

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Humanidades
Escuela de Psicología



Título:

“Prevalencia de Rasgos De Personalidad, Aspectos Psicológicos y Psicosociales, en mujeres de 25-60 años de edad, diagnosticadas con Fibromialgia, en Santo Domingo, República Dominicana, en el período mayo-noviembre 2019”.

Sustentado por:

Claudia Pamela Lugo Humeau 15-2212

Patricia Isabella Ortiz Mir 15- 2132

Trabajo de grado para optar por el título de:

Licenciatura en Psicología Clínica

Asesores:

Pat Galán Laureano, M.A.

Lic. Jesús Peña Vásquez

Santo Domingo, D. N.

09 de Enero de 2020

“Prevalencia de Rasgos De Personalidad, Aspectos Psicológicos y Psicosociales, en mujeres de 25-60 años de edad, diagnosticadas con Fibromialgia, en Santo Domingo, República Dominicana, en el período mayo-noviembre 2019”.

INDICE

Dedicatorias.....	7
Agradecimientos.....	9
Resumen.....	12
Introducción.....	14
Capítulo I – Planteamiento del problema.....	22
1.1. Descripción del Problema.....	22
1.2. Preguntas de Investigación.....	24
1.3. Objetivos.....	25
1.3.1. Objetivo General.....	25
1.3.2. Objetivos específicos.....	25
1.4. Justificación.....	26
1.5. Alcances y Limitaciones.....	28
Capitulo II- Marco Teórico.....	30
2.1. Marco Conceptual.....	30
2.2. La Personalidad.....	37
2.2.1. Rasgos de Personalidad en Pacientes Femeninas con Fibromialgia.....	37
2.3. Características Psicológicas de la Fibromialgia.....	41
2.3.1. Características Psicoemocionales en personas con Fibromialgia.....	41
2.3.2. Características Psicofisiológicas de la Fibromialgia.....	44
2.3.2.1. Funciones Ejecutivas en personas con Fibromialgia.....	44

2.4.	Características Psicosociales de la Fibromialgia.....	45
2.4.1.	Fibromialgia y Familia.....	45
2.4.2.	Fibromialgia y Amigos.....	46
2.4.3.	Fibromialgia y Trabajo.....	47
2.5.	La Fibromialgia.....	48
2.5.1.	Antecedentes Históricos de la Fibromialgia.....	48
2.5.2.	Prevalencia de la Fibromialgia en Mujeres.....	50
2.5.3.	Etiopatogenia y Fisiopatología de la Fibromialgia.....	50
2.5.4.	Evaluación médica y psicológica.....	53
2.5.5.	Criterios Diagnóstico de la Fibromialgia.....	55
2.5.6.	Intervención Psicofarmacológica y Psicoterapéutica en pacientes con Fibromialgia.....	56
2.5.6.1.	Fármacos y Psicofármacos para el tratamiento de pacientes con Diagnostico de Fibromialgia.....	57
2.5.6.2.	Intervención Psicoterapéutica en Pacientes con Diagnóstico de Fibromialgia.....	59
2.5.7.	Factores de Riesgo de la Fibromialgia.....	62
2.6.	Fibromialgia y Trastornos Asociados.....	63
2.7.	La Fibromialgia en la República Dominicana.....	64
2.7.1.	Aspectos Psicológicos y Psicosociales.....	64
2.7.2.	Estudios de Prevalencia de la Fibromialgia en República Dominicana.....	65

2.8.	Factores Dietéticos y Nutricionales enfocados a mejorar los síntomas de la Fibromialgia.....	65
2.9.	Marco Contextual.....	66
2.10.	Idea a Defender (Hipótesis).....	67
2.11.	Operacionalización de Variables.....	68
Capítulo III– Diseño metodológico.....		69
3.1.	Tipo de Investigación	69
3.2.	Metodología.....	69
3.3.	Técnicas de Recolección de Datos.....	70
3.4.	Descripción y Validación de los Instrumentos.....	70
	3.4.1. Descripción de la Prueba.....	70
	3.4.2. Encuesta Prevalencia Síntomas Psicológicos y Conductuales.....	72
	3.4.3. Validación de los Instrumentos Utilizados en el Proceso de Evaluación.....	72
3.5.	Procedimientos.....	73
3.6.	Universo y Muestra.....	73
	3.6.1. Criterios de Inclusión.....	73
	3.6.2. Criterios de Exclusión.....	74
3.7.	Plan de análisis de los datos.....	74
Capítulo IV- Presentación y análisis de los resultados.....		75
4.1.	Presentación Cuantitativa y Cualitativa de los Resultados de la Investigación.....	75
4.2.	Análisis de los Resultados.....	112

Conclusiones.....116
Recomendaciones.....120
Referencias.....123
Anexos.....134

Dedicatorias

El presente trabajo de grado se lo dedico principalmente a **Dios**, a quien le debo la gloria de lo aquí expuesto, quien me proveyó de todo lo que necesité en el camino incluyendo la perseverancia para seguir durante el proceso, aún en las ocasiones difíciles.

A mi mamá, **Claudia Humeau**, por ser la motivación y la inspiración para este proyecto. Eres un ejemplo para mí de amor a Dios, de integridad y de resiliencia en todo momento. Tu sacrificio, dedicación, amor, consejos y apoyo hicieron esto posible.

A **todo el que padece fibromialgia**, espero que este estudio sea de aporte, y de esta forma, lograr un mejor futuro para ustedes en el país.

A todos **los pacientes con Fibromialgia,**

Que sepan que no están solos, me comprometo, con mis conocimientos a seguir aportando a la investigación sobre la condición, a que se abran nuevos caminos para ustedes, que tengan respuestas a sus preguntas y que de alguna u otra forma encuentren el bienestar y la calidad de vida que siempre han querido tener. Muchas gracias por ser la inspiración de esta tesis.

Patricia Isabella Ortiz Mir

Agradecimientos

En el proceso de realización de esta tesis he sido muy bendecida y aprendido bastante, por lo que me gustaría empezar este apartado agradeciendo a **Dios** por darme la sabiduría y las herramientas necesarias para que esto fuese posible.

A mis **padres**, por estar presente en todo momento, por su apoyo emocional y económico, por escucharme y ayudarme en los momentos difíciles incondicionalmente.

A mi **hermano** y **hermana**, por su disposición a ayudarme siempre que lo necesité.

A mi prestigiosa **Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña** (UNPHU), institución que contribuyó enormemente a mi formación profesional y personal. A mis **profesores** y **compañeros** los cuales han sido una parte esencial de esta trayectoria.

A mis asesores **Pat Galán Laureano** y **Jesús Peña**, por su apoyo, disposición, entrega, dedicación y orientación durante el proceso de realización del trabajo de grado. Sin su guía esto no hubiese sido posible.

A mi compañera y amiga, **Patricia Ortiz**, con quien he compartido momentos buenos y difíciles, por todo el esfuerzo y dedicación que ambas tuvimos, lo cual permitió que culmináramos este proyecto.

A las **mujeres diagnosticadas con fibromialgia** que participaron de las evaluaciones y a los **profesionales de la salud** que facilitaron información para este estudio, gracias por su simpatía, colaboración y apoyo desinteresado en todo momento.

A mi **abuela, tías, familiares, amigos, compañeros** y todos los que han estado presente y aportado para que esto fuese posible.

¡Muchas gracias!

Comienzo este apartado dando las gracias principalmente a **Dios** por permitirme llegar hasta aquí, por darme todas las bendiciones que me permitieron lograr este objetivo.

Mi familia: mi madre, **Geraldine**; mi padre, **Patricio**; mis hermanas, **Gery** y **Camila** y mi abuela, **Carmina** (abue), siempre presentes, apoyándome, motivándome a ser mejor cada día y creyendo en mí en cada paso que he dado.

A mi novio, **Joseph**, por ser siempre tan comprensivo, siempre alentándome a dar lo mejor de mí.

A mi alma máter, la **Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña** (UNPHU), por ser el lugar donde pasé una importante fase de mi vida, por ser el instrumento que junto a mis profesores y mis asesores **Pat Galán Laureano** y **Jesús Peña**, me formaron profesionalmente, a todos ellos, gracias por todo lo aprendido y por aportar en gran medida a la persona que soy hoy.

A mi compañera de tesis, **Pamela**, ¡Cuánto hemos crecido desde el primer día de clases hasta este momento donde comenzamos otra etapa de nuestras vidas! A todos mis **compañeros**, gracias por todas las experiencias vividas.

Soy creyente de que Dios pone personas en nuestro camino por la vida con un propósito. Dios me regaló a estas personas para que yo sea lo que soy ahora.

¡Muchas gracias!

Patricia Isabella Ortiz Mir

Resumen

Esta investigación se realizó con el objetivo de determinar la prevalencia de rasgos de personalidad, aspectos psicológicos y psicosociales en mujeres de 25-60 años de edad diagnosticadas con fibromialgia en Santo Domingo, República Dominicana, durante el periodo mayo-noviembre del 2019. El universo lo constituyó un grupo de 14 personas, la mayoría de las cuales se conocían anteriormente, 4 de estos individuos rechazaron la propuesta, por lo que la muestra que se utilizó fue de 10 mujeres de 25-60 años de edad de Santo Domingo, República Dominicana. Esta investigación fue mixta, es decir, cuantitativa y cualitativa; de tipo no experimental, descriptiva y transversal. Además, los métodos que se utilizaron en este estudio son la deducción, la inducción, el análisis y la síntesis. Se inició el proceso de evaluación entregando a cada paciente un consentimiento informado. Luego de esto, se utilizaron diversos instrumentos para la recolección de datos como la Encuesta Sociodemográfica, para indagar sobre Aspectos Psicológicos, Psicosociales y Físicos en pacientes con Fibromialgia, el Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS), el Cuestionario para el Impacto de la Fibromialgia (FIQ) y el Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S). En otro orden, analizando los resultados del estudio se encontró que la mayoría de las mujeres de la muestra presentan baja autoestima, tienden al aislamiento, manifiestan una personalidad nerviosa, ansiosa y depresiva.

Palabras claves: *personalidad, aspectos psicológicos, aspectos psicosociales, fibromialgia, funciones ejecutivas.*

Summary

This research was conducted to determine the prevalence of personality traits, psychological and psychosocial aspects in women from 25-60 years old diagnosed with fibromyalgia in Santo Domingo, Dominican Republic, during the may-november period 2019. The selected population was a group of 14 people most of whom previously knew each other, 4 of these individuals rejected the proposal, so the sample used was 10 women from 25-60 years old from Santo Domingo, Dominican Republic. The research was mixed (quantitative and qualitative), non-experimental and descriptive, and also transverse. In addition, the methods used in this study are deduction, induction, analysis and synthesis. The evaluation process started with an informed consent that was given to patients prior to providing the survey and questionnaires. After that, several instruments were used for data collection such as the Sociodemographic Survey to investigate Psychological, Psychosocial and Physical Aspects in patients with Fibromyalgia, the Situational Personality Questionnaire (SCP), the Questionnaire for the Impact of Fibromyalgia (FIQ) and the Screening of Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-S). Also, analyzing the results of the study it was found that most of the women in the sample have low self-esteem, tend to isolation, manifest a nervous, anxious and depressive personality.

Keywords: *personality, psychological aspects, psychosocial aspects, fibromyalgia, executive functions.*

Introducción

Esta investigación tuvo como objetivo principal indagar sobre los rasgos de personalidad, aspectos psicológicos y psicosociales que pudieron ser detonantes de la fibromialgia, cómo fue la vida del paciente antes y después del diagnóstico, qué ha cambiado en el ámbito personal, laboral y social. Además, esta buscó conocer sobre las intervenciones, técnicas y procedimientos psicológicos funcionales para el abordaje de los pacientes con la condición.

La prevalencia de los aspectos psicológicos y psicosociales implicados en la fibromialgia es fundamental para incluir tratamientos psicológicos dirigidos a los pacientes con esta patología. Está comprobado que el estrés produce alteraciones en la estructura y funciones del cerebro, todo esto se basa en el vínculo existente entre el sistema dopaminérgico y la habilidad de manejarse en el mundo exterior. El estrés tiene una influencia marcada en diversas conductas que el sistema dopaminérgico media, detona la depresión y cambia su historia natural (Muñoz, 2015).

La fibromialgia es una condición de origen desconocido y que se caracteriza por la manifestación de dolor crónico generalizado en zonas musculares y tendinosas. Esta es una enfermedad muy debilitante que puede ser desencadenada por un traumatismo físico o psicológico. Además, presenta otros síntomas como fatiga, cefalea, depresión, ansiedad, rigidez articular, sensación de adormecimiento en las manos, trastornos del sueño y hormigueo en extremidades. De la misma forma aparece hipersensibilidad en múltiples

puntos, que corresponden a lugares del cuerpo más sensibles a la presión (Martínez, Solano y González, 2015).

Esta enfermedad parece ser detonada, principalmente, luego de procesos agudos como lo son accidentes de automóvil u otro de tipo traumático, alguna infección bacteriana o viral, una separación o divorcio y problemas con los hijos, entre algunos más. También han sido reportadas otras situaciones, como posteriormente a una patología que se entienda que limite o empeore la calidad de vida del paciente como son la artritis reumatoide, lupus, etc.; estas situaciones no son causantes de la condición directamente, sino que son desencadenantes en una persona que ya tiene una predisposición, ya sea genética o de otro tipo, a padecer de alteraciones en su sistema de regulación del estrés y el dolor (López y Mingote, 2008).

La forma en que se presentan los síntomas de la enfermedad, varía dependiendo de la persona que la posea. Hay diferentes formas particulares en que un individuo reacciona hacia los estímulos externos ya sea biológico o psicológico. La razón por la que un paciente muestra la enfermedad de diversas maneras tiene que ver con lo que conocemos como vulnerabilidad. Este concepto hace alusión a la forma en que varias disciplinas nos permiten reconocer aquellos elementos de riesgo y que influyen en la aparición o mantenimiento de la fibromialgia y además las consecuencias emocionales que ésta ocasiona en cada ser humano (López y Mingote, 2008).

Malin (2012) sugiere que la personalidad regula las respuestas de las personas ante aquellos estímulos psicológicos externos que resultan estresantes. Algunos tipos de personalidad pueden ser más propensos a ser más sensibles a estos factores, que ponen en manifiesto los mecanismos de la fibromialgia (Alvarez, 2015).

Durante el proceso de investigación, se indagó en diferentes lugares y se entrevistó a profesionales de la salud quienes trabajan directamente con pacientes con fibromialgia. Al hablar con una reumatóloga, quien también padece la enfermedad, esta resaltó la influencia de la personalidad del individuo en la intensidad y en las crisis en que esta patología se manifiesta. Además, indicó que los demás profesionales tienden a rechazar a estos individuos debido a que expresan que los mismos se quejan constantemente y no parecen mostrar mejoría con ninguno de los tratamientos que se les suministran.

Por otra parte, esta profesional en el área mencionó que la famosa pintora mexicana Frida Kahlo padecía esta enfermedad, manifestando en sus pinturas “El venado herido” y “La columna rota”, los puntos exactos de dolor que los pacientes con fibromialgia expresan en consulta.

La ansiedad y la depresión en la fibromialgia son muy predominantes, se pueden manifestar en diversos momentos del curso de la enfermedad, en un rango que va desde el 30% al 68%. (Bennett, 2002; Epstein et al., 1999; González, Elorza y Failde, 2010; Revuelta, Segura y Paulino, 2010). Estos trastornos empeoran los síntomas de la condición y agravan su desarrollo aunque no son causa directa de la misma (Revuelta, Segura y

Paulino, 2010), pudiendo perjudicar la relación terapéutica y dificultar el diagnóstico (Katon, 1996; Pérez-Pareja, Borrás, Palmer, Sesé, Molina y Gonzalvo, 2004).

La fibromialgia afecta considerablemente en la calidad de vida de las personas que la padecen. Muchos individuos acusan a los pacientes con esta enfermedad de hipocondríacos o de quejarse mucho, algunos son hasta sometidos a cirugías innecesarias, esto se debe a que las secuelas de esta condición que pueden llegar a ser dramáticas, no se relacionan con la normalidad de los diferentes análisis de laboratorio; causando en estos, sentimientos de tristeza, incomprensión y minusvalía, aparte del desánimo y cansancio que estos sienten al momento de realizar sus actividades cotidianas (Martínez-Lavín, 2008).

Los pacientes con fibromialgia son muy proclives a experimentar emociones negativas, lo que puede provocar un incremento en la forma en que sienten dolor. Esto nos lleva a entender que la manera en que los individuos con esta patología reaccionan ante los factores externos es de mucha importancia en la forma en que perciben el dolor y en la manera que hacen frente a la enfermedad (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, y Turk, 2007).

Por otro lado, es importante tener en cuenta que las mujeres diagnosticadas con fibromialgia reportan en un nivel superior el malestar emocional, así como también fallo a la hora de reconocer y expresar emociones y estados de ánimo, pérdida del control de las emociones y para identificar las propias y las de los demás. (Geen, Van Ooijen, Lumley, Bijlsma, y van Middendorp, 2012).

Algunas investigaciones sugieren que un desequilibrio en el sistema nervioso autónomo (SNA) podría estar vinculado con los síntomas de la enfermedad, ya que tiene una relación en la forma de responder al estrés y en los procesos de adecuación del individuo. (Cancino, 2011; Martínez-Lavín, 2004; Mostoufi, Afari, Ahumada, Reis y Loebach, 2012; Sañudo et al., 2010; Silva et al., 2014).

Uno de los tratamientos que se sugieren para tratar a las personas con fibromialgia es el psicológico que tiene como finalidad mejorar la manera en que estas afrontan este padecimiento en su día a día. Esto lo corroboran Ángel García, Martínez y Hernández (2015) cuando recomiendan la terapia cognitivo-conductual como la principal ayuda a estos individuos. Aunque ya se ha avanzado bastante, todavía se necesita investigar más para mejorar los efectos de estos tratamientos (Glombiewski, Sawyer, Gutermann, Koenig Y Hoffman, 2010).

Para comprender la fibromialgia, sus síntomas y saber aplicar un tratamiento adecuado, se debe iniciar desde un punto de vista biopsicosocial y no biomédico. Diversos estudios demuestran que las personas con esta condición evidencian una mayor cantidad de problemas a nivel psicológico que aquellos individuos sanos y que los pacientes con enfermedades de dolor crónico y estructurales como la artritis reumatoide y otras reumáticas (Muñoz, 2015).

La fibromialgia ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992 como una patología de reumatismo no articular, e incluida en el manual de

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIETIO) con el código M79.0 (Porro, Estévez, Rodríguez, Suárez y González, 2015).

Algunas investigaciones aseguran que la fibromialgia es una enfermedad neurológica, debido a que ocurre una alteración en la regulación del dolor en el cerebro. Actualmente, no existe una prueba específica que la diagnostique, por lo que una buena historia clínica y exploración física son fundamentales para la identificación y descarte de alguna otra patología donde el dolor musculoesquelético generalizado predomina (Sifuentes-Giraldo y Morell-Hita, 2017).

El tratamiento de la fibromialgia es complicado, normalmente se obtienen resultados óptimos al combinar agentes farmacológicos y no farmacológicos, esto ocurre mediante un equipo multidisciplinario, es decir; Reumatólogos, Fisiatras, Terapeutas físicos y Psicólogos quienes deben actuar en conjunto (Muñoz, 2015).

Debido a todo lo mencionado anteriormente, se decidió organizar esta investigación con relación a la prevalencia de los aspectos de personalidad, psicológicos y psicosociales que se manifiestan en pacientes con diagnóstico de fibromialgia, en distintos capítulos que llevaron a una exploración más profunda sobre el tema. Se inició con el capítulo I o planteamiento del problema donde se hizo la descripción de la problemática, preguntas de investigación, objetivo general y objetivos específicos, justificación, alcances y limitaciones.

En el capítulo II, se realizó el marco teórico, que incluyó el marco conceptual, en el que se habló de la personalidad, los rasgos de personalidad en pacientes femeninas con fibromialgia, se describieron las características psicológicas de la enfermedad, características psicoemocionales y psicofisiológicas, donde se identificaron las funciones ejecutivas afectadas en estos individuos. También, características psicosociales de la fibromialgia donde se expuso sobre fibromialgia y familia, fibromialgia y amigos y fibromialgia y trabajo. Además, se habló de la fibromialgia, antecedentes históricos, prevalencia de la fibromialgia en mujeres, etiopatogenia, fisiopatología, evaluación médica y psicológica, sus criterios diagnósticos. Se estudió sobre la intervención psicofarmacológica y psicoterapéutica en pacientes con la enfermedad, fármacos y psicofármacos para el tratamiento de estos pacientes e intervención psicoterapéutica en pacientes con diagnóstico de fibromialgia, además sus factores de riesgo, junto con los trastornos asociados.

Por otra parte en este mismo capítulo se analizó sobre la fibromialgia en la Republica Dominicana, los aspectos psicológicos y psicosociales y los estudios de prevalencia de la misma. Asimismo, se presentaron los factores dietéticos y nutricionales enfocados a mejorar los síntomas de la fibromialgia, el marco contextual, y en adición a esto, la idea a defender y la operacionalización de variables.

En el capítulo III, se planteó el diseño metodológico, en el que se vió el tipo de investigación, la metodología, técnicas de recolección de datos y también la descripción y validación de los instrumentos: que englobaron la descripción de la prueba, y encuesta prevalencia síntomas psicológicos y conductuales. Dentro de este mismo capítulo, se

describieron los procedimientos, universo y muestra con los criterios de inclusión y de exclusión, y plan de análisis de los datos.

En otro orden, el capítulo IV, trató sobre la presentación y análisis de los resultados donde se presentaron los mismos de manera cualitativa y cuantitativa y además, el análisis de los resultados.

Finalmente, se expusieron las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos de esta investigación.

Capítulo I– Planteamiento del problema

1.1. Descripción del problema

Los rasgos de personalidad observados en las mujeres con fibromialgia son muy similares, entre estos rasgos se encuentran negación de los conflictos, baja autoestima y necesidad excesiva de reconocimiento y aceptación externa. Gatchel, Álvarez y García (citados por Salgueiro, 2011), mencionan a una “personalidad fibromialgica”, definida especialmente por elevados niveles de exigencia, responsabilidad excesiva, perfeccionismo, establecimiento de metas muy altas y escasa tolerancia a la frustración.

Los aspectos psicológicos más observados en la fibromialgia son la ansiedad y la depresión, acompañados de problemas de concentración y memoria. Muchos pacientes que la padecen consideran que el estrés, la ansiedad y depresión empeoran sus síntomas.

En cuanto a los aspectos psicosociales de las personas con fibromialgia es importante destacar, que las personas con esta condición poseen un riesgo más alto de exclusión o vulnerabilidad social, esto se debe a que los individuos que desconocen esta afección tienden a mostrarse incomprensivos con estos pacientes, lo que provoca que estos tengan una pobre calidad de vida y no acepten esta patología llegando así a desarrollar depresión debido al aislamiento (Reyes, 2016).

La fibromialgia afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres y se ha podido conocer debido a las referencias dadas por otras personas. El mal afecta a cuatro de cada mil mujeres en República Dominicana, el tratamiento con ejercicios ha mejorado al 70 por ciento de los pacientes (Hilario, 2011).

La fibromialgia, es un trastorno caracterizado por el dolor generalizado y puede ser causada por diferentes razones entre las cuales están: la genética y herencia, que hacen a una persona más vulnerable a padecerla, infecciones y algún trauma físico o emocional que haya sufrido la persona.

En esta investigación, se busca analizar los rasgos de personalidad, aspectos psicológicos y psicosociales que podría presentar el paciente con fibromialgia, más específicamente, en mujeres de 25 a 60 años, de un sector de Santo Domingo en República Dominicana. Es fundamental que el psicólogo conozca sobre esta condición ya que cualquiera pudiese padecerla y es una enfermedad poco conocida en el país, esta presenta síntomas tan debilitantes, como dolor crónico en el cuerpo, cefaleas, fatiga; lo que repercute la mayoría de las veces, en el rendimiento personal, laboral y académico de los individuos; de esta forma el clínico podría facilitar herramientas, creando un ambiente favorable para el paciente, en el que se tome en consideración las características de esta patología para elaborar un abordaje psicoterapéutico adecuado.

En el presente estudio se obtuvo información directamente de los pacientes con fibromialgia, esto se realizó mediante encuestas, entrevistas y pruebas psicológicas a las personas de la muestra con intención de conocer sobre la prevalencia de las variables de personalidad, psicológicas y psicosociales, el nivel de afrontamiento a su enfermedad, cómo las demás personas reaccionan ante esto, el nivel de ansiedad, de estrés, además, se estará investigando en qué nivel se ven afectadas algunas funciones ejecutivas.

1.2. Preguntas de Investigación

¿Cuál es la prevalencia de rasgos de personalidad, aspectos psicológicos y psicosociales que se manifiestan en pacientes mujeres de 25 a 60 años de edad con diagnóstico de fibromialgia en el periodo mayo-noviembre 2019?

¿Cuáles signos y síntomas psicoemocionales se identifican en la muestra seleccionada?

¿Cuáles funciones ejecutivas se ven afectadas en la muestra seleccionada?

¿Cuáles formas de apoyo se identifican en los familiares de las personas de la muestra seleccionada?

¿Cuáles características tiene un programa de abordaje integral para el apoyo de pacientes con fibromialgia?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de rasgos de personalidad, aspectos psicológicos y psicosociales que se manifiestan en pacientes mujeres de 25 a 60 años de edad con diagnóstico de fibromialgia.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar signos y síntomas psicoemocionales en la muestra seleccionada.

Describir qué funciones ejecutivas se ven afectadas en la muestra seleccionada.

Determinar las formas de apoyo en los familiares de las personas de la muestra seleccionada.

Puntualizar las características que tiene un programa de abordaje integral para el apoyo de pacientes con fibromialgia.

1.4. Justificación

Se ha seleccionado este tema de investigación debido a que es importante conocer sobre la fibromialgia, ya que es una condición que puede afectar a todos y a cualquier edad. Es imprescindible conocer sobre las consecuencias a nivel psicológico y psicosocial, porque una persona con esta afección siente unos síntomas tan debilitantes que ya no puede cumplir y llevar a cabo tareas que hacía anteriormente. Esto puede causar problemas mayores como depresión, ansiedad y trastornos desadaptativos.

Justificación personal

La razón por la que se ha decidido investigar sobre este tema es brindar aportes a la mejor valoración de esta enfermedad, ya que no existe mucha concientización sobre la misma. La fibromialgia es una condición que cualquiera pudiese padecer y aún más con los niveles de estrés y ansiedad que manejan las personas actualmente. Además, es importante que se comprenda sobre los síntomas y el tratamiento para brindarles apoyo y una mejor calidad de vida a quienes la padecen. Debido a todo esto, se busca crear un fundamento o base para que un equipo multidisciplinario, incluyendo inversionistas, formen el primer centro integral en República Dominicana para el beneficio de las personas con fibromialgia, en donde se crearían nuevas fuentes de trabajo, especiales para personas con esta condición.

Justificación según la psicología clínica

La fibromialgia es una enfermedad cuyos síntomas se ven agravados por factores emocionales como el estrés y la ansiedad o depresión, por lo que se necesita de un psicólogo clínico para elaborar un plan de tratamiento adecuado a esta condición, ya que se debe confeccionar una historia clínica de los aspectos psicológicos, antecedentes personales y familiares, patológicos y no patológicos. Además, es importante analizar los síntomas psicopatológicos actuales y los niveles de apoyo social, familiar y laboral.

Un paciente bien informado sobre su patología estará mejor preparado para lidiar con la misma, de modo que ésta no se convierta en un obstáculo en su vida diaria a nivel clínico y emocional (Porro, Estévez, Rodríguez, Suárez y González, 2015). Por esto, es importante que el psicólogo clínico conozca y maneje la información del diagnóstico, síntomas, curso de la enfermedad y tratamiento de la misma de manera adecuada, para de esta forma reducir los síntomas psicológicos de estrés, ansiedad, sentimientos de incompreensión, minusvalía y depresión que el paciente pueda presentar en consulta.

Justificación según las ciencias o neurociencias

En el presente, se desconoce la etiología de la enfermedad. Sin embargo, se ha vinculado con un desbalance del sistema nervioso periférico, central y autónomo. El cual incentiva el aumento de la emisión del dolor y de su lectura cortical (demostrándose esta afección por polimorfismos en genes serotoninérgicos y dopaminérgicos; así como, en los sistemas catecolaminérgicos); también, una alteración neuro-inmuno-endocrina a nivel del

sistema de respuesta al estrés mediado por el eje hipotálamo-pituitario-adrenal, una disminución en las concentraciones séricas de serotonina, cortisol, melatonina, y algunas citocinas y una disfunción del metabolismo muscular, alteraciones del estrés (Covarrubias y Carrillo, 2016).

También se ha identificado una cierta predisposición genética sobre genes relacionados con la serotonina y la sustancia P. De igual forma es posible que también se relacione con alteraciones en la producción de valina, leucina, isoleucina y fenilalanina y/o acetilcolina, necesarios para el tono, la fuerza y la recuperación muscular. Estos cambios favorecen la presencia de una fatiga muscular temprana y recuperación muscular prolongada; al tiempo que puede concurrir, con un incremento en la acidosis láctica muscular (Covarrubias y Carrillo, 2016). Este estudio es necesario para aportar a las ciencias y neurociencias, facilitando la información necesaria para que el neurólogo y otros profesionales de la salud puedan conocer con más detalle el proceso fisiopatológico de la fibromialgia y así poder concluir con un tratamiento adecuado a nivel multidisciplinario en el que posiblemente se reduzcan o se eliminen los síntomas de este padecimiento.

1.5. Alcances y Limitaciones

Para realizar esta investigación, se contactó en distintos centros de Santo Domingo, República Dominicana, a varios profesionales de la salud tanto física como mental, quienes se mostraron muy participativos y dispuestos a compartir la información y materiales necesarios para llevar a cabo este estudio.

Sin embargo, este trabajo presentó diversas limitaciones, como la dificultad de encontrar una prueba que evaluara los indicadores planteados, provocando que se tuviera que recurrir a entidades internacionales que facilitaran los tests utilizados. Por otro lado, el tiempo estimado para la aplicación de las pruebas fue mayor de lo esperado y algunas de las mujeres de la muestra se mostraron reacias a colaborar con la investigación lo que ocasionó que se redujera el número de la muestra.

Capítulo II- Marco Teórico

2.1. Marco Conceptual

En este apartado se definen los conceptos más importantes que se han utilizado en esta investigación, lo cual ayudará a un mejor alcance y asimilación de lo expuesto en este estudio.

Acetilcolina: Es un neurotransmisor presente en el sistema nervioso central y periférico y el principal del sistema nervioso autónomo. Es un éster de ácido acético y colina (ACh), que se encarga de contraer la musculatura lisa, dilatar los vasos sanguíneos, incrementar las secreciones corporales y reducir la frecuencia cardíaca (Guerri, 2018).

Adrenalina: También llamada epinefrina, es una hormona y un neurotransmisor producido por las glándulas suprarrenales que permite reaccionar rápidamente y estar alertas física y psicológicamente en las situaciones de peligro o para la supervivencia (Torres, 2019).

Ansiedad: Es una emoción que provoca una reacción psicofisiológica de activación intensa del sistema nervioso central y de todo el organismo. Aparece cuando el individuo se siente en una situación de amenaza o peligro, activando el cuerpo y preparándolo para hacerle frente a dicha situación (Forcadell, Fullana, Lázaro y Lera, 2019).

Artritis reumatoide: Es una enfermedad autoinmune, donde el sistema inmunitario ataca los tejidos del cuerpo y que provoca inflamación crónica en las articulaciones, además,

puede llegar a dañar distintos sistemas corporales, como la piel, los ojos, los pulmones, el corazón y los vasos sanguíneos (Mayo Clinic, 2019).

Catecolaminas: Son un grupo de neurotransmisores de la clasificación de las monoaminas. Las tres más importantes son la dopamina, la adrenalina y la noradrenalina. Estos neurotransmisores se encargan de procesos como la emoción, el aprendizaje, la memoria y la cognición; así como también, el manejo de la motricidad y el equilibrio del sistema endocrino. Además, la noradrenalina y la adrenalina son fundamentales en la reacción ante el estrés (Figueroba, 2019).

Cefaleas: Son trastornos del sistema nervioso caracterizados por dolores de cabeza frecuentes, en algunas ocasiones incapacitantes. Los más comunes son la jaqueca o migraña, la cefalea tensional y en brotes (OMS, 2016).

Citocinas: Son proteínas de bajo peso molecular que son mediadoras de las interacciones complejas entre células de linfoides, células inflamatorias y células hematopoyéticas. Entre sus funciones se encuentran: la distinción y maduración de células del sistema inmunitario; interacción entre células del sistema inmunitario y pueden ejercer funciones efectoras directas (Resino, 2009).

Cortisol: Es una hormona esteroidea y un glucocorticoide, producida por la cubierta de las glándulas suprarrenales. Esta es liberada al torrente sanguíneo en situaciones de estrés físico y emocional (Corbin, 2019).

Depresión: Es un trastorno mental caracterizado por manifestar tristeza, pérdida interés o placer, culpa o baja autoestima, además, coexiste con trastornos del sueño o del apetito y problemas de concentración (OMS, 2017).

Dolor crónico: Es aquel que ha durado más de 6 meses, se produce por una lesión de los trayectos nerviosos que se encargan de comunicar señales de dolor, que ya no están ocurriendo, hacia el cerebro que causa sensaciones como pinchazos, punzadas, ardor, quemazón, corrientazos que acompañan al dolor (Andrade, 2014).

Dopamina: Es un neurotransmisor que actúa en los ganglios basales y es derivado de un aminoácido conocido como “Dopa” el cual tiene funciones en el cerebro como la cognición, el sueño, la motivación, la atención, el humor y la actividad motora (Pérez y Merino, 2017).

Estrés: Estado que se produce a causa de sucesos que provocan angustia o agobio en un individuo cuando este recibe estímulos que son excesivos, y que desestabiliza la homeostasis del organismo (Porto y Merino, 2008).

Estímulos externos: Son objetos, personas o elementos del exterior, que generan una reacción en el individuo (Hay tipos, 2019).

Fármaco: Es una sustancia elaborada o natural, cuya composición es conocida con precisión y que posee principios activos que provocan un efecto en el individuo que la consume (Pérez, 2017).

Fenilalanina: Es un aminoácido fundamental que se encuentra en las proteínas, y que posibilita que el cerebro produzca noradrenalina, que facilita la comunicación efectiva entre las neuronas, además, interviene en la atención y en el sistema nervioso simpático. Además, regula el estado de ánimo, actúa como antidepresivo, disminuye la sensación de dolor y aumenta los niveles de endorfinas (Navarro, 2015).

Funciones ejecutivas: Según Shallice (1988), son procesos cognitivos de nivel superior, que permiten relacionar ideas, movimientos y acciones básicas para cumplir tareas más difíciles (Guilera, 2015).

Glándula pituitaria: También llamada hipófisis, es un órgano muy pequeño que se encuentra dentro de la silla turca, en la base del cerebro. Su función es controlar la actividad de la mayoría de las demás glándulas endocrinas y por esta razón recibe el nombre de glándula maestra (Chapman, 2019).

Hipocondriasis: Es un temor y preocupación excesiva e irracional a padecer alguna patología, y la convicción de que se posee, ante cualquier alteración o síntoma en el cuerpo (Ortega, 2018).

Hipotálamo: Es una estructura cerebral que se encuentra justo por debajo del tálamo y del tamaño de una almendra, que se encarga de controlar las funciones del sistema nervioso autónomo y el sistema endocrino. De esta forma se logra la homeostasis del organismo que garantiza la supervivencia y reproducción (Andrade, 2018).

Isoleucina: Es un aminoácido esencial para la síntesis de proteína y para la producción de energía (Nishimura, 2010).

Leucina: Es un aminoácido que evita el daño muscular y que ayuda a restaurar los tejidos musculares, además, proporciona energía. El organismo no lo produce de forma natural por lo que se obtiene a través de los alimentos (Fernández, 2019).

Lupus: Es una enfermedad crónica autoinmune que ocasiona danos en cualquier parte del cuerpo, como la piel, las articulaciones y/o los órganos internos, suele durar más de seis semanas y frecuentemente por muchos años. (Fundación americana de Lupus, 2013).

Melatonina: Es una hormona producida en la glándula pineal, que se sitúa en el centro de la cabeza, se secreta cuando la retina detecta la oscuridad, principalmente durmiendo. Es utilizada para modular el ciclo del sueño y se secreta en menor medida durante el día (Pascual, 2016).

Modelo biopsicosocial: Propuesto por Engel (1977), sugiere que todos los estadios de la salud y enfermedad se vinculan con elementos biológicos, psicológicos y sociales. La persona ya no es considerada un ente dividido, sino es comprendida como un ser holístico integrado por sistemas y subsistemas que se interrelacionan (Laham, 2006).

Neurología: Es una especialidad médica que se encarga del estudio de la estructura, función y desarrollo del sistema nervioso y muscular (Grupo Gamma, 2014).

Personalidad: Es el grupo de rasgos psicológicos que caracteriza los sentimientos y cogniciones que moldea el comportamiento del individuo y su relación con los demás (Estaire, 2011).

Psicofármacos: Son fármacos que se emplean en el tratamiento de las enfermedades mentales, trabajan en la corteza cerebral y en estructuras encefálicas más profundas, como el sistema límbico (Stahl, 1998).

Reumatología: Es una especialidad de la medicina, que busca la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas (Fundación española de reumatología, 2019).

Serotonina: Es un neurotransmisor que se produce en el cerebro y en los intestinos, que sirve para mantener el equilibrio emocional y bienestar psicológico (Gallardo, 2018).

Sistema Nervioso Autónomo: Es una sección del sistema nervioso que domina los órganos internos de forma inconsciente, además, es parte del sistema nervioso periférico y por esta razón regula algunos de los músculos del cuerpo (Guerri, 2016).

Sistema Nervioso Central: Es una estructura que contiene al encéfalo, ubicado en el cráneo y a la medula espinal, que se encentra dentro y a lo largo de la columna vertebral. Su función es organizar los aparatos del cuerpo y organizar, unir y manejar al organismo. Además, recibe los estímulos que vienen del exterior y del interior y procesa esta información y crea respuestas de la misma (Raffino, 2018).

Sistema Nervioso Periférico: Es una sección del sistema nervioso que posee todos los nervios externos del sistema nervioso central. Su tarea más importante es servir de unión entre el sistema nervioso central y los órganos, las extremidades y la piel. También, hace posible que el cerebro y la medula espinal sean receptores y emisores de información a otras partes del organismo y esto permite al individuo responder a los estímulos externos (Actualidad en psicología, 2017).

Sustancia P: Es un neurotransmisor polipeptídico que se encuentra en el sistema nervioso central y periférico. Se encarga de transferir el dolor y produce contracciones de la musculatura lisa gastrointestinal, y regula las reacciones inflamatorias e inmunológicas (Biblioteca Agrícola Nacional de los Estados Unidos, 2013).

Terapia cognitivo-conductual: Es un tipo de psicoterapia donde se combina la terapia cognitiva, que activa los procesos de pensamiento, con la terapia conductual, que se enfoca en la respuesta conductual de estos pensamientos. En esta se suministran herramientas para que el paciente reemplace creencias negativas por opciones adaptativas, resuelva problemas de su entorno y desarrolle habilidades para enfrentar situaciones estresantes (Bupa, 2011).

Valina: Es un aminoácido con ramificaciones que posee una tarea básica en el proceso de asimilación de proteínas y el cual nuestro cuerpo no produce naturalmente. Una de sus funciones más importantes radica en su papel para aumentar el volumen de los tejidos musculares para posteriormente ayudar en la recuperación muscular (Delgado, 2010).

2.2. La Personalidad

La palabra persona tiene su origen en el griego “mascara” que significa, algo que no proviene de uno mismo, sino que es adquirido, como los actores de teatro se ponían mascarar (personas) para desempeñar los papeles en la obra. Para Jung, discípulo de Freud, el termino persona quiere decir cara (mascara) que el ser humano muestra ante la sociedad en la que vive. Esta cara puede ser diferente a los que siente realmente y a sus intereses. La personalidad es el producto de la relación de los aspectos psicológicos y biológicos de cada persona en particular y que lo distinguen de los demás (Salvaggio y Sicardi, 2014).

Según W. Allport (1937) “La personalidad es la organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos”. Esta definición indica que la personalidad es de naturaleza cambiante: organización dinámica. Los aspectos fundamentales de la personalidad son el temperamento, el carácter, la inteligencia, el estatus y roles sociales.

2.2.1. Rasgos de Personalidad en pacientes Femeninas con Fibromialgia

Investigaciones recientes sugieren que la fibromialgia en comparación con otras condiciones reumáticas, posee mayor prevalencia de alteraciones psicológicas, por esto se le conoce como una “personalidad con mayor vulnerabilidad psicológica”. Gatchel, Álvarez y García (citados por Salgueiro, 2011), mencionan a una “personalidad fibromiálgica”, definida especialmente por elevados niveles de exigencia, responsabilidad excesiva, perfeccionismo, establecimiento de metas muy altas, escasa tolerancia a la

frustración, negación de los conflictos, baja autoestima y necesidad excesiva de reconocimiento y aceptación externa. Blumer y Heilbronn (citados por Peñacoba, 2009) describieron como un patrón similar, la «personalidad proclive al dolor» vista en individuos con síndromes de dolor poco definidos y con tendencia compulsiva de “sobrerrealización” en combinación con otras características como falta de asertividad y dificultad para identificar emociones negativas, especialmente ira, frustración y tristeza (Ruiz, 2016).

Gatchel y Weisberg (2000), aseguran que la experiencia del dolor en personas con fibromialgia dependerá de las características de personalidad de estas. La personalidad es lo que permite que cada uno de nosotros posea una forma de comportarse diferente a los demás. Aquellas que sienten tensión emocional, ansiedad y depresión tienden a enfrentarlo con mayor intensidad y generalmente no asimilan el tratamiento farmacológico; por otra parte, aquellos que tienen conductas adaptativas positivas, como la seguridad en sus herramientas internas para sobrellevarlo, poseen niveles más bajos de gravedad. (Albiol, Goma-i-Freixanet, Valero, Vega y Muro 2014).

Hay una lista de variables de personalidad en el ámbito de la salud que resultan importantes ya sea rasgos, dimensiones o patrones. Estas características individuales señalan, en el área del estrés, el tipo de valoraciones que el individuo hace y la forma de afrontar o resolver algún problema. Su efecto es fundamental ya que representa la manera normal de lidiar con los acontecimientos a lo largo de su vida.

Estas formas de personalidad pueden incidir sobre el estrés de formas diferentes: incrementando las veces en que la persona se expone a situaciones que pudiesen ser estresantes, determinando la manera de percibir y valorar los acontecimientos, empeorando o suavizando, determinando la apreciación habitual de control y de recursos internos y permitiendo escoger estrategias de afrontamiento que se pondrán en marcha en situaciones de estrés (García, 2015).

Diversos autores afirman que hay un vínculo entre las estrategias de afrontamiento y algunas variables de personalidad (Albiol et al., 2014; Palmero y Fernández-Abascal, 1999; Gaviria et al., 2013; Ramírez et al., 2001), estos asumen que los patrones de personalidad en individuos con dolor crónico superditan en gran manera la forma de experimentar el dolor. (Gaviria et al., 2013).

Además, se ha confirmado que los rasgos de personalidad pueden incidir en el resultado terapéutico, la manera de reaccionar a los tratamientos y hasta en la falta de respuesta. El vínculo existente entre variables de personalidad y formas de afrontamiento ha facilitado el entendimiento de la adaptación de las personas al experimentar situaciones estresantes (González, Ramírez-Maestre y Herrero, 2007; Gaviria et al, 2013).

Se han hecho investigaciones con varias versiones de los cuestionarios de Eysenck (1964, 1968, 1994) en los cuales los sujetos con dolor crónico obtuvieron puntuaciones altas en neuroticismo, concluyendo que estos pacientes poseían mayor discapacidad, somatización e intensidad del dolor. También, Affleck y sus colaboradores (1988)

encontraron en pacientes reumáticos puntuaciones elevadas en neuroticismo asociadas con mayor angustia, intensidad del dolor y depresión.

De la misma forma, McCain (1996) encontró que las dimensiones elevadas en neuroticismo estaban relacionadas a menor satisfacción en la calidad de vida. Cabe destacar que las investigaciones se enfocan en que la personalidad no es un predecesor del dolor, sino que además influye en gran parte el grado de incapacidad, cronificación y sufrimiento. Se entiende que la personalidad es determinante en las estrategias que desarrollará la persona en acontecimientos difíciles siendo estas las que le ayudará a la persona adaptarse en mayor o menor medida a la enfermedad. Existen otros estudios que dan prioridad a la personalidad sobre el tipo de afrontamiento que se usa para manejar el dolor (Ramírez-Maestre 2002; Ramírez-Maestre et al., 2004).

Las conclusiones de estas investigaciones exponen que bajas puntuaciones en neuroticismo, altas en extraversión y estrategias de afrontamiento activas facilitarían al paciente un menor sufrimiento de dolor. Esto se corrobora en 2010, en el estudio de Soriano y colaboradores en el que el perfil de personalidad vulnerable al dolor es un elevado neuroticismo, extraversión baja y estrategias de afrontamiento pasivas. La integración de rasgos de personalidad mejoraría los pronósticos tanto en la valoración como en el afrontamiento en el proceso del estrés. Diversos trabajos consideran que los individuos altos en neuroticismo utilizan estrategias pasivas (Ramírez-Maestre 2002; Ramírez-Maestre et al., 2004).

Se pudiese concluir basándose en todos estos estudios, que el neuroticismo estaría vinculado con una peor calidad de vida, un incremento del dolor y el manejo de estrategias pasivas. Otra de las dimensiones más investigadas es la apertura y a su vez una de las más conflictivas. Las estrategias de afrontamiento asociadas con esta dimensión son la distracción, el autocontrol mental, autoafirmación y estrategias activas. La distracción y la autoafirmación han demostrado ser las estrategias más adaptativas en pacientes con dolor crónico (Soriano y Monsalve, 2005).

2.3. Características Psicológicas de la Fibromialgia

La fibromialgia es una patología muy vinculada con trastornos psicológicos y psiquiátricos, siendo los más frecuentes la ansiedad y la depresión, trastornos que, al relacionarse con esta enfermedad, la empeoran y cronifican su curso. Los desórdenes psiquiátricos, depresión y ansiedad, son enfermedades que se asocian con gran prevalencia en los pacientes con fibromialgia con mecanismos etiopatogénicos frecuentes y pudiendo ser detonante, comorbilidad o efecto de la misma. Su presencia agrava el curso y el desarrollo de la enfermedad, además, se han hecho investigaciones en los que se han usado antidepresivos para mejorar la calidad de vida de estas personas, y terapias psicológicas en los que el alivio de la ansiedad mejora la sintomatología dolorosa (Revuelta, Segura y Paulino, 2010).

2.3.1. Características Psicoemocionales en personas con Fibromialgia

Se ha comprobado que la fibromialgia cursa con dolor de forma crónica y generalizada, junto a una amplia variedad de otros síntomas y signos, como la fatiga, la

depresión, el colon irritable o el síndrome seco. Estos síntomas se han vinculado con problemas anímicos, con una prevalencia mayor que en el resto de la población, como es la depresión (un 68% de los pacientes diagnosticados de fibromialgia; 30% de los pacientes fibromiálgicos padecen depresión en algún momento de su evolución y antecedentes de depresión en un 22%), la ansiedad, la distimia (10%), el trastorno por estrés postraumático, la crisis de pánico (antecedentes en un 7% y presente en algún momento en un 16%), fobia simple (antecedente en un 12% y en algún momento de la evolución 16%) y trastornos del sueño. Varias investigaciones sugieren que la fibromialgia es consecuencia de los trastornos afectivos, ya que estos preceden a dicho cuadro (Revuelta, 2010).

En un estudio realizado en España, en la universidad Jaume (2014) se ha concluido que una peor calidad de vida en las personas con fibromialgia se debe a una mayor intensidad e interferencia de la fatiga, mayor intensidad e interferencia del dolor en las actividades, mayor impacto de la Fibromialgia y mayor sintomatología psicopatológica (depresión, ideación paranoide, obsesión-compulsión y somatización). Sin embargo, no se encontró una correlación significativa entre sintomatología fóbica o de hostilidad y la calidad de vida (González, 2014).

Estudios expresan que el vínculo entre fibromialgia y depresión pudiera ser una relación de comorbilidad, o bien el estado de ánimo deprimido pudiera ser un efecto del sufrimiento de fibromialgia (Herrero, 2013).

Las crisis de angustia es el trastorno de ansiedad que se da en mayor medida en la fibromialgia en comparación con la población general, y esta es descrita como un episodio de angustia inaguantable, de comienzo repentino, corta duración y de carácter espontáneo. Se presenta con síntomas de miedo o terror, junto con síntomas cardiovasculares o respiratorios hasta incomodidad en el abdomen, mareo, sudoración, temblor, hormigueos y escalofríos (Revuelta, Segura y Paulino, 2010).

Las personas con fibromialgia experimentan fobias o ansiedad desproporcionada ante actos que realizaban sin problemas antes de la enfermedad por lo que procura evitar realizarlos. Además, puede presentarse fobias sociales o miedo persistente y enfocado a acontecimientos sociales o a manifestaciones en público por temor a terminar avergonzados, esto se debe a que la persona siente miedo a estar entre los demás debido a su patología incapacitante teniendo un aspecto de persona sana, unido también a la poca confianza y reducida credibilidad que hay en la sociedad sobre la fibromialgia (Revuelta, Segura y Paulino, 2010).

Por otro lado, la depresión se relaciona bastante con la fibromialgia. El síntoma base es la tristeza patológica o humor depresivo, que se caracteriza por un sentimiento negativo, indeseado, no placentero, que en ocasiones resulta difícil de manifestar e incluso de apreciar. En los pacientes con fibromialgia es más usual la presencia de somatizaciones que un humor realmente deprimido (Revuelta, Segura y Paulino, 2010).

Otros de los síntomas del estado de ánimo que se pueden manifestar son la disforia y la anhedonia, llanto fácil, cambios en la actividad psicomotora, reducción del rendimiento en diversos aspectos de la vida y la inclinación al aislamiento. Las alteraciones más graves son el intento suicida y el suicidio en sí, los cuales son poco frecuentes en la fibromialgia. En la fibromialgia la depresión suele provenir de diferentes factores, debido a que estos pacientes duran un tiempo entre la manifestación de los síntomas y el diagnóstico, por esto atraviesan por una etapa de incompreensión, vacío, en el que nadie comprende lo que les pasa. A todo esto se le agregan las vicisitudes de la vida diaria. Tampoco se puede desechar que sean dos procesos independientes que se cubren en el tiempo (Revuelta, Segura y Paulino, 2010).

2.3.2. Características Psicofisiológicas de la Fibromialgia

2.3.2.1. Funciones Ejecutivas en personas con Fibromialgia

Algunas investigaciones confirman que 50-90% de los pacientes con esta enfermedad muestran dificultades cognitivas como fallos en la memoria, problemas del lenguaje, déficit de atención y otro tipo de trastornos del pensamiento, estos síntomas pueden agravarse debido a elementos asociados como el dolor, cansancio, depresión y alteraciones del sueño (Guzmán, Muñoz, Mendoza, Orozco, Rodríguez y García, 2018).

El contenido del pensamiento de las personas con fibromialgia tiende a ser pesimista con elevadas preocupaciones y rumiaciones desagradables, es posible que aparezcan sentimientos de desesperanza, minusvalía, baja autoestima, hipocondría, ideas de

muerte y suicidio. Estas pueden ser ideas sobrevalorada o delirantes (Revuelta, Segura y Paulino, 2010).

2.4. Características Psicosociales de la Fibromialgia.

2.4.1. Fibromialgia y Familia

Actualmente no se conocen estudios sobre la influencia de la fibromialgia en el ámbito familiar. Pero, Ramos (2015) informa que al hablar con pacientes con esta patología, todos expresan que provoca diversos problemas como variación de los roles en la familia, pérdida de rol y deficiencias económicas, gran parte de los familiares no saben cómo actuar con el paciente.

Para las personas con fibromialgia es frustrante que sus parientes y amigos no les entiendan, que se muestren reacios a creer en sus dolores. Esto ocasiona que se aislen para evitar que otros desconfíen, lo que agrava el manejo del dolor (Ramos, 2015).

Camino, Jiménez, de Castro-Palomino y Fábregas (2009) han creado el concepto de Burn-out familiar tomando en cuenta el término del burn-out y relacionándolo con la vida en familia, luego de escuchar las vivencias de un grupo mayoritario de pacientes que mostraban conflictos familiares después de escuchar las diversas quejas victimistas de estas personas con cuotas muy altas de sobrecarga que se adecuan al termino del síndrome de “estar quemado”.

2.4.2. Fibromialgia y amigos

La fibromialgia es una patología debilitante, que perjudica bastante todas las áreas de la vida de quien la padece, incluyendo sus relaciones con los demás, las tareas cotidianas y el ámbito laboral, además, se asocia a un peso importante para la sociedad. Las personas que desconocen esta afección tienden a mostrarse incomprensivos con estos pacientes, lo que provoca que estos tengan una pobre calidad de vida y no acepten esta condición llegando así a desarrollar depresión debido al aislamiento. Por esto, las personas con fibromialgia poseen un riesgo más alto de exclusión o vulnerabilidad social. Laparra y Pérez (2008) definen la exclusión social como un proceso de aislamiento que se va dando poco a poco en el que pueden identificarse una serie de etapas dependiendo la intensidad, desde la precariedad o vulnerabilidad más leve hasta los acontecimientos de exclusión más grave. El término más usado y conocido en Europa engloba tres elementos clave de los acontecimientos difíciles: el origen estructural, el carácter multidimensional y la naturaleza procesual (Reyes, 2016).

En general, las personas con esta condición han poseído una mayor cantidad de trastornos psicoafectivos que parecen pronosticar la cronicidad de la patología, un grupo de amigos mucho más pequeño y relaciones sociales mucho más negativas que los demás (Nicasio P.M. citado por García, Castel y Vidal, 2006).

2.4.3. Fibromialgia y trabajo

Se debe procurar la integración laboral en la mayor intensidad posible, por esto Salud Laboral y Recursos Humanos deben tener presente y propiciar las alteraciones adecuadas para que el trabajador no pare su actividad. Esto es sumamente importante y de gran ayuda en el transcurso de la patología, evitando el alejamiento social, depresión y favoreciendo a una mejoría en la calidad de vida de estas personas. Luego de valorar detalladamente mediante entrevistas semiestructuradas y exploración física, se termina con diagnósticos de enfermería validados, para los que se sugiere una lista de intervenciones y resultados de enfermería (Fernández y Argüelles, 2015).

Los inconvenientes musculoesqueléticos son una de las causas primordiales de incapacidad temporal. Según una investigación elaborada en Cataluña los individuos con fibromialgia mostraron un promedio de 21 días ausentes de trabajo por esta situación. De acuerdo a la “guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria”, la fibromialgia no se encuentra catalogada como enfermedad incapacitante y por esto los pacientes tienen dificultades para obtener permisos para ausentarse de sus labores. Las razones por las que se tienden a otorgar estos es por síndrome ansioso-depresivo, lo que demuestra que a pesar de que la fibromialgia es una patología reconocida por la OMS, todavía le queda mucho por recorrer para ser aceptada del todo (Ramos, 2015).

Camino, Jiménez, de Castro-Palomino y Fábregas (2009) sugirieron el concepto de Burn-out laboral, para explicar esto, ya que observaron un porcentaje elevado de pacientes que habían laborado en empleos que requerían un gran esfuerzo a nivel físico, o mucha

actividad física. Por esto, en cuanto a la fibromialgia, se puede hablar de burn-out dos veces (familiar y laboral).

2.5. La Fibromialgia

2.5.1. Antecedentes Históricos de la Fibromialgia

En los libros médicos del siglo XVI, se encuentran datos que describen el dolor crónico parecido a lo que se conoce actualmente como fibromialgia. Bailou (1592), presenta el dolor musculoesquelético crónico y difuso como “reumatismo muscular” (Guzmán, Muñoz, Mendoza, Orozco, Rodríguez, García, 2018).

En 1750 surgen descripciones parecidas a las elaboradas por Hipócrates que podrían pertenecer a la fibromialgia, debido a que presentaban síntomas como agotamiento y dolor, sin causa clínica evidente. En 1815, se definió esta enfermedad como nódulos en el “musculo reumático”, sin embargo no fue hasta 1843 cuando se habló sobre los puntos dolorosos de esta (Aguilera, 2016).

Luego, en el año 1880 se identificaron síntomas similares a la fibromialgia, que inicialmente se conocía como neurastenia. Gowers (1904), utilizó el concepto de “fibrositis” (Guzmán, Muñoz, Mendoza, Orozco, Rodríguez, García, 2018). También, Traut utiliza este concepto para explicar el dolor musculoesquelético relacionado a fatiga, irregularidades en el sueño y sensibilidad en los puntos de dolor. Albee (1927), reemplaza esta palabra por fibromiositis. En los años 30, surgieron dos términos: síndrome miofascial

por Travell y Simons, además, reumatismo psicógeno por Boland; luego de esto se habla sobre los puntos gatillo o “trigger point” (Ramos, 2015).

Michael Kelly (1946), publicó investigaciones sobre la fibrositis fundamentado en su experiencia, reforzando el termino de puntos gatillo como foco principal del diagnóstico y propuso una teoría que relaciona el origen psicológico y orgánico. Por otra parte, en 1963, se expone que un tipo de personalidad específica provoca un estado de estrés-espasmo-dolor.

Luego, Hench (1976) propone el término de fibromialgia por primera vez y lo describe como un tipo de reumatismo no articular, destacando la falta de signos inflamatorios en esta, reuniendo los aportes que en los años anteriores sugerían el descarte progresivo del concepto de fibrositis. Asimismo, en la década de los ochenta, se publicaron investigaciones iniciales para conceptualizar bien esta patología y se sentaron las bases iniciales (Aguilera, 2016).

En 1975, se realizó el primer electroencefalograma durante el sueño y en 1981, se publicó la primera investigación clínica controlada y validada, que proponía un boceto de los primeros criterios diagnósticos de esta patología; Pero, el Colegio Americano de Reumatología, los publicó en 1990 (Guzmán, Muñoz, Mendoza, Orozco, Rodríguez, García, 2018).

La fibromialgia fue reconocida como una enfermedad reumática por la Organización Mundial de la Salud en 1992, y tipificada con el código M79.0 en el Manual

de Clasificación de Enfermedades (ICD-10) y en 1994 es reconocida por la Asociación Internacional para el Estudio de Dolor (IASP) (Ramos, 2015).

2.5.2. Prevalencia de la Fibromialgia en Mujeres

La fibromialgia afecta como promedio a un 2,10% de la población mundial; al 2,31% de la europea; al 2,40% en la población española y al 3,69% de la población en la Comunidad Autónoma Valenciana. Supone una dolorosa pérdida de la calidad de vida de las personas que la presentan y los costes económicos son enormes: en el caso español se han estimado en más de 12.993 millones de euros anuales (Cabo, Cerdá y Trillo, 2017).

La prevalencia de fibromialgia es mayor en las mujeres que en los hombres e incluso su sintomatología difiere en función del género, causa situaciones de incapacidad laboral y repercute de forma considerable en el entorno familiar (Ubago, Ruiz, Bermejo, Labry, y Plazaola, 2005; Miró, Diener, Martínez, Sánchez, y Valenza, 2012).

2.5.3. Etiopatogenia y Fisiopatología de la Fibromialgia

La palabra fibromialgia proviene del latín fibra, que quiere decir tejido fibroso, del griego mio, que significa músculos, y del griego algia, dolor. Este concepto engloba un grupo de signos y síntomas que se caracterizan por dolor general sin ninguna razón evidente, en cualquier zona del cuerpo. Es importante destacar, que estos dolores no evidencian daño anatómico o inflamación visible de esta parte, además, se acompaña de

signos y síntomas como ansiedad, depresión y trastornos del sueño (Guzmán, Muñoz, Mendoza, Orozco, Rodríguez, García y Hernán, 2018).

Según Ramos (2015) la etiología y la fisiopatología de la fibromialgia es desconocida hasta el momento. Sin embargo, hay varias hipótesis que sugieren que son cambios en zonas musculares y del sistema nervioso periférico y otras señalan que son cambios a nivel central como alteraciones neuroendocrinas, trastornos del sueño y un desbalance en los neurotransmisores del dolor. Por varios años se han realizado investigaciones sobre la ubicación del síndrome:

- Se ha encontrado que a nivel muscular no existe un deterioro de las fibras musculares, pero se ha comprobado que hay una reducción de la presión del oxígeno y del ATP en los músculos dolorosos.
- También, se ha comprobado una disminución de serotonina en el líquido cefalorraquídeo de estos individuos, lo que afecta en la modulación del sueño profundo; por lo que los cambios en el sueño son constantes en estas personas con fibromialgia. Diversos estudios han comprobado un incremento de las dos primeras fases del sueño, que son las correspondientes con el momento de conciliar el sueño, y en efecto un crecimiento del tiempo de somnolencia y aparición de ondas alfas en la fase IV del sueño, pudiendo ser esta una causa del sueño no reparador en estos pacientes.
- Se ha descubierto un cambio en el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal luego de un suceso traumático, por lo que se cree que el estrés es un factor detonante de esta patología.

- Se produce una variación de los neurotransmisores, un descenso de la hormona del crecimiento que se segrega en la fase IV del sueño produce una alteración en la apreciación del dolor que va junto a un decrecimiento de la tolerancia a la deficiencia de oxígeno.
- Alteración de los neurotransmisores, una disminución de la hormona del crecimiento que se libera en la fase IV del sueño, provoca una anomalía en la percepción del dolor que se acompaña de una disminución de la tolerancia a la falta de oxígeno.

Se conocen algunos factores genéticos y ambientales que pueden detonar la fibromialgia. Se ha comprobado que existe una predisposición genética a desarrollar la enfermedad si se tiene un familiar directo, esta es ocho veces mayor, además, en varias investigaciones se han observado polimorfismos en el gen catecolometiltransferasa (una de las varias enzimas que degradan las catecolaminas; como la dopamina, adrenalina y noradrenalina) habiendo una deficiencia en la desintegración de las catecolaminas. Por otra parte, en el elemento ambiental, se ha concluido que aquellas personas que estuvieron expuestas a situaciones de conflictos familiares, económicos, abusos, muerte, etc., durante la niñez son más propensos a padecer de fibromialgia (Guzmán, Muñoz, Mendoza, Orozco, Rodríguez, García, 2018).

Es muy común que los individuos con fibromialgia sean más sensibles a ciertas sustancias químicas, no toleren algunos alimentos y posean varias alergias. El incremento de la contaminación ambiental y utilizar desmedidamente químicos en los alimentos

pueden debilitar el organismo, causando enfermedades nuevas, como la fibromialgia (Ramos, 2015).

En cuanto al cerebro, se ha encontrado una reducción en el funcionamiento del tálamo y alteraciones en la morfología del giro temporal derecho, tálamo posterior izquierdo y aumento de la sustancia gris. Por otro lado, en las personas con fibromialgia esta inhibido el mecanismo de amortiguación descendente el cual regula la reacción al dolor. Asimismo, la liberación de dopamina en estos pacientes se disminuye ante incentivos de dolor. Se llegó a la conclusión de que las personas con fibromialgia tienen una capacidad de vasoconstricción reducida, lo que causa hipotensión (Guzmán, Muñoz, Mendoza, Orozco, Rodríguez, García, 2018).

2.5.4. Evaluación médica y psicológica

Para confirmar el diagnóstico de fibromialgia no se necesita la aplicación de pruebas, estas se realizan para descartar alguna otra patología relacionadas a los signos o síntomas, dentro de las pruebas de rutina que se utilizan están: hemograma completo, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C-reactiva (PCR), creatina quinasa, perfil metabólico, pruebas de la función tiroidea, pruebas de rutina para los anticuerpos antinucleares (ANA) o el factor reumatoide, otros estudios como la medición de ferritina en sangre, capacidad de fijación del hierro y el porcentaje de saturación, niveles de vitamina D, estudios radiológicos, pruebas neuropsicológicas para pacientes seleccionados (pacientes con deterioro cognitivo severo/ pacientes que necesitan tranquilidad de que no están desarrollando demencia) y estudios para la apnea del sueño y movimientos repetitivos de

las extremidades; en casos positivos, valorar realizar una polisomnografía durante la noche (Dynamed, 2015).

Hay diversos cuestionarios que se utilizan para evaluar la percepción del estado de salud o de la calidad de vida de los pacientes. Algunos se han elaborado para cualquier tipo de afección de salud y otros son particulares a la enfermedad. El “Fibromyalgia Impact Questionnaire” (FIQ) es el cuestionario específico que más se utiliza para evaluar el impacto de la fibromialgia en la calidad de vida (Porro, Estévez, Rodríguez, Suárez y González, 2015).

En países como España y otros cercanos, las entidades del estado recomiendan seguir unos lineamientos de actuación específicos para la realización de un correcto diagnóstico de esta condición (Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2011).

El diagnóstico debe seguir los siguientes pasos:

- Anamnesis: una historia clínica detallada, que facilite la valoración integral del dolor, funcionalidad y características del contexto psicosocial del paciente. Es importante realizar una anamnesis de los elementos psicológicos y psiquiátricos como antecedentes personales y familiares, sintomatología psicopatológica actual, nivel de apoyo social, incluyendo a la familia y la esfera sociolaboral.
- Exploración Clínica: es necesario realizar una exploración clínica rigurosa y detallada, tanto para confirmar la fibromialgia y para descartar otras patologías, en particular del sistema osteoarticular y neurológico. El hallazgo más importante en

los pacientes con fibromialgia es la detección de un umbral del dolor, en la práctica clínica se utiliza la estimulación mecánica, mediante la comprobación y cuantificación de los puntos sensibles (Cott et al., 1992; Tunks et al., 1995).

- Diagnóstico diferencial: se deben realizar diversas exploraciones complementarias para descartar la comorbilidad de otros procesos. La solicitud de otras pruebas complementarias debe ser particular, en función del cuadro clínico, la exploración física y la sospecha de una enfermedad asociada (Álvarez, 2015).

2.5.5. Criterios diagnósticos de la Fibromialgia

El diagnóstico de esta enfermedad se fundamenta en la relación de un dolor crónico difuso, trastornos del sueño, fatiga y síntomas que afectan todo el sistema digestivo y urinario, además, las funciones ejecutivas. Para realizar el diagnóstico se procede a descartar enfermedades relacionadas y a identificar alguna otra patología que coexista con la fibromialgia que agrave los síntomas y necesiten un tratamiento por separado. Se debe tomar en cuenta la severidad de la enfermedad, evaluando las diferentes áreas de funcionalidad del paciente y esto se hace mediante autocuestionarios (Guinot, Launois, Favre y Maindet, 2015).

Según el Colegio Americano de Reumatología (1990) los criterios diagnósticos de la fibromialgia, se fundamentan en dos circunstancias: dolor generalizado o difuso y dolor localizado a la presión en 11 de 18 lugares específicos. Estos puntos son: occipital, cervical bajo, trapecio, supraespinoso, segunda costilla, epicondilo, glúteo, trocánter mayor y rodilla (Porro, Estévez, Rodríguez, Suárez y González, 2015).

A pesar de que estos criterios son básicos para el diagnóstico de individuos con fibromialgia, no son apropiados para una investigación poblacional, porque ignoran lo esencial en esta patología, su entendimiento como un síndrome de sensibilización central y la necesidad de un alcance biopsicosocial (Calvo, 2015).

Los nuevos criterios del Colegio Americano de Reumatología aparecieron en el 2010 y en estos se sugiere que no es obligatorio la búsqueda de puntos de dolor sino que se toma en cuenta la gravedad de los síntomas expresados por el paciente y el nivel de dolor generalizado. Pero esta propuesta no sustituye a la clasificación anterior (León y Loza, 2015).

2.5.6. Intervención Psicofarmacológica y Psicoterapéutica en pacientes con fibromialgia

A pesar de que en el momento no existe un tratamiento decisivo para la fibromialgia, se estima que un abordaje pluridisciplinar que contenga farmacoterapia, terapia psicológica y ejercicio físico, puede mejorar algunos de los síntomas (Martínez, Miró, Sánchez y González, 2015).

Entre las estrategias terapéuticas que se encuentran dentro del tratamiento de la fibromialgia están la psicoeducación y medidas u orientaciones generales sobre la enfermedad, tratamiento farmacológico y psicoterapéutico así como también terapia rehabilitadora y física (Porro, Estévez, Rodríguez, Suárez y González, 2015).

2.5.6.1. Fármacos y Psicofármacos para el tratamiento de pacientes con Diagnóstico de Fibromialgia

En el tratamiento de la fibromialgia, los medicamentos que han mostrado más efectividad son los antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la receptación de serotonina y noradrenalina, así como también los anticonvulsivantes (Guzmán, Muñoz, Mendoza, Orozco, Rodríguez, García y Hernán, 2018).

En cuanto al dolor extenso, se aplican fármacos como paracetamol y la ketamina y se emplean los masajes en aquellas zonas afectadas. Para el dolor localizado se utilizan los estiramientos botulínicos y analgésicos locales y además, se emplea la infiltración de los puntos gatillo. Para los desórdenes del sueño se hace uso de los psicofármacos amitriptilina y los inhibidores 5ht. Por otra parte, la terapia analgésica consiste en utilizar una dosis de 3-4 gramos de paracetamol diarios, vinculándose usualmente a otros fármacos y solo aplicándose cuando el dolor que refiera el individuo sea osteomuscular y en periodos cortos de tiempo. Los corticoides están contraindicados para el tratamiento de la fibromialgia y se debe tomar en cuenta que el síndrome de retirada de esteroides, se asimila mucho a los síntomas de la fibromialgia (Reyes, 2016).

De la misma forma se hace uso de fármacos como amitriptilina, ciclobenzapina, duloxetina, pregabalina, tramadol que tienen la función de aumentar la tolerancia al dolor (Casado, 2015).

El tramadol, en dosis de 50-400mg/d ha sido eficaz en esta patología, de la misma forma sucede con los antidepresivos tricíclicos y con la amitriptilina que ha sido

mayormente estudiada, siendo la dosis más eficaz 5-50mg/d en una toma nocturna e ir incrementando 25-50mg. Distintos antidepresivos como son la Ciclobenzaprina, en dosis de 10-40mg parecen ser eficaces en el alivio del dolor y mejora del sueño. Los antidepresivos inhibidores selectivos de la receptación de serotonina, parecen ser menos efectivos que los antidepresivos tricíclicos para el tratamiento de la fibromialgia. Asimismo, la fluoxetina en horas de la mañana a una dosis de 20mg es la que más se reconoce. Hay investigaciones que señalan que el uso concomitante de Fluoxetina y Amitriptilina mejora la efectividad de esta última, en dosis de 20mg en la mañana de Fluoxetina y 25mg de Amitriptilina en las noches (Reyes, 2016).

De la misma forma se utilizan Antiepilépticos para el dolor neuropático, como la Pregabalina. También, Como tratamiento, se recomienda evitar el consumo de cafeína en las horas antes de realizar ejercicios de relajación. Por otro lado, el Zopiclone es un hipnótico benzodiazepínico que en dosis de 7.5mg/noche es útil como provocador del sueño en pacientes con la patología, ya que, los desórdenes del sueño son muy frecuentes en personas con esta condición.

En cuanto a los efectos sedantes se recomienda la Amitriptilina ya que es uno de los antidepresivos con mayor efecto sedativo, este incita la reducción de los periodos de intrusión de onda alfa en el periodo delta del sueño, incrementando así la calidad del mismo. Además, se encuentra la Ciclobenzaprina en dosis de 10-40mg que es otro antidepresivo tricíclico con efecto sedante. También, se puede incluir la clorpromazina que mejora el dolor y el Alfa-hidroxitirato que mejora el patrón del sueño. De igual forma, la actividad física ayuda a mejorar la calidad del sueño. Para reducir la fatiga se recomiendan

la Fluoxetina y la Paroxetina en dosis de 20-40mg por día. La terapia con ansiolíticos es primordial, el psicofármaco más conocido por sus efectividad está el Alprazolam en dosis de 0.25-0-50 mg/8h. Por último, para tratar los desórdenes del sistema nervioso autónomo, se utilizan los Betabloqueantes como el Propanolol en dosis de 10-60mg por día (Reyes, 2016).

2.5.6.2. Intervención Psicoterapéutica en pacientes con Diagnóstico de

Fibromialgia

La terapia cognitivo-conductual aplicada en combinación con otros tratamientos, tiene una gran efectividad. En la mayoría de las investigaciones, se ha demostrado que la TCC mejora el comportamiento vinculado al dolor, la autoeficacia, las formas de afrontamiento y la función física en general de los pacientes con fibromialgia. También, se muestra que su aplicación reduce en forma significativa la percepción del dolor, los trastornos del sueño, la depresión y el catastrofismo, incluso, el estado funcional.

La TCC es un tratamiento terapéutico que incluye una gran variedad de herramientas que han comprobado ser efectivas para abordar respuestas fisiológicas, cognitivas, emocionales y comportamentales, pudiendo llegar a ser utilizada en diferentes combinaciones de tratamiento. (Porro, Estévez, Rodríguez, Suárez, González, 2015).

La TCC es considerada como la más efectiva en comparación con otras terapias psicológicas, debe ser dirigida por un profesional entrenado, como psicólogo o psiquiatra, formando parte de un abordaje individual o en grupo. Investigaciones demuestran que la

misma ayuda a devolver la funcionalidad al paciente incluso luego de 12 meses después del tratamiento (Fernández y Arguelles, 2015).

La TCC es eficaz como complemento de otras intervenciones. Se han analizado la eficacia de la combinación de TCC y el ejercicio físico, observando mejoría en diferentes parámetros del resultado. (Porro, Estévez, Rodríguez, Suárez, González, 2015).

En cuanto a las técnicas de relajación, está comprobado que son eficaces en el tratamiento de la fibromialgia a corto plazo, no son un objetivo en sí mismas, pero son muy practicadas, y permiten que el paciente tenga las herramientas para hacer frente a las situaciones diarias de estrés, ansiedad y dolor. Fernández y Arguelles (2015) sugieren que existen diferentes tipos de relajación: relajación progresiva de Jacobson, relajación pasiva, relajación autógena de Schultz, visualización, respiración abdominal y musicoterapia.

- Relajación progresiva de Jacobson: tras adoptar una postura cómoda para la persona, se intenta tensar y destensar todos los músculos del cuerpo, para así obtener una sensación de relajación intensa que produzca bienestar mental. Deben de realizarse respiraciones abdominales profundas y contraer y relajar por orden ascendente las piernas, glúteos, abdomen, hombros y espalda, cuello, cara, boca, ojos y frente, todo esto debe durar aproximadamente 3 minutos.
- Relajación Pasiva: esta técnica se especializa en cada grupo muscular, fijando la atención en él y relajándolo mentalmente. Se compone de una respiración serena y del uso de algún archivo de audio para realizarse en casa o en consulta.

- Relajación autógena de Schultz: consiste en inducir un estado de relajación basándose en autosugestión. Es empleada en grupos y se basa en el autoconocimiento.
- Visualización: se basa en el poder de la mente y de la capacidad de la misma para producir alteraciones en el cuerpo y en el estado de ánimo, consiste en ejercicios básicos que atraen imágenes relajantes a la cabeza, pueden ser desde estar flotando, hasta visualizaciones complejas, percibiendo sonidos de animales, arboles, ríos y además, sensaciones táctiles.
- Respiración abdominal: es una de las técnicas de relajación más sencillas y por esta razón puede realizarse en cualquier situación. En general debe realizarse en un lugar tranquilo, silencioso y cómodo, aunque puede ser practicado en cualquier momento. Se realiza con el cuerpo tumbado, utilizando una almohada para la cabeza y otra bajo las rodillas, se procede a colocar ambas manos sobre el abdomen con una postura relajada, se vacían los pulmones en una respiración intensa, se debe mantener la inspiración durante unos segundos y luego, muy lentamente, ir expulsando el aire, en una espiración que sea lo más lenta posible.
- Musicoterapia: se define como el uso de la música por una persona calificada para establecer cambios en el funcionamiento físico, psíquico, cognitivo o social. Florence Nightingale, fundadora de la Enfermería Moderna, utilizó la escucha musical como una intervención de enfermería y expresa que era responsabilidad de esta profesión para controlar el entorno del paciente y favorecer su curación. Diferentes estudios demuestran una mejoría significativa en cuanto a la intensidad del dolor y síntomas depresivos en pacientes con fibromialgia y se ha comprobado

que escuchar música una vez al día durante 30 minutos, ayuda a controlar el dolor en esta enfermedad y no sólo tiene un efecto instantáneo sino que también perdura durante horas. La musicoterapia es una intervención de bajo costo, fácil en su abordaje y que no produce efectos secundarios dañinos.

2.5.7. Factores de riesgo de la Fibromialgia

De acuerdo a (Rodríguez, 2011) Existen varias características comunes en los individuos con fibromialgia que actúan como factores predisponentes. Algunos de estos son:

- Sexo: se manifiesta principalmente en el sexo femenino.
- Edad: la probabilidad de padecer fibromialgia incrementa al tener una edad entre 20 y 60 años.
- Factores emocionales: el estrés emocional y otros trastornos psicológicos, se conocen como factores de predisposición a sufrir fibromialgia.
- De la misma manera, existen los factores desencadenantes que pudieran ser:
- Estrés emocional agudo postraumático.
- Ansiedad y depresión debido a situaciones de estrés cotidianas.

2.6. Fibromialgia y trastornos asociados

Algunos trastornos asociados a la fibromialgia son los trastornos vegetativos, entre los cuales destaca la astenia y fatigabilidad, lo que provoca un déficit general de vitalidad, sobre todo en las primeras horas del día. Se producen cefaleas atípicas, diferentes algias, trastornos digestivos, pérdida de la libido y trastornos del equilibrio.

Por otro lado, otro trastorno asociado a la fibromialgia son los desórdenes de los ritmos vitales, es decir, la alteración del ritmo circadiano actividad-descanso, ritmo del sueño y ritmo estacional; dentro de estos síntomas sería complicado identificar si son realmente síntomas somáticos provocados por los cambios de humor o la fibromialgia, debido a que estos pacientes pueden manifestar estas alteraciones sin que exista depresión como son los trastornos del sueño o los dolores musculares o articulares (Revuelta, Segura y Paulino, 2010).

Por esto se debe elaborar una rigurosa historia clínica psiquiátrica y anamnesis, mostrando interés en los antecedentes psiquiátricos y en el desarrollo de la enfermedad, en estos casos la información suministrada por los familiares sería de gran utilidad. Otros trastornos relacionados son los desadaptativos con humor depresivo o ansiosodepresivo, también, la distimia y trastorno depresivo mayor. Además, se encuentran los trastornos neuróticos que se encuentran con mayor frecuencia en la fibromialgia, que incluyen crisis de pánico, ansiedad generalizada y fobias simples y sociales (Revuelta, Segura y Paulino, 2010).

2.7. La Fibromialgia en la República Dominicana

2.7.1. Aspectos psicológicos y psicosociales

En República Dominicana, María Jerez Morales (2018), especialista en trauma, duelo y adicciones del Grupo Profesional Psicológicamente, expresa que esta patología presenta como interfieren los genes y cargas de la familia en esta, posibilitando perjudicar a algunos miembros de algunas familias. La especialista recalcó que el grado de estrés que se lleva hoy en día ha triplicado su aparición. La persona experimenta falta de concentración, sentimientos de tristeza y fatiga que describen como un dolor generalizado en todo el cuerpo. Estos pacientes muestran como aspectos psicosociales característicos, ausentismo en el trabajo, alto gasto socioeconómico anual, conflictos con los familiares. Además de esto, presentan síndromes ansiosos y depresivos severos y crónicos.

Estas afecciones son las que provocan que los pacientes contacten a diversos especialistas antes de pensar que es producida por una sensibilización y disminución del neurotransmisor serotonina, que controla y regula nuestras emociones de tristeza y ansiedad, así como el área sensorial del dolor en el sistema nervioso central y la medula espinal. Aunque su prevalencia es en la mujer, el hombre también puede padecerla y un diagnóstico adecuado facilita que el paciente mejore su calidad de vida y reduzca la ansiedad producida por el desconocimiento (Herrera 2018).

2.7.2. Estudios de Prevalencia de la Fibromialgia en República Dominicana

La Dra. Sonia Read (2012) aseguró que la fibromialgia es una enfermedad reconocida por la Organización Mundial de la Salud y por esto demandó que esta sea aceptada por la seguridad social de República Dominicana. Expresó que en el 2012 había una prevalencia entre el 0.2 y el 0.5% de la población mundial con esta patología, lo que indica un valor importante. En República Dominicana aún no hay datos estadísticos sobre el padecimiento (Rosario, 2012).

Actualmente, los expertos sugieren que cuatro de cada mil mujeres tratadas por dolencias corporales, en realidad tienen fibromialgia (Hilario, 2011). Cabe destacar que la edad promedio en que comienza a aparecer esta patología es entre los 30 y 50 años de edad (Diario Salud, 2016).

2.8. Factores Dietéticos y Nutricionales enfocados a mejorar los síntomas de la Fibromialgia

No se ha comprobado que la dieta pueda mejorar los síntomas de la fibromialgia, aunque se advierte que las personas con esta patología deben consumir comidas con alto contenido en frutas y verduras, baja en grasas y rica en calcio y vitamina D. Se cree que la vitamina D funciona para mejorar el dolor crónico, pero se necesitan más estudios en este aspecto. Aquellos suplementos dietéticos que contengan antocianidinas, capsaicina, o s-adenosilmetionina han demostrado mejorías en síntomas básicos de la fibromialgia. Un alga verde rica en proteínas, minerales y vitaminas llamada *Chlorella pyrenoidosa*, ha sido asociada también a una mejoría en la patología aunque no hay suficiente evidencia de dicho suplemento (Fernández y Arguelles, 2015).

2.9. Marco Contextual

La muestra utilizada en esta investigación fue escogida de un grupo de personas diagnosticadas con fibromialgia de Santo Domingo, Distrito Nacional, que provienen de diversos lugares como la iglesia, comunidad y Fundofibro (Fundación dominicana de Fibromialgia que ya no está en función) muchas de ellas se conocían anteriormente y se reunieron por una misma causa que es el sentimiento de rechazo, incompreensión, sentimientos de tristeza, ansiedad, dolor crónico, desesperanza por no encontrar respuesta a sus preguntas y falta de apoyo en el país debido a su enfermedad.

Las une el deseo de querer lograr una mejor calidad de vida, que se les validen sus sentimientos, encontrar en ellas mismas la ayuda y el conocimiento necesario en cuanto a la patología, con tratamientos, medicamentos, médicos y experiencias personales que pueden compartir y aprender entre ellas.

Muchas de los seleccionados se sienten física y emocionalmente fatigadas por la carga que llevan, en algunos casos por conflictos familiares y estrés laboral que experimentan, ya que son muchas veces incomprendidas por sus jefes y no consideradas por ser esta una enfermedad tan poco conocida en República Dominicana.

Ellas son en muchas ocasiones objeto de burla entre sus allegados por quejarse tanto de dolor sin motivo aparente, expresando que “siempre les duele algo”, “nunca se mejoran” o que “solo quieren evitar salir y tener vida social”. Muchas de estas son abandonadas por sus seres queridos porque estos no soportan el hecho de que siempre quieran estar descansando o buscando “excusas” para no hacer las cosas. Estas mujeres buscan refugio

entre ellas y se encuentran dispuestas a colaborar en investigaciones que favorezcan al conocimiento, concientización y mejora de condiciones para los pacientes con fibromialgia en el país.

2.10. Idea a Defender (Hipótesis)

El conocimiento de la prevalencia de los rasgos de la personalidad, aspectos psicológicos y psicosociales de las mujeres, de 25 a 60 años de edad, diagnosticadas con fibromialgia es fundamental para la situación que se está viviendo en la actualidad en el que cada vez hay más casos de esta patología y los profesionales de la salud física y mental no conocen a plenitud las características de estas personas, que posiblemente fueron detonante para la misma y que hoy en día son motivo de crisis para esta enfermedad.

Este estudio busca aportar al pueblo dominicano los factores que se manifiestan en el paciente con fibromialgia en el país, como este se ve perjudicado a nivel emocional, sus síntomas de ansiedad, depresión, funciones ejecutivas afectadas, sus rasgos de personalidad predominantes, estrategias de afrontamiento hacia la patología y de la misma forma cuál es la reacción y cómo es la forma de apoyo de sus familiares e individuos cercanos.

La información obtenida mediante pruebas, encuestas e investigaciones sentará las bases para establecer un abordaje psicoterapéutico más efectivo e individualizado hacia estos pacientes y aportará los datos necesarios para que los familiares, conocidos y población en general conozcan y aprendan cómo deben comportarse ante estas personas. Además, proporcionará el fundamento para la creación de una posible institución donde se les brinde el tratamiento adecuado con un personal multidisciplinario formado por

psicólogos entrenados, psiquiatras, neurólogos, reumatólogos y fisiatras para brindar un abordaje integral y una comunidad de pacientes en la que se sientan entendidos, valorados, motivados y, por consiguiente, consigan una mejor calidad de vida.

2.11. Operacionalización de variables

Objetivos	Variabes	Indicadores	Fuentes	Escalas
General: Determinar la prevalencia de rasgos de personalidad, aspectos psicológicos y psicosociales que se manifiestan en pacientes mujeres de 25 a 60 años de edad con diagnóstico de fibromialgia.	Personalidad, Aspectos psicológicos, Aspectos psicosociales	Rasgos de personalidad obtenidos en el Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS), Aspectos psicológicos y psicosociales alcanzados en el Cuestionario para el Impacto de la Fibromialgia (FIQ) y en la Encuesta sociodemográfica.	Mujeres de la muestra seleccionada de Santo Domingo, República Dominicana de 25-60 años de edad diagnosticadas con Fibromialgia.	Nominal
1er específico: Identificar signos y síntomas psicoemocionales en la muestra seleccionada.	Signos y síntomas psicoemocionales	Signos y síntomas psicoemocionales adquiridos en el Cuestionario para el Impacto de la Fibromialgia (FIQ), en el Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS), y en la Encuesta sociodemográfica.	Mujeres de la muestra seleccionada de Santo Domingo, República Dominicana de 25-60 años de edad diagnosticadas con Fibromialgia.	Ordinal
2do específico: Describir qué funciones ejecutivas se ven afectadas en la muestra seleccionada.	Funciones ejecutivas	Funciones ejecutivas afectadas extraídas del Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S).	Mujeres de la muestra seleccionada de Santo Domingo, República Dominicana de 25-60 años de edad diagnosticadas con Fibromialgia.	Nominal
3er específico: Determinar las formas de apoyo en los familiares de las personas de la muestra seleccionada.	Formas de apoyo	Diferentes formas de apoyo obtenidas en la Encuesta sociodemográfica.	Mujeres de la muestra seleccionada de Santo Domingo, República Dominicana de 25-60 años de edad diagnosticadas con Fibromialgia.	Ordinal
4to específico: Analizar las características que tiene un programa de abordaje integral para el apoyo de pacientes con fibromialgia.	Características del abordaje integral	Características de un programa de abordaje integral alcanzadas en la investigación.	Pacientes diagnosticados con Fibromialgia.	Nominal

Capítulo III– Diseño metodológico

3.1. Tipo de Investigación

Esta investigación es de campo, de tipo no experimental y descriptivo, ya que se basa principalmente en la observación directa y no hay manipulación de variables.

Por otro lado, según el tiempo en que se realizó, el estudio de la prevalencia de los rasgos de personalidad, aspectos psicológicos y psicosociales en mujeres de 25 a 60 años de edad diagnosticadas con fibromialgia, es transversal ya que se hizo en un periodo de tiempo determinado de mayo-septiembre 2019.

3.2. Metodología

De acuerdo al tipo de datos empleados, la investigación es mixta, es decir, cuantitativa y cualitativa; debido a que se obtuvo mediante procedimientos fundamentados en la medición y la obtención de datos no cuantificables.

Además, los métodos que se utilizaron en este estudio son la deducción, la inducción, el análisis y la síntesis. Se empleó la deducción ya que se partió desde un tema general que es la fibromialgia hacia lo particular que son los rasgos de personalidad, los aspectos psicológicos y psicosociales y funciones ejecutivas en personas de Santo Domingo, República Dominicana.

En cuanto a la inducción, se llegará a una conclusión general a partir de la información obtenida de los temas mencionados anteriormente.

Por otra parte, se realizarán mediante el método analítico, la distinción y separación de las partes de la investigación para de esta forma llegar a una mejor comprensión del tema. Estas partes analizadas, posteriormente se reintegrarán para expresar las consecuencias y lo más importante de la investigación, a través del método sintético.

3.3. Técnicas de Recolección de Datos

Para llevar a cabo esta investigación se usaron técnicas de recolección de datos como la Encuesta Sociodemográfica para indagar sobre Aspectos Psicológicos, Psicosociales y Físicos en pacientes con Fibromialgia, el Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS), el Cuestionario para el Impacto de la Fibromialgia (FIQ) y el Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S). Antes de suministrar la encuesta y los cuestionarios se les entregó a los pacientes un consentimiento informado.

3.4. Descripción y Validación de los Instrumentos Utilizados en el Proceso de Evaluación

3.4.1. Descripción de las Pruebas Psicológicas

Después de realizar la entrevista a los pacientes donde se colectó la data precisa referente a su historia médica, se procedió a explicarle el proceso y firmar un consentimiento informado. Los instrumentos utilizados para evaluar la prevalencia de los

rasgos de personalidad, aspectos psicológicos y psicosociales de las personas con fibromialgia fueron.

- **Cuestionario para el impacto de la Fibromialgia (FIQ)**

Fue creado en 1994 por Burckhardt, se utiliza para evaluar el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional y calidad de vida de las personas que la padecen así como también la influencia de esta en la capacidad física, en la manera de ejercer sus actividades cotidianas y laborales. Además, evalúa el grado de dolor, fatiga, sensación de cansancio y rigidez y el estado emocional (ansiedad y depresión). Su aplicación es de lápiz y papel, enfocada a los adultos y es de breve duración (Monterde Salvat, Montull y Fernández, 2004).

- **Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)**

Es un instrumento creado por J. L. Fernández-Seara, N. Seisdedos y M. Mielgo, que evalúa 15 rasgos de personalidad: Estabilidad emocional, Ansiedad, Autoconcepto, Eficacia, Confianza en sí mismo, Independencia, Dominancia, Control cognitivo, Sociabilidad, Ajuste social, Agresividad, Tolerancia, Inteligencia social, Integridad y Liderazgo. Esta prueba parte de una aproximación conductual y considera las características del individuo y su desenvolvimiento en situaciones específicas. Es de aplicación online o en papel y tiene una duración de 35 aproximadamente, puede ser suministrado a adolescentes y adultos. Se muestra como una medida alternativa de la personalidad hecha en España y tipificada

originalmente con muestras españolas. Está compuesta de 233 ítems de tipo verdadero-falso, es breve y de fácil aplicación (TEA ediciones, 2019).

- **Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S)**

Es una prueba de screening cognitivo, enfocada en identificar los principales déficits cognitivos de las personas con alguna enfermedad mental aunque también evalúa el estado cognitivo de personas adultas sin ninguna patología a nivel mental. Se compone de 5 evaluaciones cortas que indagan la memoria, la atención, la función ejecutiva y la velocidad de procesamiento. Fue elaborada por O. Pino, G. Guilera, J. E. Rojo, J. Gómez-Benito y S. E. Purdon, es de aplicación manual con lápiz y papel, destinada para adultos y su duración es de aproximadamente 15 minutos (TEA ediciones, 2019).

3.4.2. Encuesta Prevalencia Síntomas Psicológicos y Conductuales

Se realizó y se aplicó una encuesta con el fin de recaudar información sobre las características sociodemográficas, físicas, psicológicas, psicosociales, nivel de apoyo y afrontamiento de las personas con fibromialgia de la muestra seleccionada.

3.4.3. Validación de los Instrumentos Utilizados en el Proceso de Evaluación

Se hizo un estudio piloto en el que se le aplicó a una muestra de 5 mujeres con fibromialgia los instrumentos de evaluación descritos anteriormente, en el que se comprobó la factibilidad del uso de los mismos.

3.5. Procedimientos

Para comenzar con la investigación se realizaron diversos procedimientos. Se escogió, mediante el muestreo de bola de nieve, un grupo específico con fibromialgia de 14 personas de distintas localidades, la mayoría de las cuales se conocían previamente. Se procedió a contactar cada una de ellas mediante mensajes de texto, de las cuales solo 10 aceptaron colaborar. A estas personas que aceptaron se les propuso realizar las pruebas y encuestas en sus hogares de forma particular.

3.6. Universo y Muestra

El universo escogido con el proceso de muestreo de bola de nieve, fue un grupo de 14 personas la mayoría de las cuales se conocían anteriormente, de la iglesia, comunidad o Fundofibro (fundación que actualmente no está laborando), 4 de estos individuos rechazaron la propuesta, por lo que la muestra que se utilizó fue de 10 mujeres de 25-60 años de edad de Santo Domingo, República Dominicana. La muestra que se utilizó aunque no es científicamente representativa, se escogió rigurosamente luego de asegurar que fueran diagnosticadas con fibromialgia, el propósito de esto es sentar las bases y servir de inicio para que otros investigadores posteriormente sigan estudiando este tema.

3.6.1. Criterios de Inclusión

- Adultos de sexo femenino.
- Mujeres de 25 a 60 años de edad.
- Mujeres diagnosticadas con Fibromialgia.
- Mujeres de Santo Domingo, República Dominicana.

3.6.2. Criterios de Exclusión

- Adultos de sexo masculino.
- Mujeres menores de 25 años o mayores de 60 años de edad.
- Mujeres no diagnosticadas con Fibromialgia.
- Mujeres que no provengan de Santo Domingo, República Dominicana.

3.7. Plan de análisis de los datos

El análisis de los datos se realizó mediante la revisión de los datos obtenidos de la investigación, encuestas e instrumentos de evaluación. Todo esto se hizo tomando en cuenta el tema de estudio que se enfoca en la prevalencia de los rasgos de personalidad, aspectos psicológicos y psicosociales en mujeres de 25-60 años de edad diagnosticadas con fibromialgia. Además, se tuvo presente el objetivo general y los objetivos específicos del mismo.

Capítulo IV- Presentación y análisis de los resultados

4.1. Presentación Cuantitativa y Cualitativa de los Resultados de la Investigación

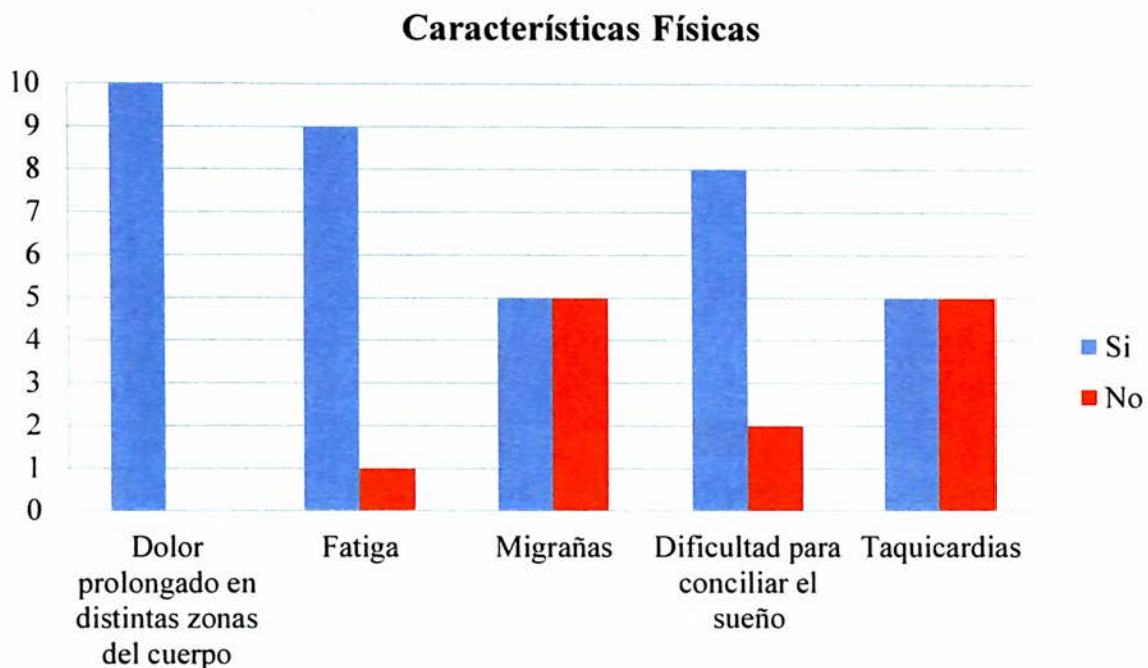
En este apartado se mostraran una serie de tablas y graficas donde se detallaran los resultados de la investigación de la prevalencia de los rasgos de personalidad, aspectos psicológicos y psicosociales de las mujeres con fibromialgia de Santo Domingo, República Dominicana de 25-60 años de edad, durante el periodo mayo-noviembre 2019.

Tabulación Encuesta Sociodemográfica

Tabla 1. Datos sociodemográficos

Edad	25	26	44	51	53	53	55	57	59	60
Nivel socioeconómico	Clase media alta	Clase media	Clase media alta	Clase media	Clase media	Clase alta	Clase alta	Clase media alta	Clase media	Clase media
Nivel educativo	Licenciatura	Técnico	Maestría	Licenciatura	Postgrado	Bachiller	Licenciatura	Maestría	Licenciatura	Licenciatura
Ocupación	Pasante	Profesora	Abogada	Ama de casa	Empleada privada	Empresaria	Economista independiente	Directora lab. Clínico	Arquitecta	Ama de casa
Nacionalidad	Dominicana	Dominicana	Dominicana	Dominicana	Dominicana	Dominicana	Dominicana	Dominicana	Dominicana	Dominicana
Estado civil	Soltera	Casada	Casada	Casada	Casada	Casada	Divorciada	Soltera	Soltera	Casada
Religión	Atea	Evangélica	Evangélica	Católica	Evangélica	Evangélica	Evangélica	Evangélica	Evangélica	Evangélica

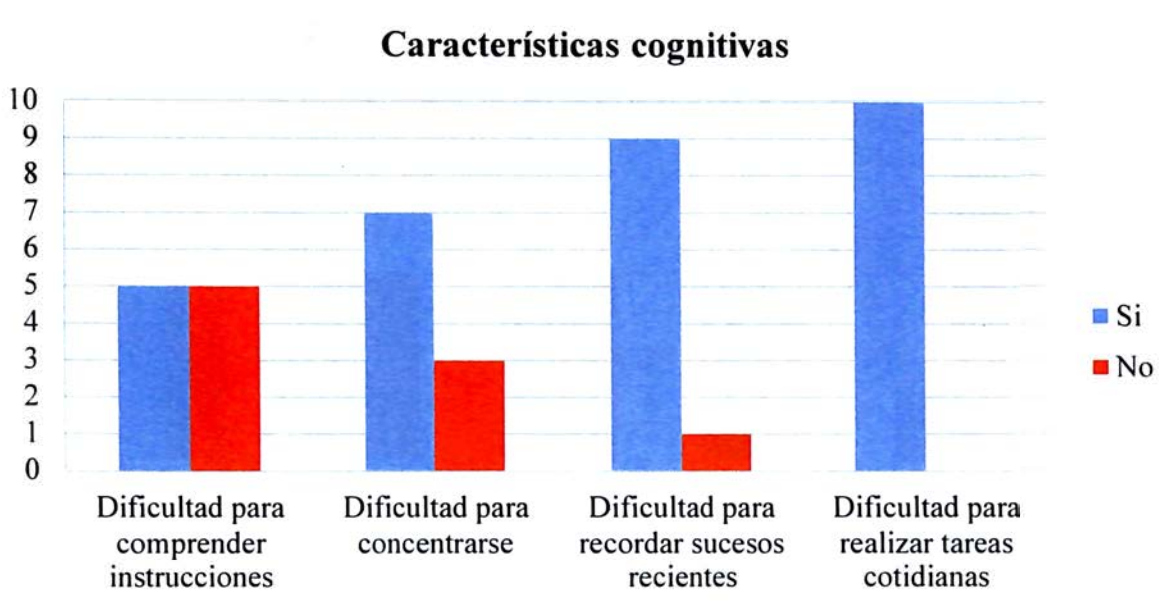
Gráfico 1. Características Físicas



Fuente: Encuesta Sociodemográfica

Comentario: Todas las mujeres de la muestra sienten dolor prolongado en distintas zonas del cuerpo. 9 de las personas se sienten fatigadas la mayor parte del tiempo, mientras que 1 no. La mitad de las mujeres sufren de migrañas recurrentes mientras que la otra mitad no. 8 muestran dificultad para conciliar el sueño, mientras que 2 no. La mitad de ellas tienen palpitaciones o taquicardia, mientras que la otra mitad no.

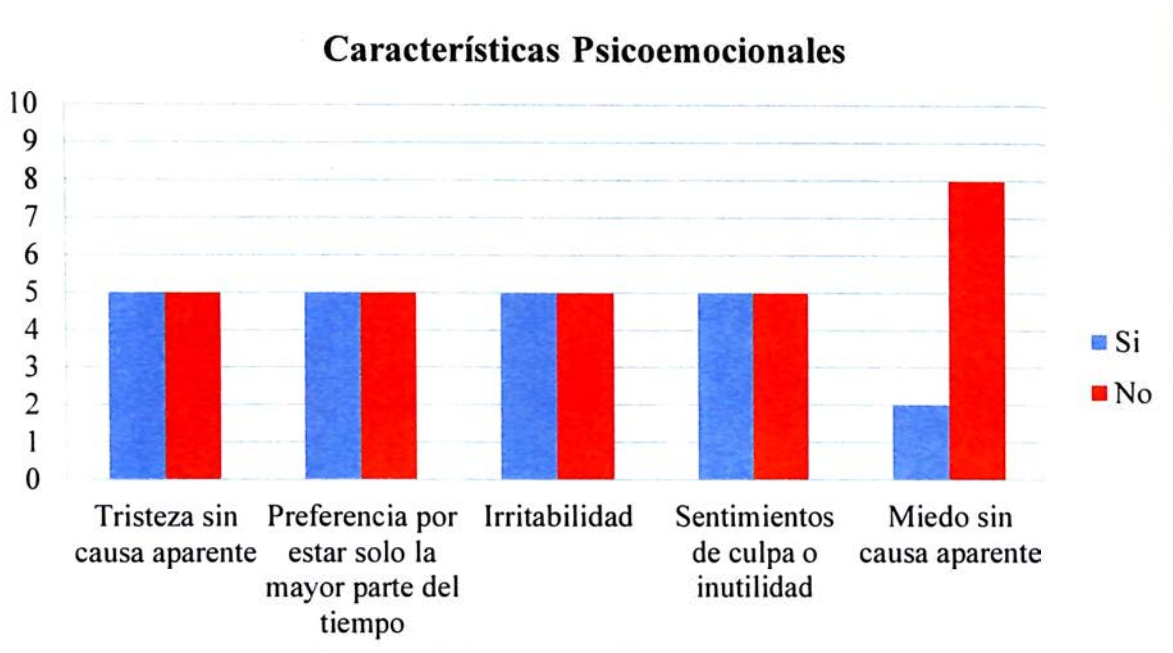
Gráfico 2. Características cognitivas



Fuente: Encuesta Sociodemográfica

Comentario: La mitad de las mujeres de la muestra tienen problemas para comprender las instrucciones, mientras que la otra mitad no. 7 tienen dificultad para concentrarse, mientras que 3 no. 9 tienen dificultad para recordar sucesos recientes, mientras que 1 no. Todas presentan dificultad para realizar tareas cotidianas.

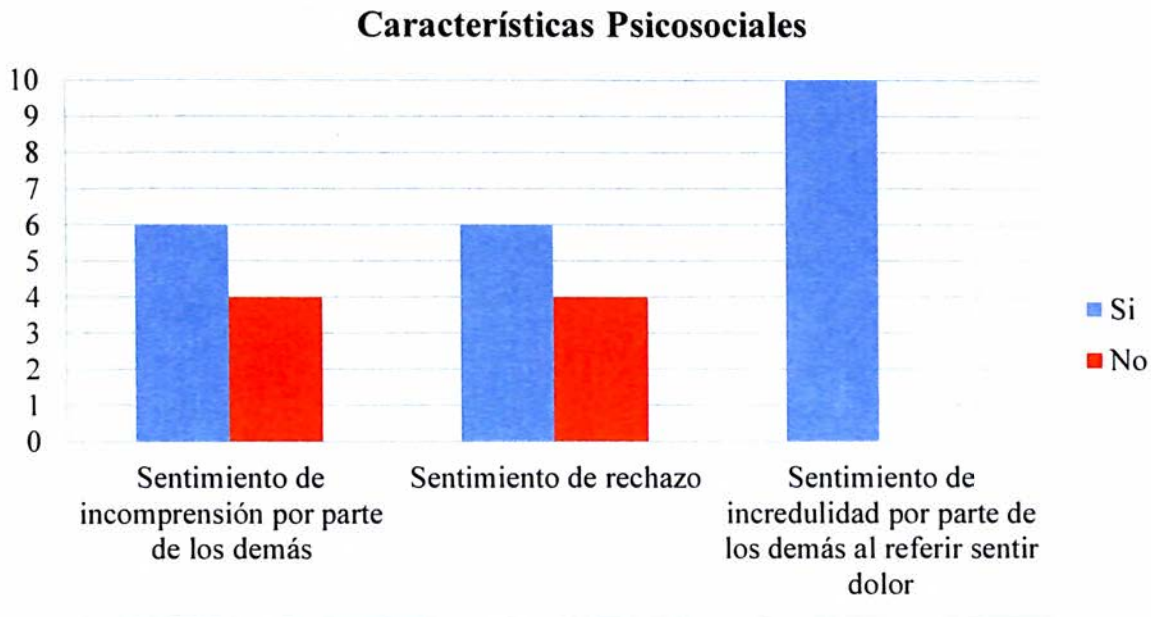
Gráfico 3. Características Psicoemocionales



Fuente: Encuesta Sociodemográfica

Comentario: La mitad de las mujeres de la muestra sienten tristeza la mayor parte del tiempo sin causa aparente, mientras que la otra mitad no. La mitad prefiere estar sola la mayor parte del tiempo, mientras que la otra mitad no. La mitad se siente irritable la mayor parte del tiempo, mientras que la otra mitad no. La mitad tiene sentimiento de culpa o inutilidad, mientras que la otra mitad no. 8 carecen de sentimiento de miedo sin causa aparente, mientras que 2 si lo presentan.

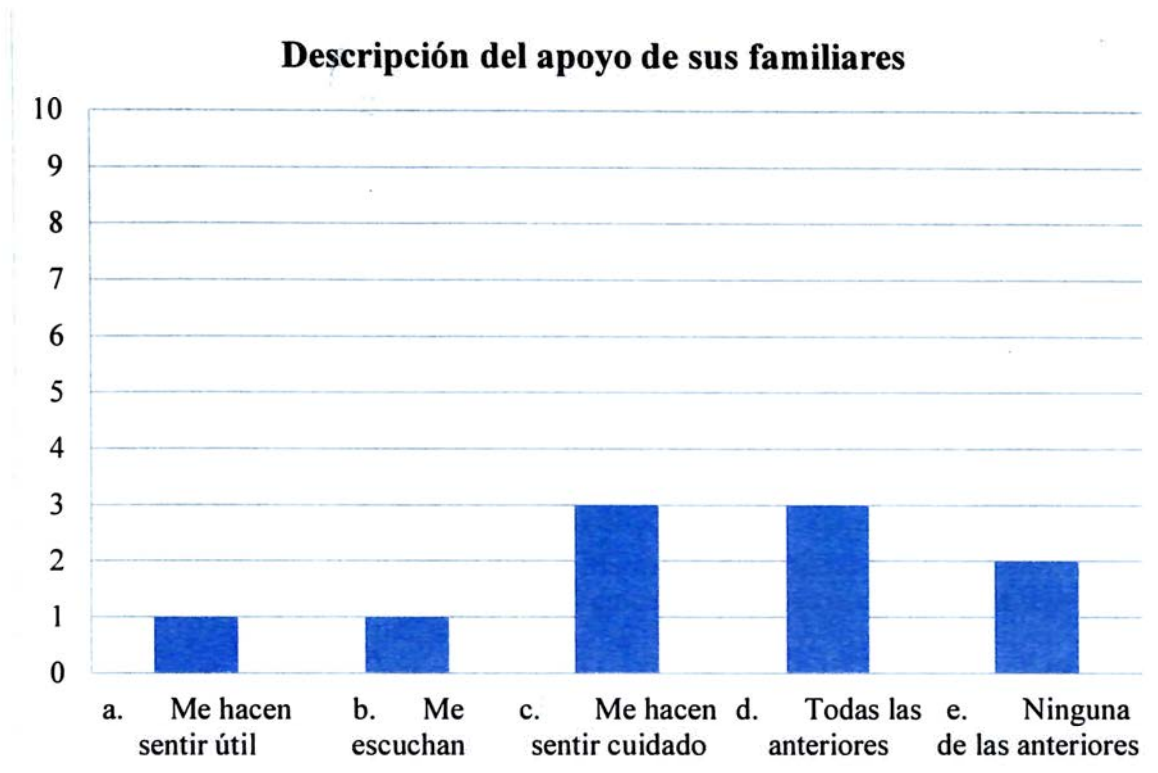
Gráfico 4. Características Psicosociales



Fuente: Encuesta Sociodemográfica

Comentario: 6 mujeres de la muestra sienten que los demás no las comprenden, mientras que 4 no. 6 se han sentido rechazadas alguna vez, mientras que 4 no. Todas sienten que los demás piensan que mienten cuando refieren sentir dolor.

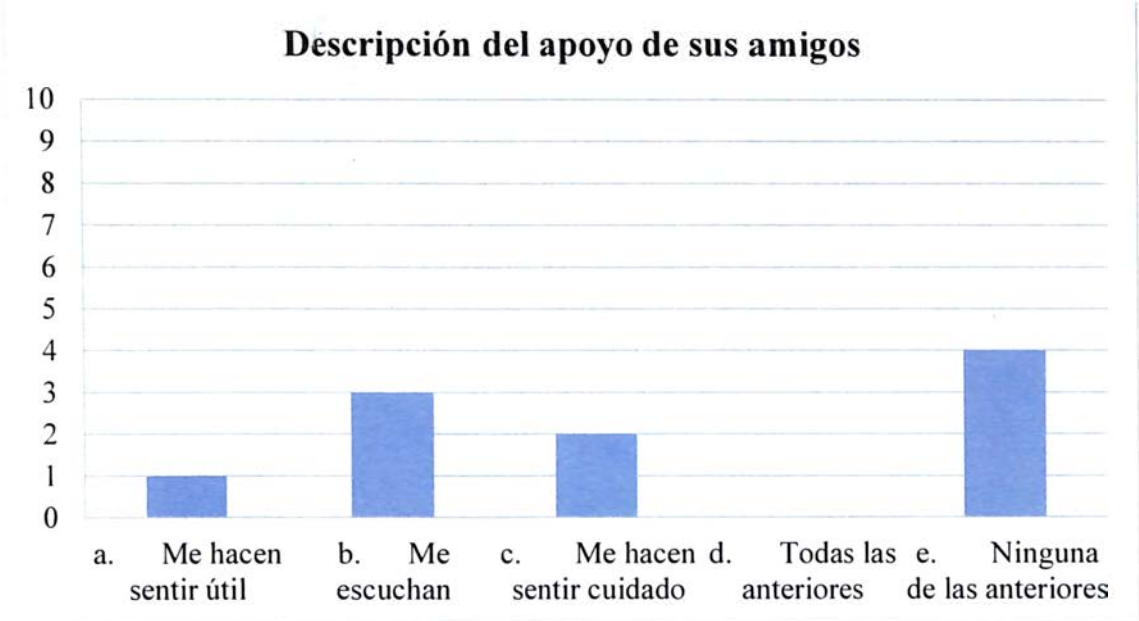
Grafico 5. Descripción del apoyo de sus familiares.



Fuente: Encuesta Sociodemográfica

Comentario: 3 personas describen sentirse cuidadas por sus familiares, 3 se sienten útiles, escuchadas y cuidadas 2 no se sienten apoyadas por sus familiares, 1 se siente útil y 1 se siente escuchada.

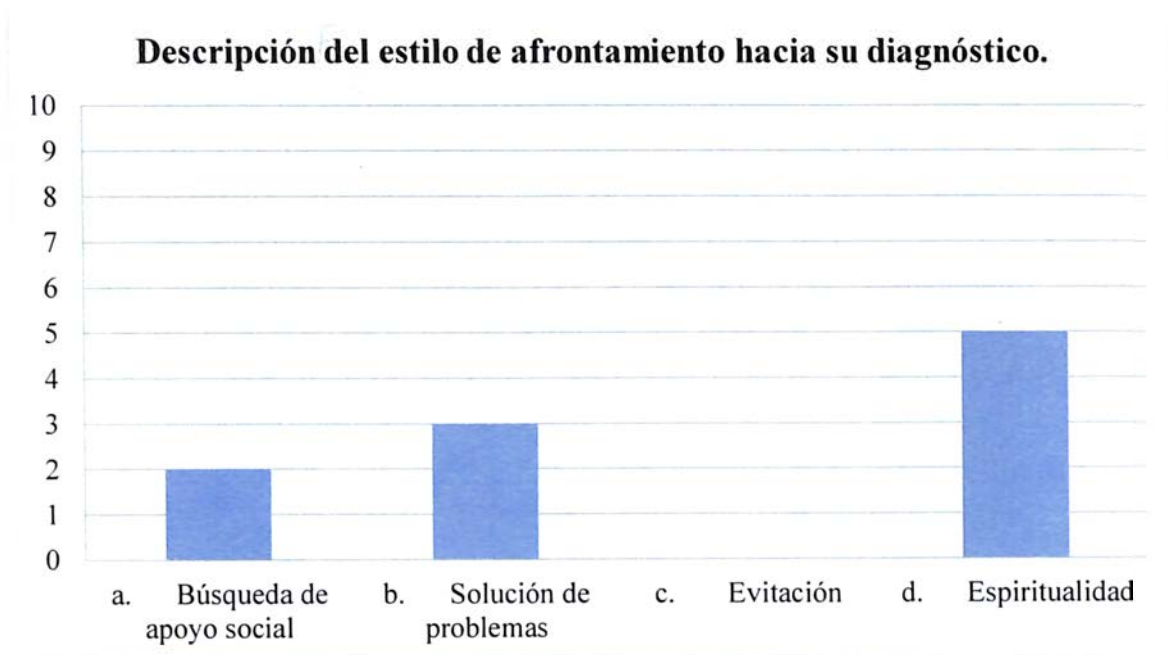
Gráfico 6. Descripción del apoyo de sus amigos.



Fuente: Encuesta Sociodemográfica

Comentario: 4 personas describen no sentir apoyo por parte de sus amigos. 3 personas describen sentirse escuchadas por sus amigos, 2 se sienten cuidadas y 1 describe que le hacen sentir útil.

Gráfico 7. Descripción del estilo de afrontamiento hacia su diagnóstico.

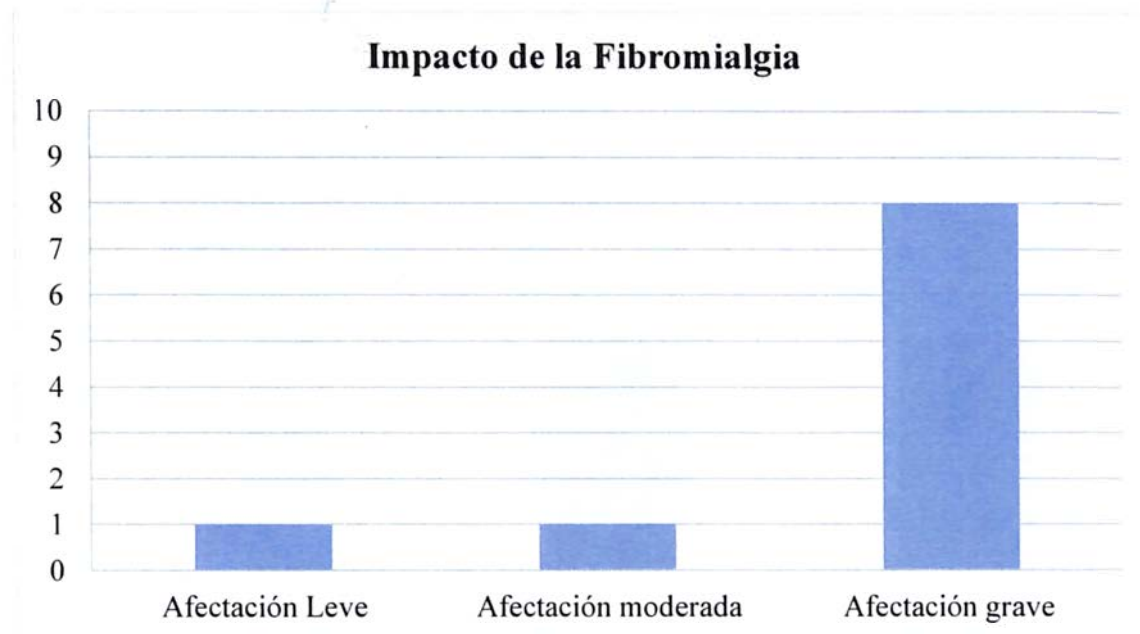


Fuente: Encuesta Sociodemográfica

Comentario: 5 personas afrontan su diagnóstico por medio de la espiritualidad, 3 por la solución de problemas, 2 por la búsqueda de apoyo social y ninguna por evitación.

Tabulación FIQ

Grafico 8. Impacto de la Fibromialgia.

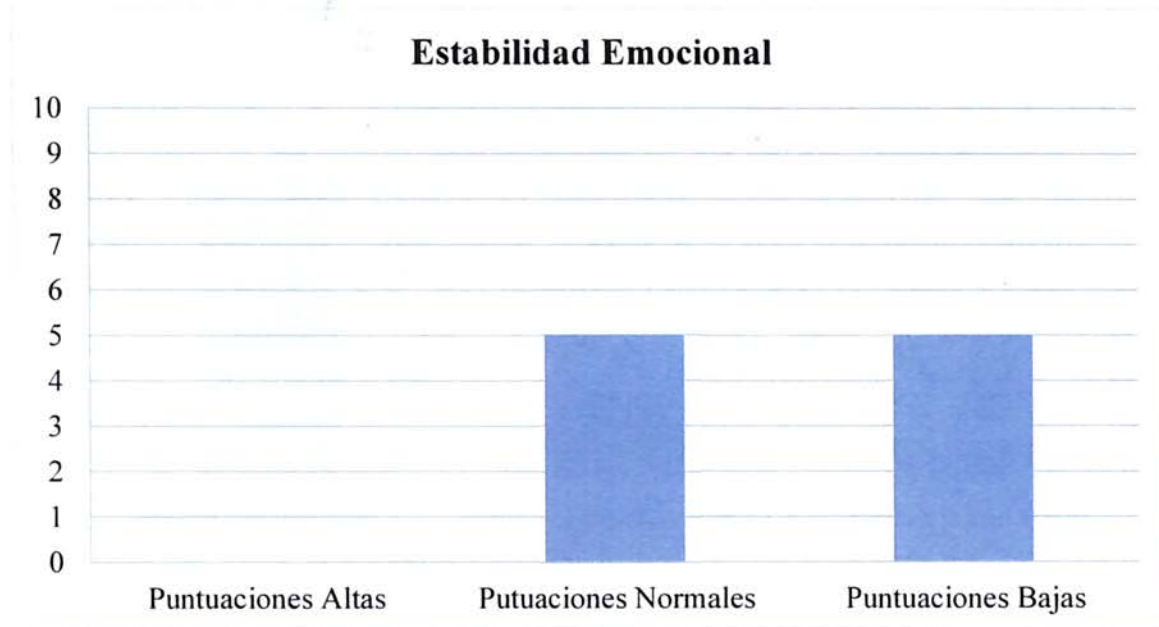


Fuente: Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ)

Comentario: 1 persona de la muestra manifiesta una afectación leve de impacto de la fibromialgia, 1 de ellas muestra afectación moderada y 8 afectación grave.

Tabulación CPS

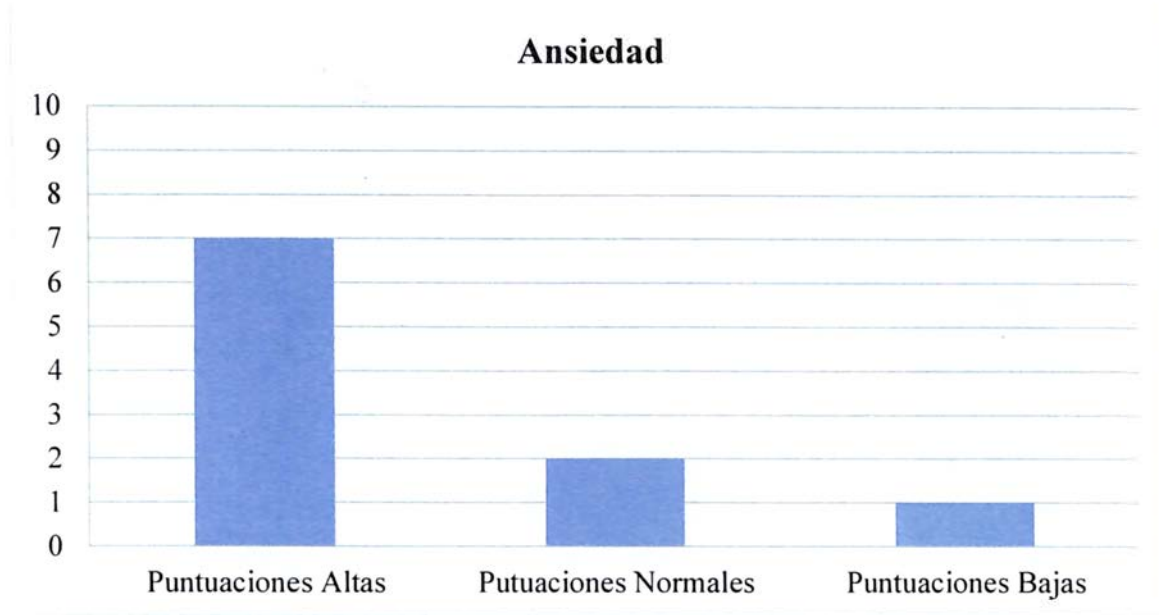
Gráfico 9. Estabilidad emocional.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: Ninguna persona de la muestra manifiesta una puntuación alta de estabilidad emocional, 5 personas muestran puntuaciones normales y 5 puntuaciones bajas.

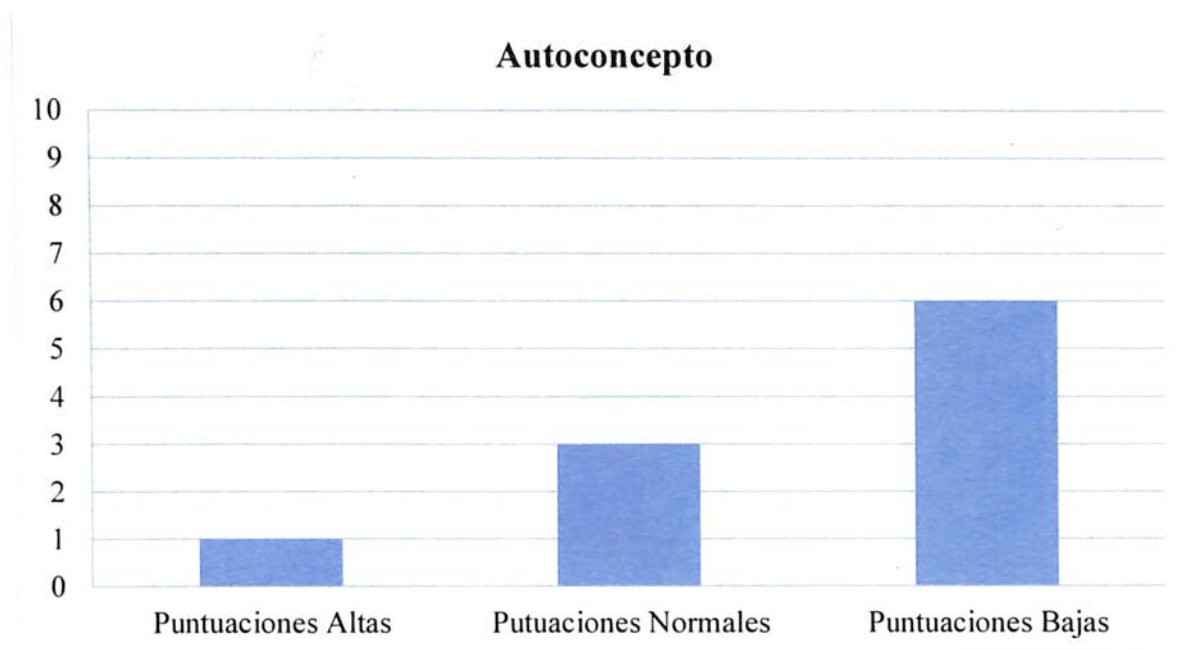
Gráfico 10. Ansiedad.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: 7 mujeres de la muestra presentan una puntuación alta de ansiedad, 2 presentan una puntuación normal, mientras que 1 muestra una puntuación baja.

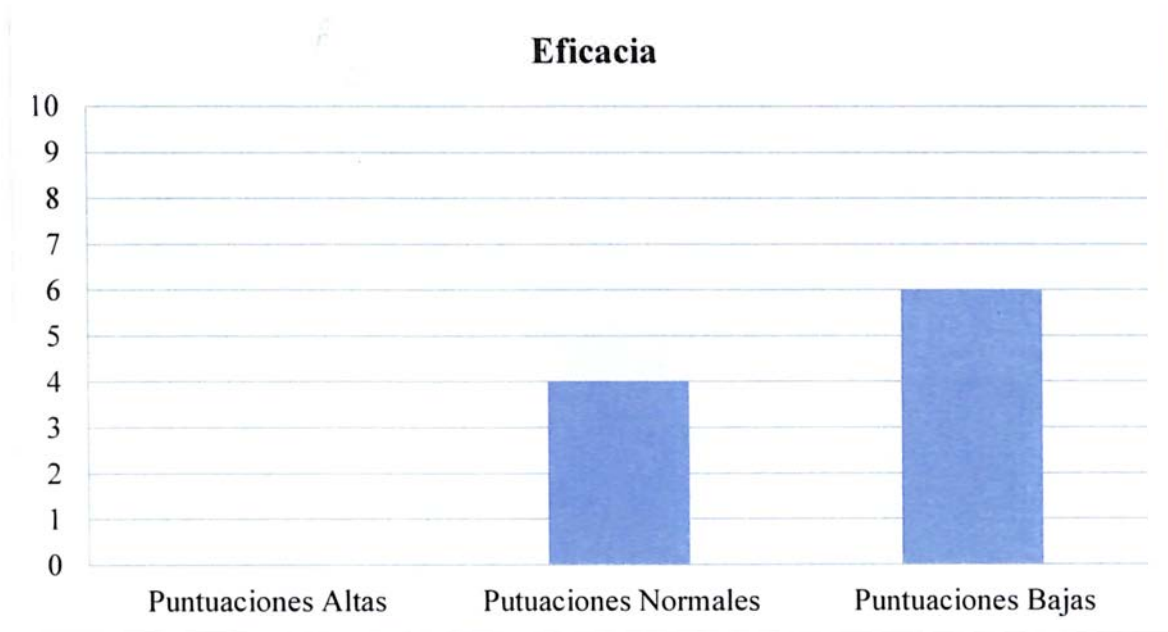
Gráfico 11. Autoconcepto.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: 1 mujer de la muestra presenta una puntuación alta en autoconcepto, 3 muestran puntuaciones normales y 6 puntuaciones bajas.

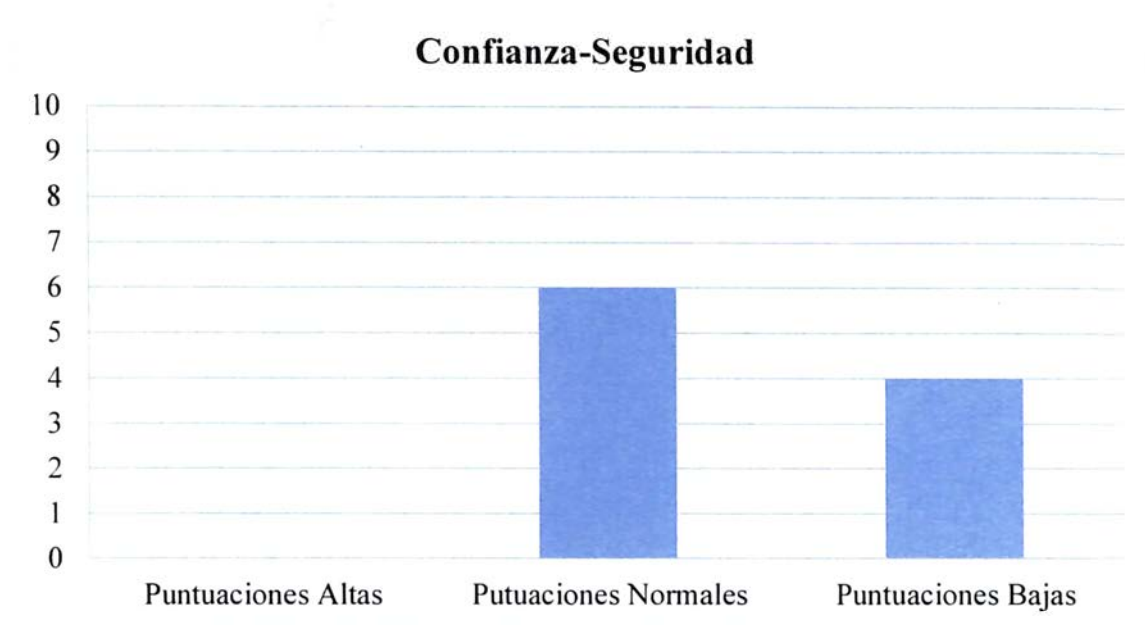
Gráfico 12. Eficacia.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: Ninguna persona de la muestra manifiesta una puntuación alta de eficacia, 4 presentan puntuaciones normales y 6 puntuaciones bajas.

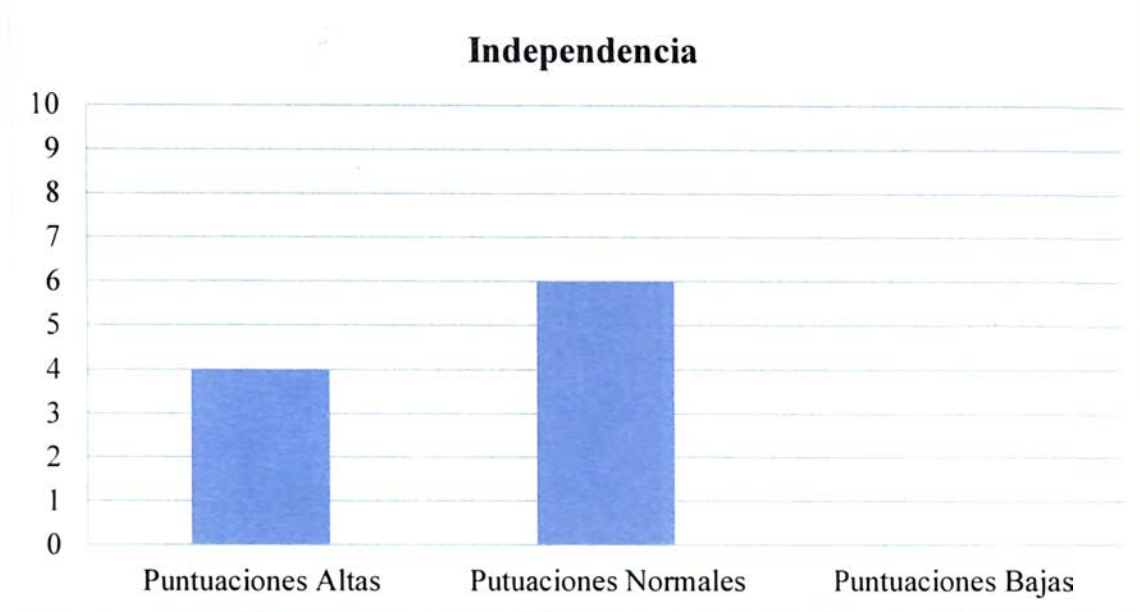
Gráfico 13. Confianza-Seguridad.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: Ninguna mujer de la muestra presenta puntuaciones altas en relación a la confianza-seguridad, 6 presentan puntuaciones normales y 4 puntuaciones bajas.

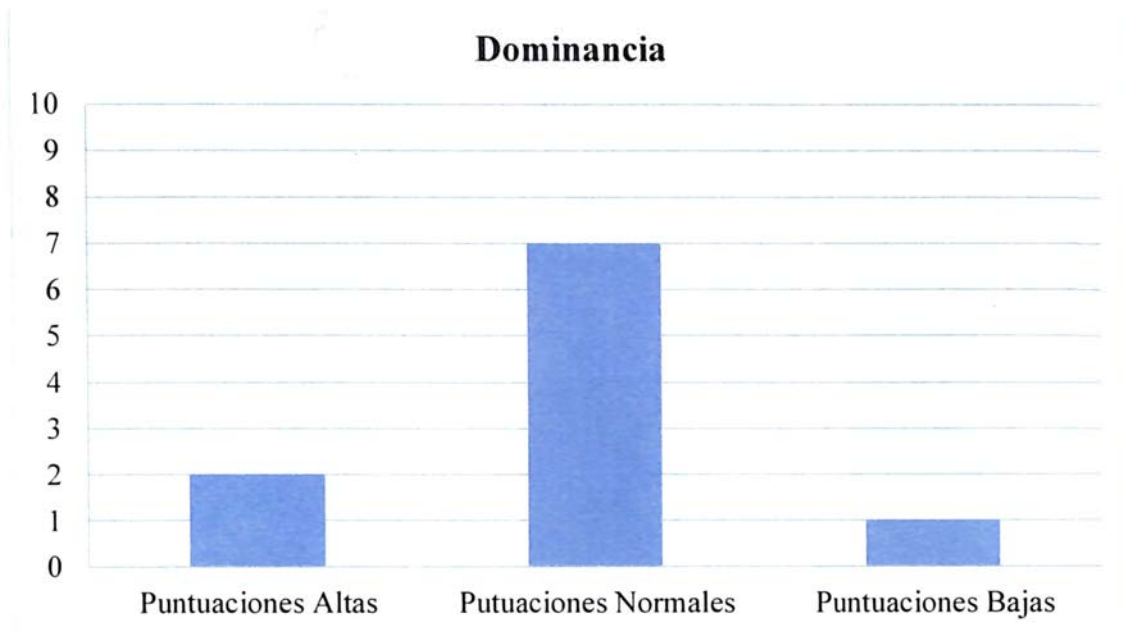
Gráfico 14. Independencia.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: 4 personas de la muestra manifiestan puntuaciones altas en independencia, 6 presentan puntuaciones normales y ninguna muestra puntuaciones bajas.

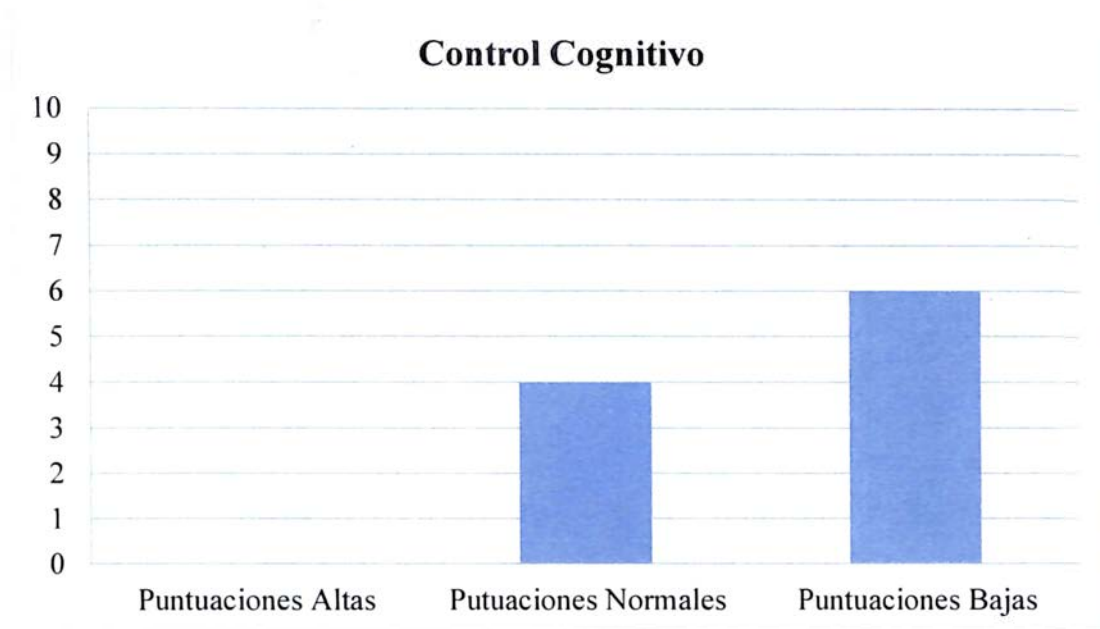
Gráfico 15. Dominancia.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: 2 personas de la muestra presentan puntuaciones altas en dominancia, 7 presentan puntuaciones normales y 1 puntuaciones bajas.

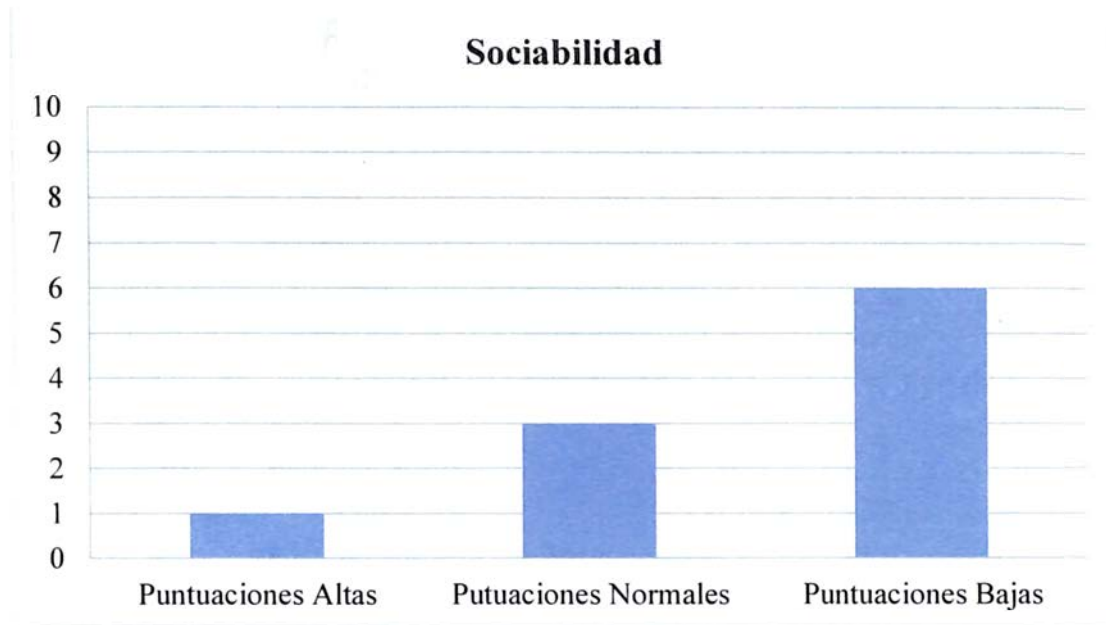
Gráfico 16. Control Cognitivo.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: Ninguna mujer de la muestra presenta puntuaciones altas de control cognitivo, 4 presentan puntuaciones normales y 6 puntuaciones bajas.

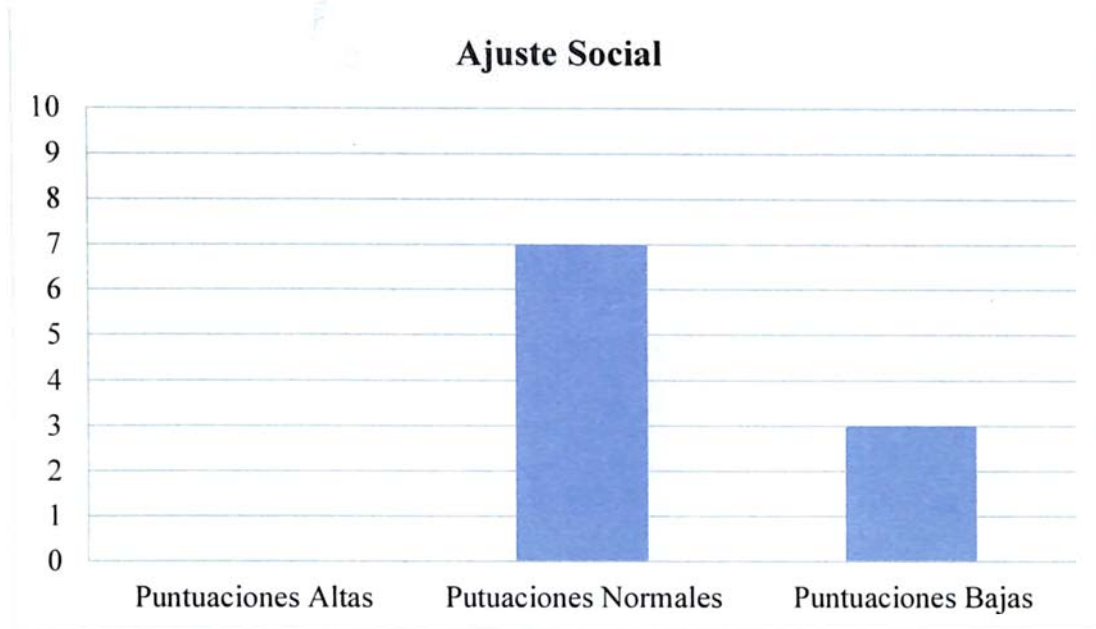
Gráfico 17. Sociabilidad.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: 1 persona de la muestra manifiesta puntuaciones altas en sociabilidad, 3 personas muestran puntuaciones normales y 6 puntuaciones bajas.

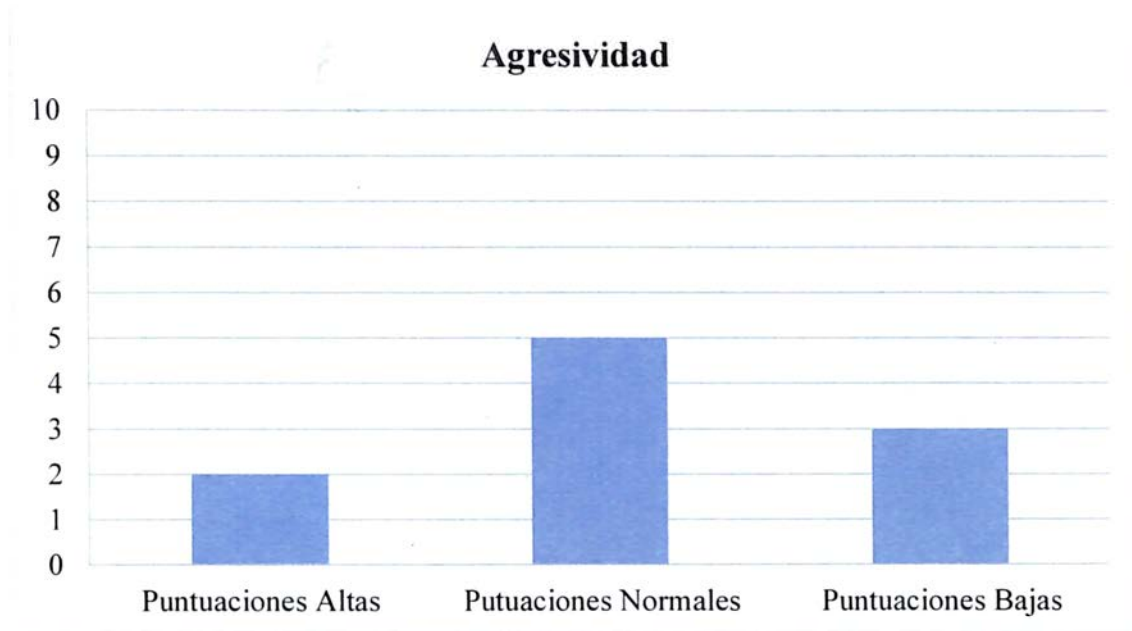
Gráfico 18. Ajuste Social.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: Ninguna persona de la muestra presenta puntuaciones altas en ajuste social, 7 presentan puntuaciones normales y 3 puntuaciones bajas.

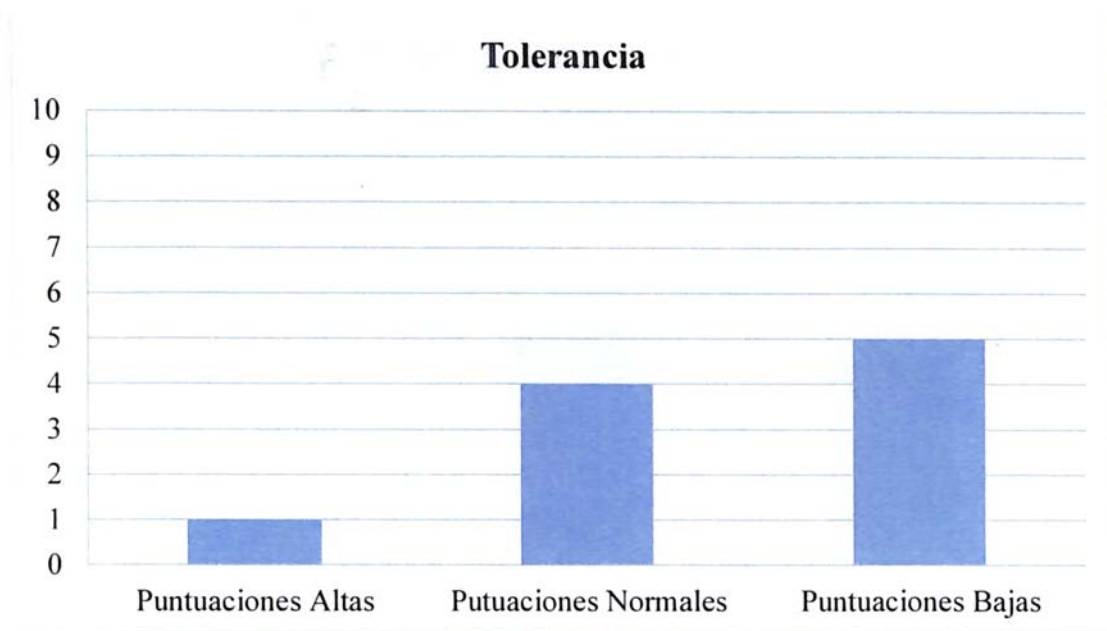
Gráfico 19. Agresividad.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: 2 personas de la muestra presentan puntuaciones altas de agresividad, 5 muestran puntuaciones normales y 3 puntuaciones bajas.

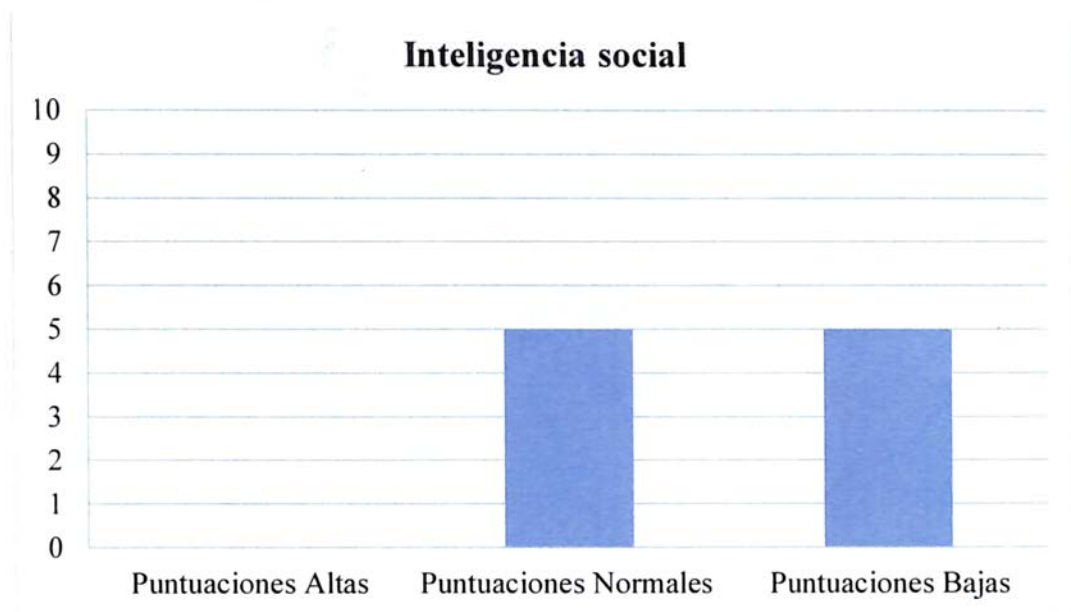
Gráfico 20. Tolerancia.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: 1 persona de la muestra presenta puntuaciones altas de tolerancia, 4 presentan puntuaciones normales y 5 puntuaciones bajas.

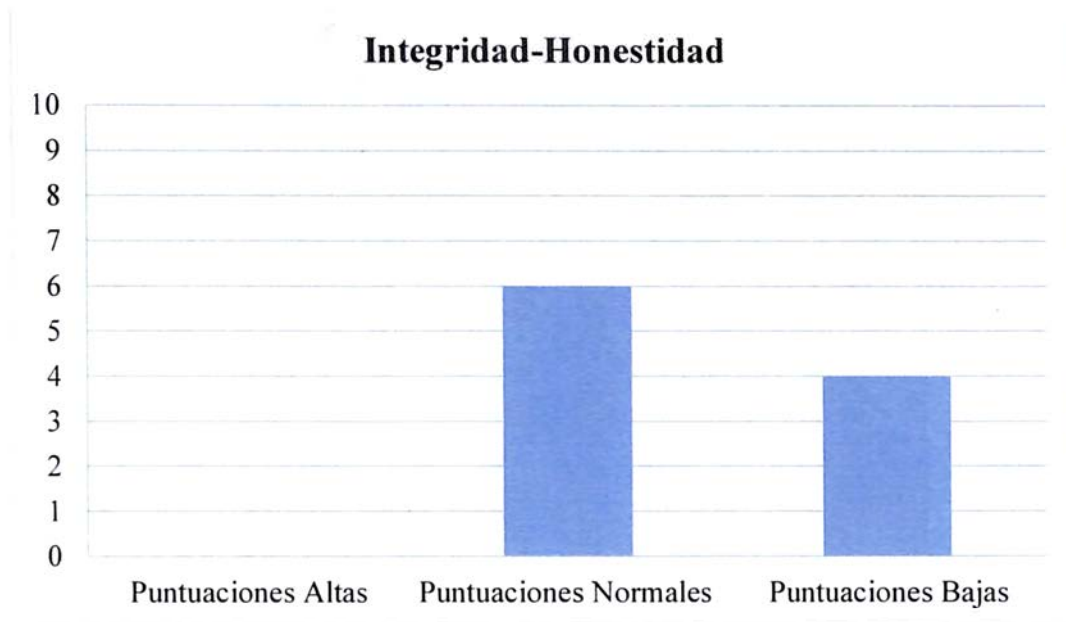
Grafico 21. Inteligencia social.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: Ninguna persona de la muestra presenta puntuaciones altas de inteligencia social, 5 de ellas presentan puntuaciones normales y ninguna presenta puntuaciones bajas.

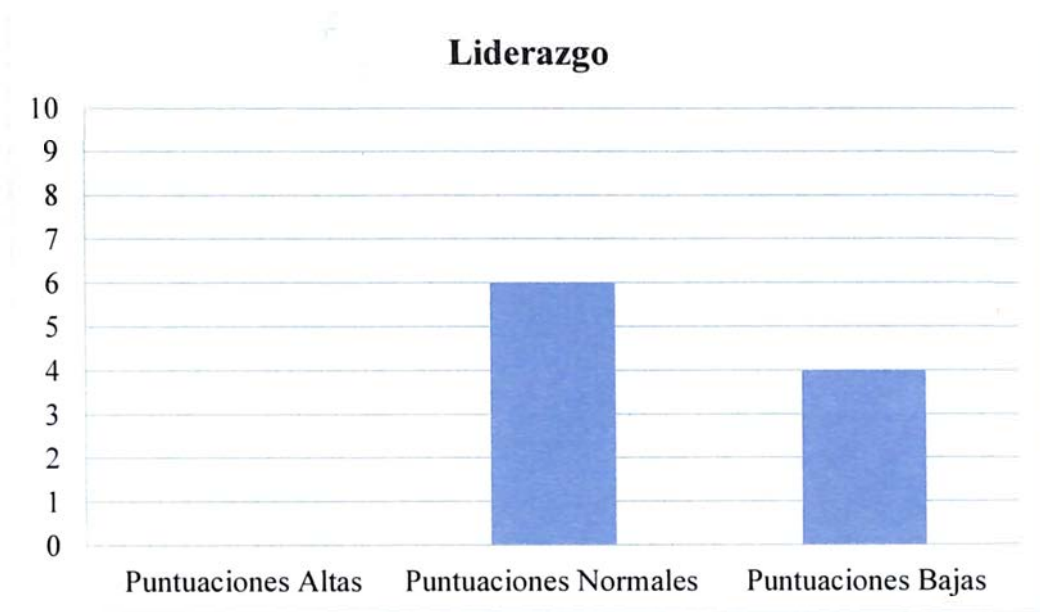
Grafico 22. Integridad-Honestidad.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: Ninguna persona de la muestra presenta puntuaciones altas en integridad-honestidad, 6 presentan puntuaciones normales y 4 puntuaciones bajas.

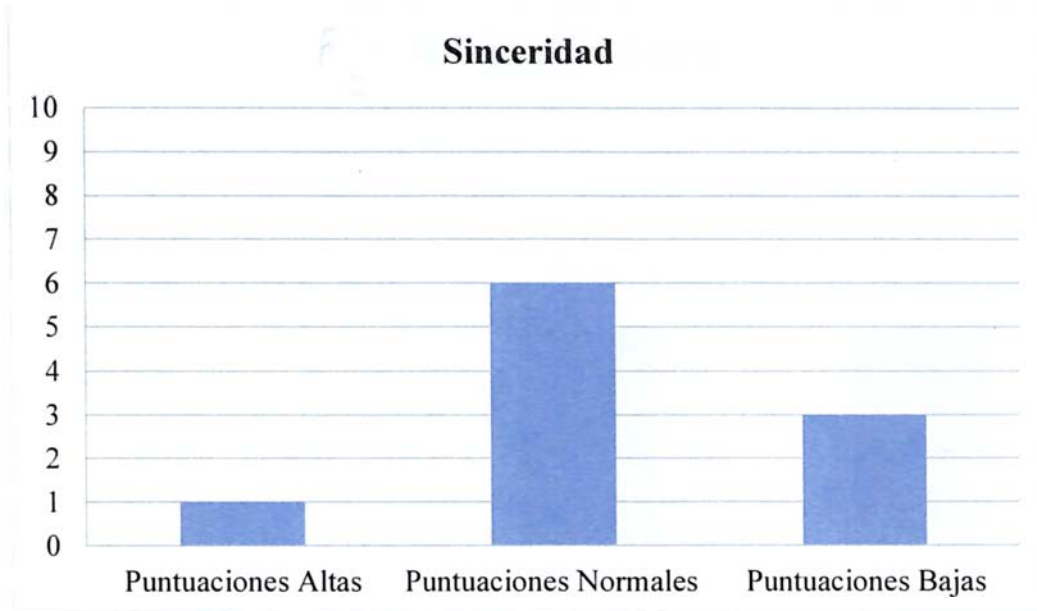
Grafico 23. Liderazgo



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: Ninguna persona de la muestra presenta puntuaciones altas en liderazgo, 6 presentan puntuaciones normales y 4 puntuaciones bajas.

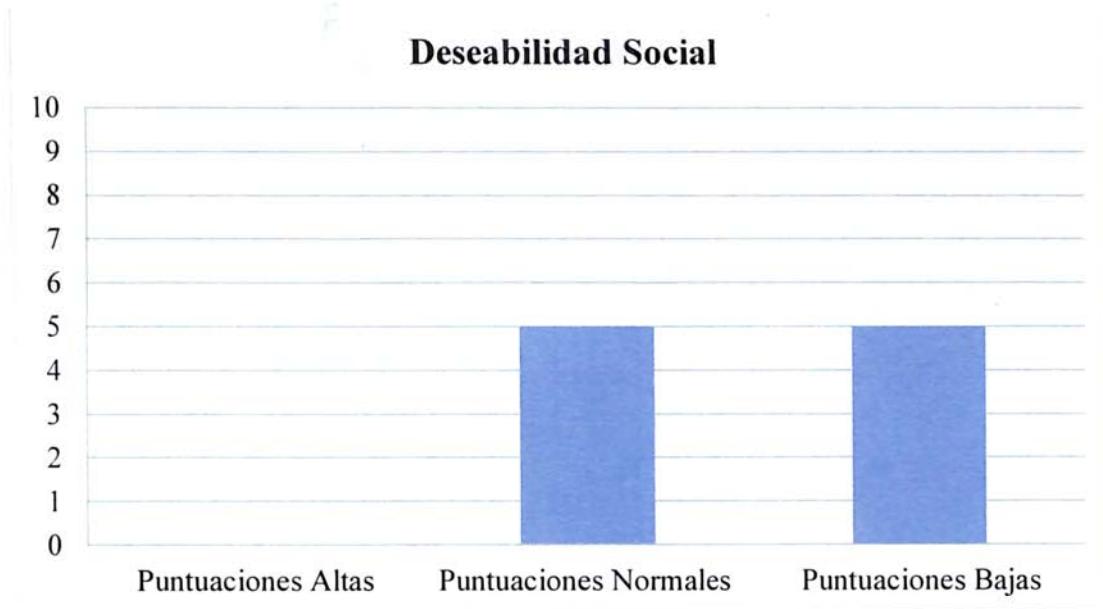
Grafico 24. Sinceridad.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: Una mujer de la muestra presenta puntuación alta en sinceridad, 6 presentan puntuaciones normales y 3 puntuaciones bajas.

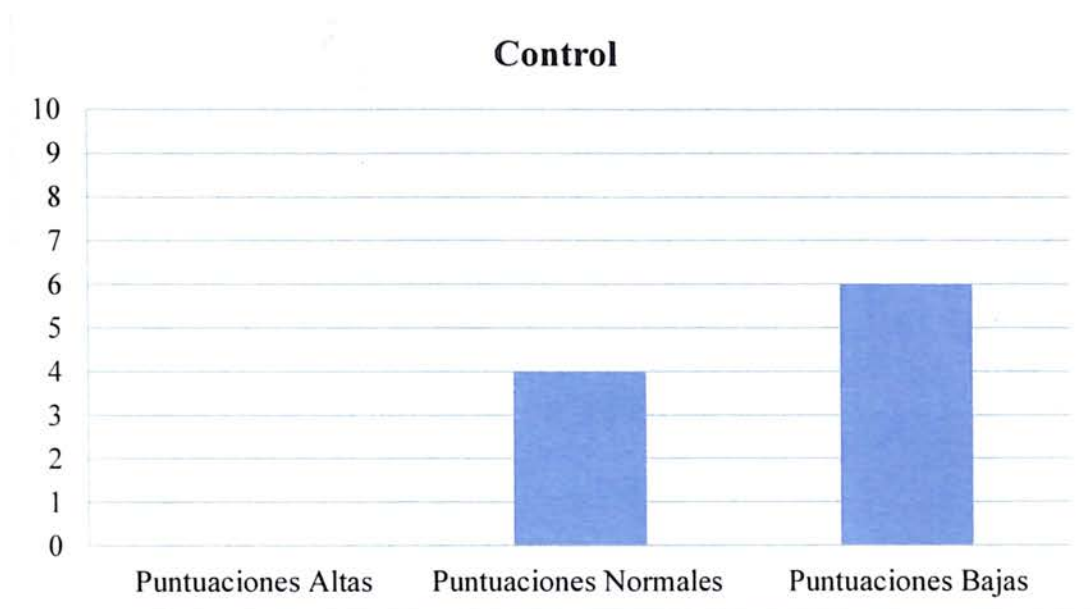
Grafico 25. Deseabilidad social.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: Ninguna persona presenta puntuaciones altas en deseabilidad social, 5 presentan puntuaciones normales y 5 puntuaciones bajas.

Grafico 26. Control.

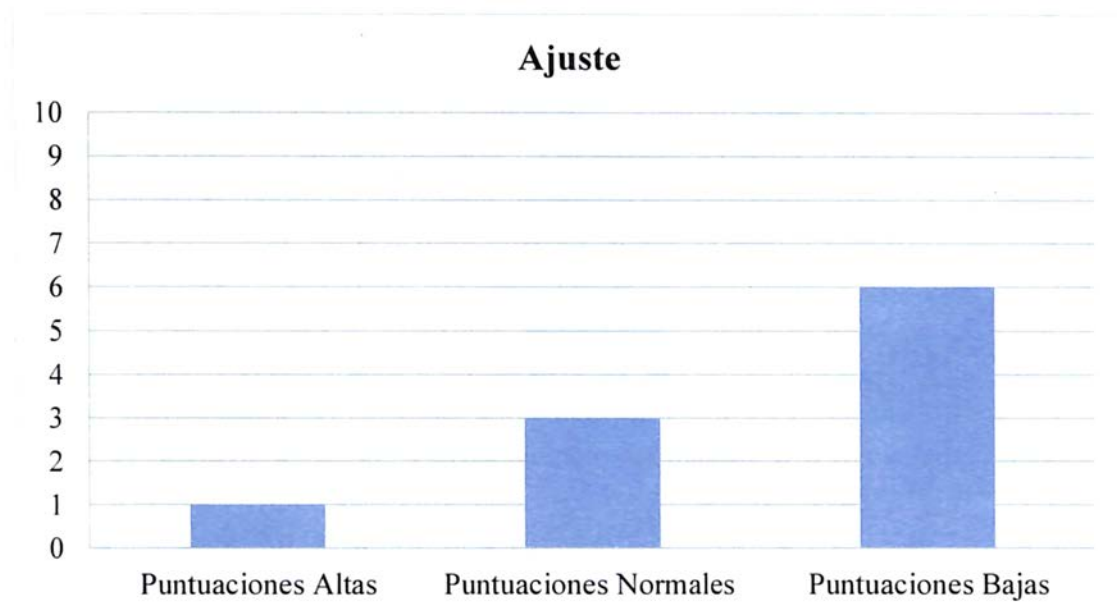


Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: Ninguna mujer de la muestra presenta puntuaciones altas de control, 4 presentan puntuaciones normales y 6 puntuaciones bajas.

Factores de 2do orden.

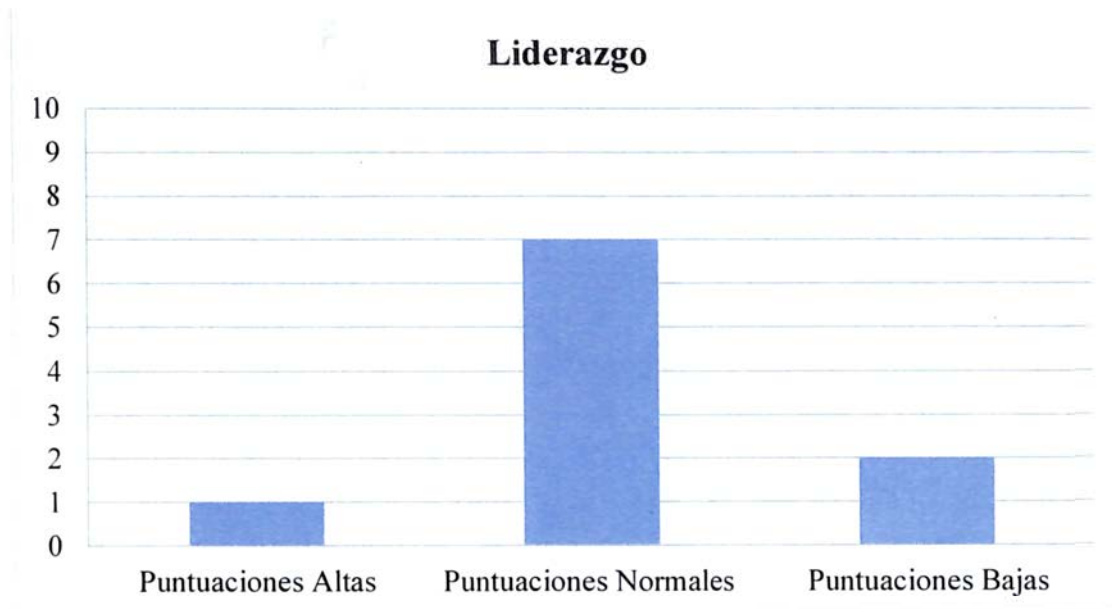
Grafico 27. Ajuste.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: 1 persona de la muestra presenta puntuaciones altas de ajuste, 3 puntuaciones normales y 6 puntuaciones bajas.

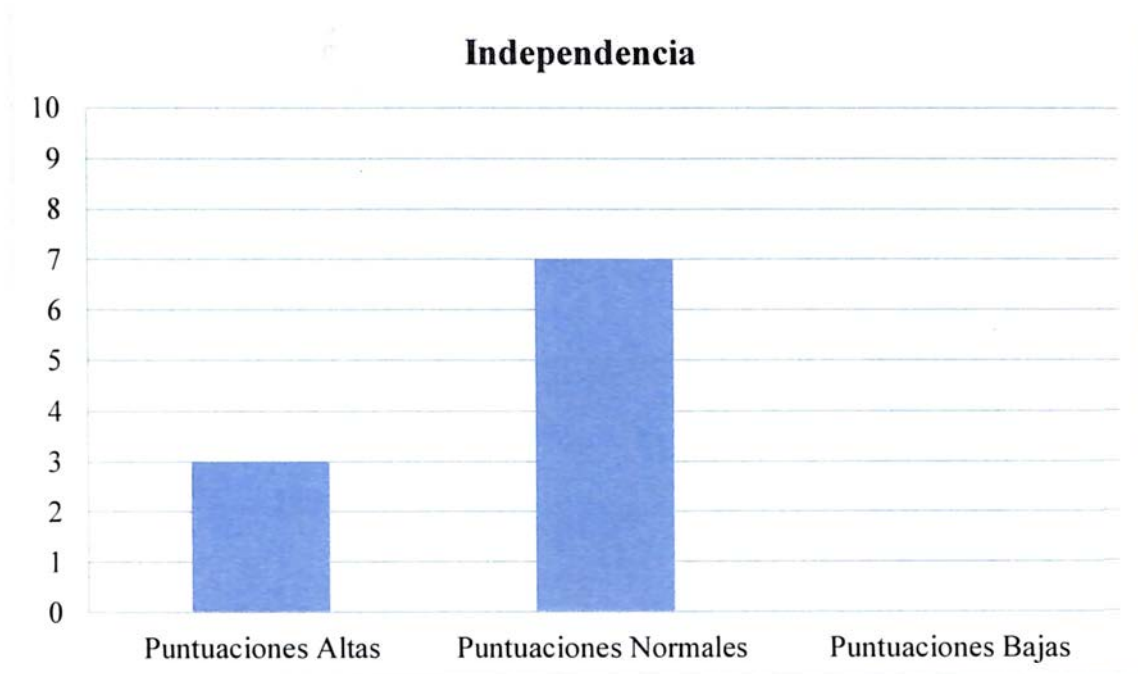
Grafico 28. Liderazgo.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: 1 persona de la muestra presenta puntuaciones altas de liderazgo, 7 puntuaciones normales y 2 puntuaciones bajas.

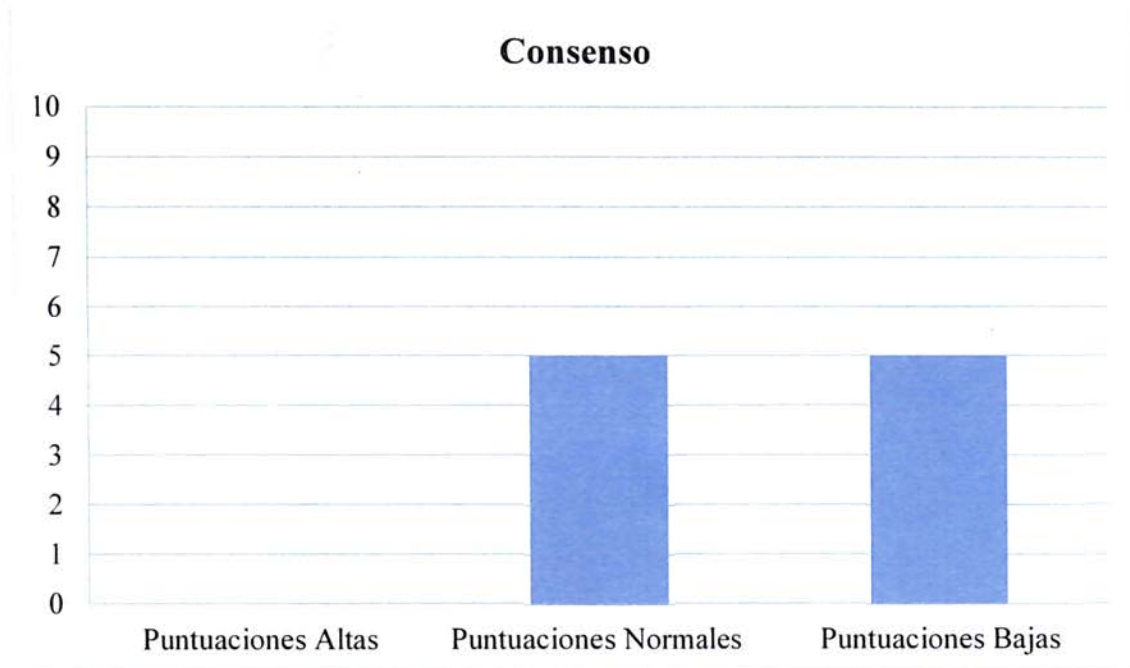
Grafico 29. Independencia.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: 3 personas de la muestra presentan puntuaciones altas, 7 puntuaciones normales y ningunas puntuaciones bajas.

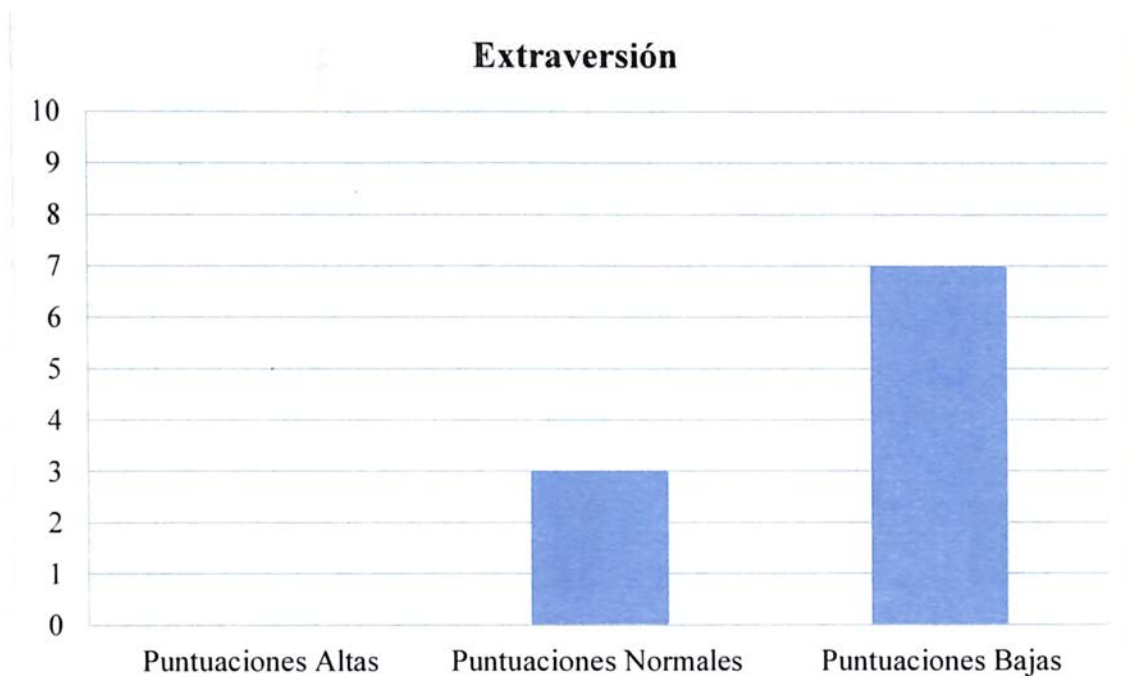
Grafico 30. Consenso.



Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: Ninguna persona de la muestra presenta puntuaciones altas en consenso, 5 presentan puntuaciones altas y 5 puntuaciones bajas.

Grafico 31. Extraversión.

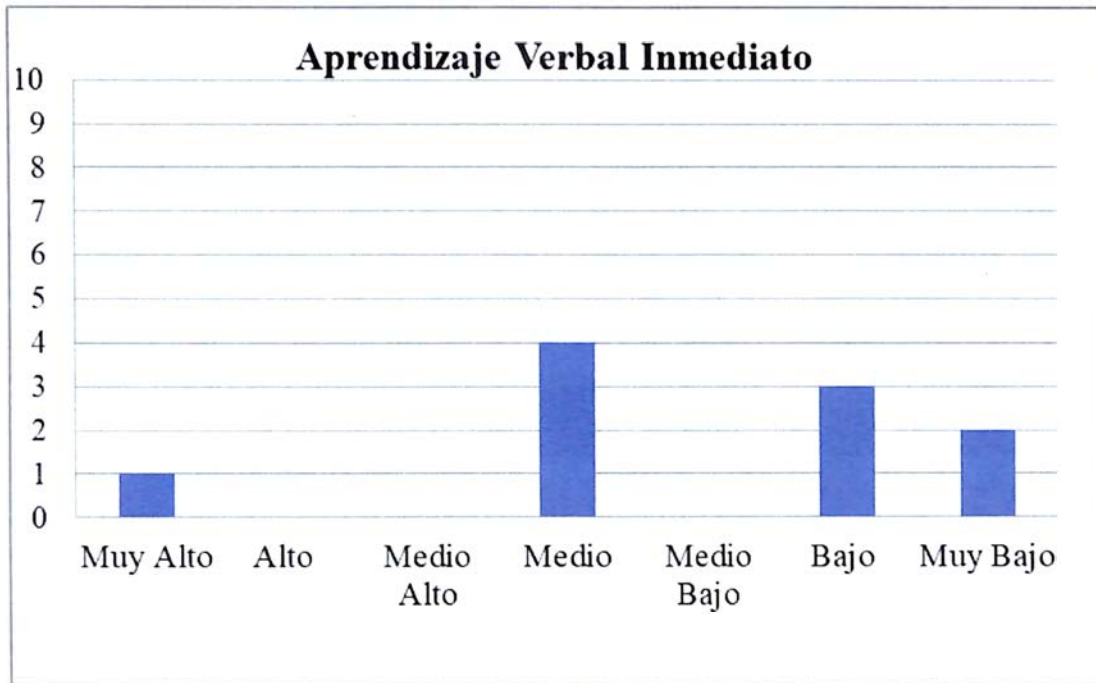


Fuente: Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)

Comentario: Ninguna persona de la muestra presenta puntuaciones altas en extraversión, 3 presentan puntuaciones normales y 7 puntuaciones bajas.

Tabulación SCIP-S

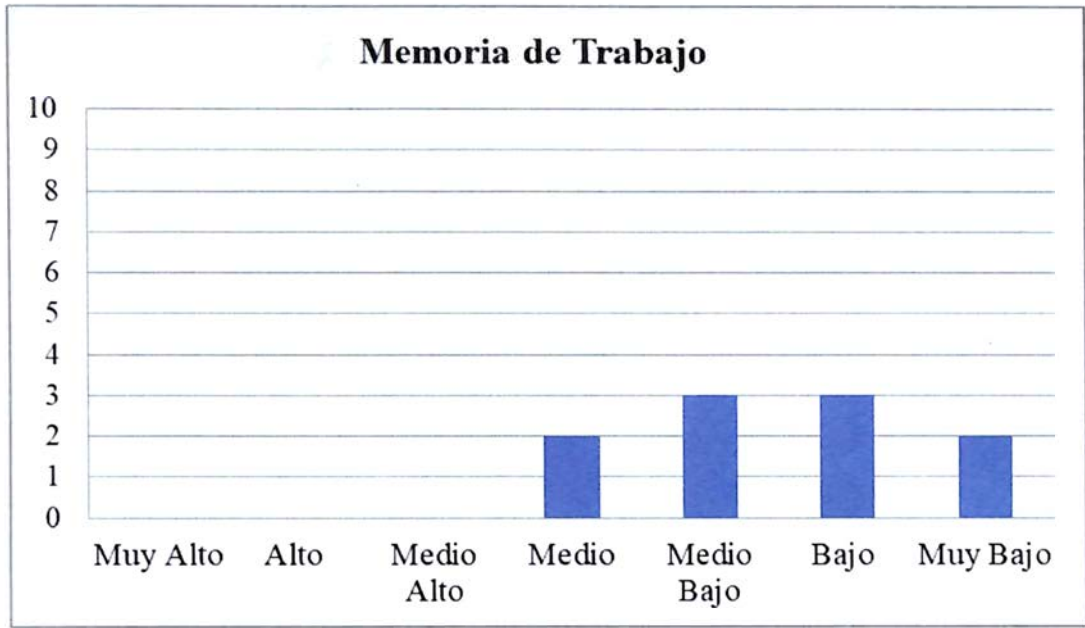
Gráfico 32. Aprendizaje Verbal Inmediato.



Fuente: Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S)

Comentario: 1 mujer de la muestra presenta el aprendizaje verbal inmediato en un rango muy alto, 4 lo muestran en un nivel medio, 3 en un rango bajo y 2 muy bajo.

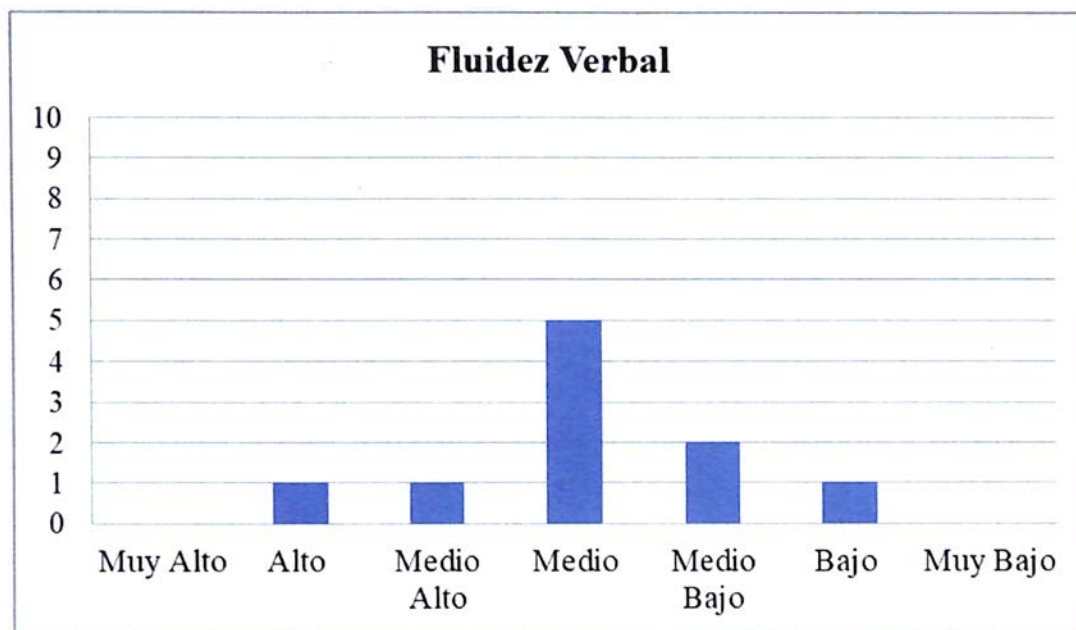
Gráfico 33. Memoria de Trabajo.



Fuente: Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S)

Comentario: 2 mujeres de la muestra presentan la memoria de trabajo en un nivel medio, 3 en un rango medio bajo, 3 en un rango bajo y 2 en un nivel muy bajo.

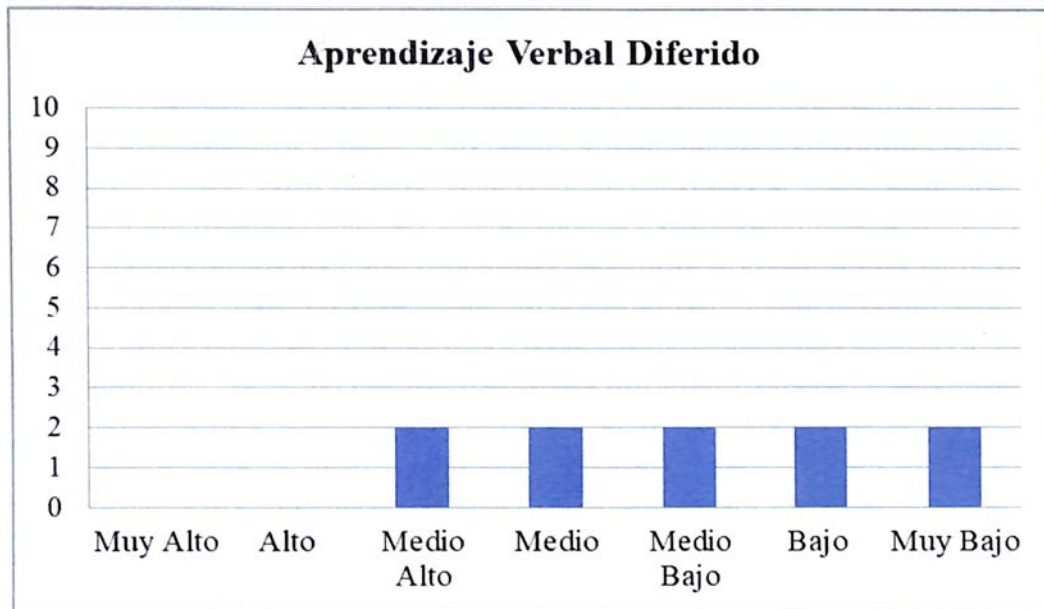
Gráfico 34. Fluidez Verbal.



Fuente: Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S)

Comentario: 1 persona de la muestra presenta una fluidez verbal en un rango alto, 1 persona medio alto, 5 de ellas en un rango medio, 2 en un rango medio bajo y 1 persona en un rango bajo.

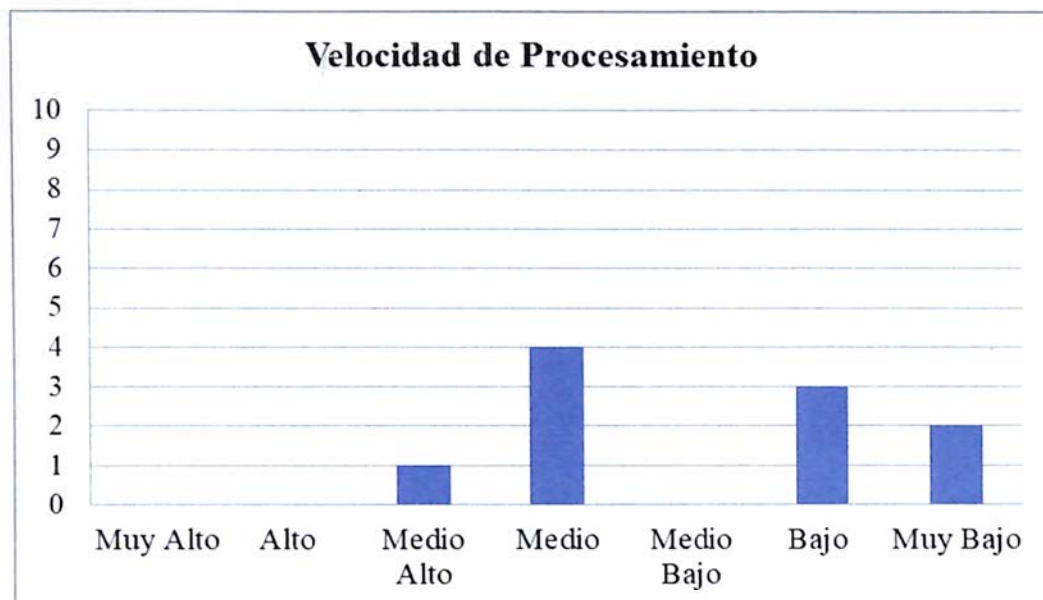
Gráfico 35. Aprendizaje Verbal Diferido.



Fuente: Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S)

Comentario: 2 de las mujeres de la muestra presentan un aprendizaje verbal diferido en un rango medio alto, 2 en un rango medio, 2 en un nivel medio bajo, 2 en un rango bajo y 2 en un nivel muy bajo.

Gráfico 36. Velocidad de Procesamiento.



Fuente: Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S)

Comentario: 1 persona de la muestra, presenta una velocidad de procesamiento en un rango medio alto, 4 en un rango medio, 3 en un rango bajo y 2 en un rango muy bajo.

4.2. Análisis de los Resultados

A fin de realizar el análisis de los resultados presentados en el apartado anterior, se escogieron los más relevantes y concluyentes para esta investigación.

Uno de los instrumentos más importantes utilizados en este estudio fue el consentimiento informado, en el cual el paciente y evaluador establecen una relación de confianza, en la que el evaluado certifica que ha sido informado de todo el procedimiento que se llevó a cabo y de las pruebas que les fueron suministradas, asimismo, que los datos arrojados por estos instrumentos se manejaron con estricta confidencialidad para los fines requeridos.

El tamaño de la muestra con la que se realizó el levantamiento de los datos fue de 10 mujeres diagnosticadas con fibromialgia entre 25-60 años de edad de Santo Domingo, República Dominicana de un grupo en particular. Cabe destacar, que la población encontrada no representa una muestra significativa a nivel científico, y que este estudio además de ser una investigación integral del tema, pretende ser un punto de partida y sentar las bases para que surjan otros estudios sobre la prevalencia de los rasgos de personalidad, aspectos psicológicos y psicosociales de los pacientes con fibromialgia en el país.

En cuanto a los rasgos de personalidad predominantes en las mujeres evaluadas, se pudo observar que la dimensión de ajuste resultó en un nivel bajo en su mayoría (N-6), lo que quiere decir que no poseen una buena estabilidad en la estructura de la personalidad ni tampoco estabilidad emocional, equilibrio personal ni seguridad y confianza en sí mismas y en sus capacidades. Además, la mayor parte de estas pacientes presentan puntuaciones

bajas en autoconcepto (N-6) y niveles bajos de eficacia (N-6). Esto confirma lo dicho por Gatchel, Álvarez y García (citados por Salgueiro, 2011), cuando mencionaron la existencia de una “personalidad fibromialgica”, definida especialmente por escasa tolerancia a la frustración, negación de los conflictos, baja autoestima y necesidad excesiva de reconocimiento y aceptación externa.

En otro aspecto, al evaluar sobre la ansiedad en estos individuos se encontró que la mayoría presenta niveles elevados de esta (N-7). Las personas con fibromialgia experimentan fobias o ansiedad desproporcionada ante actos que realizaban sin problemas antes de la enfermedad por lo que procura evitar realizarlos (Revuelta, Segura y Paulino, 2010).

En relación a las características psicoemocionales se encontró que la mayoría de las personas de la muestra expresan no tener miedo sin causa aparente (N-8). Esto contradice lo dicho por Revuelta (2010), cuando mencionó que varias investigaciones sugieren que la fibromialgia es consecuencia de los trastornos afectivos, entre estos la ansiedad, ya que estos preceden a dicho cuadro

En la muestra seleccionada se ven afectadas varias funciones ejecutivas. El nivel de control cognitivo, en estas mujeres resultó en puntuaciones bajas en la mayoría (N-6). Por otro lado, todas las mujeres admiten tener dificultad para realizar tareas cotidianas (N-10) y la mayoría presenta dificultad para recordar sucesos recientes (N-9) y dificultad para concentrarse (N-7). Con respecto al screening del deterioro cognitivo, la mayoría de las

evaluadas se encontraron por debajo del nivel medio en memoria de trabajo (N-8). Por otro lado, la mayoría poseen un aprendizaje verbal diferido por debajo del nivel medio (N-6). Guzmán, Muñoz, Mendoza, Orozco, Rodríguez y García (2018) confirman que 50-90% de los pacientes con esta enfermedad muestran dificultades cognitivas como fallos en la memoria, problemas del lenguaje, déficit de atención y otro tipo de trastornos del pensamiento.

En cuanto a los aspectos psicosociales, es importante destacar que la totalidad de los individuos afirmaron sentirse que los demás se muestran incrédulos cuando ellos refieren sentir dolor (N-10), presentan sentimiento de incompreensión por parte de los demás (N-6) y sentimientos de rechazo (N-6). Además, se observaron puntuaciones bajas en la sociabilidad (N-6), así como también, la extraversión (N-7).

Para las personas con fibromialgia es frustrante que sus parientes y amigos se muestren reacios a creer en sus dolores, esto ocasiona que se aíslen para evitar que otros desconfíen, lo que agrava el manejo del dolor (Ramos, 2015). En general, las personas con esta condición poseen un grupo de amigos mucho más pequeño y relaciones sociales mucho más negativas que los demás (Nicasio P.M. citado por García, Castel y Vidal, 2006).

En la descripción del apoyo de sus familiares la minoría refiere no sentir ningún tipo de apoyo por parte de sus familiares (N-2) y amigos (N-3). Esto refuta lo informado por Ramos (2015) que al hablar con pacientes con esta patología, todos expresan que provoca

diversos problemas como variación de los roles en la familia, pérdida de rol y deficiencias económicas, gran parte de los familiares no saben cómo actuar con el paciente.

Dentro de los datos sociodemográficos se encontró que la mitad de las mujeres de la muestra son de clase media a clase alta, lo que es un indicador de que estas mujeres han tenido las posibilidades de acudir a distintos médicos y hacerse todos los estudios pertinentes para llegar al diagnóstico de esta condición tan poco conocida en el país. Por otro lado, la mayoría de ellas tienen una licenciatura (N-8), la mayoría son casadas (N-6) y la mayor parte son de religión evangélica (N-8).

En cuanto a las características físicas que se manifiestan en las mujeres evaluadas se observó que la totalidad de estas sienten dolor prolongado en distintas zonas del cuerpo (N-10). La mayoría presentan fatiga (N-9) y dificultad para conciliar el sueño (N-8). Lo que corrobora lo dicho por Martínez, Solano y González (2015) de que la fibromialgia es una condición de origen desconocido y que se caracteriza por la manifestación de dolor crónico generalizado en zonas musculares y tendinosas; y que presenta síntomas como fatiga, trastornos del sueño, etc. Es importante mencionar que la mayor parte de las evaluadas presentan una afectación grave de la fibromialgia (N-8).

Conclusiones

El estudio de la prevalencia de los rasgos de personalidad, aspectos psicológicos y psicosociales es de suma importancia para poder comprender mejor al paciente con fibromialgia y de esta forma realizar un plan de intervención psicoterapéutico adecuado a estos individuos.

A modo de conclusión, luego de realizar el estudio y analizar los datos obtenidos, respondiendo a las preguntas y objetivos de la investigación, se puede destacar lo siguiente:

Los rasgos de personalidad que tienden a presentarse en personas con fibromialgia son escasa tolerancia a la frustración, baja autoestima, baja eficacia, necesidad excesiva de reconocimiento y aceptación externa. Además, no poseen una buena estabilidad en la estructura de la personalidad ni tampoco estabilidad emocional, equilibrio personal ni seguridad y confianza en sí mismas y en sus capacidades. Las personas con una personalidad nerviosa, ansiosa y depresiva tienden a enfrentar la fibromialgia con mayor intensidad y generalmente no asimilan el tratamiento farmacológico.

De la misma forma, las investigaciones de McCain (1996) se enfocan en que la personalidad no es un predecesor del dolor, sino que influye en gran parte el grado de incapacidad, cronificación y sufrimiento. Se entiende que la personalidad es determinante en las estrategias que desarrollara la persona en acontecimientos difíciles siendo estas las que le ayudara a la persona adaptarse en mayor o menor medida a la enfermedad. Existen

otros estudios que dan prioridad a la personalidad sobre el tipo de afrontamiento que se usa para manejar el dolor. (Ramírez-Maestre 2002; Ramírez-Maestre et al., 2004).

Los desórdenes psiquiátricos, depresión y ansiedad, son enfermedades que se asocian con gran prevalencia en los pacientes con fibromialgia. Estudios expresan que el vínculo entre fibromialgia y depresión pudiera ser una relación de comorbilidad, o bien el estado de ánimo deprimido pudiera ser un efecto del sufrimiento de fibromialgia (Herrero, 2013). Otros estudios sugieren que la ansiedad y la depresión en la fibromialgia son muy predominantes, se pueden manifestar en diversos momentos del curso de la enfermedad, en un rango que va desde el 30% al 68%. (Bennett, 2002; Epstein et al., 1999; González, Elorza y Failde, 2010; Revuelta, Segura y Paulino, 2010).

En adición, los signos y síntomas psicoemocionales identificados en la muestra seleccionada son fatiga, tristeza sin causa aparente, preferencia por estar solo la mayor parte del tiempo, irritabilidad y sentimientos de culpa o inutilidad. Esto también se observó, en un estudio realizado en España, en la universidad Jaume (2014) en el que se concluyó que una peor calidad de vida en las personas con fibromialgia se debe a una mayor intensidad e interferencia de la fatiga, mayor intensidad e interferencia del dolor en las actividades, mayor impacto de la Fibromialgia y mayor sintomatología psicopatológica (depresión, ideación paranoide, obsesión-compulsión y somatización). Sin embargo, no se encontró una correlación significativa entre sintomatología fóbica o de hostilidad y la calidad de vida (González, 2014).

Las funciones ejecutivas afectadas en la muestra seleccionada son planificación, memoria de trabajo, inhibición y razonamiento. Todas las mujeres de la muestra admiten tener dificultad para realizar tareas cotidianas, la mayoría presenta dificultad para recordar sucesos recientes y dificultad para concentrarse. Existen investigaciones que corroboran que 50-90% de los pacientes con fibromialgia muestran dificultades cognitivas como fallos en la memoria, problemas del lenguaje, déficit de atención y otro tipo de trastornos del pensamiento (Guzmán, Muñoz, Mendoza, Orozco, Rodríguez y García, 2018).

Los aspectos psicosociales predominantes en las mujeres de la muestra son sentimiento de incredulidad por parte de los demás al referir sentir dolor, sentimiento de rechazo y sentimiento de incompreensión por parte de los demás. La fibromialgia al ser tan poco conocida, provoca que las personas que la padezcan se sientan incomprendidas y a veces sean catalogadas como hipocondríacas. Esto se debe a que el diagnóstico de la enfermedad se realiza por descarte y no existe una prueba específica que determine el padecimiento de la misma.

Sin embargo, en cuanto a las formas de apoyo de los familiares y amigos algunas describen que sus familiares y amigos las hacen sentir cuidadas, las escuchan y las hacen sentir útiles. Actualmente no se conocen estudios sobre la influencia de la fibromialgia en el ámbito familiar. Pero es importante destacar lo que informa Ramos (2015) de que al hablar con pacientes con esta patología, todos expresan que provoca diversos problemas como variación de los roles en la familia, perdida de rol y deficiencias económicas, gran parte de los familiares no saben cómo actuar con el paciente.

Por último, un programa de abordaje integral para el apoyo de pacientes con fibromialgia debe incluir farmacoterapia y terapia psicológica ya que esto puede mejorar algunos de los síntomas (Martínez, Miró, Sánchez y González, 2015). Entre las estrategias terapéuticas que se encuentran dentro del tratamiento de la fibromialgia están la psicoeducación y medidas u orientaciones generales sobre la enfermedad, así como también terapia rehabilitadora y física (Porro, Estévez, Rodríguez, Suárez y González, 2015).

Los medicamentos más efectivos son los antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, así como también los anticonvulsivantes (Guzmán, Muñoz, Mendoza, Orozco, Rodríguez, García y Hernán, 2018).

En cuanto al abordaje psicoterapéutico, la terapia cognitiva-conductual es la que se ha mostrado como la más efectiva, debe ser dirigida por un psicólogo o psiquiatra, formando parte de un abordaje individual o en grupo (Fernández y Arguelles, 2015).

Recomendaciones

Generales

- Se recomienda crear un centro especializado en la fibromialgia, sus características físicas, de personalidad, psicológicas y psicosociales, en donde se faciliten herramientas, creando un ambiente favorable para el paciente, en el que se sienta comprendido y apoyado.

A la familia y sociedad

- Que investiguen sobre la condición, signos, síntomas, características y sus consecuencias para que de esta forma sirvan de apoyo, y aporten en la reestructuración y ajuste de la dinámica familiar y de la sociedad para aligerar la carga de estos pacientes.

A los profesionales de la Psicología Clínica

- Trabajar autoestima y autoconcepto enfocado en la necesidad de aprobación y su falta de eficacia, pensamientos automáticos y creencias irracionales (pesimismo), así como también mejorar sus relaciones interpersonales.
- Se recomienda que en conjunto con los demás profesionales de la salud como neurólogos, reumatólogos, fisiatras y psiquiatras, realicen un plan de tratamiento multidisciplinario que abarque todas las áreas afectadas en el paciente.

A los trabajadores de la Salud en general

- Se recomienda que a partir de esta investigación, realicen otros estudios con una muestra más extensa, que contribuya a un mejor alcance de la información sobre las características de la fibromialgia y correlacionarlos con los resultados de este estudio.
- Que elaboren un test estandarizado en el país, que evalúe el nivel de impacto social, emocional y cognitivo de la fibromialgia y las diferentes áreas afectadas por la misma, para que los profesionales de la salud puedan suministrarlo a los pacientes con sospecha de fibromialgia y que de esta forma se pueda realizar un diagnóstico más acertado.
- Que realicen jornadas de concientización sobre la fibromialgia y sus signos y síntomas en centros hospitalarios, instituciones laborales, escuelas y universidades.

A los pacientes con fibromialgia

- Se recomienda que, en conjunto con su tratamiento médico, tomen un espacio psicoterapéutico para trabajar los aspectos psicoemocionales y sociales de la enfermedad.
- Que además de la parte psicoterapéutica, puedan hacer un enlace multidisciplinario con un especialista en neuropsicología que les entrene y facilite ejercicios para mejorar las funciones ejecutivas afectadas, como juegos de entrenamiento cerebral y realizar listas de tareas.
- Se recomienda que estos asistan al psiquiatra para que de ser necesario les prescriban antidepresivos y/o ansiolíticos.

- Que asistan a terapia grupal para que mediante el testimonio de otros puedan comprender que esta condición es real, que le pasa a otros y que se puede mejorar.
- Se recomienda que realicen ejercicio físico y acudan al fisiatra.

Referencias Bibliográficas

- Actualidad en Psicología. (octubre de 2017). *Sistema Nervioso Periferico*. Obtenido de Actualidad en Psicología: <https://www.actualidadenpsicologia.com/que-es/sistema-nervioso-periferico/>.
- Aguilera, E. (2016). *Tratamiento de la sintomatología de la Fibromialgia con magnetoterapia: Estudio de un caso*. (Tesis de grado, Universidad de Almería, Almería, España). Obtenida de: http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/6735/10057_Aguilera%20Alonso,%20Esther.pdf?sequence=1.
- Albiol, S., Goma-i-Freixanet, M., Valero, S., Vega, D., Muro, A. (2014). Rasgos de personalidad en pacientes con fibromialgia: un estudio de casos y controles. *Anales de Psicología*, 30(3), pp. 937-943.
- Allport, G. W. (1937). "Personality: A psychological interpretation". Prentice Hall.
- Álvarez, M. (2015). Rasgos psicológicos y percepción del dolor en pacientes con fibromialgia (Tesis doctoral, Universidad de Oviedo, Oviedo, España). Obtenida de <http://fibro.pro/wp-content/uploads/2017/06/113.pdf>.
- Angel, M., Forcadell, E., Lázaro, L., y Lera, S. (29 de enero de 2019). *Trastornos de ansiedad*. Obtenido de Portal Clinic: <https://portal.hospitalclinic.org/enfermedades/trastornos-de-ansiedad/definicion>.
- Argüelles, L., y Fernández, S. (2015). Abordaje del paciente con Fibromialgia en Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA)*; 3(1): 25-42
- Bennet, R. M. (2002). Rational Management of fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 28, 13-15.

- Biblioteca Agrícola Nacional de los Estados Unidos. (2013). *Sustancia P*. Obtenido de Boletín Agrario: <https://boletinagrario.com/ap-6,sustancia+p,4217.html>.
- Bupa Salud. (2011). *Terapia CC*. Obtenido de Bupa: <https://contenidos.bupasalud.com/salud-bienestar/vida-bupa/terapia-cognitivo-conductual-tcc>.
- Cabo, A., Cerda, G., Trillo, J. (2017). Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. *Medicina Clínica (English Edition)*, Volume 149, Issue 10, Pages 441-448.
- Calvo, A. (2015). Fibromialgia. *Scielo*, vol.26 no.3.
- Camino, A., Jimenez, B., Castro-Palomino, M., y Fábregas, M. (2009). Ira, fibromialgia y ansiedad: aproximación terapéutica desde un CSM. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol.29 no.1.
- Casado, V. (2015). La fibromialgia. Del malestar al bienestar: Estilos de vida saludables. *Anales de La Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 47-56.
- Chapman, I. (2019). *Introducción a la hipófisis*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msdmanuals.com/es-do/hogar/trastornos-hormonales-y-metab%C3%B3licos/trastornos-de-la-hip%C3%B3fisis/introducci%C3%B3n-a-la-hip%C3%B3fisis>.
- Corbin, J. (2019). *Cortisol: la hormona que nos genera estrés*. Obtenido de Psicología y Mente: Obtenido de <https://psicologiaymente.com/neurociencias/cortisol>.
- De Andrade, M. (noviembre de 2014). *Definición de dolor crónico*. Obtenido de definición ABC: <https://www.definicionabc.com/salud/dolor-cronico.php>.

- De Andrade, M. (octubre de 2018). *Definición de Hipotálamo*. Obtenido de Definición ABC: <https://www.definicionabc.com/salud/hipotalamo.php>.
- Delgado. (2010). *La valina: Un aminoácido necesario para aumentar el volumen muscular*. Obtenido de Vitonica: <https://www.vitonica.com/musculacion/la-valina-un-aminoacido-necesario-para-aumentar-el-volumen-muscular> 2010.
- Diario Salud. (2016, Mayo 12). *Diario Salud: El pulso del sector salud*. Obtenido de <https://diariosalud.do/do/categoria-reumatologia/13999-hoy-es-el-dia-mundial-de-la-fibromialgia-conoce-mas-sobre-esta-enfermedad.html>.
- Dynamed (2015). *Fibromialgia*. Obtenido de: <http://dynamed.com/topics/dmp-AN-T116339/Fibromyalgia>.
- Epstein, S. A., Kay, G., Clauw, D., Heaton, R., Klein, D., Krupp, L. (1999). Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *Psychosomatics*, 40, 57-63. doi: 10.1016/S0033-3182(99)71272-7.
- Estaire, F. (2011). *Qué es Personalidad*. Obtenido de Psicólogos en Madrid EU: <https://psicologosenmadrid.eu/que-es-personalidad/>.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1964). Eysenck Personality Inventory. London: University of London Press. Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1968). Manual for the Eysenck Personality Inventory. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Fernandez, S. (enero de 2019). Leucina, el aminoácido que previene el deterioro muscular. *El confidencial. Fundación Americana de Lupus*. (2013). Obtenido de <https://www.lupus.org/es/resources/que-es-el-lupus>.

- Figueroba, A. (2019). *Catecolaminas: tipos y funciones de estos neurotransmisores*.
Obtenido de Psicología y Mente:
<https://psicologiaymente.com/neurociencias/catecolaminas>.
- Fundacion Española de Reumatología. (2019). *Que es la Reumatología*. Obtenido de
Fundacion Española de Reumatología: Obtenido de <https://inforeuma.com/quienes-somos/que-es-la-reumatologia/>.
- García, M. (2015). *Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento e impacto en la calidad de vida en mujeres con fibromialgia*. (Tesis de grado, Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE, Madrid, España). Obtenida de <https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/1087/1/TFM000132.pdf>.
- García, V., Castel, B., y Vidal, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología Clínica*, 2(1), 38-43. Obtenido de <http://www.reumatologiaclinica.org/es/evidencia-cientifica-los-aspectos-psicologicos/articulo/13085664/>.
- Gatchel, R., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P., y Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Martínez, K., Yépez, M., Echevarría, C. y Pineda, R. (2013). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *Psicología y salud*, 16(2), 129-138.
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., & Hofmann, S. G.

- (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain*, 151, 280-295.
- González, A. G. (2014). Calidad de vida en fibromialgia: Influencia de factores físicos y psicológicos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19-35.
- González, B., Estévez, A., Porro, J., Rodríguez, A., y Suárez, R. (2015). Guía para la rehabilitación de la fibromialgia. *Revista de Reumatología*, 147-156.
- González, V., Ramírez-Maestre, C., y Herrero, A. (2007). Inteligencia emocional. Personalidad y afrontamiento en pacientes con dolor crónico. *Rev Mex Psicol*, 24, 185- 95.
- Grupo Gamma. (6 de marzo de 2014). *Neurología: como un concepto de asistencia integral*. Obtenido de Grupo Gamma Red Integrada de Salud: <https://www.grupogamma.com/neurologia-como-un-concepto-de-asistencia-integral/>.
- Guerri, M. (2018). *Acetilcolina, qué es y qué funciones tiene*. Obtenido de PsicoActiva: <https://www.psicoactiva.com/blog/acetilcolina-que-es-y-que-funciones-tiene/>.
- Guilera, J. (2015). *Funciones ejecutivas*. Obtenido de Mentelex: <https://blog.mentelex.com/funciones-ejecutivas/>.
- Guinot, M., Launois, S., Favre, A., y Maindet, C. (2015). Fibromialgia: fisiopatología y apoyo terapéutico. *EMC - Kinesiterapia - Medicina Física*, 1-12.
- Guzmán, S., Muñoz, D. E., Mendoza, G., Orozco, G., Rodríguez, J.A., García, I., y Hernán, A. (2018). Fibromialgia. *El Residente*, 62-67.

Hay Tipos. (julio de 2019). *Estimulos*. Obtenido de Hay Tipos:
<https://haytipos.com/estimulos/>.

Herrero, D. C.-P. (2013). Avances en el tratamiento psicologico de la fibromialgia: El uso de la realidad virtual para la induccion de emociones positivas y la promocion de la activacion comportamental. Un estudio piloto. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 117-119.

Herrera, R. (2018, agosto 6). El agotamiento cronico se llama Fibromialgia. *Listin Diario*.

Hilario, Y. (2011, Junio 13). La Fibromialgia. *Diario Libre*.

Katon, W. (1996). The impact of major depression on chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 18, 215-219.

Laham, M. (2006). *El modelo Biopsicosocial*. Obtenido de Psicología de la salud:
<http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-comunidad//el-modelo-biopsicosocial-154.html?p=1>.

Lopez, M., Mingote, J. (2008). Fibromialgia. *Scielo*.

Martínez-Lavín. (2008). *Martínez-Lavín*. Obtenido de <http://www.martinez-lavin.com/>.

Martínez, M. P., Miró, E., y Sánchez, A. I. (2014). Tratamiento psicológico del insomnio en la fibromialgia y otros síndromes de dolor crónico.

Mayo Clinic. (2019). *Artritis Reumatoide*. Obtenido de Mayo Clinic:
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/rheumatoid-arthritis/symptoms-causes/syc-20353648>.

- McCain, G.A. (1996). A cost-effective approach to the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 22, 323-349.
- Merino, M. y Perez, J. (2008). *Estrés*. Obtenido de Definicion.de: <https://definicion.de/estres/>.
- Merino, M y Perez, J. (2017). *Dopamina*. Obtenido de Definicion.de: <https://definicion.de/dopamina/>.
- Monterde, S., Salvat, I., Montull, S, Fernández, J. (2004). Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire . *Revista Española de Reumatología*, 507-513.
- Morell-Hita, J. L., y Sifuentes-Giraldo, W. A. (2017). Fibromialgia. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 1586-1595.
- Muñoz, S. (2016). *El Sistema Nervioso Autónomo: Sistema Simpático y Parasimpático*. Obtenido de Psicoactiva: <https://www.psicoactiva.com/blog/sistema-nervioso-autonomo-simpatico-parasimpatico/>.
- Navarro, J. (septiembre de 2015). *Fenilalanina*. Obtenido de definicion ABC: <https://www.definicionabc.com/salud/fenilalanina.php>.
- Nishimura, J. et. al., Isoleucine prevents the accumulation of tissue triglycerides and upregulates the expression of PPARalpha and uncoupling protein in diet-induced obese mice. *Journal of Nutrition* 140(3):496-500, Marzo 2010.
- OMS. (2016). *Cefaleas*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>.

- OMS. (2017). *Depresión*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/topics/depression/es/>.
- Ortega, I. (febrero de 2018). *La Hipocondría: Definición, causas y consejos para superarla*. Obtenido de Psicología-online: <https://www.psicologia-online.com/la-hipocondria-definicion-causas-y-consejos-para-superarla-2374.html>.
- Palmero, E. y Fernández-Abascal, E. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- Pardas, C. (octubre de 2018). *Que es la serotonina y para que sirve*. Obtenido de Psicología-online: <https://www.psicologia-online.com/que-es-la-serotonina-y-para-que-sirve-3899.html>.
- Pascual, J. (2016). *Melatonina, para qué sirve y por qué ayuda a dormir bien*. Obtenido de Computer Hoy: <https://computerhoy.com/noticias/life/melatonina-que-sirve-que-ayuda-dormir-bien-51188>.
- Pérez, J. (2017). *fármaco*. Obtenido de Definicion.de: <https://definicion.de/farmaco/>.
- Pérez-Pareja, J., Borrás, R., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F. y Gonzalvo, J. (2004).
Fibromialgia
y emociones negativas. *Psicothema*, 16, 415-420.
- Porro, N., Estevez, P., Rodriguez G, Suarez, M., Gonzalez, M., (2015). Guía para la rehabilitación de la fibromialgia. *Revista Cubana de Reumatología*, 147-156.
- Raffino, M. (diciembre de 2018). *Sistema Nervioso Central*. Obtenido de Concepto.de: <https://concepto.de/sistema-nervioso-central/>.

- Ramírez-Maestre, C, Esteve, R. y López (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de psicología*, 17(1), 129-137.
- Ramírez-Maestre, C.(2002). El papel de las características personales en la experiencia del dolor y en el proceso de afrontamiento. Revisión teórica. *Escritos de Psicología*, 6, 40-52.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve Zarazaga, R., López Martínez, A. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 147-165.
- Ramos, C., Y. (2015). *Compromiso en enfermería con las personas y entorno de la fibromialgia* (Tesis de grado, Universidad de Valladolid, Valladolid, España). Obtenida de <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/18035/TFG-H504.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Resino, S. (2009). *Citocinas*. Obtenido de *EMEI*: <https://epidemiologiamolecular.com/citocinas/>.
- Revuelta, E. S. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad española del dolor*, 327.
- Revuelta, E., Segura, E., y Paulino, J. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 326-332.
- Rodríguez, J. et al. (2011). Epidemiology of Rheumatic Diseases. A community – Based Study in Urban and Rural Populations in the State of Nuevo León, México. *The Journal of Rheumatology*. México.

Rosario, F. (2012, Mayo 5). Presentan fundación de fibromialgia, fatiga crónica e intolerancia química múltiple. *Acento*.

Ruiz, L. D. (2016). Salud y Sociedad, v. 7, no. 1. Factores Psicológicos y Su Rol En El Proceso Salud-Enfermedad De Pacientes Diagnosticados Con Fibromialgia.. *Salud y sociedad*, 47-56.

Salvaggio, D., y Sicardi, E. (2014). Ficha de la Cátedra” Psicología de las Organizaciones”, UCES. Buenos Aires.

Soriano, J., y Monsalve, V. (2005).El afrontamiento del dolor crónico. Boletín de Psicología, No. 84, Julio 2005, 91-107.

Stahl, S.M. (1998) *Psicofarmacología Esencial*. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. Barcelona: Ariel.

TEA ediciones. (2019). *CPS: Cuestionario de Personalidad Situacional*. Obtenido de TEA ediciones: <http://web.teaediciones.com/cps-cuestionario-de-personalidad-situacional.aspx>.

TEA ediciones. (2019). *SCIP-S: Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría*. Obtenido de TEA ediciones: <http://web.teaediciones.com/SCIP-S-Screening-del-Deterioro-Cognitivo-en-Psiquiatría.aspx>.

Torres, A. (2019). *Adrenalina, la hormona que nos activa*. Obtenido de Psicología y Mente: <https://psicologiymente.com/neurociencias/adrenalina-hormona-activa>.

- Triviño, A., Solano, M. C., y Siles, J. (2016). Aplicación del modelo de incertidumbre a la fibromialgia. *Atencion primaria*, 219-225.
- Ubago, M.C., Ruiz, I., Bermejo, M.J., Labry, A.O., y Plazaola, J. (2005). Clinical and psychosocial characteristics of subjects with fbromyalgia: Impact of the diagnosis on patients' activities. *Revista Española de Salud Pública*, 79(6), 683-695.
- Ventura, M. (2013, Mayo 10). Damas que luchan en contra de la Fibromialgia. *La Informacion*.

Anexos

Cronograma de Actividades

Actividades	Fecha	Lugar
Elaboración del tema.	Abril 2019	UNPHU
Revisión de referencias bibliográficas.	Abril-agosto 2019	UNPHU
Elaboración del anteproyecto.	Enero-abril 2019	UNPHU
Envío de formulario de aprobación de tema al Departamento de Investigación.	Abril 2019	Departamento de Investigación, UNPHU.
Aprobación de la escuela de Psicología.	Mayo 2019	Escuela de Psicología, UNPHU.
Revisión de posibilidades de abordaje con pacientes y revisión de expedientes.	Mayo 2019	Fundofibro, Chaljub centro y otros.
Revisión y selección de pruebas	Mayo-junio 2019	Internet e instituciones pertinentes.
Construcción del instrumento	Junio 2019	UNPHU
Aplicación de los instrumentos.	Agosto-Septiembre 2019	Casas.
Corrección y tabulación	Octubre-Noviembre 2019	UNPHU
Elaboración de conclusiones	Noviembre 2019	UNPHU
Entrega en espiral	Noviembre 2019	UNPHU
Corrección del informe final	Noviembre 2019	UNPHU
Presentación	Enero 2020	UNPHU
Entrega final	Enero 2020	UNPHU



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACION PSICOLOGICA

Yo _____, de Cédula de Identidad Personal y Electoral No. _____ certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al proceso de evaluación psicológica (entrevistas y pruebas psicológicas) que el (la) estudiante de psicología _____ me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador (a), contribuyendo a éste procedimiento académico de forma activa. Soy concedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a este proceso de evaluación cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna. Por este medio expreso que, he recibido una explicación clara y completa del (los) tipo (s) y naturaleza de la (s) prueba (s) psicológica (as) que me será (n) administrada (s), así como el propósito por el cual se me somete a este proceso de evaluación psicológica, y la forma en la que serán utilizados los resultados que arroje, los cuales me han explicado, se manejaran con estricta confidencialidad y solo con mi consentimiento se le podrán presentar a otra persona y/o institución pública o privada.

Por último, certifico mediante nombre y firma más abajo, que he sido informado (a) que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada en las entrevistas y sesiones de evaluación, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Nombre: _____ Firma: _____

Estudiante de Psicología

Documento de identidad _____

Nombre: _____ Firma: _____

Paciente

Documento de identidad _____ edad: _____



Encuesta sociodemográfica para indagar sobre aspectos psicológicos, psicosociales y físicos en pacientes con fibromialgia.

Esta encuesta ha sido creada con el fin de recaudar información sobre las características sociodemográficas, físicas, psicológicas, psicosociales, nivel de apoyo y afrontamiento de las personas con fibromialgia de la muestra seleccionada.

Edad: _____.

Ocupación: _____.

Sexo: _____.

Nacionalidad: _____.

Nivel socioeconómico:

Estado civil: _____.

_____.

Religión: _____.

Nivel educativo:

_____.

Seleccione la respuesta que mejor describa su situación.

1. ¿Siente dolor prolongado en distintas zonas de su cuerpo?
 - a. Si
 - b. No
2. ¿Se siente fatigado la mayor parte del tiempo?
 - a. Si
 - b. No
3. ¿Sufre de migrañas recurrentes?
 - a. Si
 - b. No
4. ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?
 - a. Si
 - b. No

5. ¿Tiene problemas para comprender las instrucciones?
 - a. Si
 - b. No
6. ¿Tiene dificultad para concentrarse?
 - a. Si
 - b. No
7. ¿Tiene dificultad para recordar sucesos recientes?
 - a. Si
 - b. No
8. ¿Siente tristeza la mayor parte del tiempo sin causa aparente?
 - a. Si
 - b. No
9. ¿Prefiere estar solo la mayor parte del tiempo?
 - a. Si
 - b. No
10. ¿Se siente irritable la mayoría de las veces?
 - a. Si
 - b. No
11. ¿Tiene sentimientos de culpa o de inutilidad?
 - a. Si
 - b. No
12. ¿Tiene palpitaciones o taquicardia?
 - a. Si
 - b. No
13. ¿Siente miedo sin causa aparente?
 - a. Si
 - b. No
14. ¿Siente que los demás no lo comprenden?
 - a. Si
 - b. No
15. ¿Se ha sentido rechazado alguna vez?
 - a. Si
 - b. No
16. ¿Siente que los demás piensan que miente cuando refiere sentir dolor?
 - a. Si

b. No

17. ¿Ha tenido alguna dificultad últimamente para realizar tareas cotidianas?

a. Si

b. No

18. ¿Cómo describiría el apoyo de sus familiares hacia usted?

a. Me hacen sentir útil

b. Me escuchan

c. Me hacen sentir cuidado

d. Todas las anteriores

e. Ninguna de las anteriores

19. ¿Cómo describiría el apoyo de sus amigos hacia usted?

a. Me hacen sentir útil

b. Me escuchan

c. Me hacen sentir cuidado

d. Todas las anteriores

e. Ninguna de las anteriores

20. ¿Cómo describiría su estilo de afrontamiento hacia su diagnóstico?

a. Búsqueda de apoyo social

b. Solución de problemas

c. Evitación

d. Espiritualidad

Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) Versión en español

INSTRUCCIONES: En las preguntas que van de la a a la l, por favor rodee con un círculo el número que mejor describa cómo se encontró en general durante la última semana. Si no tiene costumbre de realizar alguna de las siguientes actividades, tache la pregunta.

1. Ha sido usted capaz de:

	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
a. Hacer la compra	0	1	2	3
b. Hacer la colada con lavadora	0	1	2	3
c. Preparar la comida	0	1	2	3
d. Lavar los platos y los cacharros de la cocina a mano	0	1	2	3
e. Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora	0	1	2	3
f. Hacer las camas	0	1	2	3
g. Caminar varias manzanas	0	1	2	3
h. Visitar a amigos / parientes	0	1	2	3
i. Utilizar transporte público	0	1	2	3

2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días de la última semana faltó usted al trabajo por causa de su fibromialgia? (Si no trabaja usted fuera de casa, deje esta pregunta en blanco)

0 1 2 3 4 5

(En las siguientes preguntas, ponga una marca como esta | en el punto de la línea que mejor indique cómo se sintió en general durante la última semana)

4. Cuando fue a trabajar, ¿cuánta dificultad le causaron el dolor u otros síntomas de su fibromialgia en el desempeño de su trabajo?

Sin Mucha
problema dificultad

5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?

Sin Dolor
dolor muy fuerte

6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?

Nada Muy
cansada cansada

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?

Bien Muy cansada

8. ¿Cómo se ha notado de rígida o agarrotada?

Nada Muy
rígida rígida

9. ¿Cómo se ha notado de nerviosa, tensa o angustiada?

Nada Muy
nerviosa nerviosa

10. ¿Cómo se ha sentido de deprimida o triste?

Nada Muy

Cuestionario de Personalidad Situacional

- 1 Me enfado por muchas cosas.
- 2 Estoy pasando por unos momentos malos, tensos o de inquietud.
- 3 Me esfuerzo por demostrar que tengo razón, aunque para ello tenga que luchar.
- 4 Creo que muchas de las cosas que me suceden se deben a la mala suerte.
- 5 Me gusta ir a reuniones y fiestas donde hay mucha gente.
- 6 Tengo tacto y diplomacia al decir las cosas.
- 7 Busco el aplauso y la alabanza de los demás.
- 8 Cuando me enfado, suelo hablar alto.
- 9 Sin duda, soy una persona formal y responsable.
- 10 Mi escala de valores e intereses cambia fácilmente.
- 11 Por lo general dudo bastante antes de hacer las cosas.
- 12 Fácilmente abandono las obligaciones.
- 13 Me encanta comunicar mis tristezas y alegrías a los demás.
- 14 Soy una persona bastante estricta con las normas.
- 15 Soy una persona a la que se puede otorgar confianza.
- 16 Evito las discusiones que no llevan a nada.
- 17 Procuero dar buena imagen de mí.
- 18 Cambio bastante de estado de ánimo.
- 19 Actualmente vivo un poco estresado.
- 20 Soy una persona muy trabajadora y eficiente.
- 21 El éxito es mi meta y estilo de vida.
- 22 Soy franco y abierto con los demás.
- 23 Soy una persona reservada o retraída.
- 24 Se puede decir que mi comportamiento se ajusta bastante bien a las normas convencionales.
- 25 Con frecuencia alardeo de mis éxitos.
- 26 Me disgusto fácilmente.
- 27 Me ruborizo con cierta facilidad.
- 28 Mis amigos me hacen cambiar de opinión fácilmente.
- 29 A veces me inquieta asistir a reuniones sociales o conocer gente nueva.
- 30 Cuando tengo problemas, prefiero tener alguien a mi lado.
- 31 Me gusta dirigir y hacer que las cosas funcionen.
- 32 Me gusta organizar bien mi trabajo.
- 33 Me encanta relacionarme con la gente.
- 34 Suelo criticar a las personas informales o incumplidoras.
- 35 Respetar las costumbres o formas sociales forma parte esencial de mis valores.
- 36 Empiezo cosas que luego no termino.
- 37 Me gusta quedar por encima de los demás, en las discusiones de grupo.
- 38 Me siento azorado cuando tengo que hablar en público.
- 39 Tengo una alta opinión de mí mismo.
- 40 Generalmente no necesito consejo de nadie.
- 41 En general manifiesto un comportamiento distante de la gente.
- 42 Me suele suceder que, cuando tomo una decisión, ya se me ha pasado la oportunidad.
- 43 Cuando alguien se incorpora a un grupo de gente, lo acepto y entablo conversación con él.
- 44 Si me hacen alguna mala jugada, me la pagan.

CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

- 45 Generalmente cumplo lo que he prometido hacer.
- 46 Aprovecho cualquier ocasión para llamar la atención de personas del otro sexo.
- 47 A veces expreso mis emociones de forma explosiva.
- 48 Me considero una persona un tanto nerviosa.
- 49 Tengo una gran capacidad de trabajo.
- 50 Confío bastante en mis posibilidades.
- 51 Procuero no tener en cuenta los problemas de los demás.
- 52 A veces soy autoritario y dominante.
- 53 Creo que soy la persona adecuada para ser líder.
- 54 Si me fastidian, suelo responder agresivamente.
- 55 Procuero no decir cosas que ofendan a los demás cuando veo que pueden perjudicarme.
- 56 Intento demostrar que sé o entiendo de todo.
- 57 Manifiesto, a menudo, mi mal humor.
- 58 Me pongo muy nervioso cuando algún imprevisto interrumpe mi vida o me dan malas noticias.
- 59 A veces suelo hacer el ridículo.
- 60 Cuando me hago cargo de algo, soy responsable y eficaz.
- 61 Me encanta mandar.
- 62 Me cuesta entablar conversación con la gente.
- 63 Cuando alguien me impide oír o ver una película o espectáculo, suelo llamarle la atención e increparle.
- 64 A menudo, mis padres no estarían de acuerdo con mi forma de ser y de comportarme.
- 65 Soy cumplidor de mi deber.
- 66 Cuando me propongo conseguir algo importante para mi vida (p. ej., un trabajo), pongo todos los medios adecuados para alcanzarlo.
- 67 Creo que tengo mucha influencia sobre los demás.
- 68 Me siento herido fácilmente en mis sentimientos.
- 69 En general manifiesto impaciencia por terminar las tareas o trabajos.
- 70 Me hundo con facilidad ante las adversidades.
- 71 En asuntos serios, prefiero llevar yo solo la responsabilidad.
- 72 En general sé llevar a la gente por donde a mí me interesa.
- 73 Cuando doy mi palabra es como si la hubiera escrito.
- 74 Me gusta participar en las conversaciones de grupos.
- 75 Para mí son muy importantes mis obligaciones con el trabajo o con las personas.
- 76 Sin duda, mis superiores pueden depositar en mí su confianza.
- 77 Procuero ser el mejor en casi todo.
- 78 Cuando quedo a una hora, suelo llegar puntual.
- 79 Según me vayan las cosas, así va mi estado de ánimo.
- 80 A veces tengo pensamientos reiterativos que me perturban.
- 81 Cuando me ofrecen la oportunidad, demuestro lo que valgo.
- 82 Hago valer mis derechos ante los superiores o autoridades.
- 83 Me gusta planificar las cosas con antelación.
- 84 En las discusiones sé controlar mis palabras.
- 85 Me gusta más trabajar en equipo que solo.

CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

3

- 86 Cuando alguna persona se me enfrenta, le pongo los puntos sobre las «ies».
- 87 La educación cívica y las buenas maneras son para otros.
- 88 Rechazo a las personas creídas o mandonas.
- 89 Tiendo a reducir las amistades a un grupo muy pequeño.
- 90 Procuro quedar bien a toda costa con los demás.
- 91 A veces me siento turbado por sentimientos de inferioridad.
- 92 A veces tengo dificultades para concentrarme en mis tareas.
- 93 Los hechos me demuestran que soy competente en casi todo.
- 94 Generalmente hago las cosas a mi manera.
- 95 No me gusta que me impongan normas y reglas estrictas en mi trabajo y forma de hacer las cosas.
- 96 Intento decir casi siempre la última palabra.
- 97 Soy prudente y cauteloso cuando me tengo que entrevistar con alguien.
- 98 Me cuesta mucho hablar con una persona de otro rango o nivel.
- 99 Si quedo con una persona y me da plantón, suelo criticarla duramente.
- 100 A veces suelo ir contra las reglas y hacer cosas que no debiera.
- 101 Me gusta imponer mis opiniones a los demás.
- 102 Antes de tomar una decisión importante, analizo las distintas alternativas posibles.
- 103 Estoy preocupado e inquieto cuando espero resultados relativamente importantes.
- 104 Me desanimo fácilmente ante los fracasos.
- 105 A veces me siento culpable de algo que no he hecho.
- 106 Se puede decir que, en general, hago bien las cosas.
- 107 Mis problemas prefiero solucionarlos yo.
- 108 Hay alguna persona en mi entorno que influye mucho en mi vida.
- 109 Cuando alguien está diciendo tonterías, suelo interrumpirle y le hago callar.
- 110 No hago juicios de valor sobre la gente hasta que conozco los hechos.
- 111 Cuando una persona me ha hecho algo, no le hablo o evito encontrarme con ella.
- 112 Me enfado mucho cuando estoy jugando y pierdo.
- 113 No permito a otras personas que se entrometan en mi vida.
- 114 A menudo critico el modo de actuar y los errores de los demás.
- 115 Si alguien me infravalora de forma reiterada, me mantengo en mi sitio y le demuestro lo que valgo.
- 116 Exagero mis éxitos o fracasos para lograr la atención de los demás.
- 117 Me encanta estar solo.
- 118 Me preocupo demasiado de mi aspecto físico.
- 119 Desearía tener una personalidad más estable o ajustada.
- 120 Muchas veces tengo dudas de si lo que hago lo hago bien.
- 121 Cuando trabajo en grupo, prefiero hacerme cargo de la organización y desarrollo de tareas.
- 122 Los intereses de los demás no cuentan para mí cuando quiero conseguir algo.
- 123 Suelo meter la pata con cierta frecuencia.
- 124 Me gusta organizar y participar en actividades sociales.
- 125 Me fastidia que me interrumpan cuando estoy hablando, trabajando, estudiando, leyendo o viendo la televisión.

- 126 Me gusta influir en las decisiones de los demás.
- 127 No hago nada importante sin tener en cuenta sus consecuencias.
- 128 Si una persona me humilla en público le hago lo mismo.
- 129 Soy amable con ciertas personas a las que no aprecio.
- 130 A veces soy una persona impulsiva.
- 131 A veces no me siento bien.
- 132 Me siento desanimado cuando las opiniones de los demás difieren de las mías.
- 133 No permito que los demás me impongan sus criterios.
- 134 Me importa mucho lo que los demás piensen de mí.
- 135 En las discusiones de grupo suelo llevar la iniciativa.
- 136 Abandono con facilidad las tareas cuando me encuentro con ciertos problemas.
- 137 Es muy importante para mí tener una vida social y bastantes amigos.
- 138 Cuando tengo razón, soy bastante duro e inflexible.
- 139 No me gusta que me digan lo que tengo que hacer o cómo hacerlo.
- 140 Mi modo de hacer las cosas suele ser diferente al de los demás.
- 141 Tiendo a desconfiar de la gente.
- 142 Me gusta que los demás me digan que hago bien las cosas.
- 143 Cuando alguien me observa, me inquieta.
- 144 Se puede decir que soy una persona tranquila, serena y sosegada.
- 145 Generalmente busco el reconocimiento de los demás.
- 146 Me cuesta bastante comenzar una conversación con desconocidos.
- 147 En una relación de pareja dejo que la otra persona tome la iniciativa.
- 148 Cuando las dificultades se me amontonan, me desconcierto y no sé qué hacer.
- 149 Soy una persona de trato fácil y agradable.
- 150 Cuando alguien se pone delante de mí en una cola, suelo llamarle la atención.
- 151 Estoy muy unido a mi familia.
- 152 Se puede decir que casi siempre consigo lo que pretendo.
- 153 En fiestas y reuniones sociales me gusta ser el centro de atención.
- 154 Me preocupo bastante por todo.
- 155 Cuando tengo oportunidad, hago ostentación de mis capacidades y valía.
- 156 Muchas veces me falta confianza y seguridad en mí mismo.
- 157 Los éxitos de los demás me hacen sentirme fracasado.
- 158 Puedo presumir de que, cuando tomo una decisión, nada ni nadie puede hacerme cambiar de opinión.
- 159 A veces me rebelo contra las normas y reglamentos de ciertos establecimientos y organismos.
- 160 A las personas que debían devolverme algo en un determinado plazo y no lo hacen, les doy su correctivo.
- 161 Me encanta estar rodeado de gente.
- 162 Cuando me enfado, me entran ganas de destrozar cosas.
- 163 Si me comprometo a hacer algo importante, lo hago.
- 164 Tiendo a hacer burlas y críticas de gente que menosprecio.
- 165 Le doy una solución adecuada a la mayoría de los problemas que se me presentan.

- 166 No tengo en cuenta las costumbres o tradiciones familiares.
- 167 Me emociono fácilmente.
- 168 Admiro a los que saben aprovecharse de los demás.
- 169 A veces tengo la impresión de que soy un inútil.
- 170 A veces me preocupo mucho por posibles desgracias futuras.
- 171 Mi comportamiento no es tan apropiado en familia como en público.
- 172 En casa, hago lo posible por salirme con la mía.
- 173 Cuando me confían secretos, sé guardarlos bien.
- 174 Si alguien me ofende, que se atenga a las consecuencias.
- 175 Confío más en la suerte que en el esfuerzo propio.
- 176 Lo que puedo hacer hoy, no suelo dejarlo para mañana.
- 177 Los demás me consideran una persona que sabe imponerse.
- 178 Si uno se equivoca, cuantos menos lo sepan mejor.
- 179 La disciplina y la puntualidad no son mi fuerte.
- 180 Cuando voy a llegar tarde a una cita, me pongo muy nervioso.
- 181 Soy una persona con grandes iniciativas y proyectos.
- 182 A veces me siento inferior ante personas de otro sexo.
- 183 Me gusta imponer a mis amigos los lugares adonde ir.
- 184 Cuando algo me sale mal, tiendo a echar la culpa a los demás.
- 185 Los demás piensan que soy una persona amable.
- 186 Si las cosas me salen mal, me enfado fácilmente.
- 187 Generalmente hago lo que mis padres me dicen o lo que les hubiera gustado.
- 188 En las reuniones y fiestas sociales sé controlar bien mis emociones y mi comportamiento.
- 189 Me pone nervioso esperar ante las ventanillas de las oficinas.
- 190 A menudo me dejo llevar por los sentimientos.
- 191 Algunas veces siento una gran tensión interna.
- 192 Sé aceptar bien las críticas de los demás.
- 193 Si llego unos minutos tarde a un establecimiento y no me atienden, suelo protestar duramente.
- 194 Suelo tener en cuenta la opinión de los demás.
- 195 Cuando alguien me lleva la contraria, le hago frente.
- 196 Me resulta fácil tomar parte en las discusiones o conversaciones de grupo.
- 197 Si alguien me insulta, me defiendo con coraje y firmeza.
- 198 Tengo bastantes enfrentamientos con miembros de mi familia.
- 199 Si alguien me acusa o me insulta, también hago lo mismo.
- 200 Creo que sé cómo tratar y llevar adecuadamente a la gente.
- 201 Soy muy cauteloso cuando se trata de elegir a las personas en las que debo confiar asuntos delicados.
- 202 Pierdo fácilmente la paciencia con los demás.
- 203 Se me saltan las lágrimas con facilidad.
- 204 Me doy por vencido fácilmente cuando las cosas van mal.
- 205 Antes de hacer algo tengo en cuenta el criterio de mis amigos.
- 206 Cuando alguien confía en mí, no suelo defraudarle.

- 207 Si intentan engañarme, o me han engañado, actúo con dureza.
- 208 Muchas veces me implico en situaciones que conllevan riesgos innecesarios.
- 209 Soy muy hablador.
- 210 Si alguien me ha roto algo personal o me lo devuelve en mal estado, me suelo enojar con él.
- 211 Cuando trabajo en grupo, no soporto fácilmente los errores o deficiencias de los demás.
- 212 Cuando era joven, por cualquier motivo dejaba de asistir al colegio.
- 213 Si alguien me pregunta algo muy personal, trato de contestarle diplomáticamente.
- 214 Muchas veces hago cosas por los demás, sólo por quedar bien.
- 215 Tengo poco aguante y las cosas me desbordan fácilmente.
- 216 Duermo mal e inquieto.
- 217 Suelo buscar nuevas formas de hacer las cosas.
- 218 Doy mucha importancia a las normas y buenas maneras.
- 219 A la gente que no me atiende bien dentro de su horario laboral (oficinas, bancos...), les llamo la atención y me quejo.
- 220 Cualquier excusa me es buena para abandonar lo que estoy haciendo.
- 221 Los fracasos y experiencias negativas me hunden fácilmente.
- 222 A veces experimento periodos de soledad.
- 223 Los demás deberían aprender de mí.
- 224 A los que intentan imponerme sus gustos, les llevo la contraria.
- 225 Poseo dotes para hacer que los demás cambien de opinión.
- 226 Pienso dos veces las cosas antes de tomar una decisión.

- 227 Soy sincero o agresivo cuando debo serlo, y también diplomático cuando debo serlo.
- 228 Antes de comprar o ponerme ropa, antepongo los gustos de los demás a los míos.
- 229 Me siento bien dando instrucciones a los demás.
- 230 Reacciono mal cuando me hacen bromas pesadas.
- 231 Me gustaría que los demás tuvieran otra opinión de mí.
- 232 Me resulta difícil hablar de mí mismo.
- 233 Procuro destacar sobre los demás.

COMPRUEBE SI HA DADO UNA RESPUESTA A TODAS LAS FRASES.

Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S)

SCIP-S

Datos de identificación

Nombre del evaluado: _____

Nombre del examinador: _____

Edad: _____ Sexo: Varón Mujer Fecha de nacimiento: _____

Nivel educativo: _____

Motivo de consulta: _____

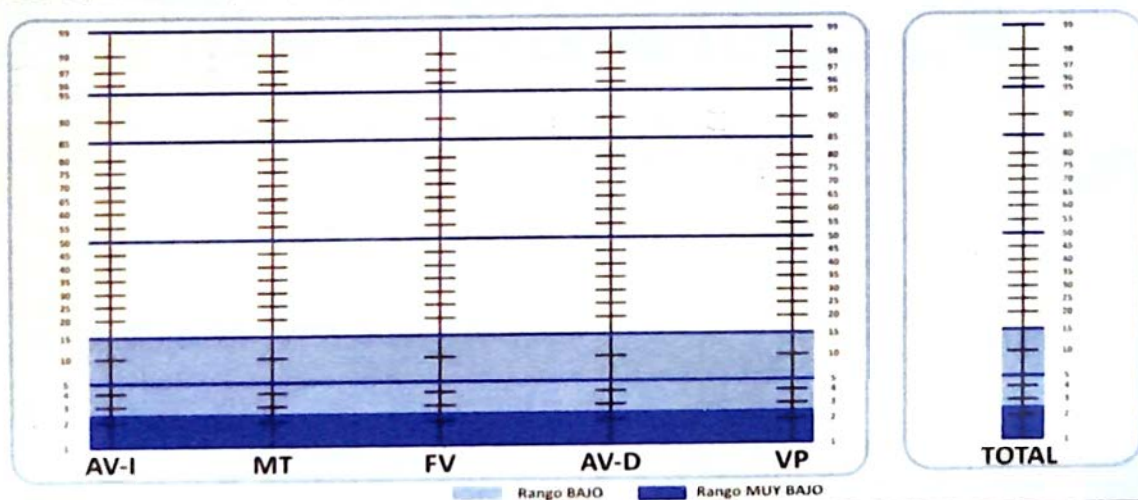
Resumen de resultados

Baremo utilizado: _____

	Forma 1	Forma 2	Forma 3																																																																																																									
Fecha de evaluación: ____/____/____	Fecha de evaluación: ____/____/____	Fecha de evaluación: ____/____/____	Fecha de evaluación: ____/____/____																																																																																																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PD</th> <th>Puntos de corte</th> <th>T</th> <th>Pc</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AV-I</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><21</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MT</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><20</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>FV</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><19</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>AV-D</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><7</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VP</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><12</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><70</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		PD	Puntos de corte	T	Pc	AV-I	<input type="checkbox"/>	<21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MT	<input type="checkbox"/>	<20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FV	<input type="checkbox"/>	<19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AV-D	<input type="checkbox"/>	<7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VP	<input type="checkbox"/>	<12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL	<input type="checkbox"/>	<70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PD</th> <th>Puntos de corte</th> <th>T</th> <th>Pc</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AV-I</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><21</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MT</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><20</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>FV</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><19</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>AV-D</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><7</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VP</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><12</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><70</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		PD	Puntos de corte	T	Pc	AV-I	<input type="checkbox"/>	<21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MT	<input type="checkbox"/>	<20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FV	<input type="checkbox"/>	<19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AV-D	<input type="checkbox"/>	<7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VP	<input type="checkbox"/>	<12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL	<input type="checkbox"/>	<70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PD</th> <th>Puntos de corte</th> <th>T</th> <th>Pc</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AV-I</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><21</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MT</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><20</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>FV</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><19</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>AV-D</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><7</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VP</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><12</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><70</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		PD	Puntos de corte	T	Pc	AV-I	<input type="checkbox"/>	<21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MT	<input type="checkbox"/>	<20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FV	<input type="checkbox"/>	<19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AV-D	<input type="checkbox"/>	<7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VP	<input type="checkbox"/>	<12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL	<input type="checkbox"/>	<70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PD	Puntos de corte	T	Pc																																																																																																								
AV-I	<input type="checkbox"/>	<21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
MT	<input type="checkbox"/>	<20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
FV	<input type="checkbox"/>	<19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
AV-D	<input type="checkbox"/>	<7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
VP	<input type="checkbox"/>	<12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
TOTAL	<input type="checkbox"/>	<70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
	PD	Puntos de corte	T	Pc																																																																																																								
AV-I	<input type="checkbox"/>	<21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
MT	<input type="checkbox"/>	<20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
FV	<input type="checkbox"/>	<19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
AV-D	<input type="checkbox"/>	<7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
VP	<input type="checkbox"/>	<12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
TOTAL	<input type="checkbox"/>	<70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
	PD	Puntos de corte	T	Pc																																																																																																								
AV-I	<input type="checkbox"/>	<21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
MT	<input type="checkbox"/>	<20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
FV	<input type="checkbox"/>	<19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
AV-D	<input type="checkbox"/>	<7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
VP	<input type="checkbox"/>	<12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
TOTAL	<input type="checkbox"/>	<70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								

Perfil gráfico

Traslade los percentiles de cada prueba al perfil y trace una línea uniendo los puntos. Utilice diferentes colores para representar los resultados de las formas 1, 2 y 3.



Autores: O. Pino, G. Guilera, J. E. Rojo, J. Gómez-Benito y S. E. Purdon
 Copyright © 2014 by TEA Ediciones S.A.U. - Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España
 Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE. Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Printed in Spain. Impreso en España.

AV-I. Aprendizaje verbal inmediato

Instrucciones: En cada uno de los 3 ensayos, lea en voz alta la lista de 10 palabras con un intervalo de unos 3 segundos entre palabras. Después pida al evaluado que diga todas las palabras que recuerde, sin importar el orden. Registre cuantas palabras ha recordado en cada ensayo. Después de que el evaluado haya recordado todas las palabras que pueda, diga: "Trate de recordar estas palabras lo mejor que pueda porque voy a pedirle la lista otra vez dentro de algunos minutos".

	Tambor	Córtina	Campana	Café	Escuela	Padre	Luna	Jardín	Sombrero	Granjero	TOTAL
E1											
E2											
E3											

Instrucciones: Perseveraciones

E1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AV-I

MT. Memoria de trabajo

Instrucciones: Lea cada una de las triadas (series de tres letras) y pida al evaluado que las repita. A partir de la tercera triada se introduce una tarea de interferencia consistente en que el evaluado cuente hacia atrás a partir del número que se indica (columna "Inicio" de la tarea de interferencia). La tarea de interferencia tiene una duración distinta en cada ítem, que se indica en la columna "Demora" (3, 9 o 18 segundos).

	Inicio	Demora (Seg.)	Respuesta	Correctas (0, 1, 2 o 3)
Q-L-X				
H-J-T				
X-C-P				
N-D-J				
F-X-B				
J-C-N				
B-G-Q				
K-M-C				

MT

FV. Fluidez verbal

Tiempo: 30 segundos por ensayo

Instrucciones: Pida al evaluado que diga tantas palabras como pueda que empiecen por la letra que se indica en cada uno de los 2 ensayos (letra estímulo). El evaluado dispone de 30 segundos en cada ensayo.

Estímulo: **C**

Estímulo: **L**

Total C + Total L =

Instrucciones: Perseveraciones:

FV

AV-D. Aprendizaje verbal diferido

Instrucciones: Pida al evaluado que diga tantas palabras como recuerde de las que se le leyeron en la prueba AV-I. **No lea las palabras otra vez.**

	Tambor	Cortina	Campana	Café	Escuela	Padre	Luna	Jardín	Sombrero	Granjero	TOTAL
E1											

Instrucciones: Perseveraciones:

AV-D

VP. Velocidad de procesamiento

Tiempo: 30 segundos

Instrucciones: Pida al evaluado que traduzca a código Morse, lo más rápido posible, las letras que aparecen en cada casilla. Dispone de una tabla de correspondencias en la parte superior. La prueba tiene varios elementos de entrenamiento que aparecen sombreados.

A	V	C	U	G	Y
.-	...-	-.-.	..-	--.	-.--

G	U	C	Y	A	V	C	A	G
V	Y	U	G	U	A	Y	C	V
A	C	Y	G	U	V	C	Y	V
U	G	A	V	C	G	A	V	Y

VP

Carta de permiso de presentación



Señores : Escuela de Psicología
Asunto : Entrega Trabajo de Investigación
Fecha : enero 09, 2020


Por medio de la presente hacemos entrega formal del trabajo de investigación realizado por las estudiantes de Psicología Clínica:

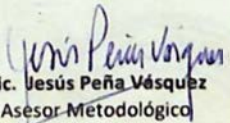
<u>Nombre</u>	<u>Matrícula</u>
Claudia Pamela Lugo Humeau	15-2212
Patricia Isabella Ortiz Mir	15- 2132

El estudio lleva por título: Prevalencia de Rasgos De Personalidad, Aspectos Psicológicos y Psicosociales, en mujeres de 25-60 años de edad, diagnosticadas con Fibromialgia, en Santo Domingo, República Dominicana, en el período mayo-noviembre 2019.

Así mismo queremos certificar que las estudiantes agotaron el proceso de acompañamiento requerido para presentar defensa del trabajo realizado, por lo cual autorizamos la entrega del mismo a los jurados para su conocimiento y revisión, así como la asignación de la fecha, hora y lugar de la presentación y sustentación de este estudio.

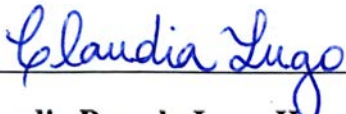
Cordialmente


Pat Salán Laureano, M.A.
Asesora de contenido


Lic. Jesús Peña Vésquez
Asesor Metodológico

cc.: Tesis de Grado

HOJA DE FIRMAS



Claudia Pamela Lugo Humeau

Sustentante



Patricia Isabella Ortiz Mir

Sustentante



Pat Galán Laureano, M. A.

Asesora



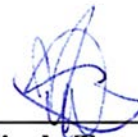
Damarys Vicente, M. A.

Jurado



Lic. Julia Garces

Jurado



Nicole Troncoso, M. A.

Jurado



Adrián De Oleo, M.A.

Directora Escuela Psicología

