionados con la medición del miedo al movimiento y estudiar el papel pronóstico de este constructo en estudios longitudinales con pacientes con FM (Pastor et al., 2011).

1.2.2.5 Creencias y evaluaciones: Creencias de control y catastrofismo

Los factores cognitivos, especialmente los relacionados con las creencias de control y el catastrofismo, aunque no han sido considerados de manera explícita para explicar la etiología de la FM (debido en gran parte a su contextualización dentro de la Psicología de la salud y no dentro de la Psicopatología), han tomado un gran protagonismo en la investigación encaminada a evaluar los efectos de una cognición inadaptada sobre el mantenimiento y agravamiento del dolor crónico, de manera que la patología física que pudo haber iniciado la sintomatología, no juega un papel tan importante con el transcurso del tiempo, pudiendo mantenerse por cogniciones desadaptativas. Por otro lado, la percepción e interpretación de los síntomas contribuye a una representación interna de la FM. En este sentido, existe una disfuncionalidad cognitiva que al parecer favorece un ambiente que apoya las conductas de enfermedad, promueve la reducción de actividades y por consiguiente, las pacientes experimentan bajos niveles de reforzadores sociales y sentido de éxito, junto con un descondicionamiento físico progresivo. Todo ello favorecerá

la incapacidad, el malestar emocional y el dolor (Turk y Sherman, 2002). Así, ya en 1987, Turk y Rudy, afirman que los factores cognitivos juegan un papel importante para determinar la adaptación a los síntomas en pacientes con dolor crónico.

Aunque la investigación en esta línea es más limitada en fibromialgia en comparación con otros tipos de dolor crónico, los resultados son consistentes en indicar que en los pacientes con FM existe un patrón cognitivo caracterizado por pensamientos disfuncionales. En este sentido, dos de las variables cognitivas influyentes en la sintomatología y los procesos de salud desde los modelos psicosociales han sido el catastrofismo y las creencias de control (en particular el locus de control y la autoeficacia). Se ha puesto de manifiesto que los pacientes con fibromialgia en comparación con otras condiciones reumatológicas, tienden a sentir que tienen poco control sobre su dolor (Burckhardt y Bjelle, 1996; Pastor et al., 1993) y este patrón cognitivo desadaptativo se relaciona con limitación funcional y malestar afectivo en la FM. Concretamente, el catastrofismo (preocupación excesiva sobre las consecuencias negativas de una situación) contribuye a la depresión (Hassett, Cone, Patella y Sigal, 2000) y a la incapacidad física (Martín et al., 1996) asociadas a la FM. Del mismo modo, la percepción de poco control, la creencia de que las conductas no tienen un impacto significativo en la condición de uno mismo y los bajos niveles de autoeficacia se relacionan con mayores niveles de dolor, limitación funcional, discapacidad y ánimo depresivo en la fibromialgia (Buckelew, Murray, Hewett, Jonson y Huysen, 1995; Turk y Okifuji, 1997).

Por su parte, el catastrofismo representa la tendencia a esperar y exagerar resultados negativos en presencia o ausencia de estimulación nociceptiva (Sullivan, Bishop y Pivik, 1995). En los intentos de relacionar esta variable con la FM, algunos autores (Keefe et al., 1997) sostienen que el catastrofismo debe tratarse como una estrategia de afrontamiento. Por el contrario, otros (Jensen et al., 1991) argumentan que el pensamiento catastrofista no es una estrategia de afrontamiento en el sentido de la definición de Lazarus y Folkman (1984), sino que probablemente se trata de pensamientos automáticos (Beck, 1976) o de evaluación.

En relación con el intento de dar una aproximación causal entre el catastrofismo y la FM, existen estudios que señalan que esta variable, el nivel de vigilancia y el estrés, pueden modular la actividad de las vías descendentes de inhibición del dolor (Brosschot, 2002;

Rygh, Tjølsen, Hole y Svendsen, 2002), y en los últimos años ha habido un interés creciente por el estudio de algunos de estos factores en la fibromialgia. Así, se han encontrado niveles elevados de catastrofismo (Geisser et al., 2003), hipervigilancia (Gracely, Grant y Giesecke, 2003) y estrés (Van Houdenhove y Egle, 2004) en estas pacientes respecto a otras pacientes con dolor crónico. Un mayor catastrofismo se ha asociado con mayor intensidad de dolor percibido y menores umbrales de dolor y tolerancia en FM (Geisser y et al., 2003; Hassett et al., 2000). Además, investigaciones recientes muestran que existe un interés por investigar esta variable y sus mecanismos fisiológicos asociados (Gracely et al., 2004); sin embargo, poco se sabe aún sobre éstos (Rhudy, Maynard y Russell, 2007). Un mecanismo postulado es el inicio supraespinal de un circuito descendente en el sistema nervioso central que puede inhibir o facilitar el ascenso de la información nociceptiva a través de la médula (Fields y Basbaum, 1999; Sullivan et al., 2001). El catastrofismo podría activar este circuito permitiendo el incremento de la facilitación nociceptiva y disminuyendo su inhibición o ambas cosas. La activación tónica o repetitiva de tales mecanismos podría resultar en una sensibilización crónica de las vías centrales de dolor, umbrales menores e hiperalgesia (Edwards et al., 2004). Es más, tales procesos podrían conformar un mecanismo a través del cual el catastrofismo promoviera el desarrollo del dolor crónico (Brosschot, 2002; Picavet, Vlaeyen y Schouten, 2002). Sin embargo, a pesar de que existen distintos estudios que muestran elevados niveles de catastrofismo en las personas con fibromialgia (Geisser et al., 2003; Gracely et al., 2004), aún queda por conocer el papel que éste juega en relación al desarrollo o mantenimiento de la enfermedad.

El pensamiento catastrofista es uno de los sesgos cognitivos que caracterizan a los pacientes con dolor crónico en general y en especial con Fibromialgia, si comparamos su presencia entre distintos problemas reumáticos (Burckhardt et al., 1997; Crombez, Eccleston, Van den Broeck, Goubert, y Van Houdenhove, 2004; Dick, Eccleston, y Crombez, 2002; Geisser, Casey, Brucksch, Ribbens, Appleton, y Crofford, 2003; Hassett, Cone, Pâtella, y Sigal, 2000; Martin, Bradley, Alexander et al., 1996; Schochat y Raspe, 2003). El catastrofismo ante el dolor es una orientación cognitiva negativa y desproporcionada o exagerada ante estímulos dolorosos, ante su vivencia y manejo. El catastrofismo es un constructo complejo que se compone a su vez de tres componentes: rumiación (no poder parar de pensar sobre el dolor, por ejemplo en cuánto duele), magnificación (exageración de las propiedades amenazantes del estímulo doloroso, como pensar que el dolor está avisando de que se tiene una enfermedad grave) e indefensión

(estimación de no poder hacer nada para influir sobre el dolor, por ejemplo, pensar que no hay nada que se pueda hacer para reducir su intensidad) (Sullivan, Bishop, y Pivik, 1995; Sullivan, Thorn, Haythornthwaite, Keefe, Martin, Bradley y Lefebvre, 2001).

Está demostrado que el catastrofismo influye como determinante en el impacto emocional de la enfermedad, además de en los síntomas de dolor y limitación funcional. En este sentido, la mayor presencia de un pensamiento catastrofista en relación con el dolor se asocia y/o predice mayores niveles de depresión (García-Campayo et al., 2008; Hasset, et al., 2000; Pastor et al., 2001; Nicassio et al., 1995; Goldenberg et al., 1995). Este resultado también se ha obtenido en patologías bien establecidas como la Artritis Reumatoide donde, desde un punto de vista longitudinal, las puntuaciones de catastrofismo en la línea base predijeron la gravedad de síntomas indicativos de depresión al año (Covic, Adamson, Spencer y Howe, 2003).

En relación con la experiencia de dolor y la limitación, estudios recientes muestran que el catastrofismo influye significativamente en la experiencia del dolor y que además predice consistentemente la discapacidad asociada (Sullivan et al., 2001). El pensamiento catastrofista se ha relacionado con dolor más intenso (Sullivan et al., 1995), incremento de las conductas de dolor (Picavet, Vlaeyen, y Schouten, 2002), disminución de las actividades diarias (Boothby, Thorn, y Stroud, 1999), peor pronóstico (Stephens, Druley y Zautra, 2002) e ideación suicida (Edwards, Smith, Kudel y Haythornthwaite, 2006). Asimismo, en población con fibromialgia este pensamiento predice o correlaciona significativamente con una mayor intensidad de dolor (Crombez et al., 2004; García-Campayo, Rodero, Aldac, Sobradiel, Montero y Moreno, 2008; Hassett et al., 2000) y con un mayor número de puntos dolorosos en estudios transversales (Schochat y Raspe, 2003), coincidiendo con lo obtenido en estudios anteriores (Burckhardt et al., 1997). A nivel experimental, se ha comprobado que en los pacientes con FM, el pensamiento catastrofista disminuye el umbral de percepción del dolor y la tolerancia al mismo, además de asociarse a respuestas de hiperalgesia (alta sensibilidad o mayor sensación de dolor frente al mismo estímulo doloroso) (Geisser et al., 2003; Giesecke, Williams, Harris et al., 2003). En otros estudios se ha encontrado que estas cogniciones predicen una mayor vigilancia o atención al dolor (Crombez et al., 2004; McDermid, Rollman, y McCain, 1996; Peters, Vlaeyen, y van Drunen, 2000) y afectan a la percepción del dolor por su relación con la activación de áreas cerebrales relacionadas con la anticipación del mismo, la atención y la emoción (Gracely et

al., 2004). En esta línea, se plantea que esta forma de procesar la información es un factor de riesgo para la cronificación del dolor, a través de los efectos mencionados en la disminución de su umbral y tolerancia, y en la mayor atención o vigilancia a las sensaciones dolorosas. Incluso, algunos autores, han considerado que estas cogniciones podrían ser factores centrales en el origen y mantenimiento de los síntomas asociados a la FM (Gracely et al., 2004; Geisser et al., 2003; Hasset et al., 2000).

En relación con el impacto físico o la limitación funcional, estudios recientes argumentan que el catastrofismo influye negativamente en los niveles de limitación estos pacientes (García-Campayo et al., 2008) de forma consistente con los resultados de trabajos anteriores en FM (Goldenberg, Mossey, y Schmid, 1995; Martin et al., 1996; Nicassio et al., 1995). En un reciente trabajo con 433 pacientes con dolor crónico (236 con FM), nuevamente el Catastrofismo predijo significativamente una mayor discapacidad asociada al dolor (Börsbo, Gerdle, y Peolsson, 2010).

Dado el estado de la investigación en FM sobre la relación del catastrofismo con el dolor, la depresión y el impacto físico, actualmente se considera la modificación de estas cogniciones un objetivo crucial de intervención (García-Campayo et al., 2009; Van wilgen, Bloten, y Oeseburg, 2007). Igualmente se recomienda su evaluación (pre y post) como criterio para evaluar la eficacia de un tratamiento (Wilgen, Ittersum, Kaptein y Wijhe, 2008) y se considera, junto con otros, un factor pronóstico y predictivo de las respuestas a los tratamientos (Thieme et al., 2007). Aunque el pensamiento catastrofista es habitual entre los pacientes con FM, sus niveles no son homogéneos (García-Campayo et al., 2008) de ahí que sea uno de los elementos más utilizados para clasificar submuestras clínicas en la FM (Giesecke et al., 2003).

Recientemente se ha validado la versión española (en pacientes con FM atendidos en Primaria) de un instrumento específico de evaluación del Catastrofismo: La escala de Catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) (García-Campayo et al., 2008) la cual a su vez está derivada de la subescala “Catastrofismo” del “Coping Strategies Questionnaire” (Rosenstiel y Keefe, 1983).

El otro concepto cognitivo mencionado en la literatura como altamente influyente en los procesos de salud-enfermedad en dolor crónico, y en particular en fibromialgia, son las

creencias de control. En diferentes revisiones de la literatura de los años 90 en FM, se ha mostrado el efecto positivo de los diferentes constructos de control sobre el estado de salud de estas personas (Martín-Aragón, Pastor, Lledó, López-Roig, Pons, y Terol, 2000; Pastor et al., 1999). De los dos elementos importantes en relación con el control, percepción de competencia y de contingencia (Skinner, 1996), está fuera de toda duda el efecto positivo del primero, en términos de Autoeficacia (creencia sobre la capacidad personal para realizar las conductas necesarias dirigidas a conseguir un determinado resultado, Bandura, 1987) (Pastor et al., 2011). La Autoeficacia (AE) aparece por sí sola como el proceso psicológico responsable del éxito en muchos problemas de salud y desde luego en el dolor crónico musculoesquelético (Gatchel et al., 2007; Pastor, Martín-Aragón, y Lledó, 1999) o, junto con la percepción de contingencia (Locus de Control), como recurso cognitivo relevante en los procesos de recuperación del estrés en enfermos con FM o en su tolerancia al dolor y funcionamiento físico (González, Peñacoba, Velasco, López-López, Mercado, y Barjola, 2009; Velasco, Zautra, Peñacoba, López-López, y Barjola, 2008). Como afirman Pastor et al. (2011), la percepción de Autoeficacia también ha resultado fundamental en la explicación del dolor y de su impacto en diferentes áreas de la vida de las personas con FM tanto en el nivel de Atención Especializada en estudios de corte transversal (Lledó et al., 2010) como en la predicción a corto plazo de algunas de las áreas de impacto de la FM en un estudio longitudinal en Atención Primaria (Pons, 2009).

La importancia de los procesos de percepción de control en el dolor crónico, también viene dada por la mejoría en el estado de salud percibido como resultado de la aplicación de intervenciones que modifican las percepciones de Autoeficacia, el Locus de Control (LC) Interno y la Competencia Percibida en Salud (tres constructos referidos a la esfera del control personal). En el primer caso, por ejemplo, en la aplicación a pacientes con dolor crónico del *Programa de Automanejo de la Artritis* y sus variantes, además de los cambios sobre la Autoeficacia, destaca la disminución de la intensidad del dolor, la fatiga o la indefensión, la mejoría en la actividad funcional y el bienestar emocional, así como la disminución del estrés, la depresión y la ansiedad, entre otros (Barlow, Cullen y Rowe, 2002; Hughes, Robinson-Whelen, Taylor y Hall, 2006; Lorig, Ritter, Laure y Fries, 2004; Lorig, Sobel, Ritter, Laurent y Hobbs, 2001).

1.2.2.6 Hipervigilancia

Diversos estudios centrados en el análisis del procesamiento sensorial de los pacientes con FM han señalado consistentemente la presencia de umbrales más bajos de dolor que los sujetos sanos igualados en sexo y edad (e.g. Kosek, Ekholm y Hanson, 1996; McDermid et al., 1996; Scudds, Rollman, Harth y McCain, 1987), lo que ha sido planteado como evidencia a favor del modelo de hipervigilancia en la percepción del dolor (Chapman, 1978; Rollman y Lautenbacher, 1993). Esta teoría parece recoger un aspecto muy concreto dentro de un posible patrón de hipervigilancia más amplia, de tipo generalizado, común a otros dominios sensoriales diferentes al relacionado con la percepción de los estímulos dolorosos. Así, por ejemplo, se ha observado que los pacientes con fibromialgia tienden a exhibir umbrales de percepción de la fatiga más bajos (Nørregaard, Bülow, Mehlsen y Danneskiold-Samsøe, 1994; Van Denderen, Boersma, Zeinstra, Hollander y van Neerbos, 1992) y son más sensitivos a la estimulación neutra (no nociva) como el sonido, lo que sugiere la posible presencia de un procesamiento central disfuncional de los inputs sensoriales (Okifuji y Turk, 1999; Williams y Clauw, 2009). Los resultados observados indican la presencia de umbrales sensoriales alterados (hipersensibilidad) así como una hipervigilancia, interpretada como una búsqueda constante en el medio no condicionada por la presencia real de signos de daño o amenaza (Crombez et al., 2004; Eysenck, 1992; Mathews, May, Mogg y Eysenck, 1990; Gracely, Grant y Giesecke, 2003; González et al., 2010). La presencia de un fenómeno de hipervigilancia se traduce en una mayor distraibilidad hacia los eventos periféricos y en mayores problemas para mantener el foco atencional sobre los estímulos centrales (Shapiro y Lim, 1989). Para Wallace y Newman (1997), esta dificultad para mantener la atención sobre los aspectos centrales del procesamiento podría representar un obstáculo importante para los procesos específicos ligados a la autorregulación, de forma que, en general, un nivel excesivo de orientación atencional podría comprometer las respuestas de adaptación de tipo cognitivo, afectivo y conductual, resultando de este hecho el posible desarrollo o el mantenimiento de diversas patologías entre las cuales podría encontrarse la fibromialgia (Okifuji y Turk, 1999). De acuerdo con Wallace y Newman (1997), la explicación de este fenómeno podría obtenerse a partir del modelo de automatismo y control desarrollado por Shiffrin y Schneider (1977), quienes diferenciaron entre dos formas de procesamiento de la información: una forma automática (rápida, paralela, libre de esfuerzo cognitivo, fuera del control directo por parte del sujeto) que resulta necesaria para el procesamiento de la información novedosa o

inconsistente, y otra controlada (lenta, generalmente serial, demandante de esfuerzo y limitada por la cantidad de recursos disponibles) que sería la responsable de la ejecución de las conductas cuyo aprendizaje se encuentra más consolidado. Para los autores, la respuesta de orientación atencional sería uno de dichos procesos automáticos (Wallace y Newman, 1997).

Schneider y Shiffrin (1977), a través de una serie de experimentos basados en el paradigma de búsqueda visual, llegaron a concluir que la respuesta automática de orientación atencional podría interrumpir el procesamiento controlado en curso, forzando la reubicación de los recursos atencionales en otro punto específico. Así, si se tiene en cuenta que una gran parte de los procesos de autorregulación se encuentran edificados sobre la base del procesamiento controlado (Kanfer y Gaelick-Buys, 1986; Shapiro, 1965), la orientación de la atención hacia cualquier estímulo podría reducir la cantidad de recursos disponibles para el correcto desarrollo de estos procesos (Wallace y Newman, 1997), quedando así comprometida la evaluación y la corrección de otros procesos automáticos distorsionados como las atribuciones, las inferencias erróneas, los pensamientos ansiosos y depresógenos o las expectativas incorrectas (así como las respuestas conductuales y afectivas resultantes), produciéndose un incremento de la probabilidad de aparición de los productos o resultados de los mismos (Bargh, 1984; Devine, 1989; Gilbert, 1989). La posible existencia de un patrón de hipervigilancia generalizada para cualquier fenómeno estimular (interno o externo) en las personas con FM podría representar, de este modo, un potente mecanismo facilitador de productos cognitivos desadaptativos que mantienen y agravan la enfermedad a medio y a largo plazo (Hassett et al., 2000; Martín et al., 1996; Turk y Rudy, 1987).

1.2.2.7 Estrés

Finalmente, en este epígrafe haremos referencia a los procesos que derivan de uno de los modelos explicativos psicológicos con más fuerza en el ámbito de la FM: el estrés. Tal y como señala Peñacoba (2011), pese a las complicaciones conceptuales y metodológicas que el término implica, hay suficientes evidencias que hacen incuestionable el papel de los procesos de estrés en la fibromialgia en particular (así como en la mayoría de los trastornos de salud).

Aunque los modelos iniciales que planteaban el estrés como causa lo hacían, desde esa perspectiva etiológica-psicopatológica inherente a los mismos que hemos venido

comentando, lo cierto es que en la actualidad es una de las teorías (que incluso a nivel etiológico) se sigue manteniendo desde los actuales modelos explicativos de la Psicología de la salud (Peñacoba et al., 2011). El hecho de que este mecanismo explicativo se haya mantenido, desde modelos claramente centrados en la Psicopatología a modelos actuales centrados en la Psicología de la salud, puede entenderse si atendemos a la propia conceptualización del término estrés. El estrés es un término cuya definición aún permanece en controversia desde que en 1936 Hans Selye lo introdujera en el terreno de las ciencias de la salud; sin embargo, en la actualidad la mayoría de los investigadores coinciden en su concepción como proceso y en la consideración de factores fisiológicos, psicológicos y sociales. Así, mientras los modelos iniciales sobre estrés y fibromialgia, se basaban únicamente en la consideración de uno de sus elementos (eventos vitales traumáticos) y se planteaban como modelos explicativos, los modelos actuales entienden el estrés como un proceso dónde desempeñan un papel fundamental no sólo la vivencia de esos estímulos vitales sino la valoración y afrontamiento de los mismos por parte de un sujeto, que pasa de ser “víctima” del evento a “agente” del mismo. Desde esta nueva concepción puede entenderse igualmente que los modelos actuales, lejos de ser etiológicos y deterministas, entienden el estrés como un factor adicional para explicar el proceso de cronificación del dolor crónico (Peñacoba et al., 2011).

Así, la revisión de la literatura sobre eventos traumáticos en la FM encuentra evidencia que apoya la relación entre trauma físico y el comienzo de la enfermedad (White, Carette, Harth y Teasell, 2000), y determinados estudios que se han venido señalando (Walker et al., 1997), que comparan pacientes con FM y con otros problemas de dolor crónico, encuentran mayor prevalencia de victimización en la niñez y adultez así como diversos traumas infantiles en el grupo con FM. Igualmente, otros autores (Bennet, 1993; Dailey et al., 1990) han planteado que el hecho conocido de que la fibromialgia se asocie a síndromes que a su vez están asociados al estrés como cefaleas tensionales o colon irritable entre otros, puede plantearse como otra razón para el papel etiológico del mismo. No obstante, no debe olvidarse que algunos de estos estudios presentan serias limitaciones metodológicas que impiden asegurar su papel etiológico.

Por otro lado, el hecho de padecer una enfermedad como la FM puede percibirse como un estímulo o factor estresante; de hecho, el dolor se considera como un fuerte estresor que a la vez puede ser generador de una serie de estresores adicionales y molestias al causar

incapacidad laboral y por tanto dificultades económicas, alteraciones en la limitación funcional y en las relaciones sociales, problemas de sueño, falta de apoyo social adecuado y uso excesivo de tranquilizantes y analgésicos. Esto ha provocado que exista un profundo interés en investigar el impacto del estrés en la adaptación de las personas con fibromialgia (Van Houdenhove, Egle y Luyten, 2005).

No obstante, junto con la posible presencia de eventos traumáticos o de estímulos estresores en personas con FM, ha de contemplarse igualmente la interacción de los mismos con un sujeto que dispone de una serie de recursos psicológicos para hacerles frente. Los trabajos de Lazarus y Folkman (1984) señalan la necesidad de valorar los aspectos cognitivos como los verdaderos desencadenantes de los procesos de estrés. Así, desde el modelo de Lazarus, se define el estrés como un proceso dinámico de interacción entre el sujeto y el medio, de modo que un suceso será estresante en la medida que el sujeto lo valore como tal, siendo esta percepción relativamente independiente de las características objetivas del mismo. Así, tal y como DeLongis, Folkman y Lazarus (1988) afirman, el estrés no es una variable simple, sino un sistema de procesos interdependientes, incluidos la evaluación y el afrontamiento, que median en la frecuencia, intensidad, duración y tipo de las respuestas psicológicas y somáticas.

Desde este tipo de planteamientos interaccionistas, se ha hipotetizado que en la FM existe mayor exposición al estrés (Zautra, Hamilton y Burke, 1999) o mayores niveles de estrés en comparación con controles sanos y otras patologías de dolor como la Artritis Reumatoide o el dolor lumbar crónico (e.g. Catley, Kaell, Kirschbaum y Stone, 2000; Uveges et al., 1990; Wolfe et al., 1984). También, se ha propuesto un modelo de sensibilidad anormal al dolor que puede estar provocado por el estrés (Kersh et al., 2001) y se ha sugerido una hipervigilancia a los estresores sociales (McDermid, Rollman y McCain, 1996). Por otro lado, Okifuji y Turk (1999) desarrollaron un modelo basado en la perspectiva de la diátesis-estrés sobre salud y enfermedad (Banks y Kerns, 1996) que podría acercarnos a la explicación de la FM. En definitiva, existe un amplio consenso en considerar la vivencia de estímulos estresantes en interacción con variables personales y sociales como un factor de vulnerabilidad al dolor y a la FM en particular, y por lo tanto en la necesidad de incluir esta área dentro de las necesidades en el abordaje integral de la fibromialgia.

Como hemos visto, pese a todas las teorías acerca de la fibromialgia, ninguna de ellas posee una capacidad explicativa, global y sistemática de la enfermedad, tratándose únicamente de aproximaciones parciales. Esta situación no solo condiciona el diagnóstico y el tratamiento asociado a la FM, sino también las propias circunstancias personales, sociales y sanitarias que la rodean. Lo que sí parece claro es la necesidad de trabajar desde un modelo biopsicosocial, que incorpore todos estos aspectos en el diagnóstico y tratamiento de la FM (Peñacoba et al., 2011). Además, se puede afirmar que las variables emocionales tienen un papel fundamental para poder avanzar en la investigación sobre la enfermedad con el objetivo de mejorar no solo la sintomatología de las personas afectadas, sino dar un paso más y, siempre desde la disciplina de la Psicología de la salud e influidos por disciplinas actuales como la Psicología positiva, dotar a los pacientes de estrategias adaptativas y positivas de salud para hacerles más resilientes ante la enfermedad y mejorar su bienestar psicológico y su calidad de vida, no ya como un objetivo secundario, sino como un objetivo prioritario en el tratamiento de la enfermedad.

1.3 Emoción y fibromialgia

Como se ha señalado, el objetivo de la presente tesis doctoral es analizar el papel de las variables emocionales en la calidad de vida de las mujeres con fibromialgia. Como se ha podido observar a lo largo de este capítulo, algunos aspectos emocionales han sido investigados por su alta comorbilidad con la fibromialgia, concretamente, la ansiedad y la depresión. De igual modo, otros autores, desde una perspectiva más centrada en el afecto, y no tanto en la sintomatología ni en la psicopatología, han analizado variables afectivas, tanto negativas como positivas como es el caso del afecto positivo y del afecto negativo. El análisis de estas variables en su relación con el pronóstico de la FM y con la mayor o menor sintomatología (p.e. dolor y sintomatología asociada) han permitido poner de manifiesto la importancia de estas variables en la conceptualización de la fibromialgia desde un modelo psicosocial, y por consiguiente en el desarrollo de programas de intervención que contemplen igualmente estos aspectos emocionales para un abordaje integral de la misma.

Sin embargo, pese a la evolución de las variables emocionales, desde una perspectiva psicopatológica vinculada al diagnóstico hasta una interpretación de la sintomatología asociada a la enfermedad (como en el caso ya señalado de la ansiedad y la depresión), y la incorporación de variables afectivas desde modelos de Psicología de la salud (como es el caso de la afectividad negativa y positiva), sigue echándose en falta la incorporación de variables explicativas centradas en los procesos de regulación emocional.

Así, aunque hay suficiente documentación bibliográfica que avala la necesidad de considerar la sintomatología emocional y el afecto para entender la sintomatología asociada en la fibromialgia, apenas disponemos de datos que nos hagan saber qué procesos llevan a cabo las pacientes con fibromialgia para manejar las situaciones propias de sus condiciones de dolor y limitación funcional, y si la intervención sobre los mismos puede ayudar a mejorar su condición de enfermedad y en definitiva su calidad de vida.

Es por ello que, a continuación, dedicaremos el siguiente epígrafe a profundizar en la literatura relativa a la ansiedad, depresión y afectividad en fibromialgia, y las relaciones encontradas entre estas variables emocionales y los resultados de enfermedad en fibromialgia, como el dolor, la limitación funcional o la comorbilidad física asociada.

En relación a los procesos de regulación emocional, y dada la ausencia de trabajos ya comentada en este sentido, no sólo en dolor crónico y en fibromialgia, sino en los procesos de salud-enfermedad en general, en el segundo bloque de esta tesis se abordarán las bases conceptuales de la regulación emocional, para finalmente, en el tercer bloque profundizar en los trabajos en fibromialgia que abordan, aunque no desde la perspectiva planteada en esta tesis doctoral, aspectos relacionados con algunos de los procesos de regulación planteados, como es el caso de los estudios realizados en relación a la alexithimia y la fibromialgia.

1.3.1. Sintomatología ansiosa y depresiva en FM

Lejos del enfoque psicopatológico y dentro del enfoque biopsicosocial al que hacíamos referencia al inicio del capítulo, la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con FM han sido descritos en numerosas ocasiones como variables relacionadas con la severidad del dolor. El interés por determinar qué relación e impacto pueden tener cada una de las variables cognitivo-emocionales analizadas sobre otras variables asociadas a la enfermedad de FM independientemente del dolor, ha llevado a muchos investigadores a realizar diferentes estudios que implican tanto procesos positivos como negativos en la enfermedad crónica y en la fibromialgia en particular. Así, variables como el apoyo social percibido, la autoeficacia, las atribuciones, la calidad de vida y el locus de control (entre otras) se han relacionado con el desarrollo, mantenimiento y mejora de síntomas ansiosos y depresivos y han sido ampliamente estudiados dentro de modelos biopsicosociales de la explicación de la FM en comparación con población sana y con población con otros trastornos de dolor crónico.

Phillips et al. (2009) han presentado un modelo biopsicosocial de discapacidad en el que se examinan diferentes variables predictoras de discapacidad (edad, nivel educativo, duración de la enfermedad, situación económica, síntomas depresivos y apoyo social) y concluyen que tanto el apoyo social, como los síntomas depresivos son factores determinantes que median la relación entre el padecimiento de la fibromialgia y la limitación funcional en materia de discapacidad de las personas afectadas (Phillips, 2009).

En esta misma línea, Shuster et al. (2009) analizan el perfil psicosocial de una muestra de mujeres con FM y en particular el papel que las atribuciones, el apoyo social percibido y los sesgos cognitivos tienen en relación con los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva.

Los resultados del estudio ponen de manifiesto que las mujeres con fibromialgia presentan puntuaciones mayores en comparación con el grupo control en locus de control externo, presentan niveles más bajos de adaptación cognitiva, menor apoyo social percibido y puntuaciones mayores en sintomatología ansiosa y depresiva¹. Además, en el grupo de personas con FM, el locus de control externo se asoció con mayores puntuaciones de ansiedad y depresión, disminuyendo la calidad de vida de estas pacientes (Shuster, 2009).

Siguiendo en esta misma línea y analizando el impacto que la sintomatología depresiva puede tener sobre los niveles de calidad de vida y percepción del dolor en pacientes con FM, Aguglia et al. (2011) afirman que las pacientes con síntomas depresivos severos presentan puntuaciones elevadas en percepción de dolor, puntuaciones bajas en calidad de vida y refieren un alto número de eventos traumáticos en la vida en comparación con pacientes con puntuaciones normales en sintomatología depresiva.

Estudios similares interesados en analizar la severidad de los síntomas depresivos en personas con FM demuestran que cuando se valoran los niveles de depresión en pacientes con FM en comparación con personas que sufren fatiga crónica, dichos niveles son significativos pero no se ven influenciados por la presencia de un único diagnóstico (FM solo) o un doble diagnóstico de FM y fatiga crónica (Ceroni, 2009). Harakas et al. (2009) evalúan el nivel de depresión en 112 pacientes con fibromialgia en comparación con una muestra de pacientes con osteoartritis y concluyen que los pacientes con FM presentan altos niveles de depresión en comparación con pacientes con osteoartritis. Además, variables como la percepción de estigma en función del diagnóstico y el apoyo social percibido fueron evaluadas en dicho estudio y se pone de manifiesto que la percepción de estigma derivada del diagnóstico contribuye significativamente a predecir niveles elevados de depresión en pacientes con FM moderando además la relación entre dichas variables en comparación con pacientes diagnosticados de osteoartritis. Asimismo, los análisis de mediación evidencian que el apoyo social percibido también media la relación entre el estigma derivado del diagnóstico y los síntomas depresivos (Harakas et al., 2009).

¹Nota: Las variables presentadas como sintomatología, así como las variables descritas como representantes de variables positivas de salud, han sido seleccionadas bajo el criterio de ser entre otras, unas de las más representativas dentro de la enfermedad de FM en el terreno que nos ocupa. Asumimos que en ambos focos (sintomatología Vs. variables positivas), las variables afectadas pueden ser multitud de ellas presentes en la literatura pero no han sido consideradas en esta presentación no por falta de interés, sino por la extensión teórica que su exposición puede implicar.

Pérez Pareja et al. (2004) y Galgo et al. (2002) realizaron un estudio con pacientes con FM y otros tipos de dolor crónico, no encontrando diferencias significativas en depresión en pacientes con FM frente a otro grupo de pacientes con dolor crónico no fibromiálgico y otro grupo control de personas sin dolor crónico, lo que apunta a que la relación entre fibromialgia y depresión pudiera tratarse de una cuestión de comorbilidad, o bien el estado de ánimo deprimido pudiera ser una consecuencia del padecimiento de la fibromialgia. Aun así, como ya sabemos, la mayoría de los estudios encontrados en la literatura, evalúan la depresión en la FM desde un punto de vista psiquiátrico (e.g. Ahles et al., 1991; Arnold et al., 2006; Epstein et al., 1999; Goldenberg, 1994; Herken et al., 2001; Inanici, Yunus y Aldag, 1999; Roth y Bachman, 1993; Thieme et al., 2004; Yunus et al., 2002), siendo desgraciadamente menor el número de estudios que estudian la depresión como sintomatología, perspectiva adoptada en el presente trabajo.

Algunos de los estudios que analizan los niveles de ambos síntomas en población con FM en comparación con otras poblaciones con dolor crónico (artritis reumatoide) afirman que las personas con FM experimentan mayores niveles de sintomatología ansiosa que depresiva. Además, cuando se relacionan dichos síntomas con el dolor en pacientes con FM en comparación con pacientes con artritis reumatoide, la ansiedad correlaciona significativamente con mayores puntuaciones de dolor, mientras que las puntuaciones en sintomatología depresiva no aparecen significativas en la muestra de pacientes con FM (Ataoglu, 2002).

Algunos autores hablan de que hasta un 47% de los pacientes con FM padece algún trastorno de ansiedad. Además, la ansiedad crónica produce tensión muscular y una disminución de la tolerancia al dolor, así como mantenimiento del “sentimiento doloroso” una vez cesado el estímulo doloroso (Alda, García Campayo, Pascual y Olmedo, 2003).

Diferentes estudios señalan la ansiedad como una característica de las pacientes con fibromialgia (Hallberg y Carlsson, 1998; Epstein et al., 1999; Trygg, Lundberg, Rosenlund, Timpka y Gerdle, 2002). Pagano et al. (2004) y Shuster (2009) encontraron puntuaciones elevadas de ansiedad (medida a través de distintos cuestionarios de autoinforme) en pacientes con FM; además, la ansiedad predijo la discapacidad funcional en estas pacientes. Malt et al. (2003) evaluaron correlatos neuroendocrinos y encontraron que existen alteraciones a nivel de transmisión dopaminérgica, siendo la ansiedad y el estrés

importantes moduladores de esta transmisión. Van Houdenhove et al. (2002) encontraron que las pacientes con FM y Síndrome de Fatiga Crónica mostraron mayores niveles de ansiedad y depresión en comparación con las que tenían Esclerosis Múltiple o Artritis Reumatoide. Además, estudios como el de Malt et al. (2000), Kirmayer et al. (1988), McBeth et al. (1999), Walter, Vaitl y Frank (1998), Walker et al. (1997) y Hudson et al. (1992) comprueban la relación entre FM, estrés crónico, ansiedad y depresión.

Una línea de investigación interesante en relación con la ansiedad es aquella que la relaciona con los sesgos atencionales asociados a las quejas cognitivas comunes en pacientes con fibromialgia. La evidencia empírica apoya la relación entre los sesgos atencionales, la sensibilidad a la experimentación de ansiedad relacionada con el dolor y el catastrofismo, como variables cognitivas influyentes en el afrontamiento y la experiencia del dolor. En un estudio reciente de Carleton et al. (2011) se afirma que los cambios en los sesgos atencionales se han asociado con los logros del tratamiento en pacientes con ansiedad clínicamente significativa. Sin embargo, pocos estudios han podido documentar estos déficits debido a que las tareas utilizadas para medir la atención no están diseñadas para cubrir todos los componentes principales del sistema atencional. Aun así, Miró et al. (2011) han realizado un estudio reciente con el objetivo de explorar cual de las tres principales funciones de atención (alerta, orientación y la función ejecutiva) están alterados en FM y qué relación tienen estas alteraciones con otros síntomas asociados. Los resultados mostraron que los pacientes con FM tienen un deterioro en el control ejecutivo (mayor interferencia), se reduce la vigilancia (tiempo de reacción más lento en general), y una mayor lucidez mental (mayor reducción de los errores después de una señal de advertencia).

Asimismo, la vigilancia y la alerta se relacionan con los niveles de depresión, ansiedad y problemas de sueño. La disfunción del sueño se mostró como un predictor significativo para el estado de alerta, mientras que no hubo factores de predicción significativos para la vigilancia. Estos hallazgos destacan que tanto el tratamiento de las dificultades del sueño en pacientes con fibromialgia, como el manejo de la ansiedad y la depresión como variables influyentes en la enfermedad de FM pueden además ayudar a mejorar las quejas cognitivas (Miro et al., 2011).

Siguiendo en esta línea, los problemas de sueño asociados a la fibromialgia podrían ser consecuencia del estrés y han sido incluidos dentro de las características propias de la enfermedad (Wolfe et al., 1996). Así, existe una alteración de las onda alfa en el sueño REM que a su vez correlaciona con mayor tensión muscular (Moldofsky, 1989). Así, Inanici et al. (1999) encontraron mayores problemas de sueño en un grupo de pacientes con FM en comparación con el Síndrome de dolor regional complejo y grupo control. Nicassio et al. (2002) encontraron una alta relación entre la depresión y los problemas de sueño, y la fatiga en pacientes que padecían fibromialgia. Así, el dolor determinaba una pobre calidad de sueño y fatiga al día siguiente creando un círculo vicioso entre estas tres variables. Landis et al. (2003) también encontraron menos calidad de sueño en estas pacientes.

Desde la conceptualización de los síntomas de ansiedad y depresión como variables imprescindibles y posiblemente mediadoras en el estudio del dolor y en la comprensión del desarrollo y mantenimiento de la enfermedad de FM, una línea de investigación prometedora es la que analiza el posible papel diferencial de las variables afectivas (ansiedad y depresión) en las diferentes dimensiones del dolor. Giesecke et al. (2003) evaluaron los efectos de los síntomas depresivos en el procesamiento fisiológico del dolor en 53 pacientes con fibromialgia. Así, encontraron que los síntomas depresivos no se relacionaban con los aspectos sensorio-discriminativos del dolor, evaluados mediante resonancia magnética funcional. Sin embargo, la depresión sí se relacionó con la magnitud de la activación neuronal en el proceso afectivo motivacional del dolor. Estos datos podrían sugerir que existen procesamientos de dolor a nivel neural, paralelo e independiente para el procesamiento sensorial y para el procesamiento afectivo.

Recientemente, Sánchez et al. (2011) han analizado la relación de la percepción del dolor y la autoeficacia en el control del dolor en relación con las diferentes dimensiones del dolor. Los resultados encontrados ponen de manifiesto que mientras síntomas ansiosos se manifiestan como los mejores predictores de la dimensión sensorial del dolor, el miedo es un predictor significativo en relación con la intensidad del dolor, la sensación de impotencia es la variable predictiva por excelencia de la dimensión afectiva del dolor, y los síntomas depresivos se relacionan significativa y negativamente con las expectativas de autoeficacia en el autocontrol del dolor (Sánchez, 2011).

En relación con indicadores positivos en el desarrollo de la enfermedad crónica, variables positivas como la calidad de vida y el bienestar psicológico han sido también relacionadas con los niveles de ansiedad y depresión en la fibromialgia. El dolor crónico está asociado con síntomas ansiosos y depresivos y con niveles bajos de calidad de vida en pacientes con FM. Gormsen et al. (2010) evalúan la diferencia entre 30 pacientes con dolor crónico neuropático, 28 pacientes con FM y 26 pacientes sin dolor y ponen de manifiesto que tanto las personas con FM como las personas con dolor neuropático tienen mayores puntuaciones en ansiedad y depresión frente a las personas sin dolor, así como menores niveles de calidad de vida. Sin embargo, en relación con el dolor crónico, las personas con FM presentan mayores niveles de depresión (FM: 7,1% frente a DN:3,3%) y solo los pacientes con FM cumplen los criterios diagnósticos de depresión en contraposición con personas con dolor neuropático crónico. Se pone de manifiesto la diferencia en los mecanismos subyacentes implicado en los trastornos del estado de ánimo asociados al dolor crónico y se asume la posible existencia de mecanismos alterados diferentes implicados en los procesos emocionales en pacientes con fibromialgia (Gormsen, 2010).

Otros estudios han centrado su interés en la relación existente entre niveles de ansiedad y depresión y el bienestar psicológico afirmando que tanto un sentido de compromiso y reto, como el dominio del entorno entendidos como factores dependientes del bienestar psicológico, juegan un papel importante en la determinación del ajuste psicológico. Así, Cosci et al. (2011) realizan un estudio comparativo entre personas sanas y personas con FM y encuentran que, siendo el compromiso y el dominio del entorno variables significativas en relación con el ajuste psicológico en ambas poblaciones, en personas con FM existe una relación significativamente negativa entre el ajuste psicológico y los síntomas depresivos y dicha relación esta mediada por síntomas de ansiedad y limitación funcional. Se pone de manifiesto como la mejora en el ajuste psicológico puede ser una puerta de entrada de la mejora de síntomas ansiosos en pacientes con FM siendo además un factor de protección contra la depresión (Cosci, 2011).

1.3.2. Afectividad negativa y positiva en FM

De entre todos los procesos psicológicos que inciden en la salud y enfermedad, los estados afectivos son, sin duda, uno de los más relevantes (Adler y Matthews, 1994). En relación con éstos, existen evidencias claras de que el interés por el estudio de las emociones negativas y el de las emociones positivas ha sido muy desigual. El énfasis puesto en las

consecuencias adversas de las emociones negativas ha descuidado las influencias potenciales de la emoción positiva en la promoción de la salud (Ryff y Singer, 1998, 2000, 2001), hasta el punto de que autores como Seligman (2000) han hecho un llamamiento para que se incremente el énfasis en la investigación sobre las emociones y los rasgos positivos de los individuos. Esta poca atención a las emociones positivas puede ser explicada, entre otras hipótesis, porque aún sigue prevaleciendo el punto de vista de que la salud física y mental es la ausencia de enfermedad y emociones negativas, o quizás, porque las emociones positivas son pocas en número comparadas con las negativas (Ryff y Singer, 1998) y están, según Ellsworth y Smith (1988), menos diferenciadas. Asimismo, en la actualidad autores como Vázquez (2009) afirman que por razones que tienen que ver con la ciencia y con el propio desarrollo de las disciplinas científicas, el foco de las intervenciones a lo largo de los años se ha centrado más en el afecto negativo, en particular en la reducción del dolor, el sufrimiento y las carencias, que en el desarrollo de capacidades individuales y colectivas.

En el ámbito que nos ocupa, la fibromialgia, el énfasis en los estados afectivos positivos como factores protectores de la salud física y mental, especialmente la relación que existe entre afectividad positiva y su repercusión en el desarrollo de la enfermedad, solo se ha comenzado a estudiar en las últimas décadas y pocos estudios se han interesado por estos aspectos, centrándose como ya se ha venido exponiendo, en la sintomatología asociada a la enfermedad. Así, el estudio de la afectividad negativa y su relación con la sintomatología derivada de la enfermedad ha sido ampliamente estudiada asumiendo que la importancia de su estudio proviene de la afectividad entendida como estado de ánimo pues, mientras las respuestas emocionales son transitorias y relativas a la situación estimular, los estados de ánimo son relativamente estables y configuran el tono emocional propio de cada persona, su perfil afectivo habitual, y sirven como una forma de identificación (Moreno Jiménez, 2007).

Aunque más adelante diferenciaremos entre afecto positivo y negativo, el concepto de afectividad puede ser conceptualizado bien como un estado afectivo, o bien como una disposición personal de la emocionalidad más o menos estable. En relación con la fibromialgia, la influencia de los estados afectivos en la enfermedad ha sido estudiada desde diversos puntos de vista, siendo importante destacar como, la afectividad entendida como rasgo estable de personalidad frente a una respuesta emocional transitoria consecuencia de una situación estimular determinada, ha marcado la diferencia entre unas investigaciones y otras a lo largo de la literatura. En este sentido y como hemos mencionado anteriormente,

los trastornos de dolor crónico generalmente vienen acompañados de afectividad negativa traducida en malestar emocional, ansiedad, depresión e ira. Numerosos trabajos mencionados señalan la relación entre estas variables en la fibromialgia (Kurtze y Svebak, 2005; Potter, Zautra y Reich, 2000) y existen autores que la consideran de suma importancia en la consolidación y desarrollo de la enfermedad (Davis, Zautra y Reich, 2001; Potter et al., 2000; Zautra et al., 1999).

Aunque en este capítulo nos centramos en la afectividad y su influencia en otras variables de la enfermedad, cabe recordar que en la propia etiología de la FM, se han propuesto factores de naturaleza emocional (Demitrack, 1998; Masedo y Esteve, 2002; Pastor, López-Roig, Rodríguez-Marín y Juan, 1995) e incluso autores como Netter y Hennig (1998) sugieren que la FM es un trastorno afectivo; sin embargo, aunque muchos estudios reconocen la implicación de variables emocionales negativas, especialmente la ansiedad y la depresión (Alfici et al., 1989; Cohen et al., 2002; Epstein et al., 1999; Malt, Berle, Olafsson, Lund y Ursin, 2000; McBeth y Silman, 2001; Tanum y Malt, 1995; Walker et al., 1997; Walter et al., 1998), no todos los estudios lo han comprobado (Ahles et al., 1991) y numerosos autores discrepan acerca del papel etiológico afectivo de la FM, poniendo de manifiesto que el estado de ánimo negativo, es decir, la afectividad negativa, debe ser considerado como una consecuencia del padecimiento de la enfermedad (Okifuji, Turk y Sherman, 2000).

Si analizamos la importancia de términos que dentro de los estados afectivos intentan explicar la importancia del equilibrio entre otros factores influyentes en los procesos emocionales y su repercusión en la enfermedad crónica de fibromialgia, algunos autores han definido un concepto que ha recibido poca atención en la literatura aunque podría arrojar datos interesantes para comprender la relación entre el afecto y el funcionamiento físico y psicológico, tan relevante en la FM: **el balance afectivo**. El balance afectivo se suele definir como la frecuencia relativa de emociones positivas frente a emociones negativas. Hassett et al. (2008) sugieren que el balance afectivo da lugar a cuatro patrones o estilos afectivos diferentes: a) los individuos con elevados niveles de afecto positivo y bajos niveles de afecto negativo que presentan un “estilo de afecto saludable”, patrón que se corrobora en la literatura previa (Fredman et al., 2006; Moskowitz, 2003; Strand et al., 2006); b) aquellos que presentan bajos niveles de afecto (tanto para el positivo como para el negativo) que tendrían un estilo afectivo pobre (*low affect balance style*) porque no

experimentan emociones fuertes hacia ninguna dirección y tampoco presentan marcadas respuestas fisiológicas; c) individuos con respuestas afectivas más intensas son clasificados como estilo afectivo reactivo (*reactive affect balance style*) y experimentarían elevadas respuestas fisiológicas y emociones más intensas (tanto negativas como positivas); d) los que presentan bajos niveles de afecto positivo y altos niveles de afecto negativo tendrían un estilo afectivo depresivo (*depressive affect balance style*) ya que experimentarían pocas emociones positivas y serían más propensos a experimentar emociones negativas, un patrón común en personas deprimidas.

En una muestra de pacientes con fibromialgia (n=79), Hassett et al. (2008) compara estos estilos y analiza su relación con los síntomas clínicos asociados a la misma, utilizando una muestra de pacientes con otras condiciones médicas como grupo control (n=92). Los resultados indicaron que, en comparación con el grupo control, las pacientes con FM presentaron bajos niveles de afecto positivo y altos niveles de afecto negativo. Además tuvieron menor funcionamiento físico y más sintomatología clínica. El estilo que predominó en los afectados de FM fue el “depresivo” y “reactivo”. Los sujetos con estos estilos (tanto los controles como los que tenían FM) tenían menores niveles de funcionamiento y mayor comorbilidad psiquiátrica. Estos datos se han corroborado previamente en otros estudios (Arnold et al., 2006; Hassett et al., 2000; Porter-Moffitt et al., 2006; Suhr, 2003).

El balance afectivo ha sido medido con distintos cuestionarios pero existen varias críticas sobre ellos. Entre ellos se encuentra la Escala de Bradburn (*Bradburn Affect Balance Scale, 1969*), o el *Balanced States of Mind Model* (1989) desarrollado por Schwartz y Garamoni que utiliza una fórmula matemática compleja para obtener el balance afectivo pero este balance no diferencia entre los pacientes con una activación afectiva excesiva y aquellos con una activación mínima. Hassett et al. (2008) afirman que futuros estudios deberían explorar la relación entre los estilos de balance afectivo y los correlatos fisiológicos, incluyendo los niveles de cortisol y catecolaminas o variabilidad de la tasa cardíaca, ya que estos procesos están ligados a las respuestas de estrés que provocan la desregulación del sistema simpático y que se ha planteado como una teoría de la patogénesis de la FM (Clauw y Chrousos, 1997; Martínez Lavin, 2004; Sarzi-Puttini, Atzeni, Diana, Doria y Furlan, 2006). En consecuencia, la activación fisiológica parece ser una vía clave por la cual el afecto podría afectar a los estados de salud (Pressman y Cohen, 2005) y en particular, a los síntomas

ligados a la respuesta de estrés en la enfermedad de FM, al incidir o abrir directamente la puerta al dolor, síntoma predominante en la enfermedad de FM (Mezack y Wall, 1965;1982). En este sentido, las investigaciones centradas en estos síntomas fisiológicos como vía clave por la que el afecto puede afectar a la salud de las personas con dolor crónico destacan que entre los procesos psicofisiológicos hay datos que apuntan a que el sistema endógeno opioide inhibe el dolor durante situaciones de estrés o ansiedad, la mayoría provocadas experimentalmente, tanto en animales como en humanos (e.g. Bandura, Cioffi, Taylor y Brouillard, 1988; Cohen, Pickar y Dubois, 1983; Janssen y Arntz, 2001; Rodgers y Randall, 1988). En contraste, también se ha hipotetizado que las catecolaminas, que son también liberadas durante la activación de la respuesta al estrés, sensibilizan o estimulan los nociceptores (Chapman y Turner, 1986). Así, el sistema nervioso simpático (implicado en el proceso de estrés) parece tener una importante influencia en la percepción dolorosa. Por otra parte, estudios con animales han mostrado que la estimulación simpática no es suficiente para activar los nociceptores (Barasi y Lynn, 1986; Shea y Perl, 1988). En humanos, se ha inducido experimentalmente la sensibilización al dolor mediante la aplicación de capsaicina, que produce una inflamación temporal y una hiperalgesia ante estímulos térmicos calurosos y mecánicos. Aquellos sujetos a los que se les aplicó esta sustancia tenían menores umbrales de dolor (Drummond, 1995) aunque también se observó una disminución, aunque menor, cuando se aplicó norepinefrina (Choi y Rowbotham, 1997; Drummond, 1996). Efectos similares encontraron Janssen, Arntz y Bouts (1998). Podría plantearse que cuando la piel es herida o sensibilizada, la activación simpática o el aumento de las catecolaminas podrían aumentar la sensibilidad al dolor durante el estrés. Además, existe evidencia de que la disminución del tono vagal o parasimpático, que es otro elemento crucial de la respuesta del afecto negativo, pudiera aumentar el dolor al desactivar el sistema opioide inhibitor del dolor (Akil, Watson, Berger y Barchas, 1978).

Centrándonos de nuevo en la diferenciación afectiva, el equipo de Zautra y colaboradores elaboraron un “Modelo Dinámico de Afectividad” (*Dynamic Model of Affect, DMA*) que permite la clasificación de los individuos respecto al afecto positivo y el negativo y propone modelos predictivos de salud (Davis & Zautra, 1990; 2001 ; 2004). Este modelo explica que el afecto positivo y negativo cambia en función del contexto (Strand, 2005). Para estos autores, el ambiente juega un papel muy importante en las emociones experimentadas. Este modelo sugiere que la ocurrencia de eventos estresantes puede cambiar el grado de

independencia entre los estados afectivos y así hacerse menos diferenciados (por ejemplo, más bipolares). De acuerdo a este modelo, las personas que pueden mantener niveles elevados de afecto positivo en el momento que ocurre un estresor, podrían mostrar menores niveles de afecto negativo (Strand, 2005). En este sentido, las clasificaciones en función del balance afectivo pueden no ser totalmente estables, y algunos factores como el estrés podrían alterar el patrón básico.

Basándose en el modelo planteado, Zautra et al. (2005) evaluaron con autorregistros semanales los eventos diarios y su asociación con el afecto positivo en pacientes con FM (n= 60) y Osteoartritis (n=175) con la intención de analizar la influencia relativa de la afectividad positiva y negativa como factores independientes en la explicación de la sintomatología y la calidad de vida de las personas afectadas. Se valoró la diferencia entre el afecto positivo y negativo en estos dos grupos. Los resultados mostraron que las personas con FM refirieron menores niveles de afecto positivo en comparación con las que tenían OA, no existiendo diferencias en los niveles de afecto negativo. Las pacientes con FM mostraron igualmente mayor reactividad al estrés, y cuando éste estaba presente, no lograron mantener los niveles de afecto positivo como las pacientes con OA. Sin embargo, contrariamente a lo esperado, las diferencias en neuroticismo, depresión y ansiedad no fueron tan significativas. En este sentido, el problema de la regulación afectiva, no se explica principalmente por la afectividad negativa sino por la existencia de cierta vulnerabilidad hacia el sistema del afecto positivo en estas pacientes, especialmente cuando se trata de estrés interpersonal. Así, cuando éste está presente no hay un adecuado equilibrio que permita afrontarlo de manera positiva ni unas estrategias emocionales adecuadas. Se podría afirmar que las pacientes con FM están predisuestas a experimentar futuros eventos como potencialmente estresantes, lo que genera una emoción de indefensión propiciada por la percepción de falta de estrategias de autocontrol personal, y se produce un círculo difícil de parar tanto a nivel cognitivo como emocional.

Los datos apuntan a que existe un déficit de estrategias emocionales en pacientes con FM que influye tanto en la sintomatología asociada a la enfermedad, como en la capacidad de mantener unos niveles elevados de bienestar psicológico y calidad de vida. En este sentido, Oliveira et al. (2009) realizan un estudio con pacientes con FM (n=68) y pacientes con artritis reumatoide (AR) (n=52) con el objetivo de presentar un modelo biopsicosocial para explicar los factores implicados en la percepción de salud de esta población. Los resultados encontrados ponen de manifiesto que el afecto negativo y el afecto positivo, unidos a las

estrategias activas y pasivas de afrontamiento emocional y al distress emocional, pueden explicar un 44% de la varianza de la percepción de salud en personas con FM, frente a un 68% de la varianza de la percepción de salud en pacientes con AR.

Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de dirigir las intervenciones a incrementar los recursos positivos, especialmente durante episodios que resulten estresantes y abre la puerta a la posible hipótesis de que el entrenamiento en estrategias de regulación afectivas, tema que trataremos más adelante en el presente trabajo, puede ser un mecanismo eficaz para incrementar los recursos emocionales de las personas en general y de las pacientes con FM en particular, pudiendo apoyar a esta población en el aprendizaje de recursos resilientes ante la adversidad de la enfermedad crónica.

Estas afirmaciones tienen relación directa con diferentes trabajos que justifican la presencia de afectividad negativa por encima de afectividad positiva en el repertorio de conducta de las personas en general. Así, se afirma que las emociones positivas y negativas se pueden diferenciar ya que las emociones positivas permiten a las personas rechazar guiones de respuestas automáticas que son típicos de emociones negativas y seguir otros más creativos, cumpliendo con otras funciones que van más allá de la mera supervivencia, aunque también contribuyan a ella en gran medida (Fernández- Abascal, 2009). Las emociones positivas son las que vienen menos preparadas y desarrolladas, en el sentido de que cuando nacemos, sólo estamos capacitados para dar respuesta al dolor y, hasta los tres meses, las emociones básicas (ira, miedo, asco, tristeza, sorpresa y alegría) no han adquirido las capacidades psicológicas suficientes para manifestarse. A partir de ahí, los sucesivos procesos de maduración cognitiva y de aprendizaje van potenciando la aparición de nuevas emociones, ampliando el mapa emocional de la persona. Serían pues, las emociones positivas las que más necesitan de ese proceso de aprendizaje y desarrollo.

La explicación que se ha dado a este ritmo diferencial tiene que ver con la diferente naturaleza de las situaciones que requieren aproximación a las que requieren evitación; es decir, existen más emociones negativas porque hay mayores tipos de amenazas que evitar que oportunidades a las que aproximarse (Fernández-Abascal, 2009). Esto, más que un inconveniente sería una ventaja ya que nos permite crear nuevas e innumerables formas para generar emociones positivas, en línea con lo que Fredrickson (1998; 2001) ha denominado como “ampliación de las tendencias de pensamientos y acción” dentro de su

Teoría de la Ampliación y Construcción en la que planea un modelo de utilidad de las emociones positivas. Dicha teoría plantea que mientras la finalidad de las emociones negativas es básicamente disminuir repertorios de conducta, las emociones positivas justamente existen para ampliar y construir repertorios de pensamiento y acción. En términos generales, las emociones positivas están menos ligadas a tendencias de acción específicas (Frijida, 1986) que las negativas y también menos ligadas a patrones psicofisiológicos específicos (Power y Dalgleish, 1997). En este sentido, asumiendo que las personas con FM no tienen solo alto nivel de afecto negativo, sino que tienen un bajo nivel de afecto positivo, se puede afirmar que las intervenciones relacionadas con la “ampliación de las tendencias de pensamientos y acción” podría ser un recurso de afrontamiento para dicha enfermedad.

La mayoría de estos estudios que evalúan tanto el afecto negativo como el positivo en fibromialgia lo hacen mediante la escala desarrollada por Watson, Clark y Tellegen (PANAS, 1988), por lo que se pueden obtener datos de ambos tipos de afecto. Así, se ha puesto de manifiesto que elevadas puntuaciones de afecto negativo tendrían relación positiva con la sintomatología de la FM (dolor y fatiga), y elevadas puntuaciones en afecto positivo (como por ejemplo, sentirse enérgico, entusiasmado y/o decidido) se asociarían con menores puntuaciones en sintomatología. El afecto positivo parece debilitar la relación entre dolor-afecto negativo (Zautra et al., 2001). Por otro lado, Davis, Zautra y Reich (2001) observaron que los sujetos con FM tenían una red social más deficitaria y más potenciadora de conflictos que los sujetos con osteoartritis (OA). Sin embargo, un experimento de laboratorio les permitió comprobar que las mujeres con FM que respondían con un aumento del dolor a las situaciones de estrés psicosocial eran aquellas que tenían mayor tendencia a experimentar afecto negativo; en cambio, las mujeres con FM que tenían puntuaciones normales o bajas en afecto negativo, no se diferenciaban en cuanto a las respuestas de dolor en situaciones de tensión interpersonal de las mujeres que padecían osteoartritis.

González Gutiérrez et al. (2009) señalan la relación entre sintomatología e intensidad de dolor y determinados procesos como el de estrés/recuperación y el malestar afectivo (ansiedad, depresión y afecto negativo). Otros estudios han comprobado igualmente la relación entre la afectividad negativa y mayor sintomatología y dolor en la FM (Alexander, 1998; Potter et al.,(año); Velasco et al., 2006). En los sujetos con alta afectividad negativa se

ha sugerido una mayor percepción de amenaza, en relación a la cual los sujetos experimentarían un incremento en la percepción de intensidad de dolor (sensorial y afectivo) ante un estímulo ambiguo si se manipula su expectativa de dolor (Alexander et al., 1998). Por otro lado, Staud et al. (2004) encuentran asociación entre el número de puntos dolorosos, el afecto negativo y la intensidad del dolor en la FM. Kersh et al. (2001) encontraron que pacientes con FM que buscaban cuidados médicos, en comparación con los que no los buscaban, referían mayores niveles de afecto negativo y dolor, así como un mayor número de experiencias estresantes y menores niveles de autoeficacia.

Parece, como se ha venido señalando, que un punto clave en los pacientes con FM en comparación con otros trastornos de dolor crónico, reside en la incapacidad para movilizar recursos positivos para neutralizar la experiencia de dolor y el afecto negativo asociado a ésta. Una mala regulación del afecto positivo y una incapacidad para mantenerlo se reflejaría en situaciones de dolor o estrés en pacientes con FM (Zautra et al., 2005). Es por ello que la dificultad para mantener un estado de ánimo positivo representa un reto adicional para la adaptación en pacientes con FM. Además, podría existir un círculo vicioso en el cual a menor afecto positivo, menos relaciones sociales satisfactorias, y a menos relaciones sociales satisfactorias, menor afecto positivo, lo cual también podría explicar los resultados en relación al estrés interpersonal. Así, Davis et al. (2004) realizan un estudio comparando población con FM y OA con un grupo control sano y afirman que aquellos que estaban enfermos (FM y OA) percibían sus redes sociales íntimas con mayor complejidad que las personas sanas y que además, las personas con FM frente a los otros dos grupos objeto de estudio tenían interacciones sociales más negativas. La complejidad social y afectiva en relación a las parejas de los enfermos, así como otras redes sociales importantes, pueden tener una importante implicación para la adaptación de los pacientes con dolor crónico (Davis, Zautra y Smith, 2004) y puede influir en el mantenimiento de su afectividad positiva frente a la negativa. Estas pacientes tienen poca receptividad ante las emociones o eventos positivos, centrándose más en los negativos. Igualmente, experimentan una relativa ausencia de recursos emocionales y cognitivos positivos (Potter et al., 2000; Zautra et al., 2001). Estudios recientes avalan estos resultados y ponen de manifiesto que, cuando la sintomatología dolorosa es tomada en cuenta, el apoyo social puede ser un factor mediador entre los niveles de afecto positivo y los niveles de percepción de dolor (Fasman, 2009).

Otro mecanismo potencial por el que el afecto positivo pudiera estar disminuido en estas pacientes podría derivarse del modelo de “diátesis-estrés” de adaptación a la enfermedad (Banks y Kerns, 1996; Monroe, 1988). La falta de emociones positivas podría acumularse en el tiempo ya que la persona fracasa en recuperar el afecto positivo después de un evento de vida estresante. Los bajos niveles de este afecto positivo no ayudan a neutralizar los efectos del malestar emocional (Gilbert, Pinel, Wilson, Blumberg y Wheatley, 1998). La capacidad de utilizar el afecto positivo como recurso de afrontamiento ante el estrés puede no estar presente en las pacientes con FM (Davis, Zautra y Smith, 2004) en comparación con otras poblaciones con dolor crónico. Strand et al. (2006) evalúan el afecto positivo como un factor de resiliencia en la relación entre el dolor y el afecto negativo en pacientes con AR y afirman que el afecto positivo si parece ser un factor importante de resiliencia en temporadas de fuertes episodios de dolor, reduciendo el afecto negativo. Así, los pacientes con altos niveles de afecto positivo percibían como menos estresantes los episodios dolorosos en comparación con los pacientes con bajos niveles. En esta misma línea, Finan et al. (2009) comparan una muestra de 101 mujeres con FM frente a una muestra de 106 mujeres con OA con el objetivo de analizar los niveles de afecto positivo (AP) en ambas poblaciones y su relación con los niveles de afecto negativo (AN) y dolor. Los resultados ponen de manifiesto que las pacientes con FM tienen menores niveles de AP frente a pacientes con OA y que además, las personas con FM presentan una relación inversamente proporcional entre AP y AN en mayor medida que las personas con OA. El estudio concluye que las personas con FM presentan un déficit de AP en comparación con personas con OA y que además carecen de habilidades para mantener el AP en presencia de dolor y AN.

Otro aspecto que ha sido estudiado en relación con la afectividad en pacientes con dolor crónico ha sido la relación de la sintomatología asociada (dolorosa) y el afecto en función de la fase del ciclo genital femenino. Al parecer, tanto la afectividad como la sintomatología tienen relación con el ciclo menstrual en las mujeres. Así, se ha encontrado que mujeres deprimidas entre 19 y 24 años referían mayor dolor durante el ciclo menstrual en comparación con mujeres no deprimidas (Herrera et al. 1990) y que las hormonas reproductivas pueden afectar a la percepción de dolor en condiciones de dolor crónico (Dao, Knight y Ton-That, 1998). En función de estos resultados, autores como Alonso et al. (2004) examinaron la influencia del ciclo menstrual en el dolor y la afectividad en mujeres con FM. Partiendo de estudios como el de Anderberg et al. (1998 ; 1999 ; 2000),

estos autores hipotetizaron que las mujeres con FM experimentarían mayor sensibilidad al dolor y empeoramiento de los síntomas durante la fase lútea del ciclo menstrual y que manifestarían más afecto negativo que positivo en comparación con mujeres con Artritis Reumatoide y controles sanas. En efecto, las mujeres con FM experimentaron más dolor, más síntomas menstruales y más afecto negativo en comparación con los otros grupos. Sin embargo, las tres muestras refirieron menor afecto positivo durante la fase lútea, aunque este patrón fue más pronunciado en mujeres con FM y AR. De nuevo, se pone de manifiesto que las pacientes con FM experimentaron menos afecto positivo que los otros dos grupos en esta fase. Estos resultados apoyan trabajos anteriores en los que se enfatiza la importancia de evaluar no solamente la presencia de afecto negativo, sino también la ausencia de afecto positivo en el dolor crónico (Zautra et al., 2001) y en pacientes deprimidos (Clark, Watson y Mineka, 1994). Se enfatiza una vez más la importancia de considerar intervenciones específicas diseñadas para aumentar el afecto positivo, no solamente en general, sino especialmente en la fase lútea para aumentar el bienestar psicológico de las pacientes afectadas de FM.

Como en el caso de otros trastornos de dolor crónico y otras enfermedades, hasta hace relativamente poco tiempo, las investigaciones no se habían centrado en el estudio del afecto positivo ni en los recursos emocionales que tienen las pacientes con FM (Davis, Zautra y Reich, 2001; Zautra et al., 1999). Actualmente, aumentan los estudios que se centran en los efectos del afecto positivo en la salud, aunque aún siguen pareciendo escasos. Autores como Pressman y Cohen (2005) revisaron la existencia de estudios que relacionaban el afecto positivo y la salud y concluyeron que los individuos con altos niveles de afecto negativo tendían a referir mayor sintomatología de enfermedad, en comparación con aquellos con afecto positivo, tal y como sucede en el caso de la FM. Sin embargo, aún permanece la confusión acerca de los efectos de las emociones positivas y negativas sobre la salud ya que muchos estudios no hacen una distinción entre unas y otras.

En conclusión y, apoyándonos de nuevo en los estudios de Zautra et al. (2001) que conceden una importancia adicional a las emociones positivas, podemos afirmar que es fundamental atender a ambas dimensiones afectivas para promover otra serie de recursos como el apoyo social o la resiliencia en personas con FM o dolor crónico. Además, las emociones positivas podrían modular el afecto negativo en los días de mayor dolor. Estos autores postulan que la atención debería centrarse en estudiar estas variables y/o recursos

positivos en lugar de los negativos, dando así también pautas para líneas futuras de intervención. En esta línea, y en la necesidad de diferenciar entre afecto positivo y afecto negativo, nuestro equipo investigador (Velasco et al., 2008) valora un modelo causal mediante ecuaciones estructurales que define la presencia de dos dimensiones: recursos cognitivo-afectivos y vulnerabilidades cognitivo-afectivas. Los recursos se componen de afecto positivo, autoeficacia para el control de síntomas, autoeficacia para las actividades físicas y para el dolor y lugar de control interno. Las vulnerabilidades son las respuestas de estrés (emocional, fisiológica, cognitiva y motora), ansiedad, depresión y afecto negativo. Los recursos mostraron una influencia directa en el funcionamiento físico que a su vez influía en la tolerancia térmica al dolor. En este sentido, se muestra la capacidad de estas pacientes para sostener el bienestar a pesar del dolor. La presencia de emociones positivas no las hace sentirse disfuncionales, sino por el contrario, se adaptan al dolor. Además, estos recursos positivos serían la clave para que pudieran tolerar mejor el dolor. Por otro lado, las vulnerabilidades predecían la intensidad de dolor y sintomatología asociada. Estos resultados nos permiten igualmente reflexionar sobre el estrecho vínculo entre variables cognitivas y emocionales, en su clasificación como variables positivas y negativas.

Las experiencias positivas y el afecto positivo en la FM se plantean como un punto clave en la preservación de la calidad de vida, el bienestar psicológico y el funcionamiento físico de estas pacientes. Así, una línea prometedora de tratamiento podría encaminarse hacia un aumento de las emociones y experiencias positivas. En este sentido, la terapia cognitivo-conductual (de primera y segunda generación) puede ser de utilidad en ayudar a estas pacientes a centrar su atención en los aspectos positivos en lugar de los negativos. Procesos cognitivos como las atribuciones concernientes a experiencias negativas y positivas, la percepción de control, y la autoeficacia pueden ser de utilidad para identificar y reducir formas de pensamiento desadaptativas, disminuyendo los niveles de afecto negativo y ayudando en definitiva a que las pacientes manejen su enfermedad y su sintomatología y mejoren su funcionamiento físico y psicológico. Igualmente, investigaciones recientes ponen de manifiesto que otro tipo de terapias de tercera generación, más centradas en conciencia plena y ejercicios de mindfulness, pudieran ser complementarias en el tratamiento del dolor crónico como factor potenciador de resiliencia ante la adversidad de la enfermedad crónica.

SEGUNDA PARTE

SEGUNDA PARTE: CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS PROCESOS AFECTIVOS Y SU RELACION CON LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD

A lo largo de la presentación y caracterización de la enfermedad de FM se ha reflejado el estudio de la emoción desde diferentes disciplinas que han puesto de manifiesto el carácter diferencial que la emoción ha cumplido en las últimas décadas en la explicación del dolor crónico y, en especial, en la enfermedad de FM. En este sentido, la emoción ha sido abordada desde diferentes disciplinas relacionadas con la salud. Así, desde la medicina, pasando por la psicopatología y la psicología clínica, hasta su estudio actual desde el enfoque de la psicología de la salud; se ha planteado la función que los procesos afectivos han tenido tanto en la etiología, como en el curso y pronóstico de la enfermedad sus síntomas asociados. La relevancia de la afectividad negativa en la enfermedad ha sido puesta de manifiesto desde enfoques psicopatológicos donde se planteaba que la propia FM era un trastorno afectivo, hasta enfoques biopsicosociales en los que el estudio de la emoción se plantea como un factor determinante (junto con otros factores) en el desarrollo de la enfermedad. Asimismo, la relevancia del estudio de las emociones positivas y los procesos implicados en su activación y o mantenimiento como un posible foco de interés para aumentar el bienestar y la satisfacción vital de las personas con FM es, desde enfoques recientes como el de la psicología positiva y sin restar importancia al estudio de las emociones negativas y los procesos emocionales disfuncionales, otro campo eminentemente investigado en el terreno que nos ocupa. A modo de ejemplo, estudios recientes en dolor crónico han puesto de manifiesto que las emociones positivas desempeñan un papel mediador en la amortiguación de las emociones negativas durante los momentos de mayor dolor y estrés (Zautra et al., 2001). Destaca así la importancia de las emociones positivas en su contribución a la resistencia ante la adversidad de la enfermedad crónica y se evidencia la importancia de considerar los aspectos positivos del procesamiento emocional en la promoción de la salud y el bienestar en la enfermedad de FM.

Asumiendo que el objetivo principal de la presente tesis es analizar la influencia que los procesos afectivos tienen en la sintomatología presente en la enfermedad de FM, así como en los niveles de bienestar psicológico y satisfacción vital de las personas afectadas (Parte III), parece necesario realizar (antes de adentrarnos en los diferentes estudios que relacionan directamente los procesos afectivos con la FM) un pequeño recorrido por la historia del estudio de la emoción que integre las disciplinas que han abordado su estudio.

En un primer momento nos centraremos en las definiciones y conceptos diferenciales dentro del constructo de “procesos afectivos” para, finalmente, exponer en el eje central del presente trabajo: los procesos afectivos implicados en la regulación de los estados afectivos y los modelos que han intentado explicar cada uno de ellos, así como la relevancia de dichos procesos en sintomatología negativa y en el bienestar psicológico de las personas.

La exposición teórica del presente bloque persigue así los siguientes objetivos:

- Justificar la necesidad de centrar la investigación en el terreno de los procesos afectivos por la relevancia que éstos tienen en los procesos de salud-enfermedad.
- Contextualizar el estudio actual de los procesos emocionales presentando a) los debates conceptuales derivados de las diferentes perspectivas de estudio que el propio concepto implica, b) los conceptos relacionados con las emociones que tienen límites difusos y que pueden confundirse con los propios procesos de regulación emocional y c) los modelos de procesamiento emocional más representativos en la literatura que integran los diferentes procesos estudiados.
- Exponer los estudios empíricos recientes que demuestran la repercusión que los procesos emocionales tienen en los procesos de salud-enfermedad.

2.1 Evolución en el estudio de los procesos afectivos

Actualmente, la mayoría de los investigadores reconocen la influencia que ejercen los procesos de regulación afectiva sobre la salud, la enfermedad, el bienestar y la adaptación individual y social. Sin embargo, en las últimas décadas el propio concepto de emoción así como los mecanismos implicados en su procesamiento se han visto ampliamente modificados. Esto es debido al hecho de que cada orientación ha prestado diferente grado de importancia a las distintas variables que componen la emoción (p.ej., las emociones han sido entendidas como defensas psicológicas (Freud, 1926,1959) y han sido integradas, entre otros, en el estudio del estrés y afrontamiento (Lazarus, 1966), en el estudio del apego (Bowlby, 1969), y valoradas como mecanismos de autorregulación (Mischel et al., 1989)) sobre las cuales se establecen los diversos desarrollos conceptuales y, en consecuencia, han procedido además al estudio de las mismas mediante procedimientos metodológicos alternativos. A pesar de los debates teóricos sobre la gran gama de términos conceptuales expuestos alrededor de la regulación afectiva, existe acuerdo en que el concepto de emoción alude a reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes

desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones, que son esencialmente agradables o desagradables, y que en algunos casos son bastante independientes de la cultura (ver debate sobre universalidad de las emociones en (Johnson-Laird y Oatley, 1989; Cacioppo y Gardner, 1999; Lewis, 2005), producen cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo-subjetiva), en la activación fisiológica (dimensión fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual-expresiva). Además, poseen un sustrato biológico considerable, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás, y pueden actuar como potentes motivos de la conducta (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

Diferentes autores postulan que el estudio de la emoción podría ser abordado desde dos puntos de vista diferenciales; por un lado destacaría el estudio de éstas centrado en cómo han sido generadas (“emotion generation”) y, por otro, la importancia recaería ya no en su activación, sino en los procesos implicados en su regulación (“emotion regulation”) (Gross, 2011).

La investigación sobre la generación emocional implicaría el estudio de su propósito (es decir, la función y sus propiedades motivacionales), y de la estructura de éstas. Dado pues que el carácter informativo de las emociones pueden ser parte integral en la toma de decisiones con respecto a determinadas acciones o planes de las personas, Parrou (2001) afirma que las emociones negativas se pueden enfocar hacia una dirección concreta para resolver un problema o aclarar nuestros objetivos (por ejemplo, el miedo puede limitar nuestra atención a una posible amenaza y la tristeza nos puede orientar hacia una posible pérdida) y, del mismo modo, las emociones positivas (por ejemplo, la alegría o interés) ayudan a ampliar la gama de pensamientos y acciones y a construir nuevos enfoques a través de la generación de recursos personales (Fredrickson, 2001).

Por el contrario, en relación con el estudio de los procesos emocionales implicados en la regulación emocional, este incluiría la alteración de la trayectoria de su respuesta para ser más congruentes con las demandas y limitaciones, así como los propios objetivos y valores personales (Cole, Martín y Dennis, 2004). Cabe destacar en este punto de la presentación que no nos detendremos aquí en explicar y definir los procesos emocionales ya que su estudio será abordado detenidamente a lo largo del presente bloque, por ser un elemento clave del trabajo de investigación. Sin embargo, si podemos destacar que su estudio es una

herramienta básica para comprender cómo las emociones organizan la atención y facilitan la actividad estratégica para superar los obstáculos, resolver problemas, y mantener el bienestar; y al mismo tiempo, para entender cómo éstas pueden afectar al razonamiento y la planificación de los objetivos personales, complicar y comprometer las interacciones interpersonales, así como poner en peligro la salud (Cole, Michel, et al., 1994.; Gross y Muñoz, 1995). Aunque estas funciones acreditan la importancia de este constructo, esto no implica minusvalorar el resto de las perspectivas estudiadas hasta el momento, sino que remarca que ninguna explicación psicológica sobre una problemática particular (ya sea un problema de salud física o psicológica) estará completa sin la comprensión además de los procesos emocionales influyentes.

No es el interés de este trabajo hacer un repaso pormenorizado sobre todas las perspectivas que han explicado los mecanismos subyacentes de los procesos emocionales y sus respectivas teorías por la extensión teórica que esto implicaría pero, a modo de introducción, si parece importante hacer alusión a algunos de los planteamientos existentes serie de constructos básicos abordados desde las diferentes perspectivas que han abordado la emoción que pueden ser útiles para entender el concepto de regulación afectiva objeto de estudio.

2.1.1. Perspectiva evolucionista

En los intentos de explicar la complejidad de los procesos emocionales, se ha hecho hincapié en el papel adaptativo de las emociones asociando los mecanismos implicados en la regulación con la supervivencia (perspectiva evolucionista). Charles Darwin (1872) fue uno de los pioneros en estudiar las emociones humanas en cuya obra "La expresión de las emociones en los animales y en el hombre" destacó el papel adaptativo, funcional y hereditario de las emociones, describiendo su asociación a las expresiones faciales. Señaló que las emociones son puestas de manifiesto de diversas maneras, a través de los gestos o movimientos de las facciones comunes a los hombres y a los animales. Basándose en diversas observaciones empíricas, las expresiones emocionales se manifiestan de la misma manera en niños y adultos, incluso en sujetos de grupos culturales diferentes. En su estudio, Darwin nos muestra que las expresiones de las emociones son importantes para el bienestar del género humano y que la represión de éstas puede provocar delimitaciones, teniendo en cuenta que a través de las expresiones emocionales se transmiten muchas veces nuestros pensamientos de manera más verdadera que nuestras palabras. Ello señala que las

conductas expresivas emocionales desempeñan su función social, y que ayudan a la preparación de la acción, a la vez que transmiten una comunicación (Darwin, 1872). Entendemos así que la corriente evolucionista tuvo interés en el estudio de las emociones partiendo de dos enfoques: el genético (estudio de la hereditabilidad de las emociones) y el social (función social de las emociones).

A su vez, Plutchik (1991) afirma que los motivos son activados por estados internos, mientras que las emociones son desencadenadas por estímulos externos. Afirma así que el proceso motivacional es lento, y el de las emociones rápido y responde a respuestas condicionadas. No obstante explica que emociones y motivos son dos aspectos del mismo proceso -el comportamiento significativo- observados desde perspectivas temporales diferentes: a corto y a largo plazo. Otra diferencia mencionable consistiría en que la motivación supone una teoría del comportamiento -popular o técnica- aunque sea aplicada al comportamiento de uno mismo, mientras que la emoción, al menos en parte, es algo que el individuo siente (Rodríguez, 1998). Se afirmaría así que la conducta (emocional) se observa mientras que la motivación se infiere y las personas no sienten un impulso sino una emoción; el impulso se refiere a una acción mientras que la emoción coincide temporalmente con ella. La emoción sentida podría así denominarse “impulso” y, fuera de eso, pierde sentido decir que la procedencia es interior o exterior. Emoción y motivo vienen tanto de fuera como de dentro y es el entorno el que puede motivar a las personas a actuar y, las sensaciones internas, son las que al mismo tiempo pueden provocar en las personas emociones. Entendemos también que la emoción no es causa del comportamiento sino su acompañante, que, en el mejor de los casos, puede servir de pista para descubrir la causa real. Si hablamos de las emociones como causa del comportamiento estamos haciendo teoría del comportamiento y, por tanto, tratando de las motivaciones.

Finalmente, atribuir a todas las emociones la cualidad de respuesta condicionada puede llevar a ignorar que en algún momento se ha debido producir la respuesta incondicionada, es decir, la emoción previa al aprendizaje.

Las emociones abarcan una serie de componentes: pensamientos, valoraciones, experiencia afectiva, activación fisiológica y aspectos comportamentales. Como señala Klaus Scherer (1993), muchos teóricos se adhieren a la triada de reacción: (1) activación fisiológica, (2) conducta expresiva, y (3) sensación subjetiva. Algunos añaden una tendencia motivacional a

la acción y de procesamiento cognitivo. Sin embargo, no existe ningún acuerdo sobre cómo se organizan estos componentes, cuándo comienza y termina una emoción y cuántas emociones hay que distinguir. También podemos describir las emociones a partir de los tres niveles de respuesta clásicos: (1) lenguaje (cognición), (2) fisiológico, y (3) motórico. Aunque cuando se evalúa una misma emoción en esos tres niveles, la correlación que se suele hallar es escasa (Lang, 1995).

2.1.2 Perspectiva psicofisiológica

A su vez, se han explicado los procesos emocionales como productos de la percepción de los cambios fisiológicos producidos por un determinado evento (perspectiva psicofisiológica). William James afirmaba que las respuestas de los cambios fisiológicos son el desencadenante de alguna alteración de orden psicológico. De esta manera, la emoción es considerada como una percepción que el individuo tiene de los cambios físicos automáticos. Así, los cambios viscerales son imprescindibles para la emoción y, por tanto, deben existir patrones específicos para las distintas emociones. El fisiólogo danés Carl G. Lange enunció casi simultáneamente una teoría similar -aunque insistiendo en el papel de los músculos involuntarios- y por eso se conoce como teoría de James-Lange.

La famosa crítica a James que poco después enunció Walter Cannon (1927) apunta, en síntesis, a que la producción artificial de los cambios viscerales, característicos de ciertas emociones, no provoca por sí misma los efectos previstos, es decir, no provoca la emoción. Desde Cannon los investigadores de las bases fisiológicas de la emoción se han dividido en defensores del SNC (modelo central), frente a defensores del SNA (modelo periférico).

Para Fernández-Abascal (1997) lo que trataba de explicar James es que los cambios corporales, tanto fisiológicos como motores que denominamos "reacción emocional", son en realidad los que constituyen y generan la experiencia emocional. La sensación que nos producen estos cambios, en el momento en que se producen, es la emoción; que es, por lo tanto, la experiencia afectiva de una conducta refleja. James ordena causalmente los distintos componentes de la emoción: en primer lugar, la situación; en segundo lugar, la reacción emocional; y, en tercer lugar, la experiencia emocional. El enfoque psicofisiológico analiza las emociones como la percepción de los cambios fisiológicos. Podemos apreciar que es necesaria una situación desencadenante para que sean estimulados los cambios corporales desencadenadores de las reacciones emocionales. Cabe destacar que dicha teoría

sufrió duras críticas, pero sirvió de inspiración para investigaciones posteriores como es el caso de los trabajos de Schachter y Singer (1962), que se fundamentaron en el cambio fisiológico y la interpretación de los estímulos y definen la teoría de los dos factores. Partiendo de la concepción de que las emociones son el resultado de la interacción de los aspectos fisiológicos y cognitivos, se defiende que las emociones surgen por la acción conjunta de la activación fisiológica a través de la atribución cognitiva, la cual interpreta los estímulos situacionales. La teoría de Schachter y Singer (1962) permitía conciliar la postura del modelo central y del modelo periférico y tal vez esa es la razón de que tardara muchos años en ser criticada. Los primeros intentos estaban destinados al rechazo editorial (Epstein, 1997). Sin embargo, como advierte Reisenzein (1983), el modelo de Schachter y Singer se apartaba en exceso de la forma habitual en que se producen las emociones. Parece implicar que existen dos formas de producirse una emoción, la primera pertenece a la vida cotidiana (por ejemplo, ante un objeto amenazante se produce una emoción); la segunda es más “atípica” y se produce percibiendo una activación no explicada. Berkowitz (1978), investigando la agresión, resalta de nuevo la teoría de James-Lange: las reacciones agresivas pueden ser simultáneas o, incluso, preceder a la experiencia consciente.

A su vez, investigaciones recientes en neurología han planteado que, pese a que las estructuras subcorticales son de especial relevancia en los sistemas emocionales básicos, el papel del córtex no solamente se ciñe a ejercer efectos inhibitorios sobre dichas reacciones afectivas, sino que está involucrado principalmente en la experiencia emocional, especialmente en lo que hace referencia a los procesos cognitivos característicos de la emoción (Panksepp, 1991; Pribram, 1973).

2.1.3 Perspectiva conductual

Paralelamente, los **teóricos conductuales** enfatizan la explicación de los procesos de regulación afectiva en los mecanismos de condicionamiento en los que, el hecho de poder predecir cómo puede verse afectada la conducta operante en función de la reacción emocional, hace que las emociones pierdan la consideración (para dicha orientación) de causas internas, ficticias e imaginarias de la conducta, para convertirse en un proceso digno de estudio por sus efectos en el comportamiento (Chóliz, 1994).. Los principales precursores de este enfoque, Watson (1913) y Skinner (1977), estudiaron la emoción desde los aspectos externos observables, donde el medio o los estímulos externos tienen un papel fundamental en el desencadenar de la emoción y afirman que las emociones son determinadas por los factores ambientales.

Algunos estudios fueron llevados a cabo por Watson y Rayner (1920), quienes investigaron las reacciones del condicionamiento emocional a través de los procesos de aprendizaje de señal. Ulich (1985) afirma que asumiendo que los conductistas intentaban moldear las manifestaciones comportamentales de los individuos de acuerdo con los estímulos externos a través del condicionamiento operante, se afirma que los conductistas analizaron la conducta emocional como un conjunto de respuestas observables (motoras y fisiológicas) que se pueden condicionar al igual que cualquier otra respuesta. La conducta emocional puede ser provocada por nuevos estímulos, que previamente no generaban respuesta, siempre que se siga un procedimiento de condicionamiento clásico Fernández-Abazcal (1997).

2.1.4 Perspectiva cognitiva

Los **modelos cognitivos** afirman que la emoción necesariamente surge como consecuencia de dos factores, la **activación y la interpretación cognitiva** y añaden que la magnitud de la reacción fisiológica determinaría la intensidad de la reacción emocional, mientras que los procesos cognitivos darían razón de la cualidad de la misma. Siguen una línea teórica semejante a la de Schachter (1962) en cuanto a la relevancia concedida a la cognición, pero rechazan el papel de la activación indiferenciada

Confiere a mediados de los años 60, las primeras aportaciones de Arnold sobre la perspectiva cognitiva acerca de la emoción. Arnold (1960) definió la emoción como “*una tendencia hacia algo evaluado como bueno o la evitación de algo evaluado como malo*”. Esta autora fundamenta que la valoración de un estímulo percibido se refleja en el bienestar de la persona. Las emociones valoradas como positivas llevan a la predisposición del individuo hacia el estímulo que promueve la emoción, mientras que en las emociones negativas hay un intento de evitación por parte de la persona que las experimenta.

En este sentido, cabe señalar que tanto los estudios con cuestionarios de personalidad (Costa y McCrae, 1980, 1992 a y b; Thayer, 1989), como los que se ocupan de los fundamentos biológicos (Depue, 1996; Gray, 1987, 1994; Zuckerman, 1991), como los que buscan una estructura jerarquizada de las emociones (Diener y Larsen, 1984; Diener et al., 1985; Larsen y Ketelaar, 1991; Ortony, Clore y Collins, 1988) tienden a descubrir la existencia de dos dimensiones básicas unipolares: positiva y negativa, o placer y displacer. Al mismo tiempo, como advierten Gilboa y Revelle (1994), muchas investigaciones sobre

las emociones, en cambio, postulan que placer-displacer es una sola dimensión y que existe otra dimensión ortogonal que es la activación. Muchos son los trabajos destacados en este campo y entre ellos, son destacados los trabajos de Russell (1997), pero se podría añadir, entre otros, a Lang (1995) que acepta la separación de dos sistemas neuronales (apetitivo y aversivo). Sin embargo, este autor afirma que el análisis factorial a partir de medidas de autoinforme, fisiológicas y conductuales arroja dos factores: la valencia (placer-displacer) y la activación.

No obstante, autores como Rodríguez (1998) afirman que en esos dos polos estaría el origen de la diferenciación de las emociones y, por tanto, es donde residen las emociones primarias.

El autor probablemente más importante en el estudio y teorización de las emociones en el último decenio es el holandés Nico H. Frijda (1986, 1988, 1993, 1995, 1996). Uno de los aspectos más relevantes de la inmensa obra de Frijda es su formulación de las leyes de la emoción (Frijda, 1988) y su propia definición sobre éstas que pone de manifiesto que las emociones surgen como respuesta a las estructuras de significado de determinadas situaciones siendo respuestas a sucesos importantes para el individuo. Básicamente son experiencias subjetivas cuyo núcleo es el placer o el dolor incluyendo además una evaluación sobre la estructura del significado situacional. Expone así que siempre que se produce una emoción, hay alguna forma de cambio interpretada como tendencias a la acción, esto es, tendencias a establecer, mantener o interrumpir una relación con el entorno (Frijda, 1986, p. 71).

Otro autor representativo dentro de las teorías cognitivas es el psicólogo clínico Richard Lazarus (1991). Este parte de los mismos supuestos para estudiar las emociones: estímulo-evaluación-emoción, y amplía la teoría de Arnold (1960) exponiendo que existen diversas valoraciones de estímulos-situaciones y a la vez distintas emociones. Lo que intenta fundamentar es que las interpretaciones de las situaciones influyen decisivamente en la emoción experimentada. Presenta una teoría relacional-motivacional-cognitiva de las emociones afirmando que éstas tienen que ver con relaciones con el entorno humano que suponen daños (emociones negativas) o beneficios (emociones positivas). Afirma que las reacciones ante el estado de nuestros objetivos adaptativos cotidianos requieren la valoración (appraisal) de lo que está pasando en cada momento en el entorno. Según

Lazarus, la sorpresa, el dolor y el placer no son emociones sino reflejos innatos, automáticos. Se muestra de acuerdo con Frijda (1986; 1988) en que las emociones suponen una tendencia innata a la acción y afirma que cada emoción posee su propia pauta de cambios fisiológicos que permite la preparación del organismo a la acción subsecuente.

En opinión de Lazarus (1991), las emociones poseen un origen biológico (innato) y las valoraciones son necesarias para poder sobrevivir. Esas variables biológicas deben ser universales y aunque una cultura carezca de una palabra concreta para expresar una emoción, eso no quiere decir que no la experimenten. Lazarus distingue dos tipos de valoraciones: (a) la valoración primaria que procede de los intereses que uno tiene en los resultados de un encuentro, y (b) la valoración secundaria que tiene que ver con las opciones y perspectivas de afrontamiento. Así, tanto para Frijda como para Lazarus, estas dos valoraciones deberían dar lugar a dos tipos de emociones diferentes.

Asimismo, esta distinción también se muestra claramente en la teoría atribucional de las emociones de Bernard Weiner (1985; 1990) que estudió la forma en que los sujetos realizaban inferencias causales sobre los acontecimientos, sobre todo interpersonales y, más en concreto, sobre las intenciones de los demás y de sí mismos. Weiner afirma que existen dos tipos de emociones, unas que dependen de la atribución y otras que no. Explica que tras un acontecimiento se produce una reacción general que puede ser positiva o negativa, dependiendo de que el resultado de ese acontecimiento sea un éxito o un fracaso. Esa emoción general es primitiva, procede de una valoración primaria y es dependiente del resultado e independiente de la atribución, pues depende de que se haya alcanzado una meta y no de la atribución causal. Primero, por tanto, se valora un resultado y luego se busca una atribución causal, que genera todo el conjunto de las diferentes sensaciones. Así emociones como el orgullo se producen por ejemplo porque los resultados del éxito que se atribuye la persona a sí misma producen una mayor autoestima, que los que se atribuyen a algo externo. La autoestima está, pues, en función de la atribución (locus) causal.

Siguiendo esta línea, Oatley y Johnson-Laird (1987) diferencian entre emociones básicas y emociones complejas, según la elaboración cognitiva que las caracteriza. Las emociones básicas (como la ansiedad, el enfado y la tristeza) producen señales “no-proposicionales”, que no se refieren a nada. Las emociones secundarias, en cambio, representan interpretaciones “proposicionales” desde un punto de vista interpersonal. Así, una emoción

como la venganza sería una emoción secundaria a partir de la ira. En un trabajo posterior (Johnson-Laird y Oatley, 1989) analizan 590 términos referidos a las emociones, de los cuales consideran que solo 75 se refieren a emociones complejas.

En definitiva, estas posturas explican que el **proceso emocional** se desencadenaría por la percepción de unas condiciones internas y externas, que llegarían a un primer filtro que suponemos formado por un proceso dual de evaluación valorativa en función del cual, tendría lugar la activación emocional que se compone de una experiencia subjetiva o sentimiento, una expresión corporal o comunicación no verbal, una tendencia a la acción o afrontamiento y unos cambios fisiológicos que dan soporte a todos los procesos anteriores. Afirman sin embargo que, las manifestaciones externas de la emoción o los efectos observables, son fruto de un segundo filtro que tamiza las mismas. Así, la cultura y el aprendizaje hacen que las manifestaciones emocionales se vean sensiblemente modificadas. Las experiencias subjetivas de las personas pueden ser, por tanto, una exageración, minimización o incluso negación de las mismas (Fernández-Abascal y Palomero, 1999). Asimismo, se reconoce la existencia de dos tipos de emociones, primarias y/o básicas, y secundarias; las cuales son consecuencia de variables cognitivas como las atribuciones (Weiner, 1990) o de la interpretación cognitiva proposicional o no proposicional de las señales producidas ((Johnson-Laird y Oatley, 1989).

Paralelamente, autores como Zajonc (1980; 1994) están incluidos en una línea de investigación que, no siendo cognitiva, plantea un procesamiento afectivo en paralelo, diferenciado y parcialmente independiente del proceso cognitivo. Este autor afirma que el afecto no es un fenómeno posterior a la cognición (la valoración o appraisal) sino que la experiencia emocional puede tener lugar, como ocurre a menudo, antes de que se produzca ningún procesamiento de información de alto nivel cognitivo. Zajonc apoya su planteamiento en una serie de argumentos tomados de la experiencia cotidiana y de la investigación empírica. Es fácil reconocer la experiencia de haber realizado un juicio emocional que permanece inalterado, a pesar de recibir una serie de informaciones posteriores que son lógicamente convincentes. Por otra parte, tenemos la experiencia cotidiana de ser incapaces de articular nuestros sentimientos, las razones de por qué nos gusta algo o alguien, y también es frecuente que no seamos capaces de recordar el contenido de un libro o una película y, en cambio, recordamos perfectamente la impresión emocional que nos produjo. Desde un enfoque más experimental, un hallazgo repetido ha

sido que los sujetos tienden a favorecer los estímulos a los que han sido expuestos previamente, en una serie de ocasiones, frente aquellos a los que no han sido expuestos, incluso aunque no puedan diferenciar unos de otros, es decir, aunque su recuerdo sea inconsciente (fenómeno del priming). La respuesta de Frijda (1986, pp. 331-332) Lazarus (1984; 1991) y Leventhal (1984) es que Zajonc confunde la cognición con el pensamiento racional, deliberado y consciente, y que ignora el hecho de que muchas formas de cognición se producen de forma automática e implícita, es decir, inconsciente. Afirman que está igualando dos significados diferentes del término “cognición”, el de “procesamiento” de estímulos complejos y el de “pensamiento consciente”. Esta cognición inconsciente explicaría los fenómenos presentados por Zajonc en apoyo de su postura. A lo que Zajonc (1984) ha respondido, a su vez, que ampliar nuestra definición de la cognición, para incluir las cogniciones inconscientes, oscurece importantes distinciones entre cognición, sensación y percepción.

Así, se ha intentado discriminar entre diferentes teorías sobre la emoción a partir de la evidencia neurológica (Le Doux, 1989, 1993; Scherer, 1993; Parrot y Schulkin, 1993). Las constricciones biológicas pueden ayudar a decidir entre varias alternativas, como puede mostrar el estudio de pacientes con deterioro neurológico. En este sentido Lazarus puede tener razón en que siempre hay alguna transformación del estímulo en el procesamiento de la información antecedente de la emoción, pero eso no es cognición en el sentido de procesamiento consciente o cortical. A su vez, Zajonc probablemente esté equivocado al sugerir que no es necesaria ninguna transformación, aunque es probable que lleve razón en que el procesamiento de estímulos afectivos no implica necesariamente la cognición, como procesamiento a alto nivel (LeDoux, 1989). Asimismo asumiendo las afirmaciones de Parrot y Schulkin (1993) que explican que las emociones son de naturaleza cognitiva y necesitan valoración de los estímulos, autores como LeDoux (1993) insisten en que se pueden diferenciar sistemas cerebrales independientes para una y otra, aunque exista cierta interrelación entre ellos. Scherer (1993), por su parte, opina que la cognición es una parte del proceso, pero no desempeña el papel causal principal. La cognición misma puede verse afectada por cambios en otros subsistemas. Si los sistemas son interdependientes, como parece apoyar la anatomía y la fisiología, no existen daños neurológicos que afecten a la emoción, sin efectos cognitivos laterales, como así es.

La evidencia apunta a la posibilidad de una especialización hemisférica en el procesamiento de la información emocional (Damasio, 1996). El hemisferio derecho a menudo utiliza claves emocionales, gestuales o faciales para marcar los elementos verbales del hemisferio izquierdo respecto a la corrección o incorrección de las respuestas en tareas de reconocimiento de items. También parece intervenir con preferencia en el reconocimiento de caras y de expresiones emocionales, así como en tareas visoespaciales; y tener una mayor conexión con los procesos del SNA y, en general, con las funciones corporales. Damasio (1996, p. 128 y SS.) muestra dos sistemas de procesamiento diferentes para emociones primarias y secundarias. Las emociones primarias (ataque, huida) dependen del sistema límbico, principalmente de la amígdala y el cíngulo anterior. Las emociones secundarias requieren el concurso de las cortezas prefrontales y somatosensoriales. pero, no obstante, mantiene la hipótesis de que la emoción es una respuesta tras un proceso evaluador aunque, como afirma Scherer (1993), ese proceso no tiene que producirse a nivel cortical.

2.1.5 Perspectiva de la regulación afectiva

Aunque la regulación de las emociones ha sido un foco de estudio a lo largo de la historia en el campo de la psicología, el número de citas actuales en bases de datos destacadas, así como la relevancia del término en revistas con alto impacto científico, evidencian que el interés en la regulación de la emoción ha aumentado drásticamente en las últimas dos décadas (Gross, 2007; 2010). Las búsquedas bibliográficas recientes revelan cientos de estudios que, o bien utilizan el término de regulación emocional directamente refiriéndose a la regulación de las emociones (o términos relacionado como el control emocional, la regulación del afecto y la gestión emocional); o bien se refieren a él de manera indirecta en estudios sobre la influencia que los estados emocionales pueden tener en sintomatología asociada a diferentes problemas de salud mental y/o física, interpretados en términos de déficits directos en el procesamiento emocional o de factores psicológicos influyentes en los mecanismos activados ante el afrontamiento de un problema de salud determinado (Pandey y Choubey, 2010). Así, aunque estos estudios toman una amplia gama de formas (algunas de las cuales serán presentadas a lo largo de la exposición), la popularidad del concepto de regulación emocional coexiste con la preocupación acerca de su estudio como un constructo científico bien definido y diferenciado (Cole et al., 2004).

En este sentido, el concepto ha sido aplicado a una gama de diversos fenómenos y su utilidad como constructo independiente ha sido ampliamente debatida por diversos autores

(por ejemplo, Cicchetti, Ackerman, y Izard, 1995; Gross, 1998; Kagan, 1994; Rutter, 1991; Stansbury y Gunnar, 1994; Underwood, 1997). Existiendo por tanto una visión entusiasta en relación con el estudio y definición del propio término (“regulación emocional”), también hay una preocupación cautelosa acerca de si es un constructo viable (Cole et al., 2004). Gross et al. (2010) defienden la viabilidad del constructo y afirman que tales desacuerdos conceptuales derivan de las diferentes formas en que la emoción ha sido definida científicamente, afirmación que ha sido apoyada también por otros autores destacados (Campos et al., 1994; Kagan, 1994; Stansbury and Gunnar, 1994). Así, muchas de las preguntas incluidas en el debate se han centrado, por ejemplo, en dar respuesta a si son las emociones estados mentales únicos o si por el contrario son estados mentales especiales que puede estar influidos por otros mecanismos; a si cada emoción está causada por circuitos cerebrales distintos, a si cada emoción tiene una tendencia única de respuesta y a si ésta son universales o no. Las respuestas a este debate se diferencian en función de cada perspectiva de estudio, así como a los modelos incluidos en cada una de ellas. En este sentido, frente a los autores destacados de la perspectiva de la emoción básica (Panksepp, 1998; MacDougall, 1908/1921; Buck, 1999; Davis, 1992; LeDoux, 2000; Watson, 1919; Tomkins, 1962, 1963; Ekman, 1972; Izard, 1993; Levenson, 1994; and Damasio, 1999) y de la perspectiva cognitiva (Arnold, 1960a, 1960b; Roseman, 1991; Lazarus, 1991; Frijda, 1986; Scherer, 1984; Smith y Ellsworth, 1985; Leventhal, 1984, y Clore y Ortony, 2008) que defienden (en términos generales) que las emociones son estados mentales únicos y que están causadas por mecanismos especiales y por circuitos cerebrales específicos; los autores destacados de las perspectivas constructivistas (Wundt, 1897/1998; Barrett, 2009; Harlow y Stagner, 1933; Mandler, 1975; Schachter y Singer, 1962; Duffy, 1941; Russell, 2003; Davidson, 1992; Lang, 2010, y James, 1884) y de las sociales (Solomon, 2003; Mesquita, 2010; Averill, 1980, y Harre, 1986) afirman sin embargo que las emociones no son estados mentales únicos, no están causadas por mecanismos especiales y ponen de manifiesto que varían en función de cada modelo específico explicado, no estando causadas por circuitos cerebrales únicos sino que las redes cerebrales se distribuyen en función de cada ingrediente emocional. Asimismo, frente a la afirmación de que las emociones son universales derivada de la perspectiva de la emoción básica, los psicólogos constructivistas afirman que los ingredientes psicológicos que influyen en las emociones también lo son, así como también lo es la influencia del contexto en las emociones.

Si bien es cierto que todas las perspectivas han intentado explicar parte del proceso, el conocimiento del procesamiento emocional no está reflejado en su totalidad a través de éstas. Así, sin minusvalorar la importancia de los estudios abordados desde las diferentes perspectivas, es cierto que en la actualidad existe una necesidad científica de entender los diferentes mecanismos emocionales que pueden estar implicados en muchos problemas de salud mental y física. Integrar las diferentes perspectivas del estudio de la emoción para entender la importancia y su repercusión en el concepto de regulación emocional y de su estudio es, a día de hoy, un objetivo prioritario entre los autores.

En relación con explicación del procesamiento emocional (o regulación afectiva) desde los diferentes enfoques y haciendo alusión los estudios más recientes, en la literatura actual ha quedado explícito que los modelos explicativos han ido evolucionando de una explicación de los procesos afectivos como secuencias ordenadas en el procesamiento emocional en las que se distinguía claramente la activación de las emociones por un lado, y la regulación de éstas por otro (perspectiva de la emoción básica), a modelos cognitivos que daban una explicación acerca del funcionamiento emocional también basada en procesos secuenciales, pero que concebían el proceso emocional como consecuencia de la activación y la interpretación cognitiva como factores determinantes. Así, se enfatiza la importancia del procesamiento emocional en relación con las reacciones de las personas ante la interpretación que realizan de una determinada situación. Al mismo tiempo, la terapia conductual se ha centrado fundamentalmente en el desarrollo de las conductas de regulación que generan experiencias positivas correctoras, es decir, en la última parte del proceso emocional. Cabe destacar que entre unas y otras etapas del proceso, es necesario abordar el estudio de los procesos de regulación afectiva a nivel más molecular para entender los diferentes mecanismos diferenciales en las personas en relación con el procesamiento emocional general de los individuos y su consecuente influencia en la salud. (Hervás, 2011).

En relación con dicha necesidad, los modelos cognitivos actuales en su intento por integrar los procesos afectivos con las cogniciones afirman que, como se ha destacado en el debate actual, las evaluaciones no tienen por qué ser las causas de la (y lógicamente independiente de) emoción, sino que son constituyentes de la emoción. Las emociones, a su vez, se consideran como las tendencias de respuesta que se han configurado de una manera sensible al contexto. Aquí, las emociones están asociadas con las tendencias de respuesta que no siempre llegan a buen término, sino que se caracterizan por las disposiciones de

relacionarse con el mundo de una manera particular. Gross (2010) afirma que desde la perspectiva cognitiva actual, las emociones serían definidas ya como formas de experimentar el mundo y el estudio de los procesos de regulación afectiva sería determinante para explicar el procesamiento general de los individuos ante las situaciones vitales (Gross, 2010).

Si bien es cierto que el presente trabajo no se centra en el estudio de los procesos afectivos desde una perspectiva puramente cognitiva, es importante destacar que muchas variables emocionales han sido estudiadas desde el marco de los estilos de afrontamiento (Folkman y Lazarus, 1986), siendo esta distinta del enfoque de la regulación afectiva. Por ello, aunque las diferencias entre ambos campos de investigación han sido reflejados indirectamente en la exposición sobre las perspectivas del estudio de la emoción, es importante recordar aquí que hay algunos conceptos de este campo clásico de investigación que pueden ser similares a otros de la regulación del estado de ánimo (por ejemplo, el afrontamiento centrado en la emoción) pero existen claros elementos que diferencian ambos campos:

En primer lugar, la investigación sobre afrontamiento ha ido asociada al estudio del efecto de los acontecimientos vitales estresantes, mientras que la regulación afectiva no pone el énfasis en los acontecimientos vitales, sino en las variaciones que sufre el estado de ánimo o el estado emocional independientemente de cuál sea su origen. Además, acabamos de indicar por ejemplo que el estado de ánimo por definición generalmente no tiene un origen externo claro y definitorio, por lo que su objeto de estudio se alejaría aún más del planteado en los trabajos sobre estrés y afrontamiento. En segundo lugar, el estudio de los procesos de regulación es mucho más focalizado, y por tanto, facilita un análisis a un nivel más molecular, y en situaciones más controladas. Por todo ello, realizadas estas matizaciones parece claro que ambos campos, siendo complementarios, tienen sus particularidades y su propio ámbito de investigación (Hervas, 2004).

Finalmente, también los modelos teóricos desde perspectivas más constructivistas y sociales han participado en el debate sobre las emociones y enfatizan el papel de las emociones como productos emergentes derivados de la suma de un compendio de procesos interrelacionados asumiendo que “el todo es más que la suma de sus partes”, siempre con una visión más “holística” del procesamiento emocional basada en la

existencia de mecanismos de autorregulación que buscarían restaurar el equilibrio emocional de las personas para conseguir un estado emocional adaptativo (Gross, 2010).

Como afirman Hervás y Jódar (2008), sin minusvalorar la influencia de las creencias y expectativas del individuo en la reacción emocional, ni tampoco los déficits conductuales, es necesario ampliar el enfoque cognitivo ya que los mecanismos emocionales potencialmente desadaptativos parecen abarcar un rango más amplio de proceso. Específicamente diferentes autores se plantean la importancia del manejo de las emociones activadas ya que pueden facilitar o complicar enormemente el proceso de regulación emocional y la adaptación posterior del individuo (Hervas y Jódar, 2008). Así, el presente trabajo de investigación asume la existencia de diferentes procesos de regulación afectiva que repercuten en los niveles de sintomatología asociada a la enfermedad, así como en los niveles de bienestar psicológico y satisfacción vital de las personas y, al mismo tiempo, se asume la existencia de otros factores cognitivos y sociales que pueden influenciar el proceso afectivo.

2.2 Conceptos emocionales básicos

La definición del concepto de emoción se ve modificada ampliamente de un investigador a otro pero actualmente la definición que prevalece es que las emociones son las tendencias de respuesta de varios componentes que pueden implicar evaluaciones cognitivas, respuestas fisiológicas, expresiones faciales, y la experiencia de los sentimientos subjetivos (Gross,2010). En términos de procesamiento emocional, esta definición implica una gran variedad de aspectos destacados en el proceso de la emoción pero está lejos de reflejar el léxico emocional en todas sus manifestaciones. Es una evidencia que el léxico emocional es particularmente complejo. ¿De qué hablamos cuando mencionamos el término emoción? ¿Es lo mismo hablar de emoción, estado de ánimo o afectividad? Si nos centramos en la literatura más reciente, con el termino afecto se suelen considerar categorías superiores que engloban tanto a la emoción como al estado de ánimo (Gross, 1999). Algunos autores lo definen como “un conjunto de experiencias subjetivas que suponen una combinación de reacciones en los seres humanos, las cuales se ponen de manifiesto con las circunstancias, externas o internas, que la persona experimenta. Todas las personas tienen una dimensión afectiva, pues ésta se encuentra en la base de la personalidad y refleja la forma en que el ser humano se relaciona consigo mismo y con su entorno (Moioli, 2008). Concretamente, se han considerado dos categorías generales, el afecto negativo y el afecto positivo (Watson y

Tellegen, 1985), que reflejarían las tendencias generales de las personas a experimentar emociones y estados de ánimo de uno u otro tipo. El afecto positivo refleja la medida en que la persona se suele sentir entusiasta, activa, alerta, con energía y participación gratificante. El afecto negativo representa una dimensión general de malestar subjetivo y participación desagradable que incluye estados emocionales aversivos como asco, ira, culpa, miedo y nerviosismo (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Sin embargo, no todos los cambios afectivos a nivel general tienen la misma duración temporal, algunos duran solo unos instantes, otros duran horas o días y algunos nos acompañan toda la vida. En consecuencia parece necesario, antes de continuar con la exposición y definir los procesos de regulación afectivos, hacer distinciones terminológicas entre las expresiones de afecto, emoción y estado de ánimo.

2.2.1 Afecto, estado de ánimo y emoción

Como ya hemos dicho, el **afecto** ha sido definido como una experiencia que incluye un componente evaluativo de la situación como agradable o desagradable, atractiva o repulsiva, activadora o desactivadora o, incluso, buena o mala. Por tanto, el afecto se encuentra inmerso en todos los demás conceptos, tanto en la emoción como en el estado de ánimo y en la personalidad.

En relación con la diferenciación entre el estado de ánimo y emoción, aunque a veces se utilicen indistintamente, el afecto refleja el componente motivacional de los sentimientos, mientras que la emoción es un indicativo del componente experiencial de los sentimientos. Ambos conceptos se refieren a experiencias emocionales más concretas pero distintos autores coinciden en que ambas variables son claramente diferenciables: el estado de ánimo se diferencia de la emoción por tres criterios: dura más tiempo, tiene menos intensidad y es más difuso y global (Russell y Carroll, 1999) aunque no siempre los tres criterios puedan aplicarse de forma estricta. Así, los estados de ánimo pueden durar horas e incluso días, y pueden ser de intensidad leve a moderada, mientras que las emociones suelen ser más fugaces, actuando de forma más discreta e intensa y con más componentes de activación fisiológica y endocrina implicados (Power y Dalgleish, 2000). De este modo, mientras que los estados de ánimo reflejan “*el clima emocional dominante*”, las emociones serían “*las fluctuaciones en ese clima emocional*” (APA, 1994, pp.763). El curso de cada proceso muestra patrones específicos: En la experiencia de la emoción es identificable un inicio y un declive final, mientras que el estado de ánimo se desarrolla más gradualmente, siendo difícil determinar cuándo empieza y cuándo acaba (Larsen, 2000). Así, las emociones son las

reacciones a acontecimientos y hechos de la vida y los estados de ánimo se refieren al tono emocional que habitualmente tiene la persona. El estado de ánimo es un tipo de experiencia corporal y psíquica, persistente en el tiempo, y como tal, no es una respuesta directa a un factor causal inmediato, aunque no sean ajenos a las situaciones y condiciones ambientales. Éste, forma el subsuelo de nuestros estados habituales de conciencia: estoy animado, estoy alegre, me siento deprimido, etc. Los estados de ánimo están fuertemente asociados a los estados corporales (como por ejemplo cansancio, sueño, hambre, etc.) y las emociones son de tipo reactivo y se originan como respuesta a los acontecimientos. En relación con esto, mientras que la emoción tiene una causa definible y un objeto de referencia, las causas de un estado de ánimo son más difusas (Morris, 1989) y más difícilmente identificables, ya que no están asociados a un objeto o acontecimiento concreto (Larsen, 2000). En consecuencia, las emociones se asocian con tendencias de respuesta conductual concretas y específicas ante el estímulo que las suscita (Frijda, 1993). Por el contrario, los estados de ánimo nos proporcionan información de nuestro estado interno y, aunque pueden ampliar determinadas tendencias de acción como la aproximación o la evitación a determinados tipos de objetos o estímulos (Lang, 1995), dirigirían un estilo general de pensamiento más que estilos específicos de respuesta (Davidson, 1994).

Por tanto, los modelos integradores señalan estructuras jerárquicas de la experiencia emocional, de modo que las tendencias generales de afecto positivo y negativo de la persona englobarían sus experiencias de estados de ánimo y emociones en momentos más determinados (p.ej., Watson y Clark, 1992). Dentro de los estados emocionales, a su vez, las emociones específicas (p.ej., tristeza) serían elementos integrados dentro del estado de ánimo preponderante en ese momento en la persona (p.ej., estado de ánimo deprimido). Así, el estado de ánimo presente generaría una serie de tendencias de pensamiento y afrontamiento de situaciones, pero sería la emoción experimentada en cada momento la que determinaría el tipo de respuesta conductual específica ante la situación actual. Los estados de ánimo por tanto pueden favorecer la aparición de unas emociones y otras.

Por último, la **personalidad o el temperamento**, es la responsable de un cierto nivel afectivo que nos acompaña a lo largo de la vida, siendo su duración más larga, con mínimas oscilaciones en el tiempo y con una intensidad aún más baja que la del estado de ánimo.

En conclusión, y teniendo en cuenta todos los aspectos mencionados, se ha definido **afecto positivo** como un concepto que comprendería estados de ánimo y emociones diversas con un contenido subjetivo agradable (alegría, cariño, gozo, interés por las cosas o asombro ante algo positivo). Puede incluir estados de baja activación, activación moderada o activación elevada y, también puede clasificarse en función de si constituyen reacciones positivas ante los demás, ante determinadas actividades o de reacciones o estados de ánimo positivos generales (Adaptado de Diener, 2006, Fredrickson, 2006 en Vázquez, 2009). Se suele considerar como parte del bienestar psicológico pues refleja reacciones ante condiciones o sucesos que informan positivamente sobre la marcha de la vida. A su vez, el **afecto negativo** incluye emociones y estados de ánimo con un contenido subjetivo desagradable (ira, tristeza, ansiedad, preocupación, culpa, vergüenza, envidia, celos) y representan reacciones negativas de la gente ante sus vidas, otras personas o circunstancias. A pesar de cumplir una función importante, una intensidad, duración o frecuencia elevada, puede ser una señal de que aspectos vitales importantes no funcionan adecuadamente y, por otra parte, puede llegar a comprometer el bienestar, la salud y el funcionamiento de las personas (Adaptado de Diener, 2006; Fredrickson, 2006 en Vázquez, 2009).

No obstante, cabe señalar que muchas de las diferencias entre estado de ánimo y emoción son de grado, y que por tanto, los límites entre ambos conceptos pueden ser algo difusos. De hecho, a la hora de evaluar la literatura es muy difícil trazar una línea que separe los estudios relativos a la regulación de emociones frente a los centrados en la regulación del estado de ánimo, de modo que utilizaremos el término de regulación emocional y/o regulación afectiva de un modo amplio, como es planteado desde propuestas recientes (p.ej., Koole, 2009; Joormann y D'Avanzato, 2011).

2.2.2 Afectividad y personalidad

2.2.2.1 Tipologías de personalidad. Patrón de conducta tipo C y alexitimia

En relación con el estudio de la personalidad, es bien sabido que las emociones son un claro indicador de ésta y distintos autores han desarrollado y expuesto sus teorías para explicarlo (Ekman, 1992; Averil, 1997; Lazarus, 1991; Greespan y Benderly, 1997; Fredrikson, 2002; Wesler y Hankin-Wessler, 1991; Watson y Walker, 1996, Moreno Jimenez, 2007). La Teoría del Afecto de Silvan Tomkins (1991) propone que las emociones y afectos forman el sistema motivacional primario necesario para el desarrollo de la

personalidad (ver también Moreno Jiménez, 2007). Las emociones son probablemente el refuerzo más importante de la conducta.

Asimismo, la importancia de los estados afectivos en el estudio de la personalidad proviene de su estabilidad, pues mientras las respuestas emocionales son transitorias y relativas a la situación estimular, los estados de ánimo son relativamente estables y configuran el tono emocional propio de cada persona, su perfil afectivo habitual que sirve como una forma de identificación (Moreno Jiménez, 2007).

En relación con el **afecto** y diferenciando entre los dos tipos de afectividad señalados, Watson, Clark y Tellegen (1988) exponen que un alto Afecto Positivo reflejaría entusiasmo, energía, alerta, interés y alegría; mientras que un bajo Afecto Positivo indicaría letargo y fatiga. En un alto Afecto Negativo predominarían los sentimientos de ira, culpa, temor y nerviosismo; mientras que el bajo Afecto Negativo sería un estado de calma y serenidad. Los diferentes niveles de Afecto Positivo y de Afecto Negativo que podemos experimentar permiten hacer clasificaciones de tipos de personas en función del grado en que experimenten o no distintos tipos de emociones (Avia y Sánchez, 1995).

Numerosos estudios han analizado las posibles relaciones entre afecto y diferentes problemas psicológicos y físicos. Así, la ansiedad se asocia un estado de alto Afecto Negativo, sin apenas relación con el Afecto Positivo y la depresión se caracteriza por un estado mixto de alto Afecto Negativo y bajo Afecto Positivo (Watson, Clark y Carey, 1988; Tellegen, 1985). Cabe destacar que como mencionaremos más adelante, este último patrón también ha sido encontrado en personas con dolor crónico y se ha puesto de manifiesto que, en concreto, las personas con FM presentan elevados niveles de afecto negativo, bajas puntuaciones de afecto positivo (Zautra, 2004).

Siguiendo en el marco de la importancia de la personalidad en relación con la afectividad negativa, existen una serie de variables de personalidad entendidas como rasgos, dimensiones o patrones que resultan relevantes, entre otros, en el terreno que nos ocupa. Así, asumiendo que los estudios mencionados realizados por Folkman (1984) mostraban dos tipos de patrones de comportamiento en las personas, cabe destacar la literatura del estrés y de los procesos de afrontamiento afirma que existen individuos más proclives a la percepción de amenaza y daño (percepción de carencia de recursos y falta de control

personales, mayor probabilidad de afrontamiento emocional, experimentando más emociones negativas y malestar) y por otro lado los individuos más proclives a la percepción de reto o desafío situacional (competencia suficiente para abordar los retos, control personal y afrontamiento activo y un índice menor de emociones negativas y malestar). Es, en relación con el primer patrón, donde haremos alusión al patrón de conducta tipo C (entre otros) y a la alexitimia porque ambos han sido relacionados con una vertiente emocional negativa que actúa como consecuencia de una percepción negativa de sí mismo y del mundo.

El patrón de conducta tipo C (Morris y Greer, 1980) representado también por una alta afectividad negativa, es un estilo de comportamiento que se caracteriza por una supresión de emociones ante situaciones estresantes. Muchos investigadores han aportado diversas conceptualizaciones al respecto (por ejemplo, Greer y Watson, 1985) pero es Eysenck (1994) quien resume las características del comportamiento de los sujetos que presentan un estilo comportamental Tipo C como "sumamente cooperativos, pasivos, evitadores de conflictos, supresores de emociones como ira o ansiedad, que usan la represión como mecanismo de afrontamiento, rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión" (Eysenck, 1994, p.168). Este estilo de personalidad, caracterizado por la supresión de emociones ante situaciones estresantes, ha sido asociado con el inicio y la progresión del cáncer (Kissen y Eysenck, 1962; Kissen, Brown y Kissen, 1969; Morris y Greer, 1980; Morris, Greer, Pettingale y Watson, 1981). Temoshok (1987) propone el modelo procesual de estilo de afrontamiento y cáncer, donde el foco de atención se centra en el tipo de respuesta que las personas emiten ante situaciones o acontecimientos vitales estresantes. Actualmente se asocia con una serie de características como: indefensión, desesperanza, estilo explicativo pesimista y depresión, estilo de afrontamiento pasivo, represión de la expresión emocional, y falta de apoyo social. A pesar de que tradicionalmente el estilo tipo C ha sido asociado con el cáncer (Bleiker, 1995; Morris y Greer, 1980; Temoshok, 1987), este patrón comportamental también se ha relacionado con otras enfermedades crónicas como problemas cardiovasculares, gastrointestinales, endocrinos, dolor crónico, asma y diabetes (Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2000; Tozzi y Pantaleo, 1985; Traue y Pennebaker; 1993).

La **alexitimia**, –etimológicamente, ausencia de palabras para expresarlas propias emociones– es un constructo hipotético multidimensional, formulado en la década de los

setenta por Sifneos (1973) para describir una compleja constelación de manifestaciones cognitivo-afectivas observadas en pacientes aquejados de alteraciones psicósomáticas. El constructo ha suscitado gran interés entre los investigadores de la psicología de la emoción, así como para los interesados por la psicósomática, la psicología de la salud y la psicopatología. Se considera que quienes padecen altos niveles de alexitimia muestran una marcada dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional, junto a dificultades para describir sentimientos a los otros. Asimismo, muestran constricción en los procesos simbólicos, expresada a través de una reducida capacidad de fantasía, así como un patrón de expectativas y atribuciones orientado a los acontecimientos y detalles externos (Martínez-Sánchez, 1999; Taylor, 2000).

Estas características son interpretadas en términos de un desorden en la regulación afectiva, así como un rasgo de personalidad (Taylor, Bagby y Parker, 1991) muy estable en el tiempo (Martínez-Sánchez, Ato, Córcoles, Huedo y Selva, 1998) capaz de influir en la reactividad fisiológica emocional (Infrasca, 1997), propiciando la aparición de alteraciones relacionadas con la hiperactivación fisiológica (Lumley, Stettner y Wehmer, 1996; Lumley, Tomakowsky y Torosian, 1997). Estudios recientes han puesto de manifiesto que el concepto de alexitimia puede ser entendido como rasgo (alexitimia primaria) o como estado (alexitimia secundaria) y afirman que en relación con los estados de ánimo, en particular con el estado de ánimo depresivo, sería entendida más como estado que como rasgo (Donald, 2011). Asimismo, Hendryx et al. (1991) afirman que la alexitimia es un rasgo multidimensional y que su relación con la sintomatología ansiosa y depresiva puede preceder o proceder al diagnóstico de la enfermedad de FM en las personas afectadas.

2.2.2.2 Procesos afectivos y personalidad

En palabras de Hervas (2008), es algo conocido que hay rasgos de personalidad que pueden estar relacionados con la susceptibilidad a experimentar diferentes emociones y estados de ánimo, y se ha planteado la posibilidad de que además, estos rasgos también estén relacionados con estrategias afectivas que pueden influenciar la experimentación emocional.

En primer lugar, asumiendo que aunque las variables de personalidad no han sido evaluadas en el presente estudio, hay varios modelos en la actualidad compitiendo entre sí (Rusting y Larsen, 1998) que ponen de manifiesto que, entre todos los rasgos de personalidad destacados, la extraversión y el neuroticismo podrían estar modulando dicha

susceptibilidad. En este sentido, el neuroticismo ha sido capaz de predecir la reacción emocional ante problemas diarios, y aún más interesante, algunos datos apuntan a que las reacciones negativas duran más tiempo en estos sujetos (Hemenover, 2003; Suls, Green, y Hills, 1998) mostrando, al menos aparentemente, síntomas de desregulación emocional. De hecho, la variable neuroticismo se ha mostrado en varios estudios precursora de las respuestas rumiativas (Nolan, Roberts y Gotlib, 1998; Roberts, Gilboa, y Gotlib, 1998). De forma complementaria, dos estudios de laboratorio han mostrado que las personas altas en neuroticismo muestran un mayor recuerdo de palabras negativas de una lista previa tras haberles sido inducido un estado de ánimo negativo (Bradley, Mogg, Galbraith, y Perrett, 1993; Rusting, 1999), mientras que aquellas personas con bajas puntuaciones en neuroticismo recordaban menos palabras negativas. Al no manifestarse este efecto tras un estado de ánimo positivo, los autores concluyeron que los esfuerzos por regular el estado de ánimo negativo eran los responsables de las diferencias encontradas.

Sin embargo, éstos no son los únicos estudios que se han centrado en el estudio de los mediadores de la personalidad en los procesos regulatorios. Recientemente se ha replicado una investigación en la cual se muestra que los rasgos de neuroticismo y extraversión tienen una relación distinta con otras variables relevantes para la regulación como son la atención y la claridad en la identificación de emociones (procesos específicos de regulación que serán referenciados más adelante). Concretamente, en varios estudios la extraversión se ha visto asociada a una mayor atención emocional (ej. Coffey, Berenbaum, y Kerns, 2003), y el neuroticismo a una deficiente capacidad para percibir con claridad las emociones (Coffey et al., 2003; Gohm y Clore, 2002). Es posible que estos procesos, los cuales como hemos visto parecen importantes para una regulación eficaz, constituyan también mecanismos a través de los cuales la personalidad puede afectar a los procesos de regulación.

Por otra parte, cuando acontece un suceso negativo, el BIS se activa para interrumpir o inhibir las conductas y cogniciones que en ese momento estaban en marcha. Así, en relación con el papel de la atención en los procesos regulatorios, lo que puede suceder es que esta interrupción puede ser excesiva, demasiado frecuente o demasiado prolongada en algunos individuos, dejándolos en cierta medida “anclados” en ese suceso (Abramson et al., 2002). En este sentido, el BIS se ha mostrado elevado en las personas con tendencia a la rumiación (Leen-Feldner, Zvolensky, Feldner, y Lejuez, 2004), especialmente tras la activación de un estado de ánimo negativo (Hervás, Hernangómez y Vázquez, 2004a)

Una última posibilidad que ha recibido apoyo empírico es que la complejidad emocional sea el mecanismo o elemento mediador por el cual el neuroticismo se asocia con las respuestas rumiativas y la desregulación emocional. De esta forma, la tendencia a experimentar emociones negativas propia de los sujetos altos en neuroticismo, daría lugar a una mayor sobreproducción afectiva, dificultándose así la regulación y aumentando la tendencia a la rumiación (Hervás y Vázquez, 2011). Estos resultados estarían acordes con una visión en la cual para poder realizar una buena regulación es necesario un procesamiento emocional, el cual se vería dificultado si la experiencia emocional es compleja.

En resumen, se pone de manifiesto que la personalidad juega un papel importante en la regulación del estado de ánimo y, aunque se ha puesto de manifiesto la existencia de procesos emocionales que pueden tener un papel mediador entre los rasgos de personalidad y el estado anímico, aun no se hay estudios que muestren de manera inequívoca dicha relación. En palabras de Hervás et al. (2008), sería importante incluir medidas de personalidad, y además, tareas o auto-informes que evalúen las diferentes variables afectivas, motivacionales y de personalidad, para así poder contrastar adecuadamente modelos de regulación afectiva más complejos (Hervás et al., 2008).

2.3 Concepto, modelos y procesos específicos de regulación afectiva.

2.3.1 Concepto de regulación emocional.

2.3.1.1 Debates actuales sobre el concepto de regulación emocional.

Si nos centramos ya en el concepto de regulación emocional y asumiendo que las diferencias conceptuales del término de regulación emocional están relacionadas con las definiciones de emoción que las diferentes perspectivas presentadas al inicio del apartado han hecho de la emoción, podríamos comenzar aludiendo al hecho de que 1) actualmente se acepta que la emoción en sí misma se refiere a un conjunto de estados psicológicos que incluyen la experiencia subjetiva, la expresión de la emoción (por ejemplo, facial, corporal, verbal), y las respuestas fisiológicas periféricas (por ejemplo, la frecuencia cardíaca, la respiración), y 2) todos los autores afirman que las emociones son elementos centrales en cualquier modelo psicológico de la mente humana y como tal, es importante analizar los

mecanismos implicados en su regulación. Más allá de estos dos puntos de acuerdo, sin embargo, casi todo lo demás parece ser objeto de debate.

Como reflejábamos al comienzo del capítulo, en la última década y con el objetivo de esclarecer el debate derivado de las diferentes perspectivas teóricas, los procesos de regulación se han intentado definir a lo largo de un continuo que va desde un polo centrado en los estudios o perspectivas que caracterizan las emociones como entidades biológicamente definidas que enfatizan la necesidad de la existencia procesos influyentes en su regulación (por ejemplo, la perspectiva del estudio de la emoción básica y algunas perspectivas cognitivas que enfatizan la relevancia de los procesos evaluativos y perceptivos); a los que caracterizan a las emociones como constructos mentales y que entienden la regulación afectiva como un “todo” en el que se da la influencia de diferentes procesos relacionados entre ellos, entendiendo que “ el todo es más que la suma de sus partes” (perspectivas más construccionistas y sociales) (Gross, 2010).

Sin entrar a analizar todos los modelos incluidos en el continuo, cabe destacar que la evolución en la caracterización de la regulación emocional ha tenido un desarrollo potencial en la última década y, dentro de este desarrollo, los autores han intentado aclarar si se puede diferenciar entre el concepto de regulación emocional y generación emocional entendiendo que ambos serían, como bien hemos explicado, procesos implicados en la primera parte del procesamiento emocional o en la segunda (Gross y Barrett, 2011). Así, los modelos básicos de la emoción sostienen la existencia de mecanismos neurobiológicos únicos en forma y función que no se puede descomponer psicológicamente. Cada uno de estos mecanismos, a los cuales nos referimos que con las etiquetas tales como el miedo, la ira y la tristeza, se cree que es causado por un mecanismo cerebral y es éste, el que está al frente de los cambios y fisiológicos y comportamentales que asociamos con las emociones. Desde este punto de vista, la distinción entre la generación de las emociones y la regulación de las emociones a menudo es muy clara ya que se puede especificar un conjunto de procesos que dar lugar a la emoción, y distinguirlos de otros procesos que alteran la trayectoria de la emoción.

Asimismo, asumiendo que las perspectivas cognitivas compartían algunos principios teóricos con las teorías de la emoción básica pero enfatizaban la importancia de las evaluaciones cognitivas como un factor decisivo en la generación de las emociones, se ha

producido una evolución en su conceptualización emocional y, actualmente, aceptan ahora las emociones como formas de experimentar el mundo y ponen de manifiesto que el estudio de los procesos de regulación afectiva es importante para explicar el procesamiento general de los individuos (Gross, 2010). En este sentido, las emociones son consideradas como estados funcionales distintos de otros procesos y son entendidas como actos emergentes con significado. Las evaluaciones cognitivas no serían ya la causa de los estados emocionales, sino que estarían implicadas en los intentos por describir el contenido de ese significado emocional (Barrett, Mesquita, Ochsner y Gross, 2007). Estar en un estado de tristeza sería por tanto experimentar la pérdida y los factores cognitivos estarían implicados en dotar de significado a esa experiencia. Actualmente estos modelos de evaluación tienden a ser agnósticos en cuanto a las causas mecánicas de la emoción y no apoyan la idea de que las emociones se producen como un conjunto de productos estereotipados.

Como queda reflejado, la diferenciación entre los términos de generación emocional y regulación desde las perspectivas cognitivas parece cada vez más difuminada. En este sentido y haciendo alusión a las estructuras cerebrales implicadas en el procesamiento emocional, no se asume ya desde la perspectiva cognitiva actual una separación drástica entre los generadores subcorticales de la emoción, y los sistemas de control de la corteza. Se expone sin embargo que las emociones se ven modificadas por alguna combinación de los circuitos cerebrales. Así, esta perspectiva sostiene que la emoción surge en el contexto de una transacción persona-situación que obliga a prestar atención a la emoción en las personas, dotándolas de un significado particular para cada individuo que da lugar a un coordinado multisistema de respuesta de la persona en ese contexto de transacción (Ellsworth y Scherer, 2003; Lázaro, 1991). Autores actuales como Clore y Ortony (2008) afirman así que las emociones surgen como consecuencia de multitud de procesos perceptivos y conceptuales que se utilizan para refinar, situar y representar la emoción. Entre estos procesos podrían destacarse tanto procesos automáticos como controlados que podrían proceder en paralelo. Las emociones podrían ser consideradas como sensaciones afectivas cognitivamente elaboradas que estarían sintonizadas (y reajustadas) a la estructura de la situación, pero no estarían reguladas por sí mismas sino que serían otros procesos regulatorios, los encargados de procesar la experiencia emocional.

Desde otra perspectiva, según los autores representantes de los modelos psicológicos construccionistas, las emociones son vistas como el resultado de un procesamiento de

evaluación que es sensible al contexto pero no asumen que estas sean consecuencia de un mecanismo cerebral específico. Así, las emociones (como todos los eventos mentales) son procesos que están en una construcción constante. Desde este punto de vista, la diferenciación entre los procesos implicados en la generación de las emociones y en su regulación, sería siempre provisional. Los ingredientes psicológicos se combinan de diversas formas, tienen un sustrato base en las redes corticales y subcorticales del cerebro (Kober et al., 2008) y se entiende que la información del cuerpo se interpreta en función del contexto. No tendría sentido distinguir aquí la generación de las emociones y la regulación de estas, ya que se entiende que las emociones son la consecuencia de la influencia de un conjunto de ingredientes psicológicos que, en conjunto, integran un todo que es más que la suma de sus partes por separado. Si es así, y solo si es así, entonces se puede asumir que las emociones son modificadas y reguladas por otros procesos psicológicos (Gross, 2011).

Finalmente, bajo la influencia de los modelos sociales, las emociones se conciben como acciones (o disposiciones para la acción), con función de regulación propia. El límite entre la generación de las emociones y la regulación por lo tanto desaparece en favor de una regulación más general. Los estados emocionales (o de comportamiento) se consideran bajo estos modelos como las construcciones sociales que funcionan para regular o dar forma a los sentimientos y comportamientos de las personas dentro de un contexto social determinado. Casos aparentes de regulación de la emoción por lo tanto podría considerarse como restricciones sociales (por ejemplo, la regla de "llorar en los entierros" entra en conflicto con la regla de "los hombres no lloran"). Otra forma de expresar esta idea es decir que la regulación emocional puede ser vista como una secuencia de episodios emocionales de transacciones dentro de un evento social, donde la unidad de análisis no es una persona solitaria sino una persona en el contexto de otras personas que están en un estado de influencia recíproca entre sí dentro de los límites de un episodio social (Gross, 2010).

2.3.1.2 Definición de regulación emocional Vs. desregulación emocional.

Una vez destacados los intentos por argumentar la importancia del concepto y asumiendo la multitud de modelos que han intentado explicar el proceso emocional en su conjunto, también muchos autores han intentado definir con exactitud qué implica el proceso de regulación afectiva y se ha planteado el debate de si la regulación emocional es únicamente un proceso de funcionamiento óptimo o, si por el contrario, incluye procesos desadaptativos de regulación emocional (Casey, 1996; Cicchetti, Ganiban y Barrett, 1991;

Cole, Michel, et al., 1994; Garber y Doge, 1991; Keenan, 2000). Restringir el término para el funcionamiento óptimo confunde la regulación emocional con la salud psicológica, pasando por alto los aspectos normativos de la emoción dentro de las personas con trastornos clínicos y en situación de riesgo. Es decir, la regulación emocional en una persona con problemas clínicos, o en situación de riesgo, puede estar implicando esfuerzos de la propia persona para regular sus estados emocionales y, estos mismos esfuerzos, pueden aumentar el riesgo de problemas posteriores (Cole Michel et al., 1994; Thompson y Calkins, 1996).

Así, autores representativos en este campo han dado diferentes definiciones del concepto que, haciendo énfasis en los aspectos adaptativos, dejan sin embargo en un segundo plano los efectos disfuncionales que dichos procesos de regulación pueden ejercer sobre la Salud y el Bienestar psicológico de las personas. Otros sin embargo, han tratado de explicar cuando el proceso de regulación se torna disfuncional y han conceptualizado otro término relevante en el terreno que nos ocupa: la desregulación afectiva (Vázquez y Hervas, 2006).

En primer lugar, Thompson define la regulación emocional como “los procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas” (Thompson, 1997). Al mismo tiempo, Gross define la regulación afectiva como “aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuando las tenemos, y sobre como las experimentamos y las expresamos (Gross, 1999). Este autor, diferencia además la existencia de un posible control emocional desadaptativo, como es el caso de los mecanismos de evitación, supresión o represión emocional, a los que más adelante haremos referencia. Al mismo tiempo Fernández-Abascal define la regulación emocional como “una serie de habilidades para modular el afecto o como un conjunto de procesos intrínsecos y extrínsecos responsables de modificar las reacciones emocionales tanto positivas como negativas”, añadiendo además que “en todos los casos, el afecto positivo desempeñaría un papel determinante para un uso más eficiente de las emociones” (Fernández-Abascal, 2008). Desde este punto de vista, centrado en aspectos adaptativos y motivacionales, el objetivo de la regulación emocional es, hoy por hoy, obtener los mayores beneficios posibles, sin sufrir efectos indeseables.

Según Vázquez y Hervás (2006) el problema de muchas de estas definiciones es que no diferencian de forma clara cuando el proceso es adaptativo o por el contrario se torna disfuncional. Es por ello que, aunque en general hablamos de regulación emocional como un proceso adaptativo, los esfuerzos por modificar nuestros estados emocionales pueden ser efectivos y adaptativos, pero también pueden ser ineficaces, disfuncionales e incluso contraproducentes. Así, algunos autores expresan la regulación afectiva como el equilibrio entre dos extremos: el polo de la desregulación afectiva que daría lugar a una excesiva labilidad emocional o a una inercia afectiva desmesurada (Linehan, 1993) y, por otro lado, el polo del excesivo autocontrol emocional que ahogaría la experiencia del afecto (Taylor, Bagby y Parker, 1997). La investigación muestra como ambos polos están relacionados ya que existen diversos estudios en los que un excesivo autocontrol emocional aparece asociado a elevados niveles de ansiedad, reactividad emocional y depresión (Taylor, 1997).

Basándose en dichos procesos disfuncionales, Vázquez y Hervás (2003) aportan una definición nueva de **desregulación afectiva** enunciada como la “presencia de un déficit en la activación y /o efectividad de ciertas estrategias de regulación ante estados afectivos negativos. Estos autores defienden por tanto que la desregulación no tiene por qué conducir forzosamente a la regulación de un estado de ánimo negativo y definen tres vías distintas para la desregulación anímica:

- La primera de ellas estaría relacionada con la ausencia o retardo en la regulación que implicaría un déficit en la activación de estrategias de regulación; en estos casos, el individuo puede abandonarse en su estado de ánimo negativo sin hacer nada para compensarlo (Hervás, 2011).
- La segunda vía estaría relacionada con las dificultades en la regulación referidas a los problemas para modular un estado de ánimo aun poniendo en funcionamiento estrategias de regulación (Vázquez y Hervás, 2006). Como sabemos, proceso del manejo emocional es complejo de forma que si no se ha realizado adecuadamente el procesamiento emocional de una determinada experiencia, los intentos de regulación pueden ser infructuosos (Hervás, 2011). Así, ante un hecho impactante o incluso potencialmente traumático aunque la persona active estrategias de regulación emocional adecuadas -que serían útiles para cualquier otra persona-, probablemente no serán efectivas si no ha procesado y asimilado la situación vivida

(p.ej., Hunt, 1998). En este sentido, la investigación ha demostrado que la distracción puede ser más eficaz a corto plazo que la rumiación (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1993) para reducir el afecto negativo. Sin embargo, también se ha observado que, a medio plazo, la estrategia más eficaz es la reflexión, entendida como el análisis y exploración de las experiencias activadoras y reacciones posteriores (Treyner, González y Nolen-Hoeksema, 2003). La investigación ha mostrado que éste un componente adaptativo dentro de la escala clásica de estilo rumiativo (ver Hervás, 2008). Por tanto, una estrategia puede ser eficaz para regular emociones en una situación, pero no en otra. Igualmente, puede ser eficaz a corto plazo, pero no a medio plazo. En conjunto, estos resultados sugieren que evaluar la eficacia de las estrategias de regulación es un tema complejo y aún no completamente resuelto. En todo caso, las investigaciones apuntan de forma clara a que algunas habilidades emocionales como la claridad emocional o la aceptación emocional promueven la eficacia de las estrategias de regulación empleadas (Hervás, 2011; Hervás y Vázquez, 2006a; Liverant, Brown, Barlow y Roemer, 2008).

- Finalmente la tercera vía implicaría el empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional. Así en ocasiones las personas activan estrategias de regulación para corregir sus experiencias emocionales negativas pero no lo consiguen. Por el contrario, lo que encuentran es que sus reacciones son más intensas y descontroladas. A menudo esto es la consecuencia de usar estrategias contraproducentes (p.ej., evitación /rechazo/supresión emocional) que lejos de reducir la intensidad de la experiencia la intensifican (Hervás, 2011; Dalgleish, Yiend, Schweizer y Dunn, 2009; Gross y Levenson, 1997). Por tanto, la desregulación puede no ser un problema de activación o de eficacia, sino que a veces los intentos de regulación, en sí mismos, es el problema. En este sentido, más adelante veremos que en muchos trastornos de ansiedad, un componente clave del mantenimiento son los intentos de control contraproducentes realizados por el individuo. Por último, es importante añadir que existen otras formas de regulación disfuncional que, aunque consiguen el objetivo de reducir la experiencia emocional, conllevan efectos secundarios desadaptativos. Conductas como el consumo de alcohol y otras sustancias, o de forma aún más evidente, las conductas auto-lesivas (ver Gratz, 2003) podrían encajar en la definición aportada por Gross (1999) como

estrategias de regulación emocional, ya que son realizadas con el objetivo de reducir la experiencia emocional negativa. Aquellas estrategias de regulación que conllevan riesgos importantes para la salud física o mental del individuo no deberían ser etiquetadas como estrategias de regulación emocional eficaces. De hecho, en el campo clínico son a menudo consideradas, ya no disfuncionales, sino auténticos síntomas. Por tanto, es clave diferenciar una regulación adecuada de lo que pueden ser intentos de control emocional, que pueden ser subjetivamente útiles pero absolutamente contraproducentes desde una perspectiva más amplia (Hervás, 2011).

2.3.2 Principales modelos de regulación afectiva y procesos específicos afectivos implicados.

Asumiendo la distinción presentada en relación con el debate teórico sobre los conceptos de generación y regulación emocional y aceptando a su vez la diferenciación entre los procesos de regulación y desregulación emocional, se procederá a continuación a exponer determinados modelos influyentes en el terreno que nos ocupa, los cuales han intentado explicar los procesos afectivos regulatorios. Entre los principales modelos planteados dentro del campo de la regulación afectiva y poniendo de manifiesto que los parámetros para comprender los procesos adaptativos no son los mismos que los que se necesitan para comprender los déficit y trastornos (Hervás, 2011), presentaremos a continuación una serie de modelos de regulación afectiva entre los cuales se encontrarán modelos únicamente centrados en la explicación de los procesos adaptativos de regulación emocional, frente a otros que, además de explicar los procesos afectivos adaptativos, dan un paso más y explican los mecanismos por los que los procesos emocionales se tornan disfuncionales.

Se presentará en primer lugar un modelo secuencial de procesamiento emocional (Gross y Tompson, 2007) que describe una serie de pasos implicados en la generación de las emociones y en la posterior regulación de éstas para, en segundo lugar, exponer un modelo de inteligencia emocional (Mayer y Salovey, 2004) que, adaptándose muy bien al estudio de los procesos emocionales de regulación de las personas sanas, está más limitado para explicar la dinámica de los procesos emocionales disfuncionales. En este sentido, se expondrán en tercer lugar tres modelos afectivos de procesamiento emocional (Hervás, 2011; Leahy, 2002; Kennedy-Moore y Watson, 1991) que, haciendo alusión a diferentes procesos representados también en los modelos anteriores, explican el procesamiento emocional desde una visión más holística integrando procesos de regulación emocional con

factores cognitivos y/o estrategias comportamentales con el fin analizar la relación existente entre ellos, así como su repercusión en la salud y enfermedad.

2.3.2.1 Modelo de regulación emocional de Gross y Thompson (2007)

A su vez, Gross et al. (2007) plantean un modelo que concibe las emociones como fenómenos emergentes y fluidos, que son el resultado de la interacción entre procesos tanto implícitos como explícitos, no existiendo lugar para evaluaciones correctas o incorrectas (Figura 3). Plantea dos momentos en la regulación emocional: la representación de las emociones y la regulación de estas. En relación con la representación, existirían cuatro procesos implicados en la generación de las emociones: disponibilidad de conocimientos sobre emociones, accesibilidad al conocimiento de las emociones, motivación para construir experiencias emocionales discretas y localización de los recursos de funciones en la memoria de trabajo. Asimismo, en relación con la regulación, existirían cinco etapas en el proceso regulatorio: a) la selección de la situación (aproximación o evitación incluida por emociones positivas o negativas), b) la modificación de la situación (adaptación de la situación para modificar el impacto emocional), c) el despliegue atencional (atención en aspectos afectivamente positivos o negativos), d) los cambios cognitivos (reevaluación de la situación) y e) la modulación de la respuesta (influencias en las tendencias de acción una vez elicitadas bien inhibiendo o activando las respuestas a distintos niveles). Se describen a continuación las diferentes fases mencionadas:

a) Selección de la situación: Se refiere a aproximarse o evitar a determinados tipos de personas o situaciones en función de su probable impacto emocional. Previamente a que una situación genere una secuencia de respuesta emocional, las personas pueden evitar o maximizar la experiencia de esa situación, en función de su conocimiento previo sobre las consecuencias de situaciones relacionadas que experimentó en el pasado.

b) Modificación de la situación: Se refiere a tratar de cambiar las características de la situación que se está experimentando para modificar su posible impacto emocional. Dentro de este grupo se incluyen, por ejemplo, las estrategias de solución de problemas, que se pueden llevar a cabo en base a la capacidad potencial para modificar una situación determinada y a la complejidad de la situación.

Estos dos mecanismos se referirían a estrategias de regulación que afectan directamente a la situación inductora de la emoción, de modo, que podrían realizarse previamente a que se

genere una respuesta emocional. Por el contrario, los mecanismos atencionales se pondrían en marcha una vez la persona esté inmersa en la situación.

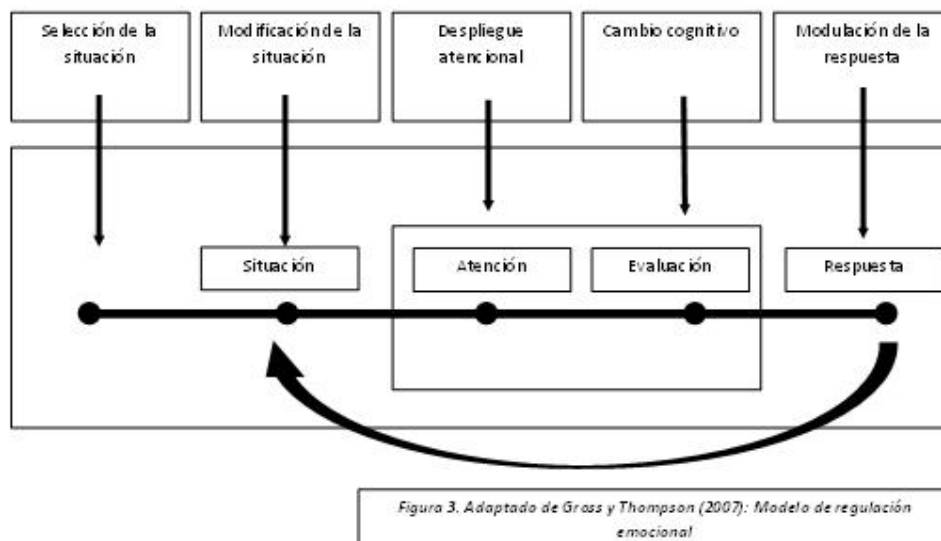
c) Despliegue atencional: Dado que las situaciones son complejas y cuentan con diferentes elementos informativos y con diferentes contenidos emocionales, el despliegue atencional se refiere a cómo la persona dirige su atención a determinados elementos de la situación para influir en su respuesta emocional. Dentro de estas estrategias se encontraría, por ejemplo, la focalización atencional en aspectos positivos de la situación. Otra estrategia que se podría llevar a cabo sería una estrategia de distracción, mediante la evitación de información negativa a través de una focalización atencional en otros aspectos no emocionales de la situación. Otras estrategias consideradas dentro del despliegue atencional se referirían al desplazamiento del foco atencional a los pensamientos y emociones generados por las situaciones, como el caso de la rumiación, o la modificación activa de la dirección de esos recursos para tratar de suprimir la focalización en pensamientos negativos. Estas estrategias, como hemos visto, generalmente serían ineficaces para realizar una adecuada regulación.

d) Cambio cognitivo: En función del tipo de estrategias de despliegue atencional realizado, el sistema cognitivo tendrá acceso a una determinada serie de pensamientos e imágenes relacionados con la situación. Esto dará lugar a un determinado tipo de evaluación de la situación. En función del tipo de procesamiento que se haya favorecido, se podrá poner en práctica en mayor o menor medida una estrategia de cambio o reevaluación cognitiva (i.e., cognitive reappraisal), consistente en realizar una evaluación de la situación que permita un cambio de su significado emocional. La reevaluación cognitiva influiría, de este modo, en lo que la persona piensa sobre la situación o lo que piensa sobre su capacidad y recursos para afrontarla. Esta estrategia tendría un efecto directo en el tipo de respuesta emocional generado por la situación.

Finalmente, tras el empleo de los dos mecanismos cognitivos de regulación, que facilitarían la modificación de la respuesta emocional (i.e., despliegue atencional y reevaluación cognitiva), aún se podrían usar estrategias de modificación de la expresión de la emoción, una vez ésta ocurre.

e) Modulación de la respuesta: Se referiría a directamente influenciar la tendencia de respuesta emocional una vez ésta se produce. Dentro de estas estrategias se incluirían la supresión emocional (p.ej., tratar de reprimir u ocultar la ira) y estrategias de modificación de las respuestas fisiológicas (p.ej., respirar más lento, relajación muscular).

Cabe hacer alusión aquí a que, en consonancia con este modelo en particular, propuesta recientes (Koole, 2009) han identificado tres sistemas básicos implicados en la generación de emociones y en las consiguientes vías para su regulación y modificación que están relacionadas con las vías descritas por Gross que se han denominado Sistema Atencional (despliegue atencional), Sistema de Conocimiento Emocional (reevaluación cognitiva) y Sistema Corporal (que incluye las expresiones faciales, posturas corporales, movimientos voluntarios e involuntarios, y las respuestas psicofisiológicas).



2.3.2.2 Modelo de Inteligencia emocional de Mayer y Salovey (1997)

Si bien es cierto que la inteligencia emocional es un concepto psicológico que pretende describir el papel y la importancia de las emociones en la funcionalidad intelectual (por ejemplo, Thorndike 1920; Gardner 1993; Salovey y Mayer, 1990) diferentes autores han

puesto de manifiesto su relación con los procesos de la salud-enfermedad. Así, numerosos autores han destacado que las habilidades para identificar, comprender y regular las emociones y la de los demás son esenciales para adaptarse a situaciones estresantes vitales (Adeyemo, 2008; Matthews, Zeidner y Roberts, 2002; Salovey, Bedell, Detweiler y Mayer, 1999). Asimismo, se ha demostrado que puntuaciones altas en IE se han asociado con una mejor recuperación ante eventos negativos (Salovey et al., 1995); mayor satisfacción vital, menor alexitimia y puntuaciones más bajas en sintomatología rumiativa, ansiosa y depresiva (Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera 2001; Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco, 1999; Martínez-Pons, 1997); mayor empatía, optimismo y mejor calidad en las relaciones interpersonales (Salovey et al., 2002) y satisfacción sexual (Burri, Cherkas y Spector, 2009) y número de experiencias emocionales de enfado tras un conflicto (Sukhodolsky, Golub y Cromwell, 2001). Un meta-análisis reciente realizado en 7898 sujetos encontró que niveles altos de IE estaban significativamente relacionados con una buena salud mental (Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar y Rooke, 2007). Por otra parte, algunas investigaciones han constatado que los niveles bajos de IE se relacionan con ciertos desajustes emocionales como la sintomatología depresiva (Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco, 1999; Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002), la alexitimia o dificultad para expresar verbalmente sentimientos y escasa conciencia emocional (Lumley, Gustavson, Partridge y Labouvie-Vief, 2005), niveles mayores de ansiedad (Salovey et al., 2002) y sintomatología somática (Augusto-Landa y Montes-Berges, 2009).

Las teorías psicológicas han generado una gama amplia de teorías sobre la IE, las cuales abarcan desde las biológico-neurológicas hasta las cognitivas. Dentro del estudio de la IE y desde una perspectiva cognitiva, se intenta entender el significado de los eventos emocionales (Clore y Ortony, 2000) desde tres ramificaciones diferenciadas: la social, la de personalidad y la puramente emocional. Mientras que desde la primera y la segunda ramificación, la IE se ubicaría dentro del ámbito interpersonal (Bar-On, 1997; 2000) y de la personalidad (Mc Crae, 2000; Davies et al., 1998), la ramificación puramente emocional se ha centrado en el estudio de los procesos emocionales (Mayer et al., 2000^a). Dentro de estos últimos, nos centraremos aquí en las posturas que se concentran únicamente en la percepción y regulación de los sentimientos (Salovey y Mayer, 1990) que es, justamente, las posturas que nos interesan dentro del encuadre conceptual del presente trabajo. Autores como Salovey y Mayer (1990) definen la inteligencia emocional como *“la capacidad para supervisar los sentimientos y las emociones de uno/a mismo/a y de los demás, de discriminar entre ellos y de*

usar esta información para la orientación de la acción y el pensamiento propios” (Salovey y Mayer, 1990). La inteligencia emocional implica por tanto una adecuada gestión de las emociones que permite al individuo afrontar adecuadamente los imperativos prácticos de la vida. Es por ello, por lo que la teoría de la IE propuesta por estos autores nos facilita un nuevo marco para investigar y comprender los mecanismos de adaptación emocional ante situaciones de salud-enfermedad.

Para explicar estos mecanismos de adaptación emocional, Mayer y Salovey (1997) crean el “*Modelo de cuatro-fases de inteligencia emocional*” o “*Modelo de habilidad*” (Mayer y Salovey, 1997) que concibe a la IE como una inteligencia per se relacionada con el procesamiento de información emocional, a través de la manipulación cognitiva y conducida sobre la base de una tradición psicomotriz. Esta perspectiva busca identificar, asimilar, entender y, por último, manejar (controlar y regular) las emociones (Mayer et al., 2000b). La IE “representa la aptitud o habilidad para razonar con las emociones” (p.15, Mayer y Salovey, 1997) y como tal es diferente del logro emocional o competencia emocional.

El modelo está compuesto de cuatro etapas de capacidades emocionales (Mayer et al., 2000a), cada una de las cuales se construye sobre la base de las habilidades logradas en la fase anterior. Las primeras capacidades o las más básicas son la percepción y la identificación emocional. En términos de desarrollo, la construcción emocional empieza con la percepción de la demanda emocional de los infantes. A medida que el individuo madura, esta habilidad se refina y aumenta el rango de las emociones que pueden ser percibidas. Posteriormente, las emociones son asimiladas en el pensamiento e incluso pueden ser comparadas con otras sensaciones o representaciones.

En el nivel consciente, el sistema límbico sirve como un mecanismo de alerta frente a los estímulos. Si el aviso emotivo permanece en el nivel inconsciente, significa que el pensamiento –la segunda fase de habilidades– no está siendo capaz de usar las emociones para resolver problemas. Sin embargo, una vez que la emoción está conscientemente evaluada, puede guiar la acción y la toma de decisiones. En la tercera etapa, las reglas y la experiencia gobiernan el razonamiento acerca de las emociones. Las influencias culturales y ambientales desempeñan un papel significativo en este nivel. Finalmente, las emociones son manejadas y reguladas en la cuarta etapa, en términos de apertura y regulación de los sentimientos y emociones con el fin de producir un crecimiento personal y en los demás.

Cada etapa del modelo tiene habilidades específicas, que reunidas construyen una definición de la IE: “como la habilidad para percibir y expresar emociones, asimilar emociones en el pensamiento, entender y razonar con emociones, y regular las emociones en uno mismo y en otros” (Mayer y Salovey 1997).

2.3.2.3 Modelo de procesamiento emocional de Hervás (2011)

Específicamente, este modelo plantea la importancia del manejo de las emociones activadas ya que pueden facilitar o complicar enormemente el proceso de regulación emocional y la adaptación posterior del individuo (Hervás y Jódar, 2008)².

El procesamiento emocional ha sido definido como el proceso por el cual las alteraciones emocionales van declinando hasta que se absorben de forma que otros comportamientos y experiencias pueden aparecer sin interferencias (Rachman, 1980). Así, en palabras de Hervás (2011) “se podría entender que el procesamiento emocional permite absorber y canalizar una reacción emocional que en ocasiones, por su importancia (i.e., un duelo) u otras razones, puede llegar a resultar excesivamente intensa o persistente, llegando incluso a interferir en la vida del individuo”. Partiendo de esta definición, algunos autores sugieren que las reacciones emocionales no decrecerán si se intentan regular de forma directa, sino que es necesario un proceso activo de elaboración y comprensión emocional que es lo que se denomina procesamiento emocional (p.ej., Hunt, 1998).

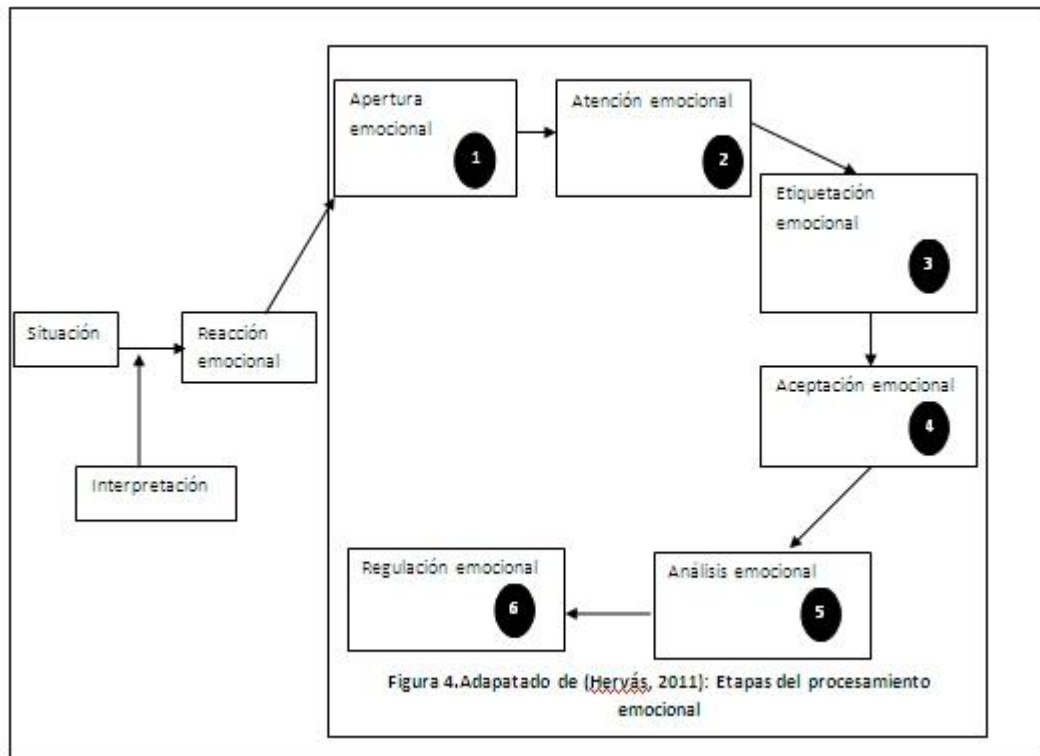
El modelo propuesto por Hervás (2011), al igual que otros modelos similares (p.ej., Martínez-Pons, 1997), plantea que la regulación emocional será exitosa si se completan adecuadamente determinadas tareas previas. Así, este modelo ha sido diseñado para que sea útil para la comprensión de los fenómenos psicopatológicos y plantea la regulación emocional como un apartado dentro de un modelo más amplio basado en el procesamiento emocional.

Hervás (2011) plantea que tras un suceso o situación con implicaciones emocionales, se activaría automáticamente la necesidad de procesar emocionalmente la experiencia. En concreto, este modelo plantea 6 tareas o procesos (ver Figura 4) que permiten un procesamiento emocional óptimo de la experiencia y, en consecuencia, una regulación

² Asumiendo que existe evidencia empírica que justifica que los déficits en cada una de las áreas presentadas están asociadas a un peor funcionamiento regulatorio en población sin problemas clínicos (ver Hervás y Vázquez, 2006a) sin embargo el autor del modelo plantea que el orden establecido en para los diferentes procesos no tiene implicaciones teóricas y las tareas propuestas pueden cambiar de orden o incluso se pueden realizar simultáneamente.

emocional eficaz. A la inversa, cuando uno de estos procesos es deficitario, la regulación emocional puede verse comprometida en su eficacia (Hervás, 2011).

En cuanto a las definiciones de cada una de las tareas, en primer lugar se plantea la apertura emocional como la capacidad del individuo para tener acceso consciente a sus emociones, siendo el polo deficitario la alexitimia (Lane y Schwartz, 1987; Taylor et al., 1988). La atención emocional se refiere a la tendencia a dedicar recursos atencionales a la información emocional, siendo el polo deficitario la desatención emocional (Gratz y Roemer, 2004; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995). La aceptación emocional consiste en la ausencia de juicio negativo ante la propia experiencia emocional, siendo el polo deficitario el rechazo emocional (Gratz y Roemer, 2004; Hervás y Jódar, 2008). La etiquetación emocional se refiere a la capacidad del individuo para nombrar con claridad sus emociones, siendo el polo deficitario la confusión emocional (Gratz y Roemer, 2004; Salovey et al., 1995). El análisis emocional se refiere a la capacidad de la persona para reflexionar y entender el significado y las implicaciones de sus emociones siendo el polo opuesto la evitación emocional (Stanton, Kirk, Cameron y Danoff-Burg, 2000; Treynor et al., 2003). Por último, la regulación emocional se refiere a la capacidad de la persona para modular sus respuestas emocionales a través de la activación de diferentes estrategias ya sean éstas emocionales, cognitivas o conductuales, siendo el polo opuesto la desregulación emocional (Gratz y Roemer, 2004; Salovey et al., 1995).



2.3.2.4 Modelo de expresión emocional de Kennedy-Moore, Greenberg and Wortman (1991)

Existen numerosos estudios empíricos que han demostrado los beneficios que la expresión emocional tiene sobre la salud mental y física, así como los costes que la inhibición de la expresión emocional tiene para la salud (Pennnebaker, 1995). Sin embargo, a lo largo de la historia se ha puesto de manifiesto la creencia generalizada en la sociedad de que la expresión de emociones está asociada con la falta de autocontrol (Shields, 1987). En este sentido, la creencia de que la inhibición de expresión emocional es mejor que la expresión emocional ha tenido algunos apoyos empíricos y diferentes autores afirman que la expresión emocional intensifica los niveles de estrés (Laird, 1974; Lanzetta, Cartwright-Smith y Kleck, 1976) y que puede interferir en las estrategias de afrontamiento activo (Nolen-Hoeksema, 1991). Asimismo, la expresión descontrolada de la emoción puede tener una influencia destructiva en las relaciones interpersonales (Tavris, 1989). El debate de si la expresión emocional es adaptativa o desadaptativa tiene por tanto diversos matices a tener en cuenta.

El modelo que se presenta a continuación describe la función de la expresión emocional tanto a nivel individual como social, enfatizando la importancia de este proceso tanto a nivel adaptativo, como a nivel disfuncional.

En comparación con la experiencia emocional que implica una sensación subjetiva de las sensaciones producidas por la respuesta emocional generada, la expresión emocional sería definida como un conjunto de conductas observables verbales y no verbales que comunican y/o simbolizan la experiencia emocional. La expresión emocional puede ocurrir de manera automática (no controlable) o puede implicar distintos grados de intención deliberada. Por el contrario, la no expresión emocional (“none-expression”) es la pérdida de la expresión. Asimismo, cuando hablamos de la conducta emocional esta puede implicar tanto la expresión como la no expresión emocional. Ambas son manifestaciones abiertas que pueden corresponderse o no con un proceso encubierto dentro de la experiencia emocional (Kennedy-Moore y Stone, 1999; Kring, Smith y Neale, 1994; Gross y Levenson, 1997).

La expresión emocional es el punto de unión entre la experiencia interna de la persona y el mundo exterior. Por un lado, en la vida diaria la expresión emocional da significado a como las personas comunican sus experiencias y, por otro, explica como esto influencia las relaciones sociales. Diferentes autores ponen de manifiesto como en terapia la expresión de las emociones nos informa sobre que sienten los pacientes, como mantienen sus estados emocionales y que relaciones tienen con el terapeuta (Watson y Greenberg, 1995; Watson y Rennie, 1994). Sin embargo, la expresión y no expresión emocional en sus distintas manifestaciones pueden tener distintas consecuencias para el bienestar psicológico.

El intento de establecer cuándo una conducta de expresión emocional (o de no expresión) es adaptativa o no, vendría determinado por el contexto en el que ocurre la conducta. Así, existen diversas razones por las cuales las personas inhiben la expresión de sus emociones que pueden ir desde la incapacidad de reconocer sus emociones y no poder por ello expresarlas, hasta no tener la oportunidad de hacerlo en un contexto determinado o, considerar la expresión como un comportamiento que genera emociones negativas para la propia persona. Las tres causas implicarían una conducta expresiva pero representan formas de no expresión emocional. Como las formas de no expresión implican diferentes grados de comprensión y aceptación de la experiencia emocional, los autores afirman que a

su vez estas tres formas de no expresión pueden tener diferentes repercusiones en el bienestar psicológico de las personas.

Asimismo, los efectos de la expresión emocional pueden variar en función de que cuál es la emoción que se está expresando, a quién y cómo. La expresión emocional contribuye al autoconocimiento, implica intimidad emocional pero, a su vez, también puede implicar determinados riesgos para la salud. Aun cuando asumimos que la expresión emocional es importante, las personas pueden presentar ambivalencia ante la expresión de sus sentimientos o necesitar a alguien para poder expresarlos (Coates y Winston, 1987; Gottlieb, Wortman y Lehman, 1988; King y Emmons, 1990). En este sentido, cuando las personas expresan sus emociones, particularmente las emociones negativas intensas, estas puede ser abrumadoras para el receptor y en ocasiones éste puede reaccionar negativamente. Es por ello que la persona se puede sentir incomprendida y traicionada (Pennacker, 1993c).

El modelo de expresión emocional argumenta los caminos por los que las personas realizan un proceso de regulación con el objetivo de llegar a un balance afectivo de la conducta emocional. El modelo asume que la conducta emocional adaptativa implica flexibilidad e integración ante la experiencia emocional estando además influido por las relaciones interpersonales implicadas. La importancia no está centrada en como la persona expresa o no expresa, sino en el grado en que es capaz de integrar los pensamientos y los sentimientos que acompañan a la experiencia emocional sin implicar una pérdida de autocontrol derivada de la emoción. Además, la capacidad de análisis de la persona ante el impacto interpersonal de la conducta emocional que implica no descontrolar la propia experiencia, está considerado como parte del proceso en sí mismo.

Kennedy-Moore, Greenberg and Wortman (1991) proponen este modelo (Figura 5) como un modelo que explica el proceso por el cual la experiencia emocional se transforma en la expresión emocional. Estos autores afirman que este proceso implica una serie de pasos cognitivo-evaluativos conducidos por la experiencia emocional que influyen en la propia experiencia. Los procesos desadaptativos en los diferentes puntos de este proceso implicarían las diferentes formas de no expresión emocional. Este modelo integra diferentes teorías y factores de personalidad que están implicados en el procesamiento emocional y asume la influencia de los procesos desadaptativos derivados de la no expresión emocional en la salud.

Paso 1: Reacción pre-reflexiva inicial (“Initial prereflective reaction”): Este primer paso implica la reacción pre-reflexiva inicial generada a partir de la percepción de un estímulo precipitante. Esta reacción implica la percepción del estímulo, un procesamiento cognitivo y emocional preconscious y se acompaña de cambios psicológicos.

Paso 2: Conciencia perceptiva de la respuesta (“conscious preception of response”): Una vez se ha producido la reacción automática ante el estímulo precipitante, el paso siguiente implica la conciencia de la reacción afectiva. Este paso implica además la conciencia de las reacciones psicofisiológicas generadas por la experiencia afectiva.

Paso 3: Etiquetado e interpretación de la respuesta (“labeling and interpretation of response”): Una vez la persona es consciente de la reacción afectiva, el tercer paso implica la etiquetación e interpretación de dicha reacción. Las señales corporales informan de la reacción afectiva y a continuación la persona comienza a interpretar las señales cognitivamente. La información proporcionada de las reacciones internas, así como de las características situacionales, influyen en la interpretación cognitiva de la reacción afectiva.

Paso 4: Evaluación de la respuesta como aceptable (“evaluation of response as acceptable”): El paso siguiente implica la evaluación de la reacción emocional en función de las creencias y las metas personales. En este sentido, la persona realiza una evaluación de si la reacción emocional, en base a sus creencias y valores, es válida y aceptable.

Paso 5: Contexto percibido para la expresión (“perceived context for expression”): En el último paso la persona evalúa la correspondencia entre la experiencia y el contexto social en el que la reacción se ha producido. Si la evaluación indica que la expresión emocional es posible y/o deseable en el contexto interpersonal, entonces se producirá la expresión de la emoción.

Los diferentes pasos implicados en el modelo de expresión son importantes no solo para determinar si la expresión ocurre, sino también para determinar la forma en la que esto sucede. El modelo expuesto representa la expresión emocional como la culminación de una serie de pasos internos, cognitivo-evaluativos que influyen y están influenciados por la experiencia afectiva. Sin embargo, la expresión no necesariamente ocurre en un proceso secuencial tan exacto. En determinadas ocasiones, las personas tienen una expresión

emocional ante un suceso sin que se haya producido la evaluación cognitiva y la etiquetación de la experiencia emocional, no produciéndose por tanto todos los pasos adaptativos en su totalidad (Epstein, 1990; Le Doux, 1996). Así, en otras ocasiones la expresión sí implica un proceso cognitivo-reflexivo más pormenorizado que si integra la etiquetación emocional además de la experiencia emocional en sí misma. Asimismo, las personas también pueden procesar su experiencia emocional y a continuación expresarla sin un reprocesamiento o evaluación pormenorizada. Finalmente, las personas pueden expresar repetidamente una emoción determinada, revalorarla y perfeccionar así la expresión de sus experiencias (Rimé, Mesquita, Philippot y Broca, 1991).

Si observamos el esquema del modelo, las flechas presentadas nos indican diferentes canales para que se produzca la expresión emocional, así como una retroalimentación de la propia expresión hacia el resto de los pasos implicados en esta. De este modo, ante una reacción emocional intensa, la persona puede pasar del paso 1, a la expresión emocional directa sin pasar por los pasos intermedios (Ekman, Friesen y Collier, 1985). Las flechas discontinuas implican como además, tras cada uno de los pasos, puede que la persona no sea capaz de llegar al siguiente nivel de procesamiento. Esto ocurre cuando la magnitud de la reacción emocional excede de la capacidad del individuo para contener o procesar la experiencia mejor (Gross y Muñoz, 1995). Los autores del modelo denominan a este tipo de procesamiento “fuga” asumiendo que es un procesamiento menos consciente y más deliberado que el procesamiento paso a paso. Finalmente, las flechas de la derecha indican cómo, tras la expresión, la persona puede después evaluar y etiquetar la experiencia emocional, así como evaluar si es aceptable según sus creencias y objetivos, en el contexto social determinado. En este sentido, la expresión emocional es una fuente de conocimiento personal y social.

Este modelo puede ser utilizado para explicar las diferentes instancias de la expresión, así como la expresión tanto de emociones positivas como negativas. Algunas personas son más expresivas y otras menos (Gross y John, 1997; Kring et al., 1994). Asimismo, también existen diferentes estudios que ponen de manifiesto la relación entre la expresión de la emoción y los dominios positivos y negativos de la experiencia afectiva. En este sentido las personas que suelen expresar mucho sus emociones negativas, también suelen expresar las emociones positivas (Gross y John, 1997). Sin embargo es importante comprender que una completa comprensión de la expresión emocional implica analizar el proceso en su

globalidad. Por ejemplo, existen determinados estilos de expresión que pueden ser efectivos en determinadas situaciones pero no en otras. En una situación particular (suceso traumático) las consecuencias o el proceso de expresión puede diferenciarse entre personas que suele expresar sus emociones y personas que no suelen hacerlo (Gross y John, 1997).

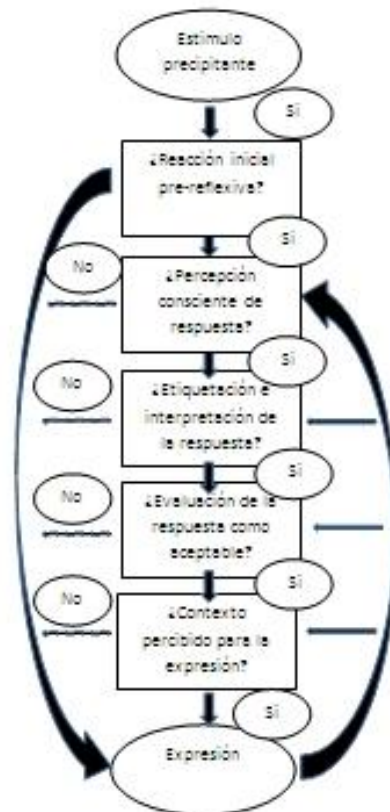


Figura 5. Adaptado de Kennedy-Moore, Gross, and Wotman (1991): Modelo de expresión emocional

Si nos centramos ahora en las alteraciones en el proceso de expresión, en la Figura 6 se ilustra como las alteraciones en diferentes etapas del proceso de expresión emocional desembocan en diversas formas de no expresión que pueden tener diferentes consecuencias en el bienestar psicológico. El modelo presenta una serie de factores relacionados con la no expresión emocional. Estos procesos han sido potencialmente asumidos por numerosos autores y pueden ser disposiciones (lo que implicaría

determinados factores o rasgos de personalidad), así como situacionales (que implicarían circunstancias transitorias).

Alteraciones en el paso 1: Mínima reacción pre-reflexiva (“Minimal Prereflective Reaction”). Una alteración en el primer paso del proceso ocurre el estímulo precipitante evoca únicamente una mínima reacción pre-reflexiva. Las personas se diferencian unas de otras en las reacciones afectivas. De este modo, diferentes estudios de laboratorio han demostrado que las personas reaccionan de manera distinta ante el mismo estresor (Eisenberg y Fabes, 1992; Larsen y Zinbarg, 1991; Rothbart y Posner, 1985). Asimismo, también se ha puesto de manifiesto que las personas se diferencian en la intensidad o magnitud de las experiencias afectivas de manera que personas con una intensidad afectiva baja, en comparación con personas con alta intensidad afectiva, informan consistentemente de una reacción afectiva media-baja tanto de eventos positivos, como de eventos negativos (Larsen y Diener, 1987; Larsen, Diener y Cropanzano, 1987). Clínicamente hablando, las personas con este perfil no se consideran personas con una reacción disfuncional; por el contrario, diferentes autores afirman que la no expresión derivada de una reacción emocional baja puede ser un signo de un adecuado ajuste (Wortman, Sheedy, Gluhoski y Kessler, 1992).

Alteraciones en el paso 2: Falta de conciencia en la motivación del suceso (“Motivated Lack of awareness”). Una alteración en este paso del proceso implicaría que la persona tendría una defensa emocional catalogada como parte de una disposición hacia la evitación del contenido desagradable de la experiencia emocional o, como una estrategia de afrontamiento represiva definida por autores como Weinberger y sus colegas (Weinberger, 1990; Bonnano y Siger, 1990; Newton y Contrada, 1992). El boqueo emocional de la experiencia producida por la falta de conciencia puede implicar beneficios para la persona a corto plazo pero a largo plazo implica problemas disfuncionales de procesamiento emocional. La falta de conciencia sobre la experiencia emocional implicaría que dicha experiencia no puede guiar la conducta en términos adaptativos. Síntomas de distres emocional pueden derivarse de alteraciones en este punto del proceso.

Alteraciones en el paso 3: Déficit de estrategias en el proceso emocional (“Skill deficits in emotional processing”). Alteraciones en este paso del modelo implicarían déficits en la etiquetación de las emociones, la diferenciación de estas y en su correcta interpretación.

Las personas con alexitimia (Sifneos, 1972; Taylor, Bagy y Parker, 1991) serían un claro ejemplo de personas con alteraciones en este paso. Los autores del modelo afirman que la dificultad de identificar, etiquetar y evaluar las emociones es un “callejón sin salida”. Afirman que cuando una persona no es capaz de identificar su experiencia emocional no puede poner en marcha estrategias de afrontamiento para procesar las emociones experimentadas lo que implicaría un aumento de los síntomas negativos relacionados.

Alteraciones en el paso 4: Actitud negativa hacia la emoción (“Negative Attitude toward emotion”). Una alteración en este paso implicaría que, aunque la persona fuera capaz de etiquetar e interpretar la experiencia emocional, la evaluación que haría sobre la expresión de la experiencia emocional sería negativa. La evaluación estaría condicionada por una actitud disposicional negativa más global hacia las emociones (Allen y Hamsher, 1974; Joseph, Willians, Irwing y Cammock, 1994) o por creencias disfuncionales relacionadas con las consecuencias negativas derivadas de la expresión. Estas creencias pueden condicionar los procesos emocionales por las consecuencias que pueden tener en la conducta emocional. Así, todas las estrategias cognitivas relacionadas con la emoción, así como el trabajo sobre los pensamientos disfuncionales o distorsiones cognitivas sobre la conducta emocional puede ser un buen punto de partida a tener en cuenta en las intervenciones clínicas con las personas con estos déficits.

Alteraciones en el paso 5: Aparente falta de oportunidad para expresar la emoción (“Perceived lack of opportunity to express”) Una alteración en este paso implicaría que la persona, a pesar de tener conciencia de sus emociones, saber identificarlas e interpretarlas y asumir que estas pueden ser expresadas, no expresaría la emoción por la creencia de que otras personas en el contexto social puedan reaccionar negativamente ante dicha expresión. Al igual que los demás impedimentos potenciales en el proceso, las creencias disfuncionales pueden implicar situaciones específicas, o disposiciones más globales de conductas emocionales. En este punto, la supresión de la expresión emocional en determinados contextos no tiene por qué ser necesariamente negativa; sin embargo, la incapacidad para modular la conducta emocional ante diferentes situaciones puede ser problemática. Asumiendo que existe un apoyo empírico sustancial sobre las implicaciones positivas del apoyo social en el bienestar psicológico y que la expresión emocional es parte activa en estas implicaciones podríamos decir que la alteración en la expresión emocional podría

considerarse disfuncional cuando esta se generaliza a la mayoría de las situaciones sociales en la vida de una persona y no únicamente a situaciones específicas.

En definitiva, los autores del modelo propuesto afirman que los términos de expresión y no expresión emocional se consideran como alternativas exclusivas. Sin embargo, la expresión y la no expresión emocional no se pueden considerar como términos absolutos. Las personas no pueden tener una ausencia de expresión emocional total asumiendo que la experiencia emocional implica un proceso dinámico. En este sentido, las diferentes formas de no expresión descritas se refieren a procesos que atenúan o restringen la expresión emocional más que asumir la existencia de una completa ausencia de signos de la emoción. Así, la conducta emocional sería considerada como un continuo en cuyos extremos estarían representados la expresión y la ausencia de expresión emocional y las personas se moverían a través de él en función de el estímulo precipitante de la situación dada, influido además por la presencia de los factores individuales y sociales que pueden interferir y/o impedir la expresión emocional.

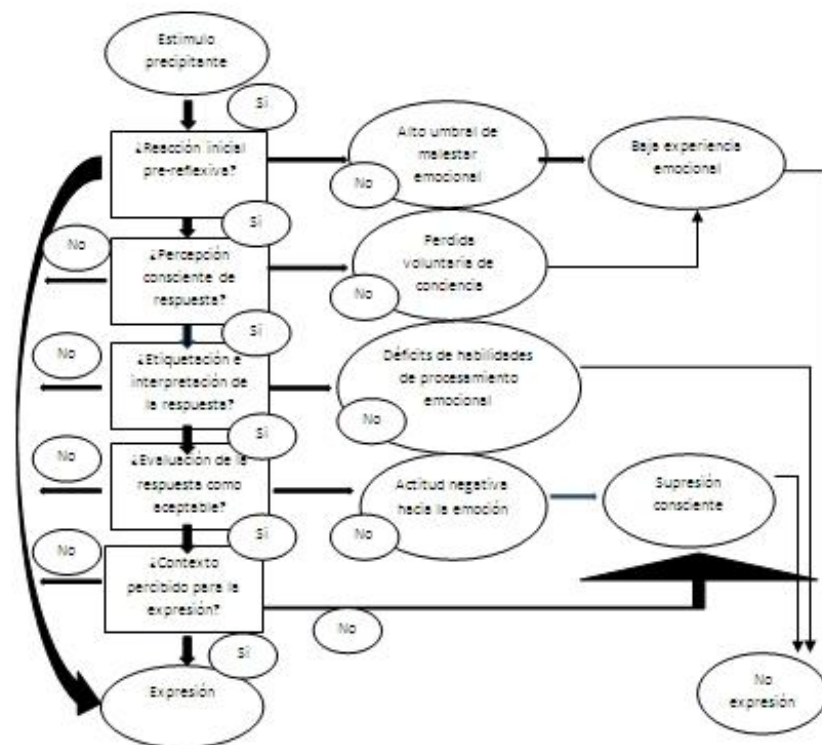


Figura 5. Adaptado de Kennedy-Moore, Golembec, and Kopp (1991): "Alteraciones en el proceso de expresión emocional"

2.3.2.5 Modelo de esquemas emocionales de Leahy (2002)

El modelo que se presenta a continuación intenta describir los conceptos relacionados con las emociones y así como los diferentes procesos implicados en estas. Se asume que emociones como el miedo, la tristeza, la ansiedad (entre otras) son emociones universales pero que las diferencias individuales en la conceptualización de éstas, así como en las estrategias implicadas en su respuesta determinan como una experiencia puede llegar tornarse disfuncional. Los modelos cognitivos (en los cuales la emoción es consecuencia de la cognición) han sido relacionados con el papel que las cogniciones (los pensamientos intrusivos o las preocupaciones por ejemplo) pueden tener en el nivel de activación emocional (Papageorgiou y Wells, 1999; Purdon y Clark, 1993; Salkovskis y Campbell, 1994; Sookman y Pinard, 2002; Wells y Carter, 2001). Así, ambos tipos de cogniciones han sido relacionados con la sensación de pérdida de control y se ha comprobado que el intento de suprimir dichas cogniciones aumenta la sensación de vergüenza, pérdida de control y la frecuencia de aparición de los propios pensamientos intrusivos (Wells y Carter, 2001).

El modelo de Leahy (2002) sobre los esquemas emocionales propone que:

1. Las emociones desagradables (tristeza, soledad, miedo, ansiedad e ira) son emociones universales.
2. Existen diferencias individuales en las interpretaciones del significado atribuido a las emociones.
3. Estas interpretaciones reflejan las creencias relacionadas con la duración, la capacidad de control, la extremidad, la complejidad, la patología y los valores morales de las emociones que el individuo experimenta.
4. Los esquemas negativos, mediados por las interpretaciones anteriores, además pueden incrementar la intensidad, negatividad y duración de las emociones negativas experimentadas.
5. Las interpretaciones negativas inhiben la expresión, la validación de las emociones y los propios procesos emocionales.

Leahy afirma que existen diferencias entre los esquemas emocionales y los procesos emocionales. En este sentido, modificar una emoción (ansiedad o ira por ejemplo) puede requerir la activación de una emoción provocada por el estímulo temido para que el

individuo pueda acceder a su vez a los contenidos cognitivos negativos del esquema de una emoción determinada (Foa y Kozak, 1986; Greemberg, 2002). El individuo podría así aprender que tal emoción no tiene por qué ser abrumadora (Clark, 2002; Purdon y Clark, 1993) y procesar el contenido de una manera adaptativa que le permita dar sentido a la experiencia emocional. Si recordamos el modelo de Hervás (2011), éste sugería que las reacciones emocionales no decrecerán si se intentan regular de forma directa, sino que es necesario un proceso activo de elaboración y comprensión emocional que es lo que se denomina procesamiento emocional (p.ej., Hunt, 1998). En éste sentido el procesamiento emocional implicaría una disminución de la inhibición de una emoción, un incremento del autoconocimiento personal y un aumento de la reflexión positiva sobre la experiencia emocional (Penenbaker, Mayne y Francis, 1997). Se asume por tanto que el procesamiento incluye factores que operan cuando la emoción ha sido experimentada. Entre éstos, se incluyen el reconocimiento y la interpretación de la emoción, los intentos para inhibir o magnificar la experiencia emocional, la hipervigilancia y determinadas estrategias de afrontamiento centradas en el problema o en la emoción, la expresión emocional, la confianza de una red de apoyo ante la que poder expresar las emociones, las estrategias de distracción y, finalmente, la evaluación de los posibles pensamientos distorsionados relacionados con la emoción (entre otras).

Se procederá a continuación a presentar un esquema del modelo (Figura 7) que aclare la influencia de los diferentes factores implicados en el procesamiento emocional. Como queda reflejado, existen tres vías diferentes propuestas por Leahy (2002) a través de las cuales las personas procesan las emociones. La primera de ellas correspondería al proceso adaptativo de gestión emocional y las dos siguientes implican mecanismos que contribuyen a un procesamiento disfuncional con sus consecuentes consecuencias sobre la salud y el bienestar. La primera vía representa un procesamiento emocional adaptativo. En este sentido asume que cuando se produce una emoción desagradable la persona que atiende a sus emociones, que es capaz de normalizarlas, validarlas y expresarlas, tendrá un procesamiento adaptativo de la experiencia. En este caso, es menos probable que una emoción negativa se prolongue en el tiempo. Por el contrario, en la segunda vía, la evitación emocional cognitiva, la supresión y/o inhibición emocional, así como la puesta en marcha de comportamientos individuales disfuncionales implicados en la evitación de la experiencia emocional (consumo de drogas, atracones, disociaciones, .etc.) mantienen la creencia negativa de la persona sobre su incapacidad de controlar y/o tolerar los estados

emocionales negativos. Esto, contribuye a un aumento significativo de tendencias cognitivas de rumiación y/o preocupación que condiciona y/o mantiene la experiencia emocional negativa. En la tercera vía, las personas tendrían problemas en relación con la claridad de sus estados emocionales que implicarían déficits de identificación y/o etiquetación emocional a su vez que repercutirían en la valoración cognitiva de la persona sobre su estado emocional. Así, la persona podría considerar sus emociones como incomprensibles, vergonzosas y posiblemente diferentes a las emociones que otras personas experimentan. Esto implicaría una simplificación de la experiencia emocional. Esta interpretación emocional-cognitiva también contribuye a que las emociones negativas se prolonguen en el tiempo tornándose así, disfuncionales.

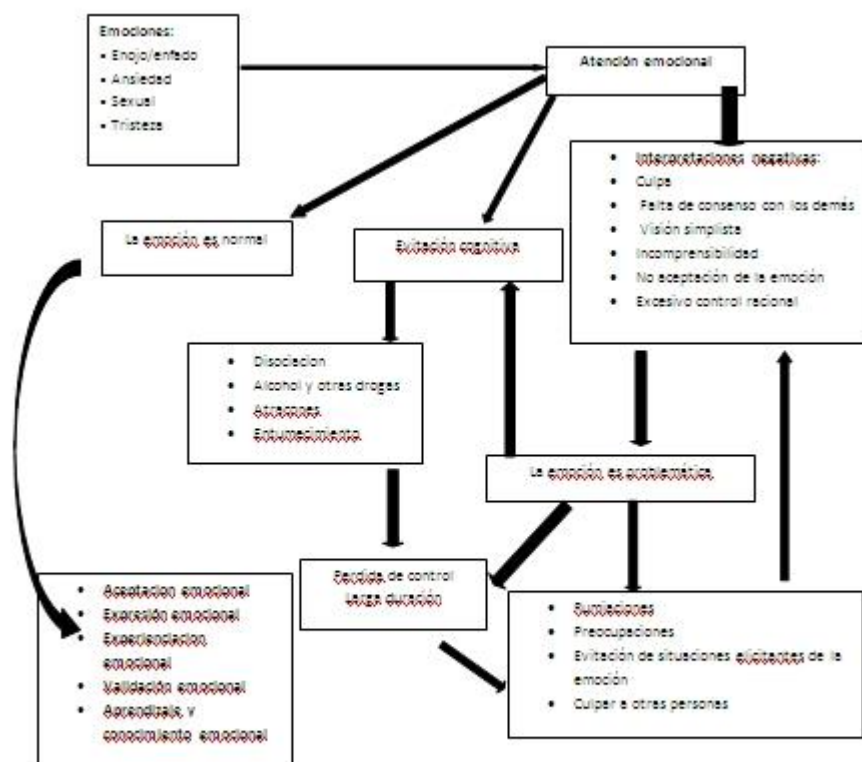


Figura 7. Adaptado de Lejoly, (2002): Modelo de esquemas emocionales

2.3.2.6 Procesos específicos de regulación afectiva

En los modelos expuestos se han reflejado diferentes procesos específicos de regulación emocional. Asumiendo que los parámetros para comprender los procesos adaptativos no son los mismos que se necesitan para comprender los déficits y/o trastornos de la salud, se describirán a continuación los procesos de regulación emocional evaluados en este estudio, cada uno de los cuales pueden ser entendidos como ingredientes del procesamiento afectivo general.

La relevancia de la investigación diferencial del estudio de la efectividad de las diferentes estrategias ante distintas situaciones (Totterdell y Parkinson, 1999), así como la importancia del estudio de las diferencias individuales en relación con la efectividad de los distintos procesos y su eficacia en determinadas personas y no en otras, han motivado el interés por el estudio de dichas variables y la repercusión que su manejo y conocimiento pueden tener en la salud y el bienestar psicológico de las personas. En relación con este interés y asumiendo que existen estudios experimentales sobre las medidas acerca de la accesibilidad de fortalezas y debilidades tras un fracaso (Dogson y Wood, 1998), sobre las metas relacionadas con la regulación anímica tras un acontecimiento negativo (Heimpel, Wood, Marshall y Brown, 2002) y sobre la elección de un cierto tipo de actividades elevadoras del estado de ánimo tras una inducción negativa del mismo (Heimpel et al., 2002) (entre otros), las medidas utilizadas para su estudio no han sido siempre las más adecuadas y en la mayoría de los casos no ha sido posible valorar experimentalmente el propio proceso emocional. A pesar de ello, las medidas de autoinforme evalúan la percepción subjetiva del individuo sobre sus capacidades emocionales y los estudios que las han utilizado revelan que éstas poseen una buena consistencia interna para evaluar los déficits de regulación emocional.

Asimismo y derivado del debate teórico sobre los conceptos emocionales que hemos destacado en diferentes partes de la exposición, existen entre los cuestionarios de autoinforme medidas de constructos estrechamente relacionados que lleva a algunos investigadores a usar medidas múltiples en un intento de capturar la construcción de la regulación de las emociones (véase, por ejemplo, Mennin et al., 2002). En consecuencia, muchos de los procesos que serán descritos a continuación pueden estar íntimamente relacionados e incluso, medir procesos o constructos similares.

Asimismo, no podemos dejar de mencionar cómo, además de los procesos de regulación que serán descritos a continuación, en términos conductuales, actividades como el ejercicio físico han sido definidas como estrategias reguladoras del estado de ánimo en aquellos con más hábito y en aquellos que puntúan más alto en la variable de personalidad neuroticismo (Hsiao y Thayer, 1998) y, del mismo modo, las actividades sociales, suelen ser unas de las estrategias más valoradas subjetivamente en cuanto a su efectividad en los procesos de regulación (Henangomez y Vázquez, 2005; Vázquez y Ring, 1996).

En relación con los planteamientos secuenciales teóricos de Gross (1998), se han definido dos estrategias de regulación afectivas importantes y diferenciadas: la reevaluación cognitiva y la supresión emocional.

La **reevaluación cognitiva** sería definida como el *mecanismo mediante el cual se modificarían las reacciones emocionales en el momento de su gestación, modificando así, la experiencia emocional*. (Gross y John, 1998). Por el contrario, la **supresión expresiva** sería el *mecanismo mediante el cual se modificaría la expresión emocional, intentando ocultar la experiencia vivida sin conseguir alterarla* (Gross y John, 1998). Se asume que la supresión sería una estrategia más centrada en los mecanismos consecuentes del proceso de regulación, frente a la reevaluación cognitiva que estaría más centrada en los mecanismos antecedentes.

Diferentes estudios ponen de manifiesto la eficacia y correlatos positivos de la estrategia de reevaluación cognitiva frente a la supresión (Gross, 2002; Gross y John, 2003) afirmando que, mientras la supresión no reduce realmente la experiencia emocional subjetiva, está asociada a un aumento de la activación fisiológica y a una reducción de la capacidad de memoria (Gross, 2002); la reevaluación reduce la experiencia y la expresión emocional y, hasta el momento, parece que no conlleva efectos secundarios negativos (Gross, 2002).

Asimismo, estudios recientes con población universitaria china han investigado la relación entre variables de personalidad y procesos de regulación afectiva, en particular, la relación entre neuroticismo y extraversión, afecto positivo y negativo, y los procesos de supresión y reevaluación negativa. Los resultados ponen de manifiesto que ambas variables de personalidad influyen en el afecto negativo y el positivo mediadas por la reparación emocional en la dirección esperada (neuroticismo correlaciona negativamente con

reparación emocional, mientras que extraversión correlaciona positivamente). En contraposición, los resultados no demuestran el efecto mediador de la variable de supresión emocional. En conclusión, dicho estudio evidencia como las estrategias de regulación emocional tienen un papel importante en la modulación del afecto y, además, que la reevaluación cognitiva tiene relación con el neuroticismo y la extraversión (Wang, Shi y Li, 2009).

Como proceso opuesto a la supresión emocional, la **expresión emocional** es entendida por algunos autores como la exhibición externa de emociones ya sean estas positivas o negativas, e independientemente de que el canal usado para su expresión sea facial, vocal o gestual (Kring, Smith y Neale, 1994). Autores como Watson Kennedy-Moore, Greenberg y Wortman (1999) la definen también como un conjunto de conductas observables, tanto verbales como no verbales, que comunican y/o simbolizan la experiencia emocional, que pueden acaecer con o sin conciencia del sujeto y que están parcialmente bajo su control voluntario (Watson, 1999). En este sentido, aunque se asume implícitamente que la función adaptativa de la expresión emocional es la de manifestar los estados internos, también se ha propuesto que la expresión no tiene únicamente la función primaria de comunicar y, contrariamente, asumen la existencia de funciones regulatorias y restaurativas del sistema vascular cerebral más relacionadas con las posturas homeostáticas de autorregulación (Bonnano, 2001; Zajón, 1995). La teoría vascular de las emociones apoya la hipótesis de que la expresión emocional produce cambios vasculares y por tanto cambios en la temperatura del cerebro, lo que tiene diversas consecuencias hedónicas, en una secuencia que se inicia con el incremento de temperatura en el hipotálamo y que provoca la liberación de ciertos neurotransmisores implicados en la emoción (incrementos en los niveles de epinefrina y serotonina).

Como ya hemos reflejado en el modelo de expresión, esta variable ha sido considerada desde distintas perspectivas y existen numerosos debates en relación con su función dentro del proceso de regulación afectiva.

Bajo el paraguas del concepto de inteligencia emocional definido por Salovey et al. (1995) se asume la existencia de tres procesos emocionales diferenciados: atención emocional, claridad emocional y reparación emocional.

La **atención emocional** implicaría la capacidad de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada y ha sido definida como la *tendencia de las personas a observar y pensar sobre sus emociones y sentimientos, valorar y examinar sus estados afectivos y centrarse y maximizar su experiencia emocional* (Gohm y Clore, 2000; Salovey et al., 1995; Swinkels y Giuliano, 1995). Sin embargo, aunque la propia definición tiene implicaciones adaptativas, diferentes autores han puesto de manifiesto que tanto la excesiva atención emocional, como la escasa atención emocional se relacionan negativamente con los procesos de regulación emocional (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005). En este sentido es posible que las personas que muestran escasa atención a sus emociones y que no consideran relevante sus estados afectivos, no utilicen probablemente esa información para regular su estado anímico. Por el contrario, cabe esperar que las personas que presentan demasiada atención a sus emociones y que están constantemente atendiendo a sus estados anímicos (pero que no actúan), encuentren problemas para llevar a cabo estrategias de regulación efectivas (Gohm, 2003). En relación con investigaciones de laboratorio se ha encontrado que las personas incitadas a prestar mayor atención a su estado emocional mostraban una mayor tendencia a la regulación emocional (Mc Farland y Buehler, 1998) y, del mismo modo, personas con mayor tendencia natural a atender a su propio estado de ánimo muestran mayor capacidad reguladora (recuerdo autobiográfico positivo ante un estado de ánimo negativo) que personas con puntuaciones más bajas en tendencia natural de atención emocional (Mc Farland y Buehler, 1998).

En segundo lugar, la **claridad de sentimientos** es un proceso emocional que implica la comprensión de los estados emocionales y ha sido definido como *habilidad de las personas para identificar, distinguir y describir las emociones que cotidianamente se experimentan* (Salovey y Mayer, 1995). Sería la capacidad para denominar nuestras emociones, en contraposición a saber únicamente si uno se siente bien o mal. Las personas con una alta claridad emocional tienen mayor facilidad para comprender el origen de sus emociones, y saber que acontecimientos esperan durante la experiencia de las emociones (respuestas fisiológicas, respuestas motoras y pensamientos) así como sus consecuencias (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005). En este sentido, las personas con baja capacidad de claridad presentarían probablemente una marcada **dificultad para identificar sentimientos entendida** como la incapacidad para poder reconocer las emociones sentidas y diferenciarlas de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional. Asimismo tanto la claridad emocional como la dificultad de identificación podrían relacionarse con la

dificultad en el lenguaje emocional que sería una dificultad entendida en términos de incapacidad para describir los sentimientos experimentados y etiquetarlos. Existe una relación clara entre la capacidad para diferenciar los diferentes estados afectivos y la utilización y eficacia de los procesos de regulación emocional. Así, una baja claridad emocional o diferenciación de emociones está relacionada con una baja tendencia a poner en marcha estrategias de regulación y la efectividad de las mismas (Vázquez y Hervás, 2006) y se pone de manifiesto que las personas con mayor capacidad de diferenciación emocional muestran puntuaciones más elevadas en la utilización de estrategias de regulación ante estados negativos (Barreto, Gross, Christensen y Benvenuto, 2001). (Taylor, Bagby y Parker, 1997).

En tercer lugar, la **reparación emocional** se define como la *capacidad de la persona para interrumpir estados emocionales negativos y prolongar los positivos* (Salovey y Mayer, 1995). Esta capacidad está muy relacionada con la claridad emocional y la literatura ha mostrado estrechos vínculos entre ellas en la recuperación de estados de ánimo. Así, las personas con la capacidad de diferenciación de la experiencia emocional tienen más posibilidades de regular sus emociones (Feldman-Barret, Gross, Conner y Venvenuto, 2001).

Se puede afirmar que el objetivo de la reparación emocional es recoger las capacidades individuales de regulación emocional de forma estable en el tiempo, evaluando los intentos activos de las personas por invertir las emociones negativas hacia unas emociones más positivas con estrategias que van desde planear o imaginar algo agradable, hasta estrategias de relajación que ayuden a la persona a generar perspectivas distintas. Esta evidencia ha sido complementada por la línea de investigación de Catanzaro, Wasch, Kirsch y Mearns (2000) que demuestra la importancia, no ya sólo de la capacidad, sino de las expectativas sobre nuestra capacidad de regulación emocional como factor protector de la salud mental y bienestar. En este sentido también se ha definido en la literatura una estrategia que, lejos de implicar un procesamiento emocional adaptativo, haría referencia a una reducida capacidad de fantasía, así como un patrón de expectativas y atribuciones orientado a los acontecimientos y detalles externos denominado: pensamiento concreto. (Taylor, 2000).

En relación con dichas expectativas y haciendo alusión a la teoría de valor- expectativa (Rotter, 1982) que postula que la motivación hacia una conducta depende del valor o incentivo del resultado, así como de las expectativas de que nuestras conductas nos

permitan tener acceso a dicho incentivo; se ha demostrado que altas expectativas de regulación favorecen un afrontamiento más activo. Además, parece que unas expectativas de regulación reducidas, pueden tener como consecuencia una mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos futuros, sobre todo en interacción con situaciones estresantes (Catanzaro et al., 2000).

Estudios de laboratorios controlados centrados en estrategias de regulación emocional mostraron que ante un estado de ánimo negativo, los participantes con altas expectativas de regulación mostraban un recuerdo autobiográfico en mayor medida positivo que aquellos con bajas expectativas de regulación (Rusting y Dehart, 2000; Smith y Petty, 1995). Esto sugiere que este factor podría tener una cierta influencia en los procesos de regulación cognitiva de los estados de ánimo.

En esta misma línea se ha encontrado que, en estudios experimentales en los que se induce a las personas un estado de ánimo negativo y se evalúan las expectativas de control antes y después de la inducción, las personas con altas expectativas de regulación que además atienden y entienden sus experiencias emocionales, disminuyen su efecto negativo y aumentan el positivo en mayor medida que las personas con bajas expectativas de regulación. Estos resultados afirman una vez más la importancia de las diferencias individuales en la regulación emocional y la posible influencia de las expectativas de control sobre ellas (Hemenover, Augstine, Shulman, Tran y Barlett, 2008).

Según Vázquez y Hervás (2006), es posible que unas bajas expectativas de autoeficacia no fueran más que la consecuencia de vivir repetidas situaciones de una falta de efectividad en la regulación. Según estos autores, en muchos de los estudios anteriores no se controla el papel de otras variables asociadas a la desregulación afectiva por lo que no podemos conocer la especificidad predictiva de dicha variable. Aun así, su papel como variables mantenedora podría ser igual de importante. Un estudio reciente muestra cómo, paradójicamente, los sujetos de una muestra clínica utilizan menos estrategias de regulación que los de la muestra control y se apunta a que unas bajas expectativas de regulación en la muestra clínica pueden dar lugar a dichos resultados (Hernangomez y Vázquez, 2005).

Diferentes estudios reflejan que el patrón característico de personas con mejores niveles de adaptación psicológica han sido aquellas caracterizadas por puntuaciones moderadas-bajas

en atención emocional y altas puntuaciones en claridad y reparación emocional (Extremera y Fernández Berrocal, 2002; Fernández Berrocal, Ramos y Extremera, 2001; Salovey et al., 1995; Salovey, Bedell, Detweiler y Mayer, 1999; Thayer et al., 2003). Asimismo, investigaciones que integran los tres procesos en su conjunto evidencian la existencia de un efecto modulador de las tres variables sobre el estado emocional demostrando que las personas atentas emocionalmente se caracterizan por estar vigilando en todo momento el progreso de sus estados de ánimo en un esfuerzo por intentar comprenderlos, lo cual no siempre es productivo para el individuo, sobre todo cuando una alta atención a las emociones no va seguida de una suficiente capacidad para discriminar sus causas, motivos y consecuencias (Thayer et al., 2003). Se ha demostrado como las personas que atienden excesivamente a sus emociones sin la claridad y reparación emocional adecuada pueden desarrollar una espiral emocional que genere un proceso rumiativo, fuera de control del individuo, lo cual repercute en su estado de ánimo negativo (Fernández-Berrocal et al., 2001).

Aludiendo a la distinción entre procesos adaptativos y desadaptativos destacada por Hervás (2011) y evidenciando el carácter contrapuesto de diferentes procesos emocionales evaluados mediante diferentes escalas, las estrategias de atención, claridad y reparación emocional han sido comparadas con la dificultad de identificación de sentimientos, la dificultad en el lenguaje emocional y el pensamiento concreto (evaluados según la escala de Alexitimia de Toronto) y se ha puesto de manifiesto que la claridad emocional sería el factor más contrapuesto a la dificultad para describir las propias emociones (Martínez-Sánchez, 1994, Páez, Pennebaker y Rime, 2001).

2.4 Procesos de regulación emocional y variables de salud-enfermedad.

A lo largo de la exposición se ha expuesto la creciente evidencia de que las disfunciones en los procesos que modulan una efectiva regulación emocional pueden jugar un papel destacado en la propensión a desarrollar diferentes problemas psicológicos e incluso físicos. Así, mientras que la regulación emocional adaptativa era entendida como “aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuando las tenemos, y sobre como las experimentamos y las expresamos” (Gross, 1999) algunos autores mencionaban la existencia de dos polos contrapuestos en el proceso de la regulación afectiva mediante los cuales la salud y el bienestar psicológico de las personas podía verse afectado; por un lado estaba el polo de la desregulación afectiva

que daría lugar a una excesiva labilidad emocional o a una inercia afectiva desmesurada (Linehan, 1993) y, por otro lado, el polo del excesivo autocontrol emocional que ahogaría la experiencia del afecto (Taylor, Bagby y Parker, 1997). A su vez, Vázquez y Hervás aportaban una definición nueva de **desregulación afectiva** enunciada como la “presencia de un déficit en la activación y /o efectividad de ciertas estrategias de regulación ante estados afectivos negativos” (Hervás y Vázquez, 2003).

En este sentido, desde el paradigma psicossomático que ponía de manifiesto que la supresión emocional era un elemento central en el mantenimiento y/o progresión de las enfermedades físicas (Alexander,1939; Alexander y French,1946; Dunbar,1954), pasando por el concepto de alexitimia definido en 1972 como la incapacidad para identificar y comunicar sentimientos (Sifneos, 1972) y por el concepto de expresión emocional (vista como un proceso de comunicación de los estados emocionales), hasta la explicación de las disposiciones afectivas como rasgos de personalidad favorecedores de la experimentación de emociones positivas o negativas; las habilidades emocionales han sido enumeradas como factores influyentes en la salud física y mental.

Asimismo, el énfasis en los estados psicológicos positivos como factores protectores de la salud física y mental, y especialmente su repercusión en el desarrollo de enfermedades crónicas se ha comenzado a estudiar paralelamente a los procesos emocionales y en consecuencia, los principales estudios datan de las últimas dos décadas (Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenewald, 2000). En éste sentido, se pone de manifiesto que los estados positivos a nivel psicológico no sólo forman parte integral de la salud, sino que pueden tener influencia en la aparición de enfermedades y problemas físicos así como en los procesos de recuperación. En palabras de Vázquez et al. (2009), “la percepción de las personas sanas, marcada por un sentimiento positivo de uno mismo, un sentimiento de control personal y una visión optimista del futuro, son una reserva y un motor de recursos que no sólo permiten a las personas afrontar las dificultades diarias, sino que cobran especial importancia a la hora de afrontar situaciones que pueden ser intensamente estresantes e incluso amenazantes de la propia existencia” (Taylor et al., 2000).

Dentro de este foco positivo, conceptos como felicidad, bienestar psicológico, emociones positivas y calidad de vida han sido destacadas en la literatura reciente en relación tanto con la salud física, como con la salud mental.

2.4.1 Procesos afectivos, emociones positivas y bienestar psicológico

En relación con la felicidad, Lyubomirsky et al. (2005) defienden un modelo conceptual que sugiere que la felicidad (o el disfrute vital) se produce no sólo porque los éxitos conseguidos hacen felices a las personas, sino también porque la experimentación de emociones positivas engendra éxito. Y es que el Afecto Positivo conduce a la persona a pensar, sentir y actuar de una manera que promueve la construcción de recursos y la consecución de objetivos (Elliot y Trash, 2002; Lyubomirsky, 2001). En este sentido, la “teoría de la ampliación y construcción” propuesta por Fredrickson (2001), permite entender cómo las emociones positivas juegan un papel relevante en las conductas de exploración y de dedicación y perseverancia, lo que permite ir construyendo recursos personales más duraderos y amortiguar el impacto de las emociones negativas.

Diferentes autores ponen de manifiesto que tanto las emociones positivas, como los factores psicológicos (o procesos afectivos que impliquen la regulación de las emociones positivas) positivos pueden tener una relación tan robusta con la salud como los negativos por las implicaciones que estos pueden tener en el afrontamiento de las personas. Es por ello que, por ejemplo, la capacidad para mantenerse optimista, aunque sea de forma poco realista (Reed, Kemeny, Taylor y Visscher, 1999; Reed, Kemeny, Taylor, Wang y Visscher, 1994; Taylor et al., 1992) y la capacidad de encontrar un significado ante la adversidad (Bower, Kemeny, Taylor y Fahey, 1998) parecen ser factores protectores de la salud.

En relación con conceptos como el bienestar psicológico, el debate académico de los últimos años ha venido a reproducir, con aproximaciones científicas, dos antiguas orientaciones filosóficas: el hedonismo (Kahneman et al., 1999) y la eudaimonia. La primera de ellas define el bienestar como la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo. A su vez, la perspectiva eudaimónica propone que el bienestar no consiste en la maximización de experiencias positivas y la minimización de experiencias negativas (Ryan y Deci, 2001) sino que se refiere a vivir de forma plena o dar realización a los potenciales humanos más valiosos (Ryan, Huta y Deci, 2008). La idea básica del hedonismo es que el objetivo de la vida es experimentar la mayor cantidad posible de placer y la felicidad sería en cierto sentido una suma de momentos placenteros. En el ámbito de la Psicología moderna, el concepto predominante entre los psicólogos hedónicos ha sido el de bienestar subjetivo, que incluye habitualmente dos elementos: el balance afectivo (que se

obtiene restando a la frecuencia de emociones positivas, la frecuencia de emociones negativas) y la satisfacción vital percibida, más estable y con un mayor componente cognitivo (Lucas, Diener y Suh, 1996). Aunque estos dos elementos (balance afectivo y satisfacción vital) suponen diferentes marcos temporales del bienestar subjetivo, ya que la satisfacción vital es un juicio global de la propia vida, mientras que el balance afectivo hace referencia a la frecuencia relativa de afectos placenteros o displacenteros en la propia experiencia inmediata (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002), en definitiva, pueden entenderse como conceptos ligados a una perspectiva más hedónica (Vázquez, 2009a). Asimismo, la concepción eudaimónica establece que el bienestar se encuentra en la realización de actividades congruentes con valores profundos y que suponen un compromiso pleno, con el que las personas se sienten vivas y auténticas (Waterman, 1993).

Carol Ryff, ha propuesto el término de bienestar psicológico para distinguir su concepción del bienestar subjetivo más propio de la concepción hedonista, y ha definido el bienestar como el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo (Ryff, 1989; 1995). De esta forma, la felicidad o bienestar psicológico no sería el principal motivo de una persona sino más bien el resultado de una vida bien vivida (Ryff y Keyes, 1995; Ryff y Singer, 1998). La propuesta de Ryff, la cual será utilizada como medida de bienestar en el presente trabajo, consiste en un modelo multidimensional de bienestar psicológico, ligado a un cuestionario para medirlo (Ryff, 1995) que presenta seis aspectos diferentes de un bienestar óptimo a nivel psicológico. Cada dimensión de bienestar psicológico supone un reto diferente que encuentran las personas en su esfuerzo por funcionar positivamente (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002; Ryff y Keyes, 1995)

Por otra parte, parece haber una relación importante y consistente entre el nivel de bienestar subjetivo por una parte los rasgos de personalidad –estabilidad emocional/neuroticismo y extraversión (ej. DeNeve y Cooper, 1998) que, como hemos destacado en otros apartados del presente trabajo, también están vinculados a una regulación afectiva eficaz. Consecuentemente, es posible que una vía por la cual los más estables emocionalmente y más extravertidos se convierten en más felices sea precisamente porque poseen unos mecanismos de regulación más efectivos que los neuróticos e introvertidos tanto para la reducción del afecto negativo, como para el aumento o mantenimiento del afecto positivo (Hervás, 2011).

En este sentido, la mayoría de las investigaciones se han centrado en la regulación del estado de ánimo negativo pero también se han encontrado algunos datos, aún escasos, acerca de la regulación de los estados de ánimo positivos. Así, se ha observado que ciertas variables que se relacionan con una efectiva regulación de estados de ánimo negativos, también aparecen relacionadas con una mayor rapidez en el establecimiento de estados de ánimo positivos y un mayor mantenimiento de los mismos. Por ejemplo, aquellos sujetos con mayores niveles en extraversión, y con mayores expectativas de regulación han mostrado una mayor rapidez en la instauración y un decaimiento más lento de estados afectivos positivos (Hemenover, 2003). En la misma línea, otro estudio ha señalado que las personas con mayores niveles de neuroticismo y menores de autoestima y extraversión muestran una mayor tendencia a inhibir o modular sus estados de ánimo positivos, regulándolos prematuramente (Wood, Heimpel y Michela, 2003).

A favor de esta hipótesis, tanto las investigaciones relacionadas con el concepto de inteligencia emocional ya descrito, como las aportadas desde el concepto de alexitimia, han mostrado que existe relación entre ciertas capacidades o procesos necesarios para una efectiva regulación anímica y el bienestar subjetivo o la felicidad. Así, se ha observado que tanto la subescala de claridad del TMMS (Trait Meta-Mood Scale; Salovey et al., 1995), como la subescala “Dificultades para identificar sentimientos” del TAS-20 (Toronto Alexitimia Scale, Taylor et al., 1997) resultaron estar asociadas a la satisfacción vital de las personas, siendo la primera de ellas capaz de explicar varianza de la variable “satisfacción vital” al margen de las medidas de afectividad positiva y negativa (Palmer, Donaldson y Stough, 2002). En la misma línea, otros estudios han encontrado una relación positiva entre la inteligencia emocional percibida globalmente y el nivel de afecto positivo/felicidad (Extremera, Durán y Rey, 2005; Furnham y Petrides, 2003; Schutte, Malouff, Simunek, McKenley y Hollander, 2002). En algunos de estos estudios se incluyó una medida de los cinco grandes rasgos de personalidad y, aun controlando el impacto de dichos rasgos, la relación entre inteligencia emocional y afecto positivo/felicidad se mantuvo significativa (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Furnham y Petrides, 2003).

En otro interesante estudio, esta vez con una medida de rendimiento de inteligencia emocional, se observó que a mayor capacidad para percibir, entender y manejar emociones, aparecía una mayor satisfacción con la vida, y en este caso también se mantenía la relación una vez controladas variables de personalidad e inteligencia general (Ciarrochi, Can y Caputi, 2000).

Si atendemos a aspectos más concretos, podemos observar que tanto la claridad en la percepción de las propias emociones como la tendencia a expresarlas, así como una mayor intensidad al experimentar emociones positivas, se han encontrado relacionadas de forma considerable, e independientemente de los factores de personalidad, con el bienestar psicológico (Gohm y Clore, 2002).

Evidenciando la importancia de seguir investigando en esta línea, Saxena et al. (2011) ha presentado un estudio reciente en el que ponen de manifiesto no solo la importancia de la relación entre los procesos de regulación emocional y alexitimia en el bienestar psicológico y la salud mental, sino la capacidad predictiva de estos procesos sobre los niveles de las variables positivas. Para ello, realizan un estudio con 218 personas sin diagnóstico de enfermedad y ponen de manifiesto que la dificultad de entender, comunicar y regular las emociones están relacionadas con los niveles de salud mental y el bienestar psicológico de los individuos. Asimismo, afirman que determinados déficits como la dificultad en la identificación emocional, la dificultad del lenguaje emocional, y la falta de claridad emocional limitan el acceso para poder llegar a una regulación emocional eficaz. La incapacidad de aceptar las emociones además se considera como un proceso desregulatorio más influyente en la salud mental y en el bienestar psicológico que otros (Saxena, Dubey y Pandey, 2011).

A pesar de todos estos resultados es importante mantener una cierta cautela sobre los mismos, ya que todos ellos son frutos de estudios transversales. Así, en base de la afirmación de algunos autores que evidencian que para el futuro sería de gran interés poder evaluar la capacidad predictiva de estas variables relacionadas con la regulación afectiva a través de estudios longitudinales (Hervás, 2011).

2.4.2 Procesos afectivos, salud mental y salud física

Siguiendo en la línea del estudio de los procesos afectivos y centrándonos ya a nivel específico en la relación de éstos con la salud física y mental; en la última década el estudio de la desregulación afectiva como constructo y proceso influyente en la salud ha dado lugar a numerosas investigaciones que corroboran los estudios iniciales sobre el procesamiento emocional y ponen de manifiesto que, además de otros factores psicológicos (como por ejemplo los factores cognitivos) implicados en los procesos de salud-enfermedad, los déficits en la regulación emocional (o la desregulación afectiva) son una característica predominante en la explicación de muchos trastornos y se han

considerado como una función potencialmente unificadora de las presentaciones de diversos síntomas y conductas desadaptativas relacionadas con los problemas de salud física y mental (Gross y Muñoz, 1995).

Así, aunque la relación de los procesos afectivos con la **salud física**, y en particular con el dolor crónico, es uno de los objetivos prioritarios del presente trabajo y será descrita a nivel específico en el siguiente apartado; cabe mencionar que muchos autores han destacado la importancia de las estrategias disfuncionales de regulación en el estudio de la salud física y se ha puesto de manifiesto como la inhibición de determinadas emociones o el estado emocional de hostilidad mantenido, se han relacionado, entre otros, con la hipertensión y los trastornos coronarios durante décadas (Friedman y Booth-Kewley, 1987; Julknen, Salonen, Kaplan, Cheney y Saloney, 1994; Manuck y Krantz, 1986; Smith, 1992; Steptoe, 1993). En este sentido, el **patrón de conducta tipo A** fue conceptualizado por los cardiólogos Friedman y Rosenman (1959; 1974) los cuales observaron en pacientes de su consulta que habían sufrido algún infarto una serie de características fundamentales entre las que destacaban una competitividad y ambición elevadas que conducían a querer destacar en cualquier actividad emprendida, una sobrecarga laboral, incluso en fines de semana y vacaciones y a nivel emocional altos niveles de impaciencia y hostilidad de carácter instrumental, que surgen cuando se sentían bloqueados en sus propósitos o se veían obligados a disminuir su ritmo de trabajo o actividad. Por otro lado, a nivel psicomotor los individuos tipo A presentan movimientos rápidos y enérgicos, tensión facial y muscular, contracción frecuente del puño y la mandíbula, gesticulación excesiva y un estilo general agresivo e impaciente. Paralelamente, su forma de hablar es vehemente, mostrándose particularmente irritados frente a interlocutores lentos y dubitativos. Se ha postulado que este patrón parece responder a un patrón de motivación de control exacerbada, a un estilo característico de respuesta ante aquellos estresores ambientales que suponen una amenaza para el sentido de control del individuo (Glass, 1977). Este tipo de patrón es un claro modelo de funcionamiento transaccional con el entorno que incrementa significativamente el estrés y el afecto negativo.

Asimismo, también se ha puesto de manifiesto que los procesos desregulatorios pueden tanto exacerbar dolencias menores (Pennenbaker, 1990), como acelerar el proceso de enfermedades crónicas de mayor índole como el cáncer (Fawzy et al., 1993; Gross, 1989; Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil, 1989).

Paralelamente, existen evidencias de que la supresión (y no expresión) consciente de las emociones se ha relacionado con una amplia gama de problemas físicos de salud y se ha puesto de manifiesto que, por el contrario, tiene efectos beneficiosos en relación con la limitación funcional y la salud mental por ejemplo, en enfermedades como la artritis reumatoide (Kelly, Lumley y Leslie, 1997). Otros estudios ponen de manifiesto la existencia de altos niveles de alexitimia (dificultad en la identificación y en el lenguaje emocional) en grupos de sujetos con hipertensión (Todarello, Taylor, Parker y Fanelli, 1995), o con trastorno de colon irritable (Porcelli, Leoci, Guerra, Taylor y Bagby, 1996), entre otros.

Asimismo, y ya en el terreno que nos ocupa; diferentes autores han puesto de manifiesto que también los procesos o déficits emocionales implicados en el constructo de alexitimia, como la evitación o inhibición emocional prolongada y la dificultad de identificación emocional, pueden implicar graves alteraciones en los niveles de afectividad negativa (Satalino, 2009), así como un aumento en los niveles de arousal y una interferencia evidente en los comportamientos adaptativos de las personas que padecen dolor crónico (Smith y Lumpley, 2002; Borkovec, Roemer y Kinnyon, 1995) y se ha puesto de manifiesto que se asocia además con una mayor tendencia a presentar síntomas físicos, además de tendencias comportamentales compulsivas (Lumley, 2007) y que además, el miedo y la evitación del dolor derivada parecen empeorar la experiencia de dolor y crear una mayor discapacidad (Schmidt y Cook, 1999).

En relación con la **Salud mental**, los trastornos psicológicos también se han asociado con déficits en el procesamiento emocional y diferentes autores han evidenciado problemas de procesamiento emocional en los pacientes que padecen determinados trastornos. En primer lugar debemos citar el trastorno de personalidad límite cuyo elemento central es precisamente la desregulación emocional (Linehan, 1993). Conductas muy patológicas propias de este trastorno como son las autolesivas o los intentos de suicidio se consideran cada vez más como intentos extremos de regular estados emocionales muy negativos (Gratz, 2003). Asimismo, los trastornos por consumo de sustancias como el alcohol a menudo son mantenidos e incluso iniciados por un intento de controlar y escapar de estados emocionales negativos (McNally et al., 2003). En este sentido, mientras algunas conceptualizaciones de la regulación de las emociones enfatizan la necesidad del control de la experiencia emocional y la expresión (en especial el control expresivo de las emociones negativas) en la reducción de la activación emocional (véase Cortés y Bugental, 1994;

Garner y Spears, 2000; Kopp, 1989; Zeman y Garber, 1996), otros han puesto de manifiesto los efectos paradójicos desadaptativos de los intentos de controlar la experiencia emocional y la expresión (a pesar de que el control emocional, ha sido a menudo equiparado con la regulación emocional, por ejemplo, Garner y Spears, de 2000; Zeman y Garber, 1996). Hayes et al. (1996) han sugerido que los esfuerzos para evitar las experiencias internas subyacen a muchos trastornos psicológicos y actualmente la literatura ha abalado dicha teoría con un creciente apoyo empírico (véase Stewart, Zvolensky, y Eifert, 2002). Así, la evitación de la experiencia emocional se ha definido como una estrategia de desregulación que lejos de ser útil, parece estar asociada a ciertos problemas como el trastorno de pánico (Tull, 2006; Feldner, Zvolensky, Eifert y Spira, 2003), el trastorno de ansiedad generalizada (Mennin, Heimberg, Turco y Fresco, 2002), y el trastorno por estrés postraumático (Cloitre, 1998), entre otros. Tanto la tendencia general a constreñir la expresión emocional, así como los intentos de las personas por ocultar la expresión emocional, se han asociado con aumento de la excitación fisiológica (Notarius y Levenson, 1979; Gross y Levenson, 1997). Esto sugiere que, lejos de ser una estrategia de regulación adaptativa, el control de la expresión emocional puede aumentar el riesgo de desregulación emocional dado que los altos niveles de excitación son más difíciles de regular (véase Eisenberg, Cumberland, y Spinrad, 1998; Flett, Blankstein, y Obertynski, 1996). Esta literatura sugiere que el énfasis en el control, en lugar de la aceptación de las respuestas emocionales, puede confundir los procesos que atentan contra la regulación con los que tienen por el contrario un carácter normativo. Por lo tanto, algunas conceptualizaciones de la regulación de la emoción hacen especial hincapié en la importancia de aceptar y valorar las respuestas emocionales (Cole et al., 1994; Linehan, 1993).

Derivado de estas conceptualizaciones se asume que la regulación emocional no implica necesariamente la disminución inmediata del afecto negativo (Cole, Michel, y Teti, 1994; Thompson, 1994). En este sentido, ante el afrontamiento de cualquier situación que implique emociones negativas, tanto los déficits en la capacidad de experimentar (y diferenciar) toda la gama de emociones, como las respuestas espontáneas de éstas; pueden ser tan desadaptativas como los déficits en la capacidad para atenuar y modular las emociones negativas fuertes (Cole et al., 1994; Gross y Muñoz, 1995; Paivio y Greenberg, 1998). Así, la regulación implica también la capacidad de atender a la emoción y la evaluación de la experiencia emocional, además de a su modificación, destacando la

importancia de la conciencia y la comprensión de las emociones como estrategias de procesamiento emocional (Thompson y Calkins, 1996).

Desde el ámbito de la inteligencia emocional, los modelos de procesamiento emocional adaptativo han relacionado la claridad y la regulación emocional positivamente con medidas de bienestar psicológico como satisfacción vital y felicidad, mientras que las deficiencias en estas habilidades han sido asociadas con mayores niveles de sintomatología (Austin, Saklofske y Egan, 2005; Dawada y Hart, 2000; Day, Therrien, y Carroll, 2005; Palmer, Donaldson, y Stough, 2002; Schutte et al., 1998; Tasaousis y Nikolaou, 2005). Además, muchos factores psicosociales como un mayor apoyo social y una menor limitación funcional también se han asociado con mayores niveles de inteligencia emocional y se ha postulado que altos niveles de inteligencia emocional pueden considerarse como procesos preventivos de salud (Brown y Schutte, 2006). Específicamente, alguno de los primeros estudios como el de Martínez-Pons (1997) comprobaron el poder predictivo de la IE en áreas de funcionamiento personal como: las metas (de dominio y de éxito competitivo) y la satisfacción vital (calidad de vida general). Este autor halló que la IE correlacionó positivamente con la satisfacción vital y las metas de dominio y que cuanto más elevada era la IE, mayor era la capacidad para realizar comportamientos adaptativos orientados hacia tareas. En consonancia con estos resultados, a lo largo de los años noventa comenzaron a surgir una serie de estudios que destacaron la relación significativa entre salud mental e IE (Fernández-Berrocal y Ramos-Díaz, 1999; Goldman et al., 1996; Martínez-Pons, 1999; Schutte et al., 1998). Así, Fernández-Berrocal y Ramos-Díaz (1999) llegaron a la conclusión de que la IE predecía el ajuste psicológico y que la IE era un concepto básico para entender cómo variables disposicionales se relacionaban con el estrés, el afrontamiento y la adaptación (Saklofske et al., 2007). En resumen, la IE parece actuar como un protector en la salud mental e influir en la disminución de la vulnerabilidad hacia los estados emocionales negativos y la depresión. Las investigaciones utilizando el TMMS muestran que las dimensiones de claridad y reparación se relacionan negativamente con el afecto negativo y la depresión, mientras que la dimensión de atención lo hace en sentido positivo en muchos casos (Extremera y Fernández-Berrocal, 2006; Fernández-Berrocal et al., 2006; Rude y McCarthy, 2003).

2.4.3 Procesos afectivos y sintomatología. Depresión y ansiedad

A continuación analizaremos los estudios recientes que puede justificar que las alteraciones de los procesos especificados en los modelos expuestos, están presentes en individuos con

distintos trastornos psicológicos y se desarrollará específicamente su implicación en la sintomatología ansiosa y depresiva por ser la sintomatología característica de las personas que sufren dolor crónico. Asimismo, centrándonos siempre en la presentación de las estrategias disfuncionales que pueden estar en la base de números síntomas emocionales negativos (ansiedad y depresión, entre otros), parece relevante hacer alusión a algunos de los trastornos más característicos que presentan comorbilidad con la enfermedad de FM. Ya se puso de manifiesto que, entre otras explicaciones etiológicas de la enfermedad de FM, determinados autores habían explicado la etiología de la enfermedad como un posible trastorno del estado de ánimo en sí mismo.

Asumiendo que hoy por hoy esa no es la hipótesis defendida, si podemos afirmar que los porcentajes de síntomas ansiosos y depresivos, así como el diagnóstico de algunos trastornos de ansiedad y depresión específicos; ha sido mayor en población con FM en comparación tanto con otras poblaciones con dolor crónico, como en comparación con otras poblaciones con problemas crónicos de salud- enfermedad. Así, aunque disponemos ciertas pruebas acerca de la existencia de déficits emocionales en muchas otras enfermedades o trastornos psicológicos, nos centraremos en clarificar la relación de los procesos afectivos con la sintomatología ansiosa y depresiva sobre la que se han obtenido resultados consolidados (estudios longitudinales y/o experimentales).

En este sentido, la revisión meta analítica de Aldo et al. (2010) pone de manifiesto que varios tipos de psicopatología y problemas de salud pueden ser entendidos como el resultado de unas estrategias emocionales deficitarias.

2.4.3.1 Procesos afectivos y depresión

La relación conceptual entre regulación afectiva y depresión es muy estrecha. Tal es así que la depresión podría ser denominada no ya un trastorno del estado de ánimo, sino específicamente un trastorno de la regulación del estado de ánimo. En efecto, la depresión tiene un componente muy importante de descontrol afectivo, o dicho de otra forma, de ruptura de la homeostasis afectiva en la que cada individuo fluctúa (Hervás 2011). La investigación corrobora la existencia de déficit de regulación emocional en las personas con depresión ya que se ha observado que sus estados de ánimo son más duraderos (Peeters, Nicolson, Delespaul y de Vries, 2003) y, al mismo tiempo, su tendencia a realizar actividades positivas es muy reducida (p.ej., Lewinsohn y Graf, 1973). Este resultado podría

ser interpretado como una prueba de la existencia de determinados déficit en la regulación del estado de ánimo que presentan los individuos con depresión (Peeters et al., 2003).

Sin embargo, no solo los procesos afectivos están relacionados con la depresión como trastorno, sino que la sintomatología depresiva, así como la vulnerabilidad a este trastorno puede tener implicaciones a nivel de procesos afectivos determinados. En relación con la vulnerabilidad, se ha observado que, tras una inducción negativa del estado de ánimo, personas con historia de depresión, y por tanto vulnerables a sufrir más episodios, muestran una mayor persistencia en el estado de ánimo negativo cuando son comparados con personas sin historia de depresión (Gilboa y Gotlib, 1997). Este resultado ha sido además posteriormente corroborado usando un diseño longitudinal en el cual se encontró que las personas con mayor persistencia emocional (es decir, mayor desregulación emocional) tenían más probabilidades de experimentar aumentos en la sintomatología depresiva pasadas unas semanas (Beevers y Carver, 2003). Por tanto, la falta de activación de estrategias de regulación podría estar contribuyendo a que, en determinadas personas, un estado anímico negativo pueda ir agravándose con el tiempo permitiendo la aparición de espirales depresivas (Hervás, 2011). En relación con la sintomatología depresiva en otros estudios se ha observado también que la gravedad de la sintomatología depresiva (caracterizada o no como trastorno) aparece asociada a una baja tendencia a la reparación percibida, especialmente en aquellos casos en los que los síntomas depresivos parece haberse desencadenado en respuesta a un acontecimiento vital estresante (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2003). También es de destacar el hecho de que varias de las variables que sabemos modulan la tendencia a la regulación afectiva, coinciden con algunas de las variables de personalidad que más robustamente aparecen en la literatura asociadas a la depresión y a otros trastornos con sintomatología depresiva (FM) como neuroticismo, estilos de apego o autoestima (ver Hervás y Vázquez, 2006a). Parecería, por tanto, que los procesos de regulación emocional pueden también ayudar a explicar por qué unas personas se deprimen y otras no ante un acontecimiento negativo como puede ser, entre otros, el padecimiento de una enfermedad crónica. En este sentido, muchos han sido los estudios interesados en analizar los perfiles emocionales diferenciales influyentes en la vivencia de la sintomatología asociada a la enfermedad y en los niveles de afectividad por considerar que, en función de los procesos regulatorios, las personas se pueden definir como más o menos resilientes en función de las capacidades y/o procesos emocionales puestos en marcha a la hora de afrontar un suceso (o enfermedad) determinado.

Asimismo, otras investigaciones ponen de manifiesto que determinados procesos de regulación eficaces para regular estados de ánimo negativos, pueden ser ineficaces en personas con síntomas depresivos. Así, se encontró que los pacientes depresivos tienen problemas cuando intentan regular sus estados de ánimo tristes con recuerdos positivos (Joorman, Siemer y Gotlib, 2007). En palabras de Hervás (2011), esto podría deberse, a que los depresivos presentan problemas en una o varias de las habilidades emocionales previas (i.e., claridad emocional, aceptación emocional...etc.), y en consecuencia, las estrategias de regulación funcionarían de forma deficitaria.

En este sentido, se ha mostrado que las personas con mayores niveles de sintomatología depresiva tienden a tener una mayor atención a las emociones y una menor claridad y reparación emocional (Extremera, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Cabello, 2006; Rude y McCarthy, 2003) y que además, el grupo de personas vulnerables (i.e. con historia previa de depresión) pero sin sintomatología en el momento de la evaluación también presentaban niveles más bajos de claridad emocional (Rude y McCarthy, 2003). Igualmente, un reciente estudio encontró que las personas con historia de depresión presentaban mayores problemas de regulación afectiva, menor claridad y menor aceptación emocional que el grupo control sin historia de depresión (Ehring, Fischer, Schnulle, Bosterling y Caffier, 2008).

Finalmente, a nivel cognitivo, diferentes autores han puesto de manifiesto que uno de los mecanismos por los que tanto la falta de claridad, como la excesiva atención o la falta de aceptación emocional, favorecen el desarrollo de síntomas depresivos parece ser el aumento de las reacciones rumiativas (Extremera et al., 2006; Hervás y Vázquez, 2006b; Salovey et al., 1995). Mientras que algunas personas afrontan las situaciones negativas mediante la reflexión (i.e., análisis emocional), otras personas emplean la rumiación que aumenta la vulnerabilidad a desarrollar episodios depresivos (p.ej., Treynor et al., 2003). Por tanto, parece que las personas con trastornos depresivos pueden tener dificultades para analizar y procesar emocionalmente los acontecimientos negativos (Greenberg y Watson, 2006). Algunos estudios recientes de tipo experimental sugieren que la falta de aceptación podría estar generando una mayor tendencia a rumiar (p.ej., Watkins y Moulds, 2005), y este efecto parece ser consecuencia del aumento en el número de emociones generados en los episodios de tristeza (Hervás y Vázquez, en prensa). En un plano teórico, Beavers (2005) ha propuesto recientemente una teoría dual de la vulnerabilidad cognitiva a la

depresión, distinguiendo entre procesos automáticos y controlados. Según su propuesta, los procesos automáticos o asociativos se tornarían perniciosos por la asociación entre el afecto negativo y la cognición negativa. Por su parte, los procesos reflexivos (o controlados) tendrían como misión corregir el sesgo negativo generado. Según este autor, estos procesos controlados podrían no activarse adecuadamente generando sesgos negativos más intensos y, en consecuencia, una mayor vulnerabilidad a la depresión. Lo más relevante para el tema que nos ocupa es que Beevers (2005) sugiere que la activación o no de dichos procesos correctivos estaría en función de variables como, por ejemplo, la tendencia a la regulación afectiva (Hervas, 2011).

2.4.3.2 Procesos afectivos y ansiedad

La ansiedad es un proceso psicofisiológico muy estudiado como síntoma pero del que aún quedan muchos aspectos por conocer en cuanto a las variables psicológicas que la activan y la mantienen.

En todo caso, los trastornos de ansiedad son cada vez comprendidos con mayor profundidad gracias a la confluencia de la investigación básica y aplicada. Por ejemplo, varios estudios experimentales han comprobado que aquellas personas que son inducidas a afrontar un episodio emocional de laboratorio intentando suprimir sus emociones reaccionaban con elevados niveles de actividad fisiológica aunque su sensación emocional subjetiva se redujera (p.ej., Gross y Levenson, 1997). Estos estudios sugieren que la tendencia a suprimir las emociones puede elevar los niveles de activación fisiológica de una persona. En consecuencia, la supresión emocional continuada podría, en combinación con otros factores situacionales (i.e., estrés continuado, situación traumática...etc.), estar en la base de las reacciones de intensa ansiedad en algunos pacientes (Hervas, 2011). Por tanto, aunque como veremos, son necesarios más estudios que demuestren inequívocamente el papel de los procesos emocionales como factores de vulnerabilidad, los datos demuestran la existencia de alteraciones emocionales en muchos pacientes con trastornos de ansiedad. De hecho, los programas de intervención unificados que se están planteando para los trastornos emocionales (i.e., depresión y ansiedad) plantean la necesidad de incluir un módulo centrado en la regulación emocional para tratar con eficacia este tipo de trastornos (Barlow, Allen y Choate, 2004).

Muchos han sido los trastornos de ansiedad que se han relacionado con procesos de ansiedad disfuncionales y, no siendo el objetivo analizar cada uno de ellos, parece que los

déficits emocionales generalizados podrían potenciar la sensibilidad a la experimentación de síntomas ansiosos (Devine, Stewart y Watt, 1999). En general se afirma que emplear estrategias disfuncionales de regulación emocional (i.e., evitación, rechazo, supresión) ante acontecimientos negativos de alta intensidad emocional podría aumentar progresivamente el nivel de activación fisiológica, y por tanto, predisponer a la experiencia de un trastorno de pánico (Baker et al., 2004), de TAG ((Mennin et al., 2005; Mennin, Holaway, Fresco, Moore y Heimberg, 2007; Hervás, 2011) y/o de TEPT (Rachman, 2001). Además, en relación con éste último, las reacciones postraumáticas están caracterizadas en la mayoría de casos por la aparición de numerosas emociones negativas, y habitualmente de forma muy intensa (p.ej., Vazquez, Hervás y Perez-Sales, 2008) siendo habitual que éstas personas presenten rasgos marcados de desregulación emocional (Tull, Barrett, McMillan y Roemer, 2007).

Centrándonos ya en estrategias específicas y en relación con la evitación, supresión y/o expresión de la experiencia emocional negativa, se ha puesto de manifiesto que tanto los pacientes con trastorno de pánico (Baker, Holloway, Thomas, Thomas y Owens, 2004; Katerndahl, 1999; Tull y Roemer, 2007), como los pacientes con TAG (Trastorno de Ansiedad Generalizada) tienen tendencia a la evitación, presentando además un déficit emocional importante. En este sentido, parece que las personas no sólo temen las sensaciones corporales de ansiedad (p.ej., Borden, Clum, Broyles y Watkins, 1988) sino que también en general manifiestan un temor y un rechazo a toda su experiencia emocional (Williams, Chambless y Ahrens, 1997; Tull y Roemer, 2007). Asimismo, otras investigaciones afirman que también el uso de estrategias de evitación da lugar a una mayor severidad de síntomas, especialmente en el TEPT (Monson, Price, Rodriguez, Ripley y Warner, 2004).

Asimismo, varias investigaciones han demostrado que también pacientes con ansiedad presentan mayores niveles de alexitimia que los respectivos grupos control (Gutiérrez y Arbej, 2005; Schut, Castonguay y Borkovec, 2001) teniendo además importantes dificultades en las capacidades de apertura emocional y la aceptación emocional. Estos resultados se han evidenciado tanto en pacientes con trastorno de pánico (p.ej., Gutiérrez y Arbej, 2005), como en pacientes con TAG (Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2005) y con TEPT (Tull et al., 2007) en los que se ha demostrado la existencia de un déficit en la capacidad de etiquetación emocional ya que manifiestan una muy baja comprensión de sus emociones (Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2005) y en la fase de aceptación ya que se ha observado que tienden a rechazar a la propia experiencia (Mennin et al., 2005).

Asimismo también se ha puesto de manifiesto que aunque el nivel de sintomatología postraumática parece independiente del nivel de atención emocional, éste correlaciona con una baja claridad emocional y con una reducida aceptación emocional tanto en pacientes con TEPT (Tull et al., 2007), como en pacientes con trastorno de pánico (Gratz y Roemer, 2004; Tull y Roemer, 2007).

La exposición presentada hasta el momento se ha centrado en contextualizar por un lado la enfermedad de fibromialgia desde sus inicios hasta la actualidad enmarcándose dentro de la disciplina de la Psicología de la Salud (primera parte); así como en contextualizar el estudio de los procesos afectivos como un ámbito de estudio reciente y diferenciado dentro del estudio de la emoción. Así, se ha planteado en primer lugar el estudio de diferentes procesos psicológicos afectivos implicados en la enfermedad de fibromialgia (FM) con el objetivo de intentar explicar, siempre desde un enfoque biopsicosocial que asume la interacción dinámica entre factores fisiológicos, psicológicos y sociales en la afección crónica, las diferencias en los niveles de calidad de vida y bienestar psicológico, así como la mayor o menor gravedad e intensidad de la sintomatología emocional, el dolor y de la limitación funcional asociada en las mujeres con fibromialgia. Asimismo, que estos resultados de salud-enfermedad determinan la presentación clínica de los problemas en términos de mayor o menor gravedad (Gatchel, 2004), y poniendo de manifiesto que en relación con los indicadores en el desarrollo de la enfermedad crónica, el dolor crónico está asociado con síntomas ansiosos, depresivos, y con niveles bajos de calidad de vida en pacientes con FM (Gormsen et al 2010); se planteaba en segundo lugar la posible (y corroborada) existencia de mecanismos de regulación y desregulación emocional asociados tanto al dolor crónico, como a la sintomatología y las variables procesos positivas de salud.

Paralelamente, haciendo alusión a las variables positivas de salud, en los últimos años ha habido una eclosión de interés y estudios sobre el bienestar (Vázquez y Hervás, 2009) y se han desarrollado conceptos y medidas de enorme importancia para acotar el concepto de salud positiva. Sin embargo, aunque desde una perspectiva subjetiva es relativamente sencillo identificar el propio nivel de bienestar o la felicidad, llegar a conclusiones más generales desde una perspectiva rigurosa se ha demostrado una tarea mucho más compleja (Ryan & Deci, 2001), y más aún si nos referimos a niveles de bienestar en personas con una enfermedad crónica. A pesar de ello, lo que si queda claro es que poseer un buen estado de

salud física o mental no sólo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos, sino en disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan resistir adversidades (Almedom & Glandon, 2007), entre los que (asumimos) se encuentran los procesos afectivos o procesos de regulación emocional.

Por todo ello, en el tercer bloque teórico que se presenta a continuación se integrarán finalmente los estudios recientes que relacionan los procesos afectivos con la enfermedad de FM, y se pondrá de manifiesto su influencia tanto en la sintomatología asociada (ansiedad y depresión), como en las variables positivas de salud considerando que la mejora en el ajuste psicológico (y por tanto emocional) puede ser una puerta de entrada para la mejora no solo de la sintomatología relacionada con la enfermedad en pacientes con FM, sino como un factor de protección contra la depresión (Cosci, 2011), y una posible medida de resiliencia relacionada con el aumento del bienestar psicológico y de la satisfacción vital de las pacientes afectadas.

Centrándonos así tanto en la enfermedad crónica, como en el bienestar psicológico y todos los procesos emocionales en conjunto; cabe señalar además la necesidad de considerar tanto las exigencias de la situación (personas que viven con una enfermedad crónica), como los objetivos del individuo (posibles variables cognitivas influyentes como la autoeficacia) en la evaluación de la regulación emocional (Thompson,1994; Thompson y Calkins, 1996), afirmando que la regulación de la emoción sólo puede entenderse y evaluarse dentro de un contexto específico (Cole et al., 1994, Thompson, 1994).

Es por ello que el conocimiento de las estrategias de regulación utilizadas en la experimentación de emociones específicas en las personas con dolor crónico si no se valora tanto la información sobre el contexto en el que se utilizan, y el tipo de dolor crónico evaluado, pueden proporcionar información insuficiente acerca de la capacidad de las pacientes para regular sus emociones. En cambio, el estudio de diferentes procesos emocionales y la integración de éstos con el resto de las variables estudiadas en una población de dolor crónico determinada (FM), implica flexibilidad en el conocimiento y uso de las estrategias de regulación de la emoción (Cole et al., 1994, Thompson, 1994). En este sentido y como mencionaremos a continuación, cabe destacar que en población con dolor crónico se ha puesto de manifiesto que la dificultad de identificación de emociones presentó una desviación clara de la media en la población con FM frente al grupo control,

mientras que la “conciencia emocional” no presento ninguna desviación (Van Middendorp et al., 2008).

También los investigadores del campo de los procesos afectivos han sugerido que la adaptación emocional consiste en alterar la regulación de la intensidad o la duración de una emoción en lugar de cambiar la experiencia de una emoción discreta (Thompson, 1994; Thompson y Calkins, 1996), y se puede afirmar que, en otras palabras, la regulación adaptativa implica la modulación de la experiencia de las emociones en lugar de la eliminación de ciertas emociones. Estas conceptualizaciones de la regulación de la emoción hacen hincapié en la capacidad de inhibir los comportamientos inapropiados o impulsivos que se comportan de acuerdo con los objetivos deseados al experimentar emociones negativas; no implicando sin embargo el control o la inhibición emocional en si misma (ver Linehan, 1993; Melnick y Hinshaw, 2000). Esta afirmación es importante en lo que a las personas con fibromialgia se refiere puesto que se ha encontrado que la supresión emocional correlaciona significativa y positivamente con altas puntuaciones en distres emocional y con mayor dolor y fatiga, mientras que la conciencia emocional fue única y mínimamente relacionado con un mejor funcionamiento físico y psicológico. Se afirma además que la experimentación emocional intensa estaba relacionada con mayor dolor únicamente en pacientes que habían perdido la capacidad de procesar y describir emociones. Además, los pacientes con FM presentaban claros déficits en la experimentación de afecto positivo y éste no amortiguaba la asociación entre el dolor y el afecto negativo.

Se puede concluir que el incremento de emociones negativas y el decremento de las positivas, así como el incremento de estrategias de supresión emocional están presentes en pacientes con FM. Estos resultados son acordes con estudios anteriores que ponen de manifiesto que existe relación entre ira inexpresada e intensidad de dolor en pacientes con dolor crónico (Kerns, Rosenberg y Jacob, 1994) y se evidencia que existe una baja conciencia e identificación de emociones negativas en pacientes con dolor crónico comparados con otros pacientes, y una mayor supresión de estados emocionales intensos en pacientes con dolor crónico en comparación con controles sanos (Hatch et al., 1991).

En conclusión, sobre la base de la labor conceptual y por encima de la conceptualización empírica, la regulación de la emoción puede ser conceptualizada como (a) la participación

de la conciencia en la comprensión de las emociones, (b) la aceptación de las emociones, (c) la capacidad de controlar las conductas impulsivas que se comportan de acuerdo con los objetivos deseados cuando se experimentan emociones negativas, y (d) la capacidad para utilizar estrategias adecuadas de regulación emocional siendo flexible para modular las respuestas emocionales como se desee con el fin de cumplir con las metas individuales en función de las demandas situacionales. Se concluye que la relativa ausencia de cualquiera de estas habilidades podría indicar la presencia de dificultades en la regulación de la emoción, o desregulación emocional y, consecuentemente, en los procesos de salud-enfermedad tanto en el terreno físico, como en los trastornos o la sintomatología emocional mantenida como consecuencia del padecimiento de una enfermedad y, en nuestro caso, como consecuencia de vivir con la enfermedad de fibromialgia. Asimismo estos procesos podrían influenciar los niveles de bienestar psicológico, afecto positivo y calidad de vida de las personas afectadas.

TERCERA PARTE

TERCERA PARTE: PROCESOS EMOCIONALES Y FIBROMIALGIA

3.1 Situación actual de los procesos de regulación afectiva en fibromialgia.

Como ya ha quedado reflejado, la **fibromialgia** produce un importante impacto en la salud de las personas que la sufren, tanto en el **funcionamiento físico, como en el psicológico, emocional y social** (Rivera, 2011; Mannerkorpi, Svantesson y Brodberg, 2006; Nicassio, Schuman, Radojevic y Weisman, 1999; Taal, Seydel, Rasker y Wiegman, 1993). En este sentido, asumiendo que la Salud se entiende hoy como la capacidad de funcionar bien personal y socialmente, obtener placer, satisfacción, felicidad, experimentar alegría y goce de la vida y, a la vez, como un recurso para la cantidad y calidad de vida, y no solo como la ausencia de enfermedad (OMS, 1948), resulta evidente que la FM, como cualquier otra enfermedad crónica, es una enfermedad que afecta a la Salud de las personas que la sufren, dado que afecta tanto a la “capacidad para funcionar bien personalmente” (presencia de síntomas ansiosos y depresivos, altos niveles de limitación funcional, dolor y pérdida de independencia, entre otros), como a la “capacidad de funcionar bien socialmente” (presencia de problemas laborales y/o sociales, familiares y/o sexuales (Orellana, Gratacós, Galisteo y Larrosa, 2009) entre otros), como a la “capacidad de experimentar bienestar psicológico y felicidad ” (déficits de experimentación de emociones positivas y bajos niveles de autonomía, autoaceptación, relaciones positivas, crecimiento personal, propósito en la vida y autoconocimiento).

Ante esta definición de salud y la exposición de la afectación de las dimensiones expuestas en las personas que sufren FM, cabe preguntarnos, basándonos en el objetivo de la presente tesis, el grado de carga emocional de dichas afectaciones. En este sentido y como expondremos a continuación, podríamos defender como cada una de las dimensiones afectadas implican procesos de regulación emocional que afectan a la salud de las pacientes con FM. En relación con la presencia de los síntomas y variables de salud-enfermedad, se puede plantear como dichos procesos de regulación emocional pueden contribuir al incremento de los síntomas asociados a la enfermedad (ansiedad, depresión, limitación funcional y dolor) o, también, pueden ser descritos como recursos resilientes de los pacientes ante el afrontamiento de la enfermedad. Igualmente, dada la heterogeneidad dentro de las pacientes con un mismo diagnóstico, señalada por diferentes autores

(Peñacoba et al., 2011), podríamos plantearnos si las variables de regulación emocional permiten el establecimiento de subgrupos más o menos homogéneos, cara a la mejora del propio diagnóstico y del pronóstico y la intervención. En este sentido, la evidencia de que las emociones y/o la afectividad son importantes en el estudio de la enfermedad crónica ya no es un tema a debatir, pues, como se ha venido señalando, muchos han sido los autores que han presentado estudios que avalan dicha afirmación, pero, asumiendo que su papel debe ser incuestionable, el cambio de enfoque relacionado con el estudio de las capacidades, el bienestar y las emociones positivas en la enfermedad crónica como factores principales, actualmente, es un debate que levanta polémica entre los investigadores, y muchos han sido reticentes ante los nuevos enfoques que plantean la necesidad de una modificación en el enfoque de investigación que implique también una apertura hacia el entrenamiento o puesta en marcha de diferentes estrategias terapéuticas en los tratamientos psicológicos de la enfermedad crónica relacionadas con dichas capacidades y procesos emocionales.

Así, a lo largo de la historia se ha evidenciado la importancia de la emoción en el dolor crónico. Si nos remontamos a las primeras décadas de la medicina psicosomática, a los problemas de dolor crónico se les atribuían una gran variedad de conflictos emocionales que se relacionaban tanto con la etiología, como con el curso del trastorno de dolor crónico. En este sentido, diferentes autores (aunque sus aportaciones carecían de soporte empírico) argumentaban que las personas con dolor crónico se caracterizaban por un patrón de personalidad determinado que implicaba, en la mayoría de las situaciones, la activación de ciertos mecanismos de defensa ante las experiencias emocionales intensas (Engel, 1959; Szasz, 1957). Así, es en este contexto, pero veinte años más tarde, cuando se describe por primera vez uno de los procesos de regulación emocional objeto de estudio de la presente tesis, la alexitimia. Como ya hemos comentado anteriormente, aunque su estudio deriva de modelos iniciales psicodinámicos relacionados con la denominada “Personalidad proclive al dolor” (Blumer y Heilbronn, 1981), en la actualidad diferentes autores señalan por un lado la existencia de puntuaciones más altas en alexitimia en personas con FM respecto a otros trastornos de dolor crónicos o a personas sanas (Sayar et al., 2004) y, por otro, se pone de manifiesto que a pesar de que el concepto de alexitimia implica factores psicológicos, ambientales, neurológicos y genéticos entre otros, el rol de muchos de ellos está aún poco claro y su relación con las variables emocionales y los procesos cognitivos y neuropsicológicos alterados en las personas con dolor crónico y,

particularmente en personas afectadas de FM, es a día de hoy, un ámbito de estudio de relevancia extrema en relación con el análisis de los procesos implicados tanto para el tratamiento de la sintomatología asociada a la FM, como para el análisis de las variables implicadas en la etiología, desarrollo y curso de la enfermedad.

Paralelamente, también en la propia definición del dolor (IASP, 1979) y en la conocida Teoría de la Puerta (Melzack y Wall, 1965,1982), además del componente sensorial del dolor (que se asociaba generalmente a un estímulo sensorial provocado por un estímulo nocivo interno o externo), se ponía de manifiesto que ligados al dolor, existían una serie de componentes tanto afectivos como conductuales que daban cabida a la posible relación de diferentes variables cognitivo-emocionales en la dimensión afectiva del dolor.

Así, entre los años 60 y 80, los modelos psicossomáticos iniciales de dolor crónico fueron desplazados en gran medida por modelos psicossociales basados en principios de aprendizaje comportamental y en teorías cognitivo-conductuales (Keefe, Dunsmore y Burnett, 1992) que ya, con una robusta solidez científica, evidenciaban la repercusión que los factores ambientales, biológicos, sociales y/o emocionales tenían sobre los procesos de dolor. En este sentido, y siempre desde un enfoque de salud-enfermedad, el estudio de los procesos psicológicos implicados en el dolor (cogniciones, variables afectivas, afrontamiento y personalidad entre otros) ha sido clave en la explicación de éste desde una perspectiva multidimensional dónde los factores psicológicos desempeñan un papel fundamental en la explicación de la etiología, el curso y el pronóstico de la enfermedad en las personas afectadas. Hoy en día, estos modelos biopsicossociales siguen centrados en el estudio del análisis de la contribución que las variables psicológicas tienen en el dolor crónico, siendo, en este contexto, en el que el estudio de los procesos emocionales mencionados en capítulos anteriores (procesos emocionales regulatorios y procesos emocionales desregulatorios), como variables implicadas en el procesamiento emocional, están teniendo cada vez un papel más crucial en el dolor crónico y, en particular, en la enfermedad de FM.

Dentro de estos modelos biopsicossociales, las teorías cognitivo-conductuales han tenido en la última década una transcendencia fundamental por ser participes de avances contundentes en el estudio del afrontamiento de la enfermedad crónica. Han sido numerosos los estudios que han relacionado la afectividad negativa con dicho

afrontamiento y, entre los más destacados, el estudio de los procesos de estrés y su implicación tanto etiológica como mantenedora de la sintomatología negativa asociada con la enfermedad, ha sido objeto de estudio de numerosos autores (Geenen et al., 2012).

En este sentido y antes de centrarnos directamente en los procesos de regulación emocional, cabe destacar que desde la perspectiva del estrés, los autores se han centrado, en su mayoría, en el estudio de las diferencias individuales en la adaptación a la enfermedad crónica analizando la influencia del afecto negativo en el contexto de las transacciones entre la persona y el medio (Lazarus y Folkman, 1984), lo que ha dado lugar a que, desgraciadamente, tanto el papel que los procesos emocionales (regulatorios o desregulatorios) pueden tener en dichas transacciones, como el papel que las variables positivas de salud pueden desempeñar como factores representativos e influyentes en la enfermedad, hayan quedado relegados durante mucho tiempo a un segundo plano.

A pesar de ello, han sido numerosas las críticas realizadas en relación con los problemas metodológicos de las investigaciones sobre afrontamiento y estrés (ver Coyne y Racioppo, 2000; Lázaro, 2000), poniéndose de manifiesto que los estudios empíricos que avalan ciertos resultados (Folkman y Moskowitz, 2000), no logran responder sin embargo todas las cuestiones relativas al estudio de la enfermedad de dolor crónico y las repercusiones que los procesos afectivos tienen en la propia enfermedad. Es por ello que numerosos investigadores han asumido la necesidad de seguir investigando en el terreno de los procesos emocionales y las variables positivas de salud, evitando centrarse únicamente en los procesos de afrontamiento emocional desde la perspectiva del estrés, sino como alternativa, atendiendo a un “capítulo” nuevo que incluye la regulación de las emociones y las variables cognitivo-emocionales positivas como foco complementario (y no excluyente) de los procesos de afrontamiento.

3.2. Afrontamiento y regulación emocional. Posibles modelos en dolor crónico.

Llegados a este punto, un problema añadido ante el que nos encontramos reside en el hecho de que el estudio de la regulación emocional ha sido incluido por numerosos autores como una dimensión más en el estudio de las estrategias de afrontamiento y, además de asumir que existen varias razones para diferenciar unas de otras a nivel general, específicamente en el terreno de la enfermedad de dolor crónico han sido tan numerosos

los debates al respecto que es necesario antes de seguir avanzando en el conocimiento de los procesos emocionales, recordar y aclarar las diferencias entre ambos (procesos emocionales y procesos de afrontamiento) con el objetivo de entender la dificultad añadida en la definición de las estrategias y/o procesos (o constructos) emocionales más relevantes estudiados en la fibromialgia.

Una de las razones más convincentes es que el afrontamiento y la regulación emocional tienen objetivos intrínsecamente diferentes. Afrontar abarca una amplia gama de estrategias cognitivas o comportamentales diseñadas para mitigar los efectos de un evento estresante (Lazarus y Folkman, 1984). En contraste, el objetivo de la regulación del afecto es, a menudo, cambiar un estado afectivo que puede o no estar relacionado con la resolución o el afrontamiento ante un estresante específico (Gross y John, 1998). Al incorporar la diferenciación entre ambos objetivos, centrarse únicamente en analizar las estrategias de afrontamiento para mitigar un estresante específico (como puede ser el dolor en la enfermedad de FM) puede hacer que los investigadores estén pasando por alto aspectos importantes de la autorregulación de las personas ante el afrontamiento del dolor crónico y los síntomas asociados. De esta manera, a lo largo del tiempo se han planteado varias hipótesis o modelos con el objetivo de analizar como diferentes procesos cognitivos, como por ejemplo el planteamiento de metas y objetivos, la autoeficacia y/o los procesos atributivos en los pacientes afectados de dolor crónico, repercutían ante el afrontamiento de situaciones, sucesos, estados emocionales o procesos en sí mismos, derivados de la enfermedad. Así, los esfuerzos en la explicación de los procesos de afrontamiento se han dividido, entre otros, en las líneas de diferenciación entre el afrontamiento centrado en la emoción frente al afrontamiento centrado en el problema (Lazarus y Folkman, 1984); entre el afrontamiento primario y el secundario (Rothbaum, Weisz, y Snyder, 1982) y, finalmente, se ha planteado también la existencia de un afrontamiento activo frente a un afrontamiento pasivo (Brown & Nicassio, 1987). Aunque la lógica que subyace a cada una de estas estructuras era ligeramente diferente, cada modelo sugiere una dicotomía entre las estrategias de afrontamiento dirigidas a los esfuerzos para hacer frente a factores extrínsecos (sucesos o eventos estresantes), frente a las estrategias relacionadas con los factores de autorregulación que, indirectamente, han sido patologizados en la literatura en términos desadaptativos en relación con el afrontamiento emocional. Afortunadamente esta etiqueta negativa ante los procesos emocionales ha ido evolucionando y actualmente

no solo ha desaparecido, sino que se han considerado como procesos complementarios de las estrategias de afrontamiento (Hsu et al., 2010).

En este sentido, diferentes autores se han centrado especialmente en el análisis de la emoción y su relación con el dolor crónico desde la perspectiva de la autorregulación personal y, entre otras, se han planteado dos teorías que aportan datos significativos sobre la importancia que los procesos emocionales podrían tener en relación con el afrontamiento del dolor crónico, la emoción y los factores asociados.

La primera de ellas, se centra en las diferencias individuales en los circuitos neurológicos relacionados con el procesamiento emocional que dan lugar a tendencias diferenciales hacia las emociones positivas y las negativas (Pickering y Gray, 1999). Varios autores postulan que esta relación tiene un origen motivacional y argumentan que ciertas personas serían más sensibles al refuerzo positivo, y como consecuencia, su vida en general acabaría estando más orientada a buscar emociones y estímulos positivos (Alto nivel de BAS—Behavioral Activation System), mientras otros serían más sensibles al refuerzo negativo o castigo (Alto nivel de BIS—Behavioral Inhibition System), y su vida se ordenaría alrededor de evitar emociones y estímulos negativos. De acuerdo con este modelo y asumiendo la dicotomía afectiva planteada en la literatura en los intentos de la explicación de los procesos de afrontamiento, se ha propuesto la existencia de dos sistemas diferenciados: un sistema de aproximación, responsable de la motivación apetitiva —refuerzos— y las conductas de aproximación, y un sistema de evitación/inhibición, vinculado a la motivación aversiva —castigos—, y a las conductas de evitación.

Dado que, como hemos visto, el carácter informativo de las emociones puede ser parte integral en la toma de decisiones con respecto a determinadas acciones o planes de las personas, así como en relación con el afrontamiento de la enfermedad crónica, se afirma que las emociones negativas se pueden enfocar hacia una dirección concreta para resolver un problema o aclarar nuestros objetivos (Parrou, 2001; Carver, Lawrence, y Scheier, 1996; Carver y Scheier, 1990) y, del mismo modo, las emociones positivas (por ejemplo, la alegría o interés) ayudan a ampliar la gama de pensamientos y acciones y a construir nuevos enfoques a través de la generación de recursos personales (Fredrickson, 2001). En este sentido, el modelo de autorregulación propuesto por Carver y colaboradores indica que la emoción se origina de las evaluaciones realizadas ante el medio (o proceso meta-

representacional) en función de las conductas motivacionales apetitivas o aversivas hacia una meta. Así, la respuesta emocional resultante determina las siguientes acciones dirigidas a objetivos (Carver y Scheier, 1990; Carver, 2004). En este modelo regulador autónomo, las diferencias individuales en el ajuste emocional se asumen como diferencias sensibles ante cualquiera de los dos sistemas. Estas teorías han brindado un gran apoyo a la hipótesis de que las personas difieren en la sensibilidad a la recompensa y el castigo (Carver y White, 1994; Carver, 2004) y se pone de manifiesto que la sensibilidad diferencial a las señales del BAS puede ayudar a explicar las diferencias individuales en las respuestas de los individuos (Villanueva et al, 2000). En concreto, los primeros trabajos sobre las escalas BIS / BAS mostraron que había una correlación moderada entre el afecto positivo y las medidas de sensibilidad BAS (Carver y White, 1994) y ponen de manifiesto que la afectividad positiva se ha planteado como un marcador de la sensibilidad de BAS. Relacionando este modelo con el dolor crónico se afirma sin embargo que dicha sensibilidad puede estar relacionada además con el dolor en sí mismo. Así, a pesar de Carver y Scheier especifican que las emociones surgen como consecuencia de las evaluaciones, también predicen que los estados emocionales pueden influir en el proceso de evaluación en sí mismo (Carver y Scheier, 1990), condicionando a su vez la estrategia de autorregulación puesta en marcha para afrontar tanto la emoción, como el dolor.

La segunda teoría planteada en el marco de la autorregulación es el Modelo Dinámico de la Vida Afectiva (DMA: Reich, Zautra y Davis, 2003; Zautra, 2003) que ya hemos comentado a lo largo del presente trabajo. En relación con este modelo, Zautra y sus colaboradores afirman que el ajuste emocional se relaciona con las diferencias individuales en la estructura subyacente de la vida afectiva, así como con limitaciones en el procesamiento de la información (por ejemplo, Reich et al, 2003; Zautra, 2003). En contraste con los modelos que sugieren un invariante único modelo tridimensional o bidimensional, el modelo ortogonal de afecto (DMA) afirma que la relación entre afecto positivo y negativo es dependiente del estado de la persona (Reich et al., 2003). En el marco del estrés y a través de estudios en personas con dolor crónico (AR y FM) (por ejemplo, Zautra et al., 2001), así como con adultos mayores con y sin dolor (Zautra, Reich, Davis, Nicolson y Potter, 2000), estos autores afirman que durante periodos de bajo estrés, los estados de ánimo positivos y negativos parecen fluctuar de forma independiente. Por el contrario, durante los períodos de alto estrés, el afecto positivo se ve influido por la afectividad negativa y la estructura del

afecto se puede ver modificada de una estructura bidimensional a una estructura afectiva unidimensional.

Aunque ambos modelos predicen la existencia de diferencias individuales en la respuesta de las personas ante los acontecimientos estresantes, el modelo DMA puede ser una herramienta más útil para entender las consecuencias afectivas de la vida diaria de una persona que padece dolor crónico.

Cabe destacar que mientras el modelo de Carver y Scheier se centra en las reacciones emocionales a eventos individuales (por ejemplo, Carver y Scheier, 1990), el DMA se centra más en los estados de ánimo generales que podrían abarcar la energía emocional derivada del planteamiento de muchos objetivos personales de los pacientes ante el afrontamiento del dolor crónico, así como las transacciones de energía emocional ligada al dolor u otros estados físicos y/o síntomas asociados (Zautra, 2003). Además, la DMA parece proporcionar una predicción más precisa de las respuestas emocionales para compensar el ajuste emocional durante los períodos de mayor estrés.

En definitiva, el modelo DMA sugiere que mientras durante los períodos de bajo estrés, la cognición y el afecto pueden variar en relación con múltiples trayectorias dirigidas a la consecución de objetivos de las personas afectadas por la enfermedad, sin embargo, durante los períodos de alto estrés la cognición y el procesamiento afectivo se centran básicamente en la reducción de la amenaza. Afirma además que, aun así, el procesamiento de la información positiva que no está relacionada con la amenaza (Reich et al., 2003; Zautra, 2003) también puede resultar alterado como consecuencia de la estructura unidimensional del afecto que acontece en los momentos de alto estrés (Affleck et al., 1998, 2001). Así, las diferencias encontradas entre grupos de personas con y sin dolor crónico, así como las diferencias entre personas con diferentes problemas de dolor crónico sugieren que, aun asumiendo la dificultad de que las personas funcionen adecuadamente durante los episodios de dolor intenso, el hecho de que algunas personas no vean alterado su bienestar y no disminuyan sus emociones positivas frente a otras que disminuyen drásticamente el afecto positivo pone de manifiesto la posibilidad de la existencia de mecanismos de regulación emocional esenciales, invisibles a los ojos de los investigadores, que medien el afrontamiento ante el dolor, los síntomas asociados y el bienestar psicológico de los pacientes. Estas diferencias individuales pueden estar relacionadas, siguiendo las aportaciones de Zautra y colaboradores, con la denominada “complejidad emocional”

(Reich et al., 2003.; Zautra, 2003). Así, estos autores afirman que en momentos de estrés, una persona "emocionalmente compleja" puede conservar (o no) la capacidad de responder a los eventos positivos y usar esa energía para alimentar los esfuerzos dirigidos hacia la consecución de un objetivo adicional. Así, la complejidad emocional podría estar determinada en parte por las actitudes hacia las emociones y las estrategias emocionales puestas en marcha para afrontar la situación estresante. En relación con esta línea de razonamiento, la claridad en el estado de ánimo es una estrategia emocional que está empezando a mostrar una gran relevancia para dilucidar las relaciones afectivas (Salovey y Mayer, 1990). En el contexto del modelo presentado por Zautra, Zautra, Smith, Ben Affleck y Tennen (2001) investigaron el papel que dicho proceso emocional podía tener en relación con los niveles de afecto positivo y negativo en pacientes con dolor crónico. La claridad del estado de ánimo ha sido definida dentro del contexto de la inteligencia emocional (Salovey y Mayer, 1990; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995) y, como se ha señalado, refleja la habilidad para identificar el estado emocional, los estados emocionales de los demás y el grado en que las personas creen que ellos tienen claro lo que están sintiendo. La claridad emocional resulta esencial para la cuestión de la separación de los afectos. El trabajo de Zautra et al. (2001) pretendía analizar la relación entre el afecto negativo y el dolor, en el contexto de la afectividad positiva y el estrés en una muestra de mujeres con artritis reumatoide. Los resultados ponen de manifiesto que la claridad del estado de ánimo se muestra como un factor moderador de estas relaciones. (Reich, Zautra y Davis, 2003).

Los modelos presentados sugieren, en conjunto, que efectivamente hay diferencias individuales en la relación entre el dolor y los procesos emocionales que podrían tener importantes implicaciones para la autorregulación emocional de los pacientes con dolor crónico. Asimismo, tanto las actitudes hacia la emoción enfocadas aquí como procesos emocionales "más cognitivos", como la complejidad emocional, implicarían una serie de procesos ya no solo de regulación emocional, sino también de desregulación emocional; también pueden reconocerse como factores determinantes de la eficacia de la autorregulación.

Se puede concluir que, dentro del entramado teórico de conceptos que dificultan aun más si cabe el estudio de la emoción en la enfermedad crónica, tanto los procesos de afrontamiento, como la diferenciación en las estructuras del afecto y las estructuras

diferenciales de los sistemas de aproximación y evitación que repercuten en la enfermedad (además claro está, de los procesos emocionales objeto de estudio del presente trabajo) son, en su conjunto, variables que deben ser tenidas en cuenta en el intento de comprender el fuerte impacto que la enfermedad de FM tiene en la calidad de vida y el bienestar de las personas que la sufren, es decir, en su salud (Adsuar et al., 2012; Kim et al., 2012; Velasco, 2011; Peñacoba, 2009; Davis, 1996; De Walt et al., 2004; Dewar et al., 2003; Henriksson, 1994; Kersh et al., 2001; Lledó, 2005; Lledó et al., 2009; Neumann, Berzak y Buskila, 2000; Neumann y Buskila, 1997; Rivera, 2004; Smith, 1998).

3.3 Variables cognitivas relacionadas con los procesos de regulación emocional en dolor crónico.

Una vez aclarados los conceptos concernientes a los modelos de autorregulación desde la perspectiva del estrés y diferenciados los procesos de afrontamiento de las estrategias de regulación emocional, en este epígrafe vamos a centrar nuestra atención en determinadas variables cognitivas entre las que, entre otras, destacan el locus de control, la autoeficacia y el planteamiento de metas y objetivos, que han sido ampliamente relacionadas ya no solo con el control del dolor, sino con el afrontamiento y el impacto de la enfermedad de dolor crónico en la vida de las personas afectadas (Affleck, Tenen, Urrows, y Higgins, 1992; Jensen, Turner, Romano, y Karoly, 1991; Keefe y Lefebvre, 2000; Reich y Zautra, 1995; Smith y Wallston, 1992; Zautra y Manne, 1992).

En este sentido, algunos autores han planteado que el estudio de las estrategias de afrontamiento en el contexto de la **planificación de metas u objetivos** de los pacientes en relación con el control de su dolor podría arrojar datos interesantes sobre la estructura subyacente de adaptación y afrontamiento emocional, facilitando así la comprensión de las estrategias seleccionadas en función del objetivo/os o la/s meta/s personales planteadas por los propios pacientes. Es más, algunos autores han planteado que el simple estudio de la dirección de las metas planteadas por los pacientes, más que el estudio del propio contenido de éstas, puede aportar un marco adecuado para la comprensión de las diferencias individuales en las respuestas de afrontamiento ante la enfermedad crónica de dolor (Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003). Así, clasificar los esfuerzos de adaptación en función de su respectiva función adaptativa podría hacer que muchos de los problemas de los sistemas de clasificación basados en el contenido de las metas pudieran evitarse. Por ejemplo, así como una amplia variedad de estrategias de afrontamiento pueden dirigirse

hacia la consecución del mismo objetivo, también dos personas pueden utilizar una única estrategia para alcanzar objetivos muy diferentes (Skinner et al., 2003). A modo de ejemplo, si consideramos el uso de la distracción como una estrategia para controlar el dolor crónico, la distracción del dolor podría ser un fin en sí mismo (una meta de evitación del daño o refuerzo negativo), o bien podría ser utilizado como un medio para lograr otros objetivos (la búsqueda de una recompensa o refuerzo positivo intrínseco provocado por la propia consecución de la meta). En este sentido, las diferencias en el significado funcional de los esfuerzos de afrontamiento pueden tener implicaciones significativas para la naturaleza de los resultados afectivos.

Se pone de manifiesto por tanto que, por un lado, podría existir una primera etapa centrada en la comprensión de la adaptación al dolor crónico y la ocurrencia de los brotes de dolor acontecidos y, por otro, podríamos destacar la existencia de una segunda etapa más centrada en la capacidad de manejar el dolor, en la cual se contemplaran diferentes estrategias tanto de afrontamiento como de regulación emocional, utilizadas para lograr dicho objetivo. Aunque es fácil suponer que todas las personas con dolor valoran el objetivo de reducir su dolor, otros objetivos relacionados (o no) con la enfermedad pueden ser considerados como objetivos de igual o mayor importancia para los pacientes. Por ejemplo, la reducción del dolor puede ser un objetivo secundario a los objetivos tales como conseguir un sueño reparador, seguir adelante con la vida a pesar del dolor, o convencer a otros de que el dolor es real (Hamilton et al., 2004) y puede que, en la selección de objetivos (y relacionando el estudio de las metas con los modelos de dos factores de la emoción), tanto las emociones experimentadas como los procesos encargados de regular dichas emociones puedan tener influencia (Gray, 1982; Lang, Bradley, Fitzsimmons, et al., 1998; Lang, Bradley, y Cuthbert, 1998; Watson et al., 1999). En concreto, se ha planteado la hipótesis de que las emociones negativas como la tristeza, el miedo y la ansiedad activan a corto plazo la evitación del planteamiento de objetivos (por ejemplo, Gray, 1994). Por el contrario, las emociones positivas influyen en el comportamiento de las personas (búsqueda de recompensa) y emociones tales como la diversión, la alegría y la satisfacción se han concebido como estados emocionales que a largo plazo influyen en la "ampliación y construcción personal" de manera que favorecen el planteamiento de objetivos, la construcción y el mantenimiento de las redes sociales y actividades creativas (Fredrickson, 1998; Gray, 1994). Se asume así que las emociones juegan un papel determinante a la hora

de seleccionar un objetivo e, indirectamente, las estrategias de procesamiento vinculados a esos estados de ánimo serían a su vez influyentes en la selección de dicho objetivo.

Si nos centramos en las personas que sufren dolor crónico, las emociones tienden a ejercer una influencia particularmente negativa en relación con las metas establecidas (así como con la autoeficacia) respecto al control del dolor, existiendo diferentes estudios que han relacionado el dolor con la emoción negativa y la desregulación emocional (Manne y Zautra, 1989, 1990; Smith y Christiansen, 1996; Weinberger, Hiner y Tierney, 1987; Zautra et al., 1997; Zautra, Burleson, Matt Roth y Burrows, 1994). Por ejemplo, la prevalencia de la depresión es mayor en las poblaciones de dolor crónico que en aquellas sin dolor (Brown, 1990; Dickens, McGowan, Clark-Carter, y Credo, 2002; Hawley y Wolfe, 1988). Además, los estudios longitudinales han demostrado que las exacerbaciones del dolor correlacionan con el estado de ánimo negativo (Affleck, Tennen, Urrows y Higgins, 1992; Zautra, Smith, Ben Affleck, y Tennen, 2001; Zautra y Smith, 2001). Estudios como éstos sugieren que, en promedio, las personas con dolor crónico pueden ser más vulnerables a las emociones negativas, así como a la experimentación de estados de ánimo negativos mantenidos más en el tiempo.

Una cuestión interesante que va más allá de la mera relación entre el dolor y el estado de ánimo negativo, implica el planteamiento de por qué las personas con dolor crónico tienen, además de mayor número de emociones negativas, mayor duración de estas en comparación con personas sanas. La respuesta a esta pregunta es complicada. Tal vez sea porque el dolor y la emoción tienden a activar trayectorias similares relacionadas con las metas. Así, las emociones negativas y el dolor tienden a activar procesos cognitivo-afectivos similares como, por ejemplo, una mayor vigilancia y la atención enfocada en uno mismo (ver Eccleston y Crombez, 1999; Janssen y Leiden, 2002). Funcionalmente, el dolor y el afecto negativo son señales de peligro y ponen al organismo en alerta ante la presencia de una amenaza y activan conductas de evitación de daños concomitantes, entre los cuales se ha mencionado el establecimiento de metas como uno de ellos (Eccleston y Crombez, 1999). El dolor y las emociones negativas, sin duda, pueden actuar de forma independiente pero, igualmente, pueden activar trayectorias paralelas para alcanzar un objetivo (ver Bolles y Fanselow (1980) para las distinciones posibles entre las trayectorias de metas para dolor y el miedo).

Adicionalmente, estos vínculos pueden ser causales. Como sugieren los datos prospectivos recogidos por Affleck y colaboradores (Affleck et al., 1992), ante el dolor a menudo se activa el sistema de las emociones negativas, tal vez como una alarma redundante. Aunque el dolor y la emoción pueden jugar un papel importante en los tipos de objetivos seleccionados por la persona que sufre una enfermedad de dolor crónico, también es probable que el contenido afectivo del objetivo se relacione con los resultados. En un estudio reciente de pacientes con fibromialgia, la gestión emocional de los objetivos planteados por los pacientes en relación con la enfermedad se relacionó con los resultados específicos conseguidos (Hamilton, Karoly y Zautra, 2004). Así, a los participantes se les pidió que clasificaran doce objetivos específicos en relación con la enfermedad de FM y se utilizó un análisis de conglomerados para identificar tres subgrupos de participantes con perfiles cualitativamente diferentes. El primer grupo representó objetivos tales como "seguir adelante con la vida, a pesar de mi FM" y le dio baja prioridad a los objetivos relacionados con la validación social de los síntomas. Las personas integradas en este grupo se denominaron como "auto-suficientes." El segundo grupo dio alta prioridad a objetivos tales como "buscar un profesional de la salud que pueda curar mi FM" dando igualmente escasa prioridad a los objetivos de validación social. Los pacientes que estaban representados bajo este objetivo fueron etiquetados como "pacientes en búsqueda de tratamiento". El tercer grupo dio mayor prioridad al desarrollo social de validación de objetivos tales como "convencer a las personas (médicos y mi familia) de que tengo un problema médico real" y fueron etiquetados como "pacientes con objetivos relacionados con la búsqueda efectiva tratamiento para la fibromialgia ya sea de fuentes tradicionales o no tradicionales." Los resultados ponen de manifiesto que los perfiles en función de las metas seleccionadas se relacionan con el afecto negativo. En este sentido, mientras los pacientes que dieron prioridad a la validación social reportaron altos niveles de dolor y afecto negativo, los participantes integrados en el grupo de "autosuficientes" informaron de bajos niveles de dolor y afecto negativo. En relación con estos resultados cabe destacar que sería importante para futuras investigaciones emplear metodologías longitudinales para determinar si el contenido de los objetivos es un factor determinante de ajuste emocional y, a su vez, si existen determinados procesos emocionales que medien la relación entre los objetivos planteados, el nivel de afectividad y la influencia en el afrontamiento de la enfermedad y en los niveles de sintomatología.

Por ello, tanto la recopilación de información sobre los objetivos de las personas ante las enfermedades, como el estudio de las estrategias de afrontamiento puestas en marcha, permiten a los investigadores responder a una serie de cuestiones importantes entre las que destacan si el hacer frente a los sistemas de clasificación basados en funciones adaptativas (es decir, objetivos) es o no adecuado.

Además, y quizás más importante, la información aportada por los estudios que analizan la relación entre los objetivos planteados con las estrategias de afrontamiento puestas en marcha por los pacientes con una enfermedad de dolor crónico podrían permitir a los investigadores determinar si los resultados de adaptación se relacionan (o no) con la selección de la meta correcta y la estrategia adecuada para hacerla frente. Asimismo, también se podría analizar si se está produciendo un buen ajuste entre el objetivo y la estrategia de afrontamiento y si, paralelamente, existen procesos emocionales mediadores de tal ajuste.

Cabe destacar que del conjunto de factores cognitivos que aparecen como determinantes en la adaptación a enfermedades crónicas, también la percepción de control es uno de los procesos psicológicos con mayor relevancia asumiendo su importante papel tanto en el estado de salud, como en la adaptación psicológica a los problemas de enfermedad (Martín-Aragón, Pastor, Lledó, López-Roig, Pons, y Terol, 2000; Pastor et al., 1999).

Como hemos destacado al principio del epígrafe, además del planteamiento de metas y objetivos, dentro de las **creencias de control** se engloban dos constructos que posiblemente tengan el mayor número de estudios en el ámbito de la salud: la percepción de competencia y la percepción de contingencia (Skinner, 1996). En relación con el primero y en base a las afirmaciones de Pastor et al. (2011), no cabe duda del efecto positivo de la percepción de competencia en términos de **Autoeficacia** entendida como la creencia sobre la capacidad personal para realizar las conductas necesarias dirigidas a conseguir un determinado resultado (Bandura, 1987). Cabe señalar que aunque ambos constructos tienen en común constituir mecanismos o recursos cognitivos que implican un sentido de control, la Autoeficacia (AE) aparece por sí sola como el proceso psicológico responsable del éxito en muchos problemas de salud, así como en el dolor crónico musculoesquelético (Gatchel et al., 2007; Pastor, Martín-Aragón, y Lledó, 1999) o, junto con la percepción de contingencia (Locus de Control) como recurso cognitivo relevante en

los procesos de recuperación del estrés en enfermos con FM o en su tolerancia al dolor y funcionamiento físico (González, Peñacoba, Velasco, López-López, Mercado y Barjola, 2009; Velasco, Zautra, Peñacoba, López-López y Barjola, 2008).

Asimismo y desde el contexto de las competencias emocionales que asume éstas como un constructo amplio que incluye diversos procesos y provoca una variedad de consecuencias para la salud (entre otras) (Bisquerra et al., 2007), autores como Saarni (2000) han relacionado la autoeficacia con la competencia emocional afirmando que ésta última se relaciona con la demostración de autoeficacia al expresar emociones en las transacciones sociales. Este autor define así la autoeficacia como la capacidad y las habilidades que tiene el individuo para lograr los objetivos deseados y concluye que para que haya autoeficacia se requiere conocimiento de las propias emociones y capacidad para regularlas hacia los resultados deseados. Afirma a su vez que todas las personas pueden experimentar incompetencia emocional en un momento dado y en un espacio determinado, dado que no se sienten preparadas para esa situación y concluye que, junto con el resto de los procesos emocionales conocidos, la capacidad de autoeficacia emocional de las personas implicaría que las personas se ven a sí mismas como capaces de sentir, por encima de todo, como se quieren sentir. La autoeficacia emocional significaría por tanto que uno acepta su propia experiencia emocional, tanto si es única y excéntrica como si es culturalmente convencional, y esta aceptación está de acuerdo con las creencias del individuo sobre lo que constituye un balance emocional deseable. En esencia, uno vive de acuerdo con su “teoría personal sobre las emociones” cuando demuestra autoeficacia emocional que está en consonancia con los propios valores morales. (Saarni, 1997, 2000).

Asumiendo así por un lado la implicación de la autoeficacia en las enfermedades de dolor crónico, y por otro la posibilidad de que ésta se relacione indirectamente con competencias emocionales que impliquen la puesta en práctica de determinados procesos de regulación emocional; en el presente estudio la autoeficacia ha sido integrada con el objetivo de analizar su papel en relación con los procesos emocionales afirmando además que la capacidad de contemplar tratamientos específicos que integren tanto el entrenamiento en estrategias de procesamiento emocional, como el entrenamiento en estrategias de autoeficacia como recursos positivos (o resilientes) ante la enfermedad crónica, podría ser uno de los objetivos indirectos perseguidos.

Siguiendo en esta misma línea, como destacan Pastor et al., (2011) actualmente existen nuevos tratamientos en personas con dolor crónico que incluyen el entrenamiento en estrategias específicas de mejora de la autoeficacia que, además de los cambios sobre la ésta, disminuyen también la intensidad del dolor, la fatiga o la indefensión, la mejoría en la actividad funcional y el bienestar emocional, así como la disminución del estrés, la depresión y la ansiedad, entre otros (Barlow, Cullen y Rowe, 2002; Hughes, Robinson-Whelen, Taylor, y Hall, 2006; Lorig, Ritter, Laurent, y Fries, 2004; Lorig, Sobel, Ritter, Laurent, y Hobbs, 2001). Asimismo, otras intervenciones dirigidas a aumentar la Autoeficacia percibida en pacientes con FM también han obtenido mejoría en el dolor (intensidad y puntos), la ansiedad y la depresión, manteniéndola durante períodos de seguimiento de hasta 3 meses (King, Wessel, Bhambhani, Sholter, y Maksymowych, 2002).

Sin embargo, asumiendo que en la literatura revisada no se han encontrado estudios que analicen específicamente la relación de la autoeficacia con los procesos emocionales en fibromialgia, si hay algunos estudios que ponen de manifiesto la existencia de correlaciones negativas entre la autoeficacia y los procesos integrados en el constructo de alexitimia en población con dolor crónico (Pecukonis, 2009; Lumley et al., 2002) y estudios que ponen de manifiesto el papel mediador de la autoeficacia entre el dolor y la capacidad de regular la emoción de ira, afirmando la existencia de un papel mediador de ésta en dicha relación (Lombardo, 2005).

Paralelamente y centrándonos ahora en el dolor, estudios recientes muestran cómo la aceptación de que éste es incontrolable se asocia a un mejor funcionamiento y/o a un mejor bienestar psicológico (Esteve, Ramírez-Maestre, y López-Martínez, 2007; McCracken, Vowles, y Eccleston, 2005; Viane, Crombez, Eccleston, Poppe, Devulder, Van Houdenhove, y De Corte, 2003). En este sentido, la aceptación del dolor supone asumir la incontrolabilidad del mismo sin necesidad de resistirse a él, ni de implicarse activamente en el cambio de las sensaciones dolorosas ni en el de los pensamientos y emociones asociadas por muy intensas que sean, continuando, además, con las actividades habituales (Esteve et al., 2007; García-Campayo y Rodero, 2009; McCracken, 1998; Pastor, 2011).

En este sentido aunque la aceptación del dolor puede verse como opuesta a la percepción de control, no está alejada de la misma pues supone ejercer control sobre el “proceso” y sobre las consecuencias del dolor (Pastor et al., 2011). Llegados a este punto se puede

hipotetizar que la aceptación del dolor también puede implicar mecanismos de procesamiento emocional que puedan mediar la relación entre la autoeficacia y el afrontamiento del dolor entendiendo la autoeficacia como un recurso del sujeto en el marco de los procesos de valoración secundaria del modelo de estrés-afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) y las asociaciones positivas encontradas entre aceptación y afrontamiento activo en algunos trabajos, apoyarían esta última consideración (Esteve et al., 2007).

En esta línea y asumiendo que en el dolor crónico, cada vez hay más datos acerca de la eficacia de los tratamientos basados en la Terapia de Aceptación y Compromiso como una de las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación con resultados prometedores en este contexto (McCraken et al., 2005; Vowles, McCracken, y Eccleston, 2007; Vowles y McCracken, 2008; entre otros), autoras como Pastor et al. (2005) recomiendan integrar la aceptación del dolor en el repertorio de teorías más clásicas de afrontamiento, de las que se nutren algunos de los programas de tratamiento disponibles hasta el momento. Asimismo las estrategias de regulación emocional implicadas tanto en la aceptación del dolor, como en el afrontamiento de las experiencias y la sintomatología derivada de la enfermedad, deben ser integradas en el marco de los programas de tratamiento actuales con el objetivo de combinar técnicas basadas en el control, con técnicas basadas en la aceptación y en la regulación emocional para ofrecer un repertorio de metas y estrategias adecuado, potenciando la flexibilidad en su utilización (Kratz, Davis, y Zautra, 2007).

3.4 Procesos específicos de regulación afectiva estudiados en la enfermedad de fibromialgia y su repercusión en variables de enfermedad y variables específicas de dolor.

3.4.1 Procesos emocionales, resultados de salud-enfermedad y dolor crónico.

Pese a que en la literatura no se ha reflejado el estudio específico de la influencia de los procesos de regulación emocional en las variables de salud-enfermedad influyentes en el dolor crónico hasta la última década, y que ha sido recientemente cuando se ha evidenciado la existencia de diferencias en los niveles de sintomatología emocional negativa en la población con FM frente a otras poblaciones con dolor crónico, el interés por analizar los mecanismos responsables de tales diferencias es una de las cuestiones más relevantes hoy en día respecto al dolor crónico y a la fibromialgia en particular.

Como se ha señalado, en la actualidad se asume que dicha sintomatología emocional es consecuencia y no causa de enfermedad y se evidencia además la necesidad de estudiar los procesos afectivos influyentes en la explicación de dicha sintomatología, asumiendo que los estudios presentados hasta el momento no han conseguido concluir un mecanismo causal explicativo de las diferencias, ya no solo entre las diferentes poblaciones con dolor crónico, sino entre las personas que padecen la misma enfermedad.

Así, en el caso de la FM se ha puesto de manifiesto la existencia de una gran variabilidad en la prevalencia de problemas afectivos en esta población, apoyando la hipótesis ya comentada de la heterogeneidad dentro del mismo diagnóstico (Thieme, Turk, y Flor, 2004). Han sido numerosos los autores que han intentado dar una explicación a la sintomatología negativa desde diferentes ámbitos de investigación y, en este intento, ya mencionábamos como los estudios sobre el estrés ponían de manifiesto que el simple examen de los procesos de estrés (aun siendo relevante para entender los niveles de impacto afectados en la enfermedad crónica) era insuficiente, destacándose la necesidad de avanzar en el estudio de los procesos emocionales asociados a los eventos estresantes, asumiendo que el efecto de las situaciones estresantes estaba posiblemente mediado por el procesamiento emocional de tales eventos (Borkovec, Roemer y Kinyon, 1995; Greenberg y Safran, 1989; Lang, 1985; Pennebaker, 1993). Asimismo, los estudios relacionados con la dimensión afectiva del dolor afirmaban que la afectividad (y en particular el afecto negativo) modulaba la percepción del dolor (Janssen, 2002; Geisser et al., 2000), poniendo de manifiesto que la respuesta emocional al dolor es considerada como una parte esencial de la experiencia dolorosa que interfería tanto en el impacto de la enfermedad de dolor crónico como en la sintomatología derivada. Así, se ponía de manifiesto que el dolor y el afecto negativo (en particular la ansiedad) provocaban respuestas en el sistema simpático y parecían compartir patrones similares. Sin embargo, aunque autores como Melzack y Wall (1982) hipotizaron que el afecto negativo aumentaba el dolor “abriendo la puerta” a nivel espinal, éstos no especificaron la manera exacta en la que los procesos afectivos pudieran operar en vías descendentes.

De igual modo, los estudios centrados en el análisis de la influencia del afecto negativo en los niveles de experimentación del dolor afirmaban que, además de la existencia de una correlación significativa positiva entre dolor y afecto negativo (Affleck, 1992), los estados emocionales negativos experimentados por los pacientes podían ser entendidos como

factores de riesgo que aumentaban a su vez la probabilidad de experimentar mayor dolor, amplificando su intensidad y la sobrestimación de éste por parte de los pacientes. Zelman, Howland, Nichols, y Cleeland (1991) realizaron un estudio experimental con el objetivo de valorar dicha hipótesis en personas sin dolor crónico para controlar el efecto indirecto de la enfermedad y evaluaron los efectos de la inducción del estado de ánimo en la tolerancia al dolor en una muestra de 65 participantes sin dolor. Los participantes fueron asignados a una de las tres condiciones experimentales de inducción anímica: positiva, negativa o neutra. Los resultados indicaron que los participantes que recibieron la inducción de estados de ánimo negativo mostraron una disminución significativa en la tolerancia al dolor, mientras que aquellos que recibieron la inducción de ánimo positiva mostraron un incremento significativo en la tolerancia al dolor (Salovey y Birnbaum, 1989). Se comprobaba así su hipótesis y evidenciaba el valor predictivo del afecto sobre la tolerancia al dolor. En esta misma línea, Rhudy y Meagher (2000) trataron de comprobar si la inducción de la emoción del miedo y/o ansiedad aumentaba la percepción de dolor y para ello seleccionaron a 60 adultos que fueron asignados aleatoriamente a una de las tres condiciones de inducción de la emoción diseñadas para el estudio: una condición miedo (en el que fueron expuestos a tres golpes breves), una condición de ansiedad (en la que los sujetos experimentaban la amenaza de posibles golpes) y, finalmente, una condición neutra sin ninguna condición de inducción emocional. El umbral del dolor fue evaluado antes y después de la inducción. Los resultados revelaron que la ansiedad y el miedo tienen efectos diferentes en el umbral del dolor. Así, mientras que la emoción de ansiedad se asoció a niveles bajos en el umbral del dolor (evaluada por la retirada de los dedos), el miedo dio lugar a niveles más elevados en los umbrales del dolor ante la tarea experimental.

También desde un punto de vista comportamental y centrándose en el afrontamiento de los pacientes ante los episodios de dolor, se ponía de manifiesto que en relación con las emociones derivadas de la experimentación de episodios de dolor en población afectada de dolor crónico, las personas que temían sobre la experiencia del dolor solían evitar los estímulos que evaluaban como determinantes en la experiencia del mismo, incluyendo, entre otros, el movimiento, las interacciones sociales y determinadas las situaciones interpersonales (Asmundson, Norton y Norton, 1999). Así, en un estudio presentado por Crombez et al. (1999), las personas con un alto miedo ante la experimentación de dolor, tenían mayor número de respuestas de escape o evitación de las condiciones desencadenantes del dolor, frente a personas con puntuaciones bajas o moderadas en

miedo. Con el objetivo de valorar si el propio miedo moderaba la relación entre la atención, el procesamiento cognitivo y el propio dolor, se llevó a cabo un estudio con 40 pacientes con dolor crónico y se probó la interferencia atencional mediante una prueba experimental que implicaba una tarea cognitiva relacionada con una tarea de interferencia numérica. Los resultados encontrados concluían que las pacientes con mayor dolor y mayor miedo ante éste, tenían además mayor hipervigilancia al dolor frente al grupo de pacientes con menores niveles de dolor y miedo. Schmidt and Cook (1999) dieron un paso más, poniendo de manifiesto que la sensibilidad a la ansiedad (relacionada conceptualmente con el miedo al dolor -Asmundson et al., 1999-) se relacionaba también con mayores puntuaciones de dolor. Estos estudios ponían de manifiesto que tanto el afecto negativo como la experimentación emocional de miedo y ansiedad ante los episodios de dolor, además de las estrategias de afrontamiento basadas en la evitación del mismo, se muestran como factores relevantes en la experiencia de dolor, implicando además una mayor discapacidad y limitación en el afrontamiento de la enfermedad. Se evidencia así que los diferentes procesos implicados en el afrontamiento de distintas emociones deben ser explorados por su influencia sobre el dolor (síntoma principal en la enfermedad de FM), así como en relación con las variables asociadas a la enfermedad que limitan la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas afectadas.

Como ha quedado expuesto, han sido numerosos los autores que desde diferentes ámbitos han intentado explicar e integrar los mecanismos emocionales influyentes en el dolor crónico y en particular en la enfermedad de FM, poniendo de manifiesto, sin infravalorar los estudios presentados que ya nos aportan información relevante sobre las variables emocionales influyentes en el afrontamiento de la enfermedad, la necesidad de atender a las variables emocionales o procesos emocionales más específicos como un punto crucial. Parece evidenciarse la necesidad de ir un poco más allá y analizar cómo diferentes procesos emocionales pueden tener influencia en la enfermedad como factores influyentes, mediadores y/o determinantes no solo en relación con el impacto emocional de la enfermedad, sino también en relación con el impacto físico y psicosocial como componentes básicos del funcionamiento global de la persona (Pons, 2010). Así, dentro del estudio del afecto también se pone de manifiesto la importancia encubierta que los diferentes estudios le dan a los procesos subyacentes (posiblemente emocionales y/o cognitivos) que hacen que el procesamiento o la gestión emocional de las personas influya directamente en el afrontamiento de la enfermedad y en los síntomas característicos.

Al mismo tiempo, parece asumirse el hecho de que centrarse única y exclusivamente en el estudio de variables negativas de regulación conllevaría la pérdida de información relevante sobre como las personas afrontan la enfermedad crónica. Es por ello que, paralelamente al estudio de los procesos emocionales relacionados con variables negativas de salud-enfermedad, algunos autores se han interesado por el estudio de variables positivas tanto cognitivas (como las metas personales y la capacidad de autorregulación de los pacientes con dolor) como emocionales (procesos regulatorios adaptativos y experimentación de emociones positivas, entre otros) como influyentes no solo en los niveles de sintomatología negativa, sino en los niveles de bienestar psicológico de las personas afectadas.

3.4.2. Procesos de regulación emocional estudiados en fibromialgia

Como hemos podido observar, nos encontramos ante multitud de procesos emocionales y cognitivos que influyen en la enfermedad crónica, con la complejidad asociada de que la mayoría de ellos han sido definidos desde diferentes perspectivas que a su vez han sido contempladas conjuntamente en diferentes estudios. Aun así, con el objetivo de solventar este problema, los investigadores de la última década han abandonado los modelos clásicos de afrontamiento centrados únicamente en el afrontamiento del problema de dolor y han recurrido a las escalas heterogéneas, como el Inventario Multidimensional del Afrontamiento del Dolor (Brown y Nicassio, 1987) o el COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989) (entre otros), que incluyen subescalas que reflejan la regulación de emociones como objetivos prioritarios. Por razones pragmáticas, los investigadores utilizan con frecuencia el análisis factorial (al igual que en la parte empírica de nuestro trabajo) para combinar subescalas que a menudo dan lugar a una serie de factores que combinan elementos de afrontamiento tanto dirigidos hacia la autorregulación activa de los procesos de estrés (por ejemplo, la reestructuración cognitiva), como a aspectos relacionados con la búsqueda de apoyo social como posible estrategia de afrontamiento, y/o a factores que reflejan respuestas cognitivas desadaptativas que dan lugar por tanto a un afrontamiento deficitario (por ejemplo, Zautra, Hamilton, y Burke, 1999). Aunque este enfoque de medición a menudo produce factores que predicen los niveles de ajuste psicológico de las personas ante el estrés producido por la enfermedad, sin embargo también es cierto que los tamaños del efecto de los diferentes estudios planteados han sido generalmente pequeños, especialmente en lo referente a la capacidad adaptativa de los pacientes, limitando posiblemente la conclusión de algunos de los resultados (ver Zautra y Wrabetz (1991) para una revisión de la literatura).

Tal y como se ha venido argumentando, parece evidente que las personas que sufren dolor crónico difieren en sus procesos de regulación emocional y, en particular, se han mostrado diferencias ya no solo a nivel idiográfico (entre las propias personas con FM), sino entre poblaciones que sufren dolor crónico y personas sanas. Así, la literatura precedente ha intentado explicar los diferentes procesos que intervienen en el impacto emocional que la fibromialgia tiene en las personas que la padecen y, entre los resultados encontrados, han sido numerosos los procesos emocionales destacados como influyentes, predictores o mediadores de las variables de salud-enfermedad asociadas con la enfermedad crónica. Entre todas ellas, se expondrán a continuación la alexitimia y sus déficits de identificación y descripción emocional asociados, la supresión emocional y la inhibición emocional como procesos representativos de desregulación afectiva y, en contraposición, se expondrán los estudios relacionados con la expresión emocional y la reevaluación emocional (entre otros), entendidos como procesos adaptativos de regulación emocional. Cabe destacar que, entre todos los procesos mencionados en la literatura, la alexitimia ha sido el proceso emocional más reconocido por su papel influyente en población con FM y es por esta razón, por lo que en la exposición dedicaremos un apartado específico a esta variable.

Asimismo, muchos de estos procesos han sido evaluados en conjunto y, como ya hemos señalado, la dificultad tanto en su definición como en las medidas utilizadas para su evaluación hace que el mismo proceso pueda ser denominado de diferentes maneras. Es por esta razón entre otras, por la que en nuestro trabajo, apoyándonos en multitud de estudios que han hecho lo mismo tanto con los mismos constructos aquí utilizados (Gohm et al., 2010), como con constructos teóricos distintos (Pearson et al., 2010), se ha realizado un análisis factorial incluyendo los diferentes procesos evaluados con las diferentes escalas propuestas en la literatura, para, en la medida de lo posible, unir todos los procesos emocionales que miden un mismo constructo, evitando así una interpretación errónea de los mecanismos emocionales. En la exposición presentada a continuación se nombran los procesos tal y como éstos aparecen en los estudios mencionados.

3.4.2.1. Estrategias de supresión, inhibición y expresión emocional en FM

En relación con los procesos específicos de regulación emocional, existen en la literatura varias investigaciones que examinan la capacidad de las personas con dolor de identificar, entender, expresar y/o poner en marcha otros mecanismos para afrontar las emociones (Kennedy-Moore y Watson, 1999; Mayer y Salovey, 1997; Stanton, Danoff-Burg, Cameron,

y Ellis, 1994; Taylor, Bagby, y Parker, 1997). Así, autores como Kennedy-Moore and Watson (1999) identificaron, entre otros, dos grupos de procesos emocionales regulatorios importantes en la experiencia del dolor. El primero de ellos estaba relacionado con las habilidades para ser consciente, identificar y entender las emociones y, el segundo de ellos integraba estrategias relacionadas con la expresión o la inhibición de éstas.

Stanton et al. (1994) demostraron que, al contrario de lo que la literatura del estrés exponía, el afrontamiento centrado en la emoción podía ser más adaptativo que desadaptativo. En este sentido, el estudio de diferentes estrategias de regulación específicas puso de manifiesto que prestar atención, tener conocimiento y expresar las emociones son procesos adaptativos que ayudan a regular la propia emoción. De acuerdo a este trabajo, muchos de los ítems de los test estandarizados para evaluar las estrategias centradas en el afrontamiento emocional pueden ser considerados como manifestaciones de procesos psicológicos adaptativos y o desadaptativos que, puestos en marcha, aumentan y/o disminuyen el estrés al margen de que éste se incremente por la evaluación cognitiva de tal evento. Así, se postula una vez más la existencia de procesos emocionales desadaptativos en el afrontamiento de la enfermedad crónica y, especialmente, en el procesamiento del dolor, que se diferencian de los procesos de afrontamiento ante la enfermedad en general. Stanton et al. (1994) crean así una escala centrada en el procesamiento emocional y afirman que estrategias como identificar, entender y expresar adecuadamente las emociones están relacionadas con mayores niveles de salud, al menos en mujeres. Dado que esta escala no ha sido utilizada con población con dolor crónico, podría replantearse su uso con el objetivo de proporcionar nuevos conocimientos sobre las estrategias más positivas de regulación emocional utilizadas por las personas que experimentan dolor persistente.

Por otro lado, otra estrategia de regulación emocional que ha ido ganando una considerable atención está relacionada con la **experimentación y expresión emocional**, específicamente en relación con las emociones negativas derivadas de las experiencias estresantes (Kennedy-Moore y Watson, 1999). Los autores asumen que la respuesta normal a una experiencia estresante implica un proceso de evitación cognitiva inicial de recuerdos emocionales intermitentes que se alternan en la memoria, y que por lo general implica la posterior integración cognitiva del recuerdo con la experiencia emocional para la resolución de la experiencia estresante vivida. Así, a pesar de que la evitación temporal de las emociones que se derivan de las principales experiencias estresantes pueda ser adaptativa en

un primer momento (Suls y Fletcher, 1985), la evitación excesiva o prolongada, así como la inhibición tanto de la emoción experimentada como de los recuerdos emocionales negativos impide la reevaluación emocional, integración y resolución de suceso (Borkovec et al., 1995; Horowitz, 1986; Pennebaker, 1993). La inhibición emocional conduce así a pensamientos rumiativos y a la aparición de emociones como ansiedad y/o depresión, además de provocar síntomas físicos que producen una interferencia con la conducta adaptativa y un aumento de la activación fisiológica que puede causar, entre otros, una disfunción autonómica e inmune y posiblemente agravar la enfermedad crónica (Borkovec et al., 1995.; Pennebaker, 1993; Pennebaker y O'Heeron, 1984).

Aunque las emociones negativas y otras variables como el estrés han sido claramente asociadas con un aumento de la percepción de dolor y con la sintomatología ansiosa y depresiva (Zautra et al., 2006), diferentes autores han puesto de manifiesto que también los déficits emocionales como la evitación o inhibición emocional prolongada y la dificultad de identificación emocional, pueden implicar graves alteraciones ya no solo en los niveles de dolor, sino en los niveles de afectividad negativa (Satalino, 2009), así como un aumento en los niveles de arousal y una interferencia evidente en los comportamientos adaptativos de las personas que padecen dolor crónico (Smith y Lumpley, 2002; Borkovec, Roemer y Kinnyon, 1995).

Estudios de laboratorio que datan de la década de los 80 provenientes del ámbito del estudio de la personalidad, ya indicaban que además de que las personas que habitualmente inhiben diversas emociones son más propensos a sufrir de una serie de problemas de salud (Emmons y King, 1988), también la **inhibición emocional** conducía a la **activación autonómica** (Buck, 1984; Pennebaker, Hughes; O'Heeron, 1987).

Paralelamente, otros estudios también argumentaban que la supresión de pensamientos negativos relacionados con las experiencias de estrés disminuye la circulación de linfocitos T (Petrie, Booth, y Pennebaker, 1998) y además, que la supresión emocional activa de los pensamientos y reevaluaciones emocionales aumentaba las respuestas psicofisiológicas, incluso después de que la supresión hubiera sido interrumpida (Wegner y Gold, 1995). Se afirmaba que las personas con dolor crónico podían **evitar ciertos pensamientos o emociones** (por ejemplo, Philips y Jahanshahi, 1986; Pilowsky y Spence, 1977) y esta evitación solía ir asociada con una peor adaptación a la enfermedad.

Como sabemos, la inhibición emocional y la evitación de los conflictos es una importante característica distintiva de los pacientes con dolor crónico (Cohen y Sarno, 1989) y estudios anteriores ya apuntaban que los pacientes con dolor intratable que no habían respondido al tratamiento cognitivo-conductual convencional, presentaban unos niveles de inhibición de la ira significativamente mayores en comparación con el dolor referido por los pacientes con un síntoma prominente de la propia enfermedad padecida (Pilowsky y Spence, 1977). Años más tarde, los mismos autores informaron de que la negación de determinadas emociones ante los problemas de la vida podía repercutir en los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva relacionada con la enfermedad y afirmaban que en su estudio con 114 pacientes con dolor, 53 de ellos eran pacientes psiquiátricos hospitalizados con depresión (Pilowsky y Bassett, 1982).

La supresión de la ira se ha mostrado también como un factor predictivo de peores resultados tras el tratamiento multidisciplinar del dolor (en relación a la evaluación de las medidas de depresión y de la actividad) (Burns, Johnson, Devine, Mahoney, y Trinquete, 1998); y además, autores como Cioffi y Holloway (1993) que utilizaron diseños experimentales para analizar su efectos directo sobre el dolor afirman que la supresión incrementa los niveles de dolor en pacientes entrenados para suprimir intencionadamente los pensamientos acerca de sus sensaciones dolorosas tras ser expuestos a un compresor frío.

En un estudio con métodos similares, Sullivan, Rouse, Bishop y Johnston (1997) examinaron experimentalmente los efectos de la supresión de pensamientos anticipatorios ante la inmersión dolorosa del brazo en agua con hielo. Los pacientes que fueron instruidos para suprimir los pensamientos relacionados con la anticipación de dolor reportaron significativamente más intrusiones de pensamientos con respecto al procedimiento "anticipado" (por ejemplo, "Me pregunto si va a doler "), e informaron de dolor más intenso durante la inmersión en agua con hielo, en comparación con los participantes a quienes se les pidió no suprimir los pensamientos de anticipación (Sullivan et al., 1997).

Estos resultados son coherentes con estudios anteriores que ponen de manifiesto la relación entre la ira inexpresada y la intensidad de dolor en pacientes con dolor crónico (Kerns, Rosenberg y Jacob, 1994), evidenciando que existe una baja conciencia de ira en pacientes con dolor crónico comparados con otros pacientes sin dolor, y una mayor supresión de ira en pacientes con dolor crónico en comparación con controles sanos

(Hatch et al., 1991). Se ha sugerido además que la supresión de emociones negativas, especialmente la ira, puede incrementar la sensibilidad al dolor al disminuir los niveles endógenos de los opioides o aumentar la intensidad de dolor debido a la tensión muscular (Kerns et al., 1994).

Estudios recientes interesados en la emoción de la ira afirman que, al comparar dicha emoción con la tristeza en relación con su efecto diferencial en los niveles de dolor de personas con FM en comparación con personas sanas, ambas emociones predicen niveles de dolor diferentes en función de la medida utilizada para la evaluación del dolor. Middendorp et al. (2010) realizan un estudio experimental en el que comparan 62 pacientes con FM frente a 59 pacientes sanas. Ambas muestras son expuestas a tres tareas experimentales: una inducción emocional neutra, una inducción emocional de la emoción de ira, y una tercera inducción emocional de la emoción de tristeza. El dolor fue evaluado mediante una escala analógica (VAS) en condiciones no experimentales, y mediante dos tareas experimentales en las que las pacientes eran evaluadas en cuanto a su tolerancia al dolor y a los umbrales de éste. Los resultados ponen de manifiesto que mientras la emoción de tristeza amplificaba únicamente los niveles de dolor evaluados mediante la escala analógica, tanto la ira como la tristeza repercutían en la tolerancia y en el umbral de dolor tanto en población con FM como en población sana. Se concluye que las emociones de tristeza y de ira pueden ser consideradas como factores generales de amplificación de dolor y se plantea la hipótesis de que las estrategias de regulación emocional dirigidas a atenuar dichas emociones pueden mediar la relación entre la intensidad emocional y los niveles de dolor en pacientes con fibromialgia. En el mismo año, la hipótesis es puesta a prueba por el mismo grupo de investigación en otro estudio compuesto por 333 mujeres con FM. Así, con el objetivo de analizar los procesos emocionales que las personas afectadas de fibromialgia ponen en práctica para regular la ira, las pacientes fueron instruidas para registrar la ira transitoria, la inhibición de la ira y la expresión de ésta a lo largo de 28 días consecutivos, durante todo el día y al final del mismo. La ira fue evaluada mediante cuestionarios de autoinforme y se analizó como rasgo y, como estado. Los resultados ponen de manifiesto que la inhibición de la ira no fue significativamente predictiva de mayores niveles de dolor pero la ira evaluada como estado sí fue influyente en mayores niveles de dolor en todos los momentos de evaluación. Cuando se evalúan las diferencias en las estrategias de regulación puestas en práctica en el control de la ira a lo largo del día, se pone de manifiesto que el menor nivel de dolor fue observado en personas con FM que

presentaban mayores puntuaciones en la estrategia de expresión de los estados de ira frente a las personas que inhibían esta. Se puede concluir que tanto la propia emoción de ira, como la tendencia a inhibir ésta como estrategia desadaptativa emocionalmente hablando, incrementan los niveles de dolor diario en personas con FM. Por todo ello, los autores concluyen que intervenciones terapéuticas enfocadas al entrenamiento de estrategias adaptativas de expresión emocional podrían mitigar el efecto disfuncional de la ira en relación con el dolor (Middendorp et al., 2010b).

Igualmente, en un estudio comparativo de población con FM frente a otras poblaciones con dolor crónico, Dailey et al. (1990) refieren que el 57% de los pacientes con FM consideran como un problema la incapacidad para expresarse. Greenberg et al. (1999), en un ensayo prospectivo de dos años, demuestran que los niveles de alexitimia son más elevados en fibromialgia que en otras poblaciones con dolor crónico y que además la alexitimia predecía mayores niveles de dolor y mayor limitación funcional en estas pacientes. En esta misma línea, estudios recientes demuestran que la población con FM en comparación con la población con artritis reumatoide (AR) difieren en las estrategias de regulación puestas en marcha para solventar la enfermedad. Así, se pone de manifiesto que las personas con FM presentan mayores cogniciones negativas sobre la enfermedad, mayores estrategias pasivas de afrontamiento y mayores puntuaciones en descontrol emocional que las personas con AR (Leibing et al., 2003).

Van Middendorp et al. (2008) afirman que, específicamente en personas con FM, los procesos emocionales disfuncionales tienen relación con la sintomatología psicológica y física en los pacientes afectados. Con el fin de examinar a nivel más específico la relación entre las emociones, las estrategias de regulación emocional y la sintomatología asociada en fibromialgia, estos autores comparan 403 mujeres con FM frente a 196 mujeres sanas. Los resultados encontrados ponen de manifiesto que las emociones negativas y el uso de estrategias de evitación, en contraposición a las emociones positivas, fueron elevadas en la muestra de mujeres con FM. Específicamente, la dificultad de identificación de emociones presentó diferencias significativas en la población con FM frente al grupo control, mientras que no se encontraron diferencias en la “conciencia emocional”. En la muestra de personas con FM se encontró que la supresión emocional correlacionaba significativa y positivamente con altas puntuaciones en distrés emocional y con mayor dolor y fatiga, mientras que la conciencia emocional se relacionaba mínimamente con un mejor

funcionamiento físico y psicológico. Igualmente, se comprobó que una experimentación emocional intensa estaba relacionada con mayor dolor únicamente en pacientes que habían perdido la capacidad de procesar y describir emociones. Además, los pacientes con FM presentaban claros déficits en la experimentación de afecto positivo y éste no amortiguaba la asociación entre el dolor y el afecto negativo. Se puede concluir que el incremento de emociones negativas y el decremento de las positivas, así como el incremento de estrategias de supresión emocional y otros déficits asociados en relación con los procesos de regulación están presentes en pacientes con fibromialgia.

En su conjunto, los estudios revisados en relación a la inhibición y expresión emocional ponen de manifiesto que tanto la inhibición de pensamientos relacionados con un suceso determinado, como la inhibición de pensamientos relacionados con la emoción y con la experimentación del dolor, incrementan las sensaciones de dolor, la angustia y los síntomas asociados tanto emocionales como físicos.

Recientemente, se ha llevado a cabo un estudio transversal con 403 mujeres con FM con el objetivo de analizar la relación entre la intensidad afectiva, diferentes estrategias de procesamiento emocional y el impacto de éstas en la enfermedad y se ha puesto de manifiesto que, mientras en las personas con alta intensidad afectiva, la expresión de las emociones se identifica como una estrategia más adaptativa que la reevaluación emocional asociándose con un menor impacto de la enfermedad, en las personas con una intensidad afectiva baja o moderada, la estrategia de reevaluación es más adaptativa que la expresión en sí misma. Estos resultados sugieren que, asumiendo la existencia de patrones emocionales diferenciales, éstos pueden tener implicaciones clínicas relevantes y se podrían plantear intervenciones emocionales específicas en función de dichos patrones diferenciales dentro de la misma población con dolor crónico (Geenen et al., 2012).

También en relación con la expresión emocional, Gillis et al. (2006) plantean que la severidad de la fibromialgia se relaciona con dificultades en las estrategias emocionales puestas en marcha ante el afrontamiento de la enfermedad y afirman que los niveles de estrés no resueltos pueden afectar a dichas dificultades. En consecuencia, sugieren que la estrategia de expresión emocional escrita puede ser una estrategia regulatoria positiva para reducir los niveles de estrés y aumentar indirectamente la salud. Para comprobar su hipótesis, toman una muestra inicial de 83 pacientes con FM de los que finalmente

terminan el estudio 72. La tarea experimental propuesta radicaba en escribir (como estrategia de expresión emocional) sobre los sucesos estresantes relacionados con la enfermedad durante cuatro días seguidos en el grupo experimental, mientras que la tarea del grupo control consistía en escribir sobre cualquier evento neutro sin carga emocional negativa y/o positiva. Los resultados ponen de manifiesto que existen diferencias en el estado de ánimo entre los grupos en relación con la tarea propuesta, de manera que, la escritura sobre eventos estresantes negativos (grupo experimental) presenta un incremento inmediato de afecto negativo que no es atenuado durante los 4 días de la ejecución de la tarea. Sin embargo, cuando se realizan análisis de medidas repetidas en los participantes del grupo experimental en el primer seguimiento (1 mes), estos presentan mejoras en las puntuaciones de salud frente al grupo control pero éste (grupo control) sigue presentando niveles inferiores de estado de ánimo negativo. Sorprendentemente, cuando el análisis es realizado a los tres meses de seguimiento en ambos grupos, los resultados concluyen que, en el grupo experimental, los niveles de afecto negativo son eliminados totalmente y además tienen un impacto muy positivo en todas las medidas evaluadas en relación con la salud. Se puede concluir por tanto que la estrategia de expresión emocional escrita es un proceso adaptativo y beneficioso para las pacientes con FM a medio y largo plazo, evidenciando además que indirectamente no sólo mejora los niveles de afecto negativo a largo plazo, sino que indirectamente también mejora los parámetros que evalúan los niveles de salud y la calidad de vida de las personas afectadas por la enfermedad crónica (Gillis et al., 2006).

3.4.2.2 El estudio de la alexitimia en la fibromialgia

Una vez expuestos los estudios sobre los procesos de regulación emocional (o desregulación) relacionados con la expresión y con la inhibición y supresión de pensamientos, cabe señalar que la alexitimia ha sido mencionada en multitud de estudios como una de las variables que en mayor medida ha despertado el interés de la Psicología de la Salud en relación a la fibromialgia.

Si bien se han elaborado numerosas hipótesis etiológicas para explicar su origen, diversos autores (Martin y Pihl, 1985; Martínez-Sánchez y Fernández Castro, 1994; Berenbaum y Prince, 1994; Roedema y Simons, 1999; Suslow, 1998) han propuesto la consideración de la alexitimia como un trastorno específico del procesamiento de la información emocional, manifestado mediante una marcada dificultad para procesar información de carácter

afectivo, que provoca que las emociones se mantengan parcialmente indiferenciadas y pobremente reguladas (Taylor, Bagby y Parker, 1997).

Recientemente han sido validadas experimentalmente algunas de las premisas sobre las que se asienta esta hipótesis, entre las que destacan: 1) Dificultad para procesar información afectiva de carácter no lingüístico (Bradshaw, 1989; Dewaraja y Sasaki, 1990), tales como expresiones faciales emocionales (McDonald y Prkachin, 1990; Mandal y Singh, 1990; Jessimer y Markham, 1997); 2) Dificultad para discriminar entre distintos estados emocionales en tareas que implican el uso de descriptores verbales (Bagby, Parker, Taylor y Acklin, 1993; Lamberty y Holt, 1995); 3) Patrones atencionales específicos de la información emocional (Martínez, Sánchez y Marín, 1997); 4) Procesamiento no simbólico de la información visual (Montreuil y Jouvent, 1989; Montreuil, Jouvent, Carton, Bungener y Widlocher, 1991) y 5) Dificultades en la propiocepción visceral de las manifestaciones fisiológicas asociadas a la activación emocional (Martínez-Sánchez, Ortiz y Ato, 2001; Näring y Van Der Staak, 1995; Sachse, 1994); y, finalmente, 6) Patrones específicos de activación en respuesta a estímulos afectivos (Berembaum y Prince, 1994; Parker, Taylor y Bagby, 1992; Silberman y Weingartner, 1986).

El interés que la alexitimia ha suscitado en el contexto del dolor crónico ha sido promovido por la necesidad de analizar y dar sentido al efecto que los procesos emocionales subyacentes al constructo tienen sobre otras variables implicadas en la enfermedad, en diferentes poblaciones de dolor crónico, intentando además, analizar y explicar las relaciones multicausales entre las variables asociadas a la enfermedad siempre desde un modelo biopsicosocial de salud. Diferentes autores han puesto su foco de atención en la comparación de altos y bajos niveles de alexitimia entre diferentes poblaciones con dolor crónico, así como en comparación con población sana, con el objetivo de entender los procesos emocionales alterados en las distintas muestras y evidenciar la heterogeneidad en el procesamiento emocional tanto entre las personas afectadas de dolor crónico, como en comparación con personas sanas, pudiendo dar explicación a los niveles diferenciales encontrados entre los procesos emocionales implicados en el afrontamiento de las enfermedades y su repercusión en las variables asociadas.

Diferentes estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que el porcentaje de alexitimia en población sana se ha estimado entre un 4,7% y un 8,3% y diferentes estudios han concluido

que la prevalencia de la alexitimia es menor de un 10% en población sana (Salminen, 1999). En relación con el dolor crónico, las puntuaciones en alexitimia han estado siempre por encima de la media. Rodríguez del Amo et al. (2010) realizan un estudio en población española con FM y afirman que, en contraposición con población sana, la alexitimia es una variable común (casos positivos 80%) en la población con FM y que llega a tener una magnitud estadísticamente significativa cuando se comparan ambos grupos. Además, encuentra que existe una correlación lineal y significativa con sintomatología ansiosa y depresiva en los pacientes afectados (Rodríguez del Amo et al., 2010).

Alexitimia, dolor y variables cognitivas en FM

En relación con la influencia que la alexitimia puede tener en las diferentes dimensiones del dolor, los estudios analizados presentan datos contradictorios entre población sana y población con dolor crónico, en relación a como dicha variable influye en las dimensiones sensorial y afectiva del dolor. Autores como Niki et al. (2002) realizan un estudio experimental y afirman que los pacientes con alexitimia presentan más quejas somáticas que los individuos con niveles bajos de alexitimia en población sana, y que dicho constructo también se asocia con mayor sensibilidad a un estímulo físico desagradable administrado externamente. En su estudio, 41 personas sanas de ambos sexos completaron la Escala de Alexitimia de Toronto y fueron expuestas a una estimulación eléctrica dolorosa. Los análisis de regresión múltiple revelaron que después de controlar el umbral sensorial y la duración de la estimulación, la alexitimia predijo significativamente el nivel de tolerancia al dolor. Así, el pensamiento orientado hacia el exterior (pensamiento concreto) y la dificultad para identificar sentimientos, pero no la dificultad para expresarlos, fueron los responsables de esta asociación. Hallazgos anteriores indican igualmente que la alexitimia puede estar asociada con una mayor sensibilidad a sensaciones desagradables internas y a la sensibilidad provocada por un estímulo de origen externo de dolor, lo que sugiere una hipersensibilidad general hacia estímulos potencialmente desagradables en las personas que puntúan alto en este rasgo. Sin embargo, resultados contradictorios han sido encontrados en personas con dolor crónico que ponen de manifiesto que, aunque la alexitimia tiene relación con la sintomatología asociada al dolor crónico y que es una variable que predice sensibilidad al dolor en personas sanas, aun no hay evidencias de que dicha variable tenga una relación directa sobre los niveles y la intensidad del dolor en personas con dolor crónico (Yalug, 2010). Sin embargo, como veremos más adelante, cuando este constructo es evaluado en relación con su influencia sobre la sintomatología negativa asociada con la enfermedad y

sobre los niveles de limitación generales derivados, se pone de manifiesto que personas con altas puntuaciones de alexitimia presentan también mayores niveles de afecto negativo y distrés emocional, concluyendo además que es posible que los procesos de identificación y descripción emocional puedan ejercer un efecto en la enfermedad mediado por el propio afecto negativo (Huber et al., 2009).

En este sentido y en relación con las dimensiones del dolor y la intensidad de éste, los estudios actuales se han interesado no solo por examinar como la alexitimia afecta a las dimensiones sensoriales y afectivas del dolor, sino que además han centrado su atención en el papel que diferentes variables cognitivo-afectivas y psicosociales tienen en dicha relación. En relación con las variables cognitivo-afectivas, el papel de la autoeficacia y la catastrofización ha sido objeto de estudio en los últimos años. En este sentido, el análisis de dichas variables se ha enfocado desde diferentes prismas, todos ellos interrelacionados y siempre con el objetivo de ver su influencia sobre los niveles de dolor y la sintomatología asociada a la enfermedad. Así, Lumpley et al. (2002) realizan un estudio con 80 mujeres afectadas de dolor crónico miofascial con el objetivo de analizar como la autoeficacia, la catastrofización, los niveles de depresión y los procesos emocionales incluidos en el concepto de alexitimia influyen en cada una de las dimensiones del dolor y, en segundo lugar, qué efecto tienen sobre la limitación funcional de las pacientes con dolor crónico. Los resultados ponen de manifiesto que puntuaciones elevadas en alexitimia correlacionan moderadamente con menores puntuaciones en autoeficacia, mayor tendencia de catastrofización, y mayor sintomatología depresiva. Además, mientras la autoeficacia, la catastrofización y la limitación funcional se relacionan con las dimensiones afectivas y sensoriales del dolor, la alexitimia se relaciona con la dimensión afectiva del dolor y con la limitación funcional, pero no con la dimensión sensorial del dolor. Paralelamente, los análisis de regresión realizados muestran que cuando las tres variables son controladas (depresión, autoeficacia y catastrofización), la alexitimia influye en la dimensión afectiva del dolor independientemente de la autoeficacia y la catastrofización, pero la depresión sigue teniendo un papel mediador. En relación con la limitación funcional, tanto los síntomas depresivos como la autoeficacia y las rumiaciones, tienen un papel mediador entre la alexitimia y la limitación funcional.

En función de los resultados encontrados se puede concluir que, aunque la alexitimia no se relaciona con la dimensión sensorial del dolor, existe una correlación positiva y significativa

en relación con la dimensión afectiva del dolor, independientemente de la autoeficacia y la catastrofización. Asimismo, los déficits en los procesos emocionales, particularmente los procesos implicados en la alexitimia (déficit de identificación emocional y descripción emocional) se relacionan directamente con síntomas depresivos, los cuales aparecen como mediadores en la relación entre la alexitimia y la dimensión afectiva del dolor. La depresión también media la relación entre la alexitimia y la limitación funcional pero dicha relación también aparece mediada por las variables cognitivas de autoeficacia y catastrofización.

Huber et al. (2009) analizan la relación entre la alexitimia, la sensibilidad al dolor, y las conductas de enfermedad en 68 mujeres con FM. Se administró una batería de cuestionarios de autoinforme para valorar las variables cognitivo-emocionales implicadas y el dolor fue evaluado mediante pruebas físicas y psicológicas como la Escala Analógica del Dolor (VAS), el test de umbral del dolor para estímulos mecánicos (puntos sensibles) y térmicos (frio, calor) y la tolerancia y el umbral del dolor medidos mediante un algómetro. Los resultados son coherentes con estudios anteriores y ponen de manifiesto que en relación con las subescalas de la alexitimia, la “dificultad de identificación de sentimientos” (DIF) se relacionó con mayores puntuaciones en la dimensión afectiva del dolor (pero no con la dimensión sensorial) y con menor tolerancia de dolor, mientras que la puntuación global de alexitimia fue independiente respecto a todos los umbrales de dolor. Asimismo, los análisis de regresión múltiple demuestran que, cuando el estrés emocional y las conductas de enfermedad son controladas, la dificultad de identificación emocional (DIF) es el único factor predictivo en relación con las puntuaciones de dolor. Mayor dificultad de identificación emocional predice notablemente una mayor puntuación de conductas hipocondriacas por encima del estrés emocional y la dimensión afectiva del dolor. Se puede concluir, por lo tanto, que la alexitimia está asociada con un incremento en la dimensión afectiva del dolor, siendo la dificultad de identificación emocional una variable determinante por encima del estrés emocional.

Igualmente, se ha puesto de manifiesto que las personas con FM presentan altos déficits de procesamiento emocional, que correlacionan con altos niveles de sintomatología ansiosa y depresiva que podrían ser variables mediadoras en la relación entre la alexitimia y la dimensión afectiva del dolor (Porceli et al., 1999; Julie, 2006). Diferentes estudios evidencian que el estado de ánimo deprimido es el mayor predictor de la dimensión afectiva del dolor y, en consecuencia, es un síntoma clínicamente significativo en la enfermedad de

FM. Estos resultados indican que, dado que la alexitimia se ha relacionado con la depresión, tanto entendida como un trastorno del estado de ánimo, como sintomatología asociada a las enfermedades de dolor crónico, puntuaciones elevadas en alexitimia en población con FM no solo se pueden relacionar con los síntomas depresivos en estos pacientes, sino que el constructo de alexitimia puede ser entendido como un factor predictor de distrés emocional en los pacientes aquejados de dolor crónico (Maldenci y Altindag, 2011).

Alexitimia, ansiedad, depresión y FM

En relación con los síntomas específicos de ansiedad y depresión asociados a la fibromialgia, la alexitimia ha sido estudiada como un posible factor mediador entre la dimensión afectiva del dolor y los síntomas de ansiedad y depresión. Así, Neyal et al. (2004) estudiaron las características de la alexitimia y los estados afectivos en una muestra de pacientes con migraña y encontraron que dichos pacientes eran significativamente más depresivos, más ansiosos y más alexitímicos que el grupo control. Asimismo, Yucel et al. (2002) realizan un estudio con pacientes con dolor crónico tensional y ponen de manifiesto que, frente al grupo control, los pacientes con dolor tensional crónico presentaban mayores puntuaciones en depresión y alexitimia.

En relación con la **depresión**, Steinweg et al. (2011) realizan un estudio con el objetivo de analizar la prevalencia de la alexitimia en 50 pacientes con FM en comparación con 50 pacientes con artritis reumatoide (AR) y 50 personas sin dolor crónico (grupo control). Los resultados ponen de manifiesto que la prevalencia de la alexitimia en el grupo de FM (44%) fue significativamente mayor en comparación con ambos grupos (AR: 21% y control: 8%). Los pacientes con FM tienen más dificultad para describir e identificar emociones en comparación con personas con artritis reumatoide y con personas sanas, y además, presentan mayores puntuaciones en sintomatología depresiva. Sin embargo, cuando el afecto negativo es controlado, las puntuaciones en alexitimia se tornan no significativas. Resultados similares fueron encontrados en el estudio de Taskin et al. (2007) que ponen de manifiesto que, además de la evidencia de una alta prevalencia de episodios y síntomas depresivos en pacientes con fibromialgia (44%), dicha prevalencia es mayor en pacientes que puntúan alto en alexitimia frente a personas con FM que no presentan déficits en las estrategias de identificación y descripción emocional. En relación con dichas estrategias, Satalino et al. (2009) corroboran los resultados encontrados y afirman que, en comparación

con personas sanas, las personas con FM con altas puntuaciones en alexitimia presentan un déficit claro en identificación emocional, además de una mayor percepción de estrés y mayores puntuaciones en neuroticismo.

En relación con la **sintomatología ansiosa**, los resultados encontrados apuntan en la misma dirección. Así, Evren et al. (2006) realizan un estudio con el objetivo de analizar la relación entre la alexitimia, los síntomas psiquiátricos y la severidad del dolor y afirman que, de un total de 51 pacientes con FM, el 39,2% presentaron puntuaciones elevadas en alexitimia. Tanto la dificultad para identificar sentimientos, como la dificultad para describirlos, correlacionan significativamente con síntomas ansiosos y depresivos, mientras que el pensamiento concreto correlaciona únicamente con puntuaciones altas en sintomatología depresiva. Además, cuando los déficits de identificación, descripción y pensamiento concreto son considerados como variables independientes en una ecuación de regresión con el objetivo de predecir cómo afectan dichos procesos a la sintomatología asociada y a los niveles de dolor, se encuentra que puntuaciones elevadas en los procesos emocionales desadaptativos predicen mayores puntuaciones en sintomatología ansiosa y depresiva, pero no se relacionan con la intensidad y severidad del dolor.

Estos resultados corroboran la influencia del constructo de alexitimia y los diferentes procesos emocionales implicados en relación con la sintomatología ansiosa en pacientes con FM, y ponen de manifiesto que cuando la severidad del dolor es controlada, existen diferencias significativas en sintomatología ansiosa en pacientes con FM, respecto a pacientes con artritis reumatoide (RA) y población sana, siendo la población con FM la que presenta un mayor nivel de sintomatología. Además, también existen diferencias significativas en los niveles de depresión, en la dificultad de identificación de sentimientos y en las puntuaciones globales de alexitimia cuando se compara la muestra de FM con la de AR, aun cuando la sintomatología depresiva es controlada. Asimismo, diferentes análisis de regresión demuestran que la sintomatología ansiosa predice significativamente mayores puntuaciones en severidad de dolor y explica el 32% de la varianza del dolor en la muestra de mujeres con FM. Paralelamente, además de la evidencia de que los síntomas ansiosos predicen mayor severidad de dolor, también se ha demostrado que la expresión de ansiedad como estrategia de afrontamiento emocional, además de la experimentación propiamente dicha de este síntoma, también incrementa los niveles de severidad de dolor en personas con FM. En función de los resultados encontrados se puede concluir que, de todos los

factores incluidos en el concepto de alexitimia, la dificultad de identificación emocional es uno de los procesos más influyentes en la enfermedad de FM y en la sintomatología asociada (Sayar, 2004).

Alexitimia e impacto social de la enfermedad

Como ya se ha señalado, el impacto en la calidad de vida que la enfermedad de FM tiene en las personas afectadas y las consecuencias que produce esta enfermedad, han sido objeto de numerosos estudios (Davis, 1996; DeWalt et al., 2004; Dewar et al., 2003; Henriksson, 1994; Lledó, 2005; Lledó et al 2009; Neumann, Brezak y Buskila, 200; Neumann y Buskila, 1997; Rivera, 2004; Smith, 1998) que evidencian el desequilibrio personal provocado por la enfermedad. Así, además de los síntomas asociados a la propia enfermedad, muchos autores se han interesado en analizar qué otros factores sociales pueden estar agudizando, aún más sin cabe, dicho impacto. Diferentes estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que la media de duración de la enfermedad antes de buscar profesionales especializados oscila entre los 6 y los 12 años, complicándose mucho el tratamiento, ya que con los años la enfermedad tiende a cronificarse (Mulero y Andreu, 1998). Uno de los riesgos asociados a la cronicidad de la enfermedad es la discapacidad que puede instaurarse como consecuencia del problema de dolor crónico, siendo los mecanismos psicológicos implicados en el afrontamiento de la enfermedad determinantes para evitar o minimizar la disfunción (Andersen, Isacson, Lindgren y Orback, 1999; Fordyce, 1986). Igualmente, como también se ha señalado, la fibromialgia es una enfermedad que conlleva un gasto excesivo de recursos sanitarios por lo que el impacto socioeconómico es aún mayor (Rivera, 2009).

Es por estas razones, entre otras, por las que existen estudios recientes que se han interesado en analizar la relación que los procesos emocionales y las variables psicosociales pueden tener en pacientes con FM en relación con el consumo de recursos sanitarios y el afrontamiento de la relación médico-paciente y su relación con los síntomas asociados con la enfermedad. El objetivo perseguido por diferentes autores es analizar el efecto que las evaluaciones de los profesionales sanitarios pueden tener tanto a corto, como a medio y largo plazo en la sintomatología asociada a la enfermedad, y su repercusión en la calidad de vida de las personas afectadas. A nivel específico y asumiendo que los procesos emocionales y las habilidades de afrontamiento emocional son determinantes para afrontar situaciones interpersonales que pueden influir en la propia sintomatología asociada a la

enfermedad, Finset et al. (2006) realizan un estudio en el que analizan como la evaluación del profesional-sanitario puede influir en los niveles de sintomatología de los pacientes afectados y qué papel cumplen los déficits emocionales de los pacientes en dicho proceso. El estudio consistió en analizar la relación entre la actividad adrenocortical de 54 pacientes con FM con y sin alexitimia, y su relación con el nivel de dolor experimentado tras una evaluación médica. Los resultados ponen de manifiesto que existe un incremento en los niveles de sintomatología depresiva tras la entrevista clínica relacionados con altos niveles de cortisol 24 horas después de la entrevista, pero únicamente en los pacientes con alexitimia. Las preguntas relacionadas con el ámbito psicosocial de las pacientes se relacionan con un incremento en síntomas depresivos inmediatamente después de la evaluación. Sin embargo, no se encuentra un aumento en los niveles de cortisol en todos los pacientes con FM. Se pone de manifiesto como las dificultades en los procesos de regulación del afecto están asociadas con un incremento de sintomatología depresiva en pacientes con FM, relacionado con un efecto retardado de la actividad adrenocortical, posiblemente mediado por procesos cognitivos rumiativos, evaluados también en el estudio, que pueden ser consecuencia de la exposición a las emociones generadas tras la evaluación sanitaria y la falta de estrategias emocionales para afrontar la situación. En la misma línea, Graugaard et al. (2004) realizan un estudio experimental con 65 pacientes diagnosticados de FM y los dividen en dos grupos categorizados en pacientes con alexitimia y pacientes sin alexitimia con el objetivo de analizar como la comunicación empática en la entrevista diagnóstica afecta a la satisfacción de ambos grupos en función de sus estrategias emocionales. Los resultados ponen de manifiesto que los pacientes con alexitimia están significativamente más satisfechos cuando existe una buena comunicación empática por parte del profesional sanitario frente a los pacientes sin alexitimia que tienen puntuaciones más elevadas en satisfacción cuando la consulta tiene mayor duración.

Estos trabajos ponen de manifiesto como la actitud ante la evaluación de los pacientes con FM y, específicamente, en pacientes con déficit en el manejo emocional, es crucial para el futuro tratamiento y la alianza terapéutica, mediado por los procesos emocionales implicados en el afrontamiento de la enfermedad. Si relacionamos esta información con la gran cantidad de recursos sanitarios que consume la enfermedad de FM (Berger et al., 2007; White et al., 1999), podemos concluir que el hecho de conocer las estrategias de afrontamiento emocional y los déficits característicos de esta población no solo es relevante para el tratamiento de las personas afectadas y la mejora de los síntomas asociados

mediados por dichos procesos, sino que puede ser también una herramienta útil para los profesionales sanitarios de cara a la relación médico-paciente como un factor más a tener en cuenta en el afrontamiento de la enfermedad, los síntomas asociados y, evidentemente, la calidad de vida de las personas con FM.

De igual modo, las atribuciones cognitivas y determinadas variables como el apoyo social (o la búsqueda del mismo), tanto desde un punto de vista de apoyo profesional como interpersonal (referido a los diferentes ámbitos de vida de los pacientes afectados), se han relacionado con la alexitimia en pacientes con FM. Gulec et al. (2007) estudian el papel que la alexitima y “la normalización de la enfermedad” cumplen en relación con la búsqueda de apoyo profesional por parte de los pacientes afectados. Del total de la muestra seleccionada para el estudio, 37 pacientes con FM que buscaron apoyo profesional fueron comparados con las puntuaciones de un grupo de pacientes con FM que no utilizaban los servicios sanitarios frecuentemente y con un grupo control de personas sanas. Se administró una batería de cuestionarios para valorar las variables mencionadas entre los que destacan el Cuestionario de Síntomas de Interpretación (SIQ), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Los resultados ponen de manifiesto que la media de puntuaciones del estilo atribucional de normalización fue mayor en el grupo que no frecuentaba los servicios sanitarios seguido por el grupo control, siendo todas las diferencias estadísticamente significativas. Además, el estilo atribucional de normalización correlacionaba significativa y positivamente con la dificultad para expresar emociones. Los resultados ponen de manifiesto que un estilo atribucional de normalización puede influir negativamente en la búsqueda de apoyo profesional y que esta relación puede estar influenciada por procesos emocionales desadaptativos entre los que destacan la dificultad de identificación y descripción emocional. Estos resultados son coherentes con los encontrados por Taskin et al. (2007) que afirman que, asumiendo que los pacientes con FM y depresión tienen mayores puntuaciones en alexitimia, los pacientes con mayores puntuaciones en alexitimia también fueron los pacientes que menor apoyo profesional buscaron. Dichas afirmaciones ponen de manifiesto la necesidad de evaluar siempre los procesos afectivos en pacientes con FM, los cuales pueden estar mediando la relación entre el afrontamiento de la enfermedad y los síntomas y trastornos asociados. De hecho, tal y como señalan Geenen et al. (2006), dado que los pacientes con FM y con altas puntuaciones en alexitimia presentan estrategias emocionales de evitación y supresión emocional, cuando dichos

pacientes se enfrentan a una entrevista clínica, las puntuaciones en afecto negativo y sintomatología depresiva aumentan (como ya hemos explicado en estudios anteriores) justo después de analizar los problemas psicosociales derivados de la enfermedad. Se pone de manifiesto la importancia de la expresión emocional en la entrevista clínica, únicamente si existe la posibilidad de hacer una evaluación continuada de los pacientes, asumiendo que la inhibición emocional, asociada con los procesos de alexitimia y la sintomatología asociada en personas con FM, es una estrategia emocional desadaptativa importante a tener en cuenta a la hora de diseñar tratamientos psicológicos de mejora de la calidad de vida y siempre antes de hacer una entrevista clínica rigurosa.

Siguiendo esta misma línea, el estilo atribucional de las personas afectadas de FM ha sido objeto de estudio de numerosas investigaciones con el objetivo de analizar su relación con la sintomatología asociada a la enfermedad y los procesos emocionales implicados, aunque los resultados encontrados no son del todo coherentes. Brostoch et al. (2001), por ejemplo, realizaron un estudio experimental donde comparaban las estrategias emocionales y el estilo atribucional de 16 pacientes con FM frente a 17 personas sanas. La hipótesis inicial esperaba encontrar altos niveles de afrontamiento emocional defensivo, altas puntuaciones en alexitimia y un estilo atribucional referido a sintomatología física de los síntomas corporales experimentados (frente al referido a causas psicológicas) en pacientes con FM frente al grupo control. Asimismo, durante la estimulación emocional negativa propia del estudio experimental realizado, también se esperaba que aumentaran las puntuaciones estandarizadas en la frecuencia cardíaca producida por la respuesta de disociación en pacientes con FM. Los resultados ponen de manifiesto que los pacientes con FM presentaban altos niveles de actitud defensiva y elevados niveles de ansiedad. Igualmente, en comparación con la muestra de mujeres sanas, las personas con FM presentaron mayores niveles de alexitimia y mayor frecuencia cardíaca. En relación con el estilo atribucional, ambas poblaciones mostraron un patrón atribucional opuesto. Así, las personas con FM atribuían los síntomas de la enfermedad a causas somáticas y no a causas psicológicas, no encontrándose relación entre el estilo atribucional y los estímulos emocionales presentados.

En contraposición, estudios recientes ponen de manifiesto que, en personas con FM, la alexitimia se relaciona más con atribuciones psicológicas de los síntomas de la enfermedad, frente a pacientes con dolor lumbar crónico que hacen atribuciones más somáticas de sus

síntomas. Asimismo, las atribuciones psicológicas, el número de síntomas y la dificultad en describir emociones se han asociado a mayores puntuaciones de sintomatología ansiosa en pacientes con FM frente a pacientes con dolor lumbar crónico y un grupo control. También la ansiedad, la depresión y la somatización fueron significativamente superiores en sujetos con altas puntuaciones en alexitimia en los pacientes con FM. No se encontraron diferencias significativas entre grupos en relación con las atribuciones causales. Los resultados encontrados ponen de manifiesto que mientras que el papel de las atribuciones causales no es determinante para diferenciar entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por personas con FM y por población con dolor lumbar crónico, existen diferencias entre pacientes con FM y pacientes con dolor lumbar crónico en relación con la sintomatología emocional experimentada y las posibles variables emocionales implicadas en los procesos de afrontamiento de la enfermedad (Tuzer et al., 2011).

En base a los trabajos anteriores, se puede concluir que la alexitimia es una variable importante a tener en consideración en relación con la fibromialgia, que interviene tanto en la dimensión afectiva del dolor, como en los síntomas asociados a la enfermedad que agudizan el cuadro. Además, los estudios que comparan los niveles de alexitimia en diferentes poblaciones con dolor crónico ponen de manifiesto que el perfil de los pacientes con FM se diferencia de otros trastornos de dolor crónico y de población sana, evidenciando que estas pacientes tienen mayores déficits de procesamiento emocional. Así, se pone de manifiesto que la alexitimia puede ser un factor determinante en los niveles de sintomatología afectiva característica de esta población y que la capacidad para identificar y describir emociones, así como el pensamiento concreto, se pueden considerar como estrategias de procesamiento emocional que pueden mediar la relación entre el dolor y los síntomas depresivos y ansiosos e, indirectamente, repercutir en la calidad de vida de las personas que padecen FM. En el contexto de Atención Primaria, algunos autores han identificado grupos de pacientes con dolor crónico musculoesquelético utilizando variables cognitivas, de intensidad de dolor y de funcionamiento físico (Denison et al., 2007), pero excluyeron el diagnóstico de fibromialgia en su estudio. Hasta el momento, no existen estudios en la literatura revisada que identifiquen perfiles en la FM con las variables predictoras del estado de salud, cognitivas, emocionales y de afrontamiento mencionadas, o que estudien las posibles relaciones entre todas ellas. Estudios dirigidos hacia la identificación de dichos perfiles en pacientes con FM y, en particular, hacia el análisis de los déficits emocionales relacionados con la sintomatología asociada, podría ser un punto de

partida para realizar intervenciones centradas en el entrenamiento en estrategias emocionales, con el objetivo de analizar el efecto de dicha intervención en la mejora de la salud y la calidad de vida en pacientes con FM. Tal y como señala Pastor et al. (2011), es necesario introducir estos acercamientos en el primer nivel asistencial, para actuar de forma coherente con la evidencia científica y hacer accesible a toda la población afectada un tipo de intervención que mejorará sus resultados de salud, reducirá costes personales y sociosanitarios y probablemente reducirá la incidencia de casos graves. El acuerdo científico sobre el alcance explicativo del modelo biopsicosocial en el dolor crónico es abrumador, y los datos disponibles hasta el momento así lo demuestran, por lo que las intervenciones derivadas de este acercamiento deberían estar disponibles para el conjunto de personas que tienen estos problemas y no sólo para las situaciones de mayor deterioro.

3.5 Un paso más en el estudio de la fibromialgia: el papel de los procesos afectivos en las variables positivas de salud en fibromialgia. Emociones positivas y bienestar psicológico.

Aunque calidad de vida y bienestar psicológico son conceptos relacionados que implican variables positivas de salud, sin embargo ambos son términos que implican niveles de funcionamiento diferenciales. En este sentido, hablar de impacto en la calidad de vida podría implicar hablar de funcionamiento adaptativo en el día a día de las personas con FM, mientras que hablar de bienestar psicológico podría hacer referencia al impacto en el funcionamiento óptimo de la persona.

En relación con la diferenciación conceptual entre calidad de vida y bienestar psicológico a la que hacíamos referencia al inicio del presente capítulo, autores como Schwartzmann (2003) han definido la calidad de vida como un concepto complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones. La calidad de vida se ha definido como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales. Por lo tanto, la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos de salud, siendo este último más congruente (conceptual y metodológicamente hablando). Una dificultad añadida es que algunos teóricos afirman que el primer aspecto recoge lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y el segundo alude a la

noción de “estado de bienestar” que a su vez, es un término que siendo distinto a nivel conceptual, está íntimamente relacionado con la diferenciación expuesta en capítulos anteriores entre el bienestar hedónico y el bienestar eudaimónico.

Si recordamos la definición de ambos, podríamos ir un poco más lejos y plantearnos si la calidad de vida también podría ser evaluada en términos de bienestar hedónico o, por el contrario, en términos de bienestar eudaimónico. Desde la perspectiva hedónica, diríamos que el bienestar subjetivo incluye habitualmente dos elementos: el balance afectivo (que se obtiene restando a la frecuencia de emociones positivas, la frecuencia de emociones negativas) y la satisfacción vital percibida, más estable y con un mayor componente cognitivo (Lucas, Diener y Suh, 1996). Conviene señalar igualmente, que estos dos elementos (balance afectivo y satisfacción vital) suponen diferentes marcos temporales del bienestar subjetivo, ya que la satisfacción vital es un juicio global de la propia vida, mientras que el balance afectivo hace referencia a la frecuencia relativa de afectos placenteros o displacenteros (emociones positivas o negativas) en la propia experiencia inmediata (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002). Aun así, ambos pueden entenderse como conceptos ligados a una perspectiva más hedónica (Vázquez, 2009).

Por el contrario, desde la perspectiva eudaimónica se establece que el bienestar se encuentra en la realización de actividades congruentes con valores profundos y que suponen un compromiso pleno, con el que las personas se sienten vivas y auténticas (Waterman, 1993). Se utiliza así el término de bienestar psicológico para distinguir su concepción del bienestar subjetivo más propio de la concepción hedonista, y se definiría como el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo (Ryff, 1989, 1995), afirmando además que no sería el principal motivo de una persona, sino más bien el resultado de una vida bien vivida (Ryff y Keyes, 1995; Ryff y Singer, 1998). Tanto es así, que es un constructo que incluye tanto elementos reflexivos o valorativos (ej. juicios globales de satisfacción con la vida o con parcelas específicas de ella), como reacciones y estados emocionales (p.e tristeza y gozo) experimentados en el curso cotidiano de nuestras vidas (adaptado de Diener, 2006, Fredrickson, 2006 en Vázquez y Hervás, 2009). Asimismo, términos como bienestar físico, social o espiritual han sido remarcados como factores añadidos al bienestar psicológico general y han sido determinados por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas (bienestar físico), las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el

entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar (bienestar social) y por el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior (bienestar espiritual). La consideración de estos factores multidimensionales se acerca, en algunos dominios, más directamente al concepto de bienestar psicológico como un concepto integrado dentro del bienestar eudaimónico relacionado con el funcionamiento óptimo de las personas.

Haciendo referencia de nuevo a la calidad de vida, podríamos afirmar en consecuencia que, aunque ésta representaría cierto grado de bienestar subjetivo o satisfacción, dicho constructo no estaría midiendo el desarrollo del potencial personal de cada persona en sus condiciones situacionales (bienestar psicológico). Así, aun definiendo la calidad de vida en pacientes crónicos (Kim et al., 2012; Vinaccia y Orozco, 2005; Kalker y Roser; 1987) como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales, podríamos decir que la calidad de vida se puede entender como un constructo multidimensional que incluye indicadores objetivos de salud entre los que se encuentran el estatus funcional (autocuidado, movilidad y actividad física), síntomas relacionados con la enfermedad (p.e dolor, fatiga, malestar corporal, estreñimiento, trastornos del sueño), funcionamiento psicológico (p.e estrés, ansiedad, depresión) y funcionamiento social (p.e miedo del paciente a ser una carga para los demás, miedo a los síntomas, desempeño asociado al rol laboral y familiar) (Vinaccia y Orozco, 2005; Haes y Van Knippenberg, 1985, 1987; Rodríguez, 1994).

Así, el interés en el estudio de los procesos emocionales ha sido impulsado por un creciente número de estudios de investigación innovadores y, dentro de estos, la relación de los procesos con la enfermedad de FM es, a día de hoy, un campo de estudio que, lejos de ser conocido, abre la oportunidad de descubrir qué papel cumplen los procesos de regulación emocional en la experimentación de síntomas como ansiedad, depresión, limitación funcional y dolor (entre otros), la influencia de éstos en la calidad de vida de las personas afectadas aludiendo a indicadores objetivos de salud e, ir un paso más allá, y analizar además la influencia de los procesos emocionales en el funcionamiento óptimo de las personas mediante los niveles de bienestar psicológico de las personas, que integra principalmente el bienestar eudaimónico, pero que, indirectamente y por medio de las

emociones positivas experimentadas, también puede implicar niveles de bienestar hedónico.

Pese a la importancia que parecen tener las emociones y el bienestar sobre los estados de salud y enfermedad, en la actualidad, aún son escasos los estudios científicos realizados a este respecto, y en este sentido y cuando nos referimos al dolor crónico parece estar claro que el estado emocional funciona como una variable predictora del dolor y de la adaptación a la enfermedad (Gatchel et al., 2007) y no como variable de promoción de la salud. Tal y como señala Vázquez (2009), las intervenciones a lo largo de los años se han centrado más en el foco de la enfermedad que en el desarrollo de capacidades individuales y colectivas (salud). Tras realizar una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline y PsycInfo combinando “Fibromyalgia” y “wellbeing” (Fibromialgia y Bienestar) los resultados son escasos (15 artículos) y tras un análisis de los mismos puede observarse que la mayoría se centran en el impacto de variables psicosociales positivas en la mejora de resultados de enfermedad (dolor, limitación funcional, depresión) y no en la predicción de las variables que realmente contribuyen al bienestar.

Esta escasez de estudios puede deberse a que las emociones positivas son menos numerosas y bastante más difusas que las negativas (Ellsworth y Smith, 1988). Las emociones positivas se asocian a situaciones que implican oportunidad o placer, las cuales son menos frecuentes que aquellas que suponen una amenaza y que son las que se acompañan de emociones negativas. Fredrikson (1998) señala que existe una emoción positiva por cada tres o cuatro emociones negativas. Tanto es así que las emociones positivas son menos diferenciadas tanto en la conducta manifiesta que generan (componente expresivo), como en los cambios fisiológicos que producen, e incluso en el componente experiencial. Además, son emociones menos urgentes, intensas e importantes para la supervivencia que las emociones negativas y esto repercute en esa difusión a la que Fredrikson hace referencia. A continuación, se describen brevemente los estudios encontrados sobre fibromialgia y bienestar.

En relación con el afecto negativo y el bienestar, las emociones más estudiadas son la ira, hostilidad, ansiedad, depresión y estrés, que son los procesos emocionales y las reacciones más estudiadas como consecuencia de alteraciones en el bienestar en fibromialgia (Cosci et al., 2011; Hawtin y Sullivan, 2011; Zettel-Watson et al., 2011). Estos estudios ponen de manifiesto que con posterioridad a la intervención, los sujetos adquieren mayor conciencia

de las actitudes positivas sobre sí mismos, siendo éstas las que funcionan como variables predictoras de los síntomas de ansiedad y depresión. Zautra et al. (2005) han realizado un estudio para observar las alteraciones en el proceso de regulación emocional en pacientes con fibromialgia en comparación con personas sanas. Los resultados demuestran que las emociones negativas y el uso de estrategias de evitación emocional fueron elevadas en 40 pacientes de fibromialgia, en comparación con el grupo de pacientes sanos. Además, los pacientes con fibromialgia obtuvieron puntuaciones muy bajas en emociones positivas presentando una gran dificultad para identificar sentimientos y, consecuentemente, una alta puntuación en la variable alexitimia. El malestar psicológico que sufren tienden a etiquetarlo como enfermedad física y tienden a desarrollar una mayor proporción de trastornos psicopatológicos y psicofisiológicos (Martínez-Sánchez, 1997) frente al grupo de pacientes sanos (Zautra et al., 2005).

Anema et al. (2009) llevaron a cabo un estudio con 58 mujeres con FM analizando las relaciones entre la variabilidad del patrón de síntomas, la incertidumbre, el bienestar espiritual y psicosocial y la adaptación de los individuos con síndrome de fibromialgia. En sus resultados se detectó una relación significativa entre la variabilidad del patrón de síntomas y la incertidumbre, y entre la incertidumbre y la mala adaptación psicosocial; el bienestar espiritual moderó la relación entre la incertidumbre y la adaptación psicosocial.

El optimismo como variable predictora del bienestar y la calidad de vida en personas con FM también ha sido objeto de estudio (Belcher, 2009; Huber et al., 2008; Anema, 2006; Broderik, 2005). Estudios como el de Remor (2007), centrados en enfermedades crónicas, demuestran que las fortalezas de carácter, o habilidades personales como el optimismo, un sentido de control personal y la capacidad para encontrar significado a las experiencias de la vida, se asocian a una mejor salud mental. Dichas características han sido descritas como factores de protección y resiliencia contra la adversidad y la enfermedad, pues podrían facilitar una adecuada evaluación y afrontamiento de los cambios o dificultades de los sucesos vitales ocurridos en la vida y parece que podrían aumentar la supervivencia en personas con una enfermedad crónica o en situación final de vida. Además, se pone de manifiesto que al igual que el optimismo, tanto la autoestima, la personalidad resistente como el apoyo social percibido son recursos fundamentales para un correcto afrontamiento de la enfermedad (Belcher, 2009; Van Uden-Kraan et al., 2008).

En esta misma línea, la resiliencia (Bonanno, 2004) ha sido definida como la capacidad de las personas para mantener la salud y el bienestar psicológico en un ambiente dinámico y desafiante (Zautra et al., 2008). La investigación ha sido concluyente en afirmar que la resiliencia (además del concepto de bienestar que ya hemos expuesto) también es una variable protectora de la salud física y mental en momentos de enfermedad (Brix et al., 2008; Jamison, Weidner, Romero y Amundsen, 2007) y diferentes trabajos han tratado de analizar la influencia de este constructo en la enfermedad crónica, aunque son escasos los centrados específicamente en la fibromialgia. Así, en EE.UU. se llevó a cabo un estudio con 15 pacientes de ambos géneros, entre los 30 y 50 años de edad, con enfermedades crónicas no progresivas (déficit de atención, parálisis cerebral y espina bífida), encontrándose como factores de protección el apoyo social (familia, amigos y comunidad) y características como la perseverancia, la determinación y las creencias espirituales. Además, fueron identificados tres nuevos procesos de protección que indirectamente pueden relacionarse con los procesos o factores incluidos en el constructo del “bienestar psicológico” de las personas medido por Carol Ryff (Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 1998): la trascendencia (hace alusión a sustituir una pérdida por una ganancia), el autoentendimiento (se refiere al reconocimiento de los nuevos aspectos de uno mismo) y la acomodación (que consiste en la toma de decisiones sobre abandonar algo en vida) (King et al., 2003).

En otro estudio con 38 pacientes afroamericanos, entre los 65 y 91 años de edad, y con enfermedades crónicas, como artritis, asma, diabetes mellitus, enfermedades cardíacas e hipertensión, se encontraron como factores resilientes la determinación, la perseverancia y la tenacidad, independientemente de la gravedad de la enfermedad. Los valores culturales que los determinaron fueron la independencia, la espiritualidad, la supervivencia y el trasfondo cultural de racismo, por lo que se puede hipotetizar que al estudiar la resiliencia, se deberían considerar las creencias culturales asociadas a la enfermedad crónica en las diferentes poblaciones (Becker y Newsom, 2005). En Australia, se desarrolló un estudio con pacientes enfermos de síndrome de fatiga crónica, diabetes, psoriasis artrítica, osteoartritis, fibromialgia, depresión, Crohn, colitis ulcerativa, esclerosis múltiple, cardiopatía y dolor crónico, entre los 21 y 65 años de edad, en el que se concluyó que la resiliencia se caracteriza por tener un fuerte sentido de autoestima, de capacidad para aprender de las experiencias y de desarrollar la adaptación, siendo esta última fundamental para sobrellevar la enfermedad (Kralik, van Loon y Visentin, 2006).

Ya específicamente en relación con la fibromialgia, Zautra et al. (2005) han presentado diversos estudios, que posiblemente ya han sido comentados a lo largo de este trabajo, que ponen de manifiesto la importancia del estudio del afecto positivo en población con FM. Así, en una muestra de 124 pacientes, entre los 35 y 72 años de edad, diagnosticados con osteoartritis y fibromialgia, se demostró que las emociones positivas son un recurso que promueve la resiliencia en estos pacientes. Niveles altos de afecto positivo se asociaron con menores niveles de dolor en mediciones de las semanas siguientes; por el contrario, aumentos de afecto negativo (ansiedad- depresión) se asociaron con mayores niveles de dolor en las semanas siguientes (Zautra, Johnson y Davis, 2005).

Igualmente, otra investigación realizada en EE.UU. pretendió evaluar el afecto positivo (AP) como un factor de resiliencia en las relaciones entre el dolor y el afecto negativo (AN), en una muestra de 43 pacientes con artritis reumatoide. El estudio concluye que el AP es más influyente en la reducción de AN durante las semanas de mayor dolor y puede ser un factor de resiliencia, ayudando a los pacientes que experimentan fluctuaciones de dolor a que sean menos dolorosas cuando presentan niveles inferiores de AN (Strand et al., 2006). En esta misma línea, se lleva a cabo un estudio con el objetivo de probar un modelo de dos factores de salud afectiva en mujeres con artritis reumatoide (RA, n=82) y osteoartritis (OA, n=88). Las interacciones sociales de afecto positivo y negativo fueron evaluadas durante 11 semanas consecutivas en la muestra de estudio. Para cada una de las participantes, fueron creados factores de vulnerabilidad y resiliencia asociados a características negativas y positivas personales. El factor de vulnerabilidad (y no la resiliencia) predijo cambios en las interacciones negativas. El factor de resiliencia (y no la vulnerabilidad) predijo cambios en las interacciones positivas. El factor de vulnerabilidad (y no la resiliencia) predijo cambios de afecto negativo (inmediato y siguiente semana). Los factores de resiliencia y vulnerabilidad predijeron cambios inmediatos, y en la semana siguiente de afecto positivo, aunque los efectos de vulnerabilidad fueron más pequeños que los de resiliencia. Finalmente, el factor de vulnerabilidad interactuó con el dolor en la predicción del afecto negativo a medio plazo (Smith y Zautra, 2008).

Un estudio similar tuvo como objetivo examinar el riesgo psicológico y los factores de resiliencia en combinación con un indicador objetivo de severidad de enfermedad (rayos X de rodilla) para determinar qué factores explican mejor el dolor y el funcionamiento físico de 275 pacientes con osteoartritis temprana de rodilla (KOA), entre los 35 y 64 años de

edad. Los resultados indicaron que tanto los factores de riesgo como la resiliencia predicen el funcionamiento físico y el dolor en la dirección esperada de la gravedad de la enfermedad. El efecto de la resiliencia sobre el dolor se vio mediado por la autoeficacia, lo que sugiere que una mayor autoeficacia está asociada a menor dolor y mejor funcionamiento físico (Johnson, Zautra y Going, 2008), aspecto que también ha sido expuesto en estudios ya mencionados con personas con FM. En otro estudio con 240 pacientes con dolor crónico, se compararon dos grupos, uno de personas resilientes y otro de no resilientes, encontrándose diferencias significativas entre las personas resilientes y las no resilientes, en el estilo de afrontamiento, creencias y actitudes hacia el dolor, tendencias a la catastrofización, respuestas positivas y negativas sociales respecto al dolor, y en los patrones de cuidado de la salud y la forma de uso de la medicación. En este estudio se concluye que la resiliencia es un factor de protección causal en personas con dolor crónico (Karloly y Ruhlman, 2006).

Finalmente, otro estudio reciente centrado en la aceptación emocional del dolor en las enfermedades de dolor crónico, pone de manifiesto que, además de que dicho proceso mejora los niveles de bienestar psicológico en personas con fibromialgia, también las variables cognitivas negativas como la catastrofización se ven afectadas por el uso de esta estrategia regulatoria (Viane et al, 2003).

A modo de conclusión, es evidente que el reciente interés por el estudio de los procesos emocionales ya no se centra únicamente en la sintomatología negativa asociada a la enfermedad, sino también en variables positivas de salud. Diferentes autores han puesto de relieve la importancia de estudiar la influencia de los procesos emocionales en la calidad de vida y en los niveles de bienestar psicológico y emociones positivas de las personas con dolor crónico, con el objetivo de avanzar aun más si cabe en su comprensión y en el análisis de los procesos o capacidades resilientes ante la enfermedad, con el fin de aplicar dichos resultados en el terreno clínico siempre intentando mejorar la intervención dirigida a las personas que sufren la enfermedad.

En este sentido, así como los estudios recientes mencionados ponen de manifiesto que las personas con fibromialgia difieren en el procesamiento emocional de estados afectivos de alta intensidad activando estrategias emocionales más o menos desadaptativas en función del contexto y que a su vez dichas estrategias tienen implicaciones diferenciales en el

impacto de la enfermedad (Geenen et al., 2012), también se ha demostrado que la presencia de emociones positivas reflejan un mejor funcionamiento físico y menor sintomatología clínica en la FM (Arnold et al., 2006; Hassett et al., 2000, 2008; Porter-Moffitt et al., 2006; Suhr, 2003). Además, también se ha reflejado que las emociones positivas juegan un papel importante en la recuperación de los episodios dolorosos en la enfermedad.

De esta manera, tanto los procesos emocionales en sí mismos, como las experiencias positivas y el afecto positivo en la FM se plantean como un punto clave en la preservación de la calidad de vida y funcionamiento general de los pacientes. Aprender maneras apropiadas de regulación emocional puede ayudar directamente al manejo del dolor y la sintomatología, y se pone de manifiesto además que todos los impactos de la enfermedad pueden verse afectados o influidos a su vez por los procesos emocionales que las personas poseen en sus intentos de regular las emociones que las propias limitaciones conllevan o, al mismo tiempo, pueden influir directamente sobre el afrontamiento de los impactos derivados de la enfermedad.

Así pues, el objetivo del presente trabajo se centra por un lado en analizar las diferencias entre personas sanas y personas con fibromialgia en relación con los procesos de regulación emocional. Asimismo, existe un elevado interés en analizar ya no solo las diferencias entre poblaciones, sino la relación de dichas estrategias emocionales con la sintomatología negativa (dolor, ansiedad, depresión y limitación funcional y afecto negativo) relacionada con el impacto (físico, psicológico, emocional y social) en la calidad de vida de las personas afectadas y, finalmente, se persigue el objetivo de avanzar en ese cambio de enfoque hacia los aspectos positivos relacionados con la resiliencia y analizar la influencia de los procesos emocionales en el funcionamiento óptimo de las personas, es decir, en sus capacidades de afrontamiento ante la enfermedad crónica, sus niveles de bienestar psicológico y la experimentación de emociones positivas.

Además, la evidencia mencionada de perfiles diferenciales dentro de la propia población que sufre fibromialgia, tanto a nivel de sintomatología experimentada como, lo que es aun mas importante, a nivel de estrategias de procesamiento emocional influyentes en las variables de salud-enfermedad (es decir, en dicha sintomatología) hace que no podamos concluir el trabajo sin añadir un último objetivo relacionado con el estudio de perfiles

diferenciales de mujeres con FM en función de las estrategias de regulación o desregulación estudiadas y la relación de dichos perfiles con las variables de salud-enfermedad.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1 Objetivo General:

El objetivo general del presente trabajo es analizar la influencia de los procesos afectivos sobre variables de Salud-Enfermedad en una muestra de mujeres con FM en comparación con mujeres sanas, así como analizar la posible existencia de perfiles diferenciales categorizados en función de tales procesos en la muestra de mujeres con FM. Para ello, se plantea específicamente el análisis de la influencia de los procesos afectivos sobre las variables de ansiedad, depresión, bienestar psicológico y afecto positivo y negativo en la muestra de mujeres con FM en comparación con mujeres sanas, así como el análisis de la influencia de dichos procesos sobre dolor y limitación funcional como variables específicas de enfermedad, únicamente presentes en las mujeres con FM.

4.2 Objetivos específicos:

El objetivo general se puede desglosar en cinco objetivos específicos con sus correspondientes hipótesis, que pasamos a enumerar a continuación.

OBJETIVO I: Asumiendo la complejidad de conceptos definidos en la literatura que evalúan procesos afectivos y que los diferentes instrumentos que han intentado medir cada uno de ellos en ocasiones miden constructos similares; se persigue el objetivo de determinar una estructura factorial en la que queden integrados y categorizados en función de procesos afectivos similares, todos los procesos afectivos teóricos evaluados en el estudio.

Procesos afectivos teóricos evaluados	Agrupación de factores afectivos resultantes esperados
1. Supresión emocional (ERQ)	Factor I: 1, 9
2. Revaluación cognitiva (ERQ)	Factor II: 8, 2
3. Déficit identificación emocional (TAS-20)	Factor III: 3,4,
4. Déficit lenguaje emocional (TAS-20)	Factor IV: 7
5. Pensamiento concreto (TAS-20)	Factor V: 5
6. Atención emocional (TMMS-24)	
7. Claridad emocional (TMMS-24)	
8. Reparación emocional (TMMS-24)	
9. Expresión emocional (EES)	

1ª Hipótesis: Se espera encontrar una estructura factorial coherente que integre y agrupe los ítems que evalúan los nueve procesos emocionales teóricos objeto de estudio en función de procesos afectivos similares, en una estructura factorial reducida a 5 factores. Así, se espera que:

- a. La supresión emocional (ERQ) y la expresión emocional (EES) se agrupen en un mismo factor, con signo opuesto.
- b. Los déficits de lenguaje e identificación emocional (TAS-20) se agrupen en un mismo factor
- c. La revaluación cognitiva (ERQ) y la reparación emocional (TMMS-24) se agrupen en un mismo factor en igual dirección.
- d. La atención emocional (TMMS-24) sea un factor independiente.
- e. La claridad emocional (TMMS-24) sea un factor independiente.

OBJETIVO II: Determinar las diferencias entre ambas muestras tanto en los factores afectivos resultantes del análisis factorial, como en la sintomatología (ansiedad, depresión y afecto negativo) y en las variables positivas de salud (bienestar psicológico, afecto positivo).

En relación con los factores afectivos:

2ª Hipótesis: Se espera encontrar la existencia de **diferencias estadísticamente significativas** en los factores emocionales entre población con FM y población sana

3ª Hipótesis: se espera que aquellos factores relacionados con procesos positivos tales como reparación emocional, reevaluación cognitiva y claridad emocional tengan mayores puntuaciones en población sana que en población con FM.

4ª Hipótesis: se espera que los factores emocionales relacionados tanto con déficits de identificación emocional y lenguaje emocional, así como con inhibición emocional tengan mayores puntuaciones en población con FM que en población sana.

5ª Hipótesis: Asimismo, se espera que en relación con los procesos inconclusos en la literatura (pensamiento concreto) no se encuentren diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En relación con los procesos de salud-enfermedad se espera que existan diferencias estadísticamente significativas entre población con FM y población sana de manera que:

6ª Hipótesis: Las mujeres con FM presenten mayores puntuaciones en ansiedad que las mujeres sanas.

7ª Hipótesis: Las mujeres con FM presenten mayores puntuaciones en depresión que las mujeres sanas.

8ª Hipótesis: Las mujeres con FM presenten mayores puntuaciones en afecto negativo que las mujeres sanas.

9ª Hipótesis: Las mujeres con FM presenten menores puntuaciones en afecto positivo que las mujeres sanas.

10ª Hipótesis: Las mujeres con FM presenten menores puntuaciones tanto en bienestar psicológico global, como en los diferentes subfactores que lo integran (autonomía, propósito en la vida, relaciones positivas, crecimiento personal, autoaceptación y dominio del entorno) que las mujeres sanas.

OBJETIVO III: Determinar el papel mediador de los procesos afectivos entre la autoeficacia general y la autoeficacia en el control del dolor (solo en población con FM) y las variables resultado de salud-enfermedad en ambas poblaciones.

11ª Hipótesis: Se espera encontrar un papel mediador de la reparación emocional entre la autoeficacia general y la sintomatología (ansiedad, depresión y afecto negativo) y entre la autoeficacia general y las variables de salud (afecto positivo y bienestar psicológico) en población sana.

12ª Hipótesis: Se espera encontrar un papel mediador de la reparación emocional entre la autoeficacia general y la sintomatología (ansiedad, depresión y afecto negativo) y entre la autoeficacia general y las variables de salud (afecto positivo y bienestar psicológico) en población con fibromialgia.

13ª Hipótesis: Se espera encontrar un papel mediador de la reparación emocional entre la autoeficacia en el control del dolor (síntomas, actividad y dolor) y la sintomatología (ansiedad, depresión y afecto negativo).

14ª Hipótesis: Se espera encontrar un papel mediador del déficit de identificación emocional entre la autoeficacia en el control del dolor y la sintomatología (ansiedad, depresión y afecto negativo).

OBJETIVO IV: Establecer el valor predictivo de los factores emocionales sobre las variables de salud-enfermedad relacionadas con la sintomatología (ansiedad, depresión, afecto negativo, dolor y limitación funcional) y con variables positivas de salud (bienestar psicológico, afecto positivo). Igualmente se realizará una valoración diferencial entre población con FM y población sana para evaluar la diferencia entre el valor predictivo de dichos factores entre ambas poblaciones.

15ª Hipótesis: Se espera que los factores emocionales relacionados con atención, supresión sean predictores positivos de dolor en la población con FM y que la expresión emocional pueda ser un predictor negativo de dolor en población con FM.

16ª Hipótesis: Se espera que los factores emocionales relacionados con reparación emocional, claridad emocional, reevaluación cognitiva sean predictores negativos de ansiedad, depresión y afecto negativo en ambas poblaciones.

17ª Hipótesis: Se espera que los factores emocionales relacionados los déficits de identificación y lenguaje emocional sean predictores positivos de ansiedad, depresión y afecto negativo en ambas poblaciones.

18ª Hipótesis: Se espera que los factores emocionales relacionados con reparación emocional, claridad emocional y reevaluación cognitiva sean predictores positivos tanto del afecto positivo, como del bienestar psicológico global y de los subfactores que lo integran en ambas poblaciones.

OBJETIVO V: Determinar perfiles diferenciales en ambas poblaciones en función de los factores emocionales objeto de estudio, analizando además la influencia de estos perfiles

sobre las variables de salud-enfermedad.

19ª Hipótesis: Se espera encontrar un perfil diferencial afectivo en función de los factores emocionales resultantes del análisis factorial en ambas poblaciones, siendo este diferente para población con FM y para población sana.

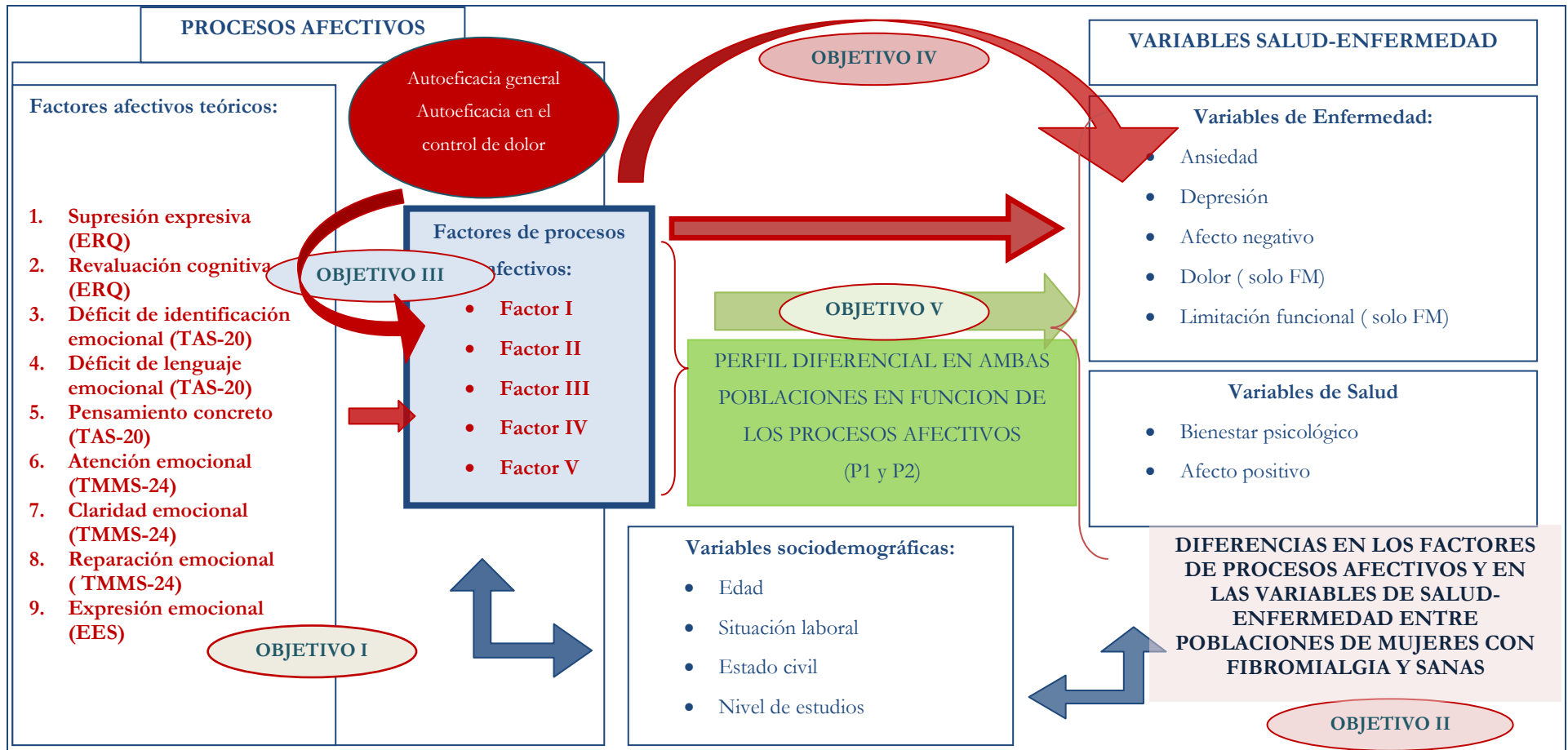
20ª Hipótesis: Se espera encontrar un **perfil diferencial afectivo** entre las **mujeres con FM** en comparación con las mujeres sanas en el que los factores significativos en la diferenciación sean los relacionados con los procesos de alexitimia (déficits) y el proceso de reparación emocional por ser las variables más representativas mencionadas en la literatura como procesos emocionales afectados en mujeres con FM.

21ª Hipótesis: Asimismo, se espera que las variables de salud-enfermedad evaluadas en la población con FM que se vean afectadas por los diferentes perfiles sean las variables de ansiedad, depresión, afecto positivo y negativo y bienestar, no esperando que las variables de dolor y limitación funcional presenten puntuaciones significativas en dicha diferenciación.

22ª Hipótesis: En contraste con la población de mujeres con FM, se espera encontrar un **perfil diferencial afectivo** entre las mujeres sanas en el que los procesos significativos para la diferenciación sea los factores relacionados con los procesos de reparación, claridad, atención, déficit de identificación emocional y supresión; por ser las variables representativas mencionadas en la literatura como procesos emocionales afectados en población sana.

23ª Hipótesis: Asimismo, se espera que tanto la sintomatología (ansiedad, depresión y afecto negativo), como las variables de salud (bienestar y afecto positivo) evaluadas en la población sana presenten diferencias estadísticamente significativas en función de los perfiles resultantes.

La **Figura 8** pretende representar el conjunto de objetivos perseguidos con la realización de la presente tesis doctoral.



Nota: Se asume que el esquema presentado incluye los objetivos y las hipótesis del estudio incluyendo la evaluación todas las variables presentadas en ambas poblaciones (población con FM y población sana). Las variables que únicamente han sido evaluadas en población con FM son referenciadas para esta población entre paréntesis (autoeficacia en el control del dolor, limitación funcional y dolor).

ESTUDIO EMPÍRICO METODO

ESTUDIO EMPÍRICO

MÉTODO

5.1 Participantes.

La muestra participante en el presente estudio puede clasificarse en dos grupos de mujeres diferenciadas en función de si padecían o no la enfermedad de FM. Así, ambos grupos de población se han denominado como “**mujeres con diagnóstico de FM**”, y “**mujeres sanas**” (o grupo control).

5.1.1 Muestra de mujeres con diagnóstico de Fibromialgia (FM).

En relación con la muestra de **mujeres con FM**, las participantes eran mujeres derivadas de la base de pacientes de la Fundación Hospital Alcorcón (**FHA**), Fundación Hospital de Fuenlabrada (**FHF**), de la Asociación de Fibromialgia de la Comunidad de Madrid (**AFIBROM**) y de la Asociación de Fibromialgia de Talavera de la Reina (**AFIBROTAR**).

De todas las pacientes informadas sobre el estudio (n=200), un total de 165 personas manifestaron su interés en participar en el presente estudio, aunque finalmente fueron 147 personas las que constituyeron registros válidos (por la cumplimentación correcta y completa de todas las pruebas), formando la muestra final de mujeres con fibromialgia.

Los **criterios de inclusión** para que las mujeres con FM pudieran participar en el presente estudio fueron los siguientes:

- 1) Ser mujer.
- 2) Diagnóstico de Fibromialgia según el Colegio Americano de Reumatología (American College of Rheumatology, Wolfe et al., 1990).
- 3) Ser mayor de 18 años.
- 4) Estar acudiendo a tratamiento médico por su problema de dolor, ya sea en atención primaria o especializada.
- 5) No estar recibiendo ni haber recibido en el último año ningún programa de intervención específico ni terapia individual, dentro de la Terapia cognitivo-conductual, directamente relacionado con el trabajo directo sobre emociones y regulación emocional.
- 6) Hablar y entender perfectamente el castellano.

5.1.2 Muestra de mujeres sanas

En relación con las “**mujeres sanas**” estas pertenecían a la asociación de Mujeres y Familias del Medio Rural (**AFAMMER**) que es una asociación que nace como una ONG en 1982 con el objetivo de promocionar la mejora y defensa desde el punto de vista económico, social y cultural de las mujeres rurales, y al mismo tiempo reivindica el protagonismo de la mujer en el desarrollo del mundo rural, propiciando su formación y facilitando su incorporación al difícil mercado laboral, a través de varias iniciativas. Todas las participantes incluidas en el estudio fueron derivadas desde los diferentes municipios que abarca dicha asociación entre los que destacaron la participación de las comunidades autónomas de Ciudad Real, Navarra y Murcia.

De todas las mujeres informadas sobre el estudio (n=200), un total de 127 personas manifestaron su interés en participar en el presente estudio, aunque finalmente fueron 109 personas las que constituyeron registros válidos (por la cumplimentación correcta y completa de todas las pruebas), formando la muestra final de mujeres sanas. La mayor pérdida muestral en el caso de las mujeres sanas puede entenderse si tenemos en cuenta que en este caso, como se señalará en el apartado de procedimiento, el equipo investigador no recabó directamente los datos sino que se hizo a través de la Presidenta de la Asociación, en muchas ocasiones a través del correo postal, por lo que no se pudo realizar un seguimiento personalizado de la muestra, lo que hubiera garantizado una menor pérdida muestral.

Los **criterios de inclusión** de esta población para poder participar en el estudio consistieron en:

- 1) Ser mujer.
- 2) No padecer ningún tipo de enfermedad crónica.
- 3) No padecer patologías que cursen con dolor crónico.
- 4) No padecer, en el momento del estudio, patologías agudas o cuadros de dolor agudo.
- 5) No haber sido diagnosticada de patologías mentales graves.
- 6) Ser mayor de 18 años.
- 7) No estar recibiendo ni haber recibido en el último año ningún programa de intervención específico ni terapia individual, dentro de la Terapia cognitivo-

conductual, directamente relacionado con el trabajo directo sobre emociones y regulación emocional.

8) Hablar y entender perfectamente el castellano.

La muestra total del presente estudio está compuesta, por tanto, por un total de 256 mujeres, de las cuales el 57,3 % padecen fibromialgia. Como se puede observar en la **Tabla 4**, en la que están representados tanto los porcentajes de cada submuestra en cada una de las variables sociodemográficas consideradas, como las diferencias significativas entre ambos grupos, únicamente se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la situación laboral y en el nivel de estudios, no existiendo diferencias significativas ni en la edad, ni en el estado civil.

Así, la submuestra del grupo de mujeres con FM, está compuesta por mujeres de mediana edad ($M=51,01$; $DT=10,41$), en su mayoría casadas (80,1%), con un nivel mayoritario de estudios básicos (66,7%), e inactivas laboralmente en un porcentaje de 56,1%.

En relación con la submuestra del grupo de mujeres sanas, son igualmente personas de mediana edad ($M=49,23$; $DT=11,8$), en su mayoría casadas (75,8%) y también con un nivel de estudios básicos (82,7%). En relación a su situación laboral, el 57,4 % están inactivas laboralmente hablando frente al 42,6 % restante que sí trabajan.

Así, respecto a las diferencias en la situación laboral entre ambas muestras, los resultados ponen de manifiesto que, aunque el porcentaje de mujeres que no trabajan es similar en ambas poblaciones (FM: 56,1% y mujeres sanas: 57,4%), cuando se evalúan las condiciones de baja laboral e invalidez, el 18,2% de las mujeres con FM se encuentran en situación de baja laboral (12,1%) o invalidez laboral (6,1%) frente a las mujeres rurales en las que no se dan tales condiciones. En relación con el nivel de estudios, siendo ambas muestras en su mayoría mujeres con estudios básicos (FM: 66,7%; Sanas: 82,7%), también tienen un 19,4% (FM) y 17% (sanas) de mujeres con estudios primarios y, únicamente en el caso de la muestra con FM; un 14% de la población tiene estudios superiores.

Respecto a las características clínicas de la muestra con fibromialgia, la media de años que tardaron en diagnosticarlas es de 8,1 ($DT: 5,91$). Asimismo, en relación con el diagnóstico de ansiedad/depresión, un 54,6% afirma haber sido diagnosticada de alguno de los dos

trastornos o de ambos antes del diagnóstico de fibromialgia, el 20,8% fue diagnosticada de uno o de ambos trastornos posteriormente al diagnóstico de la FM, el 14,6% afirma haber sido diagnosticada de ansiedad y/o depresión al mismo tiempo que recibió su diagnóstico de fibromialgia y el 10% afirman no haber recibido nunca un diagnóstico de ansiedad y/o depresión. Finalmente refieren haber experimentado dolor durante una media de 17,89 años (DT: 13,14) y consumen una media de 7 medicamentos (DT: 5,09).

5.2 Procedimiento.

5.2.1 Muestra de mujeres con FM

Para conseguir la submuestra de las mujeres con FM y con el fin de conseguir la mayor participación posible, se contactó tanto con los especialistas de la Unidad del Dolor de la Fundación Hospital Alcorcón (FHA) y de la Unidad del Dolor de la Fundación Hospital de Fuenlabrada (FHF), como con dos asociaciones de ayuda mutua (AFIBROM y AFIBROTAR) con los que el equipo investigador colabora habitualmente. El equipo investigador al que pertenece la doctoranda lleva desde el año 2004 trabajando, a través de diferentes proyectos de investigación, en el ámbito de la fibromialgia. Además, desde hace aproximadamente cinco años, realiza, a través de la Clínica Universitaria de la Universidad Rey Juan Carlos, diferentes programas de intervención así como terapia individual desde el enfoque cognitivo-conductual para esta población. Es por ello que, se contactó con aquellas instituciones con las que habitualmente colabora el equipo investigador, bien a nivel de investigación o de prestación de servicios. Por otro lado, el hecho de que parte de la muestra proceda de atención especializada y parte de la misma proceda de asociaciones de ayuda mutua, tal y como se ha puesto de manifiesto en los diferentes trabajos llevados a cabo por el equipo de investigación, no implica diferencias en el perfil de las pacientes con fibromialgia, dado además que la mayoría de ellas además de estar recibiendo atención sanitaria especializada pertenecen igualmente a una asociación de ayuda mutua.

Tanto en el caso de la FHA como de la FHF, eran los médicos de la Unidad del Dolor quienes, tras informar a los pacientes del presente estudio a través del oportuno consentimiento informado, nos proporcionaban un listado de aquellos pacientes que cumplían los criterios de inclusión y que deseaban participar en el estudio. Posteriormente, los pacientes eran llamados por teléfono para concertar una primera cita.

Por otro lado, se realizaron diversas reuniones tanto con la Asociación de Fibromialgia de Madrid (AFIBROM) como con la Asociación de Fibromialgia de Talavera de la Reina (AFIBROTAR), las cuales se encargaron personalmente de informar a la socias del estudio que se estaba realizando por medio de información publicada en la revista trimestral de la asociación, y por correo electrónico a todas aquellas socias que estaban registradas en la base de datos. Las pacientes interesadas tenían que contestar al correo electrónico que les indicábamos, confirmando su interés en participar en el estudio. Es importante añadir que, también se contactó telefónicamente, desde la propia asociación, por la necesidad de cumplir con la ley de protección de datos de la asociación, con aquellas socias que no disponían de correo electrónico.

Todas las mujeres interesadas (tanto de los hospitales como de las asociaciones) fueron citadas a una primera charla informativa en la que se les explicaba el objetivo del estudio, indicándoles que su participación era totalmente voluntaria y que de acuerdo a los criterios éticos explicados, cada participante podía abandonar el estudio si lo deseaba. Una vez que aceptaban participar en éste, cada una de las participantes firmó el consentimiento informado y se les realizó a todas ellas una primera entrevista que evaluaba tanto los datos sociodemográficos como los datos clínicos objeto de interés y, posteriormente, las participantes cumplimentaban además el protocolo de evaluación en presencia del equipo investigador. Asimismo, en la misma sesión, todas las pacientes eran valoradas en relación con su umbral al Dolor (algometría), por un miembro del equipo investigador especialista en la administración de la técnica (fisioterapeuta).

La duración de la evaluación por participante, osciló entre los 60 y 90 minutos aproximadamente. Las pacientes que provenían de las Unidades de Dolor y de AFIBROM eran evaluadas en la Universidad Rey Juan Carlos. En el caso de la asociación de Talavera de la Reina (AFIBROTAR), todas las evaluaciones fueron realizadas en la sede de la asociación, desplazándose el equipo investigador, para evitar molestias de desplazamiento a los participantes, teniendo en cuenta además de que no recibieron ningún tipo de compensación económica por su participación en el estudio.

Todo este procedimiento y la recogida de datos correspondiente fue llevado a cabo durante el periodo comprendido entre Septiembre de 2010 y Septiembre de 2011. Así, tras agradecerles su colaboración y después de las Jornadas previas de resultados y unos talleres

prácticos ofrecidos por parte del Equipo investigador en Octubre de 2011, en agradecimiento a su desinteresada participación, se daba por finalizada su colaboración en el presente estudio.

5.2.2 Muestra de mujeres sanas

En relación con el muestreo de las mujeres sanas, el procedimiento a seguir también incluyó en primer lugar una carta informativa con la presentación del equipo de investigación y el objetivo del proyecto del presente estudio en la que también se reflejaba el modo de proceder para poder participar en el estudio. Sin embargo, tras hablar con la presidenta de la asociación, ésta nos puso en antecedentes sobre la dificultad añadida para las participantes de rellenar los protocolos online y se planteó la necesidad de enviar los protocolos a los domicilios de las participantes interesadas en participar mediante un sobre de correo franqueado para que cada una de ellas solo tuviera que cumplimentar el protocolo, introducirlo en el sobre y enviarlo. En este caso, el correspondiente consentimiento informado era remitido en el sobre prefranqueado al equipo investigador junto con el protocolo de evaluación.

Las razones para utilizar esta muestra como grupo control, además de las razones de conveniencia (era una muestra accesible con interés de mantener convenios de colaboración con el equipo investigador), estuvieron motivadas por la homogeneidad de la misma y por su similitud en diferentes variables sociodemográficas que constituyen el perfil propio de las personas con fibromialgia (sexo, edad media, nivel educativo y situación laboral).

Al igual que en el caso de la muestra de fibromialgia, también se les ofreció a las mujeres sanas unas jornadas informativas sobre los resultados del estudio, además de la implementación de un taller intensivo de fin de semana (por la limitación que la distribución geográfica de las diferentes sedes de la asociación añadía) en estrategias de regulación emocional influyentes en la salud asumiendo que, como se defiende en el estudio, las estrategias emocionales no son únicamente estrategias para aliviar síntomas (relacionados o no con la enfermedad crónica), sino estrategias adaptativas o resilientes que mejoran la calidad de vida, el bienestar psicológico y las emociones positivas de las personas. Así, el taller ofrecido se propuso como un taller de promoción de la salud basado en estrategias adaptativas de regulación emocional.

Todas las pruebas se realizaron por psicólogos del equipo investigador o por personas entrenadas por ellos. La prueba de algometría, como ya se ha señalado, fue administrada por un técnico especialista del equipo investigador.

El protocolo de evaluación contenía los mismos instrumentos en ambas muestras, salvo las variables relativas a dolor, limitación funcional y aquellas clínicas propiamente dichas en relación a la FM que sólo fueron administradas en el caso de la muestra de fibromialgia. Además, las variables de umbral de dolor (algometría) únicamente se administraron en el grupo de mujeres con fibromialgia.

El estudio fue aprobado tanto por el Comité de ética de la Universidad, como por el comité de ética de las unidades de dolor de FHA y de la FHF.

Tabla 4: Diferencias sociodemográficas entre mujeres con FM y mujeres sanas

Variable	Fibromialgia (n=147)	Sanas (n=109)	t/ χ^2 p
Edad			
Media	51,01	49,23	t= 2,83
Desviación Típica (DT)	10,41	11,82	p=.213
Estado Civil (%)			
Casada	80,1	75,8	$\chi^2=5,79$
Soltera	9,6	13,1	p =.215
Viuda	3,7	8,1	
Separada	1,5	2	
Divorciada	5,1	7,8	
Nivel de estudios (%)			
Sin estudios/estudios básicos	66,7,1	82,7	$\chi^2=0,06$
Estudios medios: FP y bachillerato	19,4	17	p =.0001
Estudios Superiores	14	_____	
Situación Laboral (%)			
Activo	25,8	42,6	$\chi^2=23,27$
No activo	56,1	57,4	p =.0001
Baja	12,1	_____	
Invalidez	6,1	_____	

5.3 Variables e instrumentos.

En este estudio se ha trabajado con diferentes tipos de variables que, a efectos didácticos y conceptuales, hemos clasificado en tres categorías: 1) variables sociodemográficas y clínicas de interés (para la muestra de FM) -ya descritas en participantes y procedimiento por ser las utilizadas para describir la muestra objeto de estudio-, 2) variables de regulación emocional y cognitivas y 3) variables de salud-enfermedad. Dentro de éstas últimas, podemos realizar además una diferenciación entre variables “negativas” mas relacionadas con la sintomatología negativa asociada a la enfermedad crónica (ansiedad, depresión, emociones negativas, limitación funcional y dolor), y variables “positivas” mas relacionadas con la salud y el bienestar de las personas (bienestar psicológico y emociones positivas). Cabe señalar que, dentro de las variables “negativas”, los niveles de dolor (tanto autoinformado como el umbral de dolor) y la limitación funcional han sido evaluados únicamente en la población de fibromialgia por ser variables específicas de dolor. Igualmente, dentro de las variables cognitivas se valoró la autoeficacia general en ambas muestras, pero la autoeficacia específica al dolor sólo se valoró en la muestra de mujeres con fibromialgia.

En relación con las variables objeto de estudio, las variables de regulación emocional y cognitivas, y las variables de salud-enfermedad han sido evaluadas en ambas muestras mediante diferentes cuestionarios de autoinforme integrados en un protocolo de evaluación general diseñado por el equipo de investigación que incluía instrumentos específicos de evaluación de procesos de regulación afectiva, y de autoeficacia general (además de la autoeficacia para el dolor en el caso de la muestra de fibromialgia) así como instrumentos que evaluaban variables de salud-enfermedad como ansiedad, depresión, afectividad positiva y negativa, y bienestar psicológico.

Se puede concluir por tanto que para la realización del presente estudio se han seleccionado un total de 7 instrumentos de autoinforme para evaluar a la población de mujeres sanas, frente a un total de 10 para la evaluación de las mujeres con FM. A continuación se muestra una tabla resumen de los instrumentos (**Tabla 5**) y, posteriormente se procede a la descripción detallada de cada uno de ellos.

Tabla 5. Tabla resumen de los instrumentos utilizados en el estudio

INSTRUMENTO	REFERENCIA	SUB-ESCALAS
PROCESOS DE REGULACIÓN AFECTIVA		
ERQ	Gross, J. J.; John, O. P. (1998)	
	Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B., y Garrosa, E. (2006)* (adaptación española)*	Revaluación cognitiva Supresión expresiva
TMMS-24 (Inteligencia Emocional Percibida)	Salovey y Mayer (1995).	
	Fernández Berrocal, P.; Alcaide, R.; Domínguez, E.; Fernández-McNally, C.; Ramos, N. S.; Ravira, M. (1998)*. (adaptación española)*	Atención emocional Claridad emocional Reparación emocional
EES	Kring, A. M.; Smith, D. A.; Neale, J. M.(1994) (traducido)	Expresividad emocional
	Bagby, Parker y Taylor (1994) Martínez-Sánchez, F. (1996)*. (adaptación española)*	Déficit para identificar sentimientos Déficit de lenguaje emocional Pensamiento concreto
VARIABLES COGNITIVAS		
Escala de Autoeficacia General	Jerusalem y Schwarzer, (1992)	
	Baessler y Schwarzer (1996)* (adaptación española)*	Autoeficacia general
Cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico (CADC)	(Lorig et al., 1989;Anderson et al., 1995)(Martín-Aragón, Pastor, Rodríguez-Marín, March, Lledó, López-Roig y Terol, 1999)* (adaptación española)*	Autoeficacia en el control del dolor (autoeficacia para el control del dolor, autoeficacia para la realización de actividades físicas, autoeficacia para el control de otros síntomas).
VARIABLES DE SALUD-ENFERMEDAD		
VARIABLES RELACIONADAS CON SINTOMATOLOGÍA		
HADS	Tejero et al. (1986)	
	Zigmond y Snaith(1983)* (adaptación española)*	Ansiedad Depresión
SPANAS	Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente (1999)*	Afecto negativo

(adaptación española)*		
VARIABLES DE SALUD		
	Watson y Tellegen (1985)	
SPANAS (afecto)	Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente (1999)*	Afecto positivo
	(adaptación española)*	
	Ryff (1989)	Bienestar psicológico
RYFF (bienestar psicológico)	Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006)*	(autoaceptación, crecimiento personal, propósito en la vida, relaciones positivas con otros, dominio entorno, autonomía)
	(adaptación española)*	
VARIABLES ESPECÍFICAS DE FM: DOLOR Y LIMITACIÓN FUNCIONAL		
		Intensidad de dolor (intensidad media, intensidad máxima, intensidad mínima).
VAS	Escala analógica visual	
Algometría	Algómetro de presión (Somedic© Suecia)	Umbral de dolor
FIQ		
Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia	(Gracia Blanco et al., 2001)	Limitación Funcional,

Pasamos a continuación a comentar las variables valoradas dentro de cada categoría y los instrumentos utilizados.

5.3.1 Variables sociodemográficas y clínicas (relativas a la muestra de fibromialgia) de interés.

Estas variables fueron recogidas para las dos submuestras y son la edad, el estado civil, el nivel de estudios y la situación laboral. Así, mientras la edad es una variable continua, el estado civil, la situación laboral y el nivel de estudio son variables categóricas, operativizadas en cuatro y cinco categorías cada una (“casado”, “soltero”, “viudo”, “separado” y divorciado” en el caso del estado civil; “activo”, “nunca activo”, “baja laboral” e “invalidez laboral” en el caso de la situación laboral; y “sin estudios/básicos”, “medios:FP/bachillerato” y “Estudios Superiores” en el caso de los estudios).

Es importante añadir que, además de las variables sociodemográficas, también se evaluaron en la entrevista inicial de la muestra de mujeres con FM variables clínicas con el objetivo de controlar información clave en la enfermedad de FM como el tiempo de diagnóstico (años transcurridos desde el diagnóstico hasta el momento actual), el tiempo de inicio de los síntomas (años transcurridos desde el comienzo de los primeros síntomas –dolor- hasta el momento actual), la presencia de diagnóstico clínico de trastorno depresivo o de ansiedad, y el consumo de fármacos. La presencia de diagnóstico de ansiedad y/o depresión (en una única variable), es una variable categórica operativizada en cuatro categorías (1. presencia del diagnóstico de ambos trastornos o de alguno de ellos al mismo tiempo que el diagnóstico de FM, 2. antes de la enfermedad de FM, 3. después de la enfermedad de FM o no diagnóstico). Las puntuaciones de las participantes con fibromialgia en estas variables han sido expuestas en la descripción de la muestra, por constituir variables relevantes a nivel clínico que permiten contextualizar las características de los pacientes con fibromialgia que participaron en este estudio.

Finalmente, en relación con el consumo de fármacos, se preguntaba a las pacientes el número y el tipo de medicación que tomaban. El tipo de medicamentos valorados fueron analgésicos, antidepresivos, antiinflamatorios, antiepilépticos, ansiolíticos y miorrelajantes. Respecto al número, se valoraba la toma que el paciente realiza al día de cada medicación y en total. Esta variable será tomada en cuenta con el objetivo de controlar su influencia, y la del resto de variables clínicas expuestas, en las variables objeto de interés de la presente tesis doctoral y de las relaciones entre ellas.

5.3.2 Variables de regulación afectiva y cognitivas

5.3.2.1. Variables de regulación afectiva

- **Revaluación cognitiva y supresión expresiva. Escala de Regulación Emocional (ERQ).** La ERQ está basada en la versión original inglesa de Gross, J. J.; John, O. P. de 1998. La versión española fue traducida por Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B., y Garrosa, E. de la Universidad Autónoma de Madrid (2006). Las preguntas del Cuestionario de Regulación Emocional se reparten entre las subescalas de *revaluación cognitiva* y *supresión expresiva*. Estas dos categorías describen dos estrategias de regulación emocional bien diferenciadas: la revaluación cognitiva modificaría las reacciones emocionales en el momento de su gestación, consiguiendo cambiar la experiencia emocional; mientras que la supresión expresiva

tan solo modificaría la expresión emocional, intentando ocultar la experiencia vivida sin conseguir alterarla. El cuestionario consta de 10 preguntas, valoradas en una escala Likert de 7 puntos (de “desacuerdo” a “acuerdo”), lo que permite obtener una puntuación mínima de 1 y máxima de 7 para cada una de las subescalas. En el presente estudio se obtuvo un alpha de Cronbach para la supresión expresiva de 0,79 para la muestra total y de 0,68 para la muestra de FM y 0,72 para la muestra de mujeres sanas. Asimismo, en relación con la reevaluación cognitiva, se ha obtenido un alpha de Cronbach de 0,75 para la muestra global, 0,75 para la muestra de mujeres con FM y 0,74 para la muestra de mujeres sanas.

- **Atención emocional, claridad de sentimientos y reparación emocional. Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24).** La TMMS-24 está basada en la *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer et al (1995). La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, mide las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas. La versión utilizada en esta investigación es una adaptación al castellano de Fernández Berrocal, P.; Alcaide, R.; Domínguez, E.; Fernández-McNally, C.; Ramos, N. S.; Ravira, M. (1998). La medida está compuesta de tres subescalas con 8 ítems cada una de ellas que miden las variables de atención emocional, claridad de sentimientos y reparación emocional. Consta de 24 ítems, valorados por una escala Likert de 5 puntos (de “nada de acuerdo” a “totalmente de acuerdo”) lo que permite tener una puntuación mínima de 8 y máxima de 40 en cada uno de los factores. Ha mostrado tener una buena fiabilidad y validez en diferentes investigaciones con muestra española encontrado una consistencia interna variable dependiendo del factor evaluado (Atención; $\alpha=.89$; Claridad; $\alpha=.69$; Reparación; $\alpha=.57$). (Fernández Berrocal et al, 2004). En el presente estudio se obtuvo un alpha de Cronbach para la atención emocional de 0,86 para la muestra total y de 0,84 para la muestra de FM y 0,88 para la muestra de mujeres sanas. Asimismo, en relación con la claridad emocional se obtuvo un alpha de Cronbach de 0,89 para la muestra total y también para la muestra de FM y para la muestra de mujeres sanas. Finalmente la reparación emocional presentó un alpha de Cronbach de 0,90 para la muestra global, de 0,89 para la población con FM y de 0,91 para la población sana.

- **Expresividad Emocional. Escala de Expresividad Emocional (EES).** La EES es la versión original de la “Emotional Expressivity Scale” de Kring, A. M.; Smith, D. A.; Neale, J. M. (1994) traducida al castellano. Mide la expresividad emocional definida como la exhibición externa de emociones, ya sean estas positivas o negativas, e independientemente de que el canal usado para su expresión sea facial, vocal o gestual. La Escala consta de 17 preguntas, puntuables en una escala tipo Likert de 1 a 6 (de “falso” a “totalmente cierto”) lo que permite obtener una puntuación mínima de 17 y máxima de 102. Los autores de la escala no han establecido puntos de corte, es decir, puntuaciones que permitan clasificar el tipo de expresividad emocional según la puntuación obtenida. De lo que disponemos es de las puntuaciones obtenidas en muestras de estudiantes universitarios estadounidenses. Es de prever que en la población general se encuentren casos de individuos con diversos niveles de expresividad emocional, siendo muy minoritarios los casos extremos, ya sea por máxima o mínima expresividad. En el presente estudio se obtuvo un alpha de Cronbach para la expresión emocional de 0,60 para la muestra total y de 0,61 para la muestra de FM y 0,58 para la muestra de mujeres sanas.
- **Alexitimia. Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20).** Se ha utilizado la adaptación al castellano de Martínez-Sánchez, F. (1996) de la “Toronto Alexithymia Scale” basada en la versión original de Bagby, Parker y Taylor (1994). Dicha adaptación consta de 20 ítems, y cada uno de ellos se contesta a través de una escala de respuesta tipo Likert con 6 puntos de variación por elemento (de 0 a 5), que muestra el grado de conformidad y/o disconformidad con cada enunciado. La puntuación obtenida por un sujeto puede oscilar dentro de un rango comprendido entre 20 y 100 puntos, y sus autores plantean un punto de corte de 61 para diagnosticar a un sujeto como alexitímico. Evalúa además tres factores dentro del constructo: dificultad para identificar y discriminar señales emocionales, dificultad para la expresión verbal de emociones y sentimientos, y pensamiento orientado a lo externo. Posee un α de .78 y una alta fiabilidad test-retest ($r = .71$) en un periodo de 19 semanas, así como una adecuada validez de constructo y criterio. Altas puntuaciones en la TAS-20 indican la existencia de dificultades para identificar y expresar sentimientos. La estabilidad y replicabilidad de su estructura factorial ha

sido confirmada tanto en muestras clínicas como no clínicas (Bagby, Parker y Taylor, 1994; Páez et al., 1999; Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz, 1993) y se han realizado además estudios transculturales de validación de los tres factores incluidos en el constructo (Páez, Martínez-Sánchez, Velasco, Mayordomo, Fernández y Blanco, 1999). En el presente estudio se obtuvo un alpha de Cronbach para la alexitimia global de 0,76 para la muestra total, de 0,71 para la muestra de FM y 0,80 para la muestra de mujeres sanas. Asimismo, en relación con el déficit de identificación emocional, el déficit de lenguaje emocional y el pensamiento concreto, se obtuvieron unos alpha de Cronbach de 0,81, 0,44 y 0,55 para la muestra de FM; y de 0,87, 0,77 y 0,61 para la muestra de sanas respectivamente.

5.3.2.2. Variables cognitivas (autoeficacia)

- **Autoeficacia General. Cuestionario de Autoeficacia general (CAUG).** Se utilizó la "*General Self-Efficacy Scale*" (Jerusalem y Schwarzer, 1992) en su adaptación al español realizada por Baessler y Schwarzer (1996). Consta de 10 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos donde 1="incorrecto" y 4="cierto". Dicha escala ha demostrado poseer una clara estructura unidimensional a través del empleo de análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, con una consistencia interna de 0,81 para el conjunto de los 10 ítems, estimada a través del cálculo del coeficiente alpha de Cronbach. La validez convergente y divergente del instrumento, examinada a través del examen de la correlación con las puntuaciones obtenidas en escalas de depresión y de ansiedad, han resultado igualmente satisfactorias. La puntuación mínima para este cuestionario es de 10 y la máxima de 40, indicando a mayor puntuación, mayor autoeficacia. En el presente estudio, el alpha de Cronbach para la muestra total fue de 0,89, de 0,91 para la muestra de Fibromialgia y de 0,83 para las personas sanas.
- **Autoeficacia para el dolor crónico. Cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico (CADC).** Se utilizó la escala española de Martín-Aragón, Pastor, Rodríguez-Marín, March, Lledó, López-Roig y Terol (1999). Esta escala mide autoeficacia en el control del dolor y la versión utilizada es una adaptación y validación a población española del Chronic Pain Self-Efficacy Scale (Anderson et al., 1995) que, a su vez, es la adaptación al dolor crónico de la Arthritis Self-Efficacy Scale (Lorig et al., 1989). La diferencia entre estas dos escalas previas a la versión española es, por una parte, la sustitución del nombre de la patología concreta

(artritis) por dolor y, por otra, la inclusión de dos ítems de creencias sobre la capacidad para afrontar dolores moderados y muy intensos. Ambas escalas mostraron propiedades psicométricas muy buenas. Para la versión española de la escala se ampliaron las instrucciones del cuestionario y se incluyó un ejemplo. Además, se modificó la escala de respuesta de 10-100 a una escala Likert de 11 puntos (0= totalmente incapaz, 10= totalmente capaz).

Este instrumento consta de 19 ítems y permite recoger información acerca de tres dimensiones de autoeficacia: autoeficacia para el control del dolor, autoeficacia para la realización de actividades físicas y autoeficacia para el control de otros síntomas. La primera subescala se compone de 5 ítems siendo la puntuación mínima de 0 y la máxima de 50. La segunda subescala tiene 6 ítems con una puntuación mínima de 0 y máxima de 60. Y por último, la subescala de control de síntomas la forman 8 ítems con una puntuación mínima de 0 y máxima de 80. A mayor puntuación, mayor autoeficacia. Los coeficientes alfa obtenidos en los análisis de consistencia interna de la escala son de 0,85 para “autoeficacia para el control de síntomas”, 0,72 para “autoeficacia para el control del dolor”, 0,98 para “autoeficacia para la realización de actividades físicas” y 0,91 en la puntuación total de autoeficacia. Los coeficientes de correlación test-retest son altos para las escalas “autoeficacia para el control de síntomas” ($r = 0,68$) y “autoeficacia para la realización de actividades físicas” ($r = 0,85$) y para la puntuación total en autoeficacia ($r = 0,75$), y moderado para la escala “autoeficacia para el control del dolor” ($r = 0,46$). En cuanto a la validez concurrente las tres subescalas y la puntuación total se relacionaron significativa y negativamente con puntuaciones de ansiedad y depresión medidas con la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond y Snaith, 1983) y con distintos factores de impacto del dolor, medido con el Inventario Multidimensional de Dolor (Pastor et al., 1995). Así mismo, las tres subescalas y la puntuación total se relacionaron significativa y positivamente con la frecuencia de distintas actividades, medidas con la Parte III del Inventario Multidimensional de Dolor (Pastor et al., 1995). Posee así mismo una elevada fiabilidad test-retest y adecuada validez concurrente.

Para este estudio, como se ha venido señalando, únicamente administró este instrumento en la muestra con fibromialgia. Se obtuvo una adecuada fiabilidad,

siendo los coeficientes alfa de 0,85 para la escala “autoeficacia para el control de síntomas”, de 0,84 para la “autoeficacia para la realización de actividades físicas” y, finalmente, en la subescala de “autoeficacia para el control del dolor” se obtuvo un alpha de 0,76.

5.3.3 Variables de Salud-Enfermedad

Variables relacionadas con sintomatología

- **Depresión y Ansiedad. Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS).** Esta escala fue desarrollada por Zigmond y Snaith (1983) con el fin de detectar estados de depresión y ansiedad. La traducción y adaptación al castellano fue realizada por Snaith, en colaboración con Bulbena A. y Berrios G., y ha sido validada por Tejero et al. (1986). Es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonía (pérdida de placer). La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0 - 3), con diferentes formulaciones de respuesta. El marco temporal, aun cuando las preguntas están planteadas en presente, debe referirse a la semana previa. Los índices psicométricos de esta escala distan mucho de estar bien establecidos. En general, los datos de fiabilidad en términos de consistencia interna y fiabilidad test-retest son adecuados, pero la capacidad de las respectivas subescalas para discriminar entre ansiedad y depresión está muy cuestionada y su validez predictiva es escasa, con cifras de sensibilidad y, sobre todo, de especificidad bajas (Tejero, Guimena, Farre 1986). Esto se traduce en un bajo rendimiento a efectos de cribado o detección de casos, ya que para niveles adecuados de sensibilidad, la especificidad es baja y por tanto el porcentaje de falsos positivos es elevado. Su uso ha sido orientado más hacia la detección y cuantificación de “malestar psíquico”, mostrando por un lado buena correlación con diferentes aspectos de severidad de la enfermedad física y con otras medidas dimensionales de calidad de vida, y por otro, buena sensibilidad para detectar cambios durante el curso de la enfermedad o en respuesta a intervenciones psicoterapéuticas. **En el presente estudio se obtuvo un alpha de Cronbach para la ansiedad de 0,44 para la muestra total y de**

0,45 tanto para la muestra de FM como para la muestra de mujeres sanas. Asimismo, en relación con la depresión, se obtuvo un alpha de Cronbach de 0,04 para la muestra total y de -0,10 para la muestra de FM frente a un 0,35 para la muestra de mujeres sanas.

- **Afecto negativo. Escala de Ánimo Positivo y Negativo (SPANAS).** El afecto negativo (y positivo) fue evaluado a través de la versión española (*SPANAS*; Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente, 1999) de la Escala de Ánimo Positivo y Negativo (*PANAS*; Watson y Tellegen, 1985). A través de veinte ítems (10 para cada subescala), los sujetos deben ir señalando en qué medida experimentaron sentimientos y emociones tanto de tipo positivo (“animada”, “entusiasmada”, etc.) como de tipo negativo (“nerviosa”, “irritable”, etc.). Las puntuaciones en cada ítem van del 1 al 5 (1-muy poco o nada, 5-extremadamente) siendo la puntuación mínima de 10 y máxima de 50 por cada subescala, indicando a mayor puntuación mayor grado de afecto positivo o negativo. Esta escala en su versión original posee una adecuada consistencia interna, siendo el coeficiente alfa para la escala de afectividad negativa en una muestra de personas con fibromialgia de .84 (Zautra et al., 1999). La consistencia interna de la validación española es adecuada, siendo el coeficiente alfa para la escala de afectividad negativa de 0,84-0,87 y de 0,86-0,90 para la de afectividad positiva. Posee igualmente una adecuada validez, encontrándose correlaciones significativas entre sus ítems y los distintos ítems de la Escala de Actitudes frente a la Enfermedad (*IAS*; Kellner, 1986) y el Cuestionario de Ansiedad Somático-Cognitiva (*CSAQ*; Schwartz, Davison y Goleman, 1978). Los coeficientes de fiabilidad test-retest de las puntuaciones (afecto negativo=.71; afecto positivo=.68) son lo suficientemente altos como para sugerir que puede utilizarse para evaluar el afecto como un rasgo de personalidad relativamente estable en el tiempo (afecto como estado). En el presente estudio se obtuvo un alpha de Cronbach para el Afecto Negativo de 0,88 para la muestra total, teniendo el mismo valor para las submuestras de FM y de sanas. Por otro lado, el Afecto Positivo mostró un alpha de 0,88 para la muestra total, de 0,85 para la muestra de FM y de 0,86 para la muestra de mujeres sanas.

Esta escala también ha sido utilizada para evaluar la variable de “afecto positivo” la cual estaría integrada en el apartado de variables positivas de salud. Se asume por tanto la definición aquí expuesta de la escala para ambas variables.

Variables de Salud

- **Afecto positivo. Escala de Afecto Positivo y Negativo (SPANAS).** Para la evaluación del afecto positivo se empleó igualmente el SPANAS (ver apartado de variables relacionadas con sintomatología negativa para su descripción).
- **Bienestar psicológico. Escala de bienestar psicológico (Ryff).** La adaptación española de la escala de bienestar está basada en la versión original del modelo multidimensional de Ryff (1989) que propone una estructura compuesta de seis factores distintos: la autoaceptación o sentirse bien con uno mismo, el crecimiento personal, el propósito en la vida, las relaciones positivas con otros, el dominio del entorno y la autonomía. La versión española ha sido adaptada por el grupo de investigación de Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Las escalas mostraron una buena consistencia interna con valores α de Cronbach comprendidos entre 0,83 (Autoaceptación) y 0,68 (Crecimiento personal). Sin embargo, los análisis factoriales confirmatorios no mostraron un nivel de ajuste satisfactorio al modelo teórico propuesto de seis dimensiones (Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida, Crecimiento personal) y del factor de segundo orden denominado Bienestar Psicológico. Para mejorar las propiedades psicométricas de las escalas, se desarrolló una nueva versión reducida que además facilitara su aplicación. Con esta nueva versión, los niveles de consistencia obtenidos se mantienen e incluso mejoran ($\alpha = 0,84$ a $0,70$). Además, las escalas mostraron un nivel de ajuste excelente al modelo teórico propuesto (Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D., 2006). Las puntuaciones en cada ítem oscilan entre 1 y 6 (1-totalmente en desacuerdo, 6-totalmente de acuerdo), indicando a mayor puntuación mayor grado de cada uno de los subfactores, así como mayor grado de bienestar. Cabe mencionar que en relación con el bienestar psicológico global, **en el presente estudio se obtuvo un alpha de Cronbach para dicha variable de 0,67 para la**

muestra total, teniendo el mismo valor para la muestra de mujeres con FM y para la muestra de mujeres sanas. Asimismo, en relación con los subfactores se señalan entre paréntesis los valores de los alpha de Cronbach para cada muestra indicando en primer lugar el alpha para la muestra de mujeres con FM, y en segundo lugar para la muestra de mujeres sanas: **autoaceptación** ($\alpha = 0,74$; $\alpha = 0,79$), **relaciones positivas** ($\alpha = 0,40$; $\alpha = 0,41$), **autonomía** ($\alpha = 0,45$; $\alpha = 0,56$), **dominio del entorno** ($\alpha = 0,56$; $\alpha = 0,66$), **crecimiento personal** ($\alpha = 0,38$, $\alpha = 0,32$) y **propósito en la vida** ($\alpha = 0,76$; $\alpha = 0,88$). Cabe destacar que los valores de los alphas están comprendidos entre unos valores máximos y mínimos de $\alpha = 0,38$ y $\alpha = 0,76$ en la muestra de mujeres con FM; y entre $\alpha = 0,32$ y $\alpha = 0,88$ en la muestra de mujeres sanas siendo en ambos casos el crecimiento personal el subfactor con un menor índice de fiabilidad, en contraposición con el propósito en la vida que ha sido el factor que presentaba una puntuación mayor en ambas poblaciones.

5.3.4 Variables específicas de FM: dolor y limitación funcional

Dolor

Para valorar el dolor hemos utilizado un enfoque multidimensional y multimétodo. Dentro de la aproximación multidimensional se contempló tanto la percepción del dolor (intensidad media, mínima y máxima), como el umbral de dolor como medida “objetiva”. Respecto al enfoque multimétodo, se ha empleado tanto una escala numérica de autoinforme (percepción subjetiva) como un procedimiento de detección del umbral de dolor del paciente a la presión (algometría).

- **Percepción de Dolor.** La Percepción de Dolor (intensidad) fue evaluada con una **escala numérica**, donde el paciente estimó su dolor en una escala de 0 a 10 en tres modalidades de Intensidad: Mínima, Media y Máxima. Actualmente existen diferentes formas de evaluar la intensidad del dolor; sin embargo, las escalas numéricas y analógico-visuales son las más utilizadas debido a su sencillez y rápida aplicación (Philips, 1991). De entre estas dos escalas, optamos por la numérica, pues resulta la más adecuada en la práctica clínica (Chapman et al., 1985).
- **Umbral de dolor (algometría).** El umbral de dolor (en este caso mediante la presión) fue valorada mediante la algometría. La aplicación de un estímulo

mecánico de presión sobre los tejidos estimula las fibras nociceptivas periféricas lentas (fibras C). Para ello se calcula el umbral de dolor a la presión, es decir, la mínima cantidad de presión necesaria para que un individuo perciba la presión como dolor. La aplicación del estímulo mecánico se realizó con un algómetro digital (Somedic ©, Suecia). El algómetro consiste en una sonda circular de 1 cm² con el extremo acolchado y conectado a un transductor de presión (Figura 2).



Figura 9. Algómetro de presión (Somedic© Suecia)

La unidad de medida es en Kilo-Pascales (kPa). La presión aplicada a los sujetos se establece en 30 kPa por segundo (opción B3). Los participantes fueron instruidos para sostener y presionar un pulsador, cuando la sensación de presión cambiase a una sensación de presión y dolor (Fischer, 1990). El algómetro de presión digital se coloca perpendicularmente al punto marcado y es estabilizado entre el dedo índice y corazón del evaluador. Se realizaron tres mediciones del umbral de dolor a la presión en cada punto testado (detallados con posterioridad) dejando un periodo de 10 segundos entre cada una de ellas, y se calculó la media para obtener el valor del umbral de dolor a la presión. El orden de evaluación para cada punto fue aleatorio en cada paciente. Este método ha sido empleado por nuestro equipo de investigación en numerosos estudios previos realizados, siguiendo las recomendaciones de la comunidad científica internacional para el estudio del dolor (IASP). La fiabilidad y la validez de la algometría ha sido evaluada en diversos estudios, obteniéndose una fiabilidad intra-examinador entre 0.6-0.97 y una inter-examinador entre 0.46-0.98 (Chesterson et al., 2007).

Segundo Metacarpiano

- Posición del paciente: Decúbito supino con los brazos relajados a lo largo de la camilla.
- Localización del punto: Se localiza un punto en el espacio interdigital entre el segundo y el tercer metacarpiano de la mano.
- Colocación del algómetro: De forma perpendicular al punto.

Músculo Tibial Anterior

- Posición del paciente: Decúbito supino con los brazos relajados a lo largo de la camilla y los miembros inferiores extendidos.
- Localización del punto: Se localiza un punto a tres traves de dedo desde la cresta de la tibia en dirección caudal.
- Colocación del algómetro: De forma perpendicular al punto.

Articulación interapofisaria C5-C6

- Posición del paciente: Decúbito prono con los hombros en abducción de 90° y el codo en flexión de 90°.
- Localización del punto: La *articulación interapofisaria C5-C6* se localiza un través de dedo por encima de la vértebra C7. Para ello se localiza la apófisis espinosa de C7, que es la más prominente, y se realizan movimientos pasivos de flexión y extensión cervical. La espinosa que registra mayor amplitud de movimiento es C6.
- Colocación del algómetro: De forma perpendicular al pilar articular de la articulación interapofisaria C5-C6.

Limitación funcional. Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ).

Para valorar el impacto de la enfermedad se utilizó el **Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia** el cual fue desarrollado por Burckhardt, Clark y Bennett (1991) como una herramienta específica para medir el impacto de la enfermedad en la capacidad funcional y en la calidad de vida de las personas que lo padecían: el *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ). El FIQ evalúa el impacto de la FM en la capacidad física, la posibilidad de realizar el trabajo habitual y, en el caso de realizar una actividad laboral remunerada, el grado en el que la enfermedad afecta a esta actividad. Además, incluye ítems subjetivos relacionados con el cuadro de la FM y su sintomatología asociada (dolor, fatiga, sensación de cansancio y rigidez) y con el estado emocional (ansiedad y depresión). Sus ítems fueron extraídos de la interacción clínica con los pacientes, de los trabajos preexistentes acerca de la FM y de otros instrumentos de valoración del estado de salud de los pacientes reumatológicos. En el trabajo de Burckhardt et al. (1991) se compararon las propiedades psicométricas y se concluyó que el FIQ era un instrumento válido tanto para la investigación como para la clínica. Este cuestionario ha sido adaptado y validado a diferentes idiomas como el sueco (Hedin, Hamme, Burckhardt y Engström-Laurent, 1995), alemán (Offenbaecher, Waltz y Schoeps, 2000), turco (Sarmer, Ergin y Yavuzer, 2000) y hebreo (Buskila y Neumann,

1996), entre otros. De la versión española se encuentran diferentes trabajos que valoran sus propiedades psicométricas (Monterde, Salvat, Montull y Fernández-Ballart, 2004; Rivera y González, 2004; Esteve-Vives, Rivera Redondo, Salvat Salvat, de Gracia Blanco y Alegre de Miguel, 2007; Gracia Blanco, Marcó Arbonés, Ruiz Martín y Garabieta Urquiza, 2001).

Para el presente trabajo, utilizamos la versión del FIQ de Gracia Blanco (2001), utilizando como variable específica la escala de 10 ítems de **limitación funcional**. Así, ésta fue evaluada mediante los 10 primeros ítems del Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ) orientados al análisis del grado en el que los síntomas de las pacientes interfieren en su funcionamiento diario durante una semana típica. Esta subescala es usada habitualmente en la investigación en FM como indicador de capacidad funcional de los pacientes (e.g. Franks, Cronan y Oliver, 2004). La opción de respuesta es una escala tipo Likert de 4 puntos, donde 0= “siempre” y 3= “nunca”, obteniéndose un rango de puntuaciones total que oscila entre 0 y 30, indicando a mayor puntuación, mayor limitación funcional. **En el presente estudio se obtuvo un alpha de Cronbach para el conjunto de los mencionados 10 ítems de 0,77 para la muestra de mujeres con FM.**

5.4. Análisis estadísticos

En primer lugar, se procedió a comprobar los supuestos de normalidad y homocedasticidad puesto que se cumple el tamaño muestral siendo superior a 30. Para la normalidad se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, cuya hipótesis nula sostiene la normalidad, rechazando ésta si la significación es menor o igual a 0.05. La gran mayoría de las variables cumplieron este supuesto y para aquellas que no lo cumplieron, se miró adicionalmente el error típico de la curtosis, observándose que ninguna de ellas, pese al no cumplimiento de la normalidad, tenían valores límites que las hicieran ser descartadas de la realización de pruebas paramétricas. La homocedasticidad se realizó con la prueba de Levene, cuya hipótesis nula afirma la homogeneidad de varianzas y rechazando ésta con valores de significación menores o iguales a 0,05. Como la gran mayoría de las variables no cumplieron este supuesto y dado que aun así, se permiten hacer pruebas paramétricas, decidimos utilizarlas para analizar nuestros datos y trabajar con nuestras hipótesis.

Los análisis estadísticos llevados a cabo, para la consecución de los objetivos planteados, fueron los siguientes:

- 1. Análisis factorial exploratorio.** Llevado a cabo con el objetivo de establecer una estructura factorial de los procesos afectivos a partir de los instrumentos utilizados para medir las variables afectivas teóricas. El resultado de dicha estructura factorial será utilizado en el resto de los análisis del estudio. Así, cabe señalar que cuando utilicemos el “término de procesos afectivos” nos estaremos refiriendo a los factores resultantes del análisis factorial exploratorio y no a los procesos emocionales teóricos definidos en la literatura.
- 2. Diferencias de medias en las variables de estudio en las dos muestras evaluadas.** Se realizó una t de Student con el objetivo de determinar la existencia de diferencias significativas en las variables de estudio entre las dos muestras evaluadas. Por un lado se pretendía analizar la diferencia entre las muestras en los procesos afectivos y, por otro, se perseguía el objetivo de analizar las diferencias entre poblaciones en las variables de salud-enfermedad. Asimismo se realizaron análisis descriptivos de las variables específicas de dolor únicamente en la población de las mujeres con FM.
- 3. Análisis de Correlaciones.** Dirigidos a valorar las relaciones existentes entre las distintas variables en las dos muestras evaluadas.
- 4. Análisis de las variables de interés en función de las variables sociodemográficas y clínicas.** Se llevaron a cabo tanto correlaciones como análisis de varianza (ANOVAs) para determinar las diferencias significativas en las variables de estudio en función de las variables sociodemográficas valoradas (edad, estado civil, estudios, situación laboral) en las dos muestras y, en el caso de la muestra con FM, se valoraron adicionalmente las variables específicas de enfermedad, dolor y limitación funcional y la relación de las variables de interés con las variables clínicas relevantes. Estos análisis nos permiten a su vez controlar el efecto de las variables sociodemográficas en los análisis posteriores.

5. **Análisis de mediación.** Se llevó a cabo en ambas muestras con el objetivo de analizar el efecto mediador de los procesos emocionales entre la autoeficacia y las variables de salud-enfermedad. Asimismo, se evaluó también dicho efecto mediador entre la autoeficacia en el control del dolor y las variables específicas de enfermedad (dolor y limitación funcional) únicamente en la muestra de mujeres con FM.
6. **Análisis de regresión.** Realizados con el objetivo de comprobar el valor predictivo de los procesos afectivos sobre los distintos resultados de salud-enfermedad para ambas muestras y, en el caso de la FM, adicionalmente sobre las variables específicas de la enfermedad.
7. **Análisis de clúster.** Realizados con el objetivo de crear perfiles diferenciales en relación a los procesos afectivos en ambas muestras y analizar la influencia de éstos en los resultados de salud-enfermedad en ambas muestras, y en las variables específicas de dolor y limitación funcional en la muestra de mujeres con FM.

ESTUDIO EMPÍRICO ANÁLISIS Y RESULTADOS

ANÁLISIS Y RESULTADOS

Antes de realizar los análisis estadísticos cabe señalar que, puesto que el tamaño muestral del presente estudio es superior a 30, se ha procedido a comprobar los supuestos de normalidad y homocedasticidad necesarios para tal fin. Para la **normalidad** se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, cuya hipótesis nula sostiene la normalidad, rechazando ésta si la significación es menor o igual a 0.05. La gran mayoría de las variables cumplieron este supuesto y para aquellas que no lo cumplieron, se miró adicionalmente el error típico de la curtosis, observándose que ninguna de ellas, pese al no cumplimiento de la normalidad, tenían valores límites que las hicieran ser descartadas de la realización de pruebas paramétricas. La **homocedasticidad** se realizó con la prueba de Levene, cuya hipótesis nula afirma la homogeneidad de varianzas y rechazando ésta con valores de significación menores o iguales a 0,05. Como la gran mayoría de las variables no cumplieron este supuesto y dado que aun así, se permiten hacer pruebas paramétricas, decidimos utilizarlas para analizar nuestros datos y trabajar con nuestras hipótesis.

Antes de comenzar la exposición de los resultados, se presentan a continuación en una Tabla resumen (**Tabla 6**) las variables evaluadas en el estudio, ya comentadas en el apartado de método, así como las muestras en las que se valoraron dichas variables:

Tabla 6. Variables de estudio evaluadas en ambas muestras

VARIABLES		POBLACIONES ESTUDIADAS	
		Muestra mujeres FM	Muestra mujeres sanas
Variables sociodemográficas			
Edad		X	x
Nivel de estudios		X	x
Estado civil		X	x
Situación laboral		X	x
Factores resultantes de los procesos de regulación afectiva			
Ítems ERQ	Revaluación cognitiva	x	x
	Supresión expresiva	x	x
Ítems TMMS-24	Atención emocional	x	x
	Claridad emocional	x	x
	Reparación emocional	x	x
Ítems EES	Expresión emocional	x	x
Ítems TAS-20	Déficit de identificación de sentimientos	x	x
	Déficit de lenguaje emocional	x	x
	Pensamiento concreto	x	x
Variables cognitivas			
Escala de Autoeficacia General: Autoeficacia general		x	x
CADC			
Autoeficacia para el control del dolor (A.D)		x	
Autoeficacia para la realización de actividades físicas (A.A)		x	
Autoeficacia para el control de otros síntomas (A.S)		x	

Variables de salud-enfermedad		
Variables relacionadas con sintomatología		
HADS		
Ansiedad	x	x
Depresión	x	x
SPANAS: Afecto negativo	x	x
Variables de Salud		
SPANAS: Afecto positivo	x	x
RYFF		
Bienestar psicológico general	x	x
Autoaceptación	x	x
Crecimiento personal	x	x
Propósitos en la vida	x	x
Relaciones positivas con otros	x	x
Dominio entorno	x	x
Autonomía	x	x
Variables específicas de FM		
VAS (Intensidad de dolor)		
Intensidad media	x	
Intensidad máxima	x	
Intensidad mínima	x	
Algometría: Umbral de dolor	x	
FIQ : Limitación funcional	x	

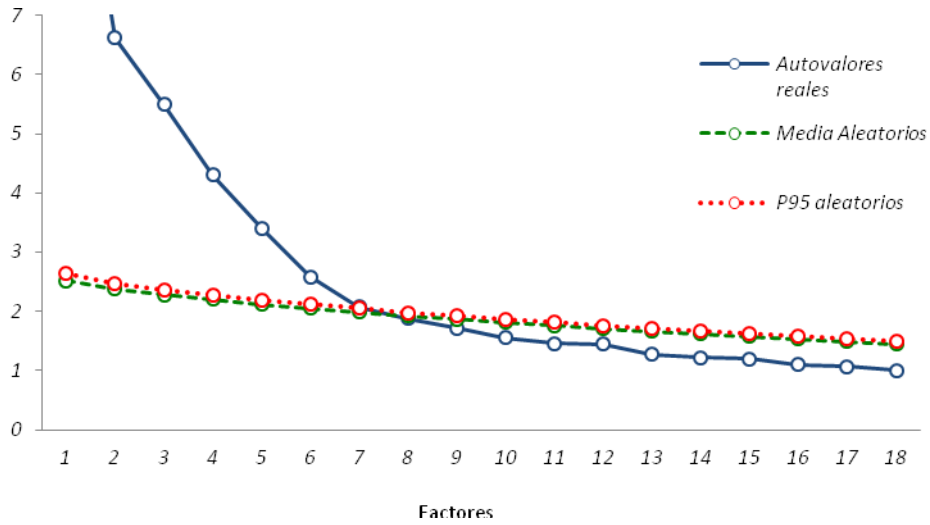
6.1 Estructura factorial de los procesos emocionales.

En relación con el primer objetivo de la presente tesis, se mencionaba que los diferentes instrumentos que han intentado medir los procesos afectivos en ocasiones miden constructos similares. Es por ello que se plantea como objetivo inicial determinar una estructura factorial en la que queden integrados y categorizados en función de procesos afectivos similares, todos los procesos afectivos teóricos evaluados en el estudio.

En éste sentido, para determinar la dimensionalidad subyacente a los datos, se ha realizado un análisis factorial exploratorio sobre todos los ítems de las escalas utilizadas para evaluar los procesos afectivos (TAS-20, TMMS-24, EES Y ERQ) y con el propósito de determinar la cantidad de factores a retener, se ha utilizado principalmente del análisis paralelo de Horn (1965). Este análisis intenta comparar los autovalores obtenidos a partir de la factorización de los datos, con la media y el percentil 95 de los autovalores obtenidos a partir una serie de matrices de correlaciones de variables independientes (en este caso hemos generados 500 replicas). Se retienen los factores cuyos autovalores sean mayores que los autovalores de los factores aleatorios. Por otro lado, los factores con autovalores menores a los factores aleatorios se consideran factores residuales. Este método es el que ha mostrado mejores resultados como criterio para determinar la cantidad de factores a retener (Crawford et al., 2010).

La **Tabla 7** y **Figura 10** presenta los resultados obtenidos a través del análisis paralelo.

Figura 10. Gráfico del análisis paralelo de Horn (1965)¹



¹ Sólo se muestra los primeros 18 autovalores extraídos

Tabla 7. Resultados del análisis paralelo de Horn

Análisis paralelo de Horn (1965) ¹			
	Autovalores Reales	Autovalores aleatorios	
		Media	Percentil 95
1	11.543*	2.516	2.648
2	6.622*	2.381	2.478
3	5.491*	2.285	2.372
4	4.300*	2.202	2.275
5	3.407*	2.122	2.187
6	2.589*	2.051	2.118
7	2.078*	1.987	2.048
8	1.876	1.927	1.982
9	1.723	1.869	1.924
10	1.552	1.814	1.870
11	1.463	1.762	1.813
12	1.444	1.712	1.761
13	1.276	1.666	1.709
14	1.218	1.621	1.667
15	1.199	1.577	1.619
16	1.096	1.533	1.572
17	1.066	1.490	1.530
18	1.006	1.449	1.488

¹ Sólo se muestra los primeros 18 autovalores extraídos

Como podemos ver en la Figura 10 y en la Tabla 7, hasta el factor 7 (2.078) los autovalores reales superan tanto la media como el percentil 95. Nótese que el autovalor del factor 7 se encuentra apenas por encima del percentil 95 de los autovalores aleatorios (2.048). Estos resultados nos sugieren la retención 6 o 7 factores. A partir del factor 8 los autovalores reales se encuentran claramente por debajo de los autovalores aleatorios.

Tabla 8. Estadísticos de ajuste

Estadístico de ajuste para los modelos analizados					
	<i>chi</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	RMSEA	IC 90%
6 factores	3350.595	2074	.0001	0.083	(.080 - .087)
7 factores	3113.196	2009	.0001	0.081	(.077 - .840)

Con el propósito de recabar mayor evidencia para determinar el número de factores se han solicitado algunos indicadores de ajuste para los dos modelos propuestos, los cuales se presentan en la **Tabla 8**. Se puede observar que para ambos modelos se debe rechazar la hipótesis de ajuste, sin embargo este resultados es necesario interpretarlo con cautela ya que el estadístico χ^2 se torna liberal en función del tamaño de la muestra. Es por ello que se ha ajustado el estadístico χ^2 , según el tamaño de la muestra, a través del estadístico RMSEA.

Para ambos modelo el estadístico RMSEA se mantiene en torno a .08 en ambos modelo. Esto implica suponer que no existiría una pérdida significativa en el ajuste entre el modelo de 7 factores y el de 6 factores. Es por ello que finalmente, se ha realizado el análisis sobre la solución de 6 factores al corresponder al modelo más parsimonioso y con mayor interpretabilidad.

Para obtener la solución factorial se ha realizado un análisis factorial utilizando el método Máxima Verosimilitud, al ser el método más robusto. Dicha solución ha implicado una serie de pasos previos. Así, en un primer paso, la solución factorial ha sido forzada a 7 factores estableciendo como criterio para considerar significativas las saturaciones que éstas presenten un valor absoluto igual o mayor a .40. Posteriormente, se rotado la solución a través del método de Varimax. A continuación, y usando como referencia los resultados de la solución factorial rotada, hemos eliminado los ítems que saturaban en más de un factor, valorando que el contenido de estos quedaba representado en alguno de los factores resultantes, así como aquellos ítems que no presentaban significación en ninguno de los

factores. Con el resto de ítems, se ha procedido a realizar de nuevo el análisis factorial forzando la solución factorial a 6 factores realizando la rotación a través del método Varimax.

Se presentan a continuación la **Tabla 9** y la **Tabla 10** en las que se muestra la solución factorial rotada inicial de 7 factores una vez eliminados los ítems con un valor absoluto bajo .40 (Tabla 9), y una tabla resumen (Tabla 10) que integra los factores resultantes de la matriz rotada de 6 factores con sus correspondientes ítems y sus pesos factoriales, el cuestionario al que pertenecen y, finalmente, el factor teórico en el que cada ítem saturaba en su correspondiente cuestionario.

Tabla 9. Matriz factorial rotada de 7 factores

MATRIZ DE FACTORES ROTADOS							
Factores	1	2	3	4	5	6	7
EES17	,800						
EES15	,777						
EES3	,748						
EES10	,681						
EES9	,671						
EES11	,654						
EES12	,653						
TAS17	,632						
ERQ2	,585						
EES6	-,548						
EES16	,541						
EES7	,539						
ERQ6	,527						
ERQ9	,511						
EES1	-,454						
EES4	,448						
ERQ4	,440						
TAS12	,437						
TMMS18		,853					
TMMS19		,813					
TMMS20		,800					
TMMS17		,742					
TMMS24		,688					
TMMS22		,668					
TMMS21		,650					
TMMS16		,470			,415		
ERQ5		,424					
TAS7			,797				
TAS9			,762				
TAS6			,646				
TAS3			,621				
TAS13			,583				
TAS1		-,449	,581				
TAS14			,527				
TAS2			,517				
TMMS7				,854			
TMMS8				,826			
TMMS6				,778			
TMMS3				,698			
TMMS5				,516			

TMMS4		,485	
TMMS1		,477	
TMMS9			,786
TMMS10			,707
TMMS12			,639
TMMS11			,476
ERQ7			,703
ERQ8			,697
ERQ1			,571
ERQ10			,529
ERQ3			,511

Cabe señalar que, dentro del total de los ítems que fueron integrados en el análisis factorial inicial, en la primera matriz factorial rotada de 7 factores quedaron fuera un total de catorce ítems y, en la segunda, fueron eliminados cinco ítems más quedando una estructura factorial de 6 factores formada por un total de 51 ítems.

En relación con la primera rotación, los ítems que quedaron fuera de los factores por tener un valor absoluto bajo .40 fueron en su mayoría ítems del cuestionario TAS20 que miden el factor teórico de pensamiento concreto (TAS8, TAS15, TAS19, TAS5, TAS18, TAS20, TAS16 y TAS10). Asimismo, también quedaron fuera dos ítems del mismo cuestionario que miden el factor teórico de dificultad en el lenguaje emocional (TAS11 y TAS4), tres ítems del cuestionario de expresión emocional (EES2, EES5 y EES13) y el ítem 15 del TMMS24 que está integrado dentro del factor teórico de claridad emocional.

En relación con la segunda rotación, los ítems que aun teniendo un valor absoluto superior a .40 en la matriz factorial rotada de 7 factores, también han sido excluidos de la estructura factorial por saturar en dos factores (**Tabla 9**) el TMMS16, por saturar en el factor 2 y en el factor 5; y el TAS1 por saturar en el factor 2 y en el 3. Asimismo, una vez realizada la segunda rotación Varimax y excluidos los ítems mencionados; tanto el ítem TMMS23, como los ítems EES8 y TAS4, también han sido excluidos de la estructura final resultante (**Tabla 10**) por tener un peso final inferior a .40.

Tabla 10. Tabla resumen de los ítems integrados en los factores resultantes del análisis factorial

FACTORES	ITEMS	ESCALA	SUBFACTOR ESCALA	PESO DE CADA ÍTEM EN EL FACTOR
FACTOR I : SUPRESION EMOCIONAL				
EES17	Mantengo mis sentimientos dentro de mí.	EES	EXPRESION	,805
EES15	No expreso mis emociones a las otras personas.	EES	EXPRESION	,779
EES3	Guardo mis sentimientos para mi mismo.	EES	EXPRESION	,738
EES10	Las otras personas no lo tienen fácil para observar lo que siento.	EES	EXPRESION	,686
EES9	Incluso si me siento muy emocionado, no dejo que los otros vean mis sentimientos.	EES	EXPRESION	,672
EES11	No soy muy expresivo emocionalmente.	EES	EXPRESION	,656
EES12	Incluso cuando experimento fuertes sentimientos, no los expreso externamente.	EES	EXPRESION	,654
TAS17	Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.	TAS-20	DEFICIT DE LENGUAJE EMOCIONAL	,624
ERQ2	Trato de mantener ocultos mis sentimientos.	ERQ	SUPRESION	,594
EES6	Muestro mis emociones a las otras personas.	EES	EXPRESION	-,551
EES16	La forma en que me siento es diferente de como los otros piensan que me siento.	EES	EXPRESION	,549
EES7	No me gusta dejar que las otras personas vean como me siento.	EES	EXPRESION	,531
ERQ6	Controlo mis emociones no expresándolas.	ERQ	SUPRESION	,526
ERQ9	Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.	ERQ	SUPRESION	,501
EES1	Me considero a mí mismo emocionalmente expresivo.	EES	EXPRESION	-,455

EES4	A menudo se me considera indiferente hacia los demás.	EES	EXPRESION	,454
TAS12	La gente me dice que exprese más mis sentimientos.	TAS-20	DEFICIT DE LENGUAJE EMOCIONAL	,438
ERQ4	Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas.	ERQ	SUPRESION	,433
FACTOR II: REPARACION EMOCIONAL				
TMMS18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	TMMS-24	REPARACION	,844
TMMS19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	TMMS-24	REPARACION	,807
TMMS20	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	TMMS-24	REPARACION	,801
TMMS17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	TMMS-24	REPARACION	,739
TMMS24	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	TMMS-24	REPARACION	,609
TMMS22	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	TMMS-24	REPARACION	,668
TMMS21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	TMMS-24	REPARACION	,652
TMMS16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	TMMS-24	CLARIDAD	,468
ERQ5	Cuando hago frente a una situación estresante, pienso en ella de una manera que me ayude a mantener la calma.	ERQ	REVALUACION	,438
FACTOR III: DEFICIT DE LENGUAJE EMOCIONAL Y DEFICIT DE IDENTIFICACION EMOCIONAL				
TAS7	A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo.	TAS-20	D. IDENTIFICACION EMOCIONAL	,787
TAS9	Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.	TAS-20	D. IDENTIFICACION EMOCIONAL	,761
TAS6	Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado.	TAS-20	D. IDENTIFICACION EMOCIONAL	,648
TAS3	Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.	TAS-20	D. IDENTIFICACION	,618

			EMOCIONAL	
TAS1	A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo	TAS-20	D. IDENTIFICACION EMOCIONAL	,586
TAS13	No sé qué pasa dentro de mí.	TAS-20	D. IDENTIFICACION EMOCIONAL	,584
TAS14	A menudo no sé por qué estoy enfadado.	TAS-20	D. IDENTIFICACION EMOCIONAL	,528
TAS2	Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.	TAS-20	D.LENGUAJE EMOCIONAL	,520
FACTOR IV: ATENCION EMOCIONAL				
TMMS7	A menudo pienso en mis sentimientos.	TMMS-24	ATENCION	,868
TMMS8	Presto mucha atención a cómo me siento.	TMMS-24	ATENCION	,848
TMMS6	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	TMMS-24	ATENCION	,803
TMMS3	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	TMMS-24	ATENCION	,655
TMMS5	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	TMMS-24	ATENCION	,502
TMMS4	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	TMMS-24	ATENCION	,453
TMMS1	Presto mucha atención a los sentimientos.	TMMS-24	ATENCION	,450
FACTOR V: CLARIDAD EMOCIONAL				
TMMS9	Tengo claros mis sentimientos.	TMMS-24	CLARIDAD	,790
TMMS10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	TMMS-24	CLARIDAD	,711
TMMS12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	TMMS-24	CLARIDAD	,633
TMMS11	Casi siempre sé cómo me siento.	TMMS-24	CLARIDAD	,472
FACTOR VI: REVALUACIÓN COGNITIVA				
ERQ8	Controlo mis emociones cambiando la manera de pensar sobre la situación en la que me encuentro.	ERQ	REVALUACION COGNITIVA	,699

ERQ7	Cuando quiero sentir más una emoción positiva, cambio la manera de pensar sobre esa situación.	ERQ	REVALUACION COGNITIVA	,698
ERQ1	Cuando quiero sentir más una emoción positiva (por ejemplo, alegre o divertido), modifíco lo que pienso sobre ello.	ERQ	REVALUACION COGNITIVA	,557
ERQ10	Cuando quiero sentir menos una emoción negativa, cambio la manera de pensar sobre esa situación.	ERQ	REVALUACION COGNITIVA	,530
ERQ3	Cuando quiero sentir menos una emoción negativa (por ejemplo tristeza o enfado), modifíco lo que pienso sobre ello.	ERQ	REVALUACION COGNITIVA	,510

En función de los 6 factores resultantes expuestos, se procederá a continuación a describir los diferentes ítems integrados en cada uno de los factores y la coherencia con cada uno de los procesos afectivos determinados por cada factor.

Factor I: Supresión emocional

Como queda reflejado en las tablas presentadas, el **Factor I** está compuesto por doce ítems incluidos en el cuestionario de Expresión Emocional (EES), 4 ítems incluidos en el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) y dos ítems incluidos en el cuestionario de Alexitimia de Toronto (TAS-20). De todos los ítems incluidos en el EES, los ítems que han saturado en el primer factor han sido el EES1, EES3, EES4, EES6, EES7, EES9, EES10, EES11, EES12, EES15, EES16 y el EES17 y en relación con los pesos factoriales, todos ellos a excepción del EES1 y el EES6, tienen signo positivo. Asimismo, si evaluamos el contenido de los tres primeros (“mantengo mis sentimientos dentro de mí” (EES17), “no expreso mis emociones a las otras personas” (EES15) y “guardo mis sentimientos para mi mismo” (EES10)) podemos observar que la redacción de los tres implica que a mayor puntuación del ítem, menor expresión emocional y/o mayor supresión emocional. Por el contrario, los ítems EES1 (“me considero a mi mismo emocionalmente expresión”) y EES6 (“muestro mis emociones a las otras personas”), ambos con signo con signo negativo, implican que a mayor puntuación en el ítem, mayor expresión emocional y/o menor supresión emocional.

En relación con los ítems derivados del cuestionario de regulación emocional que miden supresión emocional (ERQ2, ERQ6, ERQ9, ERQ4), todos poseen signo positivo en sus pesos factoriales y están redactados en sentido positivo implicando que a mayor puntuación, mayor supresión (ej.: “trato de mantener ocultos mis sentimientos”).

Finalmente, en relación con los dos ítems integrados en el factor que están incluidos en la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y más específicamente, en el subfactor de dificultad de lenguaje emocional, son el TAS17 (“me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos”) y el TAS12 (“la gente me dice que exprese mas mis sentimientos”). Como podemos observar, ambos tienen pesos con signo positivo y, si evaluamos su redacción y contenido, los dos ítems están relacionados con la dificultad

de expresión emocional y además implican que, a mayor puntuación, mayor dificultad en el lenguaje emocional, menor expresión emocional y/o mayor supresión emocional.

Por todo ello, el Factor I ha sido considerado como un factor que mide el proceso afectivo de supresión emocional y, en consecuencia, **mayor puntuación en este factor implica mayor supresión de emociones en la población evaluada.**

En el presente estudio se obtuvo un alpha de Cronbach para la supresión emocional de 0,86 para la muestra total, siendo 0,88 para la muestra de mujeres sanas, y .0, 85 para la muestra de mujeres con fibromialgia.

Factor II: Reparación emocional

En relación con el **Factor II**, éste está compuesto por los ítems TMMS17, TMMS18, TMMS19, TMMS20, TMMS21, TMMS22, TMMS24 del cuestionario TMMS-24 que miden el proceso teórico de reparación emocional, entendido como una estrategia adaptativa de procesamiento emocional. Asimismo también han saturado en este factor y con signo positivo el ítem 16 del TMMS-24 (“puedo llegar a comprender mis sentimientos”), y el ítem 5 del ERQ (“cuando hago frente a una situación estresante, pienso en ella de una manera que me ayude a mantener la calma”) implicando ambas capacidades relacionadas con la reparación emocional. Asumiendo que tanto estos dos ítems como el resto de los ítems del TMMS-24 tienen signo positivo en sus pesos factoriales, y que la redacción implica que a mayor puntuación mayor capacidad de regulación emocional (ej.; “Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables”, o “cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida”) podríamos concluir que **mayor puntuación en este factor implica mayor capacidad de reparación emocional en la población evaluada.**

En el presente estudio se obtuvo un alpha de Cronbach para la reparación emocional de 0,89 para la muestra total, siendo 0,88 para la muestra de mujeres sanas, y .0, 90 para la muestra de mujeres con fibromialgia.

Factor III: Déficit de identificación emocional

El **Factor III** está compuesto por los ítems del subfactor teórico de déficit de identificación emocional de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). A nivel teórico dicha escala se divide en tres subfactores que evalúan la dificultad de identificación emocional, la dificultad de lenguaje emocional y el pensamiento concreto. Si bien es cierto que los dos primeros factores son representativos de tales déficits y han mostrado una alta consistencia interna en la escala teórica; el pensamiento concreto es el subfactor teórico que menor consistencia ha resultado tener en comparación con los otros dos en la escala teórica. Atendiendo a nuestra estructura factorial, el comportamiento de tales ítems resulta coherente con los resultados de la literatura y, del total de ítems de la escala teórica, únicamente siete han saturado en nuestra estructura factorial con signo positivo. De estos siete factores, seis pertenecen al factor teórico de déficit de identificación emocional (TAS1, TAS3, TAS6, TAS7, TAS9, TAS13 y el TAS14) y uno al factor teórico de déficit en el lenguaje emocional (“me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos” (TAS2)).

Asimismo, si evaluamos el contenido teórico y la redacción de cada uno de los ítems mencionados podemos concluir que todos tienen pesos con signo positivo dentro de nuestra estructura factorial resultante implicando que a **mayor puntuación del factor, mayor déficit de identificación emocional en la muestra evaluada** (ej.: “A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo”, “tengo sentimientos que casi no puedo identificar”, o “cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado”).

En el presente estudio se obtuvo un alpha de Cronbach para el déficit de identificación emocional de 0,88 para la muestra total, siendo 0,88 también para la muestra de mujeres sanas, y .0, 83 para la muestra de mujeres con fibromialgia.

Factor IV: Atención emocional

El **Factor IV** está compuesto por siete ítems incluidos en el cuestionario TMMS-24 entre los que se encuentran el TMMS7, TMMS8, TMMS6, TMMS3, TMMS5, TMMS4 y el TMMS1. Todos ellos pertenecen al factor teórico de atención emocional en su escala original y, en relación con nuestra estructura factorial, todos presentan pesos factoriales con

signo positivo y su redacción implica que a **mayor puntuación del factor, mayor atención emocional en la muestra evaluada** (ej.: “A menudo pienso en mis sentimientos”, “presto mucha atención a cómo me siento” o “pienso en mi estado de ánimo constantemente”).

En el presente estudio se obtuvo un alpha de Cronbach para la atención emocional de 0,84 para la muestra total, siendo 0,86 también para la muestra de mujeres sanas, y .0, 81 para la muestra de mujeres con fibromialgia.

Factor V: Claridad emocional

El **Factor V** está compuesto por los ítems restantes del TMMS-24, todos ellos incluidos en el factor de claridad emocional en su escala original. Así, del total de ítems que componen el factor teórico en el TMMS-24, únicamente cuatro de ellos (TMMS9, TMMS10, TMMS12, TMMS11) han saturado con pesos superiores a .40 en nuestra estructura factorial. La redacción de todos ellos, así como el signo positivo de sus pesos factoriales implican que a **mayor puntuación del factor, mayor claridad emocional en la muestra evaluada** (ej.; “Tengo claros mis sentimientos”, “frecuentemente puedo definir mis sentimientos”, “normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas” o “casi siempre sé cómo me siento”).

En el presente estudio se obtuvo un alpha de Cronbach para la claridad emocional de 0,86 para la muestra total, siendo 0,85 para la muestra de mujeres sanas, y .0, 86 también para la muestra de mujeres con fibromialgia.

Factor VI: Revaluación cognitiva

Finalmente cabe destacar que el resto de los ítems integrados en el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ8, ERQ7, ERQ1, ERQ10, ERQ3) que no saturan en el factor I y que han saturado positivamente y con peso superior a .40 en la estructura factorial resultante son ítems que han quedado integrados como un único factor diferencial: el **Factor VI**. Este factor evalúa el proceso de revaluación cognitiva y es un factor integrado a nivel teórico como un factor diferenciado de la supresión emocional en el Cuestionario de Expresión Emocional. La dirección de los ítems implica que a **mayor puntuación del**

factor, mayor revaluación cognitiva en la muestra evaluada (ej.; “Controlo mis emociones cambiando la manera de pensar sobre la situación en la que me encuentro”, “cuando quiero sentir más una emoción positiva, cambio la manera de pensar sobre esa situación”, “cuando quiero sentir más una emoción positiva (por ejemplo, alegre o divertido), modifico lo que pienso sobre ello” o “cuando quiero sentir menos una emoción negativa, cambio la manera de pensar sobre esa situación”).

En el presente estudio se obtuvo un alpha de Cronbach para la revaluación cognitiva de 0,76 tanto para la muestra total, como para la muestra de mujeres sanas y también para la muestra de mujeres con fibromialgia.

Cabe destacar que todas las puntuaciones factoriales han sido calculadas utilizando el método Bartlett (1937), el cual ha mostrado sistemáticamente ser el método más insesgado y eficiente.

6.2 Diferencias en los procesos afectivos resultantes del análisis factorial, en las variables resultado de salud-enfermedad y en la autoeficacia entre mujeres con FM y mujeres sanas.

6.2.1 Diferencias en los procesos afectivos entre mujeres con FM y mujeres sanas.

Para analizar las posibles diferencias entre los procesos afectivos, se procedió a realizar la comparación respecto a los factores resultantes del análisis factorial entre las dos muestras del estudio utilizando una t de Student. Cabe destacar que, dado que el resultado de la media de los factores estaba reflejado en puntuaciones “z” (-4 a 4), ésta resultaba complicada de interpretar y era necesario integrar un mayor número de decimales para poder analizar las diferencias y las desviaciones típicas resultantes. En consecuencia, con el objetivo de poder hacer una interpretación de los datos más clara y asumiendo que los pesos de los ítems en los factores resultantes eran similares para cada uno de los diferentes ítems integrados en cada factor, se ha procedido a calcular cada uno de los factores en función del sumatorio de cada uno de los ítems que saturan en dicho factor. Así, se han recodificado los ítems EES6 y EES16 integrados dentro del primer factor por tener un signo negativo y se han realizado los sumatorios para cada factor incluyendo la totalidad de los ítems integrados en ellos.

Como se puede observar en la Tabla 11, los resultados de la t de Student muestran que existen diferencias significativas con respecto a los procesos de Reparación emocional, Déficit de identificación emocional y Claridad emocional entre las mujeres con FM y las mujeres sanas.

Podemos observar que, en cuanto a la Reparación emocional, existen diferencias significativas entre el grupo de Fibromialgia y las personas sanas ($t = -3,15$; $p < ,01$; $\eta^2 = ,04$) siendo las puntuaciones más altas para el segundo grupo. En relación con el Déficit de identificación emocional, existen nuevamente diferencias significativas entre ambos grupos ($t = 6,77$; $p < ,001$; $\eta^2 = ,16$) siendo las puntuaciones más altas para el grupo de mujeres con FM. Asimismo, las diferencias encontradas en relación con la Claridad emocional ($t = -2,55$; $p < ,01$; $\eta^2 = ,02$) ponen de manifiesto que las mujeres sanas tienen más claridad emocional que las mujeres con FM.

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Tabla 11. Diferencias en los procesos afectivos en mujeres con FM y mujeres sanas

Factores resultantes de procesos afectivos	Muestra FM	Muestra sanas	MIN		MAX		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Eta</i> ²
	<i>X (D.T)</i> (<i>n</i>)	<i>X (D.T)</i> (<i>n</i>)	FM	SANAS	FM	SANAS			
Supresión emocional (F1)	54,90 (17,90) (130)	53,45 (19,85) (109)	17	15	101	102	,59	,554	,00
Reparación emocional (F2)	24,70 (8,74) (129)	28,42 (9,42) (109)	4	6	47	47	-3,15	,002	,04
Déficit de identificación emocional (F3)	27,62 (6,72) (130)	21,37 (7,52) (109)	10	8	40	37	6,77	,0001	,16
Atención(F4)	19,67 (5,74) (128)	19,37 (6,36) (108)	7	9	35	35	,30	,704	,001
Claridad emocional (F5)	11,91 (4,15) (128)	13,28 (4,07) (108)	1	4	20	20	-2,55	,010	,02
Revaluación cognitiva(F6)	19,64 (6,68) (127)	20,95 (6,04) (108)	4	5	35	35	-1,56	,120	,01

6.2.2 Diferencias en las variables resultado de salud-enfermedad entre mujeres con FM y mujeres sanas.

Al igual que se procedió para analizar las diferencias en los procesos emocionales entre ambas muestras, también se realizó el correspondiente análisis de t de Student para analizar las posibles diferencias entre grupos en las variables resultado de salud-enfermedad. Como se puede observar en la tabla x, los resultados ponen de manifiesto que existen diferencias entre ambos grupos en todas las variables resultado, a excepción del crecimiento personal y la autonomía, ambas variables incluidas dentro del bienestar general.

Si nos centramos en primer lugar en las **variables** mas relacionadas con la **enfermedad**, las personas con FM presentan mayores puntuaciones en ansiedad ($t= 8,18; p<,001; \eta^2=,21$), depresión ($t= 6,51; p<,001; \eta^2=,15$) y afecto negativo ($t= 3,72; p<,001; \eta^2=,05$) que las personas sanas. En segundo lugar, en relación con las **variables** de **salud**, las personas sanas presentan un perfil más adaptativo presentando mayores niveles en afecto positivo ($t= -3,71; p<,01; \eta^2=,05$) y bienestar general ($t= -2,95; p<,01; \eta^2=,03$), además de mayores puntuaciones que las mujeres con FM en los correspondientes subfactores del bienestar: dominio del entorno ($t= -3,25; p<,001; \eta^2=,04$), propósito en la vida ($t= -3,20; p<,01; \eta^2=,04$), autoaceptación ($t= -4,22; p<,001; \eta^2=,07$) y relaciones positivas ($t= -3,85; p<,01; \eta^2=,03$).

Finalmente, en relación con la variable cognitiva evaluada, los resultados ponen de manifiesto que existen diferencias significativas en autoeficacia general entre mujeres con FM y mujeres sanas ($t= -4,56; p<,001; \eta^2=,08$) existiendo puntuaciones superiores en el grupo de mujeres sanas.

Tabla 12. Diferencias en las variables de salud-enfermedad y en la autoeficacia entre mujeres con FM y mujeres sanas

Variables de Enfermedad	Muestra FM	Muestra sanas	MIN		MAX		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Eta</i> ²
	<i>X (D.T)</i>	<i>X (D.T)</i>	FM	SANAS	FM	SANAS			
	<i>(n)</i>	<i>(n)</i>							
Ansiedad	19,46 (3,76) (132)	15,68 (3,30) (109)	9	7	28	28	8,18	,000	,21
Depresión	17,65 (3,22) (132)	14,71 (3,78) (109)	9	7	25	27	6,51	,000	,15
Afecto negativo	28,36 (13,60) (130)	22,67 (8,19) (102)	5	10	99	44	3,72	,000	,05
Variables de Salud									
Afecto positivo	27 (13,46) (130)	32,55 (7,76) (103)	5	12	99	48	-3,71	,000	,05
Bienestar psicológico general	23,48 (4,26) (128)	25,19 (4,66) (109)	10	9	33,83	35,17	-2,95	,003	,03
Subfactores del bienestar psicológico									
Dominio del entorno	3,90 (0,81) (128)	4,25 (0,84) (108)	1	1,83	6	6	-3,25	,001	,04
Crecimiento personal	4,25 (0,79)	4,31 (0,67)	3	3	6	6	-,58	,558	,00

	(126)	(108)							
Propósito en la vida	3,99 (0,97) (127)	4,40 (1,01) (108)	1,17	1,83	6	6	-3,20	,002	,04
Autonomía	4,03 (0,83) (127)	4 (0,82) (108)	1,75	2,38	6	6	,23	,819	,00
Autoaceptación	3,59 (0,94) (127)	4,14 (1,06) (109)	1,33	1,50	6	6	-4,22	,000	,07
Relaciones positivas	3,86 (1,06) (128)	4,26 (1,05) (108)	1	1,83	6	6	-2,85	,005	,03
Variables cognitivas									
Autoeficacia general	26,17 (7,11) (130)	30 (5,57) (109)	10	15	40	40	.4,56	,000	,08

**p<,05 ** p<,01*

6.2.3 Descriptivos de las variables específicas de dolor en la muestra de mujeres con FM.

En relación con las variables específicas de enfermedad, se han evaluado en las mujeres con FM la limitación funcional, los niveles de percepción de dolor máximo, mínimo y medio, el umbral del dolor y la autoeficacia en relación al dolor (en el control de los síntomas, realización de actividades y control del dolor).

Tabla 13. Descriptivos de las variables específicas de dolor en la muestra de mujeres con FM.

Muestra FM			
VARIABLES ESPECIFICAS DE ENFERMEDAD	<i>X (D.T)</i> <i>(n)</i>	MIN	MAX
Autoeficacia en el control de los síntomas	35,31 (15,91) (132)	0	80
Autoeficacia en el control de actividades	30,60 (14,21) (131)	0	60
Autoeficacia en el control del dolor	15,86 (10,94) (131)	0	41
Limitación funcional	14,57 (6,25) (130)	0	29
Intensidad mínima de dolor	4,69 (1,76) (124)	0	10
Intensidad media de dolor	6,82 (1,49) (115)	2	10
Intensidad máxima	9,09 (,97) (126)	7	10
Umbral del dolor	01 145,57 (66,41) (88)	40,61	398,11

Los resultados (**Tabla 13**) ponen de manifiesto que, en comparación con las puntuaciones máximas y mínimas de cada una de las variables (se reflejan en el apartado de método los máximos y los mínimos teóricos de cada una de las variables en la descripción de las escalas empleadas en el estudio), las mujeres con fibromialgia incluidas en el estudio presentan bajos niveles de autoeficacia en relación al dolor, altos niveles de percepción máxima de dolor, bajo umbral de dolor y alta limitación funcional.

En relación con las puntuaciones en las tres medidas de autoeficacia, la autoeficacia en el control de los síntomas tiene una puntuación mínima teórica de 0 y una máxima teórica de 80 en comparación con la autoeficacia para la realización de la actividad y la autoeficacia en el control del dolor que tienen también una puntuación mínima de 0 y una máxima de 60 y 50, respectivamente. Así, y tomando como referencia las puntuaciones máximas y mínimas teóricas, y las máximas y mínimas resultantes de la población de mujeres con FM, la población con FM objeto de estudio presenta bajos niveles en la autoeficacia en el control de los síntomas y en el control de dolor, presentando una media inferior a la puntuación media teórica de la escala. En contraposición, la autoeficacia para la realización de actividades tendría una puntuación ajustada al punto medio de la escala estimando que la población objeto de estudio tiene una autoeficacia media en esta subdimensión de la autoeficacia para el dolor.

Asimismo, la puntuación en limitación funcional obtenida también tiene una puntuación ajustada al punto medio de la escala pero, asumiendo que debe ser interpretada en función de la globalidad del cuestionario, se pone de manifiesto que es media-baja en términos de su capacidad para realizar determinadas actividades.

En relación con las puntuaciones en la percepción del dolor, los resultados ponen de manifiesto que las mujeres con FM tienen tendencias de puntuación más extremas en intensidad máxima de dolor que en intensidad media o mínima.

6.3 Relación entre los procesos afectivos (factores), los resultados de salud-enfermedad, y la autoeficacia. Influencia de las variables sociodemográficas.

6.3.1 Relación de los procesos afectivos con las variables de salud-enfermedad

A continuación se muestran los resultados del análisis de correlaciones entre las variables incluidas en el estudio. Los resultados se presentan en tres matrices de correlaciones; la primera y la segunda referentes a la relación entre los procesos afectivos con las variables resultado de salud-enfermedad en la muestra de mujeres con Fibromialgia y en la muestra de mujeres sanas respectivamente, y, la tercera, que recoge la relación entre los procesos afectivos y las variables específicas de enfermedad en la muestra de mujeres con FM. Cabe destacar que en las tres matrices también se integran las variables cognitivas de autoeficacia general (evaluada en ambas poblaciones) y de autoeficacia de dolor con sus tres dimensiones (evaluada únicamente en la población con FM).

6.3.1.1 Correlaciones entre los procesos afectivos y las variables resultado en la muestra de mujeres con FM

En relación con la primera matriz, se puede observar que en las mujeres con FM los diferentes procesos afectivos correlacionan entre ellos en el sentido esperado y éstos además correlacionan con las variables resultado de salud-enfermedad también con el signo esperado dependiendo de cada proceso. Asumiendo que no todas las correlaciones son significativas, cabe destacar que tanto el bienestar general como los diferentes subfactores integrados en él, son las variables que mas correlaciones significativas presentan con la mayoría de los procesos afectivos siendo los procesos más significativos los de reparación emocional, déficit de identificación emocional y claridad emocional.

Si observamos las correlaciones de los diferentes procesos afectivos entre sí, en los resultados expuestos en la **Tabla 14**, se observa, por un lado que el déficit de identificación emocional correlaciona positivamente con la supresión emocional y negativamente con la reparación emocional y, por otro, que los procesos de claridad emocional y reevaluación cognitiva correlacionan positivamente tanto con la reparación emocional como con la atención emocional.

Si nos centramos ahora en analizar las correlaciones de cada uno de estos procesos con las variables resultado (excluyendo la mención al bienestar psicológico y sus subfactores, que como ya se ha señalado, correlacionan en el sentido esperado con la mayoría de los procesos a excepción de la atención emocional que correlaciona únicamente con la autonomía), podemos destacar que la supresión emocional correlaciona positivamente con ansiedad y depresión, y negativamente con afecto positivo; la reparación emocional correlaciona positivamente con afecto positivo y negativamente con la depresión y el afecto negativo; el déficit emocional correlaciona negativamente con el afecto positivo; la atención emocional correlaciona positivamente con la ansiedad; la claridad emocional correlaciona negativamente con el afecto negativo y, finalmente, la reevaluación cognitiva correlaciona negativamente con ansiedad y, con el afecto negativo.

Asimismo, si analizamos la relación de las variables resultado entre ellas, se aprecia que ansiedad y depresión correlacionan positivamente entre ellas y con afecto negativo, correlacionando negativamente con afecto positivo, bienestar general y todos sus subfactores, a excepción de la autonomía (tanto para ansiedad como para depresión), de las relaciones positivas (en relación a la depresión) y el crecimiento personal (en relación a la ansiedad), dónde no se observan correlaciones significativas. Se encuentra una correlación negativa y significativa entre ambos afectos ($r^2=-,41; p=< ,001$).

En relación con la autoeficacia general se encuentran correlaciones positivas entre esta variable cognitiva y los procesos de reparación y claridad emocional, así como entre esta variable y afecto positivo, bienestar psicológico y todos los subfactores incluidos en este. Por el contrario, las correlaciones entre autoeficacia y ansiedad, depresión y afecto negativo, son negativas y significativas implicando que mayor autoeficacia se relaciona con menor ansiedad, menor depresión y menores puntuaciones en afecto negativo.

6.3.1.2 Correlaciones entre los procesos afectivos y las variables resultado en la muestra de mujeres sanas

Si nos centramos ahora en el análisis de la relación entre los procesos afectivos y las variables resultado de salud-enfermedad en población sana (**Tabla 15**), los resultados no difieren excesivamente en comparación con la población de mujeres con FM pero se encuentran correlaciones significativas distintas en algunas variables.

En primer lugar cabe destacar que se encuentra un mayor número de correlaciones

positivas entre los procesos emocionales. De esta manera, al igual que ocurría en población con FM, el déficit de identificación emocional correlaciona positivamente con la supresión emocional y negativamente con la reparación emocional, encontrando que también la reparación y la supresión emocional presentan correlaciones significativas y negativas entre ellas. Por otro lado, los procesos de claridad emocional y reevaluación cognitiva correlacionan positivamente tanto con la reparación emocional como con la atención emocional al igual que en la población con FM pero ambos correlacionan también con la atención emocional con signo positivo. Igualmente, llama la atención la correlación positiva encontrada entre supresión emocional y reevaluación cognitiva.

En segundo lugar, analizando las correlaciones de cada uno de los procesos emocionales con las variables resultado, podemos destacar que tanto la supresión emocional como la reparación, el déficit de identificación y la claridad emocional, correlacionan significativamente con las variables resultado en el sentido esperado. Asimismo, mientras la atención emocional no correlaciona significativamente con ningún resultado de salud-enfermedad (a excepción del afecto negativo), la reevaluación cognitiva correlaciona únicamente con dominio del entorno ($r^2 = ,23$; $p < ,001$), y autoaceptación ($r^2 = ,23$; $p < ,001$), siendo ambas correlaciones significativamente negativas.

Asimismo, la relación entre las variables resultado es similar en ambas muestras pero se aprecia que, en comparación con la muestra de mujeres con FM, todas las variables resultado correlacionan significativamente entre ellas en la población de mujeres sanas. Así, ansiedad y depresión correlacionan positivamente entre ellas y con afecto negativo, correlacionando negativamente con afecto positivo, bienestar general y todos sus subfactores. Paralelamente, ambos afectos correlacionan significativamente con el bienestar psicológico y sus subfactores, positivamente en el caso del afecto positivo y negativamente en el caso del afecto negativo. Por otro lado, del mismo modo que en la población con FM, en mujeres sanas se encuentra una correlación negativa y significativa entre ambos afectos ($r^2 = ,33$; $p < ,001$).

Finalmente, en relación con la autoeficacia general, se encuentran correlaciones positivas entre esta variable y los procesos de reparación y claridad emocional, al igual que ocurre en población con FM, encontrando además correlaciones negativas y significativas entre esta variable y el déficit de identificación emocional. Asimismo se encuentran correlaciones

significativas y positivas entre esta variable y afecto positivo, bienestar psicológico y todos los subfactores del mismo, tal y como ocurría en la población de mujeres con FM; y correlaciones significativas y negativas entre autoeficacia y ansiedad, depresión y afecto negativo, indicando que una mayor autoeficacia se relaciona con menor ansiedad, menor depresión y menores puntuaciones en afecto negativo y, mayores niveles de bienestar psicológico y emociones positivas en mujeres sanas.

Tabla 14: Correlaciones entre procesos afectivos, autoeficacia y variables resultado de salud-enfermedad en la muestra de mujeres con FM

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1. Supresión emocional	-																		
2. Reparación emocional	-,09	-																	
3. Déficit de identificación	,39**	-,42**	-																
4. Atención emocional	,04	,16	,12	-															
5. Claridad emocional	-,04	,57**	-,15	,31**	-														
6. Revaluación cognitiva	,11	,39**	,01	,23**	,05	-													
7. Ansiedad	,19*	-,14	,13	,21*	,01	-,21*	-												
8. Depresión	,19*	-,18*	,07	,09	-,01	-,10	,61**	-											
9. Afecto negativo	,16	-,36**	,15	,10	-,31**	-,31**	,22**	,63**	-										
10. Afecto positivo	-,33**	,58**	-,50*	-,05	,10	,04	-,21**	-,70**	-,41**	-									
11. Bienestar general	-,24**	,46**	-,31*	-,08	,20*	,21**	-,19*	,10	-,56**	,24**	-								
12. Dominio del entorno	-,17	,36**	-,23*	,06	,04	,17*	-,24**	-,19*	,16	,61**	,55**	-							
13. Crecimiento personal	-,15	,47**	-,21*	,14	,15	,18*	-,15	-,20*	-,38**	,41**	,77**	,53**	-						
14. Propósito en la vida	-,17*	,47**	-,29**	,07	,08	,16	-,23**	-,21*	-,47*	,50**	,82**	,66**	,59**	-					
15. Autonomía	-,18*	,26**	-,33*	-,19*	,26**	-,06	-,07	-,08	-,16	,28**	,55**	,27**	,51**	,40**	-				
16. Autoaceptacion	-,21*	,39**	-,41**	,16	,20*	,19*	-,27**	-,23**	-,47**	,40**	,83**	,69**	,55**	,77**	,42**	-			
17. Relaciones positivas	-,44**	,21**	-,16	,04	,15	,03	-,19*	-,06	-,30**	-,09	,59**	,35**	,33**	,39**	,15	,37**	-		
18. Autoeficacia general	-,05	,43**	-,17	-,02	,22*	,15	-,26**	-,28**	-,37**	,36**	,49**	,47**	,41**	,40**	,32**	,47**	,15	-	

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Tabla 15: Correlaciones entre procesos afectivos, autoeficacia y variables resultado de salud-enfermedad en la muestra de mujeres sanas

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1. Supresión emocional	-																		
2. Reparación emocional	-,28**	-																	
3. Déficit de identificación	,51**	-,54**	-																
4. Atención emocional	-,03	,03	,06	-															
5. Claridad emocional	-,43**	,56**	-,46**	,40**	-														
6. Revaluación cognitiva	,21*	,21*	,06	,36**	,09	-													
7. Ansiedad	,26**	-,36**	,52**	,30**	-,13	,13	-												
8. Depresión	,48**	-,44**	,56**	,08	-,41**	,02	,64**	-											
9. Afecto negativo	,20*	-,52**	,46**	,34**	-,15	-,03	,22**	,63**	-										
10. Afecto positivo	-,29**	,50**	-,48**	,05	,40**	,02	-,21**	-,52**	-,33**	-									
11. Bienestar general	-,42**	,54**	-,54**	-,05	,51**	-,15	-,45**	-,60**	-,43**	,61**	-								
12. Dominio del entorno	-,36*	,51**	-,55**	-,07	,43**	-,23**	-,36**	-,53**	-,31**	,53**	,88**	-							
13. Crecimiento personal	-,32*	,47**	-,49**	,12	,49**	-,10	-,32**	-,44**	-,43**	,55**	,77**	,77**	-						
14. Propósito en la vida	-,32*	,56**	-,44**	-,03	,48**	-,13	-,30**	-,52*	-,37*	,57**	,90**	,82**	,51**	-					
15. Autonomía	-,45**	,38**	-,45*	-,09	,43**	-,15	-,33**	-,40**	-,29**	,39**	,68**	,46**	,68**	,46**	-				
16. Autoaceptacion	-,34**	,38**	-,45*	-,17	,33**	-,26**	-,34**	-,47**	-,38**	,44**	,59**	,83**	,42**	,83**	,57**	-			
17. Relaciones positivas	-,39**	,32**	-,43*	-,06	,39**	-,16	-,30**	-,48**	-,26**	,45**	,84**	,72**	,49**	,70**	,47**	,65**	-		
18. Autoeficacia general	-,11	,58**	-,41*	,01	,39**	,16	-,30**	-,43**	-,47**	,59**	,58**	,44**	,47**	,57**	,30**	,43**	,45**	-	

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

6.3.1.3 Correlaciones entre los procesos afectivos, la autoeficacia en relación al dolor y las variables específicas de enfermedad en la muestra de mujeres con FM.

En relación con las correlaciones de variables relacionadas con el dolor y la enfermedad en la muestra con fibromialgia (**Tabla 16**), los resultados ponen de manifiesto que, de todos los procesos afectivos evaluados, únicamente la reparación emocional presenta correlaciones significativas y positivas con las tres dimensiones de autoeficacia en relación al dolor: autoeficacia en el control de los síntomas ($r^2 = ,39$; $p < ,001$), autoeficacia en el control de la actividad ($r^2 = ,30$; $p < ,001$), y autoeficacia en el control del dolor ($r^2 = ,29$; $p < ,001$).

Asimismo, las tres dimensiones de autoeficacia correlacionan negativamente con las tres intensidades de dolor, indicando que mayores niveles de autoeficacia se relacionan con menores niveles en la intensidad máxima, mínima y media del dolor experimentado en la población con FM. Sin embargo, cuando el dolor es evaluado mediante el algómetro y se evalúa el umbral del dolor y no la percepción subjetiva de éste mediante una escala numérica, únicamente la autoeficacia en el control de la actividad es la que resulta significativa. En relación con la limitación funcional, también las tres dimensiones de autoeficacia presentan correlaciones significativas y negativas, poniendo de manifiesto que a mayor autoeficacia tanto en el control de los síntomas, como en la realización de actividades y en el control del dolor, menor limitación funcional.

Finalmente cabe destacar que ninguno de los procesos de regulación emocional correlacionan significativamente con las tres intensidades del dolor y, en el caso del umbral evaluado mediante el algómetro, únicamente el proceso de supresión emocional resulta significativo ($r^2 = -,24$; $p < ,001$).

Tabla 16. Correlaciones entre los procesos afectivos, la autoeficacia en relación al dolor y las variables de específicas de enfermedad en mujeres con FM

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Supresión emocional	-													
2. Reparación emocional	-,09	-												
3. Déficit de identificación	,39**	-,42**	-											
4. Atención emocional	,04	,16	,12	-										
5. Claridad emocional	-,04	,57**	-,15	,31**	-									
6. Revaluación cognitiva	,11	,39**	,01	,23**	,21*	-								
7. Intensidad dolor mínima	,02	-,09	,08	,12	,07	-,01	-							
8. Intensidad dolor media	,08	-,13	-,03	,00	-,10	-,11	,78**	-						
9. Intensidad dolor máxima	,16	-,10	,09	-,06	-,05	-,09	,41**	-,44**	-					
10. Umbral dolor	-,24**	,12	-,06	-,18	,04	,06	-,15	-,09	-,20	-				
11. Limitación funcional	,08	-,10	,08	-,05	-,13	-,15	,1	,37**	,36**	-,13	-			
12. Autoeficacia síntomas	-,13	,39**	-,13	,03	,03	,15	-,23**	-,38**	-,26**	,19	-,32**	-		
13. Autoeficacia actividad	-,08	,30**	-,10	,02	,15	,10	-,32**	-,45**	-,28**	,25*	-,55**	,68**	-	
14. Autoeficacia dolor	-,06	,29**	,06	,05	,04	,16	-,28**	,36**	-,21**	,10	-,32**	,69**	,66**	-

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

6.3.2. Diferencias en función de las variables sociodemográficas en los procesos afectivos, las variables de salud-enfermedad y las variables específicas de dolor.

Con el objetivo de determinar la existencia de diferencias significativas en las variables de interés en función de las variables sociodemográficas (edad, estado civil, estudios y situación laboral) se han llevado a cabo análisis de correlación, análisis de *t* de Student y análisis de varianza (ANOVA). En el caso de la submuestra con FM, además se ha valorado la posible influencia de variables clínicas (en particular el tiempo de diagnóstico, el tiempo de aparición de los síntomas y el consumo de fármacos) en las variables de interés. En el caso de los ANOVAs, el análisis para determinar las diferencias significativas post-hoc a nivel univariado ha sido la prueba de Scheffé.

A continuación se expondrán los resultados encontrados integrados en diferentes tablas estructuradas en función de la variable sociodemográfica objeto de estudio. En cada tabla se presentan las diferencias significativas encontradas en función de cada variable sociodemográfica en relación con las variables de salud-enfermedad, los procesos afectivos y, únicamente en la población con FM, en las variables específicas de dolor. Cabe señalar igualmente que ambas poblaciones han sido integradas en la misma tabla con el objetivo de analizar claramente las diferencias entre ambas poblaciones en relación con la implicación de cada variable sociodemográfica objeto de estudio.

Para poder valorar la posible relación entre la edad y las diferentes variables de interés, se procedió a realizar los análisis de correlación correspondientes para cada muestra. Los resultados ponen de manifiesto que, en las mujeres con FM, existen relaciones significativas de la variable edad con la Autonomía ($r^2 = ,24$; $p < ,05$), el Crecimiento personal ($r^2 = ,24$; $p < ,05$) y el Umbral de dolor ($r^2 = ,25$; $p < ,05$); todas ellas variables resultado de salud-enfermedad. En mujeres sanas, la edad se relaciona significativamente con las variables resultado de Dominio del entorno ($r^2 = ,19$; $p < ,05$), Relaciones positivas ($r^2 = ,25$; $p < ,05$) y Depresión ($r^2 = ,21$; $p < ,05$) e igualmente se relaciona con los procesos afectivos de Supresión emocional ($r = ,32$; $p < ,00$). Se puede concluir por tanto que, en relación con las variables resultado, tener mayor edad está relacionado con menor autonomía, menor crecimiento personal y mayor umbral de dolor en mujeres con FM; y con mayor depresión, menor dominio del entorno y menor número de relaciones positivas

en mujeres sanas. Asimismo, las mujeres sanas con mayor edad suprimen en mayor medida sus emociones.

En relación con el nivel educativo (Tabla 17), también se han encontrado diferencias significativas en ambas muestras en los procesos afectivos, encontrando diferencias significativas en función del nivel de estudios en las variables resultado de salud-enfermedad únicamente en el grupo de personas con FM.

Los resultados presentados en la Tabla 17 ponen de manifiesto que, en relación con los procesos afectivos, tanto las personas con FM como las personas sanas se diferencian en su capacidad de identificación emocional en función de su nivel educativo, de manera que a mayor nivel de estudios, mayor capacidad de identificación emocional. Así, en la población de mujeres con FM, las mujeres con estudios superiores presentan menor déficit en comparación con las mujeres sin estudios reglados o con estudios medios ($F=6,94$; $p<,001$) (con diferencias post-hoc entre grupos sin estudios reglados y estudios medios, y el grupo de mujeres con estudios superiores); y en las mujeres sanas aquellas con estudios medios presentan menor dificultad de identificación emocional ($t= 2,36$; $p<,05$; $\eta^2=,055$) que las mujeres sin estudios reglados. Paralelamente, las mujeres sanas sin estudios reglados presentan también mayores puntuaciones en supresión emocional que las mujeres con estudios medios ($t= 2,38$; $p<,05$; $\eta^2=,056$).

En relación con las variables de salud-enfermedad, mientras en la población sana el nivel de estudios no repercute en las variables resultado, en la población de mujeres con FM aquellas que tienen estudios superiores tienen mayores puntuaciones en bienestar general ($F=5,65$; $p<,001$), crecimiento personal ($F=5,30$; $p<,001$), propósito en la vida ($F=3,77$; $p<,05$), dominio del entorno ($F=3,86$; $p<,05$) y autoaceptación ($F=3,35$; $p<,05$); así como menores niveles de intensidad media de dolor ($F=3,65$; $p<,05$).

NIVEL EDUCATIVO										
	Sin estudios reglados (1)X (D.T) (n)	Estudios medios (2)X (D.T) (n)	Estudios superiores (3)X (D.T) (n)	F	Scheffé	Sin estudios reglados (1)X (D.T) (n)	Estudios medios (3)X (D.T) (n)	t	p	Eta ²
	MUESTRA DE MUJERES CON FM					MUESTRA DE MUJERES SANAS				
VARIABLES RESULTADO DE SALUD-ENFERMEDAD										
Bienestar general	22,82 (4,03) (76)	23,33(4,19) (24)	26,50(4,10) (17)	5,65**	1/3	No existen diferencias significativas en mujeres sanas				
Crecimiento personal	4,15(,75) (74)	4,17(,77) (24)	4,81(,74) (17)	5,30**	1/3	No existen diferencias significativas en mujeres sanas				
Propósito en la vida	3,81(,95) (75)	4,08(,99) (24)	4,50(,90) (17)	3,77*	1/3	No existen diferencias significativas en mujeres sanas				
Dominio del entorno	3,79(,79) (76)	3,90(,92) (24)	4,39(,60) (17)	3,86*	1/3	No existen diferencias significativas en mujeres sanas				
Autoaceptación	3,49(,95) (75)	3,56(,93) (24)	4,13(,75) (17)	3,35*	1/3	No existen diferencias significativas en mujeres sanas				
Intensidad media de dolor	4,81(1,77) (74)	4,93(1,67) (24)	3,61(1,65) (17)	3,65*	1/3	No evaluado en mujeres sanas				
PROCESOS AFECTIVOS										
Déficit de identificación emocional	28,50(6,30) (77)	28,04(6,43) (25)	22,11(7,13) (17)	6,94**	1/3 ,2/3 , 1/3	21,77(7,76) (81)	17,05(5,93) (17)	2,36	,010	,055
Supresión emocional	No existen diferencias significativas en mujeres sanas					54,49(20,29) (81)	42(16,23) (17)	2,38	,009	,056

*p<,05 ** p<,01

En relación con la **situación laboral (Tabla 18)**, también se han encontrado diferencias significativas en las variables resultado de salud-enfermedad en ambas poblaciones, encontrándose diferencias en los procesos afectivos únicamente en la población de mujeres sanas. Cabe recordar que mientras en la población con FM existen tres grupos diferenciados en relación a la situación laboral (trabaja actualmente, no trabaja, tiene baja o incapacidad laboral) dada la frecuente situación de incapacidad laboral o baja de esta muestra, la población sana se diferencia únicamente en si trabaja actualmente o no.

Los resultados ponen de manifiesto que, en relación con las **variables de salud-enfermedad**, estar trabajando repercute positivamente en ambas poblaciones. Así, trabajar en el momento de la evaluación se relaciona con mayor crecimiento personal ($F=6,30$; $p<,001$) y mayor autonomía ($F=2,33$; $p<,05$) en mujeres con FM, así como con mayor dominio del entorno ($t= 2,04$; $p<,05$; $eta^2=,040$), propósito en la vida ($t= 2,63$; $p<,05$; $eta^2=,066$), relaciones positivas ($t= 2,73$; $p<,05$; $eta^2=,07$), bienestar general ($t= 2,52$; $p<,05$; $eta^2=,061$) y afecto positivo ($t= 2,76$; $p<,05$; $eta^2=,074$) en mujeres sanas.

En relación con los **procesos afectivos** los resultados encontrados van en la misma dirección y se pone de manifiesto que en la población de mujeres sanas estar trabajando está asociado con una menor dificultad de diferenciación emocional ($t= -2,02$; $p<,05$; $eta^2=,040$).

Tabla 18. Diferencias en función de la situación laboral en todas las variables objeto de estudio en mujeres con FM y en mujeres sanas.

SITUACION LABORAL										
	Trabaja (1)X (D.T) (n)	No trabaja (2)X (D.T) (n)	Baja/Invalidez (3)X (D.T) (n)	F	Scheffé	Trabaja (1)X (D.T) (n)	No trabaja (2)X (D.T) (n)	T	p	Eta ²
	Muestra de mujeres con FM					Muestra de mujeres sanas				
VARIABLES RESULTADO DE SALUD-ENFERMEDAD										
Crecimiento personal	4,68 (,72) (32)	4,10 (,80) (67)	4,27 (,63) (20)	6,30**	½	No existen diferencias significativas en mujeres sanas				
Autonomía	4,34 (,73) (32)	3,89 (,85) (67)	4,16 (,85) (21)	2,33*	½	No existen diferencias significativas en mujeres sanas				
Dominio del entorno	No existen diferencias significativas en mujeres con FM					4,49 (,82) (43)	4,15 (,84) (57)	2,04	,047	,040
Propósito en la vida	No existen diferencias significativas en mujeres con FM					4,76 (,84) (43)	4,24 (1,05) (57)	2,63	,010	,066
Relaciones positivas	No existen diferencias significativas en mujeres con FM					4,65 (,95) (43)	4,09 (1,06) (57)	2,73	,007	,07
Bienestar general	No existen diferencias significativas en mujeres con FM					26,82 (4,23) (43)	24,51 (4,74) (58)	2,52	,013	,061
Afecto positivo	No existen diferencias significativas en mujeres con FM					35,23 (6,87) (43)	31,01 (7,90) (54)	2,76	,007	,074
PROCESOS AFECTIVOS										
Déficit de identificación emocional	No existen diferencias significativas en mujeres con FM					19,39 (7,20) (43)	22,46 (7,76) (58)	-2,02	,046	,040

*p<,05**p<,01

Respecto al estado civil, para poder analizar las diferencias en relación a las variables de interés, se han reagrupado las categorías de esta variable en tres categorías más generales (casadas, solteras, o viudas, separadas o divorciadas). Como puede observarse en la **Tabla 19**, el **estado civil** también repercute en los procesos afectivos en ambas poblaciones, y en la población sana, en una mayor autonomía ($F= 6,49$; $p<,001$) por parte de las mujeres casadas en comparación con las mujeres solteras. .

Los resultados ponen de manifiesto que, en relación con los **procesos afectivos**, estar soltera está relacionado significativamente con un mayor déficit de identificación emocional en ambas poblaciones, en comparación con estar separada, divorciada o viuda en el caso de las mujeres con FM ($F= 3,82$; $p<,05$), y en comparación con estar casada en el caso de las mujeres sanas ($F= 3,64$; $p<,05$). Asimismo los resultados ponen de manifiesto que en mujeres sanas, la capacidad de regulación emocional es significativamente mayor en personas separadas, viudas o divorciadas ($F= 3,19$; $p<,05$) en comparación con las mujeres solteras.

Tabla 19. Diferencias en función del estado civil en todas las variables objeto de estudio en mujeres con FM y en mujeres sanas.

ESTADO CIVIL											
	Solteras	Casadas	Separada/viuda/ divorciada	F	Scheffé	Solteras	Casadas	Separada/viud a/ divorciada	F	Scheffé	
	(1)X (D.T) (n)	(2)X (D.T) (n)	(3)X (D.T) (n)			(1)X (D.T) (n)	(2)X (D.T) (n)	(3)X (D.T) (n)			
	Muestra de mujeres con FM					Muestra de mujeres sanas					
VARIABLES RESULTADO DE SALUD ENFERMEDAD											
Autonomía	No existen diferencias significativas en mujeres con FM					3,89 (,77) (74)	4,68 (,85) (13)	4,40 (,86) (11)	6,49**	1/2	
PROCESOS AFECTIVOS											
Reparación emocional	No existen diferencias significativas en mujeres con FM					27,59 (9,23) (75)	29,30 (9,41) (13)	34,90 (8,08) (11)	3,19*	1/3	
Déficit de identificación emocional	28,21 (6,47) (102)	26,27 (8,24) (11)	27,50 (6,73) (13)	3,82*	1/3	22,14 (7,27) (75)	16,07 (7,93) (13)	21 (8,07) (7,64)	3,64*	1/2	

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Finalmente, es importante señalar que en relación con la muestra de mujeres con FM, también es importante analizar si determinadas variables clínicas repercuten tanto en los procesos afectivos como en las variables resultado de salud-enfermedad. Es por ello que se han integrado en los análisis las variables relacionadas con los **años desde el diagnóstico**, la media de **medicación tomada** por cada una de ellas en el momento de la evaluación, y los años que han transcurrido desde el inicio de los primeros síntomas (**dolor fundamentalmente**).

Los resultados ponen de manifiesto que los **años desde el diagnóstico** correlacionan con la claridad emocional en sentido positivo ($r^2=,17$; $p<,05$).

Finalmente, en relación con la **medicación consumida**, los resultados ponen de manifiesto que un mayor consumo se relaciona con mayor autonomía ($r^2=,19$; $p<,05$), mayor ansiedad ($r^2=,19$; $p<,05$) y mayor nivel de intensidad media de dolor experimentado ($r^2=,22$; $p<,05$).

6.3.3 Papel mediador de los procesos afectivos entre la autoeficacia y las variables de salud-enfermedad

En relación con las hipótesis planteadas y con el objetivo de analizar el papel mediador de los procesos de regulación afectiva entre la autoeficacia general (A.G) y la autoeficacia en relación al dolor (en cada una de sus dimensiones: control de los síntomas -A.S-, control del dolor -A.D-, y realización de actividades -A.A-) , y las variables resultado de salud-enfermedad, se ha realizado un análisis mediacional basado en ecuaciones de regresión lineal múltiple y se ha utilizado el test de Sobel para corroborar de las mediaciones parciales encontradas (Baron y Kenny, 1986; Preacher, Rucker y Hayes, 2007). Antes de hacer una descripción de los resultados encontrados cabe destacar que para poder realizar un análisis de mediación, deben cumplirse una serie de precondiciones necesarias (Holmbeck, 1997) que se detallan a continuación:

1. Deben existir correlaciones significativas entre las variables predictoras (A.G, A.S, A.A, y A.D.) y las variables mediadoras (procesos afectivos).
2. Deben existir correlaciones significativas entre las variables mediadoras (procesos afectivos) y las variables consecuentes (variables resultado de salud-enfermedad).
3. Deben existir correlaciones significativas entre las variables predictoras (A.G, A.S, A.A, y A.D.) y las variables consecuentes (variables resultado de salud-enfermedad).

Asumiendo tales precondiciones, se presenta a continuación una tabla resumen con las variables incluidas en el estudio que han correlacionado significativamente (ver apartado de relaciones entre variables). En primer lugar (**Tabla 20**) se presentan las correlaciones para la autoeficacia general (evaluada en ambas poblaciones) y en segundo lugar (**Tabla 21**) se presentan las correlaciones para cada una de las dimensiones de la autoeficacia en relación al dolor (autoeficacia en el control de los síntomas, realización de actividades y en el control del dolor) en la población con fibromialgia.

Tabla 20. Variables incluidas en los análisis de mediación en función de las precondiciones establecidas

Variables predictoras	Variables consecuentes	Variable mediadora
Población sana (S)		
Población con FM (FM)		
Autoeficacia general	Afecto positivo	Reparación emocional (FM, S) Claridad emocional (S) Déficit de identificación emocional (S)
	Afecto negativo	Reparación emocional (FM, S) Claridad emocional (FM) Déficit de identificación emocional (S)
	Ansiedad	Reparación emocional (S) Déficit de identificación emocional (S)
	Depresión	Reparación emocional (FM, S) Claridad emocional (S) Déficit de identificación emocional (S)
	Bienestar psicológico	Reparación emocional (FM, S) Claridad emocional (FM, S) Déficit de identificación emocional (S)

Tabla 21. Variables incluidas en los análisis de mediación en función de las precondiciones establecidas.

Variables predictoras	Variables consecuentes	Variable mediadora
Autoeficacia en el control de los síntomas	Afecto positivo	Reparación emocional
	Afecto negativo	Reparación emocional
	Depresión	Reparación emocional
	Bienestar	Reparación emocional
Autoeficacia en el control de las actividades	Afecto positivo	Reparación emocional
	Afecto negativo	Reparación emocional
	Depresión	Reparación emocional
	Bienestar	Reparación emocional
Autoeficacia en el control del dolor	Afecto positivo	Reparación emocional
	Depresión	Reparación emocional
	Bienestar	Reparación emocional

Como sugieren Baron y Kenny (1986), el análisis de regresión múltiple es la prueba más apropiada para determinar la presencia de efectos mediadores cuando las variables dependientes son continuas y existen varias variables predictoras. Una vez que se ha estimado que las precondiciones se cumplen, el siguiente paso consiste en analizar el efecto mediador del proceso de regulación emocional en cuestión mediante el cambio producido en el valor de Beta cuando éste es introducido en la ecuación. Se pueden producir dos tipos de mediación: mediaciones parciales o mediaciones totales. Hablamos de **mediación parcial** cuando el valor de Beta de la variable predictora considerada (A.G, A.S, A.A, y A.D.) se reduce (pero no deja de ser significativo) cuando la variable mediadora (proceso de regulación emocional) entra en la ecuación de regresión. La **mediación total** se produce cuando el valor de Beta de la variable predictora se reduce en tal grado que deja de ser significativa cuando la variable mediadora es añadida a la ecuación de regresión.

Basándonos por tanto en el cumplimiento de las precondiciones y en base a las indicaciones planteadas, se han realizado un total de 19 ecuaciones de regresión múltiple para analizar el papel de los procesos de regulación emocional como variables mediadoras entre la autoeficacia general y las variables de salud-enfermedad mencionadas; y un total de 11 ecuaciones para analizar el papel mediador de los procesos de regulación emocional entre las tres dimensiones de la autoeficacia en relación al dolor y las variables de salud-enfermedad. Cabe señalar que, dada la extensión en los análisis, en relación al bienestar psicológico se ha utilizado la variable global (en el caso de cumplirse las precondiciones) y no cada una de las dimensiones que lo componen.

En la **Tabla 22** se presentan los resultados del papel mediador de la reparación emocional, la claridad emocional y el déficit de identificación entre la autoeficacia general y las variables de salud-enfermedad en población sana. En la **Tabla 23** se presentan los resultados del papel mediador de la reparación emocional y la claridad emocional entre la autoeficacia general y los resultados de salud-enfermedad en población con fibromialgia. Finalmente, las Tablas 24, 25 y 26 muestran los resultados de la reparación emocional como mediador entre las diferentes dimensiones de la autoeficacia sobre el dolor y los resultados de salud-enfermedad en población con fibromialgia; concretamente: **Tabla 24** (Autoeficacia en el control de los síntomas en población con FM), **Tabla 25** (Autoeficacia en el control de las actividades en población con FM) y **Tabla 26** (Autoeficacia en el

control del dolor en población con FM). Sólo se muestran los resultados significativos en relación a la hipótesis mediadora propuesta.

En relación con el procedimiento del análisis de regresión múltiple para cada modelo de mediación, se han introducido en el **Paso 1** las variables sociodemográficas a controlar si era necesario (variables sociodemográficas significativas para cada variable dependiente), en el **Paso 2** cada tipo de autoeficacia en la ecuación correspondiente y en el **Paso 3** los procesos afectivos de interés con cada una de las autoeficacias objeto de análisis. Como variables dependientes se han incluido las variables de salud-enfermedad que cumplían las precondiciones señaladas. Los análisis estadísticos se ha realizado con un nivel de confianza del 95%, y por tanto si se cumple $p < .05$ se considera estadísticamente significativo.

Como se ha señalado, la reducción del valor de Beta en la mediación parcial no se considera criterio suficiente para afirmar que se produce realmente dicha mediación (Baron y Kenny, 1986). Por ello, es necesario realizar la prueba de Sobel para confirmar que la mediación parcial es significativa.

Por otro lado, existen afirmaciones contundentes en la literatura que ponen de manifiesto la importancia de calcular una corrección del nivel de alpha cuando hay una gran cantidad de hipótesis a probar. Así, el método de Bonferroni consiste en dividir el nivel de significación estadística (0,05) entre el número de hipótesis que se pretende. La estrategia de formular hipótesis múltiples no relacionadas o independientes tiene ventajas como son aumentar la eficiencia del estudio, permitiendo responder a más preguntas con un solo experimento, descubrir una mayor cantidad de asociaciones, aumentar el poder del tiempo necesario para el análisis estadístico (sólo cuando las asociaciones en los distintos desenlaces se dan en la misma dirección) evitándole al clínico escoger un solo desenlace. Al mismo tiempo, cuando las hipótesis están relacionadas entre sí, al encontrarse asociaciones consistentes, las conclusiones serán más firmes.

Es por ello que, en ese estudio, se va a usar la corrección del nivel de alpha del **método de Bonferroni** en los análisis de mediación, por ser el tipo de análisis en el que más hipótesis se dan juntas. Se realizan finalmente un total de 16 análisis de mediación para la autoeficacia. En consecuencia, al dividir ,05 entre 16 el resultado obtenido es un alpha de ,003. En base a dicho resultado, únicamente en el apartado de mediación en el que las

variables predictoras son las autoeficacias, sería **.003 el nivel de significación corregido para rechazar la hipótesis nula.**

Es importante añadir que para facilitar la interpretación de los resultados y dado el extenso número de tablas que se incluyen en el presente estudio, se incluirá en dichas tablas el paso 1 y 2 del análisis de mediación y se presentará para la variable predictora tanto el valor de Beta cuando la variable es introducida por primera vez en la ecuación, como su valor cuando entra en la ecuación la variable mediadora (entre paréntesis), para poder apreciar de este modo la reducción de la variable predictora al introducir la variable mediadora en la ecuación.

Tabla 22. Papel mediador de la reparación emocional, el déficit de identificación emocional y la claridad emocional entre la autoeficacia general y las variables resultado de salud-enfermedad en mujeres sanas.

Variables Resultado	F	R ²	IncR2	Beta	t
Afecto negativo					
Paso 1: Estado civil				-,183	-1,61
Paso 2: Autoeficacia general				-,462(-,332*) ^a	-4,48**
Reparación emocional	10,02**	,28	,26	-,266	-2,30*
Ansiedad					
Paso 1: Estado civil				-,254	-2,37*
Paso 2: Autoeficacia general				-,365 (-,218) ^a	-3,69**
Reparación emocional	7,68**	,22	,19	-,291	-2,63*
Paso 1: Situación laboral				,038	,317
Nivel educativo				-,094	-,786
Estado civil				-,251	-2,23*
Paso 2: Autoeficacia general				-,350(-,253*) ^a	-3,27**
Déficit de identificación	7,18**	,33	,28	,405	3,94**
Depresión					
Paso 1: Estado civil				-,125	-1,14
Paso 2: Autoeficacia general				-,461(-,289*) ^a	-4,68**
Reparación emocional	12,58**	,32	,29	-,361	-3,33**
Paso 1: Situación laboral				,138	1,24
Nivel educativo				-,205	-1,73
Estado civil				-,138	-1,14
Paso 2: Autoeficacia general				-,434(-,379**) ^a	-4,29**
Déficit de identificación	6,82**	,31	,27	,232	2,24*
Bienestar psicológico					
Paso 1: Autoeficacia general				,587(,557**) ^a	6,83**
Claridad emocional	29,69**	,40	,38	,244	2,94*

Nota. Se reflejan los coeficientes de regresión estandarizados (betas) cuando las variables son introducidas por primera vez en la ecuación. ^aValor de beta después de la introducción de la variable mediadora. *p < .05; **p < .01. Se presentan en el paso 1 de cada ecuación las variables Dummy controladas en cada caso. Situación laboral: 0 (sí), 1 (no); Nivel educativo: 1 (superiores), 0 (primarios); Estado civil: 1 (con pareja), 0 (sin pareja).

Como puede observarse en la **Tabla 22**, respecto a la **Autoeficacia general** en la población de mujeres sanas, los resultados muestran que tanto la reparación emocional como el déficit de identificación emocional tienen un papel mediador parcial entre la autoeficacia y las variables de salud-enfermedad. Resulta especialmente llamativo el hecho de que las posibles mediaciones planteadas (por cumplir las precondiciones, ver Tabla 20) en relación a variables de salud (bienestar y afecto positivo) no han resultado significativas (excepto la relación entre autoeficacia general-claridad emocional-bienestar) al analizar el posible papel mediador de los diferentes procesos emocionales, debido a que una vez que la autoeficacia entraba en la ecuación de regresión, el proceso emocional dejaba de ser significativo en su predicción de la variable consecuente de salud. Igualmente, el posible papel mediador de la claridad emocional tampoco se ha visto confirmado en la mayoría de los análisis de mediación realizados.

Los resultados ponen de manifiesto (ver Tabla 22) que mientras **la reparación emocional** media parcialmente la relación entre autoeficacia general y afecto negativo ($\beta = -2,23$; $p < .003$), y entre la autoeficacia general y depresión ($\beta = -3,68$; $p < .003$); su papel en relación con la ansiedad es como mediador total.

De igual modo, en relación con el **déficit de identificación emocional**, éste media la relación entre autoeficacia y ansiedad ($\beta = 3,94$; $p < .003$), y entre autoeficacia y depresión ($\beta = 3,32$; $p < .003$); no confirmándose su papel mediador entre la autoeficacia y el afecto negativo.

En relación con la **claridad emocional**, ésta media parcialmente la relación entre autoeficacia general y el bienestar psicológico cuando se realiza la ecuación de regresión correspondiente, pero cuando utilizamos el Sobel test para comprobar el resultado de la mediación parcial, los datos muestran que ésta no es significativa ($\beta = 1,05$; $p = .14$).

Tabla 23. Papel mediador de la reparación emocional y la claridad emocional entre la autoeficacia general y las variables resultado de salud-enfermedad en mujeres con FM.

Variabes Resultado	F	R ²	IncR2	Beta	T
<i>Afecto negativo</i>					
Paso 1: Estado civil				-,048	-,469
Paso 2: Autoeficacia general				-,380(-,244*) ^a	-4,01**
Reparación emocional	8,16**	,22	,20	-,315	-3,13*
<i>Afecto positivo</i>					
Paso 1: Estado civil				-,107	-1,05
Paso 2: Autoeficacia general				,555(,353**) ^a	4,98**
Reparación emocional	25,23**	,44	,42	,353	4,14**
<i>Bienestar psicológico general</i>					
Paso 1: Nivel educativo				,299	2,98**
Paso 2: Autoeficacia general				,468(,348**) ^a	5,05**
Reparación emocional	16,29**	,35	,33	,280	2,96**

Nota. Se reflejan los coeficientes de regresión estandarizados (betas) cuando las variables son introducidas por primera vez en la ecuación. ^aValor de beta después de la introducción de la variable mediadora. *p < .05; **p < .01. Se presentan en el paso 1 de cada ecuación las variables Dummy controladas en cada caso. Nivel educativo: 1 (superiores), 0 (primarios); Estado civil: 1 (con pareja), 0 (sin pareja).

Respecto a la **Autoeficacia general en población con FM**, se observa que en general el papel mediador de los diferentes procesos emocionales es menor que en el caso de las mujeres sanas. El proceso emocional mediador es, en todos los casos, la reparación emocional. Tal y como se observa en la Tabla 23, los resultados muestran que la **reparación emocional** tienen un papel mediador parcial entre la autoeficacia y afecto negativo ($\beta = -2,54$; $p < .003$), y entre la autoeficacia y el afecto positivo ($\beta = 2,99$; $p < .003$). Asimismo, la reparación emocional también media parcialmente la relación entre la autoeficacia y el bienestar psicológico general ($\beta = 2,10$; $p < .003$). De las posibles mediaciones planteadas en esta población por cumplir las precondiciones (ver Tabla 20), observamos que no se confirman las que relacionan el afecto negativo y la claridad emocional, la depresión con la reparación emocional, y el bienestar psicológico con la claridad emocional.

Tabla 24. Papel mediador de la reparación emocional entre la autoeficacia en el control de los síntomas y las variables resultado de salud-enfermedad en mujeres con FM.

VARIABLES RESULTADO	F	R ²	INC R ²	Beta	t
<i>Afecto positivo</i>					
Paso 1: Autoeficacia síntomas				,485(,328**) ^a	5,49**
Reparación emocional	29,82**	,38	,36	,413	4,77**
<i>Bienestar psicológico global</i>					
Paso 1: Nivel educativo				,306	3,05*
Paso 2: Autoeficacia síntomas				,357 (,198) ^a	2,12**
Reparación emocional	13,48**	,31	,29	,417	4,46**
<i>Afecto negativo</i>					
Paso 1: Autoeficacia síntomas				-,356(-,226) ^a	-3,77**
Reparación emocional	14,17**	,22	,21	-,341	-3,52**

Nota. Se reflejan los coeficientes de regresión estandarizados (betas) cuando las variables son introducidas por primera vez en la ecuación. ^aValor de beta después de la introducción de la variable mediadora. *p < .05; **p < .01. Se presentan en el paso 1 de cada ecuación las variables Dummy controladas en cada caso. Nivel educativo: 1 (superiores), 0 (primarios).

Respecto a la **Autoeficacia en el control de los Síntomas (Tabla 24)**, los resultados muestran que **la reparación emocional** media parcialmente la relación entre esta dimensión de la autoeficacia en relación al dolor y el afecto positivo ($\alpha = 2,73$; $p < .003$), y totalmente entre el bienestar psicológico general y el afecto negativo. Las posibles mediaciones planteadas respecto a esta dimensión de autoeficacia y la reparación emocional en relación a la depresión (ver Tabla 21) no parecen confirmarse en los análisis de mediación.

Tabla 25. Papel mediador de la reparación emocional entre la autoeficacia en la realización de actividades y las variables resultado de salud-enfermedad en mujeres con FM.

VARIABLES RESULTADO	F	R ²	INC R2	Beta	t
<i>Afecto positivo</i>					
Paso 1: Autoeficacia actividad				,374(,243*) ^a	3,98**
Reparación emocional	25,40**	,34	,33	,470	5,49**
<i>Bienestar psicológico global</i>					
Paso 1: Nivel educativo				,306	3,05*
Paso 2: Autoeficacia actividad				,347 (,228)^a	2,56**
Reparación emocional	19,90**	,29	,27	,430	4,82**

Nota. Se reflejan los coeficientes de regresión estandarizados (betas) cuando las variables son introducidas por primera vez en la ecuación. ^aValor de beta después de la introducción de la variable mediadora. *p < .05; **p < .01. Se presentan en el paso 1 de cada ecuación las variables Dummy controladas en cada caso. Nivel educativo: 1 (superiores), 0 (primarios).

Respecto a la **Autoeficacia en la realización de actividades**, los resultados muestran (Tabla 25) que **la reparación emocional** media parcialmente la relación entre esta dimensión de la autoeficacia en relación al dolor y el afecto positivo ($\beta = 2,38$; $p < .003$), y totalmente entre esta dimensión y el bienestar psicológico general. Las posibles mediaciones planteadas respecto a esta dimensión de autoeficacia y la reparación emocional en relación a la depresión y al afecto negativo (ver Tabla 21) no parecen confirmarse en los análisis de mediación.

Tabla 26. Papel mediador de la reparación emocional entre la autoeficacia sobre el control del dolor y las variables resultado de salud-enfermedad en mujeres con FM.

VARIABLES RESULTADO	F	R ²	INC R2	Beta	t
<i>Afecto positivo</i>					
Paso 1: Autoeficacia dolor				,388(.252*) ^a	4,17**
Reparación emocional	25,74**	,34	,33	,463	5,39**
<i>Bienestar psicológico global</i>					
Paso 1: Nivel educativo				,306	3,05**
Paso 2: Autoeficacia dolor				,223 (.084)^a	2,26*
Reparación emocional	16,12**	,24	,23	,468	5,08**

Nota. Se reflejan los coeficientes de regresión estandarizados (betas) cuando las variables son introducidas por primera vez en la ecuación. ^aValor de beta después de la introducción de la variable mediadora. *p < .05; **p < .01. Se presentan en el paso 1 de cada ecuación las variables Dummy controladas en cada caso. Nivel educativo: 1 (superiores), 0 (primarios).

Respecto a la **Autoeficacia en el control del Dolor**, los resultados muestran (Tabla 26) que la **reparación emocional** media totalmente la relación entre esta dimensión de la autoeficacia en relación al dolor y el bienestar general. Además, la reparación emocional media parcialmente la relación entre autoeficacia de control de dolor y afecto positivo ($\beta = 2,05$; $p < .003$). Las posibles mediaciones planteadas respecto a esta dimensión de autoeficacia y la reparación emocional en relación a la depresión (ver Tabla 21) no parecen confirmarse en los análisis de mediación.

6.4 Capacidad predictiva de los procesos afectivos (factores) sobre los resultados de salud-enfermedad.

Con el objetivo de predecir las variables resultado de salud-enfermedad en ambas poblaciones en función de los diferentes procesos afectivos, se consideraron como variables predictoras todas las variables sociodemográficas que mostraron diferencias significativas en ambas muestras en relación con todas las variables objeto de predicción, así como los factores resultantes del análisis factorial exploratorio representativos de los diferentes procesos afectivos evaluados. Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal por pasos sucesivos el cual introduce o elimina las distintas variables independientes introducidas en el análisis en función de la significación del estadístico t de cada variable. Se ha realizado este análisis por ser considerado el más idóneo ya que valora el nivel de significación de cada variable independiente en su entrada en la ecuación, analizando además las variables independientes que han sido introducidas con anterioridad y su relación con la nueva variable independiente.

Cabe destacar además que, antes de realizar el análisis para cada variable resultado objeto de estudio, fueron evaluados los tres criterios que deben cumplirse para poder realizar el análisis de regresión. Así, en relación con la normalidad se comprobó que la asimetría y la kurtosis no distaban mucho de 0 y, en relación con la independencia entre las variables independientes, se analizó el diagnóstico de colinealidad tomando como referencia un nivel de tolerancia superior a .10 (una puntuación cercana a 1 indica que la variable objeto de estudio no está relacionada con el resto de las variables independientes) y un FIV con puntuaciones inferiores a 2.

Se presentan a continuación los resultados de los análisis de regresión estructurados en función de cada variable resultado objeto de estudio. Así, las tablas de regresión incluidas en este apartado integran los resultados de las ecuaciones de regresión para cada una de las variables dependientes en ambas poblaciones. Aunque no se integran en las tablas los valores FIV y los índices de tolerancia, como se ha señalado, se comprobó que estos se encontraran dentro del rango recomendado para descartar la colinealidad de las variables independientes.

6.4.1 Capacidad predictiva de los procesos emocionales sobre las variables de salud-enfermedad en mujeres con FM y mujeres sanas.

En primer lugar y centrándonos en las dimensiones del afecto, los resultados indican que en la población de **mujeres con FM** y en relación con el **Afecto Positivo (Tabla 27)**, mayores puntuaciones de Reparación emocional (F2) ($\beta=,42$; $t=7,97$; $p<,001$), Claridad emocional (F5) ($\beta=,28$; $t=3,86$, $p<,001$) y Revaluación cognitiva (F6) ($\beta=,15$; $t=2,08$, $p<,001$), y menores puntuaciones de Supresión emocional (F1) ($\beta= -,31$; $t=-4,09$, $p<,001$) y Déficit de identificación (F3) ($\beta= -,26$; $t= -3,63$, $p<,01$) predicen mayores niveles de Afecto Positivo. En relación con la muestra de **mujeres sanas** también mayores puntuaciones en Reparación emocional (F2) ($\beta= ,32$; $t= 3,47$, $p<,01$) y menores en Déficit de identificación emocional (F3) ($\beta= -,33$; $t= -3,47$, $p<,01$) y Supresión emocional (F1) ($\beta= -,21$; $t= -2,27$, $p<,01$) predicen mayores niveles de Afecto Positivo. Asimismo cabe destacar que también la situación laboral predice las puntuaciones de afecto positivo en mujeres sanas, indicando que no trabajar predice niveles inferiores en Afecto Positivo. En relación con la varianza explicada, el modelo de regresión para mujeres con FM explica un 49% de la varianza del Afecto Positivo frente a un 30% de la varianza explicada por los procesos afectivos y la situación laboral en la población de mujeres sanas.

Tabla 27. Valor predictivo de los procesos afectivos sobre el afecto positivo en mujeres con FM y en mujeres sanas.

APECTO POSITIVO				
Factores emocionales	F	R²	Beta	t
Mujeres con FM				
Reparación emocional (F2)			,58	7,97**
Supresión emocional (F1)			-,31	-4,09**
Claridad emocional (F5)			,28	3,86**
Déficit de identificación(F3)			-,26	-3,63**
Revaluación cognitiva (F6)	19,80**	,51	,15	2,08**
Mujeres sanas				
Déficit de identificación emocional (F3)			-,33	-3,47**
Reparación emocional (F2)			,32	3,47**
Supresión emocional (F1)			-,21	-2,27*
Situación laboral	9,51**	,33	-,19	-2,06*

Tabla 28. Valor predictivo de los procesos afectivos sobre el afecto negativo en mujeres con FM y en mujeres sanas

APECTO NEGATIVO				
Factores emocionales	F	R²	Beta	t
Mujeres con FM				
Reparación emocional (F2)			-,50	-6,03**
Atención emocional (F4)			,29	3,57**
Supresión emocional (F1)			,29	3,65**
Déficit identificación emocional (F3)	14,50**	,37	,18	2,28*
Mujeres sanas				
Reparación emocional (F2)			-,43	-4,89**
Atención emocional (F4)			,34	3,85**
Déficit de identificación emocional (F3)	17,18**	,39	,31	3,57**

* $p < .05$; ** $p < .01$.

En cuanto al **Afecto Negativo (Tabla 28)**, mayores puntuaciones de Déficit de identificación emocional (F3) (**FM:** $\beta= ,18$; $t= 2,28$, $p<,05$; **sanas:** $\beta= ,31$; $t= 3,57$, $p<,001$) y Atención emocional (F4) (**FM:** $\beta=29$; $t=3,57$, $p<,001$; **sanas:** $\beta=,34$; $t=3,85$, $p<,001$), y menores en Reparación emocional (F2) (**FM:** $\beta= -26$; $t= -2,20$, $p<,001$; **sanas:** $\beta= -43$; $t= -4,89$, $p<,001$) predicen mayores niveles de Afecto Negativo en ambas poblaciones, mientras que, únicamente en la población de mujeres con FM también mayores puntuaciones de Supresión emocional (F1) ($\beta=,29$; $t=3,65$, $p<,001$) predicen mayores niveles de Afecto Negativo. En relación con la varianza explicada, el modelo de regresión para mujeres con FM explica un 35% de la varianza del Afecto Negativo, varianza muy similar al 36% de la varianza explicada por los procesos afectivos en la población de mujeres sanas.

En relación con la **sintomatología ansiosa (Tabla 29)** y **depresiva (Tabla 30)**, los resultados reflejan que en ambas variables existe un mayor número de procesos afectivos que predicen los niveles de sintomatología en mujeres sanas frente a mujeres con FM. En la **población con FM** los resultados señalan que en estas mujeres, mayores puntuaciones de Supresión emocional (F1) ($\beta=,25$; $t=2,65$, $p<,001$) y menores puntuaciones de Revaluación cognitiva (F6) ($\beta= -,19$; $t= -2,01$, $p<,05$) predicen mayores niveles de sintomatología ansiosa, y en relación con la sintomatología depresiva, únicamente mayores niveles de Supresión emocional (F1) predicen mayores niveles de sintomatología ($\beta= 20$; $t= 2,12$, $p<,05$).

En relación con la muestra de **mujeres sanas**, los resultados reflejan que igualmente mayores puntuaciones en supresión emocional predicen mayores niveles de sintomatología ansiosa ($\beta= 18$; $t= 2,33$, $p<,05$) y depresiva ($\beta= 29$; $t= 3,83$, $p<,05$). Asimismo, altos niveles de Déficit de identificación emocional (F3) (**A.** $\beta= ,43$; $t= 5,30$, $p<,001$; **D.** $\beta= ,33$; $t= 4,52$, $p<,001$) y Atención emocional (F4) (**A.** $\beta= ,30$; $t= 3,76$, $p<,001$; **D.** $\beta= ,15$; $t= 2,05$, $p<,05$), y bajos niveles de Reparación emocional (F2) (**A.** $\beta= ,30$; $t= 3,76$, $p<,001$; **D.** $\beta= -,52$; $t= -6,96$, $p<,001$) predicen mayores niveles de sintomatología ansiosa (**A**) y depresiva (**D**). Cabe destacar que, en el caso de la sintomatología ansiosa también mayor edad predice mayores niveles de depresión ($\beta= 20$; $t= 2,50$, $p<,05$).

En relación con la varianza explicada, el modelo de regresión para mujeres con FM explica un 9% de la varianza de la sintomatología ansiosa y un 3% de la sintomatología depresiva, frente a un 41% de la varianza explicada por los procesos afectivos en relación con la sintomatología ansiosa, y un 53% de la varianza explicada de la sintomatología depresiva por los procesos afectivos y la edad en la población de mujeres sanas.

Tabla 29. Valor predictivo de los procesos afectivos sobre la ansiedad en mujeres con FM y en mujeres sanas

ANSIEDAD				
Factores emocionales	F	R²	Beta	t
Mujeres con FM				
Supresión emocional (F1)			,25	2,65**
Revaluación cognitiva (F6)	6,17**	,11	-,19	-2,01*
Mujeres sanas				
Reparación emocional (F2)			-,38	-4,70**
Déficit de identificación emocional (F3)			,43	5,30**
Atención emocional (F4)			,30	3,76**
Supresión emocional (F1)	16,81**	,43	,18	2,33*

. * $p < .05$; ** $p < .01$

Tabla 30. Valor predictivo de los procesos afectivos sobre la depresión en mujeres con FM y en mujeres sanas.

DEPRESION				
Factores emocionales	F	R²	Beta	t
Mujeres FM				
Supresión emocional (F1)	4,53	,04	,20	2,12*
Mujeres sanas				
Reparación emocional (F2)				
Déficit de identificación emocional (F3)			-,52	-6,96**
Supresión emocional (F1)			,33	4,52**
Edad			,29	3,83**
Atención emocional(F4)			,20	2,50*
	20,84**	,56	,15	2,05*

* $p < .05$; ** $p < .01$.

Tabla 31. Valor predictivo de los procesos afectivos sobre el bienestar psicológico general y las diferentes dimensiones que lo integran en mujeres con FM y en mujeres sanas

BIENESTAR PSICOLÓGICO GENERAL				
	<i>F</i>	<i>R</i> ²	Beta	<i>t</i>
Factores emocionales				
Mujeres con FM				
Reparación emocional (F2)			,53	6,48**
Déficit de identificación emocional (F3)			-,33	-4,05**
Supresión emocional (F1)			-,33	-4,02**
Claridad emocional (F5)	16,68**	,43	,30	3,63**
Mujeres sanas				
Reparación emocional (F2)			,42	5,99**
Claridad emocional (F5)			,39	5,43**
Déficit de identificación emocional (F3)			-,33	-4,66*
Supresión emocional(F1)			-,29	-4,18**
Situación laboral			-,17	-2,33*
Revaluación cognitiva (F6)	21,05**	,62	-,16	-2,29*
FACTORES DEL BIENESTAR PSICOLOGICO				
DOMINIO DEL ENTORNO				
Mujeres con FM				

Reparación emocional (F2)			,42	4,67**
Déficit de identificación emocional (F3)			-,31	-3,48**
Claridad emocional (F5)			,28	3,12**
Supresión emocional (F1)	9,87**	,31	-,26	-2,88**
Mujeres sanas				
Reparación emocional (F2)			,48	6,07**
Déficit de identificación emocional (F3)			-,35	-4,54**
Claridad emocional (F5)			,22	2,82**
Supresión emocional (F1)			-,21	-2,79**
Revaluación cognitiva (F6)	15,89**	,48	-,18	-2,32*
CRECIMIENTO PERSONAL				
Mujeres con FM				
Reparación emocional (F2)			,44	5,04**
Edad			-,30	-3,38*
Claridad emocional (F5)	13,16**	,31	,22	2,40*
Mujeres sanas				
Claridad emocional (F5)			,36	4,09**
Reparación emocional (F2)			,37	4,23**
Déficit de identificación emocional (F3)	13,68**	,32	-,31	-3,54*
PROPÓSITO EN LA VIDA				
Mujeres con FM				
Reparación emocional (F2)			,42	4,64**
Nivel educativo	17,26**	,27	,26	2,86**
Mujeres sanas				
Reparación emocional (F2)			,48	6,07**

Claridad emocional(F5)			,38	4,71**
Déficit de identificación emocional (F3)			-,26	-3,20**
Supresión emocional (F1)		,	-,20	-2,51**
Situación laboral	16,18**	50	-,19	-2,37**

AUTONOMIA

Mujeres con FM

Claridad emocional (F5)			,32	3,54**
Reparación emocional (F2)			,34	-3,71**
Déficit de identificación emocional (F3)			-,28	-3,10**
Atención emocional (F4)			-,25	-2,76**
Edad	8,25**	,32	-,21	-2,31*

Mujeres sanas

Supresión emocional (F1)			-,31	-3,48**
Claridad emocional (F5)			,31	3,52**
Estado civil			,21	3,34*
Déficit de identificación emocional (F3)			-,23	-2,60*
Reparación emocional (F2)	9,14**	,37	,20	2,24*

AUTOACEPTACION

Mujeres con FM

Reparación emocional (F2)			,44	5,51**
Déficit de identificación emocional (F3)			-,39	-4,38**
Claridad emocional (F5)			,29	3,66**
Supresión emocional (F1)	15,59**	,39	-,25	-3,21**

Mujeres sanas

Reparación emocional (F2)			,49	6,33**
Supresión emocional (F1)			-,29	-3,81**
Déficit de identificación emocional (F3)			-,31	-3,98**
Claridad emocional(F5)			,23	2,97**
Atención emocional (F6)	16,61**	,49	-,18	-2,31**

RELACIONES POSITIVAS

Mujeres con FM

Supresión emocional (F1)			-,46	-5,28**
Reparación emocional (F2)	16,89**	,25	,24	2,76**

Mujeres sanas

Supresión emocional (F1)			-,32	-3,44**
Déficit de identificación emocional (F3)			-,32	-3,45**
Claridad emocional (F5)	11,59**	,30	,30	3,19**

* $p < .05$; ** $p < .01$.

Como puede observarse en la **Tabla 31**, en relación con el **Bienestar psicológico general**, mayores puntuaciones en Reparación emocional (F2) y Claridad emocional (F5), y menores puntuaciones en Déficit de identificación emocional (F3) y Supresión emocional (F1) predicen mayores niveles de Bienestar en ambas poblaciones. Igualmente, cabe destacar que únicamente en la muestra de mujeres sanas, los procesos de Revaluación emocional y la situación laboral también son significativos en la predicción de los niveles de Bienestar Psicológico. Así, la Revaluación cognitiva predice los niveles de Bienestar y lo hace en sentido negativo, indicando que los niveles inferiores en Bienestar Psicológico provienen de las mujeres sanas con altas puntuaciones en revaluación cognitiva ($\beta = -.16$; $t = -2.29$, $p < .001$). En segundo lugar los resultados apuntan que no estar trabajando predice menores niveles de Bienestar Psicológico ($\beta = -.17$; $t = -2.33$, $p < .001$). En relación con la varianza explicada, el modelo de regresión para mujeres con FM explicaría un 40% de la varianza del Bienestar Psicológico general, frente al 59% de la varianza explicada en la población de mujeres sanas.

Los resultados encontrados en cada una de las diferentes dimensiones del Bienestar Psicológico se relacionan con el comportamiento de los procesos afectivos en el Bienestar Psicológico general (BP general), encontrándose sin embargo diferencias significativas con algunos de ellos:

En primer lugar, el **Dominio del Entorno** (D.E.) aparece explicado por los mismos procesos afectivos que el BP general en ambas poblaciones, encontrando además que el comportamiento de la Revaluación cognitiva (F6) como predictor de los niveles de BP en las mujeres sanas también tiene signo negativo en relación con el dominio del entorno. Así, mayores puntuaciones en Revaluación cognitiva (F6) predicen menores puntuaciones en dominio del entorno en mujeres sanas ($\beta = -.18$; $t = -2.32$, $p < .001$). En relación con la varianza explicada, el modelo de regresión para mujeres con FM explica un 27% de la varianza del D.E., frente al 45% de la varianza explicada del D.E. por los procesos afectivos en la población de mujeres sanas (**Tabla 31**).

En relación con el **Crecimiento personal** (C.P), los procesos afectivos que predicen mayores niveles de C.P en ambas poblaciones son la Reparación emocional (F2) y la Claridad emocional (F5), destacando además que mayor edad ($\beta = -.30$; $t = -3.38$, $p < .05$) predice también menores niveles de CP en mujeres con FM y que mayor Dificultad de

identificación emocional (F3) ($\beta = -.31$; $t = -3,54$, $p < ,05$) predice menores niveles de C.P en mujeres sanas. En relación con la varianza explicada, el modelo de regresión para mujeres con FM explica un 28% de la varianza del C.P., porcentaje similar al 29% de la varianza explicada del C.P. por los procesos afectivos en la población de mujeres sanas (**Tabla 31**).

En tercer lugar, mientras en las mujeres con FM el **Propósito en la Vida** (P.V) se encuentra explicado por puntuaciones elevadas en Reparación emocional (F2) y por un nivel educativo superior ($\beta = ,26$; $t = 2,86$, $p < ,05$), en las mujeres sanas tanto mayores puntuaciones en Reparación emocional (F2) y Claridad emocional (F5), como menores puntuaciones en Déficit de identificación emocional (F3) y en Supresión emocional (F1) predicen mayores niveles de P.V. Asimismo, tener una situación laboral activa también predice mayores niveles de P.V en población sana ($\beta = -,19$; $t = -2,37$, $p < ,05$). En relación con la varianza explicada, el modelo de regresión para mujeres con FM explica un 26% de la varianza del P.V., frente al 47% de la varianza explicada del P.V. por los procesos afectivos y la situación laboral en la población de mujeres sanas (**Tabla 31**).

En relación con la **Autonomía**, los procesos afectivos que predicen significativamente esta dimensión del bienestar en ambas poblaciones son la Claridad emocional (F5) y la Reparación emocional (F2) en sentido positivo, y el Déficit de identificación emocional (F3) en sentido negativo. Asimismo, en las mujeres con FM también mayores puntuaciones en Atención emocional y mayor edad predicen menores niveles de Autonomía; y en población sana serían mayores puntuaciones en Supresión emocional (F1) y cualquier situación distinta a tener pareja (estar soltera, viuda, separada o divorciada) ($\beta = ,21$; $t = -3,34$, $p < ,05$) las variables que predicen menores niveles de autonomía. En relación con la varianza explicada, el modelo de regresión para mujeres con FM explica un 28% de la varianza de la Autonomía., frente al 32% en la población de mujeres sanas (**Tabla 31**).

Los procesos afectivos que predicen la **Autoaceptación** en ambas poblaciones son la Reparación emocional (F2) y la Claridad emocional (F5), ambas en sentido positivo, y la Supresión emocional (F1) y el Déficit de identificación emocional (F3) en sentido negativo. Cabe destacar que, únicamente en población sana, también altos niveles de Atención emocional (F6) predicen bajos niveles de Autoaceptación. Como se puede observar, las variables sociodemográficas no juegan aquí un papel significativo ni en mujeres sanas, ni en la muestra de mujeres con FM. En relación con la varianza explicada, el modelo de

regresión para mujeres con FM explica un 37% de la varianza de la Autoaceptación., frente al 46% de la varianza explicada en la población de mujeres sanas (**Tabla 31**).

Finalmente, en relación con las **Relaciones Positivas** (R.P), el proceso afectivo común que predice menores relaciones positivas en ambas poblaciones (FM: 1 y Sanas: 2) es la Supresión emocional (F1) (**1.** $\beta = -.46$; $t = -5,28$, $p < .05$; **2.** $\beta = -.32$; $t = -3,44$, $p < .001$). Adicionalmente, en mujeres con FM, serían altas puntuaciones en el proceso de Reparación emocional (F2) las que implicarían mayores puntuaciones en R.P, frente a la población de mujeres sanas en la que serían altas puntuaciones en Claridad emocional (F5) y bajas puntuaciones en Déficit de identificación emocional (F3), las que implicarían mayores puntuaciones en R.P. En relación con la varianza explicada, el modelo de regresión para mujeres con FM explica un 24% de la varianza frente al 27% en la población de mujeres sanas (**Tabla 31**).

6.4.2 Capacidad predictiva de los procesos de regulación sobre los resultados específicos de dolor en la muestra de mujeres con FM.

En relación con la capacidad predictiva de los procesos de regulación sobre las variables específicas relacionadas con la enfermedad de FM, han sido evaluadas las variables resultado de intensidad media, mínima y máxima de dolor, la limitación funcional, y el umbral de dolor. En todas ellas, únicamente se han encontrado predicciones significativas de los procesos de regulación afectiva sobre el umbral del dolor, no existiendo un valor predictivo significativo de los procesos afectivos sobre las intensidades del dolor y sobre la limitación funcional en las personas que padecen FM.

Los resultados ponen de manifiesto que en relación con el **umbral de dolor**, altos niveles de supresión emocional predicen menores niveles en el umbral del dolor de las mujeres con FM evaluadas ($\beta = -.36$; $t = -3,01$, $p < .001$), siendo un 12% la varianza explicada por dicho proceso afectivo sobre el umbral del dolor en la ecuación de regresión.

6.5 Perfiles diferenciales en relación a los procesos afectivos e influencia de éstos en los resultados de salud-enfermedad

Asumiendo la existencia de diferencias en los procesos afectivos y en las variables de salud-enfermedad relacionadas con éstos entre mujeres sanas y mujeres con FM; la literatura pone de manifiesto que, dentro de la misma población, también éstos procesos pueden diferenciar subgrupos de personas y éstos pueden presentar diferencias en las variables de salud-enfermedad afectadas. Es por ello que, con el propósito de establecer diferentes perfiles o *clúster* tanto en la población de mujeres con FM como en la muestra de mujeres sanas en función de los procesos afectivos; se ha realizado un análisis de *clúster* a partir de los 6 factores que, según los datos de este estudio, representan los procesos emocionales de supresión emocional, reparación emocional, déficit de identificación emocional, atención emocional, claridad emocional y reevaluación cognitiva. Cabe destacar que aunque dentro de las dos grandes categorías del «análisis *clúster*», métodos jerárquicos y no jerárquicos, los más utilizados son los primeros; se ha optado por un método no jerárquico (*análisis K medias de conglomerados*) por ser el análisis que respondía en su totalidad a los objetivos de la investigación.

Así, asumiendo que éste es un análisis multivariado de independencia en el que no se asume la existencia de variables dependientes sino que la finalidad es establecer un criterio de diferenciación de la población; se ha realizado en primer lugar un análisis de conglomerados (inicial) exploratorio para estimar los centrómeros iniciales y en segundo lugar, un análisis de conglomerados final para evaluar si se mantienen o se modifican los centrómeros iniciales de las variables seleccionadas. A diferencia del análisis factorial realizado en el primer apartado del presente trabajo, el análisis de conglomerados no agrupa variables, sino que agrupa sujetos.

Asimismo, una vez establecidos los diferentes perfiles para ambas poblaciones; se ha analizado la relación de cada uno de ellos con las variables de salud-enfermedad y, únicamente en la población de mujeres de FM, también se ha intentado determinar la influencia de éstos en las variables específicas de enfermedad evaluadas.

Es por ello que los resultados que se exponen a continuación integran dentro de cada muestra 1) la descripción de los perfiles diferenciales (incluyendo los conglomerados finales resultado del análisis) y 2) las diferencias en las variables de salud-enfermedad determinadas

por dichos perfiles. Los resultados se exponen en dos tablas diferenciadas para cada muestra en la que se integran los valores medios, las desviaciones típicas y la significación de cada proceso afectivo en cada una de las poblaciones estudiadas y, en segundo lugar, dos tablas que integra los resultados de los análisis de diferencias de medias de las variables de salud-enfermedad (y las variables específicas de enfermedad) calculadas mediante la prueba «t» de Student en ambas poblaciones. Cabe señalar que se representan en las tablas únicamente los resultados estadísticamente significativos.

Con la intención de aportar información adicional que complemente la interpretación de los resultados del análisis de clúster, se remite al lector al apartado de los análisis descriptivos del presente estudio en el que quedan representadas las puntuaciones medias de los procesos afectivos, así como las puntuaciones medias de las variables de salud-enfermedad para ambas poblaciones.

6.5.1 Perfiles diferenciales en la muestra de mujeres con FM y relación con las variables de salud-enfermedad y las variables específicas de dolor y limitación funcional.

En relación con la población de mujeres con FM, los resultados del análisis de clúster (**Tabla 32**) nos permiten identificar dos grupos (o perfiles) de mujeres con FM que se diferencian, entre todos los procesos afectivos analizados, en función de los procesos de supresión emocional, reparación emocional y déficit de identificación emocional. Así, el **clúster 1** (integrado por 55 mujeres) agrupa al 44,4% de las mujeres con FM y se caracteriza por mujeres con una tendencia afectiva marcada por una menor supresión emocional, mayor reparación emocional y menor déficit de identificación emocional. En contraposición, el **clúster 2**, (integrado por 69 mujeres) está representado por mujeres con FM caracterizadas por mayores puntuaciones en los procesos de supresión emocional, menor capacidad de reparación emocional y mayor déficit de identificación emocional. Se detecta así un grupo de FM con salud mental adecuada (**clúster 1**), y otro grupo con salud mental inadecuada (**clúster 2**).

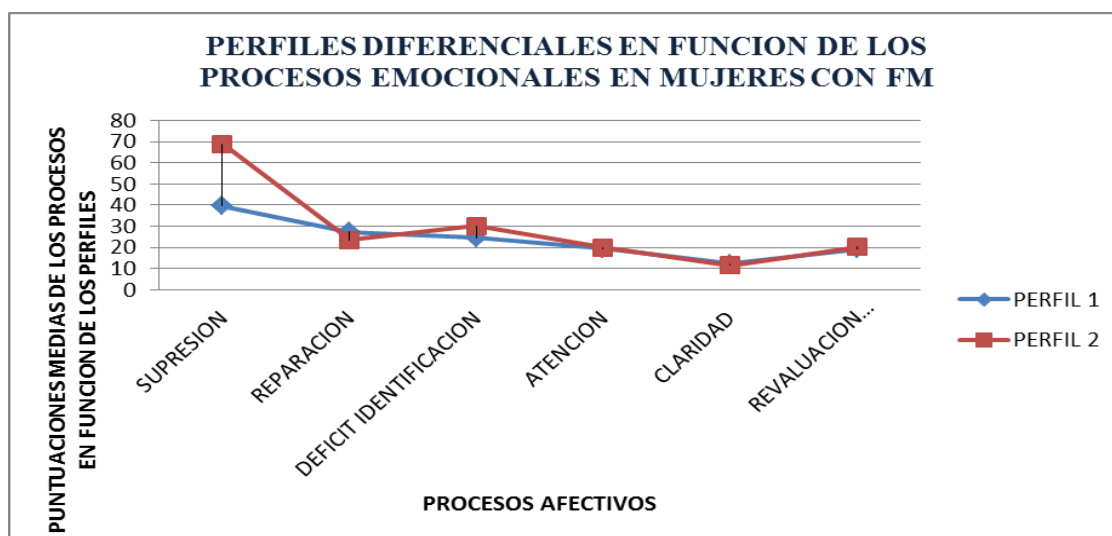
El principal criterio para elegir esta solución de dos conglomerados es que era la que mejor ofrecía una diferenciación relativamente clara y precisa de los distintos grupos de mujeres con FM en función de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los procesos afectivos.

Cabe mencionar que con el objetivo de controlar las diferencias entre ambos perfiles con respecto al tiempo de duración de la enfermedad, la diferencia de medias entre ambos perfiles no resultan significativas.

Tabla 32. Resultados del clúster análisis en función de los procesos afectivos en mujeres con FM

Procesos afectivos en mujeres con FM	Cluster 1 n=55	Cluster 2 n=69	t	p	Eta ²
Supresión emocional	39,53 ± 10,20	68,75 ± 10,37	-,15,70	,001	,948
Reparación emocional	27,44 ± 8,93	23,52 ± 7,41	2,66	,009	,198
Déficit identificación emocional	24,64 ± 6,76	30,10 ± 5,49	-4,96	,0001	,301
Atención emocional	19,40 ± 19,98	19,99 ± 5,72	-,560	,577	,125
Claridad emocional	12,49 ± 4,06	11,70 ± 4,10	1,07	,284	,056
Revaluación cognitiva	19,31 ± 7,17	20,28 ± 6,08	-,811	,428	,155

Grafica 1. Perfiles diferenciales en función de los procesos emocionales en mujeres con FM



Como se puede apreciar en la gráfica, se evidencia como existen diferencias significativas entre los procesos de supresión, reparación y déficit emocional entre el perfil 1 y el perfil 2. Para poder hacer una mejor interpretación de los datos y dado que el análisis de conglomerados ha sido realizado con los factores resultantes del análisis factorial; cabe

recordar que dicha estructura incluía cuatro cuestionarios distintos que incluían escala de respuesta (Likert) diferentes. Por esta razón, se ha procedido a calcular las puntuaciones máximas y mínimas para cada factor resultante teniendo en cuenta la totalidad de los ítems incluidos en él, así como sus correspondientes puntuaciones teóricas máximas y mínimas.

Asumiendo que del total de los 6 ítem incluidos en la estructura factorial, han sido el factor 1, el factor 2, el factor 3 y el factor 5 los significativos en la diferenciación de las muestras; se pone de manifiesto que el factor 1 (supresión emocional) está formado por doce ítems del cuestionario EES, dos ítems del TAS-20, y 4 ítems del ERQ, se ha estimado que la puntuación máxima para este factor es 112, siendo la puntuación mínima 18. En relación con la reparación emocional (Factor 2), este factor está formado por ocho ítems del TMMS-24 y uno del ERQ, teniendo en consecuencia una puntuación máxima de 47, y mínima de 9. El déficit de identificación emocional (Factor 3) es un factor formado por ocho ítems del TAS-20 y tiene una puntuación máxima de 48 y mínima de 8. Finalmente la claridad emocional (Factor 5) es un factor formado por cuatro ítems del TMMS-24 y tiene una puntuación máxima de 20 y mínima de 5.

En este sentido, cuando se comparan ambos perfiles se observa que el perfil 2 tiene alta supresión (**68,75** Vs. 39,53) y alto déficit de identificación emocional (**30,10** Vs. 24,64) cuando se compara la media de ambos grupos; así como cuando las puntuaciones medias son valoradas en función de las puntuaciones máximas y mínimas de cada factor. Asimismo, la reparación emocional aparece significativamente más elevada en el perfil 1 (. **27,44** Vs. 23,52) tanto en la diferencia de medias entre ambos grupos, como en relación con las puntuaciones máximas y mínimas calculadas.

Tabla 33. Diferencias en las variables de salud-enfermedad en función de los perfiles afectivos diferenciales en mujeres con FM.

Variables de Salud-enfermedad	MUJERES CON FM				
	Cluster 1	Cluster 2	t	p	Eta ²
	M (DT) (n)	M (DT) (n)			
Afecto positivo	29,18 (6,63) (53)	22,73(7,29) (69)	5,03	,001	,351
Afecto negativo	23,69(7,43) (53)	28,68(8,14) (69)	-3,47	,001	,338
Ansiedad	18,10(91(3,84) (55)	20,34(78 (3,40) (69)	-3,43	,001	,223
Depresión	16,87 (3,51) (55)	18,27 (2,84) (69)	-2,45	,001	,143
Umbral dolor	160,83 (6,01) (28)	132,86 (46,43) (47)	1,84	0,70	—
Bienestar general	25,31 (4,51) (55)	22,40(3,13) (69)	4,22	,0001	,951
Autoaceptación	3,90(0,97) (54)	3,40(0,84) (69)	3,08	,003	,267
Relaciones positivas	4,39(0,95) (55)	3,49(0,94) (69)	5,27	,0001	,400
Autonomía	4,31(0,77) (54)	3,84(0,80) (69)	3,24	,002	,282
Dominio del entorno	4,15(0,83) (55)	3,76(0,66) (69)	2,87	,005	,220
Propósito en la vida	4,25(0,98) (55)	3,81(0,91) (69)	2,58	,011	,267
Crecimiento personal	4,51(0,83) (54)	4,08(0,69) (69)	3,14	,002	,267
Autoeficacia general	28,61(6,55) (55)	24,49(7,09) (69)	3,32	,001	,289

En segundo lugar, y centrándonos ahora en la diferenciación en las variables salud-enfermedad en función de ambos perfiles de mujeres con FM (**Tabla 33**); los resultados ponen de manifiesto que en comparación con el perfil 2; las mujeres con altos niveles de reparación emocional, baja tendencia a la supresión emocional y baja dificultad de identificación emocional (clúster 1), presentan mayores puntuaciones en las variables de salud frente a las variables de enfermedad evaluadas. En este sentido se observa que estas mujeres puntúan más alto en afecto positivo, bienestar general, autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, crecimiento personal y autoeficacia general; presentando puntuaciones inferiores en afecto negativo, ansiedad y depresión.

Asimismo, y centrándonos ahora en las variables específicas de enfermedad, los resultados ponen de manifiesto que no se muestran diferencias significativas en función de dichos perfiles en la intensidad del dolor percibida, la limitación funcional y/o la autoeficacia en el control del dolor. Sin embargo, como se puede apreciar en la **Tabla 33**, aunque la diferencia entre ambos perfiles en el umbral del dolor no es estadísticamente significativa ($t= 1,80$; $p= 0,07$), los resultados se acercan a una significación de 0,05 implicando que mayor tendencia a la regulación emocional, menor supresión y/o menor déficit de identificación emocional se puede interpretar como procesos relacionados con un mayor umbral de dolor en la población afectada.

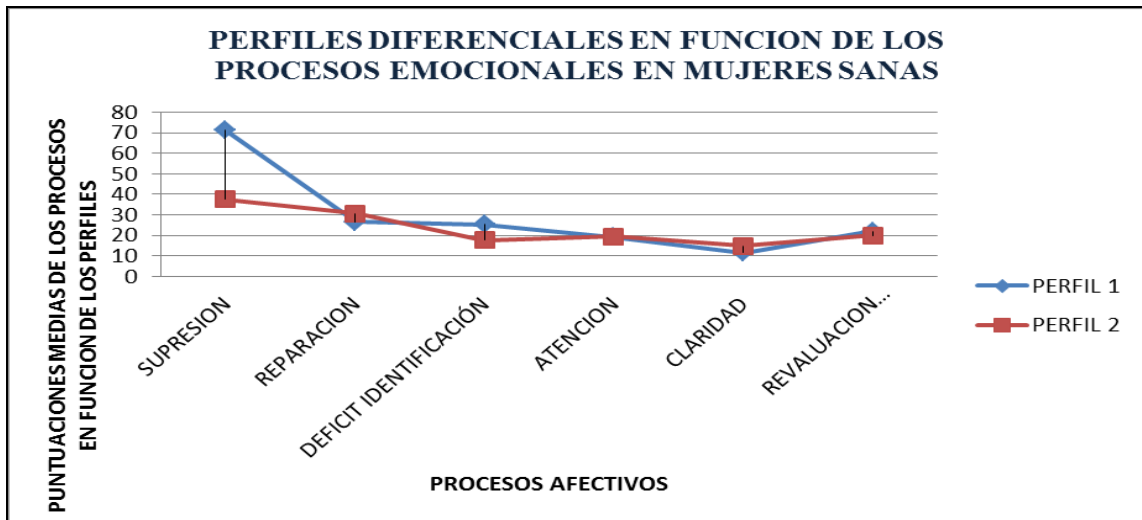
6.5.2 Perfiles diferenciales en la muestra de mujeres sanas y relación con las variables de salud-enfermedad.

En relación con la población de mujeres sanas, los resultados del análisis de *clúster* (Tabla 34) nos permiten identificar a su vez dos grupos (o perfiles) de mujeres que se diferencian en función de los procesos de supresión emocional, reparación emocional, déficit de identificación emocional y claridad emocional. En éste sentido, el *Clúster 1* (integrado por 50 mujeres) agrupa al 46,7% de las mujeres sanas y se caracteriza por mujeres con una tendencia afectiva marcada por una mayor supresión emocional, menor reparación emocional, mayor déficit de identificación emocional y menor claridad emocional. En contraposición, el *Clúster 2*, (integrado por 57 mujeres) está representado por mujeres sanas caracterizadas por mayores puntuaciones en los procesos de reparación emocional y claridad emocional, así como menores puntuaciones en déficit de identificación emocional y supresión emocional.

Tabla 34. Resultados del clúster análisis en función de los procesos afectivos en mujeres sanas.

Procesos afectivos en mujeres sanas	Cluster 1 n=50	Cluster 2 n=57	t	p	Eta ²
Supresión emocional	71,22± 10,61	37,60± 10,31	16,59	,0001	,975
Reparación emocional	26,60 ± 9,14	30,60± 8,91	-2,85	,024	,204
Déficit identificación emocional	25,32 ± 6,31	17,67±6,65	6,07	,0001	,520
Atención emocional	19,22 ± 6,,19	19,54±6,61	-,260	,795	,231
Claridad emocional	11,60 ± 3,83	14,84± 3,68	-4,45	,0001	,343
Revaluación cognitiva	22,02 ± 5,29	20,00±6,57	1,73	,086	,234

Grafica 2. Perfiles diferenciales en función de los procesos emocionales en mujeres sanas.



Como se puede apreciar en la **Gráfica 2**, se evidencia como existen diferencias significativas entre los procesos de supresión, reparación, déficit de identificación emocional y claridad emocional entre el perfil 1 y el perfil 2. En este sentido, mientras el perfil 1 tiene alta supresión y alta identificación emocional en comparación con el perfil 2; la reparación emocional y la claridad emocional aparece significativamente más elevada en el perfil 2.

Asimismo, los resultados ponen de manifiesto que, en comparación con el perfil 1; las mujeres sanas con altos niveles de reparación emocional y claridad emocional, y baja tendencia a la supresión emocional y baja dificultad de identificación emocional (Clúster 2), presentan mayores puntuaciones en las variables de salud, frente a las variables de enfermedad evaluadas. En este sentido se observa (**Tabla 35**) que estas mujeres puntúan más alto en afecto positivo, bienestar general, autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal; presentando puntuaciones inferiores en ansiedad y depresión.

Tabla 35. Diferencias en las variables de salud-enfermedad en función de los perfiles afectivos diferenciales en mujeres sanas.

Variables de Salud-enfermedad	MUJERES SANAS				
	Cluster 1	Cluster 2	t	p	Eta ²
	M (DT) (n)	M (DT) (n)			
Afecto positivo	30,45 (7,87) (46)	34,58(7,16) (55)	-2,75	,007	,283
Ansiedad	16,54(3,41) (50)	14,98 (3,11) (57)	2,46	,015	,150
Depresion	16,46 (3,27) (50)	13,15(3,55) (57)	4,97	,0001	,222
Bienestar general	23,53 (3,58) (50)	26,78(4,97) (57)	-3,82	,0001	,981
Autoaceptacion	3,77(0,82) (50)	4,46(1,15) (57)	-3,51	,001	,350
Relaciones positivas	3,86(0,88) (50)	4,62(1,07) (56)	-3,93	,0001	,398
Autonomia	3,67(0,63) (50)	4,31(0,87) (56)	-4,29	,0001	,285
Dominio del entorno	3,99(0,67) (50)	4,53(0,88) (56)	-3,52	,001	,220
Proposito en la vida	4.14(0,89) (50)	4,69(1,01) (56)	-2,97	,004	,341
Crecimiento personal	4,08(0,61) (50)	4,54(0,65) (56)	-3,68	,0001	,293

El conjunto de resultados expuestos pone de manifiesto que existe un perfil diferenciador en función de los procesos afectivos evaluados en el presente estudio en ambas poblaciones siendo los procesos más relevantes la supresión emocional, la reparación emocional y el déficit de identificación emocional. Asimismo, las personas sanas también se diferencian en su claridad emocional.

En segundo lugar, también se evidencia que estos perfiles tienen relación con las variables de salud-enfermedad evaluadas en el estudio en ambas poblaciones, y que los perfiles caracterizados por mayores puntuaciones de procesos adaptativos (reparación emocional y claridad emocional) tienen a su vez mayores puntuaciones en las variables de salud y menores puntuaciones en las variables de enfermedad. En contraposición, tanto las mujeres con FM como las mujeres sanas que tienen mayores puntuaciones en supresión emocional y mayores dificultades de identificación emocional, tienen a su vez mayores puntuaciones en las variables relacionadas con sintomatología y menores puntuaciones en las variables de salud.

Finalmente, en relación con las diferencias entre las poblaciones estudiadas, mientras los perfiles emocionales implican diferencias en la autoeficacia y en el afecto negativo dentro de las personas con FM, en las mujeres sanas las diferencias en los procesos afectivos no influyen en dichas variables.

Se puede concluir así que, centrándonos en las mujeres con FM; existen dos perfiles cuantitativamente distintos en ésta población que indican que, en nuestra muestra, hay un total de 55 mujeres con FM con una salud mental caracterizada por un patrón de regulación emocional más adaptativo; frente a un total de 69 mujeres con una salud mental caracterizada por un patrón de desregulación emocional desadaptativo, independientemente del tiempo de diagnóstico. Además, en relación con las variables específicas de enfermedad, aunque el umbral de dolor sí puede verse positivamente (aunque no significativamente) afectado por el perfil integrado por los diferentes procesos emocionales adaptativos en las mujeres que padecen la enfermedad, una marcada capacidad de reparación emocional frente a la tendencia a suprimir sentimientos y/o a la dificultad en su identificación, repercuten positiva y significativamente en las variables de salud-enfermedad relacionadas con el impacto emocional de la enfermedad, no repercutiendo sin embargo en el impacto físico (intensidad de dolor percibida y limitación funcional).

DISCUSSION

DISCUSIÓN

En este apartado procederemos a reflexionar sobre los hallazgos encontrados en base a los resultados obtenidos tras la revisión de la literatura previa, utilizando como guía los objetivos marcados al inicio de este trabajo y las hipótesis planteadas a partir de los mismos. Asimismo, los contrastaremos con los resultados previos más relevantes y sacaremos las pertinentes conclusiones tanto para el campo de estudio como para las posibles investigaciones futuras.

Como punto de partida, parece oportuno establecer las condiciones en las que se han realizado los estudios previos con los que se van a comparar los resultados encontrados en el presente trabajo. Así, en lo que se refiere a la población principal de estudio, es de destacar que son numerosos los estudios que comparan la fibromialgia con población sana (Landmark, 2008) en relación con las variables analizadas; circunstancia que hace que nuestros resultados puedan ser comparados con mayores garantías con los obtenidos en dichos trabajos.

Por otro lado, las características sociodemográficas de nuestra muestra principal de estudio, mujeres con fibromialgia casadas, con una edad media entre 40-60 años y nivel educativo medio-bajo, son similares a las observadas en la mayoría de los estudios para las mujeres con esta enfermedad (Arnold et al., 2008; Blyth et al., 2001; Dunkl et al., 2000; EPISER, 2000; González et al., 2009; Jones, Rutledge, Jones, Matallana y Rooks, 2008; Liedberg, Burckhardt y Henriksson, 2006; Martín-Aragón, 1999; Pastor, 1992; Pastor et al., 1995; Reisine, Filfield, Walsh y Forrest, 2008; Rustoen et al., 2005; Velasco et al., 2008; Wolfe et al., 1997; Wolfe et al. 1996; Wolfe et al., 1995). Asimismo, la media de edad que presentan las pacientes con FM en la mayoría de los estudios (alrededor de los 50 años), coincide con la edad donde se ha observado una mayor prevalencia de la FM en la literatura (Elliot, Smith, Penny, Smith y Chambers, 1999; Smith et al., 1999; White et al., 1999; Wolfe et al., 1995).

Existen además otra serie de variables que influyen claramente en la interpretación de los resultados, tales como la procedencia de las pacientes con FM (atención primaria, especializada o asociaciones de ayuda mutua), y el procedimiento asociado al diagnóstico. Sin embargo, la información que obtenemos en los estudios previos acerca de estas circunstancias es muy limitada, por lo que es difícil establecer comparaciones a priori. No obstante, dada la relevancia de las mismas, serán comentadas a lo largo de la discusión de este trabajo.

Realizadas estas consideraciones previas, se procederá a continuación a reflexionar sobre los resultados encontrados, estructurando la exposición en concordancia con los objetivos planteados en el estudio.

Así, la discusión comprende cinco apartados en los cuales se discutirá en primer lugar la estructura factorial resultante para, en segundo lugar, contrastar las diferencias encontradas entre las muestras tanto en la estructura emocional resultante, como en las variables resultado de salud-enfermedad. Una vez establecidas estas diferencias, el tercer apartado argumentará el comportamiento de los factores de procesamiento afectivo en relación con las variables resultado de salud-enfermedad; siendo el cuarto epígrafe el que incluirá la discusión sobre el papel de la autoeficacia en relación con los procesos emocionales. Finalmente, en el quinto epígrafe se justificarán los perfiles emocionales resultantes de los análisis de conglomerados realizados. La discusión concluirá con el contraste de las hipótesis planteadas y las conclusiones que de ella se derivan.

Estructura factorial resultante de procesamiento afectivo.

La relevancia de la investigación diferencial del estudio de la efectividad de los procesos afectivos ante distintas situaciones (Toterdell y Parkinson, 1999), así como la importancia del estudio de las diferencias individuales en relación con la efectividad de los distintos procesos y su eficacia en determinadas personas y no en otras, han motivado el interés por el estudio de dichas variables y la repercusión que su manejo y conocimiento pueden tener tanto en la sintomatología clínica, como en los procesos de salud-enfermedad y en el bienestar psicológico no solo en población sana, sino también en población con enfermedades crónicas y, entre otras, en población con fibromialgia.

Sin embargo, en multitud de estudios en distintas poblaciones ha quedado reflejado que en muchas ocasiones las medidas utilizadas para su estudio no han sido siempre las más adecuadas, y en la mayoría de los casos no ha sido posible valorar experimentalmente el propio proceso emocional. A pesar de ello, las medidas de autoinforme que evalúan la percepción subjetiva del individuo sobre sus capacidades emocionales, revelan que la mayoría de éstas poseen una buena consistencia interna para evaluar tanto las capacidades, como los déficits de procesamiento emocional.

Asimismo cabe destacar que cuando se hace mención en el discurso al concepto de procesos afectivos (o procesos emocionales) para referirnos tanto a los factores teóricos evaluados por los cuestionarios de autoinforme, como a los factores resultantes del análisis factorial, se pone de manifiesto que, frente al debate presente en la literatura sobre si la regulación afectiva es únicamente un proceso de funcionamiento óptimo o, si por el contrario, incluye procesos desadaptativos (Casey, 1996; Cicchetti, Ganiban y Barrett, 1991; Cole, Michel, et al., 1994; Garber and Doge, 1991; Keenan, 2000), los resultados encontrados en la presente tesis doctoral son concluyentes para afirmar que, dentro de la estructura factorial resultante, se integran procesos afectivos tanto adaptativos como desadaptativos, y que las relaciones de éstos con la sintomatología y las variables positivas de salud son, en la mayoría de las ocasiones, las esperadas.

Muchos son los autores que han puesto de manifiesto que restringir el término de procesamiento emocional para el funcionamiento óptimo de las personas, confunde la regulación afectiva con la salud psicológica pasando por alto los aspectos normativos de la emoción en las personas con trastornos clínicos y en situación de riesgo (como es el caso particular de la población de mujeres con FM). En este sentido, la regulación afectiva puede estar implicando esfuerzos de la propia persona para regular sus estados emocionales y, estos mismos esfuerzos, pueden aumentar el riesgo de experimentar mayor sintomatología relacionada con la enfermedad (Cole, Michel, 1994; Thompson y Calkins, 1996).

Así, atendiendo a las diferentes definiciones globales del concepto de regulación afectiva (Gross, 2002; Taylor, 1997) que integran procesos adaptativos y desadaptativos, y teniendo en cuenta los resultados derivados de la estructura factorial podemos concluir que el conjunto de factores encontrados incluyen procesos afectivos adaptativos y efectivos, así como procesos afectivos desadaptativos que pueden ser ineficaces, disfuncionales e incluso contraproducentes (Vazquez y Hervás, 2006).

En relación con los procesos desadaptativos y aludiendo al concepto de “desregulación afectiva” definido por Vazquez y Hervás (2006) se evidencia que, entre todos los procesos desadaptativos resultantes de la estructura factorial, están integrados tanto procesos que implican dificultades en la regulación referidas a los problemas para modular un estado de ánimo, aun poniendo en funcionamiento estrategias de regulación (p.e. déficit de identificación emocional y/o atención emocional) (Vázquez y Hervas, 2006), como

estrategias disfuncionales de regulación emocional (p.e. supresión emocional) que lejos de reducir la intensidad de la experiencia, la intensifican (Hervás, 2011; Dalgleish, Yiend, Schweizer y Dunn, 2009; Gross y Levenson, 1997). Así aunque la relación entre los procesos y las variables resultado de salud-enfermedad serán discutidas más adelante, los resultados encontrados ponen de manifiesto que: 1) los déficits correlacionan significativamente con la sintomatología negativa en ambas poblaciones, implicando dificultades en la regulación emocional derivadas de la puesta en marcha de procesos emocionales disfuncionales, y 2) la supresión emocional correlaciona positivamente con el afecto negativo en ambas poblaciones implicando que ésta es una estrategia disfuncional que lejos de reducir la intensidad emocional, la intensifica.

Paralelamente, y dada la coexistencia en la literatura de múltiples cuestionarios de autoinforme utilizados como medidas de evaluación del procesamiento emocional, existen numerosas medidas de constructos estrechamente relacionados, que lleva a algunos investigadores a usar medidas múltiples en sus evaluaciones en un intento de capturar con un alto grado de precisión los procesos afectivos implicados en el afrontamiento emocional (véase, por ejemplo, Mennin et al., 2002). Utilizando este argumento como punto de partida y asumiendo que muchos de los procesos que han sido referenciados en la literatura pueden estar íntimamente relacionados e incluso medir procesos o constructos similares, se han utilizado en el presente estudio cuatro cuestionarios de autoinforme con el objetivo de evaluar los procesos afectivos en ambas poblaciones de estudio. Así, y en coherencia con la necesidad planteada por Mennin et al. (2002), el análisis factorial que se ha realizado en el presente estudio tiene como objetivo la necesidad de crear estructuras factoriales para unificar y reducir (en la medida de lo posible) muchos de los constructos emocionales existentes en la literatura (Gohm, 2002).

Es, por todo ello, por lo que el primer objetivo de este trabajo consistía en analizar la estructura factorial resultante de la integración de todos los ítems incluidos en las medidas de autoinforme utilizadas para evaluar los procesos afectivos seleccionados, con el objetivo de crear una estructura factorial compuesta por los diferentes procesos evaluados en los cuestionarios TAS-20, EES, TMMS-24 y ERQ (véase apartado de método) y, a partir de ésta, analizar la relación entre los factores resultantes, y entre éstos y las variables resultado de salud-enfermedad en población con FM y en población sana.

La estructura factorial resultante consta de 6 factores que representan 6 procesos afectivos denominados, según la representación de los ítems que los integran, como supresión emocional (F1), reparación emocional (F2), déficit de identificación emocional (F3), atención emocional (F4), claridad emocional (F5) y reevaluación cognitiva (F6).

Los resultados del análisis factorial, por lo tanto, han integrado los nueve procesos afectivos teóricos en los seis factores afectivos resultantes, y únicamente se han unificado dos factores teóricos (supresión emocional y expresión emocional) dentro de un mismo factor por referirse al mismo constructo teórico, desapareciendo además los factores teóricos de déficit de lenguaje emocional y pensamiento concreto integrados en el TAS-20. A su vez estos resultados son coherentes con los índices de fiabilidad de los factores teóricos en su correspondiente cuestionario, de manera que los ítems representativos de los factores teóricos con menor consistencia interna han resultado ser los ítems que han saturado con puntuaciones menores en los factores resultantes y, en el caso del pensamiento concreto, dichos ítems no han saturado en ningún factor.

Los 6 factores resultantes integran procesos adaptativos y/o capacidades afectivas (reparación emocional y claridad emocional) y procesos desadaptativos y/o déficits en el procesamiento afectivo (supresión emocional, déficit de identificación emocional). Además se representan dos procesos que, siendo definidos como procesos adaptativos y/o desadaptativos en la literatura en función de los procesos que los acompañan y/o en función del contexto y la situación de vida de las personas evaluadas (Gross y John, 1998), éstos pueden ejercer también un doble papel en los intentos de la regulación afectiva de las personas evaluadas en el presente estudio (atención emocional y/o reevaluación cognitiva) (Gohm, 2003). Así, podemos anticipar que los resultados encontrados van en esta dirección y se evidencia que la atención emocional es un proceso disfuncional que predice mayor sintomatología en ambas poblaciones (ansiedad, depresión y afecto negativo en población sana y afecto negativo en población con FM), y la reevaluación cognitiva es un proceso adaptativo en población con FM que predice mayor afecto positivo y menor ansiedad en esta población, siendo al mismo tiempo un proceso desadaptativo en la población sana que predice menores niveles de bienestar psicológico.

Si nos centramos en el Factor I (supresión emocional), éste integra ítems del factor teórico de supresión emocional pertenecientes al cuestionario ERQ, e ítems del factor teórico de

expresión emocional pertenecientes al cuestionario EES. Ambas son estrategias que evalúan y representan la percepción de la capacidad (y/o dificultad) de expresión emocional (y/o supresión emocional) de las personas.

La integración de estos ítems en un mismo factor como resultado del análisis factorial es coherente con el modelo teórico de Expresión Emocional planteado por Kennedy-Moore, Greenberg y Wortman (1991), quienes mantienen que el intento de establecer cuándo una conducta de expresión emocional (o de no expresión) es adaptativa o no, vendría determinado por el contexto en el que ocurre la conducta. Además, se pone de manifiesto la existencia de diversas razones por las cuales las personas inhiben (o suprimen) la expresión de sus emociones que pueden ir desde la incapacidad de reconocer sus emociones y no poder por ello expresarlas, hasta no tener la oportunidad de hacerlo en un contexto determinado o considerar la expresión como un comportamiento que genera emociones negativas para la propia persona. En este sentido, como las formas de no expresión implican diferentes grados de comprensión y aceptación de la experiencia emocional, los autores afirman que a su vez estas tres formas de no expresión pueden tener diferentes repercusiones en el bienestar psicológico de las personas (Kennedy-Moore, Greenberg y Wortman, 1991).

Se puede afirmar por tanto que, aunque los autores del modelo propuesto afirman que los términos de expresión y no expresión emocional se consideran como alternativas exclusivas; 1) la expresión y la no expresión emocional no se pueden considerar como términos absolutos y 2) las personas no pueden tener una ausencia de expresión emocional total, asumiendo que la experiencia emocional implica un proceso dinámico. En este sentido, las diferentes formas de no expresión descritas se refieren a procesos que atenúan o restringen la expresión emocional más que asumir la existencia de una completa ausencia de signos de la emoción (Kennedy-Moore, Greenberg y Wortman, 1991). Este argumento es coherente a su vez con la definición de Gross (2003) sobre el proceso de supresión expresiva que define ésta como el “mecanismo mediante el cual se modificaría la expresión emocional, intentando ocultar la experiencia vivida sin conseguir alterarla” (Gross y John, 1998).

Se puede concluir que el Factor I representaría un continuo en cuyos extremos estarían representados la expresión y la ausencia de expresión emocional (supresión emocional), y

las personas se moverían a través de él en función del estímulo precipitante de la situación dada, influyendo además la presencia de los factores individuales y sociales que pueden interferir y/o impedir la expresión emocional (Kennedy-Moore, Greenberg y Wortman, 1991).

El Factor II (Reparación emocional) representa la capacidad de la persona para interrumpir sus estados emocionales negativos y prolongar los positivos (Feldman-Barret, Gross, Conner y Venvenuto, 2001), integrando los ítems que comprenden dicho factor teórico en el cuestionario TMMS-24, saturando además en él dos ítems pertenecientes al factor teórico de claridad emocional (TMMS 16) y al factor teórico de reevaluación cognitiva (ERQ 5) respectivamente. Asumiendo que la literatura ha mostrado estrechos vínculos entre la claridad y la reparación emocional (Feldman-Barret, Gross, Conner y Venvenuto, 2001) en la recuperación de estados de ánimo, la inclusión de un ítem de claridad en este factor no es de extrañar, teniendo en cuenta además que, entre todos los ítems que miden claridad emocional en el cuestionario teórico, dicho ítem implica literalmente “comprensión de sentimientos”, siendo ésta una capacidad ligada al propio proceso de reparación emocional. Por otro lado, en relación con el ítem del cuestionario ERQ, éste implica la capacidad de hacer frente a una situación estresante pensando en ella como estrategia activada con el objetivo de mantener la calma (TMMS-24; ítem 16). En su conjunto, los resultados ponen de manifiesto que la reparación emocional y la reevaluación cognitiva son procesos afectivos diferentes, estando ésta última más centrada en los mecanismos antecedentes del proceso emocional (Gross y John, 1998) y, específicamente, en los procesos cognitivos y evaluativos antecedentes de la experimentación o resultado emocional derivado de una situación dada.

Cabe mencionar además que el proceso de reparación emocional, en coherencia con el modelo de esquemas emocionales de Leahy (2002), se podría integrar dentro de la primera vía que el modelo expone como parte del procesamiento emocional. En este sentido y asumiendo que el procesamiento incluye factores que operan cuando la emoción ha sido experimentada, ante una emoción desagradable la persona con alta reparación emocional sería una persona con capacidad de atender a sus emociones, normalizarlas, validarlas y expresarlas. Esto conllevaría un procesamiento adaptativo de la experiencia, que implicaría además una baja probabilidad de que una emoción negativa se prolongue en el tiempo. El individuo podría así aprender que tal emoción no tiene por qué ser abrumadora (Clark,

2002; Purdon y Clark, 1993) y procesar el contenido de una manera adaptativa que le permita dar sentido a la experiencia emocional, asumiendo además que las reacciones emocionales no decrecerán si se intentan regular de forma directa, sino que es necesario un proceso activo de elaboración y comprensión emocional que es lo que se denomina procesamiento emocional (p.e. Hunt, 1998).

Igualmente, se puede afirmar que el objetivo de la reparación emocional implica recoger las capacidades individuales de regulación emocional de forma estable en el tiempo, evaluando los intentos activos de las personas por invertir las emociones negativas en unas emociones más positivas con diversas estrategias que incluyen estrategias cognitivo-conductuales relacionadas con planear o imaginar algo agradable (entre otras), estrategias proactivas relacionadas con la disminución de la activación fisiológica como estrategia de afrontamiento fisiológico, o estrategias centradas en el propio procesamiento emocional que implicarían una disminución de la inhibición de una emoción, un incremento del autoconocimiento personal y un aumento de la reflexión positiva sobre la experiencia emocional (Pennebaker et al., 1997).

El Factor III (déficit de identificación emocional), en relación al modelo de los esquemas emocionales de Leahy ya comentado, estaría representado en la tercera vía disfuncional de procesamiento emocional, implicando altos niveles de déficits de identificación y/o etiquetación emocional que a su vez repercutirían en la valoración cognitiva de la persona sobre su estado emocional (Leahy, 2002). Las personas con alta puntuación en este factor tienen tendencia a simplificar su experiencia emocional y contribuyen también mediante una interpretación emocional-cognitiva a que las emociones negativas se prolonguen en el tiempo, considerando éstas como incomprensibles, vergonzosas y posiblemente diferentes a las emociones que otras personas experimentan.

Los resultados encontrados ponen de manifiesto que éste factor está compuesto por todos los ítems incluidos en el factor teórico de déficit de identificación emocional incluido en el cuestionario de Alexitimia de Toronto (TAS-20), incluyendo además un ítem relacionado con la dificultad de lenguaje emocional. Es por ello que podríamos asumir que este proceso emocional estaría integrado fundamentalmente por la dificultad para identificar los sentimientos, tratándose de un proceso de regulación afectiva dentro de un constructo multidimensional predominantemente cognitivo, caracterizado por una marcada dificultad

para procesar información de carácter afectivo que provoca que las emociones se mantengan parcialmente indiferenciadas y pobremente reguladas (Taylor, Bagby y Parker, 1997).

Se puede concluir así que una puntuación elevada en dicho factor implicaría una marcada incapacidad para poder reconocer las emociones sentidas, así como una dificultad elevada en la diferenciación de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional. Asimismo, pero en menor medida, también una puntuación elevada en este factor implicaría una incapacidad para describir los sentimientos experimentados y etiquetarlos.

El Factor IV de la estructura resultante estaría representando el proceso de atención emocional, estando compuesto por los ítems incluidos en el factor teórico de atención emocional que pertenece al cuestionario TMMS-24 y ha sido definido como la tendencia de las personas a observar y pensar sobre sus emociones y sentimientos, valorar y examinar sus estados afectivos, y centrarse y maximizar su experiencia emocional (Gohm y Clore, 2000; Salovey et al., 1995; Swinkels y Giuliano, 1995).

Cabe destacar que la atención emocional es un proceso que, aunque en ocasiones se considera un proceso adaptativo, también puede ser disfuncional. Así, los resultados son coherentes con la literatura encontrada sobre éste proceso que afirma que tanto la excesiva atención emocional, como la escasa atención emocional, se relacionan negativamente con los procesos de regulación emocional (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005), y ponen de manifiesto la relación de este factor tanto con procesos afectivos adaptativos y desadaptativos como con la sintomatología y las variables de salud.

Es posible concluir que las mujeres con FM y las mujeres sanas que han puntuado bajo en dicho factor mantengan una escasa atención hacia sus emociones, no considerando relevantes sus estados afectivos y no utilizando probablemente esa información para regular su estado anímico. Por el contrario, las mujeres que prestan demasiada atención a sus emociones y que están constantemente atendiendo a sus estados anímicos, es posible que tengan además problemas para llevar a cabo estrategias de regulación efectivas (Gohm, 2003).

El Factor V (claridad emocional), representado en nuestra estructura factorial por los ítems teóricos que saturan en el factor de claridad emocional del cuestionario TMMS-24, implica la comprensión de los estados emocionales y la habilidad de las personas para identificar, distinguir y describir las emociones que cotidianamente se experimentan. Las mujeres que puntúan alto en dicho factor tienen capacidad para denominar sus emociones, en contraposición con las personas con bajas puntuaciones que pudiendo categorizar si se encuentran bien o mal, es probable que no tengan claro lo que ello implica o qué emociones integra ese estado emocional. Además, las personas con alta claridad emocional tienen mayor facilidad para comprender el origen de sus emociones y para saber qué acontecimientos pueden esperar durante la experiencia de las mismas (respuestas fisiológicas, respuestas motoras y pensamientos) así como sus consecuencias (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005).

Finalmente, los resultados ponen de manifiesto que el Factor VI (reevaluación cognitiva) está integrado por los ítems del cuestionario ERQ que representan el factor teórico de reevaluación cognitiva. En contra de lo esperado, dicho proceso ha sido incluido como un factor independiente dentro de la estructura factorial resultante y podría definirse como el mecanismo (“cognitivo-emocional”) mediante el cual se modificarían las reacciones emocionales en el momento de su gestación, modificando así la experiencia emocional (Gross y John, 1998).

Cabe destacar que el hecho de que este proceso haya saturado como un proceso independiente en la estructura factorial resultante puede ser debido a la inclinación cognitiva que este factor tiene frente a la reparación emocional (proceso de corte más general en el que se esperaba que los ítems se integraran). En relación a varios de los modelos expuestos en la literatura, se puede concluir que, en primer lugar y en relación con el modelo de Gross (2004), en función del tipo de estrategias de despliegue atencional realizadas por una persona ante una situación dada, el sistema cognitivo tendrá acceso a una serie de pensamientos e imágenes que irán acompañados de unas emociones determinadas y de una evaluación cognitiva de la situación. El cambio en la experiencia emocional se verá así influido tanto por variables cognitivas como por variables puramente emocionales.

En segundo lugar, autores como Greenberg et al. (2000) afirman que, asumiendo que la activación de la emoción parece ser una pre-condición para poder modificar la experiencia emocional (Greenberg, 2000), la evaluación cognitiva de la situación permitiría un cambio del significado emocional de la experiencia, siendo éste indispensable en el procesamiento final de la emoción experimentada. Cabe añadir que en palabras de Greenberg (2000, pag. 64), “el cerebro emocional no es capaz de producir un pensamiento analítico o razonamiento y sus rápidas evaluaciones son imprecisas y pueden estar equivocadas en algunas ocasiones, actuando como falsas alarmas”. Es por ello que integrar los impulsos del “cerebro emocional” con el asesoramiento derivado de las evaluaciones cognitivas que dotan de significado a la experiencia emocional, conduce a una mayor flexibilidad adaptativa.

Finalmente, en relación con el modelo de los esquemas emocionales de Leahy se pone de manifiesto que en la segunda vía, la evitación emocional cognitiva, la supresión y/o inhibición emocional, así como la puesta en marcha de comportamientos individuales disfuncionales implicados en la evitación de la experiencia emocional (consumo de drogas, atracones, disociaciones, etc.) mantienen la creencia negativa de la persona sobre su incapacidad de controlar y/o tolerar los estados emocionales negativos, contribuyendo a un aumento significativo de tendencias cognitivas de rumiación y/o preocupación que condiciona y/o mantiene la experiencia emocional negativa (Leahy, 2002).

Igualmente, es importante considerar que diferentes estudios señalan la eficacia y correlatos positivos de la estrategia de reevaluación cognitiva frente a la supresión (Gross, 2002, Gross y John, 2003), poniendo de manifiesto que mientras la supresión no reduce realmente la experiencia emocional subjetiva y se asocia con un aumento de la activación fisiológica (Gross, 2002), la reevaluación reduce la experiencia y la expresión emocional y, hasta el momento, parece que no conlleva efectos secundarios negativos (Gross, 2002). Sin embargo, ante un hecho impactante o incluso potencialmente traumático, aunque la persona active estrategias de regulación emocional adecuadas -que serían útiles para cualquier otra persona-, probablemente no serán efectivas si no ha procesado y asimilado la situación vivida (Hunt, 1998), de manera que una estrategia puede ser eficaz para regular emociones en una situación pero no en otra, e igualmente puede ser eficaz a corto plazo, pero no a medio plazo. En este sentido, la investigación ha demostrado que la distracción (estrategia cognitiva contraria a la reevaluación cognitiva y/o a los procesos rumiativos)

puede ser eficaz a corto plazo (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1993) para reducir el afecto negativo. Sin embargo, también se ha observado que, a medio plazo, la estrategia más eficaz es la reflexión, entendida como el análisis y exploración cognitiva de las experiencias activadoras y reacciones posteriores (Treyner, González y Nolen-Hoeksema, 2003).

Se puede hipotetizar así que la correlación negativa de la reevaluación con algunos factores del bienestar sea debido a la diferenciación entre los procesos reflexivos y los procesos rumiativos. Así, la reevaluación cognitiva puede ser un proceso adaptativo por el que las mujeres evaluadas tengan la capacidad de reflexión sobre sus estados emocionales como estrategia para modificar su significación emocional sobre la situación y el consecuente estado emocional, o por el contrario puede implicar un proceso desadaptativo en el que la reflexión, condicionada por una falta de estrategias o capacidades emocionales como la claridad emocional (Hervás, 2011; Hervás y Vázquez, 2006a; Liverant, Brown, Barlow y Roemer, 2008), se torne en una rumiación sobre los estados emocionales, implicando además una mayor atención emocional. Se convertiría así en una estrategia cognitiva desadaptativa para las mujeres sanas que, lejos de implicar una mejora en el procesamiento emocional, intensifica la experiencia vivida.

Relación entre los diferentes procesos afectivos resultantes.

Como se ha venido señalando, los factores afectivos resultantes incluyen estrategias cognitivo-emocionales que pueden representar desde estrategias de procesamiento emocional adaptativas a estrategias caracterizadas por procesos de desregulación emocional (Gratz y Roemer, 2004; Salovey et al., 1995) o, lo que es lo mismo, procesos desadaptativos de procesamiento emocional. Son numerosos los autores que han intentado integrar las estrategias mencionadas en modelos generales de procesamiento afectivo dando coherencia no solo a las similitudes e implicaciones de unos procesos con otros, sino intentando además esclarecer las relaciones contrapuestas entre ellos. En general, podemos afirmar que los procesos evaluados en el presente estudio se relacionan entre ellos coherentemente con la literatura y modelos previos (Hervás, 2011; Leavhy, 2002).

Así, en base a los resultados evaluados se puede concluir en primer lugar que el proceso de supresión emocional (F1) correlaciona negativamente con la reparación emocional (F2) y con la claridad emocional (F5), y positivamente con el déficit de identificación (F3) y la

reevaluación cognitiva (F5), en la muestra de mujeres sanas. Sin embargo, en la muestra de mujeres con FM, es el déficit de identificación emocional el único proceso que correlaciona positivamente con la supresión emocional. Los resultados de las correlaciones son coherentes con las afirmaciones de diversos autores que señalan que la capacidad de la persona para reflexionar y entender el significado y las implicaciones de sus emociones (Hervas, 2011), podría ser el polo opuesto la evitación emocional (o supresión) (Stanton, Kirk, Cameron y Danoff-Burg, 2000; Treynor et al., 2003). Asimismo, otros autores señalan que mientras la aceptación emocional consiste en la ausencia de juicio negativo ante la propia experiencia emocional (capacidades incluidas en la reparación emocional, e influenciadas por la claridad emocional en el sentido de la identificación de la experiencia emocional), el polo deficitario sería el rechazo emocional (Gratz y Roemer, 2004; Hervás y Jódar, 2008) que, aunque no puede igualarse a nivel conceptual con la supresión emocional, ésta si puede implicar en cierto grado rechazo emocional.

En este sentido se evidencia que estrategias como identificar, entender y expresar adecuadamente las emociones están relacionadas entre ellas implicando además mayores niveles de salud (Stanton et al, 1994). Igualmente cabe mencionar que, en relación con la significación del déficit de identificación emocional en la muestra de FM como único proceso relevante en población con dolor crónico, numerosos estudios han puesto de manifiesto que este proceso es el más afectado en mujeres con FM frente al conjunto de procesos emocionales definidos en la literatura, tanto en comparación con personas sanas como en comparación con otras poblaciones de dolor crónico (Steinweg et al., 2011).

En segundo lugar, la reparación emocional (F2) correlaciona positivamente con la claridad emocional (F4) y con la reevaluación cognitiva (F5) y negativamente con el déficit de identificación (F3) emocional en ambas poblaciones y, cuando únicamente se evalúa la población sana, también la supresión emocional (F1) correlaciona negativamente con la reparación. Estos resultados son coherentes con la afirmación de Hervás (2011) que pone de manifiesto que la capacidad para etiquetar las emociones propias (relacionado con la claridad emocional) se refiere a la capacidad del individuo para nombrar con claridad sus emociones, siendo el polo deficitario la confusión emocional (relacionado con el déficit identificación emocional) (Gratz y Roemer, 2004; Salovey et al., 1995). Es más, diferentes estudios que han comparado las estrategias de atención, claridad y reparación emocional, con la dificultad de identificación de sentimientos, la dificultad en el lenguaje emocional y el

pensamiento concreto (evaluados según la escala de Alexitimia de Toronto), han puesto de manifiesto que la claridad emocional sería el factor más contrapuesto a la dificultad para describir las propias emociones (Martinez-Sanchez, 1994; Páez, Pennebaker y Rime, 2001).

Asimismo, diferentes autores afirman que existe una relación clara entre la capacidad para diferenciar los diferentes estados afectivos y la utilización y eficacia en otros procesos de regulación emocional (Vázquez y Hervás 2006). Así, una baja claridad emocional o diferenciación de emociones está relacionada con una baja tendencia a poner en marcha estrategias de regulación y con la efectividad de las mismas (Vázquez y Hervás 2006), y se pone de manifiesto que las personas con mayor capacidad de diferenciación emocional muestran puntuaciones más elevadas en la utilización de estrategias de regulación ante estados negativos (Barreto, Gross, Christensen y Benvenuto, 2001).

En tercer lugar, el proceso de atención emocional (F4) correlaciona positivamente tanto con la claridad emocional (F5) como con la reparación emocional (F2) tanto en mujeres sanas como en mujeres con FM, estando ambos procesos relacionados con la tendencia a dedicar recursos atencionales a la información emocional (Gratz y Roemer, 2004; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995). Asumiendo así por un lado las evidencias encontradas en la literatura que afirman que el patrón característico de personas con mejores niveles de adaptación psicológica, son aquellas caracterizadas por puntuaciones moderadas-bajas en atención emocional y altas puntuaciones en claridad y reparación emocional (Extremara y Fernández Berrocal, 2002; Fernández Berrocal, Ramos y Extremara, 2001; Salive et al., 1995; Salive, Bedel, Detweiler y Mayer, 1999; Thayer et al., 2003); y por otro que como veremos más adelante, los resultados muestran que las personas con mayores niveles de sintomatología depresiva tienden a tener una mayor atención a las emociones y una menor claridad y reparación emocional (Extremara, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Cabello, 2006; Rude y McCarthy, 2003); tanto la correlación significativa encontrada entre la atención emocional y la reparación emocional, como la correlación positiva encontrada entre atención emocional y la ansiedad y afecto negativo (en mujeres sanas) es coherente con la literatura actual.

Finalmente, la reevaluación cognitiva (F6) tiene un comportamiento coherente en relación con su correlación positiva con la reparación (F2) presentando además una correlación

positiva con la atención emocional (F4) cuando se evalúan las relaciones en las mujeres con FM. Asimismo, en la muestra de mujeres sanas, la correlación entre la reevaluación cognitiva y la claridad desaparecen, y se presenta además una correlación positiva entre la reevaluación cognitiva y la supresión emocional. Estos resultados pueden hacernos plantearnos que, en el caso de existir problemas emocionales en la población con FM relacionados tanto con la sintomatología, como con el bienestar psicológico, éstos puedan derivarse de la incapacidad de las mujeres para realizar una reevaluación emocional adecuada ante una determinada emoción, sin la claridad emocional suficiente. Así, se pone de manifiesto el interés de posibles investigaciones futuras que, en la línea de investigaciones recientes que han demostrado el papel moderador de la claridad emocional en la relación entre el afecto positivo, el afecto negativo y las puntuaciones de dolor en personas con dolor crónico (Reich, Zautra y Davis, 2003), pueden centrarse en la evaluación del papel moderador de la claridad emocional entre la reevaluación cognitiva y la reparación emocional.

Podríamos afirmar así que aunque los resultados encontrados en relación a la reevaluación emocional son contradictorios en la población sana en relación a su comportamiento teórico relacionado con la supresión emocional (Rodríguez-Carvajal, Moreno-Jiménez y Garrosa, 2006), esto puede ser debido a diversas razones, algunas de las cuales ya han sido mencionadas en la presente discusión. Esta estrategia emocional está representada por ítems que implican un procesamiento cognitivo de las situaciones provocadoras de una emoción dada y la capacidad de modificar los pensamientos generados ante una situación de alta intensidad emocional sería una condición para modificar la experiencia en sí misma. Esto implica por tanto necesariamente una evaluación cognitiva de la situación. Asumiendo las diferencias entre lo que pudiera ser un procesamiento reflexivo de lo que puede ser un proceso rumiativo (Hervás, 2004), es posible que dicho factor no esté representando un proceso de reflexión, sino un proceso rumiativo en la población de mujeres sanas. En este sentido, los resultados encontrados pueden relacionarse con estudios encontrados en la literatura que ponen de manifiesto cómo las personas que atienden excesivamente a sus emociones y piensan sobre ellas, sin la claridad y reparación emocional adecuada, pueden desarrollar una espiral emocional que genere un proceso rumiativo (posiblemente representado por los pensamientos rumiativos derivados de la reevaluación cognitiva), fuera de su control, que repercute en su estado de ánimo negativo y, en consecuencia, en la supresión de las emociones derivadas de tal suceso (Fernández-Berrocal et al., 2001). En la

misma línea, otros autores afirman que cuando esta alta atención a las emociones no va acompañada de una suficiente capacidad para discriminar las causas, motivos y consecuencias (Lischetzke y Eid, 2003; Thayer et al., 2003) de éstas, o lo que es lo mismo, una buena capacidad de reevaluación cognitiva sobre la experiencia emocional, también el incremento en las emociones negativas se hace evidente y las personas pueden poner en práctica estrategias ineficaces de procesamiento emocional que impliquen, entre otras, la supresión de las emociones experimentadas.

En conclusión, dado que la regulación afectiva puede ser conceptualizada como (a) la participación de la conciencia en la comprensión de las emociones, (b) la aceptación de las emociones, (c) la capacidad de controlar las conductas impulsivas que se comportan de acuerdo con los objetivos deseados cuando se experimentan emociones negativas, y (d) la capacidad para utilizar estrategias adecuadas de regulación emocional siendo flexible para modular las respuestas emocionales como se desee con el fin de cumplir con las metas individuales en función de las demandas situacionales (Leahy, 2002), todas las capacidades mencionadas están integradas en la estructura factorial resultante, de modo que la relativa ausencia de cualquiera de estas habilidades podría indicar la presencia de dificultades en la regulación afectiva en las poblaciones objeto de estudio.

Diferencias entre mujeres sanas y con fibromialgia en los procesos afectivos y en las variables de salud-enfermedad.

Como hemos venido señalando, diferentes estudios han puesto su foco de atención en el análisis de las diferencias emocionales entre las poblaciones con dolor, así como entre mujeres sanas y mujeres con FM siempre con el objetivo de entender los procesos emocionales alterados en las distintas muestras y evidenciar la heterogeneidad en el procesamiento emocional entre las personas afectadas de FM y las personas sanas (Middendorp, 2008; Middendorp et al., 2010b).

Los resultados encontrados en nuestro trabajo ponen de manifiesto que, en relación con la segunda hipótesis planteada, de los seis procesos integrados en la estructura factorial, la reparación emocional (F2), el déficit de identificación emocional (F3) y la claridad emocional (F5) han sido los procesos significativos en los que se han observado diferencias entre ambas poblaciones. En este sentido, los resultados evidencian que las personas con FM presentan menores niveles de reparación emocional y claridad emocional, y mayores

niveles de déficit de identificación emocional que las personas sanas. Estos resultados son coherentes con estudios actuales (Salminen, 1999; Rodríguez del Amo et al., 2010) que ponen de manifiesto que en población con dolor crónico, las puntuaciones en alexitimia han sido siempre superiores en comparación con personas sanas llegando a tener una magnitud estadísticamente significativa cuando se comparan ambos grupos. Además, específicamente en población con fibromialgia se afirma que existe una correlación lineal y significativa con sintomatología ansiosa y depresiva (Rodríguez del Amo et al., 2010), y se pone de manifiesto que específicamente el déficit de identificación emocional resulta significativo en la diferencia entre ambos grupos por encima de otros procesos emocionales.

Estos resultados son congruentes además con otros estudios que argumentan que la población con FM se diferencia de la población sana en mayores niveles de déficit de identificación emocional (Zautra et al., 2005; Steinweg et al., 2011; Satalino et al., 2009), señalándose igualmente que la claridad emocional es una estrategia de procesamiento emocional que cada vez tiene más relevancia en el estudio del procesamiento afectivo en personas con FM y que ésta es además un proceso deficitario en esta población (Zautra, 2005).

Los trastornos de dolor crónico generalmente vienen acompañados de afectividad negativa traducida en malestar emocional, ansiedad, depresión e ira. Numerosos trabajos señalan la relevancia de estas variables en la fibromialgia (Kurtze y Svebak, 2005; Potter, Zautra y Reich, 2000) y existen autores que las consideran de suma importancia en la consolidación y desarrollo de la enfermedad (Davis, Zautra y Reich, 2001; Potter et al., 2000; Zautra et al., 1999). Autores como Pastor et al. (2003) ponen de manifiesto la existencia de diferencias significativas entre mujeres sanas y mujeres con FM en las alteraciones psicológicas en función de la sintomatología dolorosa y su cronicidad, resultados coherentes con los encontrados en nuestro trabajo dónde, corroborando las hipótesis 6 y 7, las mujeres con FM difieren significativamente en la sintomatología ansiosa y depresiva en comparación con las mujeres sanas, asumiendo que dichas diferencias pueden ser explicadas además por la sintomatología dolorosa y su cronicidad (Pastor et al., 2003a), por los procesos emocionales que pudieran estar influyendo en el afrontamiento de dicha sintomatología, aspecto que será tratado con posterioridad. Estos resultados ponen de manifiesto que, como afirman numerosos autores, los síntomas de ansiedad y depresión deben ser

entendidos como consecuencia más que como causa de la situación de dolor (Gatchel, Polatin y Mayer, 1995; Fishbain, Cutler, Rosomoff y Rosomoff, 1997). De hecho, tal y como estos autores señalan la depresión aparece como uno de los síntomas psicológicos más prevalentes dentro del impacto emocional de la enfermedad de FM, siempre enfocado desde un punto de vista biopsicosocial en el que este síntoma está considerado dentro de la sintomatología de la enfermedad (aunque, como hemos comentado, con una gran variabilidad entre estudios), lo cual a su vez es consistente con los datos de la literatura más general sobre dolor crónico (Dersh et al., 2002; Gatchel et al., 2007). En este sentido, en trabajos actuales de corte transversal con personas con FM y utilizando ecuaciones estructurales, síntomas como la ansiedad y la depresión considerados en el modelo como antecedentes del dolor, no mostraron asociaciones significativas con la intensidad de éste (Lledó, Pastor, Pons, López-Roig, Rodríguez-Marín y Bruehl, 2010).

En relación con el afecto negativo, muchos han sido los estudios que han comprobado la relación entre éste y mayor sintomatología y dolor en la FM (Alexander, 1998; Potter et al., 2006; Velasco et al., 2006). En relación con nuestra población, los resultados encontrados apoyan la hipótesis 8 y muestran que esta variable es significativamente mayor en mujeres con FM que en mujeres sanas, y que correlaciona positivamente con la sintomatología ansiosa y depresiva en ambas poblaciones. Han sido numerosos los autores que han evidenciado la importancia del afecto negativo en la enfermedad de FM (Okifuji, Turk y Sherman, 2000) ya no solo en relación con la sintomatología, sino también en relación con las dimensiones del dolor. Así, en los sujetos con alta afectividad negativa se ha sugerido una mayor percepción de amenaza, en relación a la cual los sujetos experimentarían un incremento en la percepción de intensidad de dolor (sensorial y afectivo) ante un estímulo ambiguo si se manipula su expectativa de dolor (Alexander et al., 1998). Por otro lado, Staud et al. (2004) encuentran asociación entre el número de puntos dolorosos, el afecto negativo y la intensidad del dolor en la FM.

Por otro lado, en relación a las variables positivas, existe en la actualidad un interés creciente sobre el estudio de la afectividad positiva y diferentes autores han reflejado que las emociones positivas juegan un papel importante en la recuperación de los episodios dolorosos en la enfermedad crónica. En el ámbito que nos ocupa, la fibromialgia, como se ha venido señalando, el énfasis en los estados afectivos positivos como factores protectores de la salud física y mental (especialmente la relación que existe entre afectividad positiva y

su repercusión en el desarrollo de la enfermedad), solo se ha comenzado a estudiar en las últimas décadas y a día de hoy, los estudios que analizan esta relación son pocos en comparación con los estudios sobre la sintomatología y el afecto negativo en el desarrollo de la enfermedad crónica.

Se ha demostrado que la presencia de emociones positivas refleja un mejor funcionamiento físico y menor sintomatología clínica en la FM (Arnold et al., 2006; Hassett et al., 2000, 2008; Porter-Moffitt et al., 2006; Suhr, 2003) y es, en este contexto, en el que el afecto positivo ha comenzado a tener un papel prioritario entre las variables estudiadas por los investigadores. Sin embargo, el énfasis puesto en las consecuencias adversas de las emociones negativas ha sido una de las causas que ha provocado el descuido de las influencias potenciales de la emoción positiva en la promoción de la salud (Ryff y Singer, 1998, 2000, 2001); solo en la última década se hace presente tanto el interés por el estudio del afecto positivo y de los niveles de bienestar psicológico en la población con dolor crónico, como la necesidad de integrarlos como variables claves en el tratamiento clínico de las personas afectadas. Diferentes autores argumentan que la escasa atención prestada a las emociones positivas en general y a su relación con el bienestar puede deberse al hecho de que aún sigue prevaleciendo el punto de vista de que la salud física y mental es la ausencia de enfermedad y emociones negativas, o quizás, al hecho de que las emociones positivas son pocas en número comparadas con las negativas (Ryff y Singer, 1998) y están, según Ellsworth y Smith (1988), menos diferenciadas.

Los escasos estudios que evalúan tanto el afecto negativo como el positivo en fibromialgia han utilizado en la mayoría de las ocasiones la escala de afecto positivo y negativo (PANAS) (Watson y Tellegen, 1999), al igual que en la presente tesis doctoral, que permite obtener ambos tipos de afecto como dos dimensiones independientes. Los resultados encontrados en nuestro trabajo apoyan y ponen de manifiesto que las mujeres con FM presentan bajos niveles de afecto positivo y altos de afecto negativo en comparación con las mujeres sanas, y que además ambas dimensiones del afecto correlacionan negativamente entre ellas en ambas poblaciones. Estos resultados son coherentes con los encontrados por Hassett et al. (2008) que comparan una muestra de pacientes con fibromialgia con un grupo control de mujeres sin FM y afirman que, en comparación con el grupo control, las pacientes con FM presentaron bajos niveles de afecto positivo y altos niveles de afecto

negativo, datos que a su vez también se han corroborado en otros estudios (Arnold et al., 2006; Hassett et al., 2000; Porter-Moffitt et al., 2006; Suhr, 2003).

Estos datos señalan la importancia no solo de evaluar la sintomatología y el afecto negativo, sino de evaluar y analizar el afecto positivo en las mujeres con FM como un posible recurso de resiliencia para afrontar su condición de enfermedad. Diferentes autores han puesto de manifiesto que no solo elevadas puntuaciones de afecto negativo tendrían relación positiva con la sintomatología de la FM (dolor y fatiga), sino que también elevadas puntuaciones en afecto positivo (como por ejemplo, sentirse enérgico, entusiasmado y/o decidido) se asociarían con menores puntuaciones en sintomatología. Estos resultados son coherentes con los resultados encontrados en nuestra muestra de mujeres con fibromialgia en la que el afecto negativo correlaciona positivamente con ansiedad, depresión y con mayores puntuaciones de sintomatología física, y a su vez el afecto positivo correlaciona negativamente con dicha sintomatología física, así como con ansiedad y depresión.

Igualmente, autores como Zautra et al. (2001) han puesto de manifiesto que el afecto positivo puede debilitar la relación entre dolor y afecto negativo, y parece que un punto clave en los pacientes con FM en comparación con otros trastornos de dolor crónico, reside en la incapacidad para movilizar recursos positivos para neutralizar la experiencia de dolor y el afecto negativo asociado a ésta. Una mala regulación del afecto positivo y una incapacidad para mantenerlo se reflejaría en situaciones de dolor o estrés en pacientes con FM (Zautra et al., 2005). Es por ello que la dificultad para mantener un estado de ánimo positivo representa un reto adicional para la adaptación en pacientes con FM. En este sentido, cabe destacar que en nuestro estudio el afecto negativo no correlaciona significativamente con las intensidades de dolor ni con el umbral de dolor mientras que el afecto positivo si lo hace, negativamente con las tres intensidades del dolor, y positivamente con el umbral de dolor. Futuras investigaciones apoyadas en estos resultados podrían centrarse en analizar si la incapacidad para movilizar recursos positivos en las personas con FM para neutralizar la experiencia de dolor y el afecto negativo está influida por el afecto positivo y por los procesos emocionales implicados en dicha recuperación, o si por el contrario las personas que tienen mucho dolor, pueden ver como esa intensidad reduce su funcionalidad e inunda de afecto negativo a la persona ahogando sus posibilidades de experimentar emociones positivas.

Siguiendo en esta misma línea, Strand et al. (2006) han evaluado el afecto positivo como un factor de resiliencia en la relación entre el dolor y el afecto negativo en pacientes con AR y afirman que el afecto positivo parece ser un factor importante de resiliencia en temporadas de fuertes episodios de dolor, reduciendo el afecto negativo. Así, los pacientes con altos niveles de afecto positivo percibían como menos estresantes los episodios dolorosos en comparación con los pacientes con bajos niveles. Finan et al. (2009) comparan una muestra de mujeres con FM frente a una muestra de mujeres con OA con el objetivo de analizar los niveles de afecto positivo (AP) en ambas poblaciones y su relación con los niveles de afecto negativo (AN) y dolor, y ponen de manifiesto que las pacientes con FM tienen menores niveles de AP frente a pacientes con OA, y que además, las personas con FM presentan una relación inversamente proporcional entre AP y AN en mayor medida que las personas con OA. El estudio concluye que las personas con FM presentan un déficit de AP en comparación con personas con OA y que además carecen de habilidades para mantener el AP en presencia de dolor y AN. Estos resultados son igualmente coherentes con los resultados encontrados en nuestro estudio que ponen de manifiesto que el porcentaje del papel predictivo que los procesos emocionales tienen sobre el afecto positivo es mayor en mujeres con FM que en mujeres sanas, que unido a los déficits ya señalados en las mujeres con fibromialgia en relación a los procesos emocionales adaptativos, podrían explicar la dificultad de estas mujeres en el mantenimiento del afecto positivo.

En relación a las variables de bienestar, los resultados encontrados ponen de manifiesto que existen diferencias significativas entre ambas poblaciones tanto en los niveles de bienestar psicológico general, como en sus dimensiones, encontrando además que el bienestar global correlaciona negativamente con ansiedad, depresión y afecto negativo en población sana, y positivamente con el afecto positivo en ambas poblaciones. Cabe destacar que mientras en población sana todas las dimensiones del bienestar correlacionan significativamente en el sentido esperado con la sintomatología, en población con FM no existen correlaciones significativas entre la autonomía y la sintomatología, y tampoco entre el crecimiento personal y los niveles de ansiedad, ni entre las relaciones positivas y los niveles de depresión. Estos resultados apuntan en la línea de estudios actuales que analizan la relación existente entre los niveles de sintomatología y el bienestar psicológico de las mujeres con FM, afirmando que tanto un sentido de compromiso y reto, como el dominio del entorno entendidos como factores dependientes del bienestar psicológico, juegan un papel importante en la determinación del ajuste psicológico de las personas con FM (Cosci

et al., 2011). Parece, por lo tanto, que no todas las dimensiones del bienestar son igualmente relevantes en la población con fibromialgia. Estos autores señalan que cuando se comparan mujeres con FM con mujeres sanas, siendo el compromiso y el dominio del entorno variables significativas en relación con el ajuste psicológico en ambas poblaciones, en personas con FM existe una relación significativamente negativa entre el ajuste psicológico y los síntomas depresivos y dicha relación esta mediada por síntomas de ansiedad y limitación funcional. En este sentido, la mejora en el ajuste psicológico puede ser una puerta de entrada de la mejora de síntomas ansiosos en pacientes con FM, siendo además un factor de protección contra la depresión (Cosci et al., 2011).

En definitiva, los resultados encontrados en el presente trabajo corroboran las hipótesis planteadas en el segundo objetivo del presente trabajo (6, 7 y 8), y ponen de manifiesto que tanto la sintomatología ansiosa y depresiva como el afecto negativo, son variables relevantes en la enfermedad de FM y que, a su vez, es esta población la que presenta mayores niveles de estas tres variables en comparación con las mujeres sanas. Asimismo, en relación con las variables positivas de salud, los resultados encontrados van en la línea de lo esperado y revelan la importancia de los procesos emocionales en el afecto positivo y en el bienestar psicológico de ambas poblaciones, y por lo tanto, la necesidad de crear intervenciones terapéuticas con las mujeres afectadas de FM con la finalidad no solo de manejar la sintomatología negativa asociada a la enfermedad sino con el objetivo de incorporar estrategias resilientes en los tratamientos para dotar a las personas de habilidades y estrategias emocionales que potencien los niveles de afecto positivo. Se trata, en definitiva, de realizar una labor de promoción de la salud que además mejore la calidad de la asistencia sanitaria que hasta hoy se viene ofreciendo a esta población. De acuerdo con Gatchel et al. (2007), cualquier estrategia terapéutica que no considere esta necesidad será incompleta e ineficaz.

Procesos afectivos y resultados de salud-enfermedad.

La literatura reciente refleja que son numerosos los autores que han dado un giro sustancial en sus investigaciones y han dejado atrás el foco psicopatológico en el estudio de la enfermedad de fibromialgia para dirigir su atención al análisis de la influencia que los procesos emocionales tienen en las variables resultado de salud-enfermedad, tanto en diferentes poblaciones con dolor crónico, como comparando población con dolor crónico y población sana, con el objetivo de entender los procesos emocionales alterados en las

distintas muestras, y evidenciar la heterogeneidad en el procesamiento emocional tanto entre las personas afectadas de dolor crónico como entre las personas sanas (Davis et al., 2004; Evren et al., 2006; Oliveira et al., 2009; Steinweg et al., 2011; Taskin et al., 2007; Satalino et al., 2009).

En términos generales, los resultados encontrados en el presente trabajo muestran que los diferentes procesos emocionales evaluados predicen en mayor o menor medida la sintomatología y las variables de salud evaluadas en ambas poblaciones. Asimismo, también se pone de manifiesto que las variables resultado de salud-enfermedad difieren en el porcentaje de varianza explicado por los procesos emocionales entre ambas poblaciones, siendo la población con fibromialgia aquella en la que los procesos emocionales explican un menor porcentaje de varianza. Como excepción, como ya se ha expuesto, únicamente en cuanto a la afectividad positiva se refiere, el porcentaje de varianza explicado por los procesos emocionales en la población con FM es mayor que en las personas sanas. Estos resultados son coherentes con los encontrados por Oliveira et al. (2009) que, con el objetivo de presentar un modelo biopsicosocial para explicar los factores implicados en la percepción de salud en mujeres con FM, comparan esta población con mujeres con artritis reumatoide y evalúan las estrategias activas y pasivas de afrontamiento emocional implicadas en el afrontamiento de la enfermedad en ambas muestras. Sus resultados ponen de manifiesto que, en sintonía con nuestro trabajo, los procesos emocionales explicaron un 44% de la varianza de la percepción de salud en personas con FM, frente a un 68% de la varianza de la percepción de salud explicada en pacientes con AR.

En relación al papel predictivo de los procesos emocionales sobre las variables específicas de salud-enfermedad, los estudios sobre la sintomatología ansiosa y depresiva y/o el estrés emocional en fibromialgia han puesto de manifiesto que, de todos los procesos emocionales relacionados con el concepto de alexitimia, la dificultad de identificación emocional es uno de los procesos más influyentes en la enfermedad y en la sintomatología asociada (Sayar, 2004). Nuestros resultados ponen de manifiesto que el déficit de identificación emocional correlaciona significativamente con la sintomatología asociada a la enfermedad tanto en la muestra de mujeres con FM como en la muestra de mujeres sanas. Asimismo, considerando la afectividad negativa como variable integradora de la sintomatología referida, ésta también correlaciona positivamente con el déficit de identificación emocional en ambas poblaciones.

Con respecto a la **sintomatología depresiva**, autores como Steinweg et al. (2011) han afirmado recientemente que los pacientes con FM tienen más dificultad para describir e identificar emociones en comparación con personas con artritis reumatoide y con personas sanas, presentando además mayores puntuaciones en sintomatología depresiva. Estas conclusiones van en la misma línea que los resultados de nuestro trabajo que ponen de manifiesto que, además de existir diferencias significativas entre población sana y población con FM en la dificultad de identificación de sentimientos, también existen diferencias significativas entre ambas poblaciones en los niveles de depresión. Sin embargo, en relación con el papel predictivo de los procesos afectivos sobre la depresión, no parece que el déficit de identificación tenga un papel relevante en la depresión de las mujeres con fibromialgia. Así, mientras en mujeres sanas tanto el déficit de identificación, como la atención y la reparación son los procesos significativos, en la población con FM únicamente la supresión emocional predice mayores niveles de depresión. La supresión, por lo tanto, parece desempeñar un importante papel en la explicación de la depresión en FM, en coherencia con los estudios realizados por Van Middendorp et al. (2008) que afirman que en comparación con una muestra de mujeres sanas, las personas con FM puntuaban significativamente más alto en supresión emocional y además este proceso de regulación correlacionaba significativa y positivamente con altas puntuaciones en distrés emocional y con mayor dolor y fatiga, mientras que el proceso de conciencia emocional se relacionaba mínimamente con un mejor funcionamiento físico y psicológico.

En esta misma línea, los primeros estudios relacionados con la supresión emocional ya apuntaban que los pacientes con dolor crónico que no habían respondido al tratamiento cognitivo-conductual convencional, presentaban unos niveles de inhibición de la ira significativamente mayores en relación con el dolor referido con un síntoma prominente de la propia enfermedad padecida (Pilowsky y Spence, 1977). Años más tarde, los mismos autores informaron de que la negación de determinadas emociones ante los problemas de la vida podía repercutir en los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva relacionada con la enfermedad y afirmaban que en su estudio con 114 pacientes con dolor, 53 de ellos eran pacientes psiquiátricos hospitalizados con depresión (Pilowsky y Bassett, 1982).

Asimismo, en relación con los **síntomas ansiosos**, los resultados encontrados en los análisis de regresión ponen de manifiesto que los procesos emocionales que predicen las

puntuaciones de ansiedad en la población con FM han sido la supresión emocional y la reevaluación cognitiva. Así, una elevada supresión emocional y una baja reevaluación cognitiva predicen mayores puntuaciones en ansiedad. Estos resultados corroboran la influencia de los diferentes procesos emocionales implicados en relación con la sintomatología ansiosa en pacientes con FM, y ponen de manifiesto que existen diferencias significativas en sintomatología ansiosa en pacientes con FM respecto población sana, siendo la población con FM la que presenta un mayor nivel de sintomatología.

Estos resultados son coherentes con estudios de la década de los 90 que ya apuntaban a que la expresión o supresión emocional estaba relacionada con las emociones negativas derivadas de las experiencias estresantes (Kennedy-Moore y Watson, 1999). Así, se proponía una explicación causal de los procesos implicados en el afrontamiento de las situaciones estresantes y su repercusión en la sintomatología, que exponía que la respuesta normal a una experiencia estresante implica un proceso de evitación cognitiva inicial de recuerdos emocionales intermitentes que se alternan en la memoria, y que por lo general conlleva la posterior integración cognitiva del recuerdo con la experiencia emocional para la resolución de la experiencia estresante vivida. Así, a pesar de que la evitación temporal de las emociones que se derivan de las principales experiencias estresantes pueda ser adaptativa en un primer momento (Suls y Fletcher, 1985), la evitación excesiva o prolongada, así como la inhibición tanto de la emoción experimentada como de los recuerdos emocionales negativos impide la reevaluación emocional, integración y resolución de suceso (Borkovec et al., 1995; Horowitz, 1986; Pennebaker, 1993). Es por ello que la inhibición emocional conduce así a pensamientos rumiativos y a la aparición de emociones como ansiedad y/o depresión, además de provocar síntomas físicos que producen una interferencia con la conducta adaptativa y un aumento de la activación fisiológica que puede causar una disfunción autonómica e inmune y posiblemente agravar la enfermedad crónica (Borkovec et al., 1995; Pennebaker, 1993; Pennebaker y O'Heeron, 1984). Dicha explicación es coherente con los resultados aquí expuestos dado de que la supresión emocional ha mostrado un papel predictivo tanto en la sintomatología ansiosa como la sintomatología depresiva. En el caso de las mujeres sanas, además de la supresión emocional, muestran un papel relevante en la predicción de la ansiedad, la reparación emocional, el déficit de identificación emocional y la atención emocional.

Paralelamente a la influencia de los procesos emocionales en la sintomatología ansiosa y depresiva, autores como Zautra et al. (2006) han puesto de manifiesto que también la inhibición emocional prolongada y la dificultad de identificación emocional, pueden implicar graves alteraciones en los niveles de **afectividad negativa** (Satalino, 2009), así como un aumento en los niveles de arousal y una interferencia evidente en los comportamientos adaptativos de las personas que padecen dolor crónico (Smith y Lumpley, 2002; Borkovec, Roemer y Kinnyon, 1995). En relación con estas afirmaciones los resultados encontrados ponen de manifiesto que, corroborando la hipótesis 17, un alto déficit de identificación emocional y alta supresión emocional, unidos a una alta atención emocional y una baja capacidad de reparación emocional han sido los procesos que han resultado significativos en su papel predictivo sobre el afecto negativo en la población con FM. Asimismo, en la población de mujeres sanas también el déficit de identificación, la atención y la reparación han sido significativos, no resultando significativa la supresión de las emociones en el afrontamiento del afecto negativo en las personas sanas.

Igualmente, la supresión emocional también ha resultado significativa en su relación con el dolor crónico y diferentes autores han afirmado que en particular, la supresión de la emoción de ira se relaciona con la intensidad de dolor experimentada por las personas afectadas (Kerns, Rosenberg y Jacob, 1994). Además, cuando se comparan grupos de personas con dolor crónico frente a personas sanas, también se evidencia la existencia de una baja conciencia emocional en las personas con dolor crónico frente al grupo control (Hatch et al., 1991). En este sentido, se ha sugerido que la supresión de emociones negativas, especialmente la ira, puede incrementar la sensibilidad al dolor al disminuir los niveles endógenos de los opioides, o aumentar la intensidad de dolor debido a la tensión muscular (Kerns et al., 1994). En esta línea y de acuerdo con la hipótesis 15 de nuestro trabajo, los resultados señalan que la supresión emocional ha sido el único proceso afectivo predictivo **del umbral de dolor** en las mujeres con fibromialgia. Así, se pone de manifiesto que las personas con FM con mayor tendencia a suprimir las emociones son aquellas que tienen menor umbral de dolor, conclusión que ya en la década de los 90 señalaba el grupo de investigación de Dailey et al. (1990) y de Greenberg et al. (1999) cuando afirmaban que el 57% de las mujeres con FM evaluadas consideraban la supresión de sus emociones como una limitación en sus vidas y afirmaban que esta incapacidad influía en su percepción de dolor (Dailey et al., 1990). Estos resultados son también coherentes con las investigaciones de Middendorp et al. (2010) que afirman que cuando se evalúan las diferencias en las

estrategias de regulación puestas en práctica en el control de la ira a lo largo del día en mujeres con FM, en comparación con otras muestras de dolor, el menor nivel de dolor se observa en personas con FM que presentaban mayores puntuaciones en la estrategia de expresión de los estados de ira frente a las personas que suprimían la expresión de ésta. Se puede concluir que tanto la propia emoción de ira, como la tendencia a inhibir ésta, incrementan los niveles de dolor diario en personas con FM. Por todo ello y de acuerdo con estos autores, podemos concluir que intervenciones terapéuticas enfocadas al entrenamiento de estrategias adaptativas de expresión emocional podrían mitigar el efecto disfuncional de la ira en relación con el dolor en personas con FM (Middendorp et al., 2010b).

Cabe destacar, sin embargo, que también se ha evaluado en el presente estudio la percepción subjetiva de la intensidad del dolor y su relación con los procesos afectivos, y los resultados encontrados evidencian que ningún proceso emocional ha sido significativo en su papel predictivo en nuestra población de mujeres con FM, lo que es coherente con la mayoría de los estudios que afirman que mientras los procesos emocionales son significativos en la predicción de variables relacionadas con la sintomatología afectiva presente en la enfermedad, no lo son tanto en la sintomatología física y en la limitación funcional. En este sentido, Evren et al. (2006) realizan un estudio con el objetivo de analizar la relación entre los procesos implicados en la alexitimia, los síntomas psiquiátricos y la severidad del dolor y afirman que, de un total de 51 pacientes con FM, el 39,2% presentaron puntuaciones elevadas en alexitimia, y tanto la dificultad para identificar sentimientos, como la dificultad para describirlos, correlacionaban significativamente con síntomas ansiosos y depresivos. Además, cuando los déficits de identificación, descripción y pensamiento concreto son considerados como variables independientes en una ecuación de regresión, con el objetivo de predecir cómo afectan dichos procesos a la sintomatología asociada y a los niveles de dolor, se encuentra que puntuaciones elevadas en los procesos emocionales desadaptativos predicen mayores puntuaciones en sintomatología ansiosa y depresiva, pero no se relacionan con la intensidad y severidad del dolor.

Si nos centramos ahora en las variables resultado de salud, los resultados presentados ponen de manifiesto que determinadas habilidades emocionales predicen los niveles de afectividad positiva y bienestar psicológico en ambas muestras, aunque con diferencias entre ellas. Salvo la excepción ya señalada del mayor poder predictivo de los procesos

emocionales sobre el afecto positivo en las mujeres con fibromialgia en comparación con las mujeres sanas, la varianza explicada por los procesos emocionales sobre el bienestar psicológico (y cada una de las dimensiones que lo integran) es mayor en las mujeres sanas que en las mujeres con FM. Se concluye por tanto que, al igual que pasaba en relación con la sintomatología, los procesos emocionales influyen en los niveles de bienestar de las mujeres sanas en mayor medida que en las mujeres con fibromialgia.

Esto puede estar evidenciando que, además de los procesos emocionales, otras variables cognitivas como la autoeficacia pueden cumplir un papel determinante en los niveles de salud de las mujeres afectadas por la enfermedad crónica.

Si nos centramos en primer lugar en **la afectividad positiva** y su relación con los procesos emocionales, en la literatura revisada se expone que un posible mecanismo potencial por el que el afecto positivo pudiera estar disminuido en personas con dolor crónico podría derivarse del modelo de “diátesis-estrés” de adaptación a la enfermedad (Banks y Kerns, 1996; Monroe, 1988). Este modelo afirma que la ausencia de emociones positivas en las mujeres con dolor crónico pudiera responder al fracaso en la recuperación de la afectividad positiva derivada de las vivencias emocionales experimentales ante los eventos estresantes acontecidos durante el afrontamiento de la enfermedad. Así, los bajos niveles de afecto positivo no podrían ser utilizados como recursos para neutralizar los efectos del malestar emocional producido (Gilbert, Pinel, Wilson, Blumberg y Wheatley, 1998). Esto es coherente con los resultados encontrados por Davis et al. (2004), que ponen de manifiesto que la capacidad de utilizar el afecto positivo como recurso de afrontamiento ante el estrés, es inferior en las personas que padecen FM en comparación tanto con otras poblaciones con dolor crónico, como en comparación con personas sanas (Davis, Zautra y Smith, 2004).

En coherencia con este modelo, los resultados encontrados en el presente trabajo evidencian el papel predictivo de los procesos emocionales sobre el afecto positivo en las mujeres con fibromialgia y se pone de manifiesto que tanto puntuaciones bajas en los procesos adaptativos de reparación, claridad y reevaluación cognitiva, como puntuaciones altas en los procesos desadaptativos de supresión emocional y déficit de identificación, predicen menores niveles de afecto positivo en estas mujeres. Se puede así hipotetizar que los bajos niveles de afectividad positiva y la incapacidad en la recuperación del afecto

positivo en las personas con FM pudieran estar influenciados por las dificultades que presentan estas mujeres en el procesamiento emocional de las emociones resultantes de los eventos estresantes experimentados.

Igualmente, cabe destacar que en las personas sanas los procesos que predicen el afecto positivo son, junto con la situación laboral, la reparación emocional, el déficit de identificación y la supresión emocional. Así, siendo el número de procesos significativos predictores en población sana menor que el número de procesos en población con FM, recordamos de nuevo que es únicamente en esta variable de salud en la que el porcentaje de varianza explicado por los procesos emocionales en la población con FM es significativamente mayor que en la población sana.

Paralelamente, los resultados relacionados con el **bienestar psicológico** ponen de manifiesto que altos niveles de reparación emocional y de claridad emocional, y bajos niveles de déficit de identificación y de supresión emocional predicen mayores niveles de bienestar en ambas poblaciones. Estos resultados son coherentes con la literatura encontrada que pone de manifiesto que las diferencias encontradas entre grupos de personas con y sin dolor crónico, así como las diferencias entre personas con diferentes problemas de dolor crónico sugieren que, aun asumiendo la dificultad de que las personas funcionen adecuadamente durante los episodios de dolor intenso, el hecho de que algunas personas no vean alterado su bienestar y no disminuyan sus emociones positivas frente a otras personas que disminuyen drásticamente el afecto positivo, evidencia la existencia de mecanismos de regulación emocional que influyen no solo el afrontamiento ante el dolor y los síntomas asociados, sino también en el bienestar psicológico de los pacientes. Estas diferencias individuales pueden estar relacionadas, siguiendo las aportaciones de Zautra y colaboradores, con la denominada "complejidad emocional" (Reich et al., 2003.; Zautra, 2003). Así, estos autores afirman que en momentos de estrés, una persona "emocionalmente compleja" puede conservar (o no) la capacidad de responder a los eventos positivos y usar esa energía para alimentar los esfuerzos dirigidos hacia la consecución de un objetivo adicional. Así, la complejidad emocional podría estar determinada en parte por las estrategias y/o capacidades emocionales puestas en marcha (o evitadas) para afrontar la situación estresante y, en relación con los resultados encontrados en nuestra muestra de mujeres con fibromialgia, se podría hipotetizar que estas podrían ser

las estrategias de reparación emocional y supresión emocional, y las capacidades de claridad emocional y déficit de identificación de emociones.

En esta misma línea, dado que los resultados encontrados incluyen la claridad emocional como un proceso emocional predictor de bienestar psicológico, cabe señalar que este proceso es una estrategia emocional que está empezando a mostrar una gran relevancia para dilucidar las relaciones afectivas (Salovey y Mayer, 1990). Así, en el contexto del modelo presentado por Zautra, Smith, Ben Affleck y Tennen (2001) y apoyados por estudios posteriores que pone de manifiesto el papel moderador de la claridad emocional entre el afecto positivo y negativo en población con dolor crónico (Reich, Zautra y Davis, 2003), podríamos plantearnos futuros estudios en los que, al igual que ellos, se analice como se ha venido señalando, el papel moderador que dicha capacidad emocional (y el resto de los procesos estudiados) puede tener entre ambos afectos y/o entre otras capacidades y/o estrategias emocionales específicamente en población con fibromialgia.

De igual modo, el bienestar se ha relacionado con la ira, la hostilidad, la ansiedad, la depresión y el estrés en población con fibromialgia, añadiendo que el procesamiento emocional disfuncional de estas emociones se ha considerado como una consecuencia negativa influyente en los niveles de bienestar psicológico de las personas que padecen la enfermedad (Cosci et al., 2011; Hawtin y Sullivan, 2011; Zettel-Watson et al., 2011). Concretamente los autores plantean la necesidad de dotar a las pacientes con fibromialgia de estrategias de afrontamiento emocional y ponen de manifiesto que, con posterioridad a la intervención, las mujeres con fibromialgia adquieren mayor conciencia de las actitudes positivas sobre sí mismas, siendo éstas las que funcionan como variables reductoras de los síntomas de ansiedad y depresión (Cosci et al., 2011; Hawtin y Sullivan, 2011; Zettel-Watson et al., 2011).

Nuestros resultados son coherentes con los estudios anteriores, ya que en nuestra muestra de mujeres con fibromialgia se pone de manifiesto que los procesos afectivos predicen tanto el crecimiento personal como el propósito en la vida, la autoaceptación, la autonomía, el dominio del entorno y las relaciones positivas. Asimismo, los procesos emocionales que se relacionan con los factores más influyentes en las actitudes positivas de las mujeres con fibromialgia hacia ellas mismas (crecimiento personal, propósito en la vida y autoconocimiento) han sido la reparación (crecimiento personal, propósito en la vida y

autoconocimiento), la claridad (propósito en la vida y autoconocimiento), y la supresión emocional y el déficit de identificación emocional (autoconocimiento).

En base a los resultados expuestos y corroborando la hipótesis 18 del presente estudio, se puede concluir que la influencia de los procesos afectivos sobre el afecto positivo y sobre el bienestar psicológico en personas con fibromialgia evidencia una vez más la importancia de plantear intervenciones terapéuticas centradas en el entrenamiento de habilidades de procesamiento emocional con el objetivo de incrementar los niveles de afecto positivo y bienestar, especialmente durante los episodios estresantes derivados del afrontamiento de la enfermedad. Se abre así una puerta necesaria de investigación e intervención de corte emocional, ya destacada por algunos autores, que unida a las intervenciones cognitivo-conductuales actuales, se centre en el entrenamiento de estrategias de regulación afectiva como un mecanismo eficaz para incrementar los recursos emocionales de las pacientes con FM como recursos resilientes ante la adversidad de la enfermedad crónica. Concretando un poco más esa intervención, y en base a los resultados encontrados y en coherencia con las aportaciones de Zautra et al. (2005), podríamos dar un paso más y afirmar que una intervención basada en 1) mejorar las capacidades de reparar las emociones, 2) solventar los déficits de identificación emocional dotando de estrategias de claridad y etiquetación emocional, y 3) entrenar en el afrontamiento de las experiencias emocionales con estrategias de expresión emocional frente a las estrategias de supresión que las caracterizan, podría ayudar a mejorar tanto las actitudes positivas de las mujeres sobre sí mismas, como los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, implicando a su vez un aumento del bienestar psicológico, de las emociones positivas y de la calidad de vida.

Aunque las conclusiones expuestas también son válidas para la población de mujeres sanas, los resultados encontrados en esta población ponen de manifiesto que el proceso de reevaluación cognitiva además de tener un comportamiento “no esperado”, ya comentado respecto al proceso de supresión emocional y de atención emocional, muestra además un comportamiento contradictorio con los estudios encontrados en la literatura en relación con el bienestar psicológico y sus dimensiones. Así, mientras la reparación emocional y la claridad emocional han sido significativas en relación con su valor predictivo sobre el bienestar psicológico global en sentido positivo, tanto el déficit de identificación emocional, como la supresión emocional y la reevaluación cognitiva han sido significativas en su valor predictivo sobre el bienestar psicológico en sentido negativo. Este comportamiento de la

reevaluación cognitiva se repite igualmente en relación con el dominio del entorno, mientras que no se produce en el resto de las dimensiones del bienestar psicológico.

Este resultado puede explicarse en base a algunas referencias encontradas en la literatura que ponen de manifiesto que frente a la reflexión cognitiva sobre las emociones experimentadas, la distracción puede ser más eficaz a corto plazo que la rumiación (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1993) para reducir el afecto negativo y/o para elevar el bienestar psicológico. Sin embargo, también se ha observado que, a medio plazo, la estrategia más eficaz es la reflexión, entendida como el análisis y exploración de las experiencias activadoras y reacciones posteriores (Treyner, González y Nolen-Hoeksema, 2003). Así, como se ha señalado al argumentar la relación de la reevaluación cognitiva con los procesos de supresión emocional y de atención emocional, la reevaluación cognitiva, en la muestra de mujeres sanas, podría no estar representando un proceso de reflexión, sino un proceso rumiativo en la población de mujeres sanas, pudiendo repercutir en el estado de ánimo consecuente (Fernández-Berrocal et al., 2001).

Teniendo en cuenta además que los resultados encontrados en la muestra de mujeres sanas ponen de manifiesto que a mayor edad, mayores niveles de depresión, podríamos hipotetizar que las variables sociodemográficas y los niveles de depresión podrían estar mediando los resultados encontrados en relación con la reevaluación cognitiva y los niveles de bienestar. Finalmente, conviene señalar la acción conjunta de todos los procesos emocionales sobre el bienestar, de manera que, pese a su signo negativo, el peso de la reevaluación cognitiva es el menor de todos los procesos implicados, y en su conjunto, los niveles de bienestar de las mujeres sanas siguen siendo significativamente más elevados que los de las mujeres con fibromialgia.

Autoeficacia y procesos afectivos

En relación a la autoeficacia, pese a la importancia de este concepto tanto en la literatura del dolor crónico, como de la fibromialgia en particular (Pastor et al., 2011), como se ha señalado, apenas existen trabajos que analicen su relación con los procesos afectivos.

Los resultados encontrados en el presente estudio, señalan correlaciones positivas de la autoeficacia general con la claridad emocional y con la reparación emocional en la población con FM. Asimismo, también las tres dimensiones de autoeficacia en el control de

dolor (síntomas, actividad y dolor) mantienen correlaciones positivas y significativas con el proceso de reparación emocional. Estos resultados apuntan en la misma dirección de los escasos trabajos encontrados a este respecto en la literatura, que ponen de manifiesto la existencia de correlaciones negativas entre la autoeficacia y los procesos integrados en el constructo de alexitimia en población con dolor crónico (Pecukonis, 2009; Lumley et al., 2002), si bien es cierto que no se ha analizado la relación de la autoeficacia con el resto de procesos afectivos analizados en la presente tesis doctoral.

En relación con el papel de los procesos emocionales como mediadores entre la autoeficacia y las variables de salud-enfermedad se encuentra que: 1) los procesos de reparación y claridad emocional son los que median la relación entre la autoeficacia general y el afecto positivo, negativo y el bienestar psicológico en población con FM, y 2) en relación con la autoeficacia en el control del dolor sería también la reparación emocional el proceso mediador entre los tres tipos de autoeficacia y el afecto positivo y el bienestar psicológico. Se evidencia así que mientras los procesos emocionales, en relación a la autoeficacia general, median tanto los resultados de enfermedad como de salud, en lo que se refiere a la autoeficacia en el control de dolor, los procesos emocionales sólo median las relaciones respecto a las variables positivas de salud.

Los resultados encontrados en la muestra de mujeres sanas indican que mientras la reparación emocional mediaría la relación entre la autoeficacia general y la sintomatología (afecto negativo, ansiedad y depresión), los procesos de déficit de identificación emocional y claridad emocional mediarían la relación entre la autoeficacia general y ansiedad, depresión y bienestar psicológico respectivamente.

Por otro lado y en relación con el dolor, estudios recientes muestran cómo la aceptación de que el dolor es incontrolable se asocia a un mejor funcionamiento y/o a un mejor bienestar psicológico (Esteve, Ramírez-Maestre, y López-Martínez, 2007; McCracken, Vowles, y Eccleston, 2005; Viane, Crombez, Eccleston, Poppe, Devulder, Van Houdenhove, y De Corte, 2003). En este sentido, la aceptación del dolor supone asumir la incontrolabilidad del mismo sin necesidad de resistirse a él, ni de implicarse activamente en el cambio de las sensaciones dolorosas ni en el de los pensamientos y emociones asociadas por muy intensas que sean, continuando, además, con las actividades habituales (Esteve et al, 2007; García-Campayo y Rodero, 2009; McCracken, 1998; Pastor, 2011). Aunque la aceptación del dolor

puede verse como opuesta a la percepción de control, no está alejada de la misma pues supone ejercer control sobre el “proceso” y sobre las consecuencias del dolor (Pastor et al., 2011).

Dado que una de las estrategias que resultaban significativas en relación con el dolor en el presente estudio era la supresión emocional, se puede hipotetizar que la aceptación del dolor también puede implicar mecanismos de procesamiento emocional que puedan mediar la relación entre la autoeficacia y el afrontamiento del dolor. Se entendería así la autoeficacia como un recurso del sujeto en el marco de los procesos de valoración secundaria del modelo de estrés-afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), y las asociaciones positivas encontradas entre aceptación y afrontamiento activo en algunos trabajos, apoyarían esta última consideración (Esteve et al., 2007). En este contexto, teniendo en cuenta que en el dolor crónico cada vez hay más datos acerca de la eficacia de los tratamientos basados en la Terapia de Aceptación y Compromiso, como una de las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación con resultados prometedores en este contexto (McCraken et al., 2005; Vowles, McCracken, y Eccleston, 2007; Vowles y McCracken, 2008; entre otros), autores como Pastor et al. (2005) recomiendan integrar la aceptación del dolor en el repertorio de las teorías más clásicas de afrontamiento, de las que se nutren algunos de los programas de tratamiento disponibles hasta el momento.

Igualmente, las estrategias de regulación emocional implicadas tanto en la aceptación del dolor, como en el afrontamiento de las experiencias y la sintomatología derivada de la enfermedad, deben ser integradas en el marco de los programas de tratamiento actuales con el objetivo de combinar técnicas basadas en el control, con técnicas basadas en la aceptación y en la regulación emocional para ofrecer un repertorio de metas y estrategias adecuado, potenciando la flexibilidad en su utilización (Kratz, Davis, y Zautra, 2007).

Perfiles diferenciales en función de los procesos afectivos y su relación con las variables resultado de salud-enfermedad.

Como se ha expuesto en la introducción de la presente tesis, existen diferentes estudios basados en el análisis de perfiles diferenciales dentro de la población con dolor crónico musculoesquelético, y de la fibromialgia en particular, que han utilizado tanto variables cognitivas, de intensidad de dolor y de funcionamiento físico (Denison et al., 2007;

Hamilton et al., 2004), como variables de afectividad positiva y negativa (Hassett et al., 2008; Fredman et al., 2006; Moskowitz, 2003; Strand et al., 2006).

Dado el perfil diferencial en las personas con FM en función de la sintomatología y la existencia de una gran variabilidad en la prevalencia de problemas afectivos en esta población, y por lo tanto, la evidencia de heterogeneidad dentro del mismo diagnóstico (Thieme, Turk y Flor, 2004), uno de los objetivos de la presente tesis doctoral ha sido el de determinar perfiles diferenciales en la muestra de mujeres con fibromialgia en función no ya de las variables cognitivas y de salud-enfermedad, sino de los factores emocionales resultantes en la estructura factorial, dada la escasez de trabajos en el estudio de estas variables.

La literatura reciente sobre fibromialgia pone de manifiesto la existencia de diferencias en el procesamiento emocional ya no solo entre personas con fibromialgia y otras poblaciones con dolor crónico, sino dentro de la misma población afectada de fibromialgia. Así, autores como Taskin et al. (2007) señalan que, además de la evidencia de una alta prevalencia de episodios y síntomas depresivos en pacientes con fibromialgia, dicha prevalencia es mayor en mujeres con fibromialgia que puntúan alto en alexitimia, frente a mujeres con fibromialgia que no presentan déficits en las estrategias de identificación y descripción emocional. Satalino et al. (2009) afirman que, en comparación con personas sanas, las personas con FM con altas puntuaciones en alexitimia presentan un déficit claro en identificación emocional, además de una mayor percepción de estrés y mayores puntuaciones en neuroticismo.

Los resultados encontrados en la presente tesis doctoral ponen de manifiesto la existencia de dos perfiles diferenciales en la muestra de mujeres con fibromialgia en función de los procesos afectivos. Así y en relación con la hipótesis 20, de los seis procesos integrados en el análisis, son el déficit de identificación emocional, la reparación emocional y también la supresión emocional, los tres procesos que marcan las diferencias entre ambos perfiles. En este sentido, el perfil 1 estaría representado por mujeres con alta capacidad de reparación emocional, bajo déficit de identificación emocional y baja supresión emocional. Por el contrario, el perfil 2 estaría compuesto por mujeres con baja capacidad de reparación emocional, alto déficit de identificación emocional y alta supresión de sus emociones. Estos datos son, por lo tanto, coherentes con la literatura previa que pone de manifiesto que,

entre todas las estrategias de procesamiento emocional, es el déficit de identificación emocional una de las características en la diferenciación de las mujeres con fibromialgia (Satalino et al., 2009).

Por otro lado, y en relación a la supresión emocional, Geenen et al. (2012) ponen de manifiesto que mientras en las personas con alta intensidad afectiva, la expresión de las emociones se identifica como una estrategia más adaptativa que la reevaluación emocional asociándose con un menor impacto de la enfermedad, en las personas con una intensidad afectiva baja o moderada, la estrategia de reevaluación es más adaptativa que la expresión en sí misma. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de la expresión emocional, en la línea de los resultados encontrados en nuestro trabajo. Igualmente, estos resultados sugieren que, asumiendo la existencia de patrones emocionales diferenciales, éstos pueden tener implicaciones clínicas relevantes y se podrían plantear intervenciones emocionales específicas en función de dichos patrones diferenciales dentro de la misma población con dolor crónico (Geenen et al., 2012). Estas intervenciones deberían llevarse a cabo, tal y como señala Pastor et al. (2011) en el primer nivel asistencial, con el objetivo de mejorar los resultados de salud, reducir costes personales y sociosanitarios y evitar la incidencia de casos graves.

Finalmente, en relación a nuestros resultados, cabe destacar el papel de la reparación emocional como estrategia diferenciadora, aspecto que apenas ha recibido atención en la literatura al respecto.

Respecto a la relación de estos perfiles con los resultados de salud-enfermedad, y en la línea de lo señalado por Geenen et al. (2012) en su estudio, los resultados destacan que, como se planteaba en la hipótesis 21, cuando se evalúan las diferencias tanto en la sintomatología asociada a la enfermedad, como en las variables de salud-enfermedad en función de dichos perfiles, todas las variables evaluadas a excepción de la percepción de dolor y de la limitación funcional resultan significativas.

Así, el perfil 1 (caracterizado por personas con mayores capacidades adaptativas de procesamiento emocional) presenta, por un lado, menores puntuaciones en ansiedad, depresión y afecto negativo y, por otro, mayores puntuaciones en afecto positivo, bienestar psicológico general y en todas sus dimensiones. En contraposición, el perfil 2

(caracterizado por personas con mayores capacidades desadaptativas de procesamiento emocional) presenta por un lado mayores puntuaciones en ansiedad, depresión y afecto negativo y, por otro, menores puntuaciones en afecto positivo, bienestar psicológico y en todas sus dimensiones.

Se puede concluir por tanto que los procesos afectivos diferencian dos perfiles de mujeres con fibromialgia en función las estrategias de regulación emocional y además que, en función de éstas, tienen mayores o menores niveles de sintomatología y/o bienestar psicológico. Una de las excepciones a esta diferenciación entre ambos perfiles es en relación a la intensidad del dolor percibida. No obstante, con respecto al umbral de dolor, no siendo éste significativo en las diferencias evaluadas entre ambos perfiles a un nivel de significación de .05, éste presenta una significación de .07, lo que pone de manifiesto que cuando se valora el dolor con una medida objetiva frente a una medida subjetiva (percepción de la intensidad de dolor evaluada mediante una escala numérica), los resultados apuntan a la posibilidad de que también las mujeres con mayores capacidades de procesamiento emocional adaptativo (perfil 1) presentan un menor umbral de dolor en comparación con las mujeres caracterizadas por un perfil de procesamiento emocional mas desadaptativo (perfil 2). Aun así, cabe destacar que, como hipotetizábamos, el hecho de que no haya diferencias en intensidad de dolor y sí en sintomatología emocional, afectividad y bienestar psicológico entre perfiles, puede estar indicando la existencia de dos perfiles emocionales diferenciales cuantitativamente hablando dentro de la población con fibromialgia: Un perfil “emocionalmente más adaptativo” caracterizado por la presencia de un mayor número de estrategias y capacidades emocionales, y un perfil “emocionalmente mas desadaptativo” caracterizado por niveles inferiores de estrategias y capacidades emocionales. Así, se podría plantear la posibilidad de que parte de los factores asociados a una mayor o menor comorbilidad asociada implicados en la enfermedad para cada uno de ellos fueran diferentes, siendo el perfil de mujeres “emocionalmente mas desadaptativo” el que pudiera tener más problemas relacionales y emocionales determinantes en la génesis del trastorno.

Estos resultados son coherentes con los encontrados por Huber et al. (2009) que ponen de manifiesto que la dificultad de identificación de sentimientos se relaciona con mayores puntuaciones en la dimensión afectiva del dolor (pero no con la dimensión sensorial) y con menor tolerancia de dolor en una muestra de mujeres con fibromialgia. Asimismo también

se ha comprobado que personas con altos niveles de dificultad de identificación y dificultad en el lenguaje emocional presentan más quejas somáticas que los individuos con niveles bajos en estos procesos, y que dicho constructo también se asocia con mayor sensibilidad a un estímulo físico desagradable administrado externamente en mujeres sanas (Niki et al., 2002). Considerando que este estudio fue realizado en una muestra de mujeres sanas, se puede afirmar que aunque del mismo no se puede concluir que los procesos emocionales tengan una relación directa sobre los niveles y la intensidad del dolor en personas con dolor crónico (Yalug, 2010), lo que sí se evidencia es que los procesos emocionales relacionados con la alexitimia predicen sensibilidad al dolor en personas sanas y que estudios futuros en población con dolor crónico podrían generalizar estos resultados, o en su defecto aportar información relevante para el trabajo terapéutico con esta población.

En conjunto, estos resultados pueden tener implicaciones importantes para la intervención terapéutica con personas con fibromialgia, afirmando que la detección de ambos perfiles podría ser clave para ofrecer tratamientos diferenciados especializados en el entrenamiento en la identificación, expresión emocional y reparación emocional para las personas con déficits en estas estrategias para la mejora de su sintomatología emocional y al aumento de sus emociones positivas y su bienestar psicológico.

Investigaciones futuras basadas en análisis taxonómicos que nos permitan la diferenciación cualitativa de éstos perfiles, pueden señalarse como objetivos derivados del presente trabajo de investigación, que nos ofrezcan la posibilidad de seguir avanzando no solo en el objetivo específico de diferenciar a las personas que padecen la enfermedad de fibromialgia para crear tratamientos específicos entre los profesionales de la psicología, sino en el objetivo general de integrar dicho conocimiento en equipos multidisciplinares con el objetivo común de trabajar en la mejora de la calidad de vida de esta población, así como en la posibilidad de trabajar no solo desde la atención terciaria, sino desde la prevención y promoción de la salud.

Otro tema de interés es analizar si los perfiles emocionales encontrados en la muestra con fibromialgia difieren de los encontrados en **población sana**. Los resultados encontrados ponen de manifiesto la existencia de dos perfiles emocionales en mujeres sanas que integran los mismos procesos que los señalados en mujeres con fibromialgia pero que introducen además la claridad emocional como otro proceso significativo de diferenciación.

Asimismo, cuando se evalúan las diferencias en las variables resultado de salud-enfermedad en función de los perfiles resultantes, también en la muestra de mujeres sanas se encuentran diferencias significativas en las variables resultado a excepción del afecto negativo que no resulta significativo.

Así, el perfil 1 estaría representado por mujeres con baja capacidad de reparación emocional, baja claridad emocional, alto déficit de identificación emocional y alta supresión emocional siendo categorizado como el perfil más desadaptativo de procesamiento emocional. En consecuencia, son las mujeres sanas integradas en este perfil las que presentan mayores puntuaciones en ansiedad y depresión, y menores puntuaciones en afecto positivo y en bienestar psicológico y en los subfactores que lo integran. Por el contrario, el perfil 2 estaría compuesto por mujeres con alta capacidad de reparación emocional, alta claridad emocional, bajo déficit de identificación emocional y baja supresión de sus emociones, siendo categorizado como el perfil más adaptativo de procesamiento emocional. En consecuencia, son las mujeres sanas integradas en este perfil las que presentan menores puntuaciones en ansiedad y depresión, y mayores puntuaciones en afecto positivo y en bienestar psicológico y en las dimensiones que lo integran.

Los resultados expuestos en su conjunto sugieren que evaluar la eficacia de las estrategias de regulación es un tema complejo y aún no completamente resuelto. Además, conviene recordar que, a pesar de existir perfiles emocionales diferenciales en función de las estrategias de procesamiento emocional, una misma estrategia puede ser eficaz para regular emociones en una situación, pero no en otra. Igualmente, puede ser eficaz a corto plazo, pero no a medio plazo. En todo caso, las investigaciones apuntan de forma clara a que algunas habilidades emocionales como la claridad emocional (proceso emocional representado en los perfiles resultantes en la población sana) o la aceptación emocional (integrada en los perfiles resultantes en ambas poblaciones bajo la categoría de reparación emocional que implica la aceptación de las emociones experimentadas para su consecuente reparación y/o regulación), promueven la eficacia de las estrategias de regulación empleadas (Hervás, 2011; Hervás y Vázquez, 2006a; Liverant, Brown, Barlow y Roemer, 2008).

Limitaciones y repercusiones clínicas

Dentro de la discusión de este trabajo, cabe señalar algunas limitaciones sobre las que conviene reflexionar. En primer lugar, la naturaleza del estudio, correlacional-transversal, impide establecer relaciones causa-efecto, siendo necesarios estudios longitudinales que nos permitan indagar sobre este tipo de relaciones. Así, a través de un nuevo proyecto de investigación, se va a comenzar por parte del equipo investigador un estudio longitudinal, con tres medidas a lo largo del año, que incluye medidas de procesos afectivos, como parte de un proyecto más amplio que pretende valorar los efectos de diferentes tipos de tratamientos que se están llevando a cabo por integrantes de dicho equipo junto con profesionales de otros departamentos y otras entidades públicas. Concretamente, respecto a la afectividad, dado el relevante papel en este estudio tanto del afecto positivo como del negativo, sería de interés trabajar sobre los procesos emocionales a nivel longitudinal para analizar en qué fases del procesamiento se produce la inadecuada regularización del afecto y como ésta interfiere en las variables de salud-enfermedad.

Por otro lado, los sesgos asociados al procedimiento de aplicación de los cuestionarios, en especial de los cuestionarios de autoinforme que han sido los empleados en este trabajo y a su propia naturaleza, han podido interferir en los resultados. Conscientes de estas carencias, y en base a las limitaciones encontradas en investigaciones previas, se ha incorporado en la presente tesis doctoral la medida del algómetro para evaluar el umbral del dolor, además de las clásicas medidas de percepción de dolor mediante la escala numérica, obteniendo resultados de gran interés en relación con el síntoma principal de la enfermedad.

No obstante, en las investigaciones actuales que el equipo está llevando a cabo en relación a la fibromialgia, se han incorporado otra serie de mejoras para superar los problemas asociados a la evaluación. Así, diferentes medidas de limitación funcional están siendo recogidas por terapeutas ocupacionales mediante técnicas de observación y registro de actividades, como medida complementaria a la recogida tradicional con medidas de autoinforme como es el caso del FIQ. Igualmente, se ha incorporado a la familia y a la pareja como fuente de información relevante y complementaria de estas pacientes, asumiendo que muchos de los procesos emocionales objeto de estudio pueden responder al afrontamiento emocional de situaciones familiares en las que el apoyo social recibido puede jugar un papel clave relacionado con el afrontamiento de la sintomatología y el aumento de los niveles de afectividad positiva y bienestar psicológico en las mujeres

evaluadas. En relación con la medida de los procesos emocionales se están planteando nuevos métodos experimentales que recojan información sobre los procesos y las emociones experimentadas en el momento de su gestación con el objetivo de analizar la eficacia de los mismos de la manera más objetiva posible. En este sentido, el equipo de investigación está planteando la posibilidad de realizar estudios con población con fibromialgia en entornos virtuales en los que se puedan simular situaciones similares a las experimentadas por las mujeres que padecen la enfermedad relacionadas con la sintomatología y las variables de salud, con el objetivo de evaluar las capacidades o procesos emocionales disfuncionales y conocer objetivamente la implicación de la estrategia puesta en marcha en el afrontamiento de las variables resultado. El objetivo final por tanto es realizar una evaluación multiinstrumento, multimétodo y multifuente que nos permita una evaluación más completa y con menos sesgos de la realidad del paciente con FM.

Otra limitación importante es la contaminación asociada a las medidas de diagnóstico previo de ansiedad y depresión. El procedimiento empleado (autoinforme) y la amplia variabilidad individual en el propio diagnóstico y tratamiento de la sintomatología ansiosa y depresiva, hacen que estos datos estén sujetos a numerosos sesgos que nos hacen dudar de su validez y fiabilidad. Así, algunas pacientes relataban diagnósticos por parte de psiquiatría y otras por parte de atención primaria; algunas nos informaban de haber tenido sintomatología sin haber sido diagnosticadas, y otras habían recibido tratamiento farmacológico por su sintomatología durante largos periodos de tiempo sin haber recibido diagnóstico. Dado el estrecho vínculo entre trastornos depresivos y ansiosos y la fibromialgia a lo largo de la literatura científica, se hace necesario diseñar procedimientos y criterios que nos permitan obtener indicadores más válidos de esta medida, aunque no es una cuestión de fácil solución. No obstante, pese a los sesgos asociados a estas variables en el presente estudio, las implicaciones de este diagnóstico de ansiedad y depresión en los resultados de este trabajo son mínimas, ya que sólo un 10% de la muestra manifiesta no haber recibido ningún diagnóstico de ansiedad/depresión, y, en este sentido, y con la cautela a la que obliga las anteriores limitaciones, no parece que la presencia de un diagnóstico de ansiedad o depresión sea un factor diferencial en las mujeres con fibromialgia, sino más bien una característica asociada a la enfermedad, tal y como pone de manifiesto la literatura precedente.

Una de las limitaciones que más preocupa, es la relativa al diagnóstico de estas pacientes. Tal y como señalan numerosos autores (p.e. Alegre de Miguel et al., 2010; Carmona, 2006; Rivera et al., 2006) uno de los principales problemas de la FM es su diagnóstico. El diagnóstico de la fibromialgia, al no presentar indicadores “objetivos” clínicos tradicionales, se convierte en ocasiones en un “diagnóstico de descarte” cuando los indicadores de otros cuadros de dolor crónico no parecen cumplirse; es por ello que no resulta extraño el sobrediagnóstico. En el caso de nuestro estudio, las mujeres que participaban en él venían derivadas tanto de la Fundación Hospital Alcorcón como de la Fundación Hospital Fuenlabrada, y de distintas asociaciones. En todos los casos las pacientes valoradas venían referidas por un médico especialista que les emitía el diagnóstico, pero aun así, como hemos comentado, los propios criterios de la enfermedad podrían hacer que éste no se emitiera correctamente, dependiendo en ocasiones en parte del criterio personal del profesional que atendiera al paciente. Además, alrededor de un 60% de las pacientes venían derivadas de distintas asociaciones, y aunque constituía un requisito de participación el mostrar el diagnóstico de la enfermedad, no siempre podía corroborarse con el profesional que las trataba.

Cabe señalar que poco después de la evaluación de las mujeres con fibromialgia muestra del presente trabajo, se publicaron los nuevos criterios para el diagnóstico de la FM (aprobados por el Colegio Americano de Reumatología), descritos en la parte teórica del presente trabajo. Se trata de criterios simples y prácticos para el diagnóstico clínico, aptos para la atención primaria y la especializada (Wolfe et al., 2010). Estos nuevos criterios pueden entenderse como consecuencia de las objeciones que recibieron los criterios de clasificación propuestos en 1990 (descritos igualmente anteriormente, y que han constituido los criterios diagnósticos de nuestra muestra), algunas de ellas relacionadas con el hecho de que el recuento de los puntos sensibles (*tender points*) no se realizaba en la mayoría de las ocasiones para emitir un diagnóstico. Además, tampoco se valoraban una serie de síntomas que se encuentran presentes en la enfermedad y que se pasaban por alto (como por ejemplo, fatiga, síntomas cognitivos y la extensión de síntomas somáticos). Algunos expertos consideraban que los puntos sensibles vinculaban erróneamente la patología con una afectación de la musculatura periférica, y otros consideraban que era un trastorno de amplio espectro que no estaba definido con criterios de formato dicotómico (Bennett, 2009; Wolfe y Michaud, 2009). Otro problema importante radicaba en que los pacientes que mejoraban o cuyos síntomas y puntos sensibles disminuían, podían no

cumplir la definición de clasificación de 1990 del ACR. Existían dificultades a la hora de catalogar o valorar a estos pacientes y los criterios se mostraban excesivamente elevados para el diagnóstico, por lo que existía poca variación sintomática entre los pacientes con FM. Es por ello, que se consideró la necesidad de una escala de gravedad más amplia, capaz de diferenciar entre los pacientes según el nivel de los síntomas de la FM. En esta misma línea, se están desarrollando y validando nuevos instrumentos que permitan un rápido diagnóstico en los pacientes con FM como es el caso de un instrumento referido en una reciente publicación (FiRST; Perrot, Bouhassiraa y Fermanianc, 2010), y que a su vez permitan el diagnóstico diferencial para el resto de condiciones reumáticas parecidas (como AR, EA, OA).

No obstante, pese a la publicación de los nuevos criterios, es importante señalar, para el presente trabajo, que éstos no tienen la intención de reemplazar a los criterios de clasificación del ACR de 1990, sino de constituirse como un método alternativo de diagnóstico, añadiendo por un lado un índice de dolor generalizado y una medición de la cantidad de zonas corporales dolorosas, y por otro lado la integración de los síntomas en una escala de gravedad que resulte apta para su uso en atención primaria y útil para el seguimiento longitudinal de los pacientes. En este sentido, tal y como se ha señalado (Wolfe et al., 2010), uno de los hechos sobre los que se pretende reflexionar con la publicación de los nuevos criterios es el de que aproximadamente el 25% de los pacientes que fueron diagnosticados de FM no cumplían los primeros criterios de clasificación del ACR, aunque sus médicos consideraban que tenían FM.

Finalmente, en base a los resultados encontrados en el presente trabajo y centrando el foco de interés en los procesos emocionales evaluados y en su importancia en relación con la sintomatología y las variables de salud en la población de mujeres con FM, se puede concluir que éstos pueden tener repercusiones importantes no solo para las investigaciones futuras centradas en entender mejor la eficacia de los procesos y la relación entre ellos y con las variables de salud-enfermedad, sino en la repercusión de los mismos en las **intervenciones clínicas** que se realizan con las personas afectadas de fibromialgia. En este sentido, como se ha venido señalando, la literatura pone de manifiesto que las intervenciones que se realizan con esta población están focalizadas principalmente en variables de enfermedad, dejando en un segundo plano las intervenciones orientadas a mejorar los niveles de bienestar psicológico y emociones positivas. Así, a pesar de que se

han diseñado protocolos para una asistencia más completa en la FM, son escasas las intervenciones que abordan todos los ejes principales afectados en la enfermedad. Diferentes estudios han demostrado la eficacia del tratamiento interdisciplinar en los pacientes con FM (Arnold, 2009; Bennet et al., 1996; Collado et al., 2001; Gelman et al., 2002; Lera et al., 2009; Nielson y Jensen, 2004; Stuifbergen et al., 2010; Worrel et al., 2001). Dentro de las aportaciones de la psicología, el tratamiento cognitivo-conductual (TCC) es la intervención que ha mostrado más eficacia en el tratamiento de la FM (p.e. Angst et al., 2006; Glombiewski et al., 2010; Häuser et al., 2009; Lera et al., 2009; Rossy et al., 1999; Stuifbergen et al., 2010; Williams y Clauw, 2009). Este tratamiento combina técnicas de condicionamiento clásico y operante (extinción, refuerzo positivo, moldeado, etc.), aprendizaje observacional, estrategias de solución de problemas y habilidades de afrontamiento (relajación y técnicas de autocontrol emocional). Incluye una fase educativa que informa al paciente sobre la naturaleza del trastorno y el modo en que lo afronta, una fase de adquisición de habilidades (aumento de actividades, relajación, solución de problemas, higiene del sueño, etc.), y una fase de puesta en práctica, en la que el paciente comprueba y optimiza los recursos para controlar los síntomas de la FM. Los pacientes consiguen ganar control sobre el impacto del dolor y sobre el funcionamiento físico (Alegre et al., 2010; Compas et al., 1998; Keefe et al., 2001), además de promover el afrontamiento positivo del dolor y el funcionamiento social (Morley, Eccleston y Williams, 1999). Además, el TCC se ha mostrado como la terapia que muestra mayor eficacia sobre el nivel de actividad, incluso por encima del tratamiento farmacológico aislado (Glombiewski et al. 2010; Rossy et al., 1999; Thieme et al., 2003).

A pesar de ello, y sin infravalorar las investigaciones que avalan este tipo de intervenciones, el estudio presentado apuesta por esa línea apenas explorada de la evaluación de la influencia de los procesos afectivos en la sintomatología de la enfermedad, analizando igualmente la relación de dichos procesos en las variables de salud. Así, se puede concluir que la influencia de los procesos afectivos sobre el afecto positivo y sobre el bienestar psicológico en personas con fibromialgia evidencia la importancia de plantear intervenciones terapéuticas centradas no solo en la mejora de la sintomatología, sino también en el entrenamiento de habilidades de procesamiento emocional con el objetivo de incrementar los niveles de afecto positivo y bienestar, especialmente durante los episodios estresantes derivados del afrontamiento de la enfermedad.

En este sentido, los objetivos que deberían plantearse se centrarían por un lado en el desarrollo integral de cuatro ejes reconocidos: aspectos emocionales (ansiedad y depresión principalmente), cognitivos (percepción de la autoeficacia, creencias y expectativas), conductuales (actividades diarias que se ven reducidas o eliminadas como consecuencia de la FM) y sociales (impacto de la enfermedad en la esfera sociofamiliar del paciente), y por otro lado, podría integrar el entrenamiento en estrategias de procesamiento emocional entre las que destacarían la mejora de la reparación emocional, la disminución de los déficits de identificación emocional dotando a las mujeres afectadas de estrategias de claridad y etiquetación emocional, y finalmente el entrenamiento en estrategias de expresión emocional frente a las estrategias de supresión que caracterizan el perfil desadaptativo.

Se concluye por tanto que es necesario incluir estudios de investigación específicos de intervención emocional que, unidos a las intervenciones cognitivo-conductuales, se centren en el entrenamiento de estrategias de regulación emocional, específicamente en la disminución de la supresión emocional y en la mejora de la identificación emocional y la reparación emocional, orientados hacia la disminución de los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva y hacia el aumento de su bienestar psicológico, sus emociones positivas y su calidad de vida.

Una vez realizada la correspondiente discusión sobre los resultados encontrados y mencionadas las limitaciones y las implicaciones clínicas que éstos pueden tener, se procede a continuación a realizar el contraste de las hipótesis planteadas en el estudio. La tabla integra las hipótesis planteadas, la aceptación o el rechazo de cada una de ellas, y, únicamente en el caso de las hipótesis rechazadas, el hallazgo alternativo encontrado en oposición a la hipótesis rechazada.

CONTRASTE DE HIPÓTESIS	
HIPÓTESIS PLANTEADAS	CONTRASTE DE HIPÓTESIS: (Aceptada vs. Rechazada)
En el caso de no aceptar la hipótesis completa: (Variables en las que se confirma la hipótesis)** / (Hallazgo alternativo encontrado)* / (Resultado adicional) <i>res.ad.</i>	
OBJETIVO I: Estructura factorial	
1ª Hipótesis: Se espera encontrar una estructura factorial coherente que integre y agrupe los ítems que evalúan los nueve procesos emocionales teóricos objeto de estudio en función de procesos afectivos similares, en una estructura factorial reducida a 5 factores. Así se espera que:	Rechazada: (Estructura factorial de 6 factores)*
a. La supresión emocional (ERQ) y la expresión emocional (EES) se agrupen en un mismo factor, con signo opuesto.	Aceptada
b. Los déficits de lenguaje e identificación emocional (TAS-20) se agrupen en un mismo factor.	Aceptada
c. La reevaluación cognitiva (ERQ) y la reparación emocional (TMMS-24) se agrupen en un mismo factor en igual dirección.	Rechazada: (Factores independientes en la estructura factorial resultante)*
d. La atención emocional (TMMS-24) sea un factor independiente.	Aceptada
e. La claridad emocional (TMMS-24) sea un factor independiente.	Aceptada
OBJETIVO II: Diferencias entre las poblaciones de estudio	
En relación con los procesos afectivos:	
2ª Hipótesis: Se espera encontrar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los factores emocionales entre población con FM y población sana.	Aceptada: (reparación emocional)**/(déficit de identificación emocional)**/(claridad emocional)**
3ª Hipótesis: Se espera que aquellos factores relacionados con procesos positivos tales como reparación emocional, reevaluación cognitiva y claridad emocional tengan mayores puntuaciones en población sana que en población con FM.	Aceptada: (reparación emocional)**/(claridad emocional)**
4ª Hipótesis: Se espera que los factores emocionales relacionados tanto con déficits de identificación emocional y lenguaje emocional, así como con inhibición emocional tengan mayores puntuaciones en población con FM que en población sana.	Aceptada: (déficit de identificación emocional)**
5ª Hipótesis: Asimismo, se espera que en relación con los procesos inconclusos en la literatura (pensamiento concreto) no se encuentren diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.	Aceptada: (pensamiento concreto)**

En relación con las variables resultado de salud-enfermedad:	
6º Hipótesis: Las mujeres con FM presenten mayores puntuaciones en ansiedad que las mujeres sanas.	Aceptada
7º Hipótesis: Las mujeres con FM presenten mayores puntuaciones en depresión que las mujeres sanas.	Aceptada
8º Hipótesis: Las mujeres con FM presenten mayores puntuaciones en afecto negativo que las mujeres sanas.	Aceptada
9º Hipótesis: Las mujeres con FM presenten menores puntuaciones en afecto positivo que las mujeres sanas.	Aceptada
10ª Hipótesis: Las mujeres con FM presenten menores puntuaciones tanto en bienestar psicológico global, como en las diferentes dimensiones que lo integran (autonomía, propósito en la vida, relaciones positivas, crecimiento personal, autoaceptación y dominio del entorno) que las mujeres sanas.	Aceptada: (bienestar psicológico global) **/(propósito en la vida) **/(relaciones positivas) **/(autoaceptación) **/(dominio del entorno) **
OBJETIVO III: Procesos afectivos y variables cognitivas: La Autoeficacia	
11º Hipótesis: Se espera encontrar un papel mediador de la reparación emocional entre la autoeficacia general y la sintomatología (ansiedad, depresión y afecto negativo) y entre la autoeficacia general y las variables de salud (afecto positivo y bienestar psicológico) en población sana.	Aceptada: (autoeficacia/reparación/ ansiedad)** <i>(Autoeficacia/déficit de identificación emocional/ ansiedad) res.ad.</i>
	Aceptada: (autoeficacia/reparación/ depresión)** <i>(autoeficacia/déficit de identificación emocional/ depresión) res.ad</i>
	Aceptada: (autoeficacia/reparación/ afecto negativo)**
	Rechazada: (autoeficacia/reparación/ afecto positivo)
	Rechazada: (autoeficacia/reparación/ bienestar psicológico) <i>(Autoeficacia/claridad/ bienestar psicológico) res.ad.</i>
12ª Hipótesis: Se espera encontrar un papel mediador de la reparación emocional entre la autoeficacia general y la sintomatología (ansiedad, depresión y afecto negativo) y entre la autoeficacia general y las variables de salud (afecto positivo y bienestar psicológico) en población con fibromialgia.	Rechazada: (autoeficacia/reparación/ ansiedad)
	Rechazada: (autoeficacia/reparación/ depresión)
	Aceptada: (autoeficacia/reparación/ afecto negativo)**
	Aceptada: (autoeficacia/reparación/ afecto positivo)**
13ª Hipótesis: Se espera encontrar un papel mediador de la reparación emocional entre la autoeficacia en el control del dolor (síntomas (S) , actividad (A) y dolor (D)) y la sintomatología (ansiedad, depresión y afecto negativo) y entre autoeficacia en el control del dolor (síntomas (S) , actividad (A) y dolor (D)) y las variables de salud (afecto positivo y bienestar psicológico).	Aceptada: (autoeficacia/reparación/ bienestar psicológico)**
	Rechazada: (autoeficacia (S/A/D) /reparación/ ansiedad)
	Rechazada: (autoeficacia (S/A/D) /reparación/ depresión)
	Rechazada: (autoeficacia (A/D) /reparación/ afecto negativo)
	Aceptada: (autoeficacia (S) /reparación/ afecto negativo)**

	Aceptada: (autoeficacia (S/A/D) /reparación/ afecto positivo)**
	Aceptada: (autoeficacia (S/A/D) /reparación/ bienestar psicológico)**
14ª Hipótesis: Se espera encontrar un papel mediador del déficit de identificación emocional entre la autoeficacia en el control del dolor y la sintomatología (ansiedad, depresión y afecto negativo).	Rechazada: (autoeficacia (S/A/D) /déficit/ ansiedad)
	Rechazada: (autoeficacia (S/A/D) /déficit/ depresión)
	Rechazada: (autoeficacia (S/A/D) /déficit/ afecto negativo)
OBJETIVO IV: Relación entre procesos afectivos y variables de salud-enfermedad.	
15ª Hipótesis: Se espera que los factores emocionales relacionados con atención y supresión sean predictores positivos de la intensidad de dolor y negativos del umbral de dolor, y que la expresión emocional pueda ser un predictor negativo de la intensidad de dolor y positivo del umbral de dolor en población con FM.	Aceptada: (supresión predictor negativo umbral dolor)**/(expresión predictor positivo umbral dolor)**
	Rechazada: (supresión predictor positivo intensidad dolor)/(expresión predictor negativo intensidad del dolor)
	Rechazada: (atención predictor positivo intensidad dolor)
	Rechazada: (atención predictor negativo umbral dolor)
16ª Hipótesis: Se espera que los factores emocionales relacionados con reparación emocional, claridad emocional y reevaluación cognitiva sean predictores negativos de ansiedad, depresión y afecto negativo en ambas poblaciones.	Aceptada: (reevaluación predictor negativo ansiedad FM)**
	Aceptada: (reparación predictor negativo ansiedad en sanas)**
	Aceptada: (reparación predictor negativo depresión en sanas)**
	Aceptada: (reparación predictor negativo afecto negativo en FM y en sanas).**
	Rechazada: (claridad predictor negativo ansiedad, depresión y afecto negativo en ambas poblaciones).
	Rechazada: (reevaluación predictor negativo depresión y afecto negativo en ambas poblaciones)
17ª Hipótesis: Se espera que los factores emocionales relacionados los déficits de identificación y lenguaje emocional y con supresión emocional sean predictores positivos de ansiedad, depresión y afecto negativo en ambas poblaciones.	Aceptada: (supresión predictor positivo ansiedad, depresión y afecto negativo en FM)**
	Aceptada: (supresión predictor positivo ansiedad y depresión en sanas)**
	Aceptada: (déficit predictor positivo ansiedad y depresión y afecto negativo en sanas)**
	Aceptada: (déficit predictor positivo afecto negativo en FM)**
	Rechazada: (déficit predictor positivo de ansiedad y depresión en FM).
	Rechazada: (supresión predictor positivo de afecto negativo en sanas).

<p>18ª Hipótesis: Se espera que los factores emocionales relacionados con reparación emocional, claridad emocional y reevaluación cognitiva sean predictores positivos tanto del afecto positivo, como del bienestar psicológico global y de las dimensiones que lo integran en ambas poblaciones.</p>	<p>Aceptada: (claridad predictor positivo afecto positivo (FM) y bienestar psicológico en ambas poblaciones)**</p>
	<p>Aceptada: (reevaluación predictor positivo afecto positivo en FM)**</p>
	<p>Aceptada: (reparación predictor positivo afecto positivo y bienestar psicológico en ambas poblaciones)**</p>
	<p>Rechazada: (reevaluación predictor positivo afecto positivo y bienestar psicológico en sanas)** <i>(reevaluación predictor negativo bienestar psicológico en sanas)*</i></p> <p>Rechazada: (reevaluación predictor positivo bienestar psicológico en FM)</p>
<p>OBJETIVO V: Perfiles diferenciales en función de los procesos afectivos y relación con variables de salud-enfermedad.</p>	
<p>19ª Hipótesis: Se espera encontrar un perfil diferencial afectivo en función de los factores emocionales resultantes del análisis factorial en ambas poblaciones, siendo este diferente para población con FM y para población sana.</p>	<p>Aceptada</p>
<p>20ª Hipótesis: Se espera encontrar un perfil diferencial afectivo entre las mujeres con FM en comparación con las mujeres sanas en el que los factores significativos en la diferenciación sean los relacionados con los procesos de alexitimia (déficits) y el proceso de reparación emocional.</p>	<p>Aceptada: (supresión emocional como factor diferenciador significativo)*</p>
<p>21ª Hipótesis: Asimismo, se espera que las variables de salud-enfermedad evaluadas en la población con FM que se vean afectadas por los diferentes perfiles sean las variables de ansiedad, depresión, afecto positivo y negativo y bienestar, no esperando que las variables de dolor y limitación funcional presenten puntuaciones significativas en dicha diferenciación.</p>	<p>Aceptada</p>
<p>22ª Hipótesis: En contraste con la población de mujeres con FM, se espera encontrar un perfil diferencial afectivo entre las mujeres sanas en el que los procesos significativos para la diferenciación sean los factores relacionados con los procesos de reparación, claridad, atención, déficit de identificación emocional y supresión.</p>	<p>Aceptada: (reparación emocional)**/(claridad emocional)**/(supresión emocional)**/(déficit de identificación emocional)**</p>
<p>23ª Hipótesis: Asimismo, se espera que tanto la sintomatología (ansiedad, depresión y afecto negativo), como las variables de salud (bienestar y afecto positivo) evaluadas en la población sana presenten diferencias estadísticamente significativas en función de los perfiles resultantes.</p>	<p>Aceptada</p>

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. En relación con la estructura factorial resultante se han obtenido seis factores que integran dos procesos adaptativos (reparación emocional y claridad emocional), tres procesos desadaptativos (supresión emocional, déficit de identificación emocional, atención emocional), y un proceso que ejerce un doble papel en los intentos de la regulación afectiva en función de la población estudiada (reevaluación cognitiva).
2. La reparación emocional, el déficit de identificación emocional y la claridad emocional han sido los procesos afectivos significativos que establecen diferencias entre ambas poblaciones, siendo las personas con FM las que presentan menores niveles de reparación emocional y claridad emocional, y mayores niveles de déficit de identificación emocional.
3. En relación con las diferencias en la sintomatología y las variables positivas de salud entre mujeres sanas y con FM, los resultados ponen de manifiesto que las mujeres con FM presentan puntuaciones significativamente más elevadas tanto en la sintomatología ansiosa y depresiva como en el afecto negativo, y significativamente menores en el afecto positivo y en el bienestar psicológico. Igualmente, las mujeres con FM presentan significativamente menor autoeficacia que las mujeres sanas.
4. Los porcentajes de varianza de las variables resultado de salud-enfermedad explicados por los procesos emocionales son considerablemente inferiores en la población con fibromialgia (con la única excepción del afecto positivo). Otras variables cognitivas como la autoeficacia pueden cumplir un papel determinante en los niveles de salud de las mujeres afectadas por la enfermedad crónica. Concretamente, se encuentra que el proceso de reparación emocional es el que media la relación tanto de la autoeficacia general como de la autoeficacia en el control de dolor y determinados resultados de salud-enfermedad en población con FM.
5. La supresión emocional ha sido el único proceso afectivo predictivo del umbral de dolor (a mayor supresión, menor umbral); ningún proceso emocional ha sido significativo en su papel predictivo sobre la intensidad de dolor y la limitación funcional en FM, lo que implica que mientras los procesos emocionales son relevantes en la predicción de variables

relacionadas con la sintomatología afectiva, no lo son sin embargo en el dolor y en la limitación funcional.

6. La reparación emocional, el déficit de identificación emocional y la supresión emocional son los procesos que diferencian dos perfiles de mujeres con fibromialgia (adaptativo vs. no adaptativo); además éstos resultan significativos en las diferencias tanto en la sintomatología asociada a la enfermedad, como en las variables de salud-enfermedad evaluadas, a excepción de la percepción de dolor y la limitación funcional. En las mujeres sanas se incluye adicionalmente la claridad emocional como otro proceso significativo de diferenciación, existiendo igualmente diferencias respecto a ambos perfiles en las variables resultado a excepción del afecto negativo.

7. Los resultados obtenidos evidencian la necesidad de plantear intervenciones terapéuticas centradas en el entrenamiento de habilidades de procesamiento emocional con el objetivo de mejorar su bienestar psicológico, sus emociones positivas y su calidad de vida. Se podría integrar el entrenamiento en reparación emocional, la disminución de los déficits de identificación emocional dotando a las mujeres afectadas de estrategias de claridad y etiquetación emocional, y el entrenamiento en estrategias de expresión emocional.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

- Aaron, L. A., Bradley, L. A., Alarcon, G. S., Triana-Alexander, M., Alexander, R. W., Martin, M. Y., Alberts, K. R. (1997). Perceived physical and emotional trauma as precipitating events in fibromyalgia. Associations with health care seeking and disability status but not pain severity. *Arthritis & Rheumatism*, 40 (3), 453-460.
- Aaron, L.A., Bradley, L.A., Alarcon, G.S., Alexander, R.W., Triana-Alexander, M., Martin, M.Y., Alberts, K.R. (1996). Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care seeking behavior rather than to illness. *Arthritis & Rheumatism*, 39, 436-445.
- Aaron, L.A., Buchwald, D. (2003). Chronic diffuse musculoskeletal pain, fibromyalgia and co-morbid unexplained clinical conditions. *Best Practice Research Clinical Rheumatology*, 17, 563-574
- Abeles, A.M., Pillinger, M.H., Solitar, B.M., Abeles, M. (2007). Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. *Annals of Internal Medicine*, 146, 726-34.
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hankin, B. L., Haefel, G. J., MacCoon, D. G., y Gibb, B. E. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context. En I. H. Gotlib y C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression*. New York: Guilford.
- Adeyemo, D.A. (2008). El efecto amortiguador de la inteligencia emocional sobre la adaptación de estudiantes de educación secundaria en transición. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6-3 (2), 79-90.
- Adsuar, J.C, Olivares, P.R., del Pozo-Cruz, B., Parraca, J.A., Gusi, N. (2011). Test-retest reliability of isometric and isokinetic knee extension and flexion in patients with fibromyalgia: evaluation of the smallest real difference. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 92(10), 1646-51.
- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., Abeles, M., Zautra, A., Karoly, P. (2001). Women's pursuit of personal goals in daily life with Fibromyalgia: a value-expectancy analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (4), 587-596.
- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., y Higgins, P. (1992). Neuroticism and the pain-mood relation in rheumatoid arthritis: Insights from a prospective daily study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 119-126.
- Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H., Higgins, P., Abeles, M. (1996). Sequential daily relations of sleep, pain intensity, and attention to pain among women with fibromyalgia. *Pain*, 68, 363-368.
- Ahles, T. A., Khan, S. A., Yunus, M. B., Spiegel, D. A., Masi, A. T. (1991). Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis, and subjects without pain: A blind comparison of DSM-III diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1721-1726.
- Ahles, T. A., Yunus, M. B., Riley, S. D., Bradley, J. M., Masi, A. T. (1984). Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*, 27 (10), 1101-1106.
- Ahles, T.A., Yunus, M.B., Masi, A.T. (1987) Is chronic pain a variant of depressive disease? *Pain*, 29, 105-111.
- Akil, H., Watson, S.J., Berger, P.A., Barchas, J.D. (1978). Endorphins, beta-LPH, and ACTH: biochemical, pharmacological and anatomical studies. *Advances in biochemical psychopharmacology*, 18, 125-139,
- Albornoz, J., Povedano, J., Quijada, J., De la Iglesia, J.L., Fernández, A., Pérez Vilchez, D. (1997). Características clínicas y sociolaborales de la fibromialgia en España: descripción de 193 pacientes. *Revista Española de Reumatología*, 24, 38-44.
- Alda, M., García Campayo, J., Pascual, A., Olmedo, M. (2003). Aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Monogr Psiquiatria*, 4, 32-40.
- Alegre, C., Ramentol, M., Berga, S. (2001). Fibromialgia. *Reumatología en Atención Primaria*; 39: 40-52.
- Alexander, R.W., Bradley, L.A., Alarcon, G.S., Triana-Alexander, M., Aaron, L.A., Alberts, K.R., Martin, M.Y., Stewart, K.E. (1998). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage. *Arthritis Care & Research*, 11(2), 102-15.
- Alfieri, S., Sigal, M., Landau, M. (1989). Primary fibromyalgia syndrome a variant of depressive disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51, 156-161.
- Almedom, A.M., & Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD anymore than health is the

- absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 127-143.
- Alonso, C., Loevinger, B.L., Muller, D., Coe, C.L. (2004). Menstrual cycle influences on pain and emotion in women with fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 451-458.
- Altunoren, O., Orhan, F., Nacitarhan, V., Ozer, A. Karaaslan, M., Altunoren, O. (2011). Evaluation of depression, temperament and character profiles in female patients with fibromyalgia syndrome. *Archives of Neuropsychiatry*, 3, 300-667.
- Álvarez-Lario, B., Alonso-Valdivieso, J.L., Alegre López, J., Viejo Bañuelos, J.L., Marañón-Cabello, A. (1996). Síndrome de fibromialgia: características clínicas de las pacientes españolas. *Revista Española de Reumatología*, 23, 76-82.
- Anarte, M.T., López, A.E., Ramírez, C., Esteve, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología*, 16(2), 133-141.
- Anderberg, U. M., Marteinsdottir, I., Theorell, T., von-Knorrning, L. (2000). The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls. *European Psychiatry*, 15 (5), 295-301.
- Anderberg, U.M., Liu, Z., Berglund, L., Nyberg, F. (1998). Plasma levels on nociceptin in female fibromyalgia syndrome patients. *Z Rheumatol*, 57 (2), 77-80.
- Anderberg, U.M., Marteinsdottir, I., Hallman, J., Backstrom, T. (1998). Variability in cyclicality affects pain and other symptoms in female fibromyalgia syndrome patients. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 6, 5– 22.
- Anderberg, U.M., Marteinsdottir, I., Hallman, J., Ekselius, L., Baeckstroem, T. (1999). Symptom perception in relation to hormonal status in female fibromyalgia syndrome patients. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 7, 21–38.
- Anderberg, U.M., Uvnäs-Moberg. (2000). Plasma oxytocin levels in female fibromyalgia syndrome patients. *Z Rheumatol*, 59, 373-379.
- Andersen, J.E., Isacson, S., Lindgren, A., Orback, P. (1999). The experience of pain from the shoulder-neck area related to the total body pain, self-experienced health and mental distress. *Pain*, 82(3), 289-295.
- Anema, J.R., Steenstra, I.A., Bongers, P.M., de Vet, H.C., Knol, D.L., Loisel, P.(2009). Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine*, 32,291-8.
- Ang, D., Wilke, W.S. (1999). Diagnosis, ethiology, and therapy of fibromyalgia. *Comprehensive Therapy*, 25, 221-27.
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4^a ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Arnold, L.M. (2006). Biology and therapy in fibromyalgia: new therapies in fibromyalgia. *Arthritis Research and Therapy*, 8, 212.
- Arnold, L.M., Hudson, J.I., Keck P.E., Auchenbach, M.B., Javaras, K.N., Hess, E.V. (2006). Comorbidity of Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1219-1225.
- Arnold, M. B. (1960). *Emotions and Personality* (2 vols.). New York: Columbia University P ress.
- Arnold, M. B. (1960a). *Emotion and personality: (Vol. 1). Psychological aspects*. New York, NY: Columbia University Press.
- Arroyo, J.F., Cohen, M.L. (1993). Abnormal responses to electrocutaneous stimulation in fibromyalgia, *Journal of Rheumatology*, 20(11), 1925-31.
- Asmundson, G. J. G. (1999). Anxiety sensitivity and chronic pain: Empirical findings, clinical implications, and future directions. En S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 269–286). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Asmundson, G.J., Norton, P.J., & Norton, G.R. (1999). Beyond pain: The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19, 97–119.
- Augusto-Landa, J.M. y Montes-Berges, B. (2009). Perceived emotional intelligence, health and somatic symptomatology in nursing students. *Individual Differences Research*, 7(3), 197-211.
- Averill, J. R. (1980). A constructionist view of emotion. In R. Plutchik and H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research, and experience* (Vol. 1, pp. 305–39). New York, NY: Academic Press.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. (Prefacio Martin

- E.P. Seligman). Madrid: Alianza.
- Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., Taylor G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale I: item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bailey, K. M, Carleton, R.N., Vlaeyen, J. M. y Asmundson, G. J. (2010). Treatments addressing pain-related fear and anxiety in patients with chronic musculoskeletal pain: a preliminary review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 46-63.
- Baker R., Holloway J., Thomas P. W., Thomas S. y Owens M. (2004). Emotional processing and panic. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1271-1287.
- Ballina, F.J., Martín, L., Iglesias, G., Hernández. (1995). *La Fibromialgia*. Revisión clínica.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción. Fundamentos Sociales*. Barcelona: Martínez Roca
- Bandura, A., Cioffi, D., Taylor, C.B., Brouillard, M.E. (1998). Perceived self-efficacy in coping with cognitive stressors and opioid activation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 479-488.
- Banks, S.M., Kerns, R.D. (1996). Explaining high rates of depression and pain: does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97, 18-34.
- Barasi, S., Lynn, B. (1986). Effect of sympathetic stimulation on mechanoreceptive and nociceptive afferent units from the rabbit pino. *Brain Research*, 378, 21-27.
- Bargh, J.A. (1984). Automatic and conscious processing of social information. En R.S. Wyer Jr. y T.K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (Vol. 3, pp. 1-43). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Barlow, D. H. (2002). The phenomenon of panic. En D. H. Barlow (dir.), *Anxiety and its disorders* (2ª ed.), (pp. 105-138). Nueva York: The Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B. y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barlow, J.H., Cullen, L.A., Rowe, I.F. (2002). Educational preferences, psychological well-being and self-efficacy among people with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counselling*, 46(1), 11-19.
- Barlow, J.H., Cullen, L.A., y Rowe, I.F. (2002). Educational preferences, psychological well-being and self-efficacy among people with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling*, 46(1), 11-19.
- Bar-On, R. (1997). *Emotional Quotient Inventory: A measure of emotional intelligence*. Technical Manual: Multi Health Systems.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. En R. Bar-On y J.D.A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 363-388). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bar-on, R., Brown, J.M., Kikcaldy, B.D. y Thome, E.P (2000). Emotional expression and implications for occupational stress: an application of the Emotional Quotient Inventory (EQ-I). *Personality and Individual Differences*, 28, 1107-1118.
- Baron, R.M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Barrett, L. F. (2006). Solving the emotion paradox: Categorization and the experience of emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 20-46.
- Barrett, L. F. (2009). The future of psychology: Connecting mind to brain. *Perspectives in Psychological Science*, 4, 326-339.
- Barrett, L. F., & Bliss-Moreau, E. (2009). Affect as a psychological primitive. *Advances in Experimental Social Psychology*, 41, 167-218.
- Barrett, L. F., Gross, J., Christensen, T. C., y Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15, 713-724.
- Barrett, L. F., Mesquita, B., Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2007). The experience of emotion. *Annual Review of Psychology*, 58, 373-403.

- Barrett, L. F., Tugade, M. M., & Engle, R. W. (2004). Individual differences in working memory capacity and dual-process theories of the mind. *Psychological Bulletin*, 130, 553–573.
- Bartels, E. M., Dreyer, L., Jacobsen, S., Jespersen, A., Bliddal, H. (2009). Fibromyalgia, diagnosis and prevalence. Are gender differences explainable? *Ugeskrift for Læger*, 171(49), 3588-92.
- Baumstark, K.E., Buckelew, R.M. (1992). Fibromyalgia: clinical signs, research findings, treatment implications, and future directions. *Annals of Behavioral Medicine*, 14, 282-291
- Beck, A.T. (1976/1979) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Penguin Books.
- Becker, T. y Newsom, W.(2005). Resilience in the Face of Serious Illness Among Chronically Ill African Americans in Later Life. *Journal of Gerontology Biopsychology* 60(4), 214-223.
- Beevers, C. G. (2005). Cognitive vulnerability to depression: A dual process model. *Clinical Psychology Review*, 25, 975-1002.
- Beevers, C. G. y Carver, C. S. (2003). Attentional bias and mood persistence as prospective predictors of dysphoria. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 619-637.
- Belcher, J. T. (2009). *Optimism, psychological well-being, and quality of life in females with Fibromyalgia Syndrome*, Capella University.
- Bengtsson, A., Henrikson, K.G., Jorfeldt, L., Kadedal, B., Lennmarken, C., Lindstrom, F. (1986). Primary fibromyalgia. A clinical and laboratory study of 55 patients. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 15, 340-347.
- Bengtsson, A., Henriksson, K.G., Lason, J. (1986). Reduced high-energy phosphate levels in the painful muscles of patients with primary fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 19, 817-821.
- Bennet, R.M., Clark, S.R., Campbell, S.M., Burkhardt, C.S. (1992). Low levels of somatomedin C in fibromyalgia. A neuroendocrine defect involving the sleep related secretion of growth hormone. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 94, 35-45.
- Bennett, R.M. (1993). Fibromyalgia syndrome: myofascial pain and the chronic fatigue syndrome. En: W.N. Kelley, E.D. Harris, S. Ruddy, C.B. Sledge (Eds.), *Textbook of rheumatology*. 4a ed. (pp. 471-483). Filadelfia: W.B. Saunders.
- Bennett, R.M. (2002). Rational management of fibromyalgia. Rheumatic Diseases. *Clinics of North America*, 28, 13-15.
- Bennett, R.M., Burckhardt, C.S., Clark, S.R., O'Reilly, C.A., Wiens, A.N., Campbell, S.M. (1996). Group treatment of fibromyalgia: A 6-month outpatient program. *Journal of Rheumatology*, 23, 521-528.
- Bennett, R.M., Clark, S.R., Goldberg, L., Nelson, D., Bonafede, R.P., Porter, J., Specht, D. (1989). Aerobic fitness in patients with fibrositis: a controlled study of respiratory gas exchange and xenon clearance from exercising muscle. *Arthritis & Rheumatism*, 32, 454-460.
- Berenbaum, H y Prince J.D. (1994). Alexithymia and the interpretation of emotion-relevant information. *Cognition & Emotion*, 8, 3, 231-244.
- Berkowitz, L. (1978). Do we have to believe we are angry with someone in order to display angry or aggression toward that person? En L. Berkowitz (Comp.), *Cognitive Theories in Social Psychology: Papers from Advances in Experimental Social Psychology*. New York: Academic Press.
- Birnie, D.J., Knipping, A.A., van Rijswijk, M.H., de Blecourt, A.C., de Voogd N. (1991). Psychological aspects of fibromyalgia compared with chronic and nonchronic pain. *The Journal of Rheumatology*, 18, 1845-1848.
- Bleiker, E.M. (1995). *Personality Factors and breast cancer*. Dordrecht: ICG Printing.
- Blumer, D., Heilbronn, M. (1981). The pain-prone disorder: a clinical and psychological profile. *Psychosomatics*, 22, 395-397, 401-402.
- Blumer, D., Heilbronn, M. (1981). The pain-prone disorder: a clinical and psychological profile. *Psychosomatics*, 22, 395-397, 401-402.
- Blumer, D., Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease the pain prone disorder. *Journal of nervous and mental disease*, 170, 381-406.
- Boersma, K., y Linton, S.J. (2005). Screening to identify patients at risk. Profiles of psychological risk factors for early intervention. *Clinical Journal of Pain*, 21 (1), 38-43. OJO!!!! En el texto aparece 2003

- Bolles, R.C., Fanselow, M.S. (1980). A perceptual-defensive-recuperative model of fear and pain. *Behavioral and Brain Sciences*, 3, 291-323.
- Bondy, B., Spaeth, M., Offenbaecher, M., Glatzeder, K., Stratz, T., Schwarz, M. (1999) The T102C polymorphism of the 5HT2A receptor gene in fibromyalgia. *Neurobiology of Disease*, 6: 433-439.
- Bonnano, G.A. (2001). Emotion self-regulation. En T.J. Mayer y G.A. Bonano (eds.), *Emotions. Current issues and future directions* (pp.251-285). Nueva York: The Guilford Press.
- Boothby, J. L., Thorn, B. E., Stroud, M. W., y Jensen, M. P. (1999). Coping with chronic pain. In R. J. Gatchel y D. J. Turk (Eds.), *Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives* (pp. 343-359). New York: Guilford Publications.
- Borden, J. W., Clum, G. A., Broyles, S. E. y Watkins, P. L. (1988). Coping strategies and panic. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 339-352.
- Borkovec TJ, Nau SD. (1995) Credibility of analogue therapy rationales. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 3, 257-60.
- Borkovec, T. D. y Whisman, M. A. (1996). Psychological treatment for generalized anxiety disorder. En M. R. Mavissakalian y R. F. Prien (dirs.), *Long-term treatments of anxiety disorders* (pp. 171-199). Washington: American Psychiatric Association.
- Borman, P., Celiker, R., Hascelik, Z. (1999). Muscle performance in Fibromyalgia syndrome. *Rheumatology Internal*. 19, 27-30.
- Borman, P., Celiker, R. (2001). Fibromyalgia versus Rheumatoid Arthritis: A Comparison of Psychological Disturbance and Life Satisfaction. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 9(1), 35-45.
- Börsbo, B., Gerdle, B., y Peolsson, M. (2010). Impact of the interaction between self-efficacy, symptoms and catastrophising on disability, quality of life and health in with chronic pain patients. *Disability and Rehabilitation*, 32(17), 1387-1396.
- Bower, J.E., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., & Fahey, J.L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 979-986.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine; 1969.
- Bradley, B., Mogg, K., Galbraith, M., y Perrett, A. (1993). Negative recall bias and neuroticism: State vs. trait effects. *Behavior Research and Therapy*, 31, 125-127.
- Bradshaw, J.L. (1989). *Hemispheric specialization and psychological function*. Chichester: Wiley.
- Broderick, J, E., Junghaenel DU, Schwartz JE. (2005). Written emotional expression produces health benefits in fibromyalgia patients. *Psychosomatic Med*. 67, 326-34.
- Brosschot, J.F. (2002). Cognitive-emotional sensitization and somatic health complaints, *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 113.121.
- Brosschot, J.F., Aarsse, H.A. (2001). Restricted emotional processing and somatic attribution in fibromyalgia. *International Journal Psychiatry in Medicine*, 31(2), 127-146.
- Brown, G. T., and Greenwood-Klein, J. (2003). Therapeutic approaches to fibromyalgia syndrome in the United Kingdom: a survey of occupational therapists and physical therapists. *European Journal of Pain*.
- Brown, G. T., Dlisle, R., Gagnon, N. y Sauvé, A. E. (2001). Juvenile Fibromyalgia Syndrome: Proposed management using a Cognitive-Behavioral approach. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 21(1), 19-36.
- Brown, G.K., Nicassio, P.M. (1987). The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53- 65.
- Buck, R. (1984.). On the definition of emotion: Functional and structural considerations. *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 4(1), 44- 47.
- Buck, R. (1999). The biological affects: A typology. *Psychological Review*, 106, 301-336.
- Buckelew, S.P., Murray, S.E., Hewett, J.E., Johnson, J. y Huyser, B. (1995). Self-efficacy, pain and physical activity among fibromyalgia subjects. *Arthritis Care and Research*, 8, 43-50.
- Burckhardt, C.S. y Bjelle, A. (1996). Perceived control: a comparison of women with fibromyalgia,

- rheumatoid arthritis, and systemic lupus erythematosus using Swedish version of the Rheumatology Attitude Index. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 25, 300-306.
- Burckhardt, C.S., Clark, S.R., Bennett, R.M. (1993). Fibromyalgia and quality of life: A comparative analysis. *Journal of Rheumatology*, 20, 475-79.
- Burckhardt, C.S., Clark, S.R., O'Reilly, Bennett, R.M. (1997). Pain-coping strategies of women with fibromyalgia: relationship to pain, fatigue and quality of life. *Journal of musculoskeletal pain*, 5(3), 5-21.
- Burckhardt, C.S., Clark, S.R., y Bennett, R.M. (1991). The fibromyalgia impact questionnaire: Development and validation. *The Journal of Rheumatology*, 12(5), 728-733.
- Burgmer, M., Pogatzki-Zahn, E., Gaubitz, M., Wessoleck, E., Heuft, G., Pfliegerer, B. (2009). Altered brain activity during pain processing in fibromyalgia. *Neuroimage*, 44(2), 502-8.
- Burns, J.W., Johnson, B.J., Devine, J., Mahoney, N., & Pawl, R. (1998) Anger management style and the prediction of treatment outcome among male and female chronic pain patients. *Behaviour Research & Therapy*, 36, 1051-1062.
- Burri A.V., Cherkas L.M. y Spector T.D. (2009). Emotional intelligence and its association with orgasmic frequency in women. *Journal of Sexual Medicine*, 6 (7), 1930-1937.
- Buskila, D. (2001). Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and miofascial pain syndrome. *Current Opinion in Rheumatology*, 13, 117-127.
- Buskila, D., Sarzi-Puttini, P., Ablin, J.N. (2007). The genetics of fibromyalgia syndrome. *Pharmacogenomics*, 8, 67-74.
- Cacioppo, J. T., & Gardner, W. L. (1999). Emotion. *Annual Review of Psychology*, 50, 191-214.
- Calabozo, M., Raluy, A., Llamazares, A.I., Muñoz, M.T., Alonso-Ruiz, A., (1990). Síndrome de fibromialgia (fibrositis) tan frecuente como desconocido. *Medicina Clínica*; 64,173-5.
- Calandre E.P., Garcia-Carrillo J., Garcia-Leiva J.M., Rico-Villademoros, F., Molina-Barea, R., y Rodriguez-Lopez CM. (2010). Subgrouping patients with fibromyalgia according to the results of the fibromyalgia impact questionnaire: a replication study. *Rheumatology International*, 20.
- Campbell, S.M., Clark, S., Tindall, E.A., Forehand, M.E., Bennett, R.M. (1983). Clinical characteristics of fibrositis I. A "blinded", controlled study of symptoms and tender points. *Arthritis & Rheumatism*, 26, 817-24.
- Campus Sánchez, S. (2000). Epidemiología de la Fibromialgia. *Revista Española de Reumatología*, 27, 417-420.
- Cannon, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotions. A critical examination and an alternative theory. *American Journal of Psychology*, 39, 106-124.
- Cano Vindel, A. Miguel Tobal, J.J. Emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) y Salud. I Congreso Virtual de Psiquiatría (2000); Conferencia 28 CI-A: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_a.htm.
- Carrolles, J. A. (1993). Prólogo. En M. A. Simón (Ed.), *Psicología de la salud: aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2004). Optimism. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 231-243). Oxford, England: Oxford University Press.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. (1990). *Perspectives on personality* (Segunda Edición). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon
- Carver, C. S.; White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 319-333.
- Carver, C.S., Lawrence, J.W. y Scheier, M.F. (1996). A control-process perspective on the origins of affect. En L.L. Martin y A. Tesser (Eds.), *Striving and feeling: Interactions among goals, affect and regulation* (pp. 11-52). Mahwah: Erlbaum.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K.(1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Carveth, D.J., y Carveth, J.H. (2003). Fugitives from Guilt: postmodern demoralization and the new hysterias.

American Imago, 60(4), 445-479.

Catanzaro, S. J., Wasch, H. H., Kirsch, I., y Mearns, J. (2000). Coping-related expectancies and dispositions as prospective predictors of coping responses and symptoms. *Journal of Personality*, 68, 757-788.

Cathey, M.A., Wolfe, F., Roberts, F.K. (1990). Demographic work disability, service utilization, and treatment characteristics of 620 fibromyalgia patients in rheumatologic practice. *Arthritis Care and Research*, 33 (10), 21-38.

Catley, D., Kaell, A. T., Kirschbaum, C., Stone, A.A. (2000). A naturalistic evaluation of cortisol secretion in persons with fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 13 (1), 51-61.

Celikel, F.C.; Saatcioglu, O. (2006). Alexithymia and anxiety in female chronic pain patients. *Annals of General Psychiatry*, 5, 13.

Chaitow, L. 2003. Condition associate with fibromyalgia. En L. Chaitow, P. Baldry, J. Dommehorl, G. Honeyman-Lowe, T.S. Issa, C. McMakin y P.J. Watson. (Eds.), *Fibromyalgia Syndrome: a practitioner's guide to treatment*. (pp. 41-88). London: Churchill Livingstone.

Chapman, C.R., Turner, J.A. (1986). Psychological control of acute pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1, 9-20.

Chapman, C.R. (1978) "Pain: The perception of noxious events". En R. Sternbach (Ed.), *The Psychology of Pain* (pp. 196-202). New York: Raven Press.

Choi, B., Rowbotham, M.C. (1997). Effect of adrenergic receptor activation on post-herpetic neuralgia pain and sensory disturbances. *Pain*, 69, 55-63.

Choliz, M. (1996). *Psicología de la motivación y emoción: Un análisis conceptual*. Valencia: C.S.V., D.L.

Ciarrochi, J. V., Chan, A. Y.C., y Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28, 539-561.

Ciarrochi, J., Forgas, J.P. y Mayer, J.D. (Eds.) (2006). *Emotional intelligence in everyday life* (2ª ed.). New York, NY: Psychology Press.

Cigarán, M. (2011). Regulación de la actividad y adaptación social y ocupacional. En Peñacoba, C. (Ed.) *Fibromialgia y promoción de la salud. Herramientas de intervención psicosocial*. (Pp 299-344). Madrid: Dykinson.

Cigarán, M. y Peñacoba, C. (2011). Familia y Salud. En Peñacoba, C. (Ed.) *Fibromialgia y promoción de la salud. Herramientas de intervención psicosocial*. (pp491-527). Madrid: Dykinson.

Cigaran, M. (2012). Estrés, limitación funcional y sintomatología asociada en mujeres con fibromialgia. Influencia de las variables afectivas y de percepción de control. Tesis doctoral no publicada. Universidad Rey Juan Carlos.

Cioffi, D., & Holloway, J. (1993) Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality & Social Psychology*, 64, 274-282.

Clark, L.A., Watson, D., Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.

Clark, S., Campbell, S. M., Forehand, M. E., Tindall, E. A., & Bennett, R. M. (1985). Clinical characteristics of fibrositis. II. A "blinded," controlled study using standard psychological tests. *Arthritis & Rheumatism*, 28(2), 132-137.

Clauw, C. (2007). Fibromyalgia: Update on Mechanisms and management. *Journal of Clinical Rheumatology*, 13, 102-109.

Clauw, D.J., Chrousos, G.P. (1997). Chronic pain and fatigue syndromes: overlapping clinical and neuroendocrine features and potential pathogenic mechanisms. *Neuroimmunology*, 4, 134-53.

Clore, G. L., & Ortony, A. (2008). Appraisal theories: How cognition shapes affect into emotion. En M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (3rd ed., pp. 628-642). New York, NY: Guilford.

Coates, D., y Winston, T. (1983). The dilemma of distress disclosure. En V.J. Derlega y J.H. Berg (Eds.) *Integrations of clinical and social psychology* (pp 154-170). New York: Oxford University Press.

Coen, S.J., & Sarno, J.E. (1989). Psychosomatic avoidance of conflict in back pain. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 17, 359-376.

- Coffey, E., Berenbaum, H., y Kerns, J. G. (2003). The dimensions of emotional intelligence, alexithymia, and mood awareness: Associations with personality and performance on an emotional stroop task. *Cognition and Emotion*, 17, 671-679.
- Cohen, H., Neumann, L., Haiman, Y., Matar, M. A., Press, J., Buskila, D. (2002). Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome?, *Seminars Arthritis & Rheumatism*, 32 (1), 38-50.
- Cohen, H., Pickar, D., Dubois, M. (1983). The role of the endogenous opioid system in the human stress response. *Psychiatric clinics of North America*, 6, 457-471.
- Cole, P. M., Martin, S. E., y Dennis, T. A. (2004). Emotion Regulation as a Scientific Construct: Methodological Challenges and Directions for Child Development Research. *Child Development*, 75, 317-333.
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (240), 73–100.
- Collins, D.H. (1940). *Fibrositis and infection. Annals of Rheumatism Disease*, 2, 114-126.
- Cook, D.B., Lange, G., Ciccone, D.S., Liu, W.C., Steffener, J., Natelson, B.H. (2004) Functional imaging of pain in patients with primary fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 31(2), 364-78.
- Cortes, V. L., & Bugental, D. B. (1994). Children's visual avoidance of threat: A strategy associated with low social control. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40, 82–97.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38,668-678.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992a). Four Ways Five Factors are Basic. *Personality and Individual Differences*, 13,653-665.
- Costa, P. T. & McCrae, R.R. (1992b). Nonnal Personality Assessment in Ciinical Practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4,5-13.
- Cöster, L., Kendall, S., Gerdle, B., Henriksson, C., Begnsston, A. (2008).Chronic widespread musculoskeletal pain- a comparison of those who met criteria for fibromyalgia and those who do not. *European Journal of Pain*, 12, 600-610.
- Covic, T., Adamson, B., Spencer, D., Howe, G. (2003).A biopsychosocial model of pain and depression in rheumatoid arthritis: a 12-month longitudinal study. *Rheumatology*, 42(11), 1287-94.
- Coyne, J. C. y Racioppo, M.W. (2000) .Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55(6), 655-664.
- Crespo, E. (1986). A regional variation: Emotions in Spain. En R. H (Comp.), *The Social Construction of Emotions*. Cambridge: Blackweii.
- Crofford, L. J., Demitrack, M. A. (1996). Evidence that abnormalities of central neurohormonal systems are keys to understanding fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 22 (2), 267-284.
- Croft, P., Rigby, A. S., Boswell, R., Schollum, J., Silman, A. (1993). The prevalence of chronic widespread pain in the general population. *Journal of Rheumatology*, 20 (4), 710-713.
- Crombez, G., Eccelston, C., Van der Broeck, A., Goubert, L., Van Houdenhove, V. (2004). Hypervigilance to Pain in Fibromyalgia: The Mediating Role of Pain Intensity and Catastrophic Thinking About Pain. *Clinical Journal of Pain*, 20(2), 98-102.
- Crombez, G., Vlaeyen, J.W.S., Heuts, P.H.T.G., y Lysens R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80, 329–339.
- Currey, S.S., Rao, J.K., Winfield, J.B., Callahan, L.F. (2003). Performance of a generic health-related quality of life measure in a clinic population with rheumatic disease. *Arthritis & Rheumatism*, 49(5), 658-664.
- Dailey, P. A., Bishop, G. D., Russell, I. J., Fletcher, E. M. (1990). Psychological stress and the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 17 (10), 1380-1385.
- Dalgleish, T., Yiend, J., Schweizer, S. y Dunn., B .D. (2009). Ironic effects of emotion suppression when recounting distressing memories. *Emotion*, 9, 744-749.

- Damasio, A. R. (1996). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica (Orig. de 1994).
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York, NY: Harcourt Brace.
- Dao, T.T., Knight, K., Ton-That, V. (1998). Modulation of myofascial pain by the reproductive hormones: a preliminary report. *Journal Prosthet Dent*, 79, 663–70.
- Darwin, C. (1873/1984). *La expresion de las emociones en los animales y en el hombre*. Madrid: Alianza
- Davidson, R. J. (1992). Prolegomenon to the structure of emotion: Gleanings from neuropsychology. *Cognition & Emotion*, 6, 245–268.
- Davidson, R.J. (2000). Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55, 1196-1214.
- Davies, M., Stankov, L. y Roberts, R.D. (1998). Emotional Intelligence in search of an elusive construct, *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 989-1015.
- Davis, A. E. (1996). Primary care management of chronic musculoskeletal pain. *Nurse Practitioner*, 21(8),72, 75.
- Davis, M. (1992). The role of the amygdala in fear and anxiety. *Annual Review of Neuroscience*, 15, 353–375.
- Davis, M. C., Zautra, A. J., Reich, J. W. (2001). Vulnerability to stress among women in chronic pain from fibromyalgia and osteoarthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 23 (3), 215-226.
- Davis, M.C., Zautra, A. J., Smith, B.W. (2004). Chronic pain, stress, and the Dynamics of affective differentiation. *Journal of Personality*, 72, 1133-1159.
- De Gier M., Peters M.L., Vlaeyen J.W. (2003). Fear of pain, physical performance, and attentional processes in patients with fibromyalgia. *Pain*, 104, 121-30.
- De Souza, J.B., Goffaux, P., Julien, N., Potvin, S., Charest, J., Marchand, S. (2009). Fibromyalgia subgroups: profiling distinct subgroups using the Fibromyalgia Impact Questionnaire. A preliminary study. *Rheumatology International*, (5), 509-15.
- DeLongis, A., Folkman, S., Lazarus, R. S. (1988). Hassles, health, and mood: A prospective study with repeated daily measurements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 486-495.
- DeNeve, K., y Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- Denison, E., Asenlöf, P., Sandborgh, M., y Lindberg, P. (2007). Musculoskeletal pain in Primary Health Care: Subgroups based on pain intensity, disability, self-efficacy, and fear-avoidance variables. *The Journal of Pain*, 8 (1), 67-74.
- Dersh, J., Polatin, P., y Gatchel, R.J. (2002). Chronic pain and Psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64, 773-786.
- Desmeules, J.A., Cedraschi, C., Rapiti, E., Baumgartner, E., Finckh, A., Cohen P. (2003). Neurophysiologic evidence 2 years after diagnosis. *Journal of Rheumatology*, 21, 523-529.
- Devine, H., Stewart, S. H. y Watt, M. C. (1999). Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 145-158.
- Devine, P.G. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 5-18.
- DeWalt, D.A., Reed, G.W., Pincus, T. (2004). Further clues to recognition of patients with fibromyalgia from a simple 2-page multidimensional health assessment questionnaire (MDHAQ). *Clinical and Experimental Rheumatology*, 22(4), 453-461.
- Dewar, A., White, M., Posade, S.T. y Dillon, W (2003). Using normal group technique to assess chronic pain, patients' perceived challenges and needs in a community health region. *Health Expectations*, 6, 44-52.
- Dewaraja, R. y Sasaki, Y. (1990) A Left to Right Hemisphere Callosal Transfer Deficit of Nonlinguistic Information in Alexithymia. *Psychother Psychosom*, 54, 201–207.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dieendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), 572-577.
- Dick, B. D., Verrier, M., Harker, K. T. y Rashedi, S. (2008). Disruption of cognitive function in Fibromyalgia

Syndrome. *Pain*, 139, 610-616.

Dick, B., Eccleston, C. y Crombez, G. (2002). Attentional functioning in fibromyalgia, rheumatoid arthritis and musculoskeletal pain patients. *Arthritis and Rheumatism*, 47, 639-44.

Dickens, C., McGowan, L., Clark-Carter, D., Creed, F. (2002). Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 52-60.

Diener, E., Larsen, R. J., Levine, S. & Emmons, R.A. (1985). Intensity and frequency: Dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1253-1265.

Diener, E., Lucas, R.E. y Scallan, C.N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61, 305-314.

Dinerman, H., Goldenberg, D.L., Felson, D.T. (1986). A prospective evaluation of 118 patients with the fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology Disorders*, 3, 56-76.

Dobkin, P.L., DeCivita, M., Abrahamowicz, M., Baron, M. y Bernatsky, S. (2006). Predictors of health status in women with fibromyalgia: A prospective study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(2), 101-8.

Dommerholt, J. e Issa, T. S. (2003). Differential diagnosis: myofascial pain syndrome. En Chaitow, L., Baldry, P., Dommerholt, J., Honeyman-Lowe, G., Issa, T. S., McMakin, C. y Watsaon, P. J. (Eds.), *Fibromyalgia Syndrome: a practitioner's guide to treatment*. (pp. 149-177). London: Churchill Livingstone.

Drummond, P.D. (1995). Noradrenaline increases hyperalgesia to heat in skin sensitized by capsaicin. *Pain*, 60, 311-315.

Drummond, P.D. (1996). Independent effect of ischaemia and noradrenaline on thermal hyperalgesia in capsaicin- treated skin. *Pain*, 67, 129-133.

Duffy, E. (1941). An explanation of "emotional" phenomena without use of the concept "emotion." *The General Journal of Psychology*, 25, 283-293.

Duffy, E. (1957). The psychological significance of the concept of "arousal" or "activation." *Psychological Review*, 64, 265-275.

Eccleston, C., Crombez, G. Pain demands attention: A cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin*, 125(3), 356-366.

Ecija, C. y Velasco, L. (2011). Ansiedad y depresión. En Peñacoba, C. (Ed.) *Fibromialgia y promoción de la salud. Herramientas de intervención psicosocial*. (pp 245-291). Madrid: Dykinson.

Edwards R.R., Bingham, C.O., Bathon, J., y Haythornwaite, J.A. (2006). Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic disease. *Arthritis and Rheumatism*, 15, 324-32.

Edwards, R.R., Haythornthwaite, J.A., Sullivan, M.J., Fillingim, R.B. (2004). Catastrophizing as a mediator of sex differences in pain: differential effects for daily pain versus laboratory-induced pain. *Pain*, 111:335-341.

Ehring, T., Fischer, S., Schnulle, J., Bosterling, A. y Tuschen-Caffier, B. (2008) Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*, 44, 1574-1584.

Eisenberg, N. y Fabes, R.A. (1994). Emotion, regulation, and the development of social competence. En M S. Clark (Ed.), *Review of personality and social psychology*: Vol.14. Emotion and social behavior (pp. 119-150). Newbury Park, Ca:Sage.

Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental social- ization of emotion. *Psychological Inquiry*, 9, 241-273.

Ekici, G., Cavlak, U., Yağci, N., Baş Aslan, U., Can, T., Cobankara, V. (2010). Comparison of emotional status and physical activity between women with chronic widespread pain and fibromyalgia. *Agri*, 22(2), 61-7.

Ekman, P. (1972). Universal and cultural differences in facial expressions of emotions. En J. K. Cole (Ed.), *Nebraska symposium on motivation*, 1971 (pp. 207-283). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.

Ekman, P. (1994). Strong evidence for universals in facial expressions: A reply to Russell's mistaken critique. *Psychological Bulletin*, 115, 268-287.

Ekman, P., Campos, J.J., Davidson, R.J., and de Waal, F.B.M. (Eds.) (2003). *Emotions inside out: 130 years after Darwin's the expression of the emotions in man and animals*. New York: New York Academy of Sciences.

- Ekman, P., Levenson, R.W., y Friesen, W.V. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, 221(4616), 1208-1210.
- Ellsworth, P. C., y Scherer, K. R. (2003). Appraisal processes in emotion. In R. J. Davidson, K. R., Scherer & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 572–595). New York, NY: Oxford University Press.
- Ellsworth, P.C. y Smith, C. (1988). Shades of joy: patterns of appraisal, differentiating pleasant emotions. *Cognition and Emotion*. 2(4), 301-331.
- Emmons, R.A, & King, L.A. (1988). Conflict among personal strivings: Immediate and long-term implications for psychological and physical well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 54(6), 1040–1048.
- Engel, G.L. (1959). “Psychogenic” pain and the pain-prone patient. *American Journal of Medicine*, 26, 899-918.
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experimental self theory. En I. L.A. Pervin (Ed), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 165-192).
- Epstein, S. (1997). This I Have Learned from Over 40 Years of Personality Research. *Journal of Personality*, 65,1-13.
- Epstein, S.A., Kay, G., Clauw, D., Heaton, R., Klein, D., Krupp, L. (1999) Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia: A multicenter investigation. *Psychosomatic Medicine*, 40, 57-63.
- Ernberg M, Lunderberg T, Kopp S. (2003). Effects on muscle pain by intramuscular injection of granisetron in patients with fibromyalgia. *Pain*, 101, 275-82.
- Ernberg, M., Voog, U., Alstergree, P., Lundeberg, T., Koop, S. (2000). Plasma and serum serotonin levels and their relationship to orofacial pain and anxiety in fibromyalgia. *Journal of Orofacial Pain*, 14, 37-46.
- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C. (2003). *El desafío del dolor crónico*. Malaga. Aljibe.
- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., y López Martínez, A.E. (2007). Adjustment to chronic pain: the role of acceptance, coping strategies and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(2), 179-188.
- Evren, B., Evren, C., Guler, M., Hosafci, A. (2006) Clinical correlates of alexithymia in patients with fibromyalgia. *The Pain Clinic*. 18(1), 1-9.
- Extremera, N., Duran, A., Rey, L. (2009). The moderating effect of trait meta- mood and perceives stress on life satisfaction. *Personality and individual differences*. 47(2), 116-121.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. y Salovey, P. (2006). “Spanish Version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) Version 2.0: Reliabilities, Age, and Gender Differences”. *Psicothema*, 18, 42-48.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. y Cabello, R. (2006). Inteligencia emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12, 191-205.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life in middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47–59.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and incremental validity using the Trait Meta-Mood Scale. *Personality and Individual Differences*, 39, 937–948.
- Eysenck, H.J. (1994). Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 16, 167-215.
- Eysenck, M.W. (1992). *Anxiety: the cognitive perspective*. Hillsdale, NJ: LEA.
- F., Domino, M. I., Chaplin, W. F. (2001). Psychosocial and health status variables independently predict health care seeking in fibromyalgia. *Arthritis care and research*, 45, 362-371.
- Fassbender, H.G., Wegner, K. (1973). Morphologie and pathogenese des weichtell rheumatismus. *Z Rheumaforschg*, 32, 355-374.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H. y Spira, A. P. (2003). Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 403-411.
- Felson, D.T. y Goldenberg, D.L. (1986). The natural history of Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 29, 1522-1526.

- Fernandez, I., Zubieta, E. y Paez, D. (2000). Expresión e inhibición emocional en diferentes culturas. En D. Paez y M.M. Casullo (Eds.), *Cultura y Alexitimia: ¿ Como expresamos aquello que sentimos?* (pp.73-98). Buenos Aires: Paidós.
- Fernandez-Abascal, E.G (2008). Emociones positivas, psicología positiva y bienestar. En E.G. Fernandez-Abascal (eds.), *Psicología Positiva* (pp. 27-45). España: Ediciones pirámide.
- Fernández-Abascal, E.G. y Palmero, F.(1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel
- Fernández-Abascal, G. (2002). El estrés. En E.G. Fernández-Abascal y M.P. Jiménez (Eds.), *Control del estrés* (pp. 17-48). Madrid: UNED.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., Fernández-McNally, C., Ramos, N. S., y Ravira, M. (1998) Adaptación al castellano de la escala rasgo de metaconocimiento sobre estados emocionales de Salovey et al.: datos preliminares. *Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica*. Málaga.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N.S. (2004). Validity and reliability of the spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 251-254.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N. y Extremera, N. (2001) Inteligencia emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología*, 70, 79-95.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N. y Orozco, F. (2000). Inteligencia emocional y estado depresivo durante el embarazo. *Toko-Ginecología Práctica*, 59, 1-5.
- Fernández-Berrocal, P., y Ramos-Díaz, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 5, 247-260.
- Fields, H.L., Basbaum, A.I. (1999). Central nervous system mechanisms of pain modulation. En: P.D. Wall R. Melzack (Eds.): *Textbook of Pain* (pp 309-329). Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.
- Finset, A., Graugaard, P.K., Holgersen, (2006) Salivary cortisol response after a medical interview: the impact of physician communication behaviour, depressed affect and alexithymia. *Patient Education Counseling* 60(2), 115-24.
- Finset, A., Wigers, S.H., Gotestam K.G. (2004) Depressed mood impedes pain treatment response in patients with fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*. 31(5),976-80.
- Fishbain, D., Cutler, R., Rosomoff, H., y Rosomoff, R. (1997). Chronic pain associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? *A review. Clinical Journal of Pain*, 13, 116-37.
- Flett, G. L., Blankstein, K. R., & Obertynski, M. (1996). Affect intensity, coping styles, mood regulation expectancies, and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 20, 221–228.
- Folkman, S., Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654.
- Fontaine, K.R., Conn, L., Clauw, D.J. (2010). Effects of lifestyle physical activity on perceived symptoms and physical function in adults with fibromyalgia: results of a randomized trial. *Arthritis Research & Therapy*, 12, R55.
- Fordyce, W.E. (1986). Learning processes on pain. En R. A. Sternbach (Ed.), *The psychology of pain*, New York: Raven Pres.
- Forgas, J. P. (1995). Mood and judgment: The affect infusion model (AIM). *Psychological Bulletin*, 117, 39-66.
- Forgas, J. P. (2000). Managing moods: Toward a dual-process theory of spontaneous mood regulation. *Psychological Inquire*, 11, 172-177.
- Forgas, J. P., y Ciarrochi, J. V. (2002). On managing moods: Evidence for the role of homeostatic cognitive strategies in affect regulation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 336-345.
- Forseth, K. O. y Gran, J. T. (1992). The prevalence of fibromyalgia among women aged 20–49 years in Arendal, Norway. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 21, 74-78.
- Fredman, L., Hawkes, W.G., Black, S., Bertrand, R.M., Magaziner, J. (2006). Elderly patients with hip fracture with positive affect have better functional recovery over 2 years. *Journal of American Geriatric Society*, 54, 1074–81.

- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-builds theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B. L., Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 191-220.
- Fredrickson, B.L. (2006). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. En M. Csikszentmihalyi y S. Csikszentmihalyi (eds.), *A life worth living. Contributions to positive Psychology* (pp, 85-103). Oxford: Oxford University Press.
- Freud, S. (1959). *Inhibitions, symptoms, anxiety* (A. Strachey, Trans. and J. Strachey, Ed.). New York: Norton. (Original work published 1926)
- Friedberg, F., Jason, L. (2001). Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: clinical assessment and treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 433-455.
- Frijda, N. (1988). Las leyes de la emoción. En M. D. Avia y M. L. Sánchez Bemardos (Comps.) (1995), *La Personalidad. Aspectos cognitivos y sociales*. Madrid: Pirunide.
- Frijda, N. (1993). The place of appraisal in emotion. *Cognition and Emotion*, 7, 357-387.
- Frijda, N. (1996). Passions: Emotion and socially consequential behavior. En R. D. Kavanaugh, B. Zimmerberg & S. Fein (Comps.), *Emotions. Interdisciplinary Perspectives*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Fry, A.M., Martin, M. (1996). Fatigue in the chronic fatigue syndrome: a cognitive phenomenon? *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 415-26.
- Fuller, R.W. (1992). The involvement of serotonin in regulation of pituitary. adrenocortical function. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 13, 250-70.
- Furnham, A., y Petrides, K. V. (2003). Trait emotional intelligence and happiness. *Social Behavior and Personality*, 31, 815-824.
- Galgo, A., Sánchez-Montero, M. y Cabrera, R. (2002). Diagnóstico de la fibromialgia. *Jano*, 1422 (62), 63-66.
- García del Río, J.A., Cortés Ugalde, F., Agreda Peiró, J. (2000). Presencia del dolor osteomuscular generalizado y de la fibromialgia entre las mujeres de 30 a 60 años de edad en cuatro zonas básicas de salud. *Atención Primaria*, 25, suppl 1.
- García-Campayo, J., Pascual, A., Alda, M., Marzo, J., Magallón, R., y Fortes, S. (2006). The Spanish version of the Fibrofatiigue Scale; Validation of a questionnaire for the observer's assessment of Fibromialgia and chronic fatigue syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 28, 154-60.
- García-Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradie, N., Montero, J., y Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la Fibromyalgia. *Medicina clínica*, 131(13), 487-492
- García-Campayo, J., y Rodero, B. (2009). Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. *Reumatología Clínica*, 5 (S2), 9-11.
- García-López, A., Campos-Sánchez, S. (2000). Impacto socioeconómico de la Fibromialgia, *Revista Española de Reumatología*, 27, 447-449.
- Garner, P. W., & Spears, F. M. (2000). Emotion regulation in low-income preschoolers. *Social Development*, 9, 246-264.
- Gasto, C. (2002). La situación actual de la histeria. *Psiquiatría Atención Primaria*, 3(2), 9-13.
- Gaston-Johansson, F., Gustafsson, M., Felldin, R., Sanne H. (1990) A comparative study of feelings, attitudes and behaviors of patients with fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Social Science & Medicine*. 31(8), 941-7.
- Gatchel, R.J. (2004). Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychosocial perspective. *American Psychologist*, 59, 795-805.
- Gatchel, R.J. y Okifuji, A. (2006). Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost effectiveness of comprehensive pain programs for chronic pain management. *The Journal of Pain*, 7, 779-793.
- Gatchel, R.J., Bo Peng, Y., Peters, M.L., Fuchs, P.N., Turk, D.C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624.

- Gatchel, R.J., Polatin, P.B., Mayer, T.G. (1995). The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine*, 20, 2702-2709.
- Geenen, R., Van Middendorp, H. (2006). The ostrich strategy towards affective issues in alexithymic patients with fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 60(2), 97-99.
- Geenen, R., Van Ooijen, V.L., Linden L., Lumley M.A., Bijlsma J.W., Van Middendorp H. (2012) The match-mismatch model of emotion processing styles and emotion regulation strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*. 72(1), 45-50.
- Geisser, M.E., Roth, R.S., Thiesen, M.E., Robinson, M.E., Riley, J. L. (2000). Negative affect, self-report of depressive symptoms and clinical depression: relation to the experience of chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 16(2), 110-120.
- Geisser, M.E., Casey, K.L., Brucksch, C.B., Ribbens, C.M., Appleton, B.B., Crofford, L.J. (2003). Perception of noxious and innocuous heat stimulation among healthy women and women with fibromyalgia: association with mood, somatic focus, and catastrophizing. *Pain*, 102, 243-50.
- Gibson, S.J., Littlejohn, G.O., Gorman, M.M., Helme, R.D., Granges, G. (1994). Altered heat pain thresholds and cerebral event-related potentials following painful CO₂ laser stimulation in subjects with fibromyalgia syndrome. *Pain*, 58(2), 185-93.
- Giesecke, T., Williams, D.A., Harris, R.E., Cupps, T.R., Tian, X., Tian, T.X., Gracely, R.H., Clauw, D.J. (2003). Subgrouping of Fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis & Rheumatism*, 48(10), 2916-2922.
- Gilbert, D.T. (1989). Thinking lightly about others: Automatic components of the social inference process. En J. S. Uleman (Ed.), *Unintended thought* (pp. 189-211). New York: Guilford Press.
- Gilbert, D.T., Pinel, E.C., Wilson, T.D., Blumberg, S.J., Wheatley, T.P. (1998). Immune neglect: a source of durability bias in affective forecasting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 617-38.
- Gilboa, E. y Gotlib, I. H. (1997). Cognitive biases and affect persistence in previously dysphoric and never-dysphoric individuals. *Cognition and Emotion*, 11, 517-538.
- Gilboa, E. y Revelle W. (1994). Personality and the structure of affective responses. En S.H.M. van Goozen, N.E. van de Poll y J.A. Sergeant (eds.), *Emotions: Essays on emotion theory* (pp.135-159). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gillis, M.E., Lumley, M.A., Mosley-Williams, A., Leisen, J.C., Roehrs, T. The health effects of at-home written emotional disclosure in fibromyalgia: a randomized trial. (2006) *Annals of Behavioral Medicine*. 32(2):135-46.
- Glaser, R., Kiecolt, J.K (1998). Stress-associated immune modulation: relevance to viral infections and chronic fatigue syndrome. *American Journal of Medicine*, 105, 35S-42S.
- Gohm, C. L., y Clore, G. L. (2002). Four latent traits of emotional experience and their involvement in web-being, coping, and attributional style. *Cognition and Emotion*, 16, 495-518.
- Goldenberg D., Smith, N. (2003). Fibromyalgia, rheumatologists and the medical literature: a shaky alliance. *Journal of Rheumatology*, 30, 151-153.
- Goldenberg, D. L. (1989). An overview of psychologic studies in fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 19, 12-14.
- Goldenberg, D. L., Mossey, C. J., Schmid, C. H. (1995). A model to assess severity and impact of fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 22(12), 2313-2318.
- Goldenberg, D.L. (1994). Psychiatric illness and Fibromyalgia. En: Klippel JH, Dieppe PA, *Fibromyalgia*. (Eds). Rheumatology.
- Goldenberg, D.L. (1996). A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 39, 1852.
- Goldenberg, D.L. (1999). Fibromyalgia Syndrome a decade later. What have we learned? *Archives of Internal Medicine*, 159, 777-785.
- Goldenberg, D.L., Mossey, C.J., y Schmid, C.H. (1995). A model to assess severity and impact of fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 22(12), 2313-2318.
- Gómez-Pérez, L., López-Martínez, A. y Ruiz-Párraga, G. (2010). Psychometric Properties of the Spanish

Version of the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK). *The Journal of Pain*, en prensa (publicado on-line 6-10-2010).

González, J.L., Peñacoba, C., Velasco, L., López-López, A., Mercado, F., y Barjola, P. (2009). Recursos cognitivos de percepción de control, procesos de estrés/recuperación y malestar afectivo en la fibromialgia. *Psicothema*, 21(3), 359-368.

González-Gutiérrez, J.L., Mercado, F., Barjola, P., Carretero, I., López-López, A., Bullones, M.A., Fernández-Sánchez, M., Alonso, M. (2010). Generalized hypervigilance in fibromyalgia patients: An experimental analysis with the emotional Stroop paradigm. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(3), 279-287.

Gormsen, L., Rosenberg, R., Bach, F.W., Jensen, T.S. (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 14(2), 127-189.

Gottlieb, B.H. y Wagner F. (1991)- Stress and support processes in close relationship. En J. Eckenrode (Ed.). *The social context of coping* (pp. 165-188). New York: Plenum Press.

Goubert, L., Crombez, G., Van Damme, S. (2004). The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: a structural equations approach, *Pain*, 107, 234-41.

Gowers, W.R. (1904): Lumbago its lessons and analogies. *British Medical Journal*, 1, 117-121.

Gracely R.H., Geisser, M.E., Giesecke, T., Grant, M.A., Petzke, F., Williams, D.A., et al. (2004). Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain*, 127, 835-43.

Gracely, R.H., Grant, M.A., Giesecke, T. (2003). Evoked pain measures in fibromyalgia. Best Practice & Research. *Clinical Rheumatology*, 17(4), 593-609.

Gracely, R.H., Petzke, F., Wolf, J.M., Clauw, D.J. (2002). Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 46, 1333-43.

Graham, W. (1953). The fibrositis syndrome. *Bulletin of Rheumatic Disease*, 3, 51-52.

Granges, G., Littlejohn, G. (1993). Pressure pain threshold in pain-free subjects, in patients with chronic regional pain syndromes, and in patients with fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*, 36(5), 642-6.

Granges, G., Zilko, P., Littlejohn, G.O. (1994). Fibromyalgia syndrome: Assessment of the severity of the condition. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1219-1225.

Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192-205.

Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.

Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W. y Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 850-855.

Graugaard, P.K., Holgersen, K., Finset A. (2004). Communicating with alexithymic and non-alexithymic patients: an experimental study of the effect of psychosocial communication and empathy on patient satisfaction. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 73(2), 92-100.

Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford University Press.

Gray, J. A. (1994). Framework for a taxonomy of psychiatric disorder. In S. H. M. van Goozen, N. E. van de Poll, y J. Sergeant (Eds.), *Emotions: Essays on emotion theory* (pp. 29-59). Hillsdale, N. J.: Erlbaum Lawrence Associates.

Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through feelings*. Washington: American Psychological Association.

Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Greenberg, L. y Watson, J. (2006). *Emotion-focused therapy of depression*. Washington: American Psychological Association.

Greenberg, L.S., & Safran, J.D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44, 19-29.

Greenberg, M.A., Dowling, V.L., Hatcher, M.S., Cox, B.J., Marcus, R.E., Paget, S.A. (1999). Emotion-

management predicts health outcomes in fibromyalgia. *Poster session presented at the annual meeting of the Society of Behavioral Medicine*, San Diego, CA.

Gregory, R.J., Berry, S.L. (1999). Measuring counterdependency in patients with chronic pain. *Psychosomatic Medicine*, 61, 341–345.

Griep, E.N., Boersma, J.W., de Kloet, E.R. (1994). Pituitary release of growth hormone and prolactin in the primary fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 21(11), 2125-30.

Griep, E.N., Boersma, J.W., de Kloet, E.R. (1993). Altered reactivity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the primary fibromyalgia syndrome, *Journal of Rheumatology*, 20 (3), 469-474.

Gross, J. J., & Barrett, L. F. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion Review*, 3, 8-16.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.

Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551–573.

Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214–219.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.

Gross, J. J. (2010). The future's so bright, I gotta wear shades. *Emotion Review*, 2, 212–216.

Gross, J. J. (Ed.) (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford.

Gross, J. J. y Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.

Gross, J. J., & John, O. P. (1998). Mapping the domain of expressivity: Multi-method evidence for a hierarchical model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 170-191.

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). New York, NY: Guilford.

Gross, J. J., y John, O.P. (1997). Revealing feelings: Facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 435-448.

Gross, J. J., y Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151–164.

Gross, J.J., y John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362

Gür, A., Karakoc, M., Nas, K., Cevik, R., Sarac, J., Ataoglu, S. (2002). Effects of low power laser and low dose amitriptyline therapy on clinical symptoms and quality of life in fibromyalgia: a single-blind, placebo-controlled trial. *Rheumatology International*, 22(5), 188-93.

Gulec, H. (2007) Normalizing attributions may contribute to non-help-seeking behavior in people with fibromyalgia syndrome. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 10(2), 86-92

Gureje, O., Simon, G., y Von Korff, M. (2001). A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. *Pain*, 92 (1-2), 195-200.

Gutiérrez, J. M. y Arbej, J. S. (2005). Alexitimia y amplificación somatosensorial en el trastorno de pánico y en el trastorno de ansiedad generalizada. *Psicothema*, 17, 14-19.

Haes, J.C. y Van Knippenberg, F.C. (1988). Measuring the quality of life of cancer patients: Psychometric properties of instruments. *Journal of Clinical Epidemiology*, 41, 11, 1043–1053.

Hakkinen, A., Hakkinen, K., Hannoneb, P., Alen, M. (2000). Force production capacity and acute neuromuscular responses to fatiguing loading in women with fibromyalgia are not different from those of healthy women. *Journal of Rheumatology*, 27, 1277-1282.

Hallberg, L.R., Carlsson, S.G. (1998). Anxiety and coping in patients with chronic work-related muscular pain and patients with fibromyalgia. *European Journal of Pain*, 2(4), 309-319.

Hamilton, N.A., Zautra, A.J., Reich, J.W. (2004). Affect and pain in rheumatoid arthritis: do individual differences in affective regulation and affective intensity predict emotional recovery from pain? *Annals of*

Behavioral Medicine, 29, 216–24.

Harakas, P. (2009). Depressive symptoms, perceived stigma, and perceived social support in fibromyalgia and osteoarthritis patients. Dissertation Abstracts International: Section B: *The Sciences and Engineering*, 69 (7-B), 4423.

Harlow, H. F., & Stagner, R. (1933). Psychology of feelings and emotions. II. Theory of emotions. *Psychological Review*, 40, 184–195.

Harré, R. (1986). The social constructionist viewpoint. In R. Harré (Ed.), *The social construction of emotions* (pp. 2–14). Oxford, UK: Blackwell.

Hassett, A.L., Cone, J.D., Patella, S.J., Sigal, L.H. (2000). The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 43, 2493–500.

Hassett, A.L., Simonelli, L.E., Radvanski, D.C., Buyske, S., Savage, S., Sigal, L.H. (2008). The relationship between affect balance style and clinical outcomes in Fibromyalgia, *Arthritis & Rheumatism*, 59 (6), 833-840.

Hatch, J.P., Schoenfeld, L.S., Boutros, N.N., Seleshi, E., Moore, P.J., Cyr-Provost, M. (1991). Anger and hostility in tension-type headache. *Headache*, 31, 302-304.

Hauri, P., Hawkins, D.R. (1973). Alpha-delta sleep. *Electroenceph Clinical Neurophysiology*, 24, 233-237.

Hawley, D., Wolfe, F., Lue, F., Moldofsky, H. (2001). Seasonal symptoms severity in patients with rheumatic diseases: A study of 1424 patients. *The Journal of Rheumatology*, 28(8), 1900-1909.

Hawley, D., Wolfe, F., Lue, F., Moldofsky, H. (2001). Seasonal symptoms severity in patients with rheumatic diseases: A study of 1424 patients. *The Journal of Rheumatology*, 28(8), 1900-1909.

Hawley, D.J., Wolfe, F. (1993). Depression is no more common in rheumatoid arthritis. A 10 year longitudinal study of 6153 patients with rheumatic disease, *Journal of Rheumatology*, 20, 2025-2031.

Hawtin, H., Sullivan, C. (2011) Experiences of mindfulness training in living with rheumatic disease: an interpretative phenomenological analysis. *The British Journal of Occupational Therapy*, 74, (3),137-142.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: The Guilford Press.

Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1167.

Hazlett, R.L., Haynes, S.N. (1992). A time-series analysis of the stressors- physical symptoms association. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 541-548.

Heimpel, S. A., Wood, J. V., Marshall, M. y Brown, J. (2002). Do people with low self-esteem really want to feel better? Self-esteem differences in motivation to repair negative moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 128 - 147.

Hemenover, S. H. (2003). Individual differences in rate of affect change: Studies in affect chronometry. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 121-131.

Hemenover, S. H., Augustine, A.A, Shulman, T., Tran, T.Q., Barlett, C.P. (2008). Individual differences in negative affect repair. *Emotion*. 8(4), 468-478.

Henriksson, C., Burckhardt. C. (1996). Impact of fibromyalgia on everyday life: a study of women in the USA and Sweden. *Disability and rehabilitation*; 18 (5), 241-8.

Henriksson, C.M. (1994). Longterm effects of fibromyalgia on everyday life. A study of 56 patients. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 23, 36-41.

Henriksson, C.M. (1994). Longterm effects of fibromyalgia on everyday life. A study of 56 patients. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 23, 36-41.

Herken, H., Guersoy, S., Yetkin, O., Oezer, E., Virit, O. Esgi, K. (2001). Personality characteristics and depression level of the female patients with fibromyalgia syndrome. *International Medical Journal*, 23,113-232.

Hernangómez, L. y Vázquez, C. (2005). Estrategias para regular la tristeza: diferencias entre una muestra clínica y una muestra control en el inventario de afrontamiento de la depresión (CID).

Herrera, E., Gomez-Amor, J., Martinez-Selva, J.M, (1990). Relationship between personality, psychological and somatic symptoms, and the menstrual cycle. *Personality and Individual Differences*, 11, 457–61.

- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la escala de respuestas rumiativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 111-121.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel del déficit emocional en los trastornos clínicos. *Psicología conductual*, 10-11.
- Hervás, G. Hernangómez, L., y Vázquez, C. (2004a). Sensitivity to reward and punishment: Exploring motivational basis of low tendency to mood repair and ruminative style. Póster presentado en la *38th Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy*, New Orleans, 18-21 de Noviembre de 2004.
- Hervás, G. Hernangómez, L., y Vázquez, C. (2004b). What else do you feel when you feel sad? Experiencing multiple emotions along with sadness and its relationship with ruminative styles. Póster presentado en la *38th Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy*, New Orleans, 18-21 de Noviembre de 2004.
- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 9, 139-156.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2003). Personalidad y regulación del estado de ánimo: ¿Cuál es el mejor predictor de la tendencia a reparar estados de ánimo negativos? Póster presentado en el *II Congreso Nacional de la Sociedad Española para el Estudio de las Diferencias Individuales*. Barcelona, 23 - 26 de Abril de 2003.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006a). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59, 9-36.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006b). Explorando el origen emocional de las respuestas rumiativas: el papel de la complejidad emocional y la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 59, 9-32.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2011). What else do you feel when you feel sad? Emotional overproduction, neuroticism and rumination. *Emotion*.
- Hervás, G., Sánchez, A., & Vázquez, C. (2008) Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva aplicada*. (pp. 41-71). Bilbao: Desclée de Brower.
- Heuts, P.H., Vlaeyen, J.W., Roelofs, J., de Bie, R.A., Aretz, K., van Weel, C., van Schayck, O.C. (2004). Pain-related fear and daily functioning in patients with osteoarthritis. *Pain*, (1-2), 228-35.
- Hexel, M. (2003). Alexithymia and attachment style in relation to locus of control. *Personality and Individual Differences*, 35, 1261-1270.
- Hirsh, A.T., Waxenberg, L.B., Atchison, J.W., Gremillion, H.A., Robinson, M.E (2006) Evidence for sex differences in the relationships of pain, mood, and disability. *Journal of Pain*, 7(8), 592-601.
- Horowitz, M.J. (1986). Levels of interpretation in dynamic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 3(1), 39-45.
- Hsiao, E. T., y Thayer, R. E. (1998). Exercising for mood regulation: The importance of experience. *Personality and Individual Differences*, 24, 829-836.
- Hsu, M.C., Schubiner, H., Lumley, M.A., Stracks, J.S., Clauw, D.J., Williams, D. A. (2010) Sustained pain reduction through affective self-awareness in fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 25(10), 1064-1070.
- Huber, A., Suman, A. L., Basiasi, G. y Carli, G. (2008). Predictors of psychological distress and well-being in women with chronic musculoskeletal pain: Two sides of the same coin? *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 169-175.
- Huber, A., Suman, A.L., Biasi, G., Carli, G. (2009) Alexithymia in fibromyalgia syndrome: associations with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*. 66(5):425-33.
- Hudson, J.I., Mangweth, B., Pope, H.G., De Col C., Hausmann, A., Gutweniger, S. (2003). Family study of affective spectrum disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 170-77.
- Hudson, J.I., Goldenberg, D.L., Pope Jr., H.G., Keck Jr., P.E., Schlesinger, L. (1992). Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *American Journal Medicine*, 92, 363-367.
- Hudson, J.I., Hudson, M.S., Pliner, L.F., Goldenberg, D.L., Pope, H.G. jr. (1988). Fibromyalgia and major affective disorder: a controlled phenomenology and family history study, *American Journal of Psychiatry*, 145, 950-954.
- Hudson, J.I., y Pope, H.G. (1996). The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder.

- Rheumatic Disease *Clinics of North America*, 22, 285–303.
- Hughes, R.B., Robinson-Whelen, S., Taylor, H.B., y Hall, J.W. (2006). Stress self-management: An intervention for women with physical disabilities. *Women's Health Issues*, 16(6), 389-399.
- Hunt, M. G. (1998). The only way out is through: emotional processing and recovery after a depressing life event. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 361-384.
- Inanici, F., Yunus, M.B., Aldag, J.C. (1999). Clinical features and psychologic factors in regional soft tissue pain: Comparison with fibromyalgia syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 7 (1-2), 293-301.
- Isen, A.M. (1987). Positive affect, cognitive processes, and social behavior. En L. Berkowitz (ed). *Advances in experimental social psychology* (vol. 20, pp 203-253). Nueva York: Academic Press.
- Izard, C. E. (1993). Four systems for emotion activation: Cognitive and noncognitive processes. *Psychological Review*, 100, 68–90.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188–205.
- Jamison, M.G., Weidner, A.C., Romero, A.A., Amundsen, C.L. (2007). Lack of psychological resilience: an important correlate for urinary incontinence. *Journal of Pelvic Floor Dysfunct.* 18(10),1127-32.
- Jansen, S.A., Arntz, A., Bouts, S. (1998). Epinephrine-induced hyperalgesia and attentional influences. *Pain*, 76,300-316.
- Janssen, S.A. (2002). Negative affect and sensitization to pain. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 131-137.
- Janssen, S.A., Arntz, A. (2001). Real-life stress and opioid-mediated analgesia in nocive parachute jumpers. *Journal of Psychophysiology*, 15, 106-113.
- Jensen, K.B., Kosek, E., Petzke, F., Carville, S., Fransson, P., Marcus, H., Williams, S.C., Choy, E., Giesecke, T., Mainguy, Y., Gracely, R., Ingvar, M. (2009). Evidence of dysfunctional pain inhibition in Fibromyalgia reflected in ACC during provoked pain. *Pain*, 144(1-2), 95-100.
- Jensen, M. P., Karoly, P. (1991). Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (3), 431-438.
- Jensen, M.P., Turner, J., Romano, J.M. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (4), 655-62.
- Jensen, M.P.; Turner, J.A.; Romano, J.M., Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47: 249-283.
- Jerusalem, M., Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal process. En: Schwarzer R, (Ed.) *Self-efficacy: thought control of action* (pp. 195–213). Washington/Philadelphia/London: Hemisphere; p.
- Jessimer, M., Markham, R.V. (1997) Alexithymia: a right hemisphere dysfunction specific to recognition of certain facial expressions? *Brain Cognition*, 34(2),246-58.
- Johnson, L.M., Zautra, A.J., Going, M. C. (2008). The role of illness uncertainty on coping with Fibromyalgia Syndrome. *Health Psychology*, 25, 696-703.
- Johnson-Laird, P. N. & Oatley, K. (1989). The language of emotions: An analysis of a semantic field. *Cognition and Emotion*, 3, 81-123.
- Joormann, J., Siemer, M. y Gotlib, I.H. (2007). Mood regulation in depression: Differential effects of distraction and recall of happy memories on sad mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 484-490.
- Julien N, Goffaux P, Arsenault P (2005). Widespread pain in fibromyalgia is related to a deficit of endogenous pain inhibition. *Pain*, 114,295–302.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163–190.
- Kadetoff D., Lampa J., Westman M., Andersson M. & Kosek E. (2012). Evidence of central inflammation in fibromyalgia-increased cerebrospinal fluid interleukin-8 levels. *Journal of Neuroimmunology*, 242(1-2), 33-8
- Kahneman, D. (1999). Objective Happiness. En, E. Diener y Schwarz, N. (eds.). *Well-being: The foundations of hedonic Psychology*. (pp.3-25). Nueva york: Russel sage.
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.). (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.

- Kalichman L. (2009). Association between fibromyalgia and sexual dysfunction in women. *Clinical Rheumatology*, 28(4), 365-9.
- Kanfer, F.H. y Gaelick-Buys, L. (1987). Self-management methods. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstien (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (3th ed.)(pp. 305-360). New York: Pergamon.
- Karoly, P., Ruehlman, L.S. (2006). Psychological "resilience" and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. *Pain*, 123(1-2), 90-7.
- Karsdorp, P.A., y Vlaeyen, J.W.S. (2009). Active avoidance but not activity pacing is associated with disability in fibromyalgia. *Pain*, 147, 29-35.
- Katerndahl, D. A. (1999). Illness attitudes and coping process in subjects with panic attacks. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 561-565.
- Keefe, F.J., & Lefebvre, J.C. (2000). Behavioral therapy. En P.D. Wall & R. Melzack (Eds.), *Textbook of pain* (IVth ed., pp. 1445–1462). New York: Churchill Livingstone.
- Keefe, F.J., Affleck, G., Lefebvre, J.C., Starr, K., Caldwell, D.S., Tennen, H. (1997): Pain coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis: a daily process analysis. *Pain*, 69, 35- 42.
- Keefe, F.J., Dunsmore, J., & Burnett, R. (1992). Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 528–536.
- Keefe, F.J., Lumley, M., Anderson, T., Lynch, T., Carson, K.L. (2001). Pain and emotion: New research directions. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 587-607.
- Kendall, N.A.S. (1999). Psychosocial approaches to the prevention of chronic pain: the low back paradigm. *Balliere's Clinical Rheumatology*, 13(3), 545-554.
- Kennedy M., Felson D.T. (1996). A prospective long-term study of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheumatoide* 39, 682-685.
- Kennedy-Moore, E., Watson, J.C. (1999). Expression, Noneexpression and Well-being: An Overview. En Keenedy-Moore,E. y Watson,J.C. (eds.). *Expressing Emotion*. (pp 3-62). Nueva York: The Guildford Press
- Kerns, R.D., Rosenberg, R., Jacob, M.C. (1994). Anger expression and chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 57-67.
- Kersh, B. C., Bradley, L. A., Alarcón, G., Alberts, K. R., Sotolongo, A., Martin, M. Y., Aaron, L. A., Dewaal, D. F., Domino, M. I., Chaplin, W. F. (2001). Psychosocial and health status variables independently predict health care seeking in fibromyalgia. *Arthritis care and research*, 45, 362-371.
- Keyes, C.L.M., Shmotkin, D., & Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Kim, C.H., Luedtke, C.A., Vincent, A., Thompson, J.M. & Oh T.H. (2012). Association of body mass index with symptom severity and quality of life in patients with fibromyalgia. *Arthritis care & research*, 64, 222-228.
- Kim, H., Somerville, L.H., Johnstone, T. Alexander, A.L., and Whalen, P.J. (2003). Inverse amygdala and medial prefrontal cortex responses to surprised faces. *Neuroreport*, 14(18), 2317-2322.
- King, S.J., Wessel, J., Bhambhani, Y., Sholter, D., y Maksymowych, W. (2003). The effects of exercise and education, individually or combined, in women with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 29(12), 2620-2627.
- Kirmayer, L.J., Robbins, J.M., Kappusta, M.A. (1988). Somatization and depression in Fibromyalgia syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 145, 950-954.
- Kissen, D.M., Brown, R.I.F., Kissen, M. (1969). A further report on personality and psychological factors in lung cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 164, 535-545.
- Kissen, D.M., Eysenck, H.J. (1962). Personality in male lung cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 6, 123-12.
- Klein, R., Bansch, M., Berg, P.A. (1992). Clinical relevance of antibodies against serotonin and gangliosides in patients with primary fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 17, 593-598.
- Klein, R., Berg, P.A. (1994). A comparative study on antibodies to nucleoli and 5-hydroxytryptamine in patients with fibromyalgia syndrome and tryptophan-induced eosinophiliamyalgia syndrome. *Clinical Investigator*, 72, 41-549.

- Kober, H., Barrett, L. F., Joseph, J., Bliss-Moreau, E., Lindquist, K. A., & Wager, T. D. (2008). Functional networks and cortical-subcortical interactions in emotion: A meta-analysis of neuroimaging studies. *Neuroimage*, 42, 998–1031.
- Koeppe, C., Schneider, C., Thieme, K., Mense, S., Stratz, T., Müller, W., Flor, H. (2004). The influence of the 5-HT₃ receptor antagonist tropisetron on pain in fibromyalgia: a functional magnetic resonance imaging pilot study. *Scandinavian Journal of Rheumatology Supplement*, (119), 24-7.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23, 4-41.
- Kosek, E., Ekholm, J., Hansson, P. (1996). Sensory dysfunction in fibromyalgia patients with implications for pathogenic mechanisms. *Pain*, 68, 375-383.
- Kosek, E., Hansson, P. (1997). Modulatory influence on somatosensory perception from vibration and heterotopic noxious conditioning stimulation (HNCS) in fibromyalgia patients and healthy subjects. *Pain*, 70, 41-51.
- Kralik, D., Visentin, K., Van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advantage Nurse*. 55(3):320-9.
- Kranzler, J.D., Gendreau, J.F., Rao, S.G. (2002). The psychopharmacology of fibromyalgia: a drug development perspective. *Psychopharmacological Bulletin*, 36, 165-213.
- Kratz, A. L., Davis, M. C., Zautra, A. J. (2007). Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(3), 291-301.
- Kring, A.M., Smith, D.A. y Neale, J.M. (1994). Individual Differences in Dispositional Expressiveness: Development and Validation of the Emotional Expressivity Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*. 66(5), 934-949.
- Kugu, N; Kaptanoglu, E; Kavakci, O; Guler, E. (2010). Psychopathology, Family Functioning and Marital Relationship in Female Patients with Fibromyalgia Syndrome.” *Neurology Psychiatry and Brain Research*, v. 16 3-4, 83-90.
- Kurtze, N., Gundersen, K.T, Srebak, S. (1998). The role of anxiety and depression in fatigue and patterns of pain among subgroups of fibromyalgia patients. *British Journal of Medical Psychology*. 71, 185-194.
- Kurtze, N., Svebak, S. (2005). A County Population of Males Given the Diagnosis of Fibromyalgia Syndrome: Comparison with Fibromyalgia Syndrome Females Regarding Pain, Fatigue, Anxiety, and Depression: The Nord Trondelag Health Study [The HUNT Study]. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 13 (3), 11-18.
- Kwiatk, R., Barnden, L., Tedman, R., Jarrett, R., Chew, J., Rowe, C., Pile, K. (2000). Regional cerebral blood flow in fibromyalgia: single-photon-emission computed tomography evidence of reduction in the pontine tegmentum and thalami. *Arthritis & Rheumatism*, 43(12), 2823-33.
- Kyhlbäck, M., Thierfelder, T., Söderlund, A. (2002). Prognostic factors in whiplash associated disorders. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25(3), 181-187.
- Laird, J.D. (1974). Self-attribution of emotion: The effects of expression behavior on the quality of emotional experience. *Journal of Personality and Social Psychology*. 29 475-486.
- Lamberty, G.J., Holt, C. S. (1995). Evidence for a verbal deficit in alexithymia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 7(3), 1995, 320-324.
- Landis, C. A., Frey, C. A., Lentz, M. J., Rothermel, J., Buchwald, D., Shaver, J. L. F. (2003). Self-reported sleep quality and fatigue correlates with actigraphy sleep indicators in midlife women with fibromyalgia. *Nursing Research*, 52, 140–147.
- Lane, R. D. y Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- Lang, P. J. (1995). The emotion probe. *Studies of Motivation and Attention*. *American Psychologist*, 50, 372-
- Lang, P. J. (2010). Emotion and motivation: Towards consensus definitions and a common research purpose. *Emotion Review*, 2, 229–233.
- Lang, P.J., Bradley, M.M., and Cuthbert, B.N. (1985). Emotion, attention and the startle reflex. *Psychological Review*, 97, 377-395.

- Lanzetta, J.T., Cartwright-Smith, J. y Kleck, R.E. (1976). Effect of nonverbal dissimulation on emotional experience and autonomic arousal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 354-370.
- Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11, 129-141.
- Larsen, R.J. , Diener, E. & Emmons, R. A. (1986). Affect intensity and the reactions to daily life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51,803-814.
- Lazarus, R. S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 124-129.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a Cognitive-Motivational-Relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46,819-834.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leahy,L.(2003). *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide* de Robert L. Leahy. Copyright 2003 by Robert L. Leahy.
- LeDoux, J. E. (1989). Cognitive-emotional interactions in the brain. *Cognition and Emotion*, 3,267-289.
- LeDoux, J. E. (1993). Cognition versus emotion, again - This time in the brain: A response to Parrot and Schulkin. *Cognition and Emotion*, 7,61-64.
- LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23, 155-184.
- LeDoux, J.E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- Leen-Feldner, E. W., Zvolensky, M. J., Feldner, M. T., y Lejuez, C. W. (2004). Behavioral inhibition: relation to negative emotion regulation and reactivity. *Personality and Individual Differences*, 36, 1235-1247.
- Leibing, E., Pflingsten , M., Ruger, U., Schussler G. (2003). Coping and appraisal in rheumatoid arthritis and fibromyalgia patients *Psychosomatic Medicine Psychotherapy*. 49(1),20-33.
- Levenson, R. W. (1994). Human emotions: A functional view. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 123-126). New York, NY: Oxford University Press.
- Levenson, R.W., Ekman, P. y Friesen, W.V. (1990). Voluntary facial action generates emotion-specific autonomic nervous system activity. *Psychophysiology*, 67(1), 56-68.
- Leventhal, H. (1984). A perceptual-motor theory of emotion. En L. Berkowitz (Comp.), *Advances in Experimental Social Psychology*. New York: Academic Press.
- Lewinsohn, P. M. y Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268.
- Lewis, M. D. (2005). Bridging emotion theory and neurobiology through dynamic systems modeling (target article). *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 169-194.
- Leza, J.C. (2003). Fibromialgia: un reto también para la neurociencia. *Revista de Neurología*, 36, 1165-75.
- Lindell, L., Bergman, S., Petersson, I., Jacobsson, L., Herström, P. (2000). Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18, 149-153.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linton, S.J., Vlaeyen, J.W.S., y Ostelo, R.W. (2002). The back pain beliefs of health care providers: are we fear-avoidant? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(4), 223-32
- Lischetzke, T. & Eid, M. (2003). Is attention to feelings beneficial or detrimental to affective well-being? Mood regulation as a moderator variable. *Emotion*, 3, 361-377.
- Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H. y Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1201-1209.
- Lledó, A. (2005). *La fibromialgia en atención primaria y especializada: determinantes psicosociales del estado de salud percibido y la utilización de recursos sanitarios*. Universidad Miguel Hernández, Alicante.
- Lledó, A., Pastor, M.A., Pons, N., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Bruehl, S. (2010). Control beliefs, coping and emotions: exploring relationships to explain fibromyalgia health outcomes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 459-476.
- Lledó, A., Pastor, M.A., Pons, N., López-Roig, S., Terol, M.C. (2009). Comparing fibromyalgia patients from

- primary care and rheumatology settings: clinical and psychosocial features. *Rheumatology International* (Clinical and Experimental Investigations), 29 (10), 1151-1160.
- Llorca, G., Monsalve, V., Villasante, F. (2002). Aspectos psicopatológicos y psicosociales. En G. Muriel, (Ed.), *Fibromialgia, reunión de expertos. Salamanca. Cátedra Extraordinaria de Dolor* "Fundación Grüenthal" de la Universidad de Salamanca.
- Lorenzen, I. (1994). Fibromyalgia: a clinical challenge. *Journal of Internal Medicine*, 235(3), 199-203.
- Lorig et al., 1989;Anderson et al., 1995)
- Lorig, K.R., Ritter, P.L., Laurent, D.D., y Fries, J.F. (2004). Long-term randomized controlled trials of tailored-print and small-group arthritis self-management interventions. *Medical Care*, 42(4), 346-354.
- Lorig, K.R., Sobel, D.S., Ritter, P.L., Laurent, D., y Hobbs, M. (2001). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice*, 4(6), 256-262.
- Lucas, R.E., Diener, E., & Suh, E.M. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Lumley MA, Stettner L, Wehmer (2002) F. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatics Research*, 41,505–18.
- Lumley, M.A., Gustavson, B.J., Partridge, R.T. y Labouvie-Vief, G. (2005).Assessing alexithymia and related emotional ability constructs using multiple methods: Interrelationships among measures. *Emotion*, 5(3), 329-342.
- Lumley, MA, Asselin, LA, Norman, S. (1997).Alexithymia in chronic pain patients. *Comp Psychology*, 38,160–5.
- Lund, N., Bengtsson, A., Thorborg, P. (1986). Muscle tissue oxygen pressure in primary fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 15: 165-173.
- Lykken, D., y Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science*, 7, 186-189.
- Lyubomirsky, S. y Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 339-349.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., y Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131.
- MacKinnon, D.P. y Fairchild, A.J. (2008). Current Directions in Mediation Analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 18(1), 16-20.
- Madenci, E., Altindag, O., Koca, I., Yilmaz,M., Gur, A. (2011) Reliability and efficacy of the new massage technique on the treatment in the patients with carpal tunnel syndrome. *Rheumatology International*.28, 123-154.
- Makela, M., Heliovaara, M. (1991). *Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population*. *BMJ*; 303: 216
- Malt EA, Olafsson S, Lund A, Urson H. (2002). Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. *British Medical & Clinical Musculoskeletal Disorder*, 3, 12.
- Malt, E.A., Berle, J., Olafsson, S., Lund, A., Ursin, H. (2000). Fibromyalgia is associated with panic disorder and functional dyspepsia with mood disorders. A study of women with random sample population controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 285–9.
- Malt, E.A., Olafsson, S., Aakvaag, A., Lund, A., Ursin H. (2003). Altered dopamine D receptor function in fibromyalgia patients: a 2 neuroendocrine study with buspirone in women with fibromyalgia compared to female population based controls. *Journal of Affective Disorders*, 75, 77–82.
- Mandal, M.K. y Singh, S.K. (1990). Lateral asymmetry in identification and expression of facial emotions. *Cognition and Emotion*, 4, 61-70.
- Mandler, G. (1975). *Mind and emotion*. New York, NY: Wiley.
- Manne, S. L., Zautra, A. J. (1989) Spouse criticism and support: their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (4), 608-617.
- Mannerkorpi, K., Svantesson, U., Brodberg, C. (2006). Relationships between performance-based tests and patient's ratings of activity limitations, self-efficacy and pain in fibromyalgia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(2), 259-264.

- Mäntyselkä, P.T., Turune, J.H.O., Ahonen, R.S., Kumpusalo, E.A. (2003). Chronic pain and poor self-related health. *JAMA*, 290 (18), 2435-3442.
- Marcus, D.A. (2009). Fibromyalgia: diagnosis and treatment options. *Gender Medicine*, 6 Suppl 2, 139-151.
- Martin Sanchez, P y Fernandez C.(1994). Emocion y Salud. Desarrollo en Psicología Basica y Aplicada. Presentacion de monográfico. *Anales de Psicología*, 10(2), 101-109.
- Martin Sanchez., P (1997). Alexitimia. EG Fernández-Abascal y F. Palmero (eds.). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel ;(pp. 289-324).
- Martin, J. B. y Pihl, R.O. (1985). The stress-alexithymia hypothesis: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 169-176.
- Martín, M. J., Luque, M., Solé, P., Mengual, A., Granados, J. (2000). Aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*.
- Martin, M.D. (2009). Emociones positivas y salud. En, *Emociones positivas, psicología positiva y bienestar*. En E.G. Fernandez-Abascal (eds.), *Psicología Positiva* (pp. 27-45). España: Ediciones pirámide.
- Martin, M.Y., Bradley, L.A., Alexander, R.W., Alarcón, G.S., Triana-Alexander, M., Aaron, L.A., Alberts, K.R. (1996). Coping strategies predict disability in patients with primary fibromyalgia. *Pain*, 68 (1), 45-53.
- Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., Lledó, A., López-Roig, S., Pons, N., y Terol, M.C. (2000). Creencias de control y Síndrome Fibromiálgico: Una revisión. *Revista de Psicología de la Salud*, 12 (1), 75-91.
- Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., Rodríguez-Marín, J., March, M.J., Lledó, A., López-Roig, S. y Terol, M.C. (1999). Percepción de autoeficacia en dolor crónico: adaptación y validación de la Chronic Pain Self-Efficacy Scale. *Revista de Psicología de la Salud*, 11 (1/2), 53-76.
- Martinez –Pons, M (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition, and Personality*, 17, 3-13.
- Martínez, J.E., Cruz, C.G., Aranda, C., Castro Boulos, F., Andrade Lagoa, L. (2003). Disease perceptions of Brazilian fibromyalgia patients: do they resemble perceptions from other countries?. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26, 223-227.
- Martínez, J.E., Ferraz, M.B., Wato, E.I., Atra, E. (1995). Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: A longitudinal comparison of the quality of life. *The Journal of Rheumatology*, 22 (2), 270-274.
- Martínez, J.E., González, O., Crespo, J.M. (2003). Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos y psiquiátricos. *Salud Global*, Año III (4), 1-8.
- Martinez-Lavin, M. (2004). Fibromyalgia as a sympathetically maintained pain syndrome [review]. *Current Pain Headache Reports*, 8, 385–9.
- Martínez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17, 3-13.
- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.
- Martínez-Sánchez, F. y Fernández Castro, J. (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. *Anales de Psicología*, 10(2), 101-109.
- Martínez-Sánchez, F., Ortiz, B. y Ato, M. (2001). Subjective and autonomic stress responses in alexithymia. *Psicothema*, 13(1), 63-68.
- Mas, A.J., Carmona, L., Valverde, M., Ribas, B. (2009). Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology*.
- Mas, A.J., Carmona, L., Valverde, M., Ribas, B. EPISER Study Group (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 26, 519-526.
- Masedo, A.I., Esteve, M.R. (2002). La naturaleza afectiva del dolor crónico. *Psicothema*, 14 (3), 511-515.
- Matthews, G., Zeidner, Z. y Roberts, R.D. (2002). *Emotional intelligence*: Science the MIT Press.
- Matthews, K.A. (1998). Coronary heart disease and Type A behaviours: Update on and alternative to the Booth Kenwely and Friedman (1987) quantitative reviews. *Psychological bulletin*, 104(3), 297-321.

- Mayer, E.A., Bushnell, M.C. (2009). Functional pain syndromes. Seattle: IASP Press.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R. y Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.
- Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence (Chap 18). En, R. J. Sternberg (Ed.). *Handbook of Intelligence*, Cambridge University Press.
- Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197-215.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D., y Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 3, 97-105.
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). "What is emotional intelligence?" En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J.D., Salovey, P. y Caruso, D. (2002a). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MS-CEIT), Version 2.0*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Mayne, T.L.J. Negative affect and health: The importance of being earnest. *Cognition and emotion*, 13(5), 601-635.
- McBeth J., McFarlane G.J., Benjamin S., Morris S., Silman A.J. (1999). The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences. *Arthritis Rheum*, 42, 1397-1404.
- McBeth, J., Macfarlane, G.J., Benjamin, S., Silman, A.J. (2001). Features of somatization predict the onset of chronic widespread pain: results of a large population-based study. *Arthritis & Rheumatism*, 44, 940-946.
- McCain, G.A. (1996). A cost-effective approach to the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 22(2), 323-349.
- McCain, G.A., Cameron, R., Kennedy, J.C. (1989). The problem of long term disability payments and litigation in primary fibromyalgia: The canadian perspective. *Journal of Rheumatology*, 16 (suppl 19), 174-176.
- McCracken, L. M. y Eccleston, C. (2003). Coping o acceptance: what to do about chronic pain?. *Pain*, 105, 197-204.
- McCracken, L. M., Eccleston, C. y Bell, L. (2005). Clinical assessment of behavioral coping: Results from a brief inventory. *European Journal of Pain*, 9, 69-78.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E. y Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E. y Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1335-1346.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E. y Gauntlett-Gilbert, J. (2007). A prospective investigation of acceptance and control-oriented coping with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 339-349.
- McCracken, L.M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-7.
- McCracken, L.M. (2005). *Contextual cognitive-behavioral therapy for chronic pain*. Seattle: ISAP Press.
- McCracken, M., L., Spertus, L., I., Janeck, S., A., Sinclair, D. & Wetzal, T., F. (1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: pain-related anxiety and acceptance. *Pain*, 80, 283-289.
- McDermid, A., Rollman, G., McCain, G. (1996). Generalized hypervigilance in fibromyalgia: Evidence of perceptual amplification. *Pain*, 66, 133-144.
- McDonald, P.W. y Prkachin, K.W. (1990). The expression and perception of facial emotion in alexithymia: a pilot study. *Psychosomatic Medicine*, 52, 199-206.
- McFarland, C., y Buehler, R. (1998). The impact of negative affect on autobiographical memory: The role of self-focused attention to moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1424-1440.
- McLoughlin, M.J., Colbert, L.H., Stegner, A.J., Cook, D.B. (2010). Are Women with Fibromyalgia Less Physically Active than Healthy Women?. *Medicine Science Sports Exercise*, 24, 123-232.
- McNally, A. M., Palfai T. P., Levine, R. V. y Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: The mediational role of coping motives. *Addictive Behaviors*, 28, 1115-

1127.

Meeus, M., Nijs, J. (2007). Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Clinical Rheumatology*, 26, 465-73.

Melzack, R., y Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-9.

Melzack, R., y Wall, P.D. (1982). Recent concepts of pain. *Journal of Medicine*, 13(3), 147-160.

Mengshoel, A.M., Forseth, K.O., Haugen, M., Walle-Hansen, R., Førre, O. (1995). Multidisciplinary approach to fibromyalgia. A pilot study. *Clinical Rheumatology*, 14 (2), 165-70.

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. y Fresco, D. M. (2005). Emotion regulation deficits as a key feature of generalized anxiety disorder: Testing a theoretical model. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 85-90.

Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T. y Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38, 284-302.

Mennin, D. S., Turk, C. L., Fresco, d. M., y Heimberg, R. G. (2000). Deficits in the regulation of emotion: A new direction for understanding generalized anxiety disorder. Paper presented at the annual meeting of the *Association for Advancement of Behavior Therapy*, New Orleans, LA.

Merayo Alonso, L.A., Cano García, F.J., Rodríguez Franco, L., Ariza Ariza, R., Navarro Sarabia, F. (2007). Un acercamiento bibliométrico a la investigación en fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 3(2), 55-62.

Merskey, H. (1989). Physical and psychological considerations in the classification of fibromyalgia, *Journal of Rheumatology*, 19, 72-79.

Mesquita, B. (2003). Emotions as dynamic cultural phenomena. In R.J. Davidson, K.R. Scherer, and H.H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 871-890). New York: Oxford University Press.

Mesquita, B. (2010). Emoting: A contextualized process. In B. Mesquita, L. F. Barrett & E. Smith (Eds.), *The mind in context* (pp. 83-104). New York, NY: Guilford

Miró, E., Martínez, M.P., Sánchez, A.I., Prados, G., Medina, A. (2011). When is pain related to emotional distress and daily functioning in fibromyalgia syndrome? The mediating roles of self-efficacy and sleep quality. *British Journal Health Psychology*, 16(4), 799-814.

Mischel, W. (1996). From good intentions to will-power. En P. Gollwitzer & J. Bargh (Eds.), *The psychology of action* (pp. 197-218). New York, NY: Guilford Press.

Moioli, B. (2008) *Emociónate*. Madrid: Temas de hoy.

Moldofsky, H.; Scarisbrik, P; England, R.S., Smythe, H. (1975): Musculoskeletal symptoms and no REM sleep disturbances in patients with "fibrositis" syndrome and healthy subjects. *Psychosomatic Medicine*, 37, 341-351.

Moldofsky, H. (1982). Rheumatic pain modulation syndrome: the interrelationships between sleep, central nervous system serotonin and pain. *Advances in Neurology*, 33, 517.

Moldofsky, H. (1989). The relevance of sleep to chronic pain. *Rheumatic Disease Clinincs of North America*, 15, 91-103.

Moldofsky, H., Wong, M.T.H., Lue, F.A. (1993). Litigation, sleep symptoms and disabilities in postaccident pain (fibromyalgia). *Journal of Rheumatology*, 20, 1935-1940.

Monroe, S.M. (1988). The social environment and psychopathology. *Journal of Social Personality*, 5, 347-66.

Monson, C. M., Price, J. L., Rodriguez, B., Ripley, M. y Warner, R. (2004). Emotional deficits in military-related PTSD: An investigation of content and process disturbances. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 275-279.

Montreuil, M. y Jouvent, R. (1989). Le test de la saisie visuelle parallèle. *Encéphale*, 15, 409-413.

Montreuil, M., Jouvent, R., Carton, S., Bungener, C. y Widlocher, D. (1991). Parallel Visual Information Processing Test. An experimental assessment of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56(4), 212-219.

Moreno-Jiménez, B. (2007). *Psicología de la Personalidad. Procesos*. Madrid: Thomson Editores.

- Morris, T., Greer, S. (1980). A "Type C" for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detection and Prevention*, 3, 102.
- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K.M., Watson, M. (1981). Patterns of expressing anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 6, 123-127.
- Moskowitz, J.T. (2003). Positive affect predicts lower risk of AIDS mortality. *Psychosomatic Medicine*, 65, 620-6.
- Mulero, J., Andreu, J.L. (1998). Síndrome Fibromiálgico. En: Pascual, E., Carbonell, J., Rodríguez, V., Gómez-Reino, J.J, eds. *Tratado de Reumatología*. Barcelona: Arán Ediciones, S.L.
- Munguía-Izquierdo D, Legaz-Arrese A, Mannerkorpi K. (2010). Transcultural adaptation and psychometric properties of a Spanish-language version of physical activity instruments for patients with fibromyalgia. *Agri*, 22 (2),61-67.
- Navas Collado, E., Muñoz García, J.J., García Moja, L.C. (2003). Fibromialgia: una enfermedad reumatológica con alta comorbilidad psicopatológica. *Anales de Psiquiatría*, 19, 253-264.
- Neumann, L., Berzak, A., Buskila, D. (2000). Measuring health status in israeli patients with fibromyalgia syndrome and widespread pain and healthy individuals: utility of the short form SF-36 item health survey. *Seminars in Arthritis & Rheumatism*, 29(6), 400-408.
- Neumann, L., Buskila, D. (1997). Quality of life and physical functioning of relatives of fibromyalgia patients. *Seminars in Arthritis & Rheumatism*, 29(6), 834-839.
- Neyal M., Herken, H. Hakan, D. Osman, V. y Abdurrahman, N. (2004). Alexithymic features in migraine patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 3, 182-186.
- Nicassio, P. M., Greenberg, M. A. (2001). The effectiveness of cognitive-behavioral and psychoeducational interventions in the management of arthritis. En M. H. Weisman, M. Weinblatt, & J. Louie (Eds.), *Treatment of rheumatic diseases* (2nd ed., pp. 147-161). Orlando, FL: William Saunders.
- Nicassio, P. M., Schoenfeld-Smith, K., Radojevic, V., Schuman, C. (1995). Pain coping mechanisms in fibromyalgia: relationship to pain and functional outcomes. *Journal of Rheumatology*, 22(8), 1552-1558.
- Nicassio, P.M., Moxhman, E.G., Schuman, C.E., Gevirtz, R.N. (2002). The contribution of pain, reported sleep quality and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia. *Pain*, 100, 271-279.
- Nicassio, P.M., Radojevic, V., Weisman, M.H., Schuman, C., Kim, J., Schoenfeld-Smith, K. y Krall, T. (1997). A Comparison of Behavioral and Educational Interventions for Fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 24(10), 2000-2007.
- Nicassio, P.M., Schuman, C., Radojevic, V., Weisman, M.H. (1999). Helplessness as a mediator of health status in fibromyalgia. *Cognitive Therapy and Research*, 23(2), 181-196.
- Nicki R. C. (2002). Award for Distinguished Scientific Early Career Contributions to Psychology. *American Psychologist*. 57(11):858-60.
- Nielson W.R., Harth M. (2004). Fibromyalgia: Beyond the rhetoric. *Journal of Rheumatology*, 31, 631.
- Nishikai, M. (1992). Fibromyalgia in Japanese. *Journal of Rheumatology*, 18, 353-360.
- Nishishinya M.B., Rivera J., Alegre de Miquel C., Pereda C.A. (2006). Revisión sistemática de las intervenciones no farmacológicas y terapias alternativas en el tratamiento de la fibromialgia. *Medicina Clínica*, 127, 295-9.
- Nolan, S. A., Roberts, J. E., y Gotlib, I. H. (1998). Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 445-455.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., y Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S., y Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7, 561-570.
- Norregaard J., Volkmann H., Dannekiold-Samsøe B. (1995). A randomized controlled trial of citalopram in the treatment of fibromyalgia. *Pain*. 61, 445-449.
- Norregaard, J., Bülow, P.M., Mehlsen, J., Dannekiold-Samsøe, B. (1994). Biochemical changes in relation to

- a maximal exercise test in patients with fibromyalgia. *Clinical Physiology*, 14, 159-167.
- Notarius, C. I., & Levenson, R. W. (1979). Expressive tendencies and physiological response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1204-1210.
- Nye D. (1998). A Physician's Guide to fibromyalgia syndrome (monograph on the internet). National Fibromyalgia Association.
- Oatley, K. & Johnson-Laird, P. N. (1987). Towards a cognitive theory of emotion. *Cognition and Emotion*, 1, 29-50.
- Oerlemans; H M, Oostendorp; R, de Boo; T and Goris; RJA. (1999). Pain and reduced mobility in complex regional pain syndrome I: outcome of a prospective randomised controlled clinical trial of adjuvant physical therapy versus occupational therapy. *Pain*, 83, 19-29.
- Offenbaecher, M., Glatzeder, K., Ackenheil, M. (1998). Self-reported depression, familial history of depression and fibromyalgia (FM), and psychological distress in patients with FM. *Rheumatology*, 57(2), 94-96.
- Okifuji, A. Turk, D. (2002). Stress and psychophysiological dysregulation in patients with fibromyalgia syndrome. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27, 129-141.
- Okifuji, A. Turk, D., Sherman, J.J. (2000). Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: who aren't all patients depressed? *Journal of Rheumatology*, 27, 212-219.
- Okifuji, A., Turk, D. (1999). Fibromyalgia: Search of mechanisms and effective treatments. En R. Gatchel y D. Turk (Eds.), *Psychological factors in pain: Critical perspectives* (pp. 227-46). New York: The Guilford Press.
- Oliveira, P., Monteiro, P., Coutinho, M., Salvador, M.J., Costa, M.E., Malcata, A. (2009). Health-related quality of life and chronic pain experience in rheumatic diseases *Acta Reumatology Port*, 34(3), 511-9.
- Orellana, C., Gratacós, J., Galisteo, C., Larrosa, M. (2009). Sexual dysfunction in patients with fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports*. 11(6), 437-42
- Organista, P.B., Miranda, J. (1993). Psychosomatic symptoms in medical outpatients: an investigation of self-handicapping theory. *Health Psychology*, 10, 427- 31.
- Orsillo, S. M., Roemer, L. y Holowka, D. W. (2005). Acceptance-based behavioral therapies for anxiety: Using acceptance and mindfulness to enhance traditional cognitive-behavioral approaches. En S. M. Orsillo y L. Roemer (dirs.) *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and Treatment* (pp. 3-35). Nueva York: Springer Science.
- Ostensen, M., Rugelsjoen, A., Wigert, S.H. (1997). The effect of reproductive events and alterations of sex hormone levels on the symptoms of fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 26(5), 355-60.
- Pae, C., Masand, P., Marks, M., Krulewicz, S., Peindl, K., Mannelli, P., Patkar, A. (2009). History of depressive and/or anxiety disorders as a predictor of treatment response: A post hoc analysis of a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine controlled release in patients with fibromyalgia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 33, 6, 996-1002.
- Pagano, T., Matsutani, L.A., Ferreira, E.A., Marques, A.P., Pereira, C.A. (2004). Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Revista Paulista de Medicina*. 122(6), 252-258.
- Painet, C., Leavitt, F., Garron, D.C., Katz, R.S., Golden, H.E., Glickman, P.B., Vanderplate, C. (1982). Fibrositis and psychological disturbance. *Arthritis & Rheumatism*, 25, 213-217.
- Paivio, S. C., & Greenberg, L. S. (1998). Experiential theory of emotion applied to anxiety and depression. In W. F. Flack Jr. & J. D. Laird (Eds.), *Emotions in psychopathology: Theory and research* (pp. 229-242). New York: Oxford University Press.
- Palmer, B., Donaldson, C., Stough, C. (2008). Emotional intelligence and life satisfaction. En J.C. Cassady, M.A. Eissa (2008). *Emotional Intelligence: Perspectives on educational and positive psychology* (pp.131-143). Nueva York: Peter Lang Publishing.
- Palmer, B.R., Donaldson, C. y Stough, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 33, 1091-1100.
- Pandey, R., y Choubey, A. (2010). Emotion and Health: An overview. *Psychology and Mental Health*. 17:135-152.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York, NY: Oxford University Press.
- Parrot, W. G. & Schullcin, J. (1993). Neuropsychology and the cognitive nature of the emotions. *Cognition and*

Emotion, 7,43-59.

Pastor, M.A., Martín-Aragón, M., Pons, N., Lledó, A. (2003). Intervención psicológica en una unidad de reumatología. En E. Remor, P., Arranz & S. Ulla (Eds.). *El Psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Descleé De Brouwer. Biblioteca de Psicología.

Pastor, M. A., Lledó, A., Pons, N. y Lopez-Roig, S. (2011). Dolor y fibromialgia. Aportaciones desde la psicología. En Peñacoba, C (Ed.). *Fibromialgia y promoción de la salud. Herramientas de intervención psicosocial*,(pp 77-112). Madrid: Dykinson.

Pastor, M.A., Lledó, A., Martín-Aragón, M., Pons, N., y Terol, M.C. (2003) La fibromialgia desde un punto de vista psicosocial: concepto y características. *Encuentros en la Psicología Social*, 1 (4), 87-93.

Pastor, M.A., López-Roig, S., Lledó, A., Martín-Aragón, M., Pons, N., Rodríguez-Marín, J., Sánchez, S., Terol, M.C., Fernández, J., Tovar J., Ibero, I., Rosas, J., Salas, E. (2000). Creencias de control, uso de servicios y consumo de medicación en la Fibromialgia. En J. Fernández del Valle, J. Herrero Olairola & A. Bravo Arteaga (eds.). *Intervención Psicosocial y Comunitaria: la promoción de la salud y la calidad de vida*. (pp. 322-328), Madrid: Biblioteca Nueva.

Pastor, M.A., López-Roig, S. y Rodríguez-Marín, J. (1989). Factores psicológicos asociados y dolor en pacientes reumáticos. *Revista de Psicología de la Salud*, 1, 51-63.

Pastor, M.A., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Juan, V. (1995). Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y Fibromialgia. *Psicothema*, 7 (3), 627-639.

Pastor, M.A., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Sánchez, S., Salas, E., Pascual, E. (1990). Expectativas de control sobre la experiencia de dolor: adaptación y análisis preliminar de la escala multidimensional de locus de control de salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 2 (1-2), 91-111.

Pastor, M.A., Martín-Aragón, M., y Lledó, A. (1999). Expectativas de autoeficacia y estado de salud en enfermos con dolor crónico: una revisión. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 9 (2), 111-125.

Pastor, M.A., Salas, E., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Sánchez, S., Pascual, E., (1993). Patients' beliefs about their lack of pain control in primary fibromyalgia syndrome. *British Journal of Rheumatology*, 32(6),484-489.

Payne, T.C., Leavitt, F., Garron, D.C., Katz, R.S., Golden, H.E., Glickman, (1982). Fibrositis and psychological disturbance. *Arthritis & Rheumatism*, 25,213-7.

Peeters, F., Nicolson, N. A., Berkhof, J., Delespaul, P. y deVries, M. (2003). Effects of daily events on mood states in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 203-211.

Peña Arrebola, A. (1995). Fibromialgia: Clínica y Diagnóstico Diferencial. Encuentros Médicos: La Fibromialgia en 1995. *Acción Médica*, 10-16.

Peñacoba, C. (2009). Intervención psicológica en personas con Fibromialgia. Infocop. *Revista de Psicología*, 43,14-20.

Peñacoba, C., Velasco, L y Gomez-Arguelles, J. M. (2011). Tratamiento psicosocial en fibromialgia. En Peñacoba, C: *Fibromialgia y promoción de la salud. Herramientas de intervención psicosocial* (ED),(pp 123-152). Madrid: Dykinson.

Peñacoba, C., Velasco, L y Gomez-Arguelles, J. M. (2011). Tratamiento psicosocial en fibromialgia. En: Peñacoba, C. (Ed.) *Fibromialgia y promoción de la salud. Herramientas de intervención psicosocial* (ED),(pp 123-152). Madrid: Dykinson.

Pennebaker, J.W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research & Therapy*, 31(6), 539-548.

Pennebaker, J.W., & O'Heeron, R.C. (1984). Confiding in others and illness rate among spouses of suicide and accidental-death victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(4), 473- 476.

Pennebaker, J.W., Hughes, C. F., & O'Heeron, R.C. (1987). The psychophysiology of confession: Linking inhibitory and psychosomatic processes. *Journal of Personality & Social Psychology*, 52(4), 781-793

Pennebaker, J.W.(1995). Emotion, disclosure, and health: An overview. En J.W. Pennebaker (ed.), *Emotion, disclosure and health* (pp. 271-292). Washington: American Psychological Association.

Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F., Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16(3), 415-420.

- Perrot, S., Bouhassira, D., Fermanian, J., CEDR (Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie). (2010). Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST). *Pain*, 150(2), 250-256.
- Peters, M.L., Vlaeyen, J.W., y van Drunen, C. (2000). Do fibromyalgia patients display hypervigilance for innocuous somatosensory stimuli? Application of a body scanning reaction time paradigm. *Pain*, 86, 283-92.
- Peters, M.L., Vlaeyen, J.W., y Weber, W.E. (2005). The joint contribution of physical pathology, pain-related fear and catastrophizing to chronic back pain disability. *Pain*, 113, 45-50.
- Petrie, K.J., Booth, R.J., & Pennebaker, J.W. (1998). The immunological effects of thought suppression. *Journal of Personality & Social Psychology*, 75, 1264-1272.
- Pfeiffer, A., Thompson, J. M. Nelson, Tucker, S., Luedtke, C., Finnie, S., Sletten, C. y Postier, L. (2003). Effect of 1.5 day multidisciplinary outpatient treatment program for fibromyalgia: a pilot study. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82, 186-191.
- Philips, H.C. (1991). *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Philips, H.C., & Jahanshahi, M. (1986). The components of pain behaviour report. *Behaviour Research & Therapy*, 24, 117-125.
- Phillips, L.J., Stuifbergen, A.K. (2009). Structural equation modeling of disability in women with fibromyalgia or multiple sclerosis. *West Journal Nurse Research*, 31(1), 89-109.
- Picavet, H.S., Vlaeyen, J.W., Schouten, J.S. (2002). Pain catastrophizing and kinesiophobia: Predictors of chronic low back pain. *American Journal of Epidemiology*, 156, 1028-1034.
- Pickering, A. D. y Gray, J. A. (1999). The neuroscience of personality. In Pervin, L. A. y John, O. P. (Eds.) *Handbook of Personality: Theory and Research*. Second Edition. New York, NY: The Guilford Press.
- Pillemer, S.R., Bradley, L.A., Crofford, L.J., Moldofsky, H., Chrousos, G.P. (1997). The neuroscience and endocrinology of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 40, 1928-1939.
- Pilowsky, I., & Bassett, D.L. (1982). Pain and depression. *British Journal of Psychiatry*, 141, 30-36.
- Pilowsky, I., & Spence, N.D. (1977). Pain, anger and illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 411-416.
- Pincus, T., Swearingen, C., y Wolfe, F. (1999). Toward a multidimensional health assessment questionnaire (mdhaq). Assessment of advanced activities of daily living and psychological status in the patient-friendly health assessment questionnaire format. *Arthritis and Rheumatism*, 42(10), 2220-2230.
- Plesh, O., Wolfe, F. y Lane, N. (1996). The relationship between fibromyalgia and temporomandibular disorders: prevalence and symptoms severity. *The Journal of Rheumatology*, 23(11), 1948-1952.
- Plutchik, R. (1991). *The Emotions*. New York: University Press.
- Poldrack, R. A. (2006). Can cognitive processes be inferred from neuroimaging data? *Trends in Cognitive Sciences*, 10, 59-63.
- Pons Calatayud, N. (2010). Estado de salud, percepción de control y afrontamiento en la fibromialgia: un estudio longitudinal en atención primaria. Tesis doctoral no publicada.
- Pons, N. (2009). Estado de Salud, Percepción de Control y Afrontamiento en la Fibromialgia: Un estudio longitudinal en Atención Primaria. [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Miguel Hernández, Alicante.
- Porcelli, P., Leoci, C., Guerra, V., Taylor, G. J., y Bagby, R. M. (1996). A longitudinal study of alexitimia and psychological distress in inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 569-573.
- Porter-Moffitt, S., Gatchel, R.J., Robinson, R.C., Deschner, M., Posamentier, M., Polatin, P., Lou, L. (2006). Biopsychosocial profiles of different pain diagnosis groups. *The Journal of Pain*, 7(5), 308-318.
- Potter, P. T., Zautra, A. J., Reich, J. W. (2000). Stressful events and information processing dispositions moderate the relationship between positive and negative affect: Implications for pain patients. *Annals of Behavioral Medicine*. 22 (3), 191-198.
- Povedano Gómez, J.B., Iglesia Salgado, J.L. (2000). Fibromialgia. *Revista Española de Reumatología*, 27, 426-429.
- Power, M. y Dalgleish, T. (1997). *Cognition And Emotion*. From Order To Disorder. Hove, Uk: Erlbaum
- Pressman, S.D., Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-71.
- Price, D.D., Staud, R., Robinson, M.E., Mauderli, A.P., Cannon, R., Vierck, C.J. (2002). Enhanced temporal summation of second pain and its central modulation in fibromyalgia patients. *Pain*, 99, 49-59.

- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.
- Rachman, S. (2001). Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorders. *International Review of Psychiatry*, 13, 164-171.
- Ramírez, C., Esteve, R. y López, A. E. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*, 17, 129-137.
- Ramírez-Maestre, C., López, A. E. y Esteve, R. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 147-165.
- Reed, G.M., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., Wang, H.-Y.J., & Visscher, B.R. (1994). "Realistic acceptance" as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13, 299-307.
- Reich, J. W., Johnson, L. M., Zautra, A. J. y Davis, M. C. (2006). Uncertainty of illness relationships with mental health and coping processes in fibromyalgia patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 29,307-316.
- Reich, J.W., & Zautra, A.J. (1995). Spouse encouragement of self-reliance and other-reliance in rheumatoid arthritis couples. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 249–260.
- Reich, J.W., Zautra, A.J, Davis, M. (2003). Dimensions of Affect Relationship: Models and Their Integrative Implications. *Review of General Psychology*;7, 66-83.
- Reilly, P. A. y Littlejohn, G. O. (1992). Peripheral arthralgic presentation of fibrosis/fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 19, 281-283
- Reville, J.D. (1997). Soft-tissue rheumatism: diagnosis and treatment. *The American Journal of Medicine*, 102(A), 23-29.
- Reizenzein, R. (1983). The Schachter theory of emotions: two decades later. *Psychological Bulletin*, 94,239-264.
- Remor, E. (2007). Contribuciones de la psicología positiva al ámbito de la Psicología de la salud y Medicina Conductual. En: Vazquez, C, Hervas, G, Eds. *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclee de Bower.
- Restrepo-Medrano, J., Ronda Pérez, E., Vives-Cases, C., Gil-González, D. (2009). ¿Qué sabemos sobre los factores de riesgo de la Fibromialgia? *Revista de Salud Pública*, 11(4), 662-674.
- Rhudy, J.L., Maynard, L.J., Russell, J.L. (2007). Does In Vivo Catastrophizing Engage Descending Modulation of Spinal Nociception? *The Journal of Pain*, 8, 325-333.
- Rimé,B., Mesquita, B., Philippot,P. y Boca,S. (1991). Beyond the emotional event: Six studies on the social sharing of emotion. *Cognition and emotion*, 5, 435-465.
- Rivera J, Alegre C, Ballina F, Carbonell J, Carmona L, Castel B, Collado, A, Esteve X, Martínez F, Tornero J, Vallejo MA, Vidal J (2006). Documento consenso de Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, (1), S55-66.
- Rivera, J, Moratalla, C., Valdepeñas, F., García, Y., Osés, J.J., Ruiz, J., González, T., Carmona, L., Vallejo, M.A. (2004). Fibromyalgia: A Physical Exercise-Based Program and a Cognitive-Behavioral Approach. *Arthritis & Rheumatism* , 51 (2), 184–192.
- Rivera, J. (2004). Controversias en el diagnóstico de la fibromialgia. *Revista Española de Reumatología*, 31(9), 501-506.
- Rivera, J. (2011).La fibromialgia en el sistema sanitario español. Generalidades e Impacto en la calidad de vida. En Peñacoba, C. (Ed.) *Fibromialgia y promoción de la salud. Herramientas de intervención psicosocial*,(pp 45-73). Madrid: Dykinson.
- Robles, J. (1995). La fibromialgia. Un viejo síndrome a la búsqueda de su identidad. *Medicina Clínica*, 95, 540-541.
- Rodgers, F., Randall, J.I. (1988). Environmentally induced analgesia: situational factors, mechanisms and significance. En: R.J. Rodgers, S. J. Cooper (Eds.). *Endorphins, opiates and behavioral processes*. New York: Wiley.
- Rodríguez Franco, R.J. (1994). Concepto y epidemiología del Síndrome Fibromiálgico. En: *Fibromialgia*. De Mulero J. ICN: Barcelona.
- Rodríguez, J. L. (2004). Dolor osteomuscular y reumatológico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11, 94-104.
- Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B., y Garrosa, E. (2006)*

- Roedema, T., y Simons, R. (1999). Emotion processing in three systems: The medium and the message. *Psychophysiology*, 36, 5, 619–627.
- Roelofs, J., Goubert, L., Peters, M.L., Vlaeyen, J.W., Crombez, G. (2004). The Tampa Scale for Kinesiophobia: further examination of psychometric properties in patients with chronic low back pain and fibromyalgia. *European Journal of Pain*, 8(5):495-502.
- Rollman, G. B., Lautenbacher, S. (1993). Hypervigilance effects in fibromyalgia: Pain experience and pain perception. En H. Voeroy y H. Merskey (Eds.), *Progress in fibromyalgia and myofascial pain* (pp. 149-159). New York: Elsevier Science Publishers BV.
- Roseman, I. J. (1991). Appraisal determinants of discrete emotions. *Cognition & Emotion*, 5, 161–200.
- Rosentiel, A.K., y Keefe, F.J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustments. *Pain*, 17(1), 33-44.
- Rotés J. (1990). La fibromialgia. Un viejo síndrome a la búsqueda de su identidad. *Medicina Clínica*, 95, 540-1.
- Rotés-Querol J. (1994). *Tenomiasias. Fibromiasias. Curso de perfeccionamiento profesional en Reumatología*. Barcelona: Fundación Promedic-Promoción médica.
- Roth, R.S., Bachman, J.E. (1993). Pain experience, psychological functioning and self-reported disability in chronic myofascial pain and Fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 1(3-4), 209-216.
- Rothbaum, F., Weisz, J., y Snyder, S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 5-37.
- Rotter, J.B. (1982). *The development and application of social learning theory*. New York: Praeger
- Rude, S. S. y McCarthy, C. J. (2003). Emotion regulation in depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 17, 799-806.
- Rudin, N.J. (2003). Evaluation of treatments for myofascial pain syndrome and fibromyalgia, *Current Pain Headache Report*, 7 (6): 433-442.
- Ruiz-Moral, R., Muñoz-Alamo, M., Pérula de Torres, R., Aguayo-Galeote, M.A. (1997). Biopsychosocial features of patients with widespread chronic musculoskeletal pain in family medicine clinics. *Family Practice*, 14(3), 242-248.
- Russell, I.J., Vaeoy, H. Javors, M. (1992). Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in fibromyalgia/fibrositis syndrome and rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 35, 550-556.
- Russell, I.J., Michalek, J.E., Vipraio, G.H. (1989). Serum amino acids in fibrositis/fibromyalgia concentration. *Journal of Rheumatology*, 16, 158-63.
- Russell, J. A. & Fernández-Dols, J.M. (Comps.) (1997). *The Psychology of Facial Expression*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Russell, J. A. (1997). Reading emotions from and into faces: Resurrecting a dimensional-contextual perspective. En J.A. Russell & J.M. Fernández-Dols (Comps.), *The Psychology of Facial Expression*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Russell, J. A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110, 145–172.
- Russell, J. A. y Carroll, J. M. (1999). On the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological Bulletin*, 125, 3-30.
- Rusting, C. L. y DeHart, T. (2000). Retrieving Positive Memories to Regulate Negative Mood: Consequences for Mood-Congruent Memory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 737–752.
- Rusting, C. L. y Larsen, R. J. (1998). Personality and cognitive processing of affective information. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 200-213.
- Ryan, R.M., Huta, V., & Deci, E.L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170.
- Ryan, R.M., y Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. En S. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology* (pp. 141-166). Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.
- Ryff, C. D., Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.

- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C.D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C.D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Rygh, L.J., Tjølsen, A., Hole, K., Svendsen, F. (2002). Cellular memory in spinal nociceptive circuitry. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, (2), 153-9.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford Press.
- Saarni, C. (2000). Emotional competence: A developmental perspective. En Bar-On, Reuven (Ed); Parker, James D. A. (Ed), (2000). *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*, (pp. 68-91). San Francisco, CA, US: Jossey-Bass, xv, 528 pp.
- Salminen, S. (1999). *Trends in Food Science & Technology*. 10, 3, 107-110.
- Salovey, P., Bedell, B., Detweiler, J.B. y Mayer, J. D. (2000). Current directions in emotional intelligence research. En M. Lewis y J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (2nd ed.). New York: Guilford Press. Pp. 504-520.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and emotional repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (dir.). *Emotion, Disclosure, and Health* (pp. 125-151). Washington: American Psychological Association.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, N. y Fernández-Berrocá, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47-59.
- Salovey, P., Rothman, A.J., Detweiler, J.B. y Steward, W.T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55(1), 110-121.
- Salovey, P., Stroud, L.R., Woolery, A. y Epel, E.S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17, 611-627.
- Salovey, P., y Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination Cognition Personality*, 9, 185-211.
- Salters-Pedneault, K., Roemer, L., Tull, M. T., Rucker, L. y Mennin, D. S. (2006). Evidence of broad deficit in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 469-480.
- Sánchez, A.I., Martínez, M.P., Miró, E., Medina, A. (2011). Predictors of the pain perception and self-efficacy for pain control in patients with fibromyalgia. *Spanish Journal Psychology*, 14(1), 366-73.
- Sandi, C., Calés, J.M. (2000) *Estrés: Consecuencias psicológicas, fisiológicas y clínicas*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Sandin, B., Charot, P., Lostao, L., Joiner, T.E, Santed, M.A. y Valiente, R.M. (1999) Escala PANAS de afecto positivo y negativo: Validación Factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*. 11(1) 37-51.
- Sansone, R.A., Levenson, J.V., Sellbom, M. (2004). Psychological aspects of fibromyalgia. Research vs. Clinical impressions. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 185-188.
- Sarró, S. (2002). Fibromialgia reumática: aspectos psiquiátricos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 392-396.
- Sarzi-Puttini, P., Atzeni, F., Diana, A., Doria, A., Furlan, R. (2006). Increased neural sympathetic activation in fibromyalgia syndrome. *Annals New York Academic Science*, 1069, 109-17.
- Sarzi-Puttini, P., Buskila, D., Carrabba, M., Doria, A., Atzeni, F. (2008). Treatment strategy in fibromyalgia syndrome: where are we now?, *Seminars in Arthritis & Rheumatism*, 37, 353-365.
- Satalino, A. (2009). Personality traits, perceived stress, and coping styles in patients with chronic lyme disease and fibromyalgia. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 69(11-B), 100-178.
- Sayar, K., Gulec, H., Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 23(5), 441-448.
- Schachter, S., and Singer, J.E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state.

Psychological Review, 69, 379-399.

Scherer, K. R. (1984). Emotion as a multicomponent process: A model and some cross-cultural data. In P. Shaver (Ed.), *Review of personality and social psychology* (Vol. 5, pp. 37-63). Beverly Hills, CA: Sage.

Scherer, K. R., Schorr, A., y Johnstone, T. (2001). *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*. New York, NY: Oxford University Press.

Scherer, K. S. (1993). Neuroscience projections to current debates in emotion psychology. *Cognition and Emotion*, 7, 1-4 1.

Scheuler, W., Stinshoff, D., Kubicki, S. (1983). The alpha sleep pattern. *Neuropsychobiology*, 10, 183-89.

Schmidt, N.B., & Cook, J.H. (1999). Effects of anxiety sensitivity on anxiety and pain during a cold pressor challenge in patients with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 313-323.

Schmidt-Wilcke, T., Luerding, R., Weigand, T., Jürgens, T., Schuierer, G., Leinisch E, Bogdahn, U. (2007). Striatal grey matter increase in patients suffering from fibromyalgia: a voxel-based morphometry study. *Pain*, 132 Suppl 1, 109-116.

Schneider, W., Shiffrin, R.M. (1977). Controlled and automatic human information processing: I. Detection, search, and attention. *Psychological Review*, 84, 1-66.

Schochat T. y Raspe H. (2003). Elements of fibromyalgia in an open population. *Rheumatology*, 42, 829-35.

Schut, A. J., Castonguay, L. G. y Borkovec, T. D. (2001). Compulsive checking behaviors in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 705-715.

Schutte N.S., Malouff J.M., Thorsteinsson E.B., Bhullar N. y Rooke S.E. (2007). A metaanalytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42 (6), 921-933.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Simunek, M., McKenley, J., y Hollander, S. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition and Emotion*, 16, 769-785.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. enferm.* [online], 2, 09-21.

Scudds, R.A., Rollman, G.B., Harth, M., McCain, G.A. (1987). Pain perception and personality measures as discriminators in the classification of fibrositis. *Journal of Rheumatology*, 14, 563-69.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Tewdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.

Shapiro, K.L., Lim, A. (1989). The impact of anxiety on visual attention to central and peripheral events. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 345-351.

Shea, V.K., Pearl, E.R. (1985). Failure of sympathetic stimulation to affect responsiveness of rabbit polymodal nociceptors. *Journal of Neurophysiology*, 54, 513-519.

Sheon, R.P., Moskowitz, R.W., Goldberg, V.M. (1996). Fibromyalgia and other generalized soft tissue rheumatic disorders. En: Sheon RP, Moskowitz RW, Goldberg VM, eds. *Soft tissue rheumatic pain: recognition, management, prevention*. 3ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 275-301.

Shields, S.A. (1987). Women, men and the dilemma of emotion. En P. Shaver y C. Hendrick (Eds). *Review of personality*: Vol 7. Sex and gender (pp. 229-250). Beverly Hills, CA: Sage.

Shiffrin, R.M., Schneider, W. (1977) Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending, and a general theory. *Psychological Review*, 84, 127-190.

Shuster, J., McCormack, J., Riddell, R. P., Toplak, M. E. (2009). Understanding the psychosocial profile of women with fibromyalgia syndrome. *Pain Research & Management*, 14(3), 239-245.

Si Wai Zih, F., Da Costa D., y Fitzcharles, M. (2004). Is there benefit in referring patients with fibromyalgia to a specialist clinic?. *The Journal of Rheumatology*, 31(12), 2468-2471.

Sifneos, P.E. (1973). Prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255- 262.

Silberman, E. y Weingartner, H. (1986). Hemispheric lateralization of functions related to emotion. *Brain and Cognition*, 5, 3, 322-353.

- Sildan, A. J. y Horchberb, M. C. (1993). *Epidemiology of the rheumatic diseases*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Sim and Adams. (2001) Juvenile fibromyalgia syndrome: The role for occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*. Volume 48 June 2001.
- Sim, J., Adams, N. (2002). Systematic review of randomized controlled trials of nonpharmacological interventions for Fibromyalgia. *The Clinical Journal of Pain*, 18, 324-336.
- Sim, J., Adams, N. (2003). Therapeutic approaches to fibromyalgia syndrome in the United Kingdom: a survey of occupational therapists and physical therapists. *European Journal Pain*, 7(2), 173-80.
- Simms, R.W., Roy, S.H., Hrovat, M., Anderson, J.J., Skrinar, G., LePoole, S.R., Zerbini, C.A., de Luca, C., Jolesz, F. (1994). Lack of association between fibromyalgia syndrome and abnormalities in muscle energy metabolism. *Arthritis & Rheumatism*, 37(6), 794-800.
- Skinner, E. A., Edge, K.; Altman, J., Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Skinner, E.A. (1996). A Guide to Constructs of Control. *Journal of Personality & Social Psychology*, 71(3), 549-70.
- Sletvold, H., Stiles, T. C. y Landrø, N. I. (1995). Information processing in primary fibromyalgia, major depression, and healthy controls. *The Journal of Rheumatology*, 22, 137-142.
- Smart, P.A., Waylonis, G.W., Hackshaw, K.V. (1997). Immunologic profile of patients with fibromyalgia. *American Journal of Physical Medicine Rehabilitation*, 76(3), 231-4.
- Smith, C. A., & Ellsworth, P. C. (1985). Patterns of cognitive appraisal in emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 813-838.
- Smith, C.A., & Wallston, K.A. (1992). Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: Application of a general model. *Health Psychology*, 11, 151-162
- Smith, C.A., Lumley, M.A. (2002). Contrasting emotional approach coping with passive coping for chronic myofascial pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(4), 326-335.
- Smith, M. J., Christiansen, P. C. (1996). Work Organization, stress and cumulative trauma disorders. En: S. Moon and S. Sauter (Eds.), *Beyond Biomechanics: Psychosocial Aspects of Cumulative Trauma Disorders* (pp. 23-42). London: Taylor & Francis.
- Smith, S. M. y Petty, R. E. (1995). Personality moderators of mood congruency effects on cognition: The role of self-esteem and negative mood regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1092-1107.
- Smith, W.A. (1998). Fibromyalgia syndrome. *Nursing clinics of North America*, 22(4), 653-669.
- Smith, B. y Zautra, A. (2008). Vulnerability and resilience in women with arthritis: Test of a two-factor model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 799-810.
- Smyth, J.M., Stone, A.A., Hurewitz, A., Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. *JAMA*, 281, 1304-9.
- Smythe, H.A. (1989). Fibrositis Syndrome: A historical perspective. *Journal of Rheumatology*, 19; 2-6.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. En S. Leinhardt (Ed.), *Sociological Methodology*, (pp. 290-312). Washington DC: American Sociological Association.
- Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER. (2001). Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: Sociedad Española de Reumatología.
- Sociedad Española de Reumatología (SER). (2002). Estudio EPIDOR: Epidemiología del dolor en reumatología. Söderberg, S. (1999). Women's Experiences of Living with Fibromyalgia: Struggling for Dignity. Umea University Medical Dissertations, New Series no. 602, Umea, Sweden.
- Solomon, R. C. (2003). *Not passion's slave: Emotions and choice*. New York, NY: Oxford University Press.
- Souza, J.B, Potvin, S., Goffaux, P., Charest, J., Marchand, M. (2009). The Deficit of Pain Inhibition in Fibromyalgia Is More Pronounced in Patients With Comorbid Depressive Symptoms. *Clinic Journal of Pain*, 25, 2, 123-119.
- Sprott, H. (2003). What can rehabilitation interventions achieve in patients with primary fibromyalgia? *Current Opinion in Rheumatology*, 15: 14550.

- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., y Ellis, A. P. (1994). Coping through emotional approach: Problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 350–362.
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L. y Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1150-1169.
- Staud, R., Price, D.D., Robinson, M.E., Vierck, C.J Jr. (2004). Body pain area and pain-related negative affect predict clinical pain intensity in patients with fibromyalgia. *Journal of Pain*, 5, 338–43.
- Staud, R., Rodriguez, M.E. (2006). Mechanisms of disease: pain in fibromyalgia syndrome. *Nature Clinical Practice Rheumatology*, 2 (2), 90-98.
- Staud, R., Vierck, C.J., Cannon, R.L., Mauderli, A.P., Price, D.D. (2001). Abnormal sensitization and temporal summation of second pain (wind-up) in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain*, 91, 165-75.
- Steiner, J.L., Bigatti, S.M., Hernandez, A.M., Lydon-Lam, J.R., Johnston, E.L. (2010). Social support mediates the relations between role strains and marital satisfaction in husbands of patients with fibromyalgia syndrome. *Family Systems Health*, 28(3), 209-23.
- Steinweg, D. L., Dallas, A. P., Rea, W. S. (2011). Fibromyalgia: Unspeakable suffering, a prevalence study of alexithymia. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*. 52(3),255-262.
- Stephens, M.A., Druley, J.A., y Zautra, A.J. (2002) .Older adults' recovery from surgery for osteoarthritis of the knee: psychosocial resources and constraints as predictors of outcomes. *Health Psychology*, 21, 377- 383.
- Steptoe, A., Gibson, E.L., Hamer, M., & Wardle, J. (2007). Neuroendocrine and cardiovascular correlates of positive affect measured by ecological momentary assessment and by questionnaire. *Psychoneuroendocrinology*, 32(1), 56-64.
- Steptoe, A., Wardle, J., & Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102, 6508-6512.
- Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., & Eifert, G. H. (2002). The relations of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior Modification*,
- Stockman, R. (1904): The causes, pathology and treatment of chronic rheumatism. *Edimburg Medical Journal*, 15,107-116.
- Strand, E.B., Zautra AJ, Thoresen M, Odegard S, Uhlig T, Finset A. (2006). Positive affect as a factor of resilience in the pain-negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 477-84.
- Suhr, J.A. (2003). Neuropsychological impairment in fibromyalgia: relation to depression, fatigue, and pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 321–9.
- Sukhodolsky, D.G., Golub, A., y Cromwell, E.N. (2001).development and validation of the anger rumination scale. *Personality and individual differences*, 31, 5, 689-700.
- Sullivan, M.J., Thorn, B., Haythornthwaite, J.A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L.A., Lefebvre, J.C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 17, 52-64
- Sullivan, M.J.L., Bishop, S., y Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524-32.
- Sullivan, M.J.L., Rouse, D., Bishop, S., & Johnston, S. (1997). Thought suppression, catastrophizing, and pain. *Cognitive Therapy & Research*, 21, 555–568.
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: Ameta-analysis. *Health Psychology*, 4(3), 249–288.
- Suls, J., Green, P., y Hillis, S. (1998). Emotional reactivity to everyday problems, affective inertia, and neuroticism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 127-136.
- Surrawy, C., Hackmann, A., Hawton, K., Sharpe, M. (1995). Chronic fatigue syndrome: a cognitive approach. *Behavior Research and Therapy*, 33, 535-544.
- Suslow, T. (1998). Alexithymia and automatic affective processing. *European Journal of Personality*, 12, 433-443.
- Swinkels-Meewisse E.J., Swinkels R.A., Verbeek A.L., Vlaeyen J.W., Oostendorp R.A. (2003). Psychometric properties of the Tampa Scale for kinesiophobia and the fear-avoidance beliefs questionnaire in acute low

- back pain. *Manual Therapy*, 8(1), 29-36.
- Szasz, Thomas S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15(2), 113-118.
- Taal, E., Seydel, E.R., Rasker, J.J., Wiegman, O. (1993). Psychosocial aspects of rheumatic diseases: *Introduction. Patient Education and Counseling*, 20(2-3), 55-61.
- Tander B, Cengiz K, Alayli G, Ilhanli I, Canbaz S, Canturk F. (2008). A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Rheumatology International*, 28(9), 859-65.
- Tariot, P.N., Yocum, D., Kalin, N.H. (1986). Psychiatric disorders in Fibromyalgia. *American Journal of Psychiatry*, 143, 812-813.
- Taskin, E. Oryal, T., C., Yuksel, E. G., Firat, A., Tuzun, C.; Aydemir, O.(2007) Prevalence of depressive disorders among patients with fibromyalgia seeking help for the first time and its relationship with alexithymia. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 8(4), 248-255.
- Taviris, C. (1989). *Anger: The misunderstood emotion. (rev: ed)*. New York: Simon and Schuster.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Ryan, D. P., Parker, J. D., Doofy, K. F., y Keefe, P. (1988). Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine*, 50, 500-509.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., y Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E. y Gruenewald, T. L. (2000) Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99-109.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Aspinwall L.G., Schneider, S.C., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for AIDS. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460-473.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., Segal, Z.V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275–287.
- Tejero A., Guimerá E.M., Farré J.M.(1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Depto Psiquiatria Facultad de Med Barna*; 13,233-238.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6(3), 545-567.
- Thayer, R. E. (1989). *The Biopsychology of Mood and Arousal*. New York: Oxford University Press.
- Thieme, K., Turk, D.C., Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosocial Medicine*, 66, 837-844.
- Thieme, K., Turk, D.C., y Flor, H. (2007). Responder criteria for operant and cognitive-behavioral treatment of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Care & Research*, 57, 830-836.
- Thompson, R. (2011). Emotion and emotion regulation: Two sides of the developing coin. *Emotion Review*, 3, 53-61.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. En N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59 (240), 25–52.
- Thompson, R. A., & Calkins, S. D. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8, 163–182.
- Todarello, O., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., y Fanelli, M. (1995). Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 987-994.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affect, imagery, and consciousness: The negative affects*. New York, NY: Springer.
- Totterdell, P. A., y Parkinson, B. (1999). Use and effectiveness of self-regulation strategies for improving mood in a group of trainee teachers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 219-232
- Tozzi, V., Pantaleo, M.T. (1985). Psicosomatica del cancro della mammella. *Medicina Psicosomatica*, 30(3), 217-223.

- Traue, H.C., Pennebaker, J.W. (1993). Inhibition and arousal. En H.C. Traue y J.W. Pennebaker (eds.). *Emotion inhibition and health* (pp.10-31). Kirkland, WA, US: Hogrefe & Huber.
- Treynor, W., Gonzalez, R. y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247-259.
- Trygg, T., Lundberg, G., Rosenlund, E., Timpka, T., Gerdle, B. (2002). Personality characteristics of women with fibromyalgia and of women with chronic neck, shoulder, or low back complaints in terms of Minnesota Multiphasic Personality Inventory and Defense Mechanism Technique modified. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 10(3), 33-55.
- Tull, M. T., Barrett-Modell, H. M., McMillan, E. S. y Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, 38, 303-313.
- Turk, D., Sherman, J. J. (2002). Treatment of Patients with Fibromyalgia Syndrome. In D. C. Turk & R. J. Gatchel (Eds.), *Psychological approaches to pain management* (pp. 390-416). New York: The Guilford Press
- Turk, D.C., Dworkin, R.H. (2004). What should be the core outcomes in chronic pain clinical trials? *Arthritis Research & Therapy*, 6, 151-4.
- Turk, D.C. (2005). The potential of treatment matching for subgroups of patients with chronic pain. Lumping versus splitting. *Clinical Journal of Pain*, 21 (1), 44-55.
- Turk, D.C., Rudy, T.E. (1987). Assessment of cognitive factors in chronic pain: a worthwhile enterprise? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (6), 760-768.
- Turk, D.C., Salovey, P. (1984). Chronic pain as a variant of depressive disease: A critical reappraisal. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 398-403.
- Tuzer, V., Bulut, S. D., Bastug, B., Kayalar, G., Goka, E., Bestepe, E. (2011). Causal attributions and alexithymia in female patients with fibromyalgia or chronic low back pain. *Nordic Journal of Psychiatry*. 65(2), 138-144.
- Uceda Montañes, J., González-Agudo, M.I., Fernández Delgado, C. y Hernández Sánchez, R. (2000). Fibromialgia: aspectos históricos, definición y clasificación. *Revista Española de Reumatología*, 27, 414-416.
- Uguz, F., Çiçek, E., Salli, A., Karahan, Y., Albayrak, I., Kaya, N., Uğurlu, H. (2010). Axis I and Axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*. 32, 1, 105-107.
- Underwood, B., & Froming, W.J. (1980). The mood survey: A personality measure of happy and sad moods. *Journal of Personality Assessment*, 44, 404-414.
- Uveges, J. M., Parker, J. C., Smarr, K. L., McGowan, J. F., Lyon, M. G., Irvin, W. S., Meyer, A. A., Buckelew, S. P., Morgan, R. K., Delmonico, R. L. (1990). Psychological symptoms in primary fibromyalgia syndrome: relationship to pain, life stress, and sleep disturbance. *Arthritis & Rheumatism*, 33 (8), 1279-1283.
- Vaeroy, H., Helle, R., Forre, O. (1988). Elevated CFS levels of substance P and high incidence of Raynaud's phenomenon in patients with fibromyalgia: new features for diagnosis. *Pain*, 32, 21-26.
- Vallejo Pareja, M. A. (2008). Perspectivas en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19, 3, 417-430.
- Vallejo, M.A., Comeche, M.I., Ortega, J., Rodríguez, M.F., y Díaz, M.I. (2009). Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escritos de Psicología*, 2(2), 28-34.
- Valverde, M., Juan, A., Rivas, B., Carmona, L. (2000). Prevalencia de la fibromialgia en la población española: Estudio 2000, resumen. *Revista Española de Reumatología*, 27, 157.
- Van Houdenhove, B., Egle, U. (2004). Fibromyalgia: a stress disorder? Piecing the biopsychosocial puzzle together. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 267-275.
- Van Tulder, M., Koes, B., Metsemakers, J., Bouter, L. (1998). Chronic low back pain in primary care: A prospective study of the management and course. *Family Practice*, 15(2), 126-132.
- Van den Hoogen, H.J.M., Koes, B., Van Eijk, J.T.M., Bouter, L., Devillé, W. (1997). Pain and health status of primary care patients with low back pain. *The Journal of Family Practice*, 44(2), 187-192.
- Van Denderen, J.C., Boersma J.W., Zeinstra P., Hollander A.P., van Neerbos B.R. (1992). Physiological effects of exhaustive physical exercise in primary fibromyalgia syndrome (PFS): is PFS a disorder of neuroendocrine reactivity? *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 21, 35-37.

- Van Houdenhove, B., Egle, U., Luyten, P. (2005). The role of life stress in Fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports*, 7, 365-370.
- Van Houdenhove, B., Neerincx, E., Onghena, P., Vingerhoets, A., Lysens, R., Vertommen, H. (2002). Daily hassles reported by chronic fatigue syndrome and fibromyalgia patients in tertiary care: a controlled quantitative and qualitative study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 207-213.
- Van Houdenhove, B., Neerincx, P., Lysens, R., Vertommen, H., Van Houdenhove, L., Onghena, P., Wethovens, R., D'Hooghe, M.B (2001). Victimization in chronic fatigue syndrome and Fibromyalgia in tertiary care. *Psychosomatics*, 42, 21-28.
- Van Houdenhove, B., Stans, L., Verstraeten, D. (1987). Is there a link between "pain-proneness" and "action-proneness?" *Pain*, 29, 113-117.
- Van Middendorp, H., Lumley M.A., Jacobs J.W., Bijlsma J.W., Geenen R. (2010) The effects of anger and sadness on clinical pain reports and experimentally-induced pain thresholds in women with and without fibromyalgia. *Arthritis care & research*. 62(10):1370-6.
- Van Middendorp, H., Mark A. Lumley, M., Moerbeek, M., Jacobs, J., Johannes, Bijlsma, J., Geenen, R. (2010b). Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: A diary study. *European Journal of Pain*, 14, 2, 176-182.
- Van Middendorp, H; Lumley, M. A; Johannes W. G; Van Doornen, L. P, J.; Johannes B. W. J; Geenen, R.(2008).Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 64 (2), 159-167.
- Van Santen, M., Bolwijn, P., Verstappen, F., Bakker, C., Hidding, A., Houben, H., Van der Heijde, D., Landewe, R., Van der Linden, S. (2002). A randomized clinical trial comparing fitness and biofeedback training versus basic treatment in patients with fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 29, 575-581.
- Van Uden-Kraan, C. F; Drossaert, C. H. C; Taal, E.; Shaw, B. R; Seydel, E. R; van de Laar, M. A. F. J. (2008). Empowering processes and outcomes of participation in online support groups for patients with breast cancer, arthritis, or fibromyalgia. *Qualitative Health Research*, 18(3), 405-417.
- Vázquez, C. (2009a). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva* (pp. 13-46). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. (2009b). El bienestar de las naciones. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva* (pp. 103-141). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. y Ring, J. (1996). Estrategias de afrontamiento ante la depresión: Un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el «Coping Inventory of Depression» (CID). *Psicología Conductual*, 4, 9-28.
- Vázquez, C., & Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 385-404.
- Vázquez, C., & Hervás, G. (Eds.) (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C., & Hervás, G. (Eds.), (2008). *Psicología Positiva aplicada*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Vázquez, C., & Nieto, M. (en prensa). Rehabilitación psiquiátrica: Nuevos problemas y viejas soluciones. En A. Blanco, D. Navarro et al. (Eds.), *Rehabilitación psiquiátrica*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez, C., Castilla, C., Hervás, G. (2007). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (dir.), *Las emociones positivas*. Madrid. Alianza Editorial.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., & Hervás, G. (2004). Longevidad y emociones positivas. En L. Salvador-Carulla, A. Cano & J.R. Cabo (Eds.), *Longevidad: Un tratado integral sobre promoción de la salud en la segunda mitad de la vida* (pp. 752-761). Madrid: Panamericana
- Vázquez, C., Hernangómez, L., Hervás, G. y Nieto-Moreno, M. (2006). La evaluación de la depresión en adultos. En V. Caballo (dirs.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 89- 114). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C., Hervas, G, Sánchez. (2008). Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. En: Vázquez, C., Hervas, G., (eds), *Intervenciones basadas en psicología positiva*. Bilbao: Desclee de Bower.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Pérez-Sales (2008). Chronic thought suppression as a vulnerability factor to posttraumatic symptoms: data from the Madrid March 11, 2004 terrorist attack. *Journal of Anxiety Disorders*, 22,

1226-1236.

Vázquez, C., Hervás, G., & Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14, 401-432.

Vázquez, C., Hervás, G., Rhaona, J.J. y Gómez, D. (en prensa). Psychological well-being and health: Contributions from Positive Psychology.

Vázquez, C., Pérez-Sales, P., & Hervás, G. (2008). Positive effects of terrorism and posttraumatic growth: An individual and community perspective. En A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (pp. 63-91). New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Veale, D., Kavanagh, G., Fielding, J. F., Fitzgerald, O. (1991). Primary fibromyalgia and the irritable bowel syndrome: different expressions of a common pathogenetic process, *British Journal of Rheumatology*, 30 (3), 220-222.

Velasco, L. (2011). Dolor. En: Peñacoba, C. (Ed.) *Fibromialgia y promoción de la salud. Herramientas de intervención psicosocial*, (pp 167-194). Madrid: Dykinson.

Velasco, L. (2011). Estrés, limitación funcional y sintomatología asociada en mujeres con fibromialgia. Influencia de las variables afectivas y de percepción de control. Tesis doctoral no publicada. Universidad Rey Juan Carlos.

Velasco, L. y Écija, C. (2011). Afectividad y sexualidad. En: Peñacoba, C. (Ed.) *Fibromialgia y promoción de la salud. Herramientas de intervención psicosocial*, (pp 349-376). Madrid: Dykinson.

Velasco, L., Zautra, A., Peñacoba, C., López-López, A., y Barjola, P. (2008). Cognitive-affective assets and vulnerabilities: Two factors influencing adaptation to fibromyalgia. *Psychology and Health*, 21 (3), 1-16.

Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Van Houdenhove, B., y De Corte, W. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *Pain*, 106, 65– 72.

Villanueva, V.L., Valía, J.C., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, M.J., de Andrés, J. (2000). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11, 430-443.

Vinaccia, S., Contreras, F., Palacio, P., Marín, A., Tobon, S., Moreno-San Pedro, E. (2005). Disposiciones fortalecedoras: personalidad resistente y autoeficacia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *Terapia Psicológica*, 23 (1), 15-24.

Vlaeyen, J., Teaken-Gruben, N., Goossens, M., Rutten-van Mólken, M., Pelt, R., van Eek, H., Heuts, P. (1996). Cognitive-educational treatment of fibromyalgia: A randomized clinical trial I. Clinical effects. *Journal of Rheumatology*, 23, 1237-45.

Vlaeyen, J., y Crombez, G. (1999) Fear of movement (re)injury, avoidance and pain disability in chronic low back pain patients. *Manual Therapy*, 4 (4), 187–195.

Vlaeyen, J.; Morley, W. (2005). Cognitive-Behavioral Treatments for Chronic Pain: What Works for Whom? *Clinical Journal of Pain*. 21(1):1-8.

Vowles K. E y McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 76, 397-407.

Vowles, K. E., McCracken, L. M. y Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: the contributions of pain, acceptance and catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11, 779-787.

Wade, J.B., Dougherty, L.M., Hart, R.P., Cook, D.B. (1992a). Patterns of normal personality structure among chronic pain patients. *Pain*, 48, 37-43.

Wade, J.B., Dougherty, L.M., Hart, R.P., Rafii, A. (1992b). A canonical correlation analysis of the influence of neuroticism and extraversion on chronic pain, suffering and pain behavior. *Pain*, 51, 67-73.

Walker, E.A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Bernstein, D., Katon, W.J. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical and emotion abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, 59, 572-577.

Wallace, D.J. (1997). The fibromyalgia syndrome. *Annals of Medicine*, 29, 9-21.

Wallace, J.E., Newman, J.P. (1997). Neuroticism and the attentional mediation of dysregulatory psychopathology. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 135-156.

Walter, B., Vaitl, D., Frank, R. (1998). Affective distress in fibromyalgia syndrome is associated with pain

- severity. *Z Rheumatol*, 57(Suppl. 2), 101–4.
- Wang, L. Shi, Z. Li, H. (2009). Neuroticism, extraversion, emotion regulation, negative affect and positive affect: The mediating roles of reappraisal and suppression. *Social Behavior and Personality*, 37(2), 193-194.
- Waterman, A.S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678–691.
- Watkins, E. y Moulds, M. L. (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*, 5, 319-328.
- Watson, D. y Clark, L.A. (1992). Affects separable and indispensable: On the hierarchical arrangement of the negative affects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Watson, D. y Tellegen, A. (1999). Issues in the dimensional structure of affect—Effects of descriptors, measurement error, and response formats: Comment on Russell and Carroll (1999). *Psychological Bulletin*, 125, 601-610.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219–235.
- Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Watson, J. B. (1919). A schematic outline of the emotions. *The Psychological Review*, 26, 165–196.
- Watson, J.C. y Rennie, D.L. (1994). Qualitative analysis of clients' subjective experience of significant moments during the exploration of problematic reactions. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 500-509.
- Watson, R., Liebmann, K.O., Jenson, J. (1985). Alfa-delta sleep: EEG characteristics, incidence, treatment psychological correlates and personality. *Sleep Research*, 14, 226.
- Wegner, D.M., & Gold, D.B. (1995). Fanning old flames: Emotional and cognitive effects of suppressing thoughts of a past relationship. *Journal of Personality & Social Psychology*, 68, 782–792.
- Weinberger, D. A., Schwartz, G. E., & Davidson, R. J. (1979). Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: Psychometric patterns and behavioral and physiological responses to stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 369-380.
- Weinberger, M. Hiner, S. y Tierney, W. (1987) In support of hassles as a measure of stress in predicting health outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 1, 19-30.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement, motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.
- Weiner, B. (1990). *La atribución en Psicología de la Personalidad*. En M. D. Avia y M. L. Sánchez Bemardos
- Wessely, L., A., Gatchel, R., J., Garrofolo, P., J. & Polatin, P., B. (1999) Toward More Accurate Use of the Beck Depression Inventory with Chronic Back Pain Patients. *Clinical Journal of Pain*, 15, 117-121.
- Wessely, S., Nimnaun, C., Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many?. *Lancet*, 11 (354), 936-939.
- White K.P. (2004). Fibromyalgia: The answer is blowin' in the wind. *Journal of Rheumatology*. 31, 636-639
- White, K., Speechley, M., Hart, M., Ostbye, T. (1999). The London Fibromyalgia Epidemiology Study: direct health care cost of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *Journal of Rheumatology*; 26(4), 1577-1588.
- White, K.P., Carette, S., Harth, M., Teasell, R.W. (2000). Trauma and fibromyalgia: is there an association and what does it mean?. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 29, 200-216.
- White, K.P., Nielson, W.R. (1995). Cognitive behavioral treatment of fibromyalgia syndrome: A follow-up assessment. *Journal of Rheumatology*, 22, 717-721.
- White, K.P., Speechley, M., Harth, M., Ostbye, T. (1999). The London Fibromyalgia epidemiology Study: Comparing the demographic and clinical characteristics in 100 random community cases of fibromyalgia versus controls. *Journal of Rheumatology*, 26(7), 577–585.
- White, K., Speechley, M., Harth, M., Ostbye, T. (1995). Fibromyalgia in rheumatology practice: a survey of Canadian rheumatologists. *Journal of Rheumatology*; 22:722-6.
- Wilke, W.S., Gota, C.E., Muzina, D.J. (2010). Fibromyalgia and bipolar disorder: a potential problem? *Bipolar Disord*. (5):514-20.
- Williams, D.A., Clauw, D.J. (2009). Understanding Fibromyalgia: Lessons from the Broader Pain Research

- Community. *The Journal of Pain*, 10(8), 777-791.
- Williams, D.A., Robinson, M.E., Geisser, M.E. (1994): Pain beliefs: assessment and utility. *Pain*, 59, 71-78.
- Williams, K. E., Chambless, D. L. y Ahrens, A.H. (1997). Are emotions frightening? An extension of the fear of fear concept. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 239-248.
- Wolfe, F, Cathey M.A. (1983). Prevalence of primary and secondary fibrositis. *Journal of Rheumatology*, 10, 965-968.
- Wolfe, F. (1989). Fibromyalgia: the clinical syndrome. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 15, 1-18..
- Wolfe, F. (1990). Fibromyalgia. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 16(3), 681-698.
- Wolfe, F. (2003). Pain Extent and Diagnosis: development and validation of the Regional Pain Scale in 12799 patients with rheumatic disease. *Journal of Rheumatology*, 30, 369-378.
- Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennett, R.M., Caro, X.J., Goldenberg, D., Russell, I.J. y Yunus, M.B. (1997). Health status and disease severity in Fibromyalgia. Results of a six-center longitudinal study. *Arthritis and Rheumatism*, 40(9), 1571-1579.
- Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D. (1997). Work and disability status of persons with fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 24, 1171-1178.
- Wolfe, F., Cathey, M. A., Kleinheksel, S. M., Amos, S. P., Hoffman, R. G., Young, D. Y., Hawley, D. J. (1984). Psychological status in primary fibrositis and fibrositis associated with rheumatoid arthritis, *Journal of Rheumatology*, 11 (4), 500-506.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, J., Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis & Rheumatism*, 38, 19-28.
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.L., Tugwell, P., Campbell, S.M., Abeles, M., Clark, P., Fam, A.G., Farber, S.J., Fiechtner, J.J., Franklin, C.M., Gatter, R.A., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A.S., Masi, A.T., McCain, G.A., Reynolds, W.J., Romano, T.J., Russell, I.J., Sheon, R.P. (1990). The American College of Rheumatology. 1990. Criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis & Rheumatism*, 33, 160-172.
- Wood, J. V., Heimpel, S. A. y Michela, J. L. (2003) Savoring versus dampening: Self-esteem differences in regulating positive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, , 85, 566–580.
- Wood, P.B., Patterson, J.C. 2nd, Sunderland, J.J., Tainter, K.H., Glabus, M.F., Lilien, D.L. (2007). Reduced presynaptic dopamine activity in fibromyalgia syndrome demonstrated with positron emission tomography: a pilot study. *Journal of Pain*, 8(1), 51-58.
- World Health Organization (1948). *Preamble to the constitution of the World Health Organization*. En Official records of the World Health Organization, n° 2, p. 100. Ginebra: World Health Organization.
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion*, Ottawa, November 1986. Geneva: WHO.
- World Health Organization Quality of Life group (WHOQOL group). (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Wortman,C.B., Sheedy,C., Gluhoski,V. y Kessler,R. (1992). Stress, coping and Health: Conceptual issue and directions for future research. En H.S. Friedman (Ed). *Hostility, coping, and health* (pp. 22-256). Washington, DC:American Psychological Association.
- Wulff, J. (1996). Simulación y fibromialgia. Comunicación al XIV Congreso de la Sociedad Española de Rehabilitación y Discapacidades. FREMAC, Madrid.
- Wundt, W. (1998). *Outlines of psychology* (C. H. Judd, Trans.). Bristol, UK: Thoemmes Press. (Original work published 1897)
- Yalug,I. (2010).Correlations between alexithymia and pain severity, depression, and anxiety among patients with chronic and episodic migraine.*Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64,3,231–238.
- Yucel, M.(2002).Whole-brain anatomical networks: Does the choice of nodes matter? Original Research Article. *NeuroImage*,50,3,970-983.
- Yunus, M. B., Arslan, S., Aldag, J. C. (2002). Relationship between fibromyalgia features and smoking. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 31(5), 301-5.

- Yunus, M. B., Holt, G. S., Masi, A. T., Aldag, J. C. (1988). Fibromyalgia syndrome among the elderly. Comparison with younger patients, *Journal of the American Geriatrics Society*, 36 (11), 987-995.
- Yunus, M., Masi, A.T. (1992). Fibromyalgia, restless legs syndrome, periodic limb movement disorder and psychogenic pain. En: McCarty, D.J., Koopman, W.J., (Eds.). *Arthritis and allied conditions: a textbook of rheumatology* (pp. 1383-1405), Philadelphia: Lea & Febiger,.
- Yunus, M., Masi, A.T., Calabro, J.J., Miller, K.A., Feigenbaum, S.L. (1981): Primary fibromyalgia: clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Seminars in Arthritis & Rheumatism*, 11, 151-171.
- Yunus, M.B. (1983). Fibromyalgia syndrome: a need for uniform classification. *Journal of Rheumatology*, 10:12-43
- Yunus, M.B. (1984). Primary fibromyalgia syndrome: current concepts. *Comprehensive therapy*, 10 (8), 21-28.
- Yunus, M.B. (1992). Towards a model of pathophysiology of fibromyalgia: aberrant central pain mechanisms with peripheral modulation. *Journal of Rheumatology*, 19, 846-850.
- Yunus, M. B., Masi, A. T. (1985). Juvenile primary fibromyalgia syndrome. A clinical study of thirty-three patients and matched normal controls", *Arthritis & Rheumatism*, 28 (2), 138-145.
- Yunus, M.B. y Masi, A.T. (1985). Juvenile primary fibromyalgia syndrome. A clinical study of thirty three patients and matched normal controls. *Arthritis Rheumatism*, 28, 138-145.
- Yunus, M.B., Ahles, T.A., Aldag, J.C., Masi, A.T. (1991). Relationships of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia, *Arthritis & Rheumatism*, 34:15-21.
- Yunus, M.B., Daily, J.W., Aldag, D.C., Masi, A.T., Jobe, P.C. (1992). Plasma tryptophan and other amino acids in primary fibromyalgia: A controlled study. *Journal of Rheumatology*, 19, 90-94.
- Yunus, M.B.; Masi, A.T.; Aldag, J.C.. (1989). Preliminary criteria for primary fibromyalgia syndrome (PFS): multivariate analysis of a consecutive series of PFS, other pain patientes, and normal subjects. *Clinical Experiences on Rheumatology*, 7, 63-69.
- Yunus, M.B.; Masi, A.T.; Aldag, J.C.. (1989). Preliminary criteria for primary fibromyalgia syndrome (PFS): multivariate analysis of a consecutive series of PFS, other pain patientes, and normal subjects. *Clinical Experiences on Rheumatology*, 7, 63-69.
- Yusta, A., Laguna, P., Ballina, J. (2002). Criterios diagnósticos y exploración. En C. Muriel (Ed.) *Fibromialgia, reunión de expertos*. Salamanca: Cátedra Extraordinaria del Dolor "Fundación Grünenthal" de la Universidad de Salamanca.
- Zachrisson, O., Regland, B., Jahreskog, M., Kron, M., Gottfries, C.G. (2002). A rating scale for fibromyalgia and chronic fatigue syndrome (the FibroFatigue scale). *Journal of Psychosomatic Research*, 52(6), 501-509.
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35,151-175.
- Zajonc, R. B. (1994). Emotional Expression and Temperature Modulation. En S. H. M. Van Goozen, N. E. Van del POU & J. A. Sergeant (Comps) (1994), *Essays on Emotion Theory*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Zautra, A.J, Fasman, R., Reich, J.W., Harakas, P., Johnson, L.M., Olmsted, M.E., Davis, M.C. (2005). Fibromyalgia: evidence for deficits in positive affective regulation. *Psychosomatic Medicine*, 67, 147-155.
- Zautra, A. J. (2003). *Emotion, Stress and Health*. Oxford Press, 2003
- Zautra, A.J, Johnson, L., Davis, M. (2005). Positive Affect as a source of resilience for woman in chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 73, 212-220.
- Zautra, A.J., & Manne, S.L. (1991). Coping with rheumatoid arthritis: A review of a decade of research. *Annals of Behavioral Medicine*, 14, 31-39.
- Zautra, A.J., Burleson, M.H., Matt, K.S., Roth, S., & Burrows, L. (1994). Interpersonal stress, depression, and disease activity in rheumatoid arthritis and osteoarthritis patients. *Health Psychology*, 13, 139-148.
- Zautra, A.J., Burleson, M.H., Smith, C.A., Blalock, S.J., Wallston, K.A., De Vellis, R.F., De Vellis, B.M., Smith, T.W. (1995). Arthritis and perceptions of quality of life: an examination of positive and negative affect in Rheumatoid Arthritis patients. *Health Psychology*, 14(5), 399-408.
- Zautra, A.J., Davis, M.C., Reich, J.W., Nicassario, P., Tennen, H., Finan, P., Kratz, A, Parrish, B., Irwin, M.R. (2008). Comparison of cognitive behavioral and mindfulness meditation interventions on adaptation to rheumatoid arthritis for patients with and without history of recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 408-21.

- Zautra, A.J., Fasman, R., Davis, M.C., Craig, A.D. (2010). The effects of slow breathing on affective responses to pain stimuli: An experimental study. *Pain*, 149 (1), 12-18.
- Zautra, A.J., Fasman, R., Parish, B.P., Davis, M.C. (2007). Daily fatigue in women with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. *Pain*, 128, 128–35.
- Zautra, A.J., Hamilton, N.A., Burke, H.M. (1999). Comparison of stress responses in women with two types of chronic pain: fibromyalgia and osteoarthritis. *Cognitive Therapy and Research*, 23 (2), 209-30.
- Zautra, A.J., Hoffman, J.M., Matt, K.S., Yocum, D., Potter, P., Castro, L., Lesley, W., & Roth, S. (1998). An examination of individual differences in the relationship between interpersonal stress and disease activity among women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 11, 271–229.
- Zautra, A.J., Reich, J.W., Guarnaccia, C.A. (1990). Some everyday life consequences of disability and bereavement for older adults. *Journal Personality and Social Psychology*, 59, 550–61.
- Zautra, A.J., Smith, B., Affleck, G., & Tennen, H. (2001). Examination of chronic pain and affect relationship: application of a dynamic model of affect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 786 -795.
- Zautra, A.J., Smith, B.W. (2001). Depression and Reactivity to Stress in Older Women With Rheumatoid Arthritic and Osteoarthritis. *Psychosomatic Medicine*, 63, 687–696.
- Zelman, D.C., Howland, E.W., Nichols, S.N., Cleeland, C.S. (1991). The effects of induced mood on laboratory pain. *Pain*, 46 (1), 105-111.
- Zeman, J. & Garber, J. (1996). Display rules for anger, sadness, and pain: It depends on who is watching. *Child Development*, 67, 957–973.
- Zettel-Watson, Cherry, B., Chang, C., Shimizu, R., Rutledge, N., Jones, J. (2011). Positive Associations Between Physical and Cognitive Performance Measures in Fibromyalgia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93, 1, 62–71.
- Zigmond, A.S., y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 67, 361-368.
- Zubieta, A.J., Aragón, A. y Cantalejo, M. (2003). La fibromialgia: una enfermedad del pasado, actual y con futuro. *Rheuma*, 6: 9-22.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1:



Estimada asociada,

Nos ponemos en contacto con usted con el objetivo de informarle y pedirle su colaboración en un proyecto novedoso llevado a cabo por el equipo de investigación dirigido por Cecilia Peñacoba Puente, profesora titular de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos, universidad pública de la Comunidad de Madrid.

En relación con el equipo de investigación, nuestra línea de actuación desde el 2002 ha estado focalizada en la fibromialgia y en la importancia de los aspectos psicológicos en su aparición y en la mejora de la calidad de vida y el bienestar psicológico, una vez diagnosticada. Trabajamos desde un enfoque de Psicología de la salud, es decir, consideramos que cualquier trastorno de salud (con o sin etiología orgánica), ha de ser tratado desde una perspectiva biopsicosocial porque todos los factores, biológicos, psicológicos y sociales, (y no sólo los biológicos), influyen en la salud y la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad.

Desde el equipo, hemos llevado a cabo diferentes proyectos tanto financiados como no financiados, y diversas comunicaciones a congresos y publicaciones de artículos en revistas de reconocido prestigio en las que se ha puesto de manifiesto que la enfermedad de fibromialgia no debe ser considerada como un trastorno mental, asumiendo por tanto que ésta, no debe ser tratada desde la psicopatología o la psicología clínica.

Asumimos que las personas no sólo somos objetos de las influencias del medio, no teniendo apenas capacidad de control sobre los efectos que estas influencias pueden tener en nosotros, sino que somos también agentes, agentes de nuestra propia salud. La palabra agente abre un campo inmenso de posibilidades, no sólo en lo que concierne al término más negativo, teñido por ese matiz de responsabilidad e incluso culpabilidad, sino en lo que se refiere a un ámbito mucho más positivo, vinculado al propio crecimiento personal. Así, ser agente de salud significa que nuestras acciones influyen en el inicio, curso y desenlace de nuestra enfermedad, pero también que nuestras acciones pueden llevarnos a mejorar nuestros estados de salud y bienestar. Nuestra forma de actuar, de pensar y de sentir influye de forma determinante en nuestro dolor y en la sintomatología que experimentamos.

Muchas son las evidencias que tenemos a nivel de experiencia en investigación (premio Celeste nacional de investigación en Psicología y Fibromialgia, 2008) y de implementación y evaluación de programas interdisciplinares para el tratamiento de la fibromialgia y la fatiga crónica, que ponen de manifiesto que estamos trabajando en el camino acertado. En este sentido, las intervenciones realizadas hasta el momento ponen de manifiesto como las pacientes mejoran en el control de su dolor, en los síntomas asociados de ansiedad, depresión y, en definitiva, en la mejora de su calidad de vida asumiendo que puede vivir con la enfermedad de fibromialgia y, al mismo tiempo, tener altos niveles de bienestar psicológico. Aprender habilidades para afrontar dicha enfermedad desde un foco más centrado en las fortalezas y en la regulación de nuestras emociones y no en los síntomas negativos es, en definitiva, uno de los objetivos principales que guían nuestra actividad.

En todas estas actividades hemos colaborado con numerosas asociaciones de FM y con las afectadas a nivel particular. Hoy, te solicitamos tu colaboración en un proyecto de investigación para poder seguir avanzando en la mejora de las condiciones de vida de personas en su misma situación comparando los síntomas, las habilidades de afrontamiento emocional y características principales a lo largo del tiempo e informarle de las diferentes actividades de intervención que estamos realizando, los resultados obtenidos y, argumentar el interés actual del equipo en focalizar nuestra atención y ayuda a las mujeres jóvenes (menores de 35 años) que padecen esta enfermedad, por considerar que requieren un tratamiento diferente que no está siendo tenido en cuenta hasta el momento.

En este sentido, el potencial de salud de las pacientes jóvenes y las características relacionadas con su diagnóstico reciente hacen que, las variables protectoras a desarrollar para afrontar éste, requieran de una rápida intervención para, en la medida de lo posible, prevenir el aumento de los síntomas y evitar los problemas frecuentes derivados de la puesta en marcha de unas habilidades de afrontamiento ineficaces y

desadaptativas ante la enfermedad. Diferentes estudios comparativos entre mujeres diagnosticadas de fibromialgia en edades jóvenes, frente a personas diagnosticadas en edades superiores a los 40 años, ponen de manifiesto cómo, a medida que evoluciona el tiempo, las personas van adoptando distintas estrategias más adaptativas ante el afrontamiento de la enfermedad derivadas de la experiencia, que tiene un claro efecto sobre los síntomas negativos experimentados (Gunilla, 2006).

Así, en relación con todo lo expuesto, le requerimos su participación en este proyecto con el objetivo de seguir investigando en esta línea y, avanzar en el conocimiento de esta enfermedad que tanto limita a las personas que la padecen.

En concreto queremos valorar la evolución de una serie de variables emocionales, cognitivas y estilos de vida y su relación con la sintomatología asociada a la FM. Para ello, solicitaremos a las mujeres con fibromialgia (tanto mayores, como menores de 35 años) que rellenen una serie de cuestionarios en dos momentos temporales distintos (uno inicial y otro a los cuatro meses). Asimismo, al final de dicha evaluación, el equipo se compromete a informarle sobre los resultados encontrados y, en base a estos, impartir una pequeña conferencia para darle a las participantes pautas de actuación adaptativas para enfocar su actividad, pensamientos y emociones, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y su bienestar psicológico. Igualmente, como gratificación a su colaboración, recibirá, una vez realizadas las evaluaciones de los dos momentos temporales, un pequeño obsequio (CD con técnicas de relajación guiadas) por parte del equipo investigador.

Si está interesada en participar en este estudio, le rogamos que sigas los siguientes pasos:

1. Rellene la ficha de colaboración con sus datos personales y envíela a la dirección de correo carmen.ecija@urjc.es. No olvide poner su DNI, nombre, dirección de correo electrónico y EDAD, para poder contactar con usted de cara a la segunda medida. Señale además el modo de entrega del protocolo.
2. Rellene el protocolo y la entrevista que le adjuntamos en el email en el transcurso de una semana. Una vez descargue los documentos adjuntos, puede rellenarlos vía electrónica y enviar el documento por email al correo carmen.ecija@urjc.es, o bien puede imprimirlo, rellenarlo y enviarlo por correo a la siguiente dirección:

Carmen Écija Gallardo
Universidad Rey Juan Carlos - Facultad de Ciencias de la Salud. Avda. de Atenas, s/n -
28922 Alcorcón (Madrid)

Si le resulta más cómodo, también puede llevar o enviar el protocolo a AFIBROM.

En relación con la segunda medida nos volveremos a poner en contacto con usted.

Si necesita información adicional no dude en contactar con nosotros a través del siguiente correo electrónico: carmen.ecija@urjc.es ó cecilia.penacoba@urjc.es, o en el teléfono 91.488.89.43.

Su colaboración es muy importante para nosotros. Confiamos en que todos juntos seremos capaces de mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad.

Muchas gracias por adelantado,

Un afectuoso saludo,

El equipo de investigación

Estimada compañera:



Nos ponemos en contacto con usted con el objetivo de informarle y pedirle su colaboración en un proyecto novedoso de promoción de la salud, llevado a cabo por el equipo de investigación dirigido por Cecilia Peñacoba Puente, profesora titular de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos, universidad pública de la Comunidad de Madrid.

En relación con el equipo de investigación, nuestra línea de actuación desde el 2002 ha estado focalizada en la psicología de la salud y en la importancia de los aspectos psicológicos en relación con la aparición de diversos trastornos de salud y, al mismo tiempo, en la mejora de la calidad de vida y el bienestar psicológico, tanto en personas con algún diagnóstico de enfermedad, como en personas sanas. Actualmente, una de las líneas que estamos desarrollando es la evaluación de los aspectos emocionales en relación con la salud, específicamente, las diferencias entre las habilidades de afrontamiento emocional entre personas con algún diagnóstico de enfermedad crónica y personas sanas y su influencia en el bienestar psicológico, la salud y la calidad de vida. Trabajamos desde un enfoque de Psicología de la salud y la llamada psicología positiva, es decir, consideramos que cualquier trastorno de salud (con o sin etiología orgánica), ha de ser tratado desde una perspectiva biopsicosocial porque todos los factores, biológicos, psicológicos y sociales, (y no sólo los biológicos), influyen en la salud y la calidad de vida de las personas y, al mismo tiempo, nos centramos en analizar las habilidades y competencias personales de afrontamiento que tienen las personas ante las dificultades de la vida, con el objetivo final de promover dichas estrategias desde un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Las personas no sólo somos objetos de las influencias del medio sin capacidad de control sobre los efectos que estas influencias pueden tener en nosotros, sino que somos también agentes de nuestra propia salud. La palabra agente abre un campo inmenso de posibilidades, no sólo en lo que concierne al término más negativo, teñido por ese matiz de responsabilidad e incluso culpabilidad, sino en lo que se refiere a un ámbito mucho más positivo, vinculado al propio crecimiento personal. Así, ser agente de salud significa que nuestras acciones influyen en el inicio, curso y desenlace de las enfermedades, pero también que nuestras acciones pueden llevarnos a mejorar nuestros estados de salud y bienestar. Nuestra forma de actuar, de pensar y de sentir influye de forma determinante en nuestra salud, en los procesos de estrés y en el desarrollo de nuestra vida diaria.

Este último aspecto nos permite hablar de un potencial de salud, que se refiere a todos aquellos hábitos, emociones y variables de personalidad que contribuyen a mejorar nuestros estados de salud y bienestar, haciendo que a pesar de las secuelas de los sucesos negativos de la vida, podamos tener una calidad de vida satisfactoria. Por lo tanto, pese a las situaciones diarias que pueden generarnos emociones negativas y reacciones adversas, la persona también dispone de un potencial de salud, que debe conocer y cultivar, no ya solo para minimizar las secuelas negativas de la vida, sino para sentirse bien en el día a día.

Muchas son las evidencias que tenemos a nivel de experiencia en investigación tanto en personas sanas como en personas diagnosticadas de enfermedad crónica. En este sentido, nuestro equipo de investigación ha desarrollado programas de regulación emocional con personas sanas que trabajan sobre las habilidades de afrontamiento necesarias desde un punto de vista de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y, al mismo tiempo, ha llevado a cabo programas interdisciplinares y de implementación para el tratamiento de la enfermedad crónica cuyos resultados ponen de manifiesto que estamos trabajando en el camino acertado (premio Celeste nacional de investigación, 2008). Aprender habilidades para afrontar la enfermedad o los sucesos vitales diarios desde un foco más centrado en las fortalezas y en la regulación de nuestras emociones y no en los síntomas negativos es, en definitiva, uno de los objetivos principales que guían nuestra actividad.

En todas estas actividades hemos colaborado con numerosas asociaciones de personas con enfermedades crónicas y asociaciones de mujeres sanas. Hoy, les solicitamos su colaboración, para poder seguir investigando en relación con los objetivos mencionados y, específicamente, analizar las diferencias entre las estrategias, competencias y habilidades de afrontamiento emocional entre personas con enfermedad crónica y personas sanas, y su influencia en el bienestar psicológico, la satisfacción personal y la calidad de vida.

Así, en relación con todo lo expuesto, le requerimos su participación en este proyecto con el objetivo de seguir investigando en esta línea y, avanzar en el conocimiento de las capacidades y procesos cognitivos y

emocionales que tanto limitan y favorecen al mismo tiempo a las personas en relación con su bienestar psicológico, su calidad de vida y su satisfacción vital.

Su colaboración consiste en la realización de dos evaluaciones a lo largo de este año, en las que debe rellenar una serie de cuestionarios en dos momentos temporales distintos. Debe leer los cuestionarios e ir respondiendo a las preguntas en relación con su comportamiento diario. Dada la extensión del protocolo, puede rellenarlo a lo largo de una semana. Recuerde que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo le pedimos que conteste con total sinceridad a todas las preguntas. Asimismo, al final de dicha evaluación, el equipo se compromete a informarle sobre los resultados encontrados y, en base a estos, impartir un pequeño taller en el que se enseñarán estrategias y técnicas adaptativas para enfocar su actividad, pensamientos y emociones, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y su bienestar psicológico. Asimismo, se les hará entrega de un CD con técnicas de afrontamiento emocional guiadas para dotarle de las mejores estrategias de afrontamiento emocional desde un enfoque de promoción de la salud.

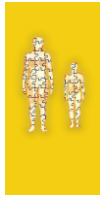
Le rogamos que, si está interesada en colaborar, rellene el impreso adjunto y el protocolo en cuestión y lo entregue en la asociación en el plazo estimado. Recuerde que debe reflejar un teléfono de contacto en el que poder informarle sobre los diferentes procedimientos a seguir.

Le agradecemos de antemano su colaboración, básica para poder perseguir los objetivos propuestos. Es un placer poder contar con su apoyo para poder analizar la mejor forma de mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas.

Un afectuoso saludo,

El equipo de investigación

**ANEXO 2:
CONSENTIMIENTO
INFORMADO**



AFIBROTAR
ASOCIACIÓN DE FIBROMIALGIA
DE TALAVERA DE LA REINA



Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es facilitar a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el Equipo Interdisciplinar de Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales y Fisioterapeutas de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid en colaboración con la Asociación de Fibromialgia de Talavera de la Reina, AFIBROTAR. El objetivo de este estudio es la Evaluación de variables psicológicas, ocupacionales y físicas que intervienen en la enfermedad de Fibromialgia en la población de Talavera de la Reina.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder unas preguntas a través de cuestionarios de auto-informe, concretamente se le entregarán dos documentos en papel: la Entrevista Preliminar y el Protocolo de Evaluación. Ambos deberán ser completados durante tres momentos temporales en los que desde que Ud. rellene por primera vez los cuestionarios, pasarán 3 meses, y después 4 meses. Esto le llevará aproximadamente 90 minutos de su tiempo y estos cuestionarios les serán suministrados por parte de la Asociación AFIBROTAR. Una vez rellenados (en el plazo máximo de una semana), deberán devolverlos nuevamente a la Asociación AFIBROTAR. En total el estudio tiene una duración de 7 meses. Además se le pasarán unas pruebas con un instrumento de medida denominado Algómetro con el fin de detectar los puntos gatillo o puntos dolorosos a nivel radicular de Miembros Superiores e Inferiores. Esta medición será llevada a cabo por miembros del Equipo Interdisciplinar de la Universidad Rey Juan Carlos y su duración será de 20 minutos. Se llevará a cabo en los mismos momentos temporales que los cuestionarios.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Una vez finalizado el estudio, el Equipo Interdisciplinar de la Universidad Rey Juan Carlos en colaboración con la Asociación AFIBROTAR realizará unas Jornadas en las que se mostrarán los resultados.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Para el correcto desarrollo del Estudio de Investigación es imprescindible que se comprometa a cumplimentar los cuestionarios en el tiempo establecido.

Les damos las gracias anticipadas por su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Equipo Interdisciplinar de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid en colaboración con la Asociación de Fibromialgia AFIBROTAR. He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es la Evaluación de variables psicológicas, ocupacionales y físicas que intervienen en la enfermedad de Fibromialgia en la población de Talavera de la Reina.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 90 minutos.

Me han indicado que también me pasarán unas pruebas con un instrumento de medida denominado Algómetro para detectar los puntos gatillo o puntos dolorosos, lo cual llevará aproximadamente 20 minutos.

He sido informado de que la información que yo facilite en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con la Asociación AFIBROTAR en el teléfono 925 680 980 o con el Equipo Interdisciplinar de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid en el teléfono 91 488 86 61.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a AFIBROTAR al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

ANEXO 3: PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Intervención interdisciplinar para la promoción de la calidad de vida y el bienestar de pacientes con Fibromialgia

Protocolo de Evaluación

No. _____

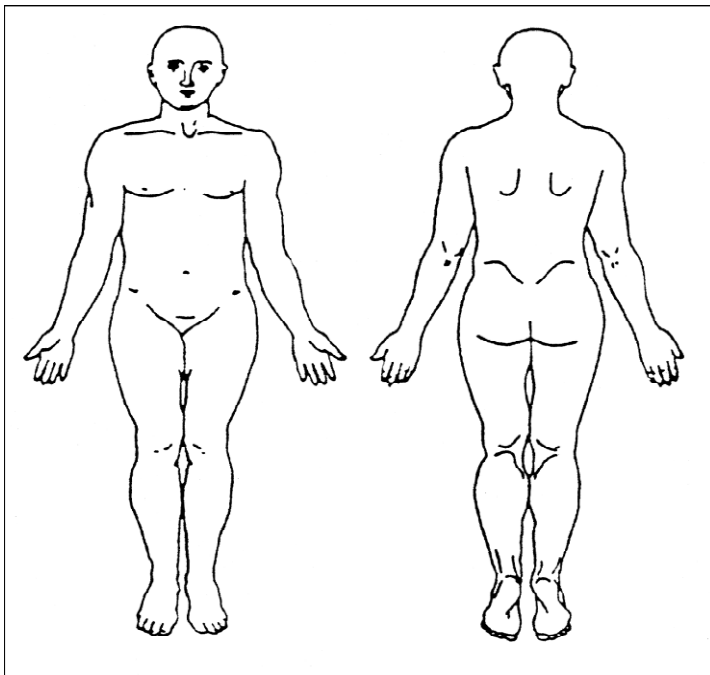
ENTREVISTA INICIAL

1. DATOS PERSONALES

- Nombre, dirección, teléfonos de contacto _____
- Fuente y fecha de referencia _____
- Razón de la referencia _____
- Estatus familiar y conyugal (indicar estado civil y número de hijos) _____
- Estatus académico y laboral (indicar nivel de estudios, si trabaja o no, y en su caso cuando dejó de hacerlo, y tipo de trabajo) _____
- Fecha de nacimiento _____

2. DESCRIPCIÓN DEL DOLOR

Localización



Intensidad media _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Intensidad Máxima _____

Intensidad Mínima _____

Frecuencia del dolor por día/semana/mes: _____

Duración media de cada episodio (en horas): _____

Curso del dolor desde el inicio de la enfermedad:

Constante _____

Empeoramiento progresivo _____

Empeoramiento repentino _____

Mejora gradual _____

Fluctuante _____

Fecha de diagnóstico: _____

Fecha de comienzo del dolor: _____

3. SINTOMAS ASOCIADOS:

Marque con una X si siente los siguientes síntomas:

Náuseas		Vómitos	
Mareos		Visión borrosa	
Sentirse desganado		Sequedad de boca	
Miedo		Respiración agitada	
Sudoración		Alteraciones visuales	
Entumecimiento		Taquicardia	
Bradicardia		Sensibilidad al ruido	
Sensibilidad a la luz		Irritabilidad	
Somnolencia		Insomnio	
Diarrea		Estreñimiento	
Trastornos digestivos		Temblor	
Acidez estomacal		Trastornos en micción	
Desmayos		Cefaleas	
Otros			

4. USO DE MEDICACIÓN (PASADA Y PRESENTE) (a lo largo de la historia del dolor):

NOMBRE	DURACIÓN DEL USO	DOSIS	FRECUENCIA DE USO POR DÍA	GRADO DE EFECTIVIDAD Y/O RAZONES PARA INTERRUMPIR SU USO

Cigarrillos por día _____

Tazas de café/té por día _____

Píldora anticonceptiva _____

Drogas estimulantes _____

Ingesta alcohol (frecuencia y cantidad):

Actualmente _____

En el pasado _____

5. HISTORIA DEL PROBLEMA

¿Cómo y cuándo se inició la sintomatología y el diagnóstico? _____

Condiciones biológicas, personales, laborales, etc. en el momento del inicio. (Preguntar si fue a raíz de la menstruación)

Evolución del problema

Momentos mejores y peores

6. TRATAMIENTOS Y CONSULTAS PREVIAS Y RESULTADOS OBTENIDOS

(Fecha, tipo de tratamiento, eficacia, actitud del paciente hacia ellos, expectativas actuales, etc.)

Hospitalizaciones y/u operaciones realizadas relacionadas con el dolor y resultados

7. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS GENERALES DEL PACIENTE.

SALUD FÍSICA GENERAL. Indicar si padece alguno de los siguientes trastornos:

Colon Irritable _____ (especificar si fue previo a la FM) _____

Síndrome de Fatiga Crónica _____ (especificar si fue previo a la FM) _____

Cefaleas Tensionales _____ (especificar si fue previo a la FM) _____

Enfermedades Endocrinas (Hipotiroidismo, Hipertiroidismo) _____ (especificar si fue previo a la FM) _____

Enfermedades reumatológicas (Lupus, Artritis) _____ (especificar si fue previo a la FM) _____

Ansiedad o Depresión _____ (especificar si fue previo a la FM)

Otros _____ (especificar si fue previo a la FM)

8. OTROS DATOS DE INTERÉS

Vive cerca de:

- a) Antenas de telefonía móvil _____
- b) Torres de alta tensión _____
- c) Transformadores _____

Uso del teléfono móvil:

- a) número de horas diarias aproximadamente _____
- b) uso del móvil para despertarse _____
- c) uso en lugares de baja cobertura _____

Existencia de implantes (dentales, mamarios, otros....). Especificar tipo _____

Acontecimientos vitales ocurridos en la vida del paciente (muerte de familiar, accidentes graves, intervenciones quirúrgicas, abusos sexuales, situaciones laborales, abortos, nacimientos.....). Especificar cuáles:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

9. PRUEBA SITUACIONAL LIMITACIÓN FUNCIONAL

Observaremos si la paciente muestra dificultad para llevar a cabo los siguientes comportamientos (valorar que la dificultad sea debida al dolor. Anotar en los casos B, C y D el grado de dolor experimentado en una escala de 0 a 10 (ningún dolor, el máximo imaginable):

- A. es capaz de realizarlo sin ninguna dificultad
- B. lo lleva a cabo con relativa dificultad
- C. lo lleva a cabo con mucha dificultad
- D. es incapaz de llevarlo a cabo

	A	B	C	D
Agacharse				
Inclinarse				
Subir diez escalones				
Apertura y elevación de brazos lateral				
Levantar un objeto de 5 kg				
Abrocharse los botones				
Caminar recto sobre una cinta 10 metros				
Tender ropa (5 prendas)				

FIQ

Haga un círculo alrededor del número que mejor describa su capacidad para realizar las siguientes tareas durante la última semana.

Siempre Bastantes En Nunca
veces ocasiones

1) Es usted capaz de:

• Ir de compras	0	1	2	3
• Lavar y tender la ropa	0	1	2	3
• Preparar la comida	0	1	2	3
• Lavar a mano platos y otros utensilios	0	1	2	3
• Limpiar el suelo	0	1	2	3
• Hacer la cama	0	1	2	3
• Pasear por el barrio	0	1	2	3
• Visitar a amigos y familiares	0	1	2	3
• Hacer trabajos ligeros de casa	0	1	2	3
• Conducir	0	1	2	3

2) Durante los últimos 7 días ¿Cuántos se ha encontrado bien

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

3) ¿Cuántos días de la semana pasada faltó al trabajo debido a la fibromialgia? (Si no realiza ningún trabajo fuera de casa, deje esta pregunta en blanco)

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

4) Si fue a trabajar ¿en qué grado el dolor o los síntomas de la fibromialgia interfirieron en la realización de su trabajo?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

No fue ningún problema

Fue una gran dificultad

5) ¿Qué intensidad de dolor ha sentido?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún dolor

Dolor muy intenso

6) ¿Qué grado de cansancio ha sentido?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún cansancio

Mucho cansancio

7) ¿Cómo se siente cuando se levanta por la mañana?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Muy descansado

Muy cansado

8) ¿Qué grado de rigidez ha tenido?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ninguna rigidez

Mucha rigidez

9) ¿Se ha sentido tenso, nervioso o ansioso?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

No me he sentido tenso

Me he sentido muy tenso

10) ¿Se ha sentido deprimido o triste?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

No me he sentido deprimido

Me he sentido muy deprimido

CADC

INSTRUCCIONES: Con este cuestionario estamos interesados en conocer la **CAPACIDAD QUE USTED CREE QUE TIENE PARA REALIZAR UNA SERIE DE ACTIVIDADES O TAREAS**. Siguiendo la escala de respuesta que le presentamos, responda poniendo una X en la casilla que usted crea que corresponde a su grado de capacidad.

A continuación le ponemos un ejemplo; no es necesario que lo conteste.

Por ejemplo:

¿Se cree capaz de leer El Quijote?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo				Me creo					Me creo	
totalmente				moderadamente					totalmente	
incapaz				capaz					capaz	

Si usted cree que es **totalmente incapaz** de leerlo, tendrá que poner una X en la casilla **0** de la escala de respuesta.

Sin embargo, si usted cree que es **totalmente capaz** de leerlo, tendrá que poner una X en la casilla **10** de la escala de respuesta.

RECUERDE: NO NOS INTERESA SABER SI LO HACE O NO LO HACE. SÓLO NOS INTERESA SABER SI USTED CREE QUE ES CAPAZ DE HACERLO O NO.

Por favor, gire la hoja y responda en orden y sin interrupción a todas las afirmaciones.

INSTRUCCIONES: PONGA UNA X EN EL NUMERO QUE CORRESPONDA A LA CAPACIDAD QUE CREE QUE TIENE PARA REALIZAR EN ESTE MOMENTO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES O TAREAS.

1) ¿Se cree capaz de controlar su fatiga?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo					Me creo		
totalmente			moderadamente					totalmente		
incapaz			capaz					capaz		

2) ¿Se cree capaz de regular su actividad, para poder estar activo pero sin empeorar sus síntomas físicos? (por ejemplo, fatiga, dolor)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo					Me creo		
totalmente			moderadamente					totalmente		
incapaz			capaz					capaz		

3) ¿Se cree capaz de hacer algo para sentirse mejor si está triste o bajo de ánimo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo					Me creo		
totalmente			moderadamente					totalmente		
incapaz			capaz					capaz		

4) Comparado con otra gente con problemas crónicos como los suyos ¿Se cree capaz de controlar su dolor durante sus actividades diarias?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo					Me creo		
totalmente			moderadamente					totalmente		
incapaz			capaz					capaz		

5) ¿Se cree capaz de controlar sus síntomas físicos, de manera que pueda seguir haciendo las cosas que le gusta hacer?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo					Me creo		
totalmente			moderadamente					totalmente		
incapaz			capaz					capaz		

6) ¿Se cree capaz de hacer frente a la frustración de sus problemas físicos crónicos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo				Me creo			
totalmente			moderadamente				totalmente			
incapaz			capaz				capaz			

7) ¿Se cree capaz de afrontar dolores leves o moderados?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo				Me creo			
totalmente			moderadamente				totalmente			
incapaz			capaz				capaz			

8) ¿Se cree capaz de afrontar dolores intensos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo				Me creo			
totalmente			moderadamente				totalmente			
incapaz			capaz				capaz			

INSTRUCCIONES: PONGA UNA X EN EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA CAPACIDAD QUE CREE QUE TIENE PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES SIN AYUDA DE OTRA PERSONA. CONSIDERE LO QUE NORMALMENTE PUEDE HACER, NO AQUELLO QUE SUPONGA UN ESFUERZO EXTRAORDINARIO.

1) ¿Se cree capaz de caminar aproximadamente un kilómetro por terreno llano?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo				Me creo			
totalmente			moderadamente				totalmente			
incapaz			capaz				capaz			

2) ¿Se cree capaz de levantar una caja de aproximadamente 5 Kilos de peso?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo				Me creo			
totalmente			moderadamente				totalmente			
incapaz			capaz				capaz			

3) ¿Se cree capaz de hacer un programa diario de ejercicios en casa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo					Me creo		
totalmente			moderadamente					totalmente		
incapaz			capaz					capaz		

4) ¿Se cree capaz de hacer sus tareas domésticas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo					Me creo		
totalmente			moderadamente					totalmente		
incapaz			capaz					capaz		

5) ¿Se cree capaz de participar en actividades sociales?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo					Me creo		
totalmente			moderadamente					totalmente		
incapaz			capaz					capaz		

6) ¿Se cree capaz de ir de compras para adquirir alimentos o ropa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo					Me creo		
totalmente			moderadamente					totalmente		
incapaz			capaz					capaz		

INSTRUCCIONES: PONGA UNA X EN EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA CAPACIDAD QUE CREE QUE TIENE EN ESTE MOMENTO PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

1) ¿Se cree capaz de disminuir bastante su dolor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo					Me creo		
totalmente			moderadamente					totalmente		
incapaz			capaz					capaz		

2) ¿Se cree capaz de evitar que el dolor interfiera en su sueño?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo					Me creo		
totalmente			moderadamente					totalmente		
incapaz			capaz					capaz		

3) ¿Se cree capaz de reducir su dolor, aunque sea un poco, haciendo otra cosa que no sea tomar más medicinas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo					Me creo		
totalmente			moderadamente					totalmente		
incapaz			capaz					capaz		

4) ¿Se cree capaz de reducir mucho su dolor haciendo otra cosa que no sea tomar más medicinas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo					Me creo		
totalmente			moderadamente					totalmente		
incapaz			capaz					capaz		

7) ¿Se cree capaz de cumplir con las mismas obligaciones de trabajo que tenía antes del inicio del dolor crónico? (Para las personas que trabajen en casa, por favor, consideren sus quehaceres domésticos como sus obligaciones.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo			Me creo					Me creo		
totalmente			moderadamente					totalmente		
incapaz			capaz					capaz		

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de cuestionarios que valorarán diferentes aspectos psicosociales relacionados con su salud y bienestar.

En la mayoría de estos cuestionarios se encuentran recogidas una serie de afirmaciones. Para cada afirmación existen distintas posibles respuestas.

Por favor, indique su elección marcando con una cruz la opción que corresponda con las respuestas apropiadas.

Por ejemplo:

Creo que soy capaz de alcanzar mis metas

1	2	3	4
incorrecto	apenas cierto	más bien cierto	Cierto

Si usted cree que es **capaz** de hacerlo, tendrá que poner una X en la casilla **4** de la escala de respuesta.

Sin embargo, si usted cree que es **incapaz** de hacerlo, tendrá que poner una X en la casilla **1** de la escala de respuesta.

RECUERDE: NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS Y NO OLVIDE CONTESTAR TODOS LOS ÍTEMS.

Por favor, gire la hoja y responda en orden y sin interrupción a todas las afirmaciones.

CAUG

1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.

1	2	3	4
incorrecto	apenas cierto	más bien cierto	Cierto

2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.

1	2	3	4
incorrecto	apenas cierto	más bien cierto	Cierto

3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.

1	2	3	4
incorrecto	apenas cierto	más bien cierto	Cierto

4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.

1	2	3	4
incorrecto	apenas cierto	más bien cierto	Cierto

5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.

1	2	3	4
incorrecto	apenas cierto	más bien cierto	Cierto

6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.

1	2	3	4
incorrecto	apenas cierto	más bien cierto	Cierto

7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.

1	2	3	4
incorrecto	apenas cierto	más bien cierto	Cierto

8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.

1	2	3	4
incorrecto	apenas cierto	más bien cierto	Cierto

9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.

1	2	3	4
incorrecto	apenas cierto	más bien cierto	Cierto

10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.

1	2	3	4
incorrecto	apenas cierto	más bien cierto	Cierto

PANAS

INSTRUCCIONES: Esta escala consiste en un número de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada ítem y señale en la casilla de la izquierda en qué medida se siente o experimenta estas emociones de manera general en su vida cotidiana, usando la siguiente escala de respuesta:

1	2	3	4	5
muy poco o nada	un poco	moderadamente	bastante	extremadamente

_____ Interesada

_____ Irritable o malhumorada

_____ Tensa o estresada

_____ Dispuesta o despejada

_____ Animada

_____ Avergonzada

_____ Disgustada o Molesta

_____ Inspirada

_____ Enérgica, con vitalidad

_____ Nerviosa

_____ Culpable

_____ Decidida o Atrevida

_____ Asustada

_____ Atenta o Esmerada

_____ Enojada o Enfadada

_____ Intranquila o Preocupada

_____ Entusiasmada

_____ Activa

_____ Orgullosa (de algo) o Satisfecha

_____ Temerosa, con miedo

TAS-20

- 1) A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	-------------------
- 2) Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	-------------------
- 3) Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	-------------------
- 4) Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	-------------------
- 5) Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	-------------------
- 6) Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	-------------------
- 7) A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	-------------------
- 8) Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	-------------------
- 9) Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	-------------------
- 10) Estar en contacto con las emociones es esencial.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	-------------------
- 11) Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	-------------------
- 12) La gente me dice que exprese más mis sentimientos.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	-------------------
- 13) No sé qué pasa dentro de mí.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	-------------------
- 14) A menudo no sé por qué estoy enfadado.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	-------------------

- 15) Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.
- | | | | | |
|----------------|------------|----------|---------------|-------------------|
| Muy de acuerdo | De acuerdo | Indeciso | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|----------------|------------|----------|---------------|-------------------|
- 16) Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos.
- | | | | | |
|----------------|------------|----------|---------------|-------------------|
| Muy de acuerdo | De acuerdo | Indeciso | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|----------------|------------|----------|---------------|-------------------|
- 17) Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.
- | | | | | |
|----------------|------------|----------|---------------|-------------------|
| Muy de acuerdo | De acuerdo | Indeciso | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|----------------|------------|----------|---------------|-------------------|
- 18) Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.
- | | | | | |
|----------------|------------|----------|---------------|-------------------|
| Muy de acuerdo | De acuerdo | Indeciso | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|----------------|------------|----------|---------------|-------------------|
- 19) Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.
- | | | | | |
|----------------|------------|----------|---------------|-------------------|
| Muy de acuerdo | De acuerdo | Indeciso | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|----------------|------------|----------|---------------|-------------------|
- 20) Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos.
- | | | | | |
|----------------|------------|----------|---------------|-------------------|
| Muy de acuerdo | De acuerdo | Indeciso | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|----------------|------------|----------|---------------|-------------------|

ERQ

- 1) Cuando quiero sentir más una emoción positiva (por ejemplo, alegre o divertido), modifico lo que pienso sobre ello.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Desacuerdo

Neutral

Acuerdo

- 2) Trato de mantener ocultos mis sentimientos.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Desacuerdo

Neutral

Acuerdo

- 3) Cuando quiero sentir menos una emoción negativa (por ejemplo, tristeza o enfado), modifico lo que pienso sobre ello.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Desacuerdo

Neutral

Acuerdo

- 4) Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Desacuerdo

Neutral

Acuerdo

- 5) Cuando hago frente a una situación estresante, pienso en ella de una manera que me ayude a mantener la calma.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Desacuerdo

Neutral

Acuerdo

- 6) Controlo mis emociones no expresándolas.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Desacuerdo

Neutral

Acuerdo

- 7) Cuando quiero sentir más una emoción positiva, cambio la manera de pensar sobre esa situación.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Desacuerdo

Neutral

Acuerdo

- 8) Controlo mis emociones cambiando la manera de pensar sobre la situación en la que me encuentro.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Desacuerdo

Neutral

Acuerdo

- 9) Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Desacuerdo

Neutral

Acuerdo

- 10) Cuando quiero sentir menos una emoción negativa, cambio la manera de pensar sobre esa situación.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Desacuerdo

Neutral

Acuerdo

TMMS-24

- 1) Presto mucha atención a los sentimientos.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------
- 2) Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------
- 3) Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------
- 4) Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------
- 5) Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------
- 6) Pienso en mi estado de ánimo constantemente.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------
- 7) A menudo pienso en mis sentimientos.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------
- 8) Presto mucha atención a cómo me siento.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------
- 9) Tengo claros mis sentimientos.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------
- 10) Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------
- 11) Casi siempre sé cómo me siento.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------
- 12) Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------
- 13) A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------
- 14) Siempre puedo decir cómo me siento.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------

15) A veces puedo decir cuáles son mis emociones.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------

16) Puedo llegar a comprender mis sentimientos.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------

17) Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------

18) Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------

19) Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------

20) Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------

21) Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------

22) Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------

23) Tengo mucha energía cuando me siento feliz.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------

24) Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------	-----------------	---------------------	----------------	-----------------------

EES

- 1) Me considero a mi mismo emocionalmente expresivo.

1	2	3	4	5	6
<i>Falso</i>		<i>Neutro</i>	<i>Cierto</i>		

- 2) La gente me considera una persona emotiva.

1	2	3	4	5	6
<i>Falso</i>		<i>Neutro</i>	<i>Cierto</i>		

- 3) Guardo mis sentimientos para mí mismo.

1	2	3	4	5	6
<i>Falso</i>		<i>Neutro</i>	<i>Cierto</i>		

- 4) A menudo se me considera indiferente hacia los demás.

1	2	3	4	5	6
<i>Falso</i>		<i>Neutro</i>	<i>Cierto</i>		

- 5) La gente puede darse cuenta de mis emociones.

1	2	3	4	5	6
<i>Falso</i>		<i>Neutro</i>	<i>Cierto</i>		

- 6) Muestro mis emociones a las otras personas.

1	2	3	4	5	6
<i>Falso</i>		<i>Neutro</i>	<i>Cierto</i>		

- 7) No me gusta dejar que las otras personas vean como me siento.

1	2	3	4	5	6
<i>Falso</i>		<i>Neutro</i>	<i>Cierto</i>		

- 8) Soy capaz de llorar delante de otras personas.

1	2	3	4	5	6
<i>Falso</i>		<i>Neutro</i>	<i>Cierto</i>		

- 9) Incluso si me siento muy emocionado, no dejo que los otros vean mis sentimientos.

1	2	3	4	5	6
<i>Falso</i>		<i>Neutro</i>	<i>Cierto</i>		

- 10) Las otras personas no lo tienen fácil para observar lo que siento.

1	2	3	4	5	6
<i>Falso</i>		<i>Neutro</i>	<i>Cierto</i>		

- 11) No soy muy expresivo emocionalmente.

1	2	3	4	5	6
<i>Falso</i>		<i>Neutro</i>	<i>Cierto</i>		

- 12) Incluso cuando experimento fuertes sentimientos, no los expreso externamente.

1	2	3	4	5	6
<i>Falso</i>		<i>Neutro</i>	<i>Cierto</i>		

- 13) No puedo ocultar la forma en que me siento.

1	2	3	4	5	6
<i>Falso</i>		<i>Neutro</i>	<i>Cierto</i>		

- 14) Las otras personas creen que soy muy emocional.

1	2	3	4	5	6
<i>Falso</i>		<i>Neutro</i>	<i>Cierto</i>		

15) No expreso mis emociones a las otras personas.

1	2	3	4	5	6
<i>Falso</i>		<i>Neutro</i>		<i>Cierto</i>	

16) La forma en que me siento es diferente de como los otros piensan que me siento.

1	2	3	4	5	6
<i>Falso</i>		<i>Neutro</i>		<i>Cierto</i>	

17) Mantengo mis sentimientos dentro de mí.

1	2	3	4	5	6
<i>Falso</i>		<i>Neutro</i>		<i>Cierto</i>	

RYFF

1) Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

2) A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

3) No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

4) Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

5) Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

6) Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

7) En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

8) No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

9) Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

10) Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

11) He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

12) Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

13) Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

14) Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

15) Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

16) En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

17) Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

18) Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

19) Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

20) Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

21) Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

22) Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

23) Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

24) En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

25) En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

26) No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

27) Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

28) Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

29) No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

30) Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

31) En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

32) Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------

33) A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

34) No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

35) Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

36) Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

37) Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

38) Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

39) Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

HADS

Esta prueba está dirigida a determinar cómo te has sentido en la última semana a pesar de que las preguntas están formuladas en presente. Debes elegir entre una de cuatro posibilidades con respecto a la pregunta realizada, rodeando con un círculo la respuesta elegida.

1. Me siento tenso o nervioso

1 Nunca	2 A veces	3 Muchas veces	4 Todos los días
------------	--------------	-------------------	---------------------

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

1 Nunca	2 A veces	3 Muchas veces	4 Todos los días
------------	--------------	-------------------	---------------------

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder

1 Nunca	2 A veces	3 Muchas veces	4 Todos los días
------------	--------------	-------------------	---------------------

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

1 Nunca	2 A veces	3 Muchas veces	4 Todos los días
------------	--------------	-------------------	---------------------

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

1 Nunca	2 A veces	3 Muchas veces	4 Todos los días
------------	--------------	-------------------	---------------------

6. Me siento alegre

1 Nunca	2 A veces	3 Muchas veces	4 Todos los días
------------	--------------	-------------------	---------------------

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

1 Nunca	2 A veces	3 Muchas veces	4 Todos los días
------------	--------------	-------------------	---------------------

8. Me siento como si cada día estuviera más lento

1 Nunca	2 A veces	3 Muchas veces	4 Todos los días
------------	--------------	-------------------	---------------------

9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago

1 Nunca	2 A veces	3 Muchas veces	4 Todos los días
------------	--------------	-------------------	---------------------

10. He perdido interés por mi aspecto personal

1 Nunca	2 A veces	3 Muchas veces	4 Todos los días
------------	--------------	-------------------	---------------------

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

1 Nunca	2 A veces	3 Muchas veces	4 Todos los días
------------	--------------	-------------------	---------------------

12. Me siento optimista respecto al futuro

1 Nunca	2 A veces	3 Muchas veces	4 Todos los días
------------	--------------	-------------------	---------------------

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

1 Nunca	2 A veces	3 Muchas veces	4 Todos los días
------------	--------------	-------------------	---------------------

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

1 Nunca	2 A veces	3 Muchas veces	4 Todos los días
------------	--------------	-------------------	---------------------

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN